

Psiquiatría privada



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada

www.asepp.es

Editorial

ASEPP: Una sociedad viva

Psiquianálisis

Bioética y psiquiatría

ESPECIAL CONGRESO DE DONOSTIA

En la piel del paciente

Gracias por hacerme más feliz

Diez de oros / Diez de bastos

Artículo científico

Nuevos datos de eficacia de Duloxetina en el trastorno de ansiedad generalizada

Viajes sin mi tía

Borgoña

Interactivos

Agenda

Decálogo de la ASEPP

Julio
2014

5

Psiquiatría privada

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

JUNTA DIRECTIVA DE ASEPP

Presidente

Dr. Salvador Ros Montalbán

Vicepresidente

Dr. José Antonio López Rodríguez

Secretario

Dr. Antonio Arumí Vizmanos

Tesorero

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Vocales

Dr. Manuel Arias Bal	Dr. Ángel Moríñigo Domínguez
Dra. Laura Ferrando Bundio	Dr. Alfonso Sanz Cid
Dr. Antonio Luls Galbis Olivares	Dr. Fernando Sopesens Serrano
Dr. Manuel Masegoza Palma	Dr. Francisco Toledo Romero
Dra. Blanca Morera Pérez	

Consejo editorial

Director Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Dr. Antonio Arumí Vizmanos	Dr. José Antonio López Rodríguez
Dra. Laura Ferrando Bundio	Dr. Ángel Moríñigo Domínguez
Dr. Antonio Luis Galbis Olivares	Dr. Alfonso Sanz Cid
Dra. Elena Guimerà Querol	

Consejo asesor

Francisco Javier Arranz Estévez	Bernat Montagud Piera
Belén Arranz Martí	Ángel Luis Montejo González
Julio Bobes García	Jordi Obiols Llandrich
Manuel Bousoño García	José Manuel Olivares Díez
Jesús de la Gándara Martín	Leopoldo Ortega-Monasterio Gastón
Francisco Doce Feliz	José Ramón Pigem Palmés
José Francisco Duato Marín	Miguel Roca Benassar
Carolina Franco Porras	Elena Ros Cucurull
María Paz García-Portilla González	Francisco Sabanés Magriñá
Miguel Gasol Colomina	Juan Ramón Sambola Buguñá
María Inés López-Ibor Alcocer	Juan Seguí Montesinos
Pilar Mallada Porta	Néstor Szerman Bolotnér
Manuel Martín Carrasco	Manuel Toharia Cortés
Manuel Mas-Bagà Blanc	Raúl Vázquez-Noguerol Méndez

Nota sobre ASSEP

- La Asociación Española de Psiquiatría Privada nace de la inquietud de un grupo de profesionales de la psiquiatría que ejercen una parte de su actividad en el marco de la medicina privada.
- Es una asociación profesional de ámbito nacional que pretende actuar como medio de exposición de los intereses de médicos psiquiatras en el ejercicio libre de su profesión.
- Es apolítica y puede ser complementaria con otras asociaciones académicas e instituciones.
- Surge para cubrir la necesidad de disponer de un instrumento de representación de la psiquiatría privada que sea capaz de entender sus intereses, canalizar iniciativas y trabajar conjuntamente en los ámbitos de utilidad común.
- Sus objetivos fundamentales de actuación se centran en: velar por los intereses de sus socios en la práctica libre de la profesión; promover entre los asociados espacios de colaboración y complementariedad; actuar como *lobby* de participación e influencia, tanto en instituciones públicas como privadas; establecer alianzas estratégicas con instituciones públicas y/o privadas, cuyas actividades puedan ser de interés para la ASEPP; realizar y dar apoyo a actividades científicas, culturales y empresariales, en los ámbitos que le sean propios.
- Pueden ser socios de ASEPP todos aquellos médicos con actividad profesional privada en el ámbito de la Psiquiatría y de la salud mental.

ASEPP: UNA SOCIEDAD VIVA



Apenas unos pocos días tras la celebración del VII Congreso ASEPP en San Sebastián, resulta pertinente reflexionar sobre la realidad de nuestra sociedad, casi ocho años después de su creación, aunque sea de forma muy resumida.

Lo que hemos podido ver en los últimos congresos anima al optimismo: un número creciente de socios, una asistencia que se incrementa año tras año (más de 320 inscritos en San Sebastián) y, sobre todo, una mayor participación en cuantos foros se establecen para fomentar el intercambio, tanto en los propios congresos como en las actividades que se llevan a cabo en distintas comunidades, a lo largo del año, en forma de reuniones locales que se vienen produciendo desde 2010 y que van ampliándose geográficamente.

El espacio de «Encuentro con el socio», que inaugurábamos en el congreso de 2011, y la propia Asamblea General de socios, fueron una muestra clara de la progresiva implicación de los socios en las decisiones que afectan a la sociedad.

Este es el espíritu que anima a la asociación y el que determinará en un futuro que nos convirtamos en una asociación residual o que realmente seamos capaces de seguir generando una estructura vital, dinámica, creativa, participativa, empeñada en el progreso interno y en la proyección externa.

El último congreso ha sido el reflejo de estos cambios positivos, que se han ido produciendo poco a poco en todos estos años: hemos tenido un intenso programa científico, «de repaso», pero también de innovación, y se han multiplicado los espacios de talleres para dar cabida a las intervenciones de los asistentes; hemos disfrutado de espacios lúdicos y de encuentro relajado, pero también de lugares donde reflexionar sobre lo que queremos para esta asociación. Estos últimos, sin duda, deben incrementarse y encontrar cabida también fuera del encuentro anual. Nuestro desafío ahora es fomentar vías para que esta inquietud de los asociados y el deseo de implicarse en la asociación no se pierdan. Quizá la página web pueda ser un primer paso para que la comunicación se multiplique. Desde aquí os animo a entrar en ella y a haceros visibles; está diseñada para la participación de todos.

Por otra parte, aunque el proceso de consolidación como asociación seguramente está avanzado, no podemos olvidar la necesaria presencia de ASEPP en el espacio público: este es otro aspecto a promover. Somos muchos psiquiatras, con mucha experiencia profesional, con un alto nivel de preparación técnica en diversas áreas y también tenemos una función social que desarrollar. La propuesta de modificación de leyes relativas a la interrupción del embarazo o el nuevo Código Penal, entre otros temas que implican a los psiquiatras, deberían ser motivo de reflexión y análisis común. También será necesaria nuestra implicación en la lucha contra el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico. Habrá que pensar en todo ello y en muchos otros temas que nos conciernen.

Con todo ello, el balance final no puede ser sino la constatación de que somos una sociedad viva, en plena expansión y con capacidad para estructurarse como núcleo de conocimientos, proyectos, formación e investigación. Es apasionante que haya cosas por hacer.

San Sebastián ha sido una bonita experiencia ASEPP, vendrán otras que podremos compartir. Espero encontrarme con todos vosotros en ellas.

Dra. Blanca Morera

Presidenta Comité Organizador
del VII Congreso Nacional ASEPP 2014

Bioética y psiquiatría



Dr. Diego Gracia Guillén
Catedrático de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid

El profesor Diego Gracia Guillén es médico, psicólogo, filósofo, psiquiatra y un hombre muy religioso, que refiere cultivar la experiencia de la gratuidad, una especie de religiosidad primaria que no supone necesariamente la adscripción a un credo o a una confesión concreta, aunque tampoco la excluye.

Catedrático de Historia de la Medicina por la Universidad Complutense de Madrid, sucediendo en el cargo a D. Pedro Laín Entralgo. Académico tanto de la Real Academia Nacional de Medicina como de la de Ciencias Morales y Políticas. Discípulo y editor de la obra de Xavier Zubiri, dirigiendo su Fundación.

Experto y referente mundial en Bioética, habiendo publicado y dirigido diversos cursos nacionales e internacionales. Ha contribuido a la ética médica, desarrollando el concepto de deliberación, intentando alcanzar una sociedad donde se acepte el punto de vista del otro.

Ha aplicado la perspectiva de la ética a la realidad actual: el SIDA, sobre eutanasia y morir a tiempo, democracia y bioética, ética de la donación y trasplante de órganos, drogadicción, integristas, teoría de la liberación, transgénicos y globalización, de la objeción de conciencia, ética y genética, y sobre si es ético realizar ensayos clínicos controlados con placebo en el desarrollo de nuevos fármacos.

Forma parte, con su capítulo sobre Ética médica, de las ediciones del referente español de medicina interna Farreras-Rozman. En sus dos últimos libros publicados en 2013, *Valor y precio* y *Construyendo valores*, nos define la valoración como un fenómeno universal en la especie humana y nos muestra el modo concreto cómo los seres humanos elaboramos y construimos valores.

Profesor Diego Gracia, hace justo 10 años en una excelente entrevista realizada por José Lázaro en psiquiatra.com, indicaba que los cambios en la sociedad en general y en la medicina en particular habían sido espectaculares. ¿Qué nos podría decir del último lustro, tan vertiginoso, qué aspectos determinantes destacaría?

No es fácil reseñar todos los cambios importantes, ni tampoco elegir entre ellos cuáles son los que pa-

recen más importantes. En ciencia básica hay algunos realmente espectaculares. Durante estos últimos años se han ido publicando trabajos que aclaran algo el mecanismo de la «epigénesis» a través, entre otros, de los procesos de metilación de los genes y de las histonas que los soportan. Este es un fenómeno que tiene una enorme importancia conceptual. Hoy sabemos que esos fenómenos epigenéticos tienen la capacidad no de cambiar la expresión genética, pero sí

de inhibirla. Pero lo más curioso es que están provocados no solo por sustancias químicas del tipo de las hormonas esteroideas, sino incluso por fenómenos tan sutiles como la temperatura o las caricias que recibe la gestante durante el proceso. Ni que decir tiene que ello da nuevas bases a la medicina psicosomática, y desde luego echa por tierra la manía de pensar que el genotipo determina linealmente el fenotipo, y que lleva a identificar un ser vivo con un genotipo. No es así; un ser vivo

es un fenotipo. Y la relación entre fenotipo y genotipo no es lineal, y requiere, cuando menos, de espacio y de tiempo. Sacralizar el genoma es una forma de fanatismo como tantas otras. Convendría no olvidar que los genes son el mero resultado de la evolución de las especies, no otra cosa.

Para ir sentando bases, ¿cómo definiría la bioética?

Cada vez se vuelve más a la definición que dio de ella el creador de la palabra, Potter. Él dijo que la bioética era el intento de establecer un puente entre los hechos científicos y los valores humanos, porque si la ciencia hace avanzar el orden de los hechos con gran rapidez pero la reflexión sobre los valores no lleva un ritmo parejo, podemos acabar poniendo en jaque la propia vida, y desde luego la calidad de vida. A Potter prácticamente nadie le hizo caso, y la bioética fue rápidamente monopolizada por los médicos, que la vieron como el nuevo rostro de la ética médica. Hoy hay todo un proceso de vuelta a los orígenes, habida cuenta de que cada vez somos más sensibles a los problemas globales y medioambientales, y no solo a los problemas médicos o sanitarios. La bioética no es el nuevo nombre de la ética médica, sino el enfoque de la ética general en esta etapa de la historia de la humanidad, en la que por primera vez en la historia parece estar en juego la continuidad de la vida humana sobre el planeta, así como la calidad

de vida de las futuras generaciones humanas. Existe la grave sospecha de que esas generaciones no solo pueden no vivir mejor que nosotros, sino que podemos estar hipotecando su futuro, al que de algún modo parecen tener derecho.

Conceptos como autonomía, responsabilidad, deliberación forman parte del núcleo central de su pensamiento...

Hoy son del dominio común los estudios de Kohlberg, que demostraron que la mayor parte de las personas no alcanzan en ningún momento de su vida un estadio de desarrollo psicológico y moral que merezca el nombre de «autónomo». Casi un 75% considera bueno o correcto lo que los usos, las costumbres, la propaganda, las figuras de autoridad, las leyes, las iglesias, etc. afirman como bueno. En términos psicoanalíticos, cabe decir que son personas que no han resuelto adecuadamente su complejo de Edipo, y que tienen un superyó que como mínimo hay que considerar heterónimo y represivo. Por más que carezcan de síntomas que les produzcan dolor o incomodidad, son personas disfuncionales; si se quiere, neuróticos, aunque esta palabra guste tan poco a los autores del DSM-V. Ahí hay un enorme campo para la psicoterapia, aunque no solo para ella, sino también para cualquier otro proceso de educación y maduración personal.

En los tiempos actuales, ¿qué definiciones propondría como más ajustadas para los conceptos de salud y enfermedad?

La medicina académica se ha empeñado desde el siglo XIX en definir la salud y la enfermedad como puros «hechos» objetivos: lesión, disfunción, infección, etc. Es un error. Ni todos los enfermos sufren esos problemas de hecho, ni todos los que los sufren están enfermos, y menos se sienten enfermos. Salud y enfermedad no son en el rigor de los términos hechos, sino valores. Y al llegar aquí me pone usted en un gran compromiso, porque es entrar en un terreno en el que la mayor parte de las personas, incluidos los médicos y los psiquiatras, son auténticas analfabetas. No saben lo que es esto, y menos cómo se maneja. Es la gran tragedia de la medicina, y aún más de la psiquiatría y la psicoterapia. El resultado es obvio: de igual modo que hemos convertido la enfermedad en hechos y nada más que hechos, queremos hacer lo mismo con la terapéutica. De ahí que intentemos arreglarlo todo con fármacos. Los fármacos son necesarios, en ciertos casos imprescindibles, pero el recurso sistemático a los fármacos en el caso de las enfermedades psíquicas es la salida que tiene el profesional cuando se encuentra con un problema que no sabe enfocar ni resolver. Hay mucha farmacoterapia que es pura muestra de ineptitud.

«Los fármacos son necesarios, en ciertos casos imprescindibles, pero el recurso sistemático a los fármacos en el caso de las enfermedades psíquicas es la salida que tiene el profesional cuando se encuentra con un problema que no sabe enfocar ni resolver.»

Muchas veces ha repetido: «aprendemos cuando escuchamos a los demás», los psiquiatras deberíamos considerarnos como seres muy privilegiados...

Escuchar a los demás es muy difícil. Cuando alguien nos dice algo, existe siempre el peligro de que nos diga lo que no queremos escuchar, o que nos quite parcial o totalmente la razón. La sola sospecha de que esto pueda suceder nos produce angustia. Y la angustia dispara los mecanismos de defensa del yo. Es normal que así suceda. La consecuencia es que no escuchamos. Y sin escuchar no se puede deliberar, que es la única vía que tenemos para tomar decisiones prudentes en situaciones de incertidumbre, que son prácticamente todas en la vida. A deliberar se aprende. Y solo se aprende deliberando, es decir, bajando la guardia e intentando dar razones al otro de los propios puntos de vista, no únicamente racionales sino también emocionales, es decir, de los propios valores y creencias, y escuchando las razones de quienes tienen puntos de vista, valores y creencias distintos a los nuestros. El resultado de este proceso es sorprendente, porque al intentar dar razones a los demás nos damos cuenta de que tenemos menos de las que creíamos, y la asunción de esa debilidad es la que nos permite empezar a entender las razones de los demás, aunque sean tan débiles y problemáticas como las nuestras. Yo siempre digo que la deliberación, bien llevada a cabo,

es un magnífico ejercicio de autoanálisis. Permite oxigenar nuestro inconsciente, lo que a la vez nos capacita para ser más autónomos y responsables.

¿Cuáles considera usted los principales problemas éticos/morales asociados a la práctica de la psiquiatría y cómo los deberíamos afrontar y reconducir?

En parte está ya contestado en lo que he dicho. La psiquiatría, sobre todo por influencia norteamericana, parece cada día más decidida a ocuparse exclusivamente de los aspectos biológicos y farmacológicos de los trastornos mentales, dejando la psicodinamia y psicoterapia en manos de los psicólogos. De nuevo me parece un grave error, porque esos dos campos no se pueden ni se deben separar, no son compartimentos estancos, perfectamente diferenciados.

¿Cómo debería ser la «relación» ideal entre psiquiatra y paciente?

Me viene muy bien esta pregunta para continuar con el tema donde lo he dejado en la pregunta anterior. La relación clínica, como vengo defendiendo desde hace mucho tiempo, es una relación de deliberación. Esto pasa en cualquier relación clínica, y por supuesto también, o quizá principalmente, en la relación psiquiátrica y psicoterapéutica. Hay una amplia literatura sobre los modelos y las metáforas de la relación clínica. El

hecho de que sea amplia demuestra que la gente está lejos de ponerse de acuerdo. Lo que a su vez significa que no sabemos muy bien qué es la relación clínica. Mi tesis es muy clara: es una relación de deliberación. No se trata de imponer, como en la época del paternalismo, pero tampoco de conservar una pretendida y falsa neutralidad en cuestiones de valor, como se nos ha enseñado en la carrera, y como, por ejemplo, propuso Freud. Es necesario ir más allá de estas posturas extremas. Entre la imposición y la neutralidad está la deliberación. Y ello porque las cuestiones de valor no son racionales, como las matemáticas, pero tampoco irracionales; son razonables, y la deliberación es la lógica de la razonabilidad.

Su visión sobre las toxicomanías me parece excelente (relación entre enfermedad, vicio y elección personal), ¿cómo deberíamos abordar el tratamiento del paciente toxicómano y sus familiares?

Hace años colaboré muy activamente con la Fundación para la ayuda contra la drogadicción. Cuando me asomé a ese mundo, vi que las dos posturas dominantes eran la de hacer del drogodependiente un delincuente o bien un enfermo mental. De ahí que las estrategias más en boga fueran la criminalización de la conducta o su medicalización. No digo que a veces no sean necesarias una y otra, o las dos. Pero a cualquiera se le ocurre que por esa vía

«Lo importante, lo fundamental, no es prohibir o criminalizar la droga, sino educar a la gente, enseñarle a madurar, con el fin de que sean ellas las que sean capaces de autocontrol.»

no vamos a solucionar el problema. Cuando se generaliza el porro o la litrona y se convierte en un fenómeno cultural, no hay más remedio que enfocar el problema de otro modo, probablemente como había que haberlo enfocado desde el principio. Lo importante, lo fundamental, no es prohibir o criminalizar la droga, sino educar a la gente, enseñarle a madurar, con el fin de que sean ellas las que sean capaces de autocontrol. Los sistemas de heterocontrol nunca serán suficientes. Lo primario, lo fundamental, es el autocontrol. Cuando yo era niño, en los años de la posguerra, un jovencuelo malo se diferenciaba del bueno en que fumaba colillas y mataba pájaros. Hoy los jóvenes de trece y catorce años tienen una enorme cantidad de posibilidades a su alcance. En primer lugar, porque tienen dinero, y en segundo porque su acceso al consumo de sustancias o de pornografía es no solo fácil, sino incluso gratuito. La moraleja es que hoy resulta mucho más importante que hace sesenta años crear personalidades maduras y responsables, y a edades cada vez más tempranas. De otro modo, el tema de las adicciones no tendrá solución.

Siendo aún más concretos y a propósito de un «paciente» célebre, aunque hayan pasado ya más de cuatrocientos años, ¿qué tipo de afección psíquica cree usted que padeció Don Quijote?

Lejos de mí el caer en la trampa de etiquetarle con un diagnóstico. Don Quijote es la metáfora de la vida humana. Frisando los cincuenta años, nos dice el texto, decide renunciar a su vida tranquila de hidalgo manchego y salir por los campos de Montiel a desfacer entuertos, redimir cauti-

vos y proteger doncellas. Lo hace, comenta Ortega y Gasset, porque «tiene que» hacerlo, porque en caso contrario se considerará internamente frustrado. Dice Ortega que la ética no consiste en el «deber ser», que es siempre genérico, sino en el «tener que ser» individual, lo que antes se llamaba vocación, que si no cumplimos hará que nos sintamos frustrados de por vida. En términos psicoanalíticos, cabría decir que Don Quijote acaba resolviendo su complejo de Edipo y logrando una personalidad madura y autónoma a los cincuenta años. Ha encontrado su vocación, su ideal. Pero el ideal se da de bruces con la realidad. Y todos le toman por loco. Pienso que más que loco, Don Quijote es un pobre ingenuo, como la mayor parte de los grandes hombres, que han creído posible cambiar este mundo dando la vida por un ideal. Suele decirse que el cuerdo y realista es Sancho. Pero habría que ver si el realismo de Sancho no distorsiona la realidad tanto o más que el idealismo de su señor, por más que dé menos síntomas.

Por su dilatada experiencia y capacidad de observación y reflexión, ¿cómo intuye el futuro próximo (con diez años nos basta) de nuestra sociedad y nuestra profesión?

Los que me conocen saben que yo me confieso pesimista respecto al futuro, aunque no estoy dispuesto a que eso influya en mi acción. Trabajo como si todo fuera a salir bien, por más que sea muy escéptico respecto al futuro. Esto, entre otras cosas, me vacuna contra los fracasos. Por otra parte, es la actitud más responsable que conozco. Hace muchos años le oí decir a Julián Marías que su consigna en la vida era «por mí,

que no quede». Me la apliqué inmediatamente. No creo que las cosas vayan a salir bien, pero trabajo como si todo fuera a salir bien y como si todo dependiera de mí. El resultado es lo de menos. Puesto que estamos hablando de Don Quijote, conviene recordar que él quiso que en su epitafio apareciera esta inscripción: «Que si no acabó grandes cosas, murió por acometellas».

Aconséjenos un par de libros de obligado repaso en la mesa del despacho de un psiquiatra.

Difícil me lo pone. Los libros ayudan, pero poco. Nuestras carencias son tales que no se arreglan con la simple lectura de uno o varios libros. Necesitamos auténticos procesos de reeducación. Estamos en una situación muy pareja a la de los drogodependientes. Sé que esto es fuerte, pero sería insincero si no lo dijera así. Hay dos temas que a mí me preocupan, casi me obsesionan. Uno es el de los valores, la educación en valores, y otro el de la deliberación. Algo he escrito sobre ello, aunque espero aclararlo más próximamente. Eso que he escrito son dos libritos que llevan por título **Valor y precio** y **Construyendo valores**. Ambos están publicados por la editorial Triacastela el año 2013.

Alguna sugerencia para evitar deprimirnos...

Esta depresión, de existir, no se arregla con fármacos sino madurando intelectual, emocional y humanamente. Que es lo que nos falta. Los psiquiatras estáis de enhorabuena, porque tenéis una población potencial tan grande como el conjunto casi entero de la humanidad. Eso sí que es para deprimirse. ■



23-24 de mayo de 2014

Especial
Congreso
de Donostia



RESUMEN

Especial Congreso de Donostia

Era no hace mucho cuando nació nuestra Sociedad y ¡acabamos de celebrar nuestro VII Congreso! Podemos decir que hemos dejado atrás los días de la infancia y que gozamos ya de una juventud plena, vital y entusiasta.

Donostia ha sido el marco incomparable donde nos hemos reunido, aprendido e intercambiado experiencias y opiniones. Hemos vuelto a casa con la retina impregnada de imágenes inolvidables de esta magnífica ciudad y con la mente llena de ideas, conocimientos y agradables vivencias.

Va nuestro agradecimiento a la presidenta del comité organizador: la Dra. Blanca Morera y a todos los demás integrantes de dicho comité y del comité científico, así como nuestra más sincera felicitación por el trabajo bien hecho.

Los debates, los simposios y los talleres han llenado todo nuestro tiempo; se hacía realmente difícil de escoger, cuando los horarios se superponían. Los temas que se han tratado, el nivel científico, la maestría de moderadores, discursores y ponentes nos han satisfecho plenamente a todos los asistentes. Las ponencias y los debates por ellos suscitados, que rebasaban como siempre el tiempo preestablecido, invitaban a la reflexión por parte de los congresistas que llenaban las salas.

Mención aparte merece la Conferencia inaugural del profesor Diego Gracia Guillén sobre «Ética y psicoterapia», por lo que en otro apartado de la revista realizamos un análisis exhaustivo.

El Dr. Imanol Querejeta moderó las ponencias de la mesa sobre la dimensión evolutiva de las psicosis. Es este un clásico de nuestra especialidad. Los Dres. Francisco Vidal, Julio Bobes y Ángel Morñigo abordaron tres aspectos fundamentales, a saber: una visión clínica y exploración psicopatológica clásicas en el día a día de nuestras consultas; una aproximación ¡siempre difícil! al reto que representa la evaluación de los síntomas cognitivos negativos, haciendo hincapié en los instru-

mentos psicométricos diseñados para este fin, como son la CAINS (*Clinical Assessment Interview for negative Symptoms Scale*) y la BNSS (*Brief Negative Symptom Scale*), y finalmente, una puesta al día de las psicosis de aparición tardía, recordándonos una vez más que los síntomas psicóticos son consustanciales con las demencias. También se consideró la aparición tardía de la esquizofrenia y de las enfermedades afectivas.

El Dres. Tomás Burutarán y Laura Ferrando participaron como moderador y discursora del debate que suscitaron las ponencias sobre el abordaje integral de los trastornos afectivos. Los Dres. Víctor Pérez y Juan Mendivil aportaron una aproximación biológica y psicológica, respectivamente. Se resaltó la falta de evidencia de la utilidad de la psicofarmacología en los cuadros leves. También asaltaron las dudas sobre las diferencias entre los distintos abordajes psicoterapéuticos. Después del desencanto aparecido tras la inicial ilusión despertada por la farmacogenética, las miradas están puestas en un futuro próximo que ya es pre-





sente: el anestésico ketamina, los nuevos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), más selectivos sobre los receptores 5HT1A, los antipsicóticos aripiprazol y quetiapina, y la prometedora técnica y, en ocasiones, espectacular por sus resultados: la estimulación cerebral profunda.

El interesante debate suscitado por las ponencias sobre una aproximación farmacológica y psicoterapéutica al abordaje integral de los trastornos de ansiedad fue moderado por la Dra. Begoña Michel.

Después de una muy completa presentación de los orígenes y la evolución de las diferentes corrientes psicológicas, la psicóloga Noemí Casanova se centró



en los abordajes terapéuticos basados en la evidencia (TAE, tratamientos con apoyo empírico) y su aplicación en las diferentes manifestaciones de la respuesta ansiosa.

El Dr. Salvador Ros abordó la ansiedad patológica y sus diversas manifestaciones clínicas. Repasó los modelos biológicos de los trastornos de ansiedad, para exponer a continuación los abordajes terapéuticos actuales, repasando la utilización de fármacos gabaérgicos, antiglutamatérgicos y el anorexígeno sibutramina. En una mirada al futuro, nos mostró las líneas de investigación centradas en antagonistas del receptor de corticotropina (CRH) y de la sustancia P, y en la modulación o supresión de los efectos del cortisol.

Los Dres. Ángel Morínigo y Antonio Lobo actuaron como moderador y discursor respectivos de la mesa-debate: «Otras perspectivas en el abordaje de las demencias». El Dr. Martín Carrasco resaltó de forma detallada la problemática de familiares y cuidadores por la sobrecarga y el estrés continuo que para ellos representa la atención y el cuidado de estos pacientes. La evaluación psicométrica de esta sobrecarga nos pone sobre aviso de la aparición de psicopatología en este colectivo. (Los datos presentados apuntan una morbilidad psiquiátrica del 10-15% en cuanto a trastornos de ansiedad y depresión.)

La profesora de Ética y Psicología de la Salud, de la Universidad de Deusto, María Jesús Goikoetxea, puso sobre la mesa el candente y vergonzoso tema de los



malos tratos y abusos sufridos por pacientes de edad, con o sin demencia. Presentó luego datos epidemiológicos sobre los malos tratos en los mayores, definiendo qué se entiende por maltrato, distinguiendo el intencional del no intencional, y diferenciando varios tipos del mismo, como físico, psicológico, negligencia, económico y sexual. Finalmente, nos presentó un instrumento protocolizado para la detección de factores de riesgos e indicadores de malos tratos, cuya utilización, ya aprobada por el Parlamento de Euskadi, se generalizará en breve en todos los servicios de urgencias y centros de asistencia primaria del País Vasco en pacientes mayores de 65 años.

Quisimos dar relevancia a la medicina psicosomática y la psiquiatría de enlace, y para ello contamos como invitado de honor con el profesor Antonio Lobo, catedrático emérito de la Universidad de Zaragoza, siempre didáctico, siempre ameno, gran maestro, que nos acompañó primero en un viaje a lo largo del tiempo sobre la evolución del concepto (no siempre bien definido, siempre difuso y variable) de psicosomática, para después centrarse en el aquí y el ahora. Según sus palabras, en nuestro país: *...hemos denominado psiquiatría psicosomática a la contribución desde la psiquiatría al campo de la medicina «integral» o «psicosomática», que en realidad debería abarcar a toda la medicina. ...Es la «asignatura pendiente» de la medicina para abordar adecuadamente la influencia de factores psicosociales en cualquier enfermedad.*

A continuación pasó a mostrar la experiencia concreta vivida en la Unidad de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Baste mencionar unas cifras: la Unidad de Psiquiatría de Enlace de dicho hospital atiende a una cuarta parte de todos los pacientes ingresados en las salas de medicina, cirugía u otras especialidades. Es un total de 1.400 nuevos casos anuales.

Todo ello muestra la importante contribución que está realizando la psiquiatría de enlace en nuestro país, no solamente en la vertiente asistencial, con una importante asignación de recursos, sino también en los campos docente e investigador.

En los talleres, intentamos en cada congreso repetir algunos aspectos clásicos y acercarnos a nuevos



temas de creciente interés. El Dr. Juan José Poza presentó una aproximación a la farmacología del insomnio comórbido a la patología psiquiátrica. El Dr. Ángel Luís Montejo abordó la disforia de género, ilustrándola con un vídeo-relato espectacular de «Harry». El Dr. Luis Caballero mostró las bases esenciales del DSM-5. La Dra. Marina Díaz Marsá nos enseñó datos elocuentes sobre las manifestaciones actuales de los trastornos de la alimentación. Desde la Universidad de La Laguna, el Dr. Carlos de las Cuevas-Castresana nos mostró las posibilidades por explotar de la psiquiatría *on-line*. Nos aproximamos a la psicooncología, especialidad cada





vez más prevalente, gracias a la excelente presentación de la Dra. Milagros Báez. Finalmente, concluimos el congreso con dos talleres que siempre suscitan gran expectativa: los encuentros y desencuentros entre la psicofarmacología y la psicoterapia con los Dres. Manuel Alejandro y Rafael Benito, y nuestra comisión de psiquiatría legal (Dres. Masegoza, Sanz y Sopesens) aclaró cuestiones a los asistentes.

Y nos volvimos a reunir los socios, caracterizándose por una gran afluencia, participación e interés despertados por la reunión en sí, así como por los temas a debatir en la junta asamblearia.

Se presentaron ideas para promocionar nuestra asociación, para dar a conocer nuestras actividades, nuestra búsqueda de la excelencia y nuestro trabajo clínico y científico a sociedades médicas, a asociaciones de familiares, a colegios profesionales, entre otros.

Se debatió sobre la idoneidad de nuestro controvertido nombre, para concluir que es, específicamente, el que mejor nos define.

Se alabó la calidad de nuestra página web y el esfuerzo que el mantenimiento y diseño de la misma representa, animando a todos los socios a usarla con asiduidad y entusiasmo.

Por último y tras tres propuestas presentadas, se aprobó por mayoría celebrar el IX Congreso en Palma de Mallorca, en 2016, propuesta liderada por la Dra. Ferrando y el Dr. Domènech.

Finalmente, nos despedimos con la ilusión puesta en el próximo año, en el VIII Congreso Nacional que se celebrará en Sevilla. La valía, tanto personal como profesional del comité organizador presidido por los Dres. Masegoza y Moríñigo, y esta hermosa ciudad nos garantizan un nuevo éxito. ■



PONENCIA

Eficacia de agomelatina en afectos negativos y positivos: **beneficios para una recuperación funcional**

Este simposio estuvo moderado por el **Dr. Salvador Ros Montalbán** (Hospital del Mar, Barcelona), y los doctores **Marina Díaz Marsá** (Hospital Clínico San Carlos, Madrid) y **Mikel Urretavizcaya Sarachaga** (Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona) en calidad de ponentes.

La Dra. Marina Díaz Marsá introdujo su ponencia remarcando la importancia de tratar tanto los afectos negativos como los positivos para alcanzar una recuperación funcional completa de los pacientes deprimidos. «Debemos recordar que la anhedonia es, además del humor deprimido, uno de los síntomas nucleares de la depresión».

Presentó la evidencia de la eficacia antidepressiva de agomelatina sobre los afectos negativos y positivos presentando los resultados de dos nuevos estudios observacionales en los que se incluyeron más de 1.500 pacientes y donde se destaca la recuperación funcional de estos.

Esta eficacia completa antidepressiva de agomelatina está directamente relacionada con su mecanismo de acción sinérgico agonista de los receptores MT1 y MT2, y el antagonista de los receptores 5-HT2. Este mecanismo de acción único genera un aumento de los niveles de dopamina y noradrenalina sin actuar sobre la serotonina.

Por su parte, el Dr. Mikel Urretavizcaya Sarachaga profundizó en un apartado más práctico y demostrativo de las consecuencias vinculadas al mecanismo de actuación de agomelatina. Para ello expuso tres casos clínicos de diferentes perfiles de pacientes con depresión moderada o grave tratados con agomelatina y que reclamaban recuperar su funcionalidad lo más rápido posible, para poder volver al trabajo y disfrutar de nuevo de las cosas.

El primero de los casos se trataba de una mujer de 31 años trabajadora, que con agomelatina no solo se recuperó del humor deprimido, sino que también recuperó rápidamente sus actividades diarias, volviendo

a sentirse motivada y a disfrutar de la vida. Además, destacó el buen perfil de tolerabilidad de agomelatina, ya que la paciente no sufrió problemas sexuales ni alteraciones del peso.

En segundo lugar, un varón de 70 años que a las 2 semanas de tratamiento con agomelatina refería estar más motivado y menos cansado, más alegre y tranquilo, reinició sus paseos y, en definitiva, recuperó su funcionalidad habitual.

Por último, presentó el caso de una paciente perimenopáusica de 51 años que, tras ser tratada con agomelatina, recuperó la capacidad de concentración y la autoestima, y se reincorporó al trabajo rápidamente, sin haberse detectado disfunción sexual ni incremento de peso.

Al finalizar las presentaciones surgieron de entre el público preguntas sobre la eficacia antidepressiva de agomelatina y los beneficios adicionales que aporta a los pacientes, y se concluyó que agomelatina es un antidepressivo eficaz que permite la recuperación de la funcionalidad de los pacientes. ■



PONENCIA

Realidad y necesidades de los adultos con TDAH: de la clínica al tratamiento

En este simposio, moderado por el **Dr. Manuel Masegoza**, actuaron como ponentes los **Dres. Javier Quintero** y **José Martínez Raga**.

La ponencia del Dr. Quintero se inició con una introducción sobre la etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), destacando el retraso en la maduración cortical y los factores genéticos y ambientales que podrían influir en su desarrollo.

Se describieron los síntomas y su impacto global, animando a que lo que la clínica aborde no se centre exclusivamente en los síntomas, sino también en las disfunciones que puede producir el trastorno.

Se destacó cómo la expresión de la clínica se puede ver modificada con la edad: la evolución de los síntomas en la infancia (más típicamente marcados por la hiperactividad), su paso a la adolescencia (donde suelen predominar los síntomas de impulsividad, que suelen dar lugar a problemas como el abuso de sustancias) y posteriormente a la edad adulta (donde predominan los síntomas de inatención e impulsividad, mientras que la hiperactividad se traduce en una sensación subjetiva de inquietud). Se planteó de forma que los asistentes reflexionasen sobre aquellos pacientes que podían tener en su consulta y se hizo una clara descripción de la presentación clínica del paciente adulto, con los síntomas que más lo caracterizan y cómo los manifiestan los pacientes.

Finalmente, se abordaron sus comorbilidades, que con frecuencia es el motivo de consulta de los pacientes con TDAH: se destacó la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial e identificar aquellos síntomas que pueden ser comunes a varios trastornos psiquiátricos (como la ansiedad, la depresión, etc.), con el objetivo de realizar un abordaje tanto de estos trastornos más abiertamente identificados en la consulta, como del TDAH.

Por su parte, el Dr. Martínez Raga resaltó la importancia de hacer una aproximación terapéutica integral de estos problemas, personalizando los tratamientos, haciendo un seguimiento de los mismos

e involucrando en el proceso tanto al paciente como a sus familiares.

Como único fármaco en España con indicación para el inicio del tratamiento de pacientes adultos con TDAH, el Dr. Martínez Raga presentó datos relevantes sobre atomoxetina, y abarcó aspectos como: mecanismo de acción, datos de eficacia y seguridad en ensayos clínicos, evidencia de eficacia en aspectos funcionales de la vida de los pacientes y consejos prácticos para el manejo por parte del clínico.

Además de su eficacia progresiva a corto y largo plazo, la eficacia y seguridad en pacientes con TDAH y comorbilidades como el trastorno de ansiedad social o abuso de alcohol, sobre atomoxetina, se resaltaron también aspectos importantes para los pacientes adultos, como el bajo potencial de abuso de atomoxetina, el hecho de que no posee propiedades estimulantes o euforizantes, y se presentaron estudios observacionales que muestran que el tratamiento del TDAH podría mejorar el rendimiento en la conducción e incluso reducir las tasas de criminalidad. ■



PONENCIA

Dependencia del alcohol: de la identificación del paciente al tratamiento (un nuevo paradigma: **nalmefeno**)

El **Dr. Antonio Terán**, coordinador y responsable médico del CAD San Juan de Dios de Palencia, actuó de moderador de este simposio, y nos habló sobre la dependencia del alcohol y sus comorbilidades asociadas. Empezó su charla recordando los datos del último informe de la OMS sobre la prevalencia del consumo abusivo de alcohol, que alcanza el 22,9 en Europa y el 19,6 en España. El consumo excesivo de alcohol provoca más daños individuales y sociales que el de cualquier otra droga; de hecho, es la causa directa de una de cada ocho muertes anuales en Europa entre los 18 y 65 años, unos datos que se pueden extrapolar a España.

Recalcó que la adicción al alcohol es una enfermedad del sistema nervioso central, que en la mayoría de los casos su evolución es crónica y con una marcada tendencia a la recurrencia. Los datos clínicos y epidemiológicos sustentan que la dependencia del alcohol es una enfermedad infratratada, solo acuden al tratamiento un 20% de los pacientes afectados, y cuando lo hacen, la enfermedad suele llevar ya más de 10 años de curso evolutivo.

En cuanto a su alta tasa de comorbilidades, el consumo de alcohol se ha vinculado con más de 200 enfermedades y problemas relacionados con la salud. Las patologías cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, musculoesqueléticas, inmunitarias, neoplásicas, enfermedades reproductivas y accidentes aparecen vinculadas estrechamente al consumo de alcohol. En cuanto a las enfermedades mentales, son los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, las psicosis y algunos trastornos de la personalidad los ligados con más frecuencia al consumo excesivo de alcohol. Mención especial merece el suicidio, cuya asociación es mucho más habitual en pacientes alcohólicos, llegando a considerar que la probabilidad de suicidio entre los alcohólicos es de 60-120 veces superior que en la población general.

En segundo lugar, el **Dr. César Pereiro**, de la Unidad Asistencial de Drogodependencias de A Coruña,

tituló su presentación como «Reducción del consumo de alcohol como parte del tratamiento (evidencia clínica). La importancia de la negociación con el paciente». Se propuso un planteamiento novedoso del tratamiento del consumo de tóxicos, alentando la puesta en marcha de políticas, programas y prácticas orientadas a reducir las consecuencias adversas sanitarias, sociales y económicas derivadas del consumo de tóxicos. Las estrategias de reducción de daños han demostrado su contribución en la mejora de la calidad de vida y en la promoción de cambios positivos en la salud de los pacientes con trastornos por consumo de tóxicos.

Centrándose en el consumo excesivo de alcohol, los nuevos planteamientos del tratamiento tienden al concepto de reducción del consumo. Reducir el consumo es complementario a la abstinencia; son dos opciones que se encuentran en el camino de la recuperación del paciente.





El doctor Pereiro insistió en que se debe ofrecer a los pacientes con trastornos por el uso de alcohol todas las opciones farmacológicas y tratamientos conductuales basados en la evidencia, así como apoyo para su recuperación. Los pacientes deben poder participar en una toma de decisiones compartida acerca de las mejores opciones terapéuticas para ellos.

En último lugar, el **Dr. Gabriel Rubio**, del Hospital 12 de Octubre de Madrid, nos presentó: «Nalmefeno, nueva respuesta para nueva conceptualización de la enfermedad alcohólica». Nalmefeno es un modulador especial del sistema opioide, que actúa como antagonista de los receptores μ y δ , así como agonista parcial de los κ . Reduce la liberación de dopamina disminuyendo los efectos de recompensa y refuerzo del alcohol, y ayuda al paciente a reducir el consumo de alcohol.

Posteriormente, hizo referencia a los estudios clínicos pivotaes a 6 y 12 meses que dieron paso a su aprobación, destacando que la pauta posológica venía dada según la percepción subjetiva de riesgo. Se trata pues de un enfoque centrado en el paciente, comprometiendo a los pacientes con dependencia del alcohol en el control activo y responsables de su enfermedad.

Finalizó recordando que nalmefeno está indicado para la reducción del consumo de alcohol en pacientes adultos con dependencia de éste que presentan un nivel de consumo de riesgo alto (> 40 g/día en mujeres y > 60 g/día en hombres), sin síntomas de abstinencia físicos y que no requieran una desintoxicación inmediata. ■



PONENCIA

El trastorno depresivo mayor: una revisión práctica de su **complejidad clínica y neurobiológica**

En su disertación, el **Dr. Manuel Bousño** nos comentó al estudiar las estructuras hiper e hipofuncionantes en el cerebro de pacientes con trastornos depresivos, la imagen que surge es compleja, hay numerosas estructuras que presentan cambios morfométricos o funcionales que están vinculados al cuadro depresivo. Dos tipos de funciones son comunes a todos los seres vivos: las de adaptación y supervivencia (activación de los sistemas dopaminérgico o apetitivo y noradrenérgico o activador), y las de huida o alejamiento (moduladas por el sistema serotoninérgico).

Este modelo encaja con el propuesto por Clark y Watson, que describe cómo lo específico del trastorno depresivo es la pérdida de afectos positivos, capacidad hedónica, activación, motivación, búsqueda de satisfacción, etc. Y así aparece de forma clara responsable del trastorno depresivo la inhibición de los circuitos de recompensa, el descenso en la actividad del núcleo accumbens y del área tegmental ventral (núcleo productor de dopamina), aunque también están activados los circuitos que regulan la respuesta al estrés y se puede apreciar una hiperactividad de la amígdala, un descenso y atrofia de la actividad del hipocampo, así como alteraciones en la modulación cortical de las estructuras límbicas que tienen que ver con la regulación del humor.

Esto tiene finalmente consecuencias lógicas cuando uno piensa en el tratamiento correcto de los trastornos depresivos, ya que exige la reversión del proceso mediante antidepresivos que activen los circuitos de recompensa y de activación (dopaminérgicos y noradrenérgicos), y no solo los que mitigan la ansiedad (serotoninérgicos).

Por su parte, el **Dr. Martín Carrasco** destacó la comorbilidad del trastorno depresivo con los trastornos de ansiedad y la enfermedad de Alzheimer (EA). En el caso de los trastornos de ansiedad, las cifras también alcanzan prácticamente el 50% de los casos, en ambos sentidos. Destacando el Modelo tripartito de Watson y Clark con la afectividad negativa –con síntomas como miedo, culpa, tristeza o rabia– sería común para los trastornos ansiosos y depresivos, y estaría elevada en am-

bos casos; la afectividad positiva, con aspectos como interés, energía, entusiasmo, autoconfianza, estaría selectivamente disminuida en la depresión y, finalmente, la hiperactivación fisiológica (HF), sería característica de los trastornos de ansiedad.

Nutt y Stahl han aplicado este concepto a los sistemas monoaminérgicos implicados en la depresión, ligando la AN con mecanismos serotoninérgicos, la AP con sistemas dopaminérgicos y la HF con sistemas noradrenérgicos. Ello explicaría la alta frecuencia de síntomas resistentes al tratamiento de la depresión con fármacos serotoninérgicos, y la buena respuesta de estos síntomas residuales que habitualmente se relacionan con una AP baja, con fármacos como bupropión, que actúa sobre los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos.

La depresión es tanto un factor de riesgo para la EA como una manifestación clínica de la misma, presente tanto en fases iniciales como avanzadas. La relación entre ambas viene mediada por diversos mecanismos, como el daño neuronal producido por la hipersecreción de glucocorticoides, o la existencia de procesos fisiopatológicos comunes, como es el caso de las lesiones cerebrovasculares. ■



PONENCIA

Un nuevo fármaco en el tratamiento de la depresión: **del ensayo clínico a la consulta**

En primer lugar, el **Dr. Salvador Ros** dio una visión general sobre la depresión. Comentó que se trata de una patología que sufre entre el 10% y el 20% de las personas que acuden a un médico, pero que además hay que tener en cuenta que «del 100% de posibles pacientes depresivos, el psiquiatra ve solo a un 10%, el 90% restante se pierde en los circuitos de medicina de familia, de los especialistas o se quedan simplemente en su casa, nunca van al psiquiatra», destacó.

También comentó durante su ponencia, que la depresión constituye un importante problema de salud pública, dada su elevada frecuencia, discapacidad y mortalidad asociadas, y su impacto en el consumo de recursos sanitarios y en la productividad del individuo. Según el estudio ESEMeD, se estima que la prevalencia-año global en España del trastorno depresivo mayor es del 3,9% y la prevalencia-vida del 10,5%.

Posteriormente, recordó que siguen existiendo diversas necesidades no satisfechas en el tratamiento de la depresión: la falta de respuesta al tratamiento antidepresivo, la falta de cumplimiento, la difícil utilización de antidepresivos en pacientes con enfermedades médicas concomitantes y, en parte relacionado con lo anterior, los problemas derivados del metabolismo de estos fármacos.

Por último, destacó que tal como refleja la Asociación Americana de Psiquiatría en su guía de manejo de la depresión del 2010, a la hora de elegir el tratamiento «Escogeremos un fármaco u otro en función de su perfil farmacocinético, es decir, que sea un medicamento cómodo para asociar con otro, que haya ido bien al paciente antes y que sea apetecible para el paciente y el médico».

A continuación, el **Dr. Antonio L. Galbis** comenzó su ponencia explicando que su objetivo era contar su experiencia con desvenlafaxina. «Siempre me alegro cuando sale algún producto nuevo al mercado, porque pienso que podrá beneficiar a mis pacientes. Pasado el tiempo evalué si se han cumplido o no las expectativas».

En el caso de desvenlafaxina, el Dr. Galbis dijo que, en su opinión, «está funcionando estupendamente en depresiones leves y moderadas», y añadió que «es de esperar que podamos mejorar aún más los resultados en un futuro cercano, cuando se utilice a dosis más altas».

Respecto a la elección del antidepresivo, señaló el abordaje propuesto por Preskorn, conocido como STEPS (seguridad, tolerabilidad, eficacia, precio-coste



y simplicidad). Partiendo de estas consideraciones, el Dr. Galbis reconoció que «inicialmente aposté por el empleo de desvenlafaxina porque cumplía con los criterios fijados en el STEPS, de forma equilibrada, destacando especialmente su eficacia y bajo coste».

Pero, además, comentó «el medicamento es cómodo, porque se administra en una sola dosis al día (una dosis de 50 mg de desvenlafaxina para obtener un efecto antidepressivo idóneo)». Los estudios preclínicos han mostrado que desvenlafaxina presenta una mayor afinidad por los transportadores humanos de serotonina que por los de noradrenalina (NA), presentando, además, una escasa afinidad por los transportadores de dopamina. En comparación con venlafaxina, tiene mayor afinidad por el transportador de NA; en consecuencia, la razón de selectividad de desvenlafaxina para el bloqueo de los transportadores NA/5-HT es algo diferente al de venlafaxina.

A continuación, el Dr. Galbis hizo una revisión de los ensayos clínicos que recopilan la evidencia sobre la eficacia y tolerabilidad/seguridad de desvenlafaxina, destacando algunas características muy favorables del medicamento: no precisar ajuste de dosis en situaciones especiales (insuficiencia cardíaca, ancianos, hipertensos, diabéticos, etc.), su bajo riesgo de interacciones, su fácil combinación con otros antidepressivos y su menor riesgo de interacción cuando el psiquiatra busca estrategias de potenciación.

Terminó detallando los posibles pacientes candidatos a tomar desvenlafaxina, «En principio cualquier paciente depresivo puede ser susceptible de ser tratado con desvenlafaxina. Es muy eficaz en personas que presentan los primeros episodios, a quienes les va fenomenal el tratamiento. También obtienen buenos resultados los pacientes que no han respondido a ISRS, a quienes en lugar de cambiar a otro fármaco de la misma familia se les puede administrar desvenlafaxina. Otro grupo de candidatos serían los polimedicados de cualquier edad. En otro apartado tendríamos a los pacientes más jóvenes, que son especialmente proclives a abandonar cualquier medicación que presente efectos secundarios, sobre todo de tipo sexual, que hasta hoy, al parecer, desvenlafaxina no manifiesta. También es bastante aconsejable administrarse a personas que tengan necesidad de eficacia sin variación significativa de peso. Y, en último lugar, puede ser de elección en pacientes con riesgo hepático y renal».

Por lo tanto, concluyó, «al repasar esta lista diría que a cualquier paciente con trastorno depresivo mayor se le puede administrar el medicamento», aseguró el Dr. Galbis tras ocho meses de experiencia clínica. ■



PONENCIA

Innovaciones tecnológicas en psiquiatría: **tratamiento del paciente agitado**

Este simposio, patrocinado por Laboratorios Ferrer, contó con la presentación del Dr. Francisco Toledo Romero, psiquiatra de la Unidad de agudos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia y director médico de la Psicoclínica de Murcia.

En esta conferencia se han abordado dos innovaciones tecnológicas.

La primera ha sido la presentación del **Medimate**. Avance mediante el cual puede conocerse la litemia de forma inmediata en los pacientes con trastorno bipolar en tratamiento con carbonato de litio. De una forma sencilla y con la extracción de una gota de sangre, que se deposita en el «lab-chip», se puede determinar la

litemia al tiempo que se pasa la revisión pertinente en la misma consulta privada.

Con esta herramienta se mejora la cumplimentación y la adherencia al tratamiento. Además permite el ajuste de posología en la misma consulta.

La segunda de las aportaciones tecnológicas novedosas ha sido la presentación del Stacatto de loxapina, **Adasuve**. Es el primer tratamiento no inyectable aprobado para el manejo agudo de la agitación psicótica.

Se trata de un dispositivo que contiene loxapina, neuroléptico que bloquea los receptores D2, y bien conocido desde hace décadas. El avance consiste en la utilización de la vía inhalada para un rápido control de la agitación en pacientes con esquizofrenia y en fase maníaca.

En el desarrollo de la exposición se abordaron las características clínicas de los diferentes tipos de agitación y el enfoque terapéutico que incluye la contención verbal y sus estrategias, así como la contención mecánica y farmacológica.

El objetivo de esta necesidad médica no cubierta consiste en la mejora del rapport terapéutico desde el primer momento, evitando lo que podría parecer una agresión al enfermo agitado por el uso en contra de su voluntad de inyectables y otras medidas de fuerza. El Stacatto de loxapina solo tiene su indicación en el abordaje del episodio de agitación agudo para luego continuar con el tratamiento que cada enfermo precise.

Puede usarse tanto en los servicios de urgencia como en las consultas privadas.

La presentación de varios casos de la clínica real dejó claras sus aportaciones: es extremadamente rápido en mostrar el efecto sobre la agitación y respeta al enfermo. Se evitan muchas contenciones mecánicas estigmatizantes. Se evita sedar, resaltando que el objetivo es serenar o calmar.

Los estudios son positivos en rapidez y tolerabilidad, eficacia, efectividad observada en la clínica real y en eficiencia, evitando ingresos innecesarios. ■



VIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA PRIVADA (ASEPP)

Un estilo: Versatilidad ante una clínica cambiante

Sevilla

22 y 23 Mayo 2015



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada





Gracias por hacerme más feliz

En esta ocasión en vez de pedir al paciente un relato sobre cómo siente y vive su enfermedad, hemos optado por escuchar cómo valora atentamente y en profundidad la relación que se establece entre enfermo y médico psiquiatra. Estas reflexiones acerca de cómo viven ellos el mundo de la psiquiatría en general, nuestra figura en particular y nuestra actuación más específica pueden servirnos a todos de especial ayuda para mejorar aún más nuestra eficacia terapéutica.

Me entero de tu encargo para hablar sobre el futuro de la psiquiatría. Me gustaría aportar algo, en el vano intento de devolvarte algo de lo mucho que recibo de ti.

Mi idea sería: **¿Qué espera un paciente de su psiquiatra en el futuro?** Aunque matizaré esta pregunta después.

Como tú apuntabas, el futuro es un terreno muy largo. En una librería que frecuente tienen la feliz idea de poner en la puerta una pizarra, y en ella una cita que cambian de vez en cuando. Recientemente era: «...el futuro es un lugar que solo existe en la imaginación» Por lo que mi primera matización sería: **¿Qué espera un paciente del psiquia-**

tra hoy... y quizá mañana y quizá pasado?

Varias ideas:

– Me gusta más **Cliente** que paciente. Creo que es de Rogers. En un libro muy conocido de *management* «El momento de la verdad», la tesis central es centrarse en el Cliente. El momento de la verdad es cuando la organización (en este caso era una compañía aérea, SAS) se encuentra con el Cliente. Se trata pues de **montar la organización para atender las necesidades del Cliente**. Desde el mostrador de ventas hasta cómo se diseña el interior de los aviones. En mi propia profesión a veces en vez de Cliente se dice Deudor, Pesado (o algo peor), Expediente... con connotaciones obviamente bien distintas.

– La vieja idea de que **«no hay enfermedades sino enfermos»**. Yo pensaba que era de Hipócrates, pero según Google es de Marañón y también de Claude Bernard. Sabes que soy un lego en la materia, y acepto tus comentarios tipo «tu perfil es...», «tu genética...» como explicación a comportamientos o actitudes. Será verdad, será útil para entender al Cliente, para ayudarle... pero no olvidar que la persona es

la clave, no los esquemas que nos ayudan a entenderla.

– Quizá sea una anécdota apócrifa, pero se decía en la época que cuando un paciente iba al endocrino **Dr. Marañón era como charlar con un amigo**, y cuando le atendía el Dr. Jiménez Díaz era como ponerse detrás del equipo de rayos X.

Los dos eran excelentes médicos, y curaban. Probablemente un *mix* sea lo idóneo, y en mi intuición más dosis de Marañón que de Jiménez Díaz.

– Nuestro común amigo Antonio me comentó un día la siguiente anécdota. Un paciente (creo que era una niña) le dijo: **«gracias por hacerme más feliz»**. Para él fue lo más hermoso que le dijeron en su práctica. Yo te lo he dicho a ti varias veces. Se dirá que hay «casos» (suena al «expediente» de los bancos...) donde el objetivo es más «crudo» (psicosis, fobias, ...qué se yo), pero el objetivo es común: ser más feliz... o menos infeliz, aunque no sea lo mismo.

Otro común «amigo», Julián Marías hablaba de la felicidad como «ese imposible necesario».

Un psiquiatra debería ayudar a levantar las piedras en el camino hacia la felicidad, o saber convivir con

ellas para que aquella no fuera más imposible de lo que ya es.

– Hay **un aspecto social**. No solo se trata del Cliente/Paciente/Caso que os llega a la consulta. Recordar que ya esto es una selección por educación/cultura (poca gente aún acepta al psiquiatra como alguien que ayuda), y por economía (menos gente aún se lo puede pagar).

Por tanto, creo que el psiquiatra, o el colectivo, debieran mirar más al entorno.

De nuevo otro común amigo... «Yo soy yo y mis circunstancias... y no me salvo si no la salvo a ella». He oído a algún arquitecto decir que un factor para afirmar que una ciudad o un barrio están bien diseñados es que sean acogedores para los ancianos.

Es necesario mejorar el entorno social para ayudar a los individuos a ser más felices. Y hacer accesible los psiquiatras a los ciudadanos, explicando qué hacen y poniendo –o quitando– medios para este acceso.

– **Humildad**. En la confianza que tenemos permite que apunte esto. Hasta el mejor profesional, el que ve día a día confirmados sus métodos debiera ser humilde. No ya por una cuestión virtuosa, si no por estar abierto a seguir aprendiendo. A seguir cuestionando su praxis frente a la persona que tiene delante. ¿No pasa que tanto conocimiento, tanto protocolo clínico, tanta experiencia con «casos semejantes», el «esto es de libro»... **acorcha?**

Y el acorchamiento de la vida inhibe la experiencia de la misma (Don Julián dixit).

– En los congresos de médicos, de profesores, de arquitectos... ¿no debería haber también algún paciente, algún alumno, algún ciudadano...? Ojo con el ombligo. En

una iniciativa «ocurrente» de un alto ejecutivo del banco, este propuso poner una foto de tamaño real de un cliente en las reuniones de los comités donde se tomaban decisiones sobre ellos. La idea obvia es que los participantes recordaran claramente que su objetivo principal era el Cliente, que no se olvidaran de él. Quizás una idea sugerente, que creo cuadra con tu aspecto teatral/operístico y, si el *atrezzo* lo permite, sería hacer aparecer un maniquí o silueta representando un «paciente» en mitad de tu discurso e indicar «Señoras y Señores, colegas todos, este es el futuro: centrarnos en la persona que tratamos», recor-

dando que persona viene del latín y significa máscara de actor.

No incluyo mención a **psiquiatras-recetadores de pastillas**, que parece atienden parapetados tras sus escritorios, con la libreta de farmacopea en ristre, y con una duración media por consulta de pocos minutos. He tenido la suerte de no conocerlo de primera mano. Si estos «profesionales» existen, mi sugerencia es indicarles que se han quedado obsoletos, y o cambian, o que por favor dejen de ejercer.

Hacemos futuro desde el aquí/ahora. Sirvan estas notas a vuela pluma de apoyo para que elabore el artículo de tu revista. ■



Diez de oros Diez de bastos

En esta sección aportamos 10 noticias aparecidas en la prensa general sobre temas de interés en Psiquiatría. Algunas aportan luz (oros) y otras sombras (bastos), unas hacen referencia a estudios aparecidos en revistas de medicina y otras a comentarios personales de profesionales sanitarios. Su lectura debería servir para establecer un criterio, tras un proceso de reflexión personal acerca de una opinión ajena.

«Entre el 30-40% de las personas con algún trastorno mental acude a la *Psiquiatría privada*»

Congreso ASEPP (23/05/2014). OROS

✓ Declaraciones realizadas por la Dra. Blanca Morera durante la celebración del VII Congreso Nacional de ASEPP. A pesar de la crisis, la *Psiquiatría privada* continúa siendo un baluarte imprescindible, y en muchos casos de primera elección para el abordaje de las enfermedades mentales. Desde el punto de vista asistencial, el mayor porcentaje de atención en psiquiatría corresponde a patología depresiva y trastornos de ansiedad, que se estima que afectan entre un 25-35% de la población en algún momento de su vida.

Aprovechamos la ocasión para felicitar a la Dra. Morera por la excelente organización y desarrollo del Congreso celebrado en San Sebastián.

«La marihuana te quema el cerebro y causa *psicosis*»

El Huffington Post (21/05/2014). BASTOS

✗ Mientras algunos países latinoamericanos celebran la legalización del consumo de *Cannabis*, algunos investigadores, como el médico genetista Jorge Dotto, aportan datos mucho más preocupantes en cuanto a los efectos mentales del consumo de tóxicos y sus bases genéticas.

El triple dilema entre enfermedad, vicio o decisión personal salta de nuevo a la palestra y nos vemos obligados a tomar partido con nuestro posicionamiento profesional.

«Investigan el uso de una APP móvil para ayudar a pacientes con trastorno bipolar»

Europa Press (11/05/2014). OROS

✓ Investigadores de la Universidad de Michigan están desarrollando una aplicación móvil que podría ayudar a los pacientes con trastorno bipolar mediante el análisis de sus conversaciones para poder predecir cambios de conducta. Este sistema registra las palabras, los silencios y la entonación utilizados por el usuario para identificar indicios de cambios en el estado de ánimo.

No todo lo relacionado con el desarrollo de las nuevas tecnologías ha de resultar adictivo y problemático.

«Las enfermedades mentales graves reducen la esperanza de vida hasta 20 años»

Europa Press (23/05/2014). BASTOS

✗ Investigadores de la Universidad de Oxford publican en *World Psychiatry* un estudio que demuestra que la reducción media de la esperanza de vida en las personas con trastorno bipolar es de entre 9 y 20 años, 10 a 20 años para la esquizofrenia, entre 9 y 24 años por abuso de drogas y alcohol, y alrededor de 7 a 11 años para la depresión recurrente.

Sin embargo, aquí continuamos lamentando, como también concluyen ellos, que la salud mental no tiene la misma prioridad de salud pública a pesar de su prevalencia y morbimortalidad.

«Una nueva técnica permite diagnosticar la enfermedad de Alzheimer mucho antes de la aparición de síntomas»

Diario Siglo XXI (20/05/2014). OROS

✓ Las técnicas de imagen como la tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada (PET/TC), o PET/resonancia magnética (PET/RM) y radio-trazadores empiezan a aportarnos notables datos para poder descubrir de forma precoz el inicio de la enfermedad de Alzheimer (EA). El Hospital Puerta del Sur de Móstoles contará en breve con el primer PET/RM español.

Los radiotrazadores, isótopos acompañados de fármacos, son inyectados por vía intravenosa y buscan los amiloides que producen las propias neuronas y que se fijan fuera del cerebro. La imagen que capta el PET descubre si estas proteínas están fijadas en la materia gris, en la blanca o en ambas, y así se puede predecir de forma más fidedigna la posibilidad de padecer EA.

«Un estudio de la Fundación Vall d'Hebron detecta algún trastorno de aprendizaje en más del 20% de escolares»

La Vanguardia (17/05/2014). BASTOS

✗ Este amplísimo estudio sobre 4.000 escolares y liderado por el Profesor Miquel Casas, aporta estos resultados que son comparables a los de otros países europeos. La gran diferencia se basa que en este caso solo estaban diagnosticados el 10% de ellos.

Una evidencia más en contra del «sobrediagnóstico» psiquiátrico, del que en tantas ocasiones se nos ha tildeado y tenemos que soportar en silencio.

«El sector de la industria farmacéutica está desarrollando 119 compuestos para el tratamiento de enfermedades mentales»

Diario Médico (19/05/2014). OROS

✓ A pesar de la notable disminución general en los productos en investigación, comparado con la década anterior, hay que mantener la esperanza de que alguna de estas novedades terapéuticas pueda culminar su recorrido.

Destacan por su carácter innovador un producto para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con un mecanismo de triple inhibición sobre serotonina, noradrenalina y dopamina y de administración diaria única. Puede resultar también prometedor un medicamento intranasal para la depresión recurrente que aportaría efectos terapéuticos en horas, en lugar de semanas, y actuaría sobre el receptor NMDA.

«La depresión es la primera causa de enfermedad y la tercera de muerte entre los adolescentes»

El Periódico (14/05/2014). BASTOS

✗ Según este estudio que recoge los datos de 2012 y que ha sido publicado actualmente, pone en evidencia la estadística cruel citada como titular del trastorno depresivo. El comité de expertos añade que si los adolescentes con problemas mentales recibieran el tratamiento necesario se podrían evitar muertes y sufrimiento. También concluye que los adultos que desarrollan enfermedades mentales padecieron los primeros síntomas hacia los 14 años.

Si la desesperanza caracteriza un episodio depresivo grave, qué hay que pensar cuando el mismo adjetivo se aplica como peculiaridad a nuestra población juvenil actual.

«El alcohol es causa directa de una de cada ocho muertes anuales de adultos en Europa»

La Región (07/06/2014). BASTOS

✗ El consumo excesivo de alcohol causa más daños individuales y sociales que el de cualquier otra droga. Según el último informe de la OMS, Europa es el área geográfica donde más se consume (10,9 litros por persona y año), y nuestro país se sitúa un poco por encima de esta media (11,2 litros).

Cada vez acuden más jóvenes a las consultas, no porque sean conscientes de que tienen un problema, sino derivados por la Fiscalía de menores o acompañados de sus padres. Asimismo, 8 de cada 10 personas que consultan por uso problemático del alcohol tienen otra enfermedad mental. Poder complementar el tratamiento basado en la abstinencia con otro que reduzca el consumo parece una opción interesante.

«Psiquiatras del niño y el adolescente reclaman la constitución y acreditación de la especialidad, y la dotación y reorganización de recursos»

Congreso de la AEPENYA (04/06/2014). OROS

✓ Nos sumamos totalmente a esta petición. Durante la presentación, en el Congreso de Santander, del *Libro Blanco de la Psiquiatría del niño y del adolescente*, se hizo especial hincapié en esta solicitud, dando a conocer las líneas maestras de actuación que implicaría esta especialización, muchas veces olvidada y obviada, y tan necesaria de abordar por sus características intrínsecas, así como por las consecuencias que su desconocimiento pueden comportar *a posteriori*. ■

Nuevos datos de **eficacia de duloxetina en el trastorno de ansiedad generalizada**



Josep Ramon Domènech Bisén
Servicio de Psiquiatría. CAIDM
Consorci Sanitari. Barcelona

Recientemente se han publicado los resultados de un estudio con duloxetina, que evaluó la eficacia y seguridad de este fármaco en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en pacientes ancianos¹. Se trata de un estudio multicéntrico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, en el que se utilizaron dosis flexibles de duloxetina de entre 30 y 120 mg/día. El estudio se llevó a cabo en 47 centros de nueve países y en él participaron pacientes ambulatorios de ambos sexos mayores de 65 años con criterios diagnósticos de TAG, según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.ª edición, texto revisado* (DSM-IV-TR). Para asegurar que los participantes presentaran síntomas de intensidad al menos moderada, se requería que tuvieran las siguientes puntuaciones en las correspondientes escalas:

– Escala de impresión clínica global (CGI, *Clinical Global Impres-*

sion) de intensidad de la enfermedad: puntuación igual o mayor a 4.

– Escala de Raskin y Covi: una puntuación igual o mayor a 9 en la Escala de ansiedad de Covi (CAS, *Covi Anxiety Scale*), ningún ítem con puntuación superior a 3 en la Escala de depresión de Raskin (RDS, *Raskin Depression Rating Scale*) y una puntuación total de CAS superior a la puntuación total de RDS.

– Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*): una puntuación mayor o igual a 10 en la subescala de ansiedad.

Además, al tratarse de pacientes mayores, los participantes debían puntuar como mínimo 24 en el Miniexamen del estado mental (MMSE, *Mini-Mental State Exam*).

Los pacientes con otros trastornos comórbidos del eje I, con excepción de la fobia social/específica premórbida, o del eje II fueron excluidos del estudio, así como aquellos que habían tomado benzodiazepi-

nas en los 14 días previos, inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) o fluoxetina en los 30 días previos o los que tenían antecedentes de abuso o dependencia del alcohol o sustancias psicoactivas en los 6 meses anteriores.

El diseño del estudio contemplaba un periodo de selección de hasta 30 días de duración, al que le siguieron una fase de tratamiento, de 10 semanas de duración, y una fase final de 2 semanas en la que el fármaco se retiró de forma progresiva. De esta forma, tras la fase de selección, los pacientes del grupo activo recibieron 30 mg de duloxetina una vez al día durante 2 semanas, transcurridas las cuales la dosis se incrementó a 60 mg una vez al día a criterio del investigador o si la puntuación en la Escala CGI de mejoría (CGI-I) era igual o mayor a 3, siempre que se tolerase de forma adecuada la dosis anterior. La dosis podía aumentarse posteriormente a 90 mg y de 90-120 mg una vez al

día, pudiendo volverse a la dosis previa si la dosis pautaada no se toleraba en algún momento.

La medida principal de la eficacia fue la puntuación total en la Escala de valoración de ansiedad de Hamilton (HAM-A, *Hamilton Anxiety Scale*), definiéndose la respuesta como una reducción del 50% respecto al valor basal y la remisión como una puntuación total de HAM-A menor o igual a 7. Como principal medida secundaria de eficacia se empleó la Escala de discapacidad de Sheehan para la funcionalidad global, aunque se utilizaron también otros parámetros como variables secundarias adicionales: factor de ansiedad psíquica y factor de ansiedad somática de la HAM-A, ítems individuales de la HAM-A para el estado de ánimo ansioso y tensión, las subescalas de ansiedad y depresión de HADS, la Escala CGI-I evaluada por los médicos y por los pacientes, un cuestionario de calidad de vida (Q-LES-Q-SF, *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*) y un inventario autoadministrado de dolor abreviado, para evaluar la presencia, intensidad e interferencia de dichos síntomas y satisfacción con la calidad de vida de 16 ítems.

El 76,2% de los pacientes tratados con duloxetina y el 75,0% del grupo placebo finalizaron el estudio, sin que hubieran diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la frecuencia de abandonos por acontecimientos adversos (9,9% frente a 10,7%, respectivamente; $p = 0,85$). A lo largo del estudio, a 48 (31,8%) pacientes del grupo de duloxetina no se les aumentó la dosis y permanecieron con 30 mg, a 52 (34,4%) se les aumentó la dosis una vez a 60 mg, a 36 (23,8%) se les aumentó dos veces hasta 90 mg, y a 15 (9,9%) se les aumentó tres veces hasta 120 mg.

“Los porcentajes de respuesta y de remisión fueron significativamente más altos con duloxetina”

El estudio demostró que duloxetina proporcionó una mejoría significativamente mayor que el placebo en la puntuación total de la HAM-A (-15,9 frente a -11,7; $p < 0,001$), siendo esta diferencia significativa desde la semana 4

hasta el final del estudio. Además, el tratamiento con duloxetina se asoció a una mejoría significativamente mayor en otras medidas de ansiedad, depresión, calidad de vida, funcionalidad global, actividades sociales/de ocio, familia/desempeño en el hogar y trabajo. Asimismo, los porcentajes de respuesta y de remisión fueron significativamente más altos en el grupo de tratamiento con duloxetina (71,3% frente a 45,5% y 44,8% frente a 29,5%, respectivamente; ambos $p < 0,001$). La tolerabilidad fue buena, siendo la sequedad de boca el único efecto adverso significativamente más frecuente en el grupo de duloxetina. No se identificaron episodios correspondientes de hipotensión ortostática y no se registró ningún intento de suicidio. Tampoco se identificaron acontecimientos adversos graves relacionados con el tratamiento con duloxetina ni diferencias importantes entre los grupos respecto a ningún valor analítico ni se observaron diferencias clínicamente significativas entre duloxetina y placebo relativas a la presión arterial, la frecuencia del pulso, los parámetros electrocardiográficos o en el peso.



Implicaciones clínicas de los resultados

Aunque el TAG es un trastorno que suele aparecer en adultos jóvenes, suele tener un curso crónico, por lo que es frecuente también que esté presente en edades más avanzadas²⁻⁴ y casi la mitad de los casos debutan de forma tardía³. Precisamente estos pacientes presentan una mayor limitación funcional debido a problemas físicos y una menor calidad de vida, en comparación con los pacientes con TAG de inicio temprano, los cuales tienen un curso más severo^{3,4}. Existen varias guías europeas sobre el tratamiento del TAG y, aunque las recomendaciones difieren en función del país de origen, en general, estas recomiendan la psicoterapia, la farmacoterapia o la combinación de ambas. Las más conocidas son la del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁵ y la de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)⁶. Esta última recomienda los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores duales de recaptación o pregabalina como primera línea de tratamiento farmacológico, relegando las benzodiazepinas a un segundo lugar, mientras que la NICE prioriza la educación y la intervención psicológica de baja intensidad como primer paso antes de utilizar la farmacoterapia.

En estudios previos, duloxetina demostró superioridad estadísticamente significativa frente al placebo y no inferioridad respecto a venlafaxina⁷. El uso de duloxetina proporcionó una mejoría significativa de los síntomas físicos dolorosos, así como de la funcionalidad global y de la calidad de vida. Sin embargo, hasta ahora no se habían llevado



a cabo estudios específicos con duloxetina en pacientes ancianos con este trastorno. Los datos disponibles provenían exclusivamente de un subanálisis de 73 pacientes (duloxetina $n = 45$, placebo $n = 28$) mayores de 65 años, de cuatro ensayos clínicos controlados⁸. La novedad del presente estudio reside precisamente en que se trata del primer ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo diseñado de forma específica para evaluar la eficacia y tolerabilidad de duloxetina en pacientes ancianos con TAG. El estudio fue diseñado para evaluar la dosificación flexible y se permitió la presencia de enfermedades comórbidas estables y el tratamiento con fármacos concomitantes (con excepción de aquellos que podían interferir en la correcta evaluación de los resultados), adoptando así la conducta que suele seguirse en la práctica clínica.

Tres aspectos son de especial relevancia en este estudio: en primer lugar, los resultados demuestran que duloxetina es eficaz, proporcionando una mejoría significativamente superior a la del placebo desde la semana 4. Los pacientes tratados con duloxetina tenían una probabi-

lidad significativamente mayor de responder al tratamiento y mantener la mejoría, así como de alcanzar la remisión. Es posible, como indican los autores, que el hecho de que todos los pacientes tratados con duloxetina recibieran una dosis inicial de 30 mg/día, sin que se pudiera aumentar la dosis antes de la segunda semana, contribuyera a la ausencia de diferencias entre los grupos en la visita de la semana 2, si bien es cierto que también pudo contribuir al menor porcentaje de abandonos debidos a acontecimientos adversos que se observó, en comparación con el subanálisis previo antes mencionado.

“Duloxetina proporcionó una mejoría significativa de los síntomas físicos dolorosos, de la funcionalidad global y de la calidad de vida”

Otro aspecto importante del estudio es que los resultados se mi-

dieron no solo mediante una escala sintomática como es la HAM-A, sino con un instrumento de valoración de la funcionalidad, como es la Escala de Sheehan, que valora esta en tres dominios relacionados con la vida: laboral, social y familia/desempeño en el hogar. Este aspecto es importante porque los pacientes con TAG presentan a menudo un deterioro marcado de la funcionalidad, tanto el aspecto físico como psicosocial^{9,10}. Los estudios previos en adultos con TAG habían ya demostrado que duloxetina mejoró la funcionalidad y la calidad de vida en comparación con el placebo¹¹. La eficacia en cuanto a la mejoría de la funcionalidad es un aspecto muy relevante, por cuanto la funcionalidad es el reflejo más directo de la repercusión clínica del tratamiento. De hecho, uno de los criterios recogidos en el DSM para establecer el diagnóstico de TAG es que la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provoquen un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Es por ello, que en la actualidad se busca cada vez más la evidencia de que los tratamientos para un determinado trastorno

o enfermedad proporcionen una mejoría de la funcionalidad en aspectos importantes de la vida del paciente¹².

“Se busca cada vez más que los tratamientos para un determinado trastorno proporcionen una mejoría de la funcionalidad”

Finalmente, el tercer aspecto relevante del estudio está en relación con la seguridad del fármaco. En el grupo de tratamiento activo se produjeron tres eventos adversos graves, aunque los investigadores del estudio no los consideraron asociados con el tratamiento con duloxetina o con cualquier procedimiento de protocolo. Este es un aspecto importante cuando se trata de pacientes, que por sus características suelen presentar una mayor fragilidad. En resumen, los resultados de este estudio corroboran los hallazgos de los análisis previos de duloxetina en el TAG en este segmento de edad.

Bibliografía

1. Alaka KJ, Noble W, Montejo A, Dueñas H, Munshi A, Strawn JR, et al. Efficacy and safety of duloxetine in the treatment of older adult patients with generalized anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Feb 20. doi: 10.1002/gps.4088. [Epub ahead of print].
2. Lenze EJ, Mulsant BH, Mohlman J, Shear MK, Dew MA, Schulz R, Miller MD, et al. Generalized anxiety disorder in late life: lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(1):77-80.
3. Le Roux H, Gatz M, Wetherell JL. Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(1):23-30.
4. Chou KL. Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(6):455-64.
5. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society; 2011.
6. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders- first revision. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(4):248-312.
7. Arranz B. Duloxetina y trastorno de ansiedad generalizada, una buena asociación. *Psiquiatría Biológica*. 2014;21(1): 3-8.
8. Davidson J, Allgulander C, Pollack MH, Hartford J, Erickson JS, Russell JM, et al. Efficacy and tolerability of duloxetine in elderly patients with generalized anxiety disorder: a pooled analysis of four randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *Hum Psychopharmacol*. 2008;23(6):519-26.
9. Weisberg RB, Beard C, Pagano ME, Maki KM, Culpepper L, Keller MB. Impairment and functioning in a sample of primary care patients with generalized anxiety disorder: results from the primary care anxiety project. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(5). pii: PCC.09m00890.
10. Romera I, Fernández-Pérez S, Montejo AL, Caballero F, Caballero L, Arbesú JÁ, et al. Generalized anxiety disorder, with or without comorbid major depressive disorder, in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord*. 2010;127(1-3):160-8.
11. Endicott J, Russell JM, Raskin J, Detke MJ, Erickson J, Ball SG, et al. Duloxetine treatment for role functioningimprovinggeneralizedanxiety disorder:Threeindependentstudies.*J Clin Psychiatry*. 2007;68:518-24.
12. Endicott J, Dorries KM. Functional outcomes in MDD: established and emerging assessment tools. *Am J Manag Care*. 2009;15: S328-S334. ■

Borgoña

Dr. José Antonio López Rodríguez

Bueno tía, prepárate. Nos vamos a Borgoña. Sí, ya sé que me dirás que estuve hace dos años. Es verdad. Pero a mí, con los viajes, me pasa lo mismo que con los libros: los buenos, me gusta releerlos. Se les saca más partido cuantas más veces se leen. Creo que *El Gatopardo* lo he leído y he visto la película incontables veces. Y lo que repetiré...

Sí, ya sé que te estás preguntando qué encuentro yo de especial en una zona de Francia que se llama Borgoña. Para mí posee dos de las cosas que más admiro —¿las que más?—: belleza y vino. Te iré explicando. Pero antes, te voy a situar en Borgoña: dónde está, historia, cultura, etc.

Borgoña es una región de Francia situada en el centro-noreste de París, aproximadamente a unas tres horas al suroeste de París y cuya capital es Dijon. ¡Buena mostaza, eh! Como sé que te gusta la historia, te diré que estuvo habitada por los celtas primero y por los galorromanos después. En el s. iv, los romanos de la provincia se aliaron con los burgundios, un pueblo germánico que procedía del Mar Báltico. En el s. vi, son derrotados por los francos, que continuaron en el reino de Borgoña, pero bajo su propio gobierno. Más tarde, este se dividió en el Ducado de Borgoña al oeste y el Condado de Borgoña al este. El Ducado es el mejor conocido y se convirtió en la región de Borgoña.

Después, cuando te hable de la cultura, te seguiré hablando de la historia de Borgoña, pero sí te diré de momento que en la Edad Media fue sede de alguno de los más importantes monasterios, entre ellos Cluny,

Viñedos en Veugeot, con el castillo de Château LaTour al fondo

Citeaux y Vézelay. Este hecho te anticipo que es muy importante porque aquí nacen los primeros y mejores vinos, por iniciativa de los monjes cistercienses.

Sus vinos

Te decía «belleza». Hablar de belleza en las distintas regiones de Francia es fácil. ¿Qué podemos decir de Provenza, Dordoña, Bretaña? Francamente, son zonas inolvidables. Pero con respecto a Borgoña, evidentemente lo primero que llama la atención, su hecho diferencial, son unos mares verdes de viñedos, todos perfectamente organizados. Unas viñas «humanizadas». Las tratan una a una, con mimo, y casi diríamos que con veneración personal. El paisaje cambia cada kilómetro, y a eso responde que cada pueblo tenga un vino diferente de otro. Ya sabes que para el vino, el terreno es fundamental.

Pero, además, sus pueblos huelen a vino, cultura y sabiduría de vivir. Son gente agradable (una vez más, esta cualidad depende del nivel de vida y su población).

“Sus pueblos huelen a vino, cultura y sabiduría de vivir.”

Hay elegancia en el ambiente. Se nota que son ricos desde hace tiempo: tienen el gusto del que lleva siglos sabiendo vivir bien.

Encontrarás allí mezclados los grandes *châteaux* y sus maravillosos vinos, con pequeñas viñas familiares,



llevadas por el abuelo, el padre y el nieto. Generaciones que viven de la viña.

Ya te he dicho que la capital es Dijon, aunque la capital del vino es Beaune. Entre ambas hay unos 30 kilómetros (Côte d'Or). En esos 30 kilómetros están las mejores y más famosas viñas del mundo. Allí está Romanée-Conti, Vosne-Romanée, etc.

Pasado Beaune, encontramos los mejores vinos blancos del mundo y sobre todo, tía, está mi vino favorito: Puligny-Montrachet. Es la variedad Chardonnay mejor conseguida, desde mi punto de vista.

Pero ya que hemos empezado, vamos a seguir con el vino. Te diré que en cuanto a tintos tienen la reina de las uvas: la Pinot Noir. Es la mejor, pero también la más delicada. Además, tienen otra menos famosa, pero que da vinos muy agradables, la Gamay. Con respecto a los blancos, está la universalmente famosa Chardonnay, que da esos vinos inolvidables de Borgoña. Y además tienen una segunda uva, menos famosa, que es la Aligoté.

Cuando uno piensa en los mejores vinos del mundo, indudablemente piensa en Borgoña. ¿Por qué? Bueno, esto no viene de ayer. Se unen las mejores uvas, un clima muy propicio, un terreno ideal y mucha experiencia: llevan siglos haciendo buenos vinos. Pero te voy a decir algo más para que estés a la moda y sepas algo más de vinos. En general, para los *connaisseur* del vino, suelen representar la cumbre de lo catable. Los tintos, cuando todavía son jóvenes o de zonas con menos potencial de envejecimiento, tienen una presencia muy franca de Pinot Noir. Son de baja capa de color, taninos poco intensos, acidez muy integrada y aroma típico a cerezas

o guindas (guindas al kirsch es el marcador típico de este vino), con frecuentes aromas de reducción iniciales. A medida que envejecen (los vinos que pueden hacerlo), los toques animales y terciarios —por la crianza en barrica— con hongos, chocolate, cuero, humo, hierba, especias, madera, etc., insinuados, se añaden a los de la cereza o fresa y caza, dando lugar a vinos complejos y elegantes, sedosos, cambiantes en copa; comparados con los de Burdeos, más potentes y opulentos, los de Borgoña optan por la austeridad y elegancia, son más contenidos, pero complejos, suaves, nada estridentes, aterciopelados y equilibrados. Hay que recordar que entre la fase juvenil y la madura puede haber otra de silencio administrativo durante unos años, en la que la uva dice poco, el vino está «cerrado» (pasa más a menudo en los grandes vinos, en los Grands Crus y algún Premier Cru).

“Cuando uno piensa en los mejores vinos del mundo, indudablemente piensa en Borgoña.”

Los blancos, de jóvenes, tienen mucha impronta de la Chardonnay: son untuosos, más intensos que los tintos en nariz, con acidez clara, aromas lácteos (mantequilla), cítricos, humo, frutos secos, minerales y toques de reducción. En la madurez, reclutan además toques a tostados, miel, madera, caramelo, especias y vegetales... También resultan complejos y cambiantes en copa; más intensos en general que los tintos, con acidez algo más potente. Tam-

bién pueden «cerrarse» unos años los muy buenos.

De forma más general, el vino de Borgoña para mi es complejo, cambiante, con «todo lo que debe tener»: acidez, volumen, cuerpo y taninos, los tintos. Muy bien imbricados (nada resulta demasiado patente), persistentes, y muy bien estructurados. Pero sobre todo, son elegantes y sobrios.

Es decir, son vinos difíciles, casi «para entendidos», pero cuando llegas a ellos ya no hay ningún otro vino que pueda comparárseles.

Pero ¡puñetas! ¡Ay, perdona!: se me está subiendo el vino a la cabeza. Vamos a hablar de cultura. Y, como te dije, para introducirte en la cultura de Borgoña, voy a seguir la historia de Borgoña donde la dejé anteriormente.

Su historia

El Ducado de Borgoña fue el territorio independiente más rico de toda Francia, rivalizando en ocasiones en prosperidad y riqueza con el propio Rey. Desde mediados del s. xiv hasta mediados del s. xv fue el momento de esplendor del ducado, con Felipe II el Atrevido, Juan I Sin Miedo y, sobre todo, Felipe III el Bueno. Entre todos crearon en Dijon una Corte que aventajó en refinamiento a la de París. Por ello, durante siglos, el Rey intentó anexionar este ducado a sus territorios, cosa que consiguió en 1477, cuando derrotó al último duque, Carlos el Temerario. Como Carlos no tenía descendencia masculina, el rey Luis XI se apoderó del Ducado de Borgoña y lo anexionó al dominio real, en base a que los *apanages* se habían reglamentado de forma que, al agotarse la descendencia masculina, debían incorporarse a la Corona. Pero María, la hija de Carlos el Temerario, casó



El hospicio de Beaune

con el futuro emperador Maximiliano I de Habsburgo para defender su herencia, y no aceptó la pérdida del ducado, manteniendo así su título. Y ahí empieza la conexión de esta tierra borgoñona con España: como Maximiliano de Austria fue abuelo de nuestro Carlos I, este heredó el título. Bien es verdad que en la Paz de Cambrai (1521), tras la guerra con Francia, nuestro César Carlos renunció al territorio, pero no al título, ya que el Duque de Borgoña tenía, además, el privilegio de ser el Gran Maestre y Soberano de la Orden militar más prestigiosa de la Europa continental, la Orden del Toisón de Oro, fundada por Felipe II el Bueno. A partir de entonces, desde Carlos I hasta hoy, hasta nuestro recién estrenado Felipe VI, tienen el privilegio de ostentar este título. Tan prestigiosa era esta Orden que ni siquiera el cambio de dinastía de los Habsburgo a los Borbones hizo que nuestros reyes renunciaran al título. La condecoración de esta Orden es fácil de reconocer, ya que se representa con un pequeño carnero –que

alude al vellocino de oro–colgando de una cadena en cuyos eslabones aparece repetida la «B» de Borgoña. El gran collar de esta Orden está conservado en el Kunsthistorisches Museum de Viena..., pero de Viena hablaremos en otra ocasión.

“El Ducado de Borgoña fue el territorio independiente más rico de toda Francia, rivalizando en ocasiones en prosperidad y riqueza con el propio Rey.”

Su capital

Con esta historia tan espléndida, es lógico que Dijon sea una ciudad con un encanto especial. Es mucho más que la capital de la mostaza. Tiene un tamaño muy agradable (250.000 habitantes), y está llena de vida en sus calles peatonales,

de tiendas, de cafés, y cuenta con un estupendo teatro de la ópera. La ciudad tuvo su momento de esplendor durante los ducados de Felipe el Atrevido, Juan sin Miedo y Felipe el Bueno. Entre los tres, construyeron un majestuoso Palacio Ducal, que fue reformado durante la segunda edad de oro de la ciudad, en el s. XVII. En el palacio, llaman la atención los salones, las cocinas y el Museo de Bellas Artes, alojado ahí, y donde se conservan un estupendo retrato de Felipe el Bueno, realizado por van der Weyden, y una notable colección de pintura impresionista. Junto al palacio, la Plaza de la Liberación es uno de los ejemplos de urbanismo barroco francés más señalados de todo el país, ya que fue diseñada y reformada por Jules Hardouin-Mansart, uno de los arquitectos de Versalles, el urbanista más destacado del s. XVII y, a la sazón, inventor de las «mansardas».

Beaune y alrededores

Pero volvamos a Beaune, una joyita de refinamiento. El centro neurálgico

de la ciudad, curiosamente, no es su ayuntamiento, sino su imponente antiguo hospicio, el Hôtel-Dieu. Es uno de los mejores ejemplos de arquitectura gótica civil. Creado por Nicolás Rolin, canciller de Felipe III el Bueno, fue una institución de caridad de referencia durante siglos, y ha atendido ancianos hasta 1985. En el edificio destacan tres cosas: su patio, su sala central y una excepcional pintura. El patio, rectangular, articula los cuatro edificios que componen su estructura, construidos en madera y con un espectacular tejado a base de tejas vidriadas de diversos colores. Este tipo de tejados son característicos de Beaune y sus alrededores, y a menudo las tejas amarillas, verdes y negras dan una nota de color a las casas y palacios. La sala central del hospicio, la Sala de Pobres, está construida en una sola nave de 50 m de largo, con una cubierta de madera de decoración policromada representando dragones, personajes y animales. Por último, la joya artística a la que me

refería es el *Políptico del Juicio Final* (1446), de Rogier van der Weyden, una auténtica teología del otoño de la Edad Media. Pero lo más curioso del Hôtel-Dieu es su gestión económica. El hospicio, desde el s. xv, para su mantenimiento económico, ha ido cultivando unas 60 hectáreas de vino en los mejores pagos de Côtes de Beaune y Côtes des Nuits. Desde 1851, cada mes de noviembre se celebra allí una famosa subasta de vino de Beaune que antiguamente tenía lugar en la gran sala y que en la actualidad sigue teniendo fines benéficos, con la ayuda de Christie's.

En los alrededores de Beaune, paseando entre viñedos, se llega a uno de los castillos medievales más curiosos y espléndidamente bellos que he visto, el Castillo de La Rochepot, construido por los caballeros Régnier y Philippe Pot, de la orden del Toisón de Oro. Lo llamativo de este castillo es que las estancias, angostas, tienen ventanas que asoman a maravillosas colinas plantadas con viñedos, divididos en

minúsculos pagos. De lejos, el castillo tiene un aspecto como de cuento de hadas, con torreones rematados con esbeltos capiteles recubiertos de esas tejas vidriadas que habíamos visto en el hospicio de Beaune. Este aspecto tan elegante tiene que ver con que el edificio se restauró a finales del s. xix por la escuela de Viollet-le-Duc, un restaurador que fue fundamental en la recuperación de la arquitectura medieval, pero cuyos gustos estaban influidos por la estética neogótica de la época, por lo que sus intervenciones eran un poco «fantasiosas». Pero en fin, fantasioso o no, el castillo es un prodigio de belleza.

Bueno tía. No sé si te habrán convencido mis argumentos para volver, pero sí te puedo decir que no será la última vez que venga por aquí. Mientras tanto, me voy a ir a tomando una copita de Puligny-Montrachet. Hasta la próxima... ■

(Fotos: Dr. Esteban Areses)



El castillo de La Rochepot

Interactivos



En este número «Especial Congreso» y previo a la época vacacional cambiamos el formato didáctico, exclusivamente médico-psiquiátrico, por otro de más informal, pero que esperamos os sea de utilidad. Se trata de páginas web con un cierto prestigio y que nos pueden servir de ayuda para encontrar billetes de vuelo al precio más económico posible, páginas culturales, páginas para redescubrir nuestra ciudad o cualquier otra del país, recomendaciones sobre literatura, alguna receta culinaria sencilla, lo más nuevo sobre opinión y tecnología, y finalmente una curiosa página para mantener nuestra solidaridad, incluso en verano.

WEBS DE UTILIDAD

Detallamos algunas páginas web interesantes, seguramente habrán mejores o más informativas y novedosas, o relativas a otros temas y no citadas en este apartado. Es por ello que os animamos a descubrirlas en nuestra web de ASEPP.

www.skyscanner.es

Página web de uno de los buscadores de referencia mundial que proporciona comparaciones de más de mil aerolíneas para buscar los vuelos más baratos en tan solo unos segundos. Además también busca hoteles, alquiler de coches baratos y ofertas de viajes. No solo compara las grandes aerolíneas sino también las de *low cost*.

Sus flexibles opciones de búsqueda permiten determinar el mejor momento para reservar el vuelo, así como las fechas en las que puede resultar más barato volar desde cada país.

La reserva siempre se hace directamente con la aerolínea o la agencia de viajes, de manera que siempre se obtiene el precio más bajo, sin recargos.

www.lecturalia.com

Es una red social de literatura destinada a cualquier tipo de lector interesado en dar o recibir opiniones sobre libros, o bien estar al día de las últimas novedades en el mercado editorial. Actualmente está formada apro-

ximadamente por 90.000 libros, 20.000 autores y con 70.000 usuarios registrados.

La idea principal en Lecturalia es convertirse en un lugar donde todo el mundo pueda dejar su opinión sobre un libro, sin necesidad de entrar en debates; un recopilatorio que recoja desde las críticas más interesantes a simples esbozos o sensaciones. También nos encontramos con un blog de literatura pensado para aportar más información sobre el mercado editorial, las novedades tecnológicas y también sobre las curiosidades, a veces inimaginables, que se dan en el mundo de la literatura.

A este registro de libros, incluidos en su red social, hay que sumar la tienda de libros electrónicos accesible desde la web <http://ebooks.lecturalia>, a través de la cual se pueden adquirir las grandes novedades editoriales en formato digital.

<http://webosfritos.es>

Excelente blog de recetas de cocina que con el lema «comer hay que comer, y mejor bien que mal», desde diciembre de 2007 hace una recopilación de recetas tradicionales, explicadas detalladamente, con un lenguaje más que claro y con unas imágenes de gran calidad.

Susana Pérez y Jesús Cerezo, dos amantes de la cocina fácil, nos proponen todo tipo de soluciones para convertir la nutrición en un placer, con un recetario variado, con instrucciones sencillas y explicadas paso a paso, con un sinfín de trucos y recetas para los más pequeños de la casa o para triunfar en una cena con

amigos. Adaptándose a los tiempos actuales, nos propone una amplia variedad de recetas para tupper para comer, si es preciso, en el despacho de la mejor manera posible.

www.informacionyarte.com

Para los amantes de las nuevas tecnologías, diseños web, fotografía y las más diversas aplicaciones, este sitio ofrece información novedosa y con explicaciones sencillas que nos permiten sacar un mejor partido y sorprender a amigos y colegas con los últimos avances digitales.

www.timeout.com

Todo un clásico, que con el paso de los años ha sabido renovarse ofreciendo una información excelente, con diferentes entradas al gusto, para poder conocer y apuntarse a todo lo que esté ocurriendo en las principales ciudades del mundo.

Restaurantes y bares, cines y teatros, tiendas, escapadas y las reservas mejor valoradas, hacen de este sitio web un lugar de consulta necesario si nos quedamos en casa o viajamos por otra ciudad.

www.openculture.com

Esta es una web creada por Dan Colman en 2006 que recopila información, datos útiles tanto culturales como educativos enfocados a una comunidad mundial de aprendizaje permanente.

La idea es utilizar internet y la gran cantidad de contenido disponible en la web lo mejor posible. Toda la información ya está ahí, pero se dispersa a través de la web y no es fácil encontrarla. La misión de Open Culture es proporcionar enriquecimiento de contenidos en una única página web. Todo es gratis, y sin ningún tipo de registro, bien sea porque sus autores decidieron compartirlos o porque con el paso del tiempo ya venció la

vigencia de los derechos de autor y ahora pasan a ser contenidos de acceso público.

Otra área de notable interés es la de los cursos online gratuitos (más de mil en la actualidad) de diversas instituciones universitarias como Harvard, Oxford, Yale o el MIT. Abarcan distintas áreas científicas como: astronomía, biología, negocios, química, ingeniería, literatura, matemáticas, ciencias políticas o psicología.

www.ted.com

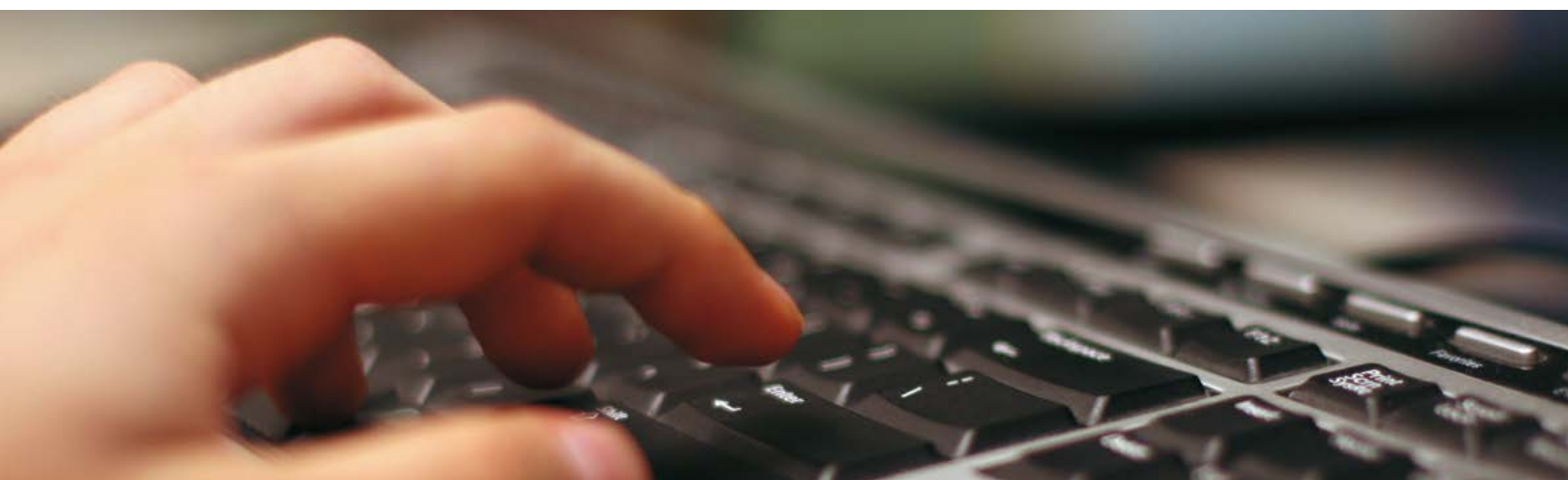
Esta es una de las mejores páginas web educativas del mundo; tiene como objetivo principal la difusión de ideas que merecen ser compartidas. Sin duda la mejor página web de conferencias subtuladas en los principales idiomas.

TED (tecnología, entretenimiento, diseño) es una organización sin ánimo de lucro dedicada a las ideas «dignas de difundir». Ampliamente conocida por su congreso anual (TED Conference) y sus charlas (TED Talks), cuyos contenidos se centran en ciencias, arte y diseño, política, educación, cultura, negocios, tecnología y desarrollo, y entretenimiento. El OPT (proyecto abierto de traducción), en funcionamiento desde mayo de 2009, traduce las charlas de su página web a más de 100 idiomas, contando para ello con la colaboración de más de 10.000 voluntarios.

<http://cafespendientes.es>

Para finalizar, una recomendación con aroma de generosidad. Es una iniciativa que invita a realizar una acción solidaria, sin ánimo de lucro y basada en la confianza. Consiste en pagar por anticipado un café a alguien que no tiene recursos para comprarlo.

Esta idea surgió en Nápoles, Italia, con el nombre de «Caffè Sospeso» y, gracias a las redes sociales, se está extendiendo a varios países con muy buena respuesta de la gente. ■



Decálogo de la ASEPP

Los miembros de la ASEPP están comprometidos a:

1. Mantener en su ejercicio profesional los principios de la correcta praxis médica (*lex artis*), fundamentada en el humanismo, haciendo prevalecer la atención integral del paciente sobre cualquier otro tipo de interés.
2. Aspirar permanentemente a la excelencia profesional mediante la actualización continuada de sus conocimientos y habilidades, y desarrollando una actitud acorde a la misma.
3. Garantizar para sus pacientes el mejor tratamiento disponible, aplicándolo él mismo cuando posea los conocimientos y habilidades necesarios, o colaborando lealmente con otros profesionales en caso necesario, o derivándolo a otros dispositivos asistenciales cuando así lo requiera el diagnóstico o el estado del paciente.
4. Reservar y mantener la confidencialidad de todo cuanto el paciente le haya confiado en el ejercicio de la profesión, sin otros límites que los exigidos legalmente.
5. Ejercer su actividad profesional respetando en todo momento las convicciones y creencias del paciente.
6. Establecer con los pacientes a los que atiende un contrato terapéutico, explícito o implícito, en el que se determinen con claridad los servicios que se van a prestar y las contraprestaciones económicas que suponen para el paciente.
7. Facilitar en todo momento la información adecuada y necesaria, adaptada a las condiciones específicas de cada paciente, de forma que este pueda decidir libremente sobre la atención que se le presta.
8. Incentivar el interés, mantenimiento y avance de la especialidad entre otros profesionales sanitarios, en las universidades, hospitales generales y psiquiátricos, y en cualquier otra institución pública o privada relacionada con los aspectos médicos, sociales y legales de los trastornos emocionales y mentales.
9. Apoyar la investigación, prevención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, así como la promoción de la salud mental.
10. Intervenir en los medios sanitarios y en la sociedad para mejorar el conocimiento y comprensión de estas enfermedades, a fin de eliminar el estigma de la enfermedad mental y trabajar para la mejor integración del paciente.

FUNDAMENTOS DEL DECÁLOGO

La Asociación Española de **Psiquiatría privada** elaboró un decálogo, aprobado en la junta ordinaria celebrada con motivo del Congreso Nacional en Valencia en mayo de 2012. Dicho decálogo tiene el objetivo de exponer los valores que se consideran consustanciales a la práctica de la actividad psiquiátrica en el seno de nuestra sociedad. Expresan, de forma resumida, la aspiración a la excelencia profesional –que se considera irrenunciable, en todos los campos de actuación del psiquiatra–, en especial en la atención a los pacientes, pero también mediante el desarrollo de actividades docentes e investigadoras, y en el marco de la sociedad en general, donde cabe nuestra actuación individual y colectiva. Elementos como la confidencialidad, la formación continuada, el respeto a los valores del paciente, el consentimiento informado y, en general, la buena praxis, se consideran la base de nuestro quehacer. El decálogo supone un compromiso personal y colectivo con todos ellos.

Agenda de Congresos Psiquiatría 2014

Julio

International Neuropsychological Society Mid Year meeting.

Jerusalem, 9-11 de julio de 2014.

Alzheimer's Association International Conference.

Copenhague, 12-17 de julio de 2014.

Psychotherapy, Psychiatry and Counselling in the Digital Age.

Seattle, 13-20 de julio de 2014.

9th International Conference on Child and Adolescent Psychopathology.

London, 14-16 de julio de 2014.

39th Annual Aspen Psychiatry Conference – Into the Hands of Clinicians: Good Psychiatric Management of Borderline Personality Disorder.

Aspen, 30 de julio-1 agosto de 2014.

Agosto

7th World Congress for Psychotherapy.

Durban, 25-29 de agosto de 2014.

15th European Symposium of Suicide & Suicidal Behaviour 2014.

Tallin, 27-30 de agosto de 2014.

Septiembre

X Congreso Internacional de la Sociedad Española de Ansiedad y Estrés.

Valencia, 11-13 de septiembre de 2014.

XVI World Congress of Psychiatry.

Madrid, 14-18 de septiembre de 2014.

6th World Congress on Mental Health and Deafness.

Belfast, 16-19 de septiembre de 2014.

XVIII International Forum on Psychoanalysis.

Kaunas, 17-19 de septiembre de 2014.

2nd International Conference on Alzheimer's Disease and Dementia.

Valencia, 23-25 de septiembre de 2014.

17th World Congress of Psychophysiology,

Hiroshima, 23-27 de septiembre de 2014.

1st Global Conference of Biological Psychiatry.

Nueva Delhi, 25-28 de septiembre de 2014.

XXIV Reunión de la Asociación Gallega de Psiquiatría.

Ourense, 26-27 de septiembre de 2014.



Formulario de Solicitud de Inscripción en la Asociación Española de Psiquiatría Privada

Av. Príncipe de Asturias, 4 08012 – Barcelona • Tel. 93 218 63 79 • www.asepp.es • asepp.psiquiatria@gmail.com

Quien suscribe este documento expresa conocer y aceptar los Estatutos de la asociación, al mismo tiempo que declara la exactitud y veracidad de los datos aportados.

Fecha

DATOS PERSONALES*

Nombre*			
Primer apellido*			
Segundo apellido*			
NIF*		Nº colegiado*	
Calle*			
Población*			
Provincia*		C.P.*	
Teléfono*		Móvil	
Correo electrónico			

(* los datos personales son obligatorios para tramitar la inscripción)

DATOS PROFESIONALES

Consulta / Institución			
Calle			
Población			
Provincia		C.P.	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

Octubre

XXI Reunión de la Sociedad Española de Psicogeriatría.

Ceuta, 9-11 de octubre de 2014.

World Congress of Psychiatric Genetics.

Copenhague, 12-16 de octubre de 2014.

10th International Congress of the International Neuropsychiatric Association.

Jerusalem, 14-16 de octubre de 2014.

3rd International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders.

Roma, 16-18 de octubre de 2014.

27th ECNP Congress.

Berlin, 18-21 de octubre de 2014.

16th World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy.

Lisboa, 20-24 de octubre de 2014.

VIII Congreso Nacional de Psicología jurídica y Forense.

Santiago de Compostela, 23-25 de octubre de 2014.

XXIX Congreso de la Sociedad Castellano Leonesa de Psiquiatría.

Soria, 24-25 de octubre de 2014.

Noviembre

Autism, ADHD and Developmental Disabilities throughout the Lifespan –Biological and environmental perspectives.

Venezia, 1-8 de noviembre de 2014.

Global Addiction 2014.

Rio de Janeiro, 10-12 de noviembre de 2014.

Autism Spectrum Disorders.

Boston, 14-15 de noviembre de 2014.

9th International Conference on Early Psychosis – To the New Horizon.

Tokyo, 17-19 de noviembre de 2014.

XXVIII Congreso Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

Cartagena de Indias, 22-26 de noviembre de 2014.

Diciembre

14th International Forum on Mood and Anxiety Disorders.

Viena, 10-12 de diciembre de 2014.

El importe de la cuota anual vigente es de 100€ (cuota exenta de IVA)

Si desea domiciliar el recibo, indique su número de cuenta.

Entidad	Oficina	DC	Cuenta
También puede realizar transferencia bancaria en la cuenta: La Caixa 2100 – 0788 – 69 – 0200209527 Indicando nombre y apellidos del profesional que se inscribe			

¿Dónde desea recibir las comunicaciones que le envíe la ASEPP?

Domicilio particular				Consulta privada o Institución
----------------------	--	--	--	--------------------------------

Rogamos devuelva esta solicitud de inscripción una vez cumplimentada, por correo postal o correo electrónico. Todas las comunicaciones le serán enviadas a la dirección que Vd. señale como de su preferencia, utilizando el correo electrónico como medio de comunicación habitual.

ASEPP le informa que sus datos serán incorporados en un fichero automatizado, que el uso de los mismos tendrá carácter confidencial y que los datos se utilizarán exclusivamente para poder prestar nuestros servicios. Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición poniéndose en contacto con ASEPP.

Formulario inscripción
V101112

realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Xeristar puede estar asociado con la aparición de sedación y mareos. Por consiguiente, se debe indicar a los pacientes que si experimentan sedación o mareos, deben evitar la realización de tareas potencialmente peligrosas, como conducir o utilizar máquinas. **Reacciones adversas. a. Resumen del perfil de seguridad.** Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia en pacientes tratados con Xeristar fueron: náuseas, cefalea, sequedad de boca, somnolencia y mareos. No obstante, la mayoría de las reacciones adversas frecuentes fueron de leves a moderadas, normalmente comenzaron al inicio del tratamiento, y la mayoría tendieron a remitir con la continuación del tratamiento. **b. Resumen tabulado de reacciones adversas.** La tabla 1 muestra las reacciones adversas comunicadas por notificaciones espontáneas y durante los ensayos clínicos controlados con placebo en pacientes con depresión, trastorno de ansiedad generalizada y dolor neuropático diabético (que incluyeron a un total de 7.819 pacientes, 4.823 tratados con duloxetina y 2.996 con placebo). **Tabla 1: Reacciones adversas.** Estimación de las frecuencias: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$) y muy raras ($< 1/10.000$). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia.

Tabla 1. Reacciones adversas				
Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras	Muy raras
Infecciones e Infestaciones				
		Laringitis.		
Trastornos del Sistema Inmunológico				
			Reacción anafiláctica. Trastorno de hipersensibilidad.	
Trastornos Endocrinos				
			Hipotiroidismo.	
Trastornos del Metabolismo y de la Nutrición				
	Disminución del apetito.	Hiperglucemia (notificada especialmente en pacientes diabéticos).	Deshidratación. Hipernatremia. SIADH ⁶ .	
Trastornos Psiquiátricos				
	Insomnio. Agitación. Disminución de la libido. Ansiedad. Orgasmos anormales. Sueños anormales	Ideación suicida ^{5,7} . Trastornos del sueño. Bruxismo. Desorientación. Apatía.	Comportamiento suicida ^{5,7} . Manía. Alucinaciones. Agresividad e ira ⁴ .	
Trastornos del Sistema Nervioso				
Cefalea (14,4 %) Somnolencia (10,4 %)	Mareos. Letargo. Temblores. Parestesia.	Miclonía. Acatisia ⁷ . Nerviosismo. Alteraciones de la atención. Disgeusia. Discinesia. Síndrome de piernas inquietas. Sueño de baja calidad	Síndrome serotoninérgico ⁶ . Convulsiones ¹ . Inquietud psicomotora ⁶ . Síntomas extrapiramidales ⁵ .	
Trastornos Oculares				
	Visión borrosa.	Midriasis. Trastornos visuales.	Glaucoma.	
Trastornos del Oído y del Laberinto				
	Acúfenos ¹ .	Vértigo. Dolor de oído.		
Trastornos Cardíacos				
	Palpitaciones.	Taquicardia. Arritmia supraventricular, principalmente fibrilación auricular.		
Trastornos Vasculares				
	Aumento de la tensión arterial ³ . Rubor.	Síncope ² . Hipertensión ^{3,7} . Hipotensión ortostática ² . Sensación de frío periférico.	Crisis hipertensivas ^{3,6} .	
Trastornos Respiratorios, Torácicos y Mediastínicos				
	Bostezos.	Espasmos laringeos. Epistaxis.		
Trastornos Gastrointestinales				
Náuseas (24,1 %) Sequedad de boca (13,1 %)	Estreñimiento. Diarrea. Dolor abdominal. Vómitos. Dispepsia. Flatulencia.	Hemorragia gastrointestinal ⁷ . Gastroenteritis. Eructos. Gastritis.	Estomatitis. Hematoquecia. Halitosis.	
Trastornos Hepatobiliares				
		Hepatitis ³ . Aumento de las enzimas hepáticas (ALT, AST, fosfatasa alcalina). Daño hepático agudo.	Fallo hepático ⁶ . Ictericia ⁶ .	
Trastornos de la Piel y del Tejido Subcutáneo				
	Aumento de la sudoración. Erupción.	Sudores nocturnos. Urticaria. Dermatitis de contacto. Sudores fríos. Reacciones de fotosensibilidad. Aumento de la tendencia a que se produzcan hematomas.	Síndrome de Stevens-Johnson ⁶ . Edema angioneurótico ⁶ .	
Trastornos Musculoesqueléticos y del Tejido Conjuntivo				
	Dolor musculoesquelético. Espasmo muscular.	Tensión muscular. Fasciculaciones musculares.	Trismo.	
Trastornos Renales y Urinarios				
	Disuria.	Retención urinaria. Dificultad para comenzar a orinar. Nicturia. Poliuria. Disminución del flujo urinario.	Olor anormal de la orina.	
Trastornos del Aparato Reproductor y de la Mama				
	Disfunción eréctil. Trastorno de la eyaculación. Eyaculación retardada.	Hemorragia ginecológica. Trastornos menstruales. Disfunción sexual.	Síntomas menopáusicos. Galactorrea. Hiperprolactinemia.	
Trastornos Generales y Alteraciones en el Lugar de Administración				
	Fatiga.	Dolor torácico ⁷ . Caídas ⁸ . Sensación anómala. Sensación de frío. Sed. Escalofríos. Malestar. Sensación de calor. Trastorno de la marcha.		
Exploraciones Complementarias				
	Pérdida de peso.	Aumento de peso. Aumento de la creatinofosquinasa en sangre. Hiperpotasemia.	Aumento del colesterol plasmático.	

¹ Los casos de convulsiones y casos de acúfenos se notificaron también después de la interrupción del tratamiento. ² Los casos de hipotensión ortostática y síncope se notificaron particularmente al comienzo del tratamiento. ³ Ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo". ⁴ Los casos de agresividad e ira se han notificado principalmente al principio del tratamiento o después de la interrupción del mismo. ⁵ Los casos de ideación suicida y comportamiento suicida se notificaron durante el tratamiento con duloxetina o poco después de la interrupción del mismo (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). ⁶ Frecuencia estimada de las notificaciones de reacciones adversas de la vigilancia post-comercialización; no se observaron en ensayos clínicos controlados con placebo. ⁷ Sin diferencias estadísticamente significativas respecto al placebo. ⁸ Las caídas fueron más comunes en pacientes de edad avanzada (≥ 65 años).

c. Descripción de determinadas reacciones adversas. La interrupción del tratamiento con duloxetina (particularmente cuando se lleva a cabo de forma brusca) con frecuencia conduce a la aparición de síntomas de retirada. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia), trastornos del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), fatiga, somnolencia, agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblores, cefalea, irritabilidad, diarrea, hiperhidrosis y vértigo. Generalmente, para los ISRS e IRSN estos acontecimientos son de leve a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Se recomienda por lo tanto que cuando ya no sea necesario continuar el tratamiento con duloxetina, se realice una reducción gradual de la dosis (ver secciones "Posología y forma de administración" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). En la fase aguda (12 semanas) de tres ensayos clínicos con duloxetina en pacientes con dolor neuropático diabético, se observaron pequeños incrementos, pero estadísticamente significativos, de los niveles de glucemia en ayunas en los pacientes tratados con duloxetina. Los valores de HbA1c permanecieron estables tanto en el grupo tratado con duloxetina como en el grupo tratado con placebo. En la fase de extensión de estos ensayos, de una duración de 52 semanas, se observó un aumento de HbA1c tanto en el grupo tratado con duloxetina como en el de terapia habitual, pero el incremento medio fue de un 0,3% mayor en el grupo tratado con duloxetina. Se observó también un pequeño incremento de la glucemia en ayunas y del colesterol total en el grupo de pacientes tratados con duloxetina mientras que estos parámetros analíticos mostraron una ligera disminución en el grupo de terapia habitual. El intervalo QT corregido en función de la frecuencia cardíaca que presentaron los pacientes tratados con duloxetina no difirió del observado en los pacientes tratados con placebo. No se observaron diferencias clínicamente significativas para los intervalos QT, PR, QRS, o QTcB entre los pacientes tratados con duloxetina y los pacientes tratados con placebo. **Sobredosis.** Se han notificado casos de sobredosis de duloxetina con dosis de 5.400 mg, sola o en combinación con otros medicamentos. Se han notificado algunos casos de sobredosis mortales con duloxetina, principalmente en combinación con otros medicamentos, pero también con duloxetina sola a una dosis de aproximadamente 1.000 mg. Los signos y síntomas de sobredosis (con duloxetina sola o en combinación con otros medicamentos) incluyeron somnolencia, coma, síndrome serotoninérgico, convulsiones, vómitos y taquicardia. No se conoce un antídoto específico para duloxetina, pero si aparece el síndrome serotoninérgico, debe considerarse un tratamiento específico (como con ciproheptadina y/o control de la temperatura). Se debe establecer una vía respiratoria. Se recomienda el control de los signos cardíacos y vitales, junto con apropiadas medidas de apoyo y sintomáticas. El lavado gástrico puede estar indicado si se realiza poco después de la ingestión o en pacientes sintomáticos. El carbón activado puede ser útil para limitar la absorción. La duloxetina tiene un gran volumen de distribución, por lo que es poco probable que la diuresis forzada, la hemoperfusión y la exanguinoperfusión sean beneficiosas. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes. Contenido de la cápsula:** Hipromelosa. Succinato acetato de hipromelosa. Sacarosa. Esferas de azúcar. Talco. Dióxido de titanio (E171). Citrato de trietilo. **Cubierta de la cápsula.** 30 mg: Gelatina. Laurilsulfato de sodio. Dióxido de titanio (E171). Índigo carmin (E132). Tinta verde comestible. La tinta verde comestible contiene: Óxido de hierro negro - sintético (E172). Óxido de hierro amarillo - sintético (E172). Propilenglicol. Shellac. **Cubierta de la cápsula.** 60 mg: Gelatina. Laurilsulfato de sodio. Dióxido de titanio (E171). Índigo carmin (E132). Óxido de hierro amarillo (E172). Tinta blanca comestible. La tinta blanca comestible contiene: Dióxido de titanio (E171). Propilenglicol. Shellac. Povidona. **Incompatibilidades.** No procede. **Período de validez,** 3 años. **Precauciones especiales de conservación.** Conservar en el envase original para protegerlo de la humedad. No conservar a temperatura superior a 30°C. **Naturaleza y contenido del envase.** Blisters de policloruro de vinilo (PVC), polietileno (PE) y policloro de trifluoroetileno (PCTFE) sellados con una lámina de aluminio. Xeristar 30 mg está disponible en envases de 7 y 28 cápsulas. Xeristar 60 mg está disponible en envases de 28, 56, 84, 98, 100 (cada envase contiene 5 estuches de 20 cápsulas) y 500 cápsulas (cada envase contiene 25 estuches de 20 cápsulas). Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Eli Lilly Nederland BV, Groostslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Holanda. **NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Xeristar 30 mg: EU/1/04/297/001; EU/1/04/297/006; Xeristar 60 mg: EU/1/04/297/002; EU/1/04/297/003; EU/1/04/297/004; EU/1/04/297/005; EU/1/04/297/007; EU/1/04/297/008. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 17 de diciembre de 2004. Fecha de la última renovación: 24 de junio de 2009. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO. Julio 2011.** La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiado. Aportación reducida. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS.** Xeristar 30 mg cápsulas duras gastroresistentes 28 cápsulas duras: P.V.P. 29,80 €; P.V.P. IVA 30,99 €; 7 cápsulas duras: P.V.P. 7,45 €; P.V.P. IVA 7,74 €. Xeristar 60 mg cápsulas duras gastroresistentes 28 cápsulas duras: P.V.P. 47,67 €; P.V.P. IVA 49,58 €. Comercializado por **ESTEVE**.

ESTEVE

www.esteve.com



NOMBRE DEL MEDICAMENTO Prometax
4,6 mg/24 h parche transdérmico Prometax
9,5 mg/24 h parche transdérmico **COMPO-**
SICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Prometax 4,6 mg/24 h parche transdérmico: Cada parche transdérmico libera 4,6 mg de rivastigmina en 24 horas. Cada parche transdérmico de 5 cm² contiene 9 mg de rivastigmina. **Prometax 9,5 mg/24 h parche transdérmico:** Cada parche transdérmico libera 9,5 mg de rivastigmina en 24 horas. Cada parche transdérmico de 10 cm² contiene 18 mg de rivastigmina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver "Lista de Excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Parche transdérmico. **Prometax 4,6 mg/24 h parche transdérmico:** Parche transdérmico fino, de tipo matricial, compuesto por tres capas. La capa externa es de color beis y está marcada con «Prometax», «4,6 mg/24 h» y «AMCX». **Prometax 9,5 mg/24 h parche transdérmico:** Parche transdérmico fino, de tipo matricial, compuesto por tres capas. La capa externa es de color beis y está marcada con «Prometax», «9,5 mg/24 h» y «BHD». **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas** Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. **Posología y forma de administración** El tratamiento debe ser iniciado y estar supervisado por un médico experimentado en el diagnóstico y tratamiento de la demencia de Alzheimer. El diagnóstico debe basarse en las directrices actuales. Como con cualquier tratamiento en pacientes con demencia, sólo debe iniciarse el tratamiento con rivastigmina si se dispone de un cuidador que regularmente administre y controle el tratamiento.

Posología

Parches transdérmicos	Tasa de liberación de rivastigmina en 24 h
Prometax 4,6 mg/24 h	4,6 mg
Prometax 9,5 mg/24 h	9,5 mg

Dosis inicial Se inicia el tratamiento con 4,6 mg/24 h. **Dosis de mantenimiento** Tras un mínimo de cuatro semanas de tratamiento, y si el médico responsable del tratamiento considera que lo tolera bien, la dosis de 4,6 mg/24 h puede aumentarse a 9,5 mg/24 h, que es la dosis efectiva recomendada y que se debe utilizar mientras el paciente continúe demostrando beneficio terapéutico. 9,5 mg/24 h es la dosis diaria efectiva que se debe utilizar mientras el paciente continúe demostrando beneficio terapéutico. El beneficio clínico de rivastigmina debe ser evaluado periódicamente. También debe considerarse la discontinuación cuando ya no exista evidencia de efecto terapéutico a la dosis óptima. Si se observan reacciones adversas gastrointestinales, debe interrumpirse el tratamiento temporalmente hasta que se hayan resuelto estas reacciones adversas. El tratamiento con el parche transdérmico puede reiniciarse a la misma dosis si no se ha interrumpido más de tres días. En caso contrario, el tratamiento debe iniciarse con 4,6 mg/24 h. **Cambio de cápsulas o solución oral a parches transdérmicos** Debido a que con la administración oral y transdérmica se obtiene una exposición comparable a rivastigmina, los pacientes en tratamiento con Prometax cápsulas o solución oral pueden cambiarse a Prometax parches transdérmicos como se indica a continuación: - un paciente con una dosis oral de 3 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h. - un paciente con una dosis oral de 6 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h. - un paciente con una dosis oral estable y bien tolerada de 9 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 9,5 mg/24 h. Si la dosis oral de 9 mg/día no ha sido estable y bien tolerada, se recomienda cambiar a parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h. - un paciente con una dosis oral de 12 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 9,5 mg/24 h. Tras el cambio a los parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h y asegurándose de que se toleran bien durante un mínimo de cuatro semanas de tratamiento, la dosis de 4,6 mg/24 h se debe aumentar a 9,5 mg/24 h, que es la dosis efectiva recomendada. Se recomienda aplicar el primer parche transdérmico al día siguiente de haber tomado la última dosis oral. **Poblaciones especiales:** -Población pediátrica: Prometax no debe utilizarse en la población pediátrica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. -Pacientes con peso corporal inferior a 50 kg: Se debe tener especial atención en la titulación a dosis superiores a la dosis efectiva recomendada de 9,5 mg/24 h en pacientes con peso corporal inferior a 50 kg (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Estos pacientes pueden experimentar más reacciones adversas y tienen más probabilidad de discontinuar el tratamiento debido a reacciones adversas. - Insuficiencia hepática: No es necesario un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática. Sin embargo, debido a un aumento en la exposición al fármaco en estas poblaciones de pacientes, como se ha observado en las formas orales, las recomendaciones de dosificación deben ser controladas cuidadosamente para ajustarse a la tolerancia individual en este grupo de pacientes, ya que los pacientes con insuficiencia hepática clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas. No se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). - Insuficiencia renal: No es necesario un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal. Sin embargo, debido a un aumento en la exposición al fármaco en estas poblaciones de pacientes, como se ha observado en las formas orales, las recomendaciones de dosificación deben ser controladas cuidadosamente para ajustarse a la tolerancia individual en este grupo de pacientes, ya que los pacientes con insuficiencia renal clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Forma de administración** Los parches transdérmicos se deben aplicar una vez al día sobre la piel intacta, sana, limpia, seca y sin pelo de la zona alta o baja de la espalda, de la parte superior del brazo o pecho o en una zona donde no roce con la ropa ajustada. No se recomienda aplicar el parche transdérmico ni en el muslo ni en el abdomen, debido a que se ha observado una disminución de la biodisponibilidad de rivastigmina cuando el parche transdérmico se utiliza en estas zonas del cuerpo. No debe utilizarse el parche transdérmico sobre la piel enrojecida, irritada o con cortes. Se debe evitar repetir exactamente la misma zona de piel para la aplicación del parche transdérmico al menos durante 14 días para minimizar el riesgo potencial de irritación de piel. **Se debe instruir a los pacientes y cuidadores de las importantes instrucciones de administración:** - Cada día se debe retirar el parche del día anterior antes de aplicar un nuevo parche (ver "Sobredosis"). - El parche debe sustituirse por uno nuevo cada 24 horas. Sólo debe llevarse un parche al mismo tiempo (ver "Sobredosis"). - El parche transdérmico debe aplicarse presionando firmemente contra la piel con la palma de la mano durante un mínimo de

30 segundos hasta que los bordes estén bien pegados. - Si el parche se desprende, se debe aplicar uno nuevo durante el resto del día, y debe ser reemplazado a la hora habitual el siguiente día. - El parche puede utilizarse en todas las situaciones cotidianas, incluso durante el baño o épocas calurosas. - El parche no se debe exponer a ninguna fuente externa de calor (p.ej. excesiva luz solar, saunas, solarío) durante un periodo de tiempo largo. - El parche no debe cortarse en trozos. **Contraindicaciones** El uso de este medicamento está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al principio activo rivastigmina, a otros derivados del carbamato o a alguno de los excipientes incluidos en Lista de excipientes. Historia previa de reacciones en el lugar de la aplicación sugestiva de dermatitis alérgica de contacto con parches de rivastigmina (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo") **Advertencias y precauciones especiales de empleo** La incidencia y gravedad de las reacciones adversas aumentan generalmente al aumentar la dosis, especialmente en los periodos de ajuste de dosis. Si se interrumpe el tratamiento durante tres días, debe reiniciarse con 4,6 mg/24 h. **Mal uso del medicamento y errores en la dosificación que producen sobredosis.** El mal uso del medicamento y errores en la dosificación con Prometax parche transdérmico han llevado a reacciones adversas graves, algunos casos han requerido hospitalización, y raramente pueden tener consecuencias fatales (ver "Sobredosis"). La mayoría de los casos de mal uso del medicamento y errores en la dosificación estaban relacionados con no retirar el parche viejo cuando se aplicaba el nuevo y el uso de múltiples parches al mismo tiempo. Se debe instruir a los pacientes y a sus cuidadores de las importantes instrucciones de administración de Prometax parches transdérmicos (ver "Posología y forma de administración"). - **Trastornos gastrointestinales.** Pueden producirse trastornos gastrointestinales dosis-dependientes, como náuseas, vómitos y diarrea, al inicio del tratamiento y/o al aumentar la dosis (ver "Reacciones Adversas"). Estas reacciones adversas ocurren con más frecuencia en mujeres. Los pacientes que experimenten signos o síntomas de deshidratación debidos a vómitos o diarrea prolongados pueden ser controlados con fluidos intravenosos y reducción o discontinuación de dosis si son reconocidos y tratados rápidamente. La deshidratación puede asociarse con consecuencias graves. - **Pérdida de peso:** Los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden perder peso mientras estén tomando inhibidores de las colinesterasas, como la rivastigmina. Durante el tratamiento con Prometax parches transdérmicos debe monitorizarse el peso del paciente. - **Otras reacciones adversas:** Se recomienda precaución al recetar Prometax parche transdérmico: - a pacientes con síndrome del nodo sinusal o trastornos de la conducción (bloqueo sinoauricular o bloqueo aurículoventricular) (ver "Reacciones Adversas"). - a pacientes con úlcera gástrica o duodenal activa o con predisposición a estas enfermedades, ya que la rivastigmina puede provocar un aumento en las secreciones gástricas (ver "Reacciones Adversas"). - a pacientes predispuestos a una obstrucción urinaria y convulsiones, ya que los colinérgicos pueden inducir o exacerbar estas enfermedades. - a pacientes con antecedentes de asma o enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC). - **Reacciones de la piel en el lugar de la aplicación:** Las reacciones de la piel en el lugar de la aplicación pueden aparecer con los parches de rivastigmina y generalmente son de intensidad leves a moderada. Se debe instruir adecuadamente a los pacientes y cuidadores. Estas reacciones adversas no son por sí mismas una indicación de sensibilización. Sin embargo, el uso de los parches de rivastigmina puede producir dermatitis alérgica de contacto. Se debe sospechar de dermatitis alérgica de contacto si la reacción en el lugar de la aplicación se extiende más allá del tamaño del parche, si hay evidencia de una reacción local más intensa (tales como eritema en aumento, edema, pápulas, vesículas) y si los síntomas no mejoran significativamente durante las 48 horas después de retirar el parche. En estos casos se debe interrumpir el tratamiento (ver "Contraindicaciones"). Los pacientes que experimenten reacciones en el lugar de la aplicación sugestivas de dermatitis alérgica de contacto a los parches de rivastigmina y que aún necesiten ser tratados con rivastigmina solo se deben cambiar a las formas orales de rivastigmina después de dar negativo en las pruebas de alergia y bajo monitorización médica cuidadosa. Puede que algunos pacientes sensibilizados a rivastigmina por exposición a los parches de rivastigmina, no puedan tomar ninguna forma de rivastigmina. Han habido notificaciones post-comercialización raras en pacientes que experimentaron reacciones de hipersensibilidad diseminadas de la piel cuando se les administró rivastigmina, independientemente de la vía de administración (oral, transdérmica). En estos casos se debe interrumpir el tratamiento (ver "Contraindicaciones"). **Otras advertencias y precauciones:** La rivastigmina puede exacerbar o inducir síntomas extrapiramidales. Debe evitarse el contacto con los ojos tras manipular Prometax parches transdérmicos. Después de retirar el parche las manos se deben lavar con jabón o agua. En caso de contacto con los ojos o si los ojos se enrojecen después de manipular el parche, se deben lavar inmediatamente con abundante agua y pedir consejo médico si los síntomas no se resuelven. **Poblaciones especiales:** Los pacientes con peso corporal inferior a 50 kg pueden experimentar más reacciones adversas, y es más probable que interrumpen el tratamiento por esta causa (ver "Posología y forma de administración"). Se debe titular y monitorizar cuidadosamente a estos pacientes de reacciones adversas (p. ej. náuseas o vómitos excesivos) y si aparecen estos efectos adversos considerar la reducción de la dosis de mantenimiento al parche transdérmico de 4,6 mg/24 h. - Insuficiencia hepática: Los pacientes con insuficiencia hepática clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas (ver "Posología y forma de administración"). En estos pacientes se debe considerar el uso de los parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h tanto como dosis inicial como dosis **máxima**. - Insuficiencia renal: Los pacientes con insuficiencia renal clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas (ver "Posología y forma de administración"). En estos pacientes se debe considerar el uso de los parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h tanto como dosis inicial como dosis **máxima**. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han realizado estudios de interacciones específicas con Prometax parches transdérmicos. Como inhibidor de las colinesterasas, la rivastigmina puede potenciar excesivamente los efectos de los relajantes musculares del tipo succinilcolina durante la anestesia. Se recomienda seleccionar cuidadosamente los agentes anestésicos. Si es necesario, debe considerarse un ajuste de dosis o una interrupción temporal del tratamiento. Teniendo en cuenta sus efectos farmacodinámicos, la rivastigmina no debe administrarse junto con otras sustancias colinérgicas, y además podría interferir con la actividad de medicamentos anticolinérgicos. En ensayos con voluntarios sanos, no se observó interacción farmacocinética entre la rivastigmina por vía oral y digoxina, warfarina, diazepam o fluoxetina. El aumento del tiempo de protrombina inducido por la warfarina no está afectado por la administración oral de rivastigmina. No se observaron efectos adversos sobre la conducción cardíaca tras la administración concomitante de digoxina y rivastigmina por vía oral. No se detectaron alteracio-

nes en la farmacocinética de la rivastigmina ni un aumento del riesgo de sus efectos adversos clínicamente significativos tras la administración concomitante de rivastigmina con medicamentos recetados frecuentemente, tales como antiácidos, antieméticos, antihipertensivos de acción central, betabloqueantes, bloqueantes de los canales de calcio, agentes inotrópicos, antianginosos, antiinflamatorios no esteroideos, estrógenos, analgésicos, benzodiazepinas y antihistamínicos. Teniendo en cuenta las características de su metabolismo, las interacciones metabólicas con otros medicamentos parecen poco probables, aunque la rivastigmina puede inhibir el metabolismo de otras sustancias mediado por la butirilcolinesterasa. **Fertilidad, embarazo y lactancia** Embarazo No se dispone de datos clínicos sobre embarazos expuestos a rivastigmina. En estudios de toxicidad peri/postnatal en ratas, se observó un aumento en la duración de la gestación. La rivastigmina no debe utilizarse durante el embarazo salvo que sea claramente necesario. **Lactancia** En animales la rivastigmina se excreta en la leche materna. En humanos se desconoce si la rivastigmina se excreta en la leche materna; por tanto, las pacientes tratadas con rivastigmina no deben dar el pecho a sus hijos. **Fertilidad** No se observaron efectos sobre la fertilidad o el desarrollo embrionario en ratas y conejos, excepto con dosis que inducen toxicidad materna. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La enfermedad de Alzheimer puede provocar un deterioro gradual de la capacidad para conducir o comprometer la capacidad para utilizar máquinas. Además, la rivastigmina puede provocar síncope o delirios. Por lo tanto, la influencia de rivastigmina sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es pequeña o moderada. Por tanto, en pacientes con demencia tratados con rivastigmina, el médico debe evaluar regularmente la capacidad para seguir conduciendo o manejando maquinaria compleja. **Reacciones adversas Resumen del perfil de seguridad** Las reacciones de la piel en el lugar de la aplicación (generalmente eritemas en el lugar de la aplicación de leves a moderados) son las reacciones adversas más frecuentes observadas con el uso de Prometax parche transdérmico. Las siguientes reacciones adversas más frecuentes son de naturaleza gastrointestinal, incluyendo náuseas y vómitos. Las reacciones adversas de la Tabla 1 se ordenan según el sistema de clasificación por órganos y sistemas MedDRA y por la categoría de frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen utilizando la siguiente convención: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/100$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$) y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). La Tabla 1 muestra las reacciones adversas registradas en 854 pacientes con demencia de Alzheimer tratados con Prometax parches transdérmicos durante 24-48 semanas en ensayos clínicos aleatorizados doble ciego, controlado con placebo y comparador activo, y a partir de los datos postcomercialización.

Tabla 1

Infecciones e infestaciones	
Frecuentes:	Infecciones del tracto urinario
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes:	Anorexia, disminución del apetito
Poco frecuentes:	Deshidratación
Trastornos psiquiátricos	
Frecuentes:	Ansiedad, depresión, delirio, agitación
Poco frecuentes:	Agresión
No conocida:	Alucinaciones, intranquilidad
Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes:	Dolor de cabeza, síncope, mareo
Poco frecuentes:	Hiperactividad psicomotora
Muy raras:	Síntomas extrapiramidales
No conocida:	Empeoramiento de la enfermedad de Parkinson, convulsiones
Trastornos cardíacos	
Poco frecuentes:	Bradicardia
No conocida:	Bloqueo atrioventricular, fibrilación atrial, taquicardia y síndrome del nodo sinusal
Trastornos vasculares	
No conocida:	Hipertensión
Trastornos gastrointestinales	
Frecuentes:	Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal
Poco frecuentes:	Úlcera gástrica
No conocida:	Pancreatitis
Trastornos hepato biliares	
No conocida:	Hepatitis, pruebas de función hepática elevadas
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	
Frecuentes:	Rash
No conocida:	Prurito, eritema, urticaria, ampollas, dermatitis alérgica, reacciones de hipersensibilidad diseminadas de la piel
Trastornos renales y urinarios	
Frecuentes:	Incontinencia urinaria
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	
Frecuentes:	Reacciones cutáneas en el lugar de administración (p. ej. eritema prurito, edema, dermatitis, irritación), estados de astenia (p. ej. fatiga, astenia), pirexia, disminución de peso
Rara:	Caídas

Descripción de las reacciones adversas seleccionadas: En el ensayo clínico controlado con placebo anteriormente mencionado, con dosis mayores a las de 13,3 mg/24 h, se observaron con mayor frecuencia insomnio, y fallo cardíaco que con 13,3 mg/24 h o placebo, lo que sugiere una relación dosis-dependiente. Sin embargo, estos efectos no se produjeron con una mayor frecuencia con la dosis alta de Prometax parches transdérmicos que con placebo. Las siguientes reacciones adversas sólo se

han observado con Prometax cápsulas y solución oral, pero no en los ensayos clínicos con Prometax parches transdérmicos: somnolencia, malestar, temblor, confusión, aumento de la sudoración (frecuentes); úlcera duodenal, angina de pecho (raras); hemorragia gastrointestinal, (muy rara); y algunos casos de vómitos graves asociados con ruptura de esófago (frecuencia no conocida, no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Irritación de la piel** En un ensayo clínico doble ciego controlado con placebo de 24 semanas de duración las reacciones cutáneas se evaluaron en cada visita utilizando una escala de medida de la irritación cutánea que valora el grado de gravedad de los siguientes síntomas en el lugar de administración: eritema, edema, descamación, fisuras, prurito y dolor/picor/ardor. El síntoma más frecuentemente observado fue el eritema que desaparece a las 24 horas en la mayoría de los pacientes. En el ensayo doble ciego de 24 semanas, los síntomas más frecuentes (escala de irritación cutánea) con Prometax 9,5 mg/24 h parches transdérmicos fueron eritema muy leve (21,8%), leve (12,5%) o moderado (6,5%) y prurito muy leve (11,9%), leve (7,3%) o moderado (5,0%). Los síntomas graves más frecuentes con Prometax 9,5 mg/24 h parches transdérmicos fueron prurito (1,7%) y eritema (1,1%). La mayoría de las reacciones cutáneas se limitaron al lugar de administración y sólo causaron la interrupción del tratamiento en el 2,4% de los pacientes del grupo de Prometax 9,5 mg/24 h parche transdérmico. En un ensayo clínico controlado con activo de 48 semanas de duración los casos de irritación cutánea fueron recogidos como reacciones adversas notificadas por los pacientes o cuidadores. Los casos de irritación cutánea que fueron notificados más frecuentemente durante las primeras 24 semanas del periodo doble ciego con la dosis alta de Prometax parches transdérmicos fueron, respectivamente, eritema en el lugar de administración (5,7% frente a 4,6%) y prurito en el lugar de administración (3,6% frente a 2,8%). Los porcentajes disminuyeron en ambos grupos de tratamiento con la dosis alta de Prometax parches transdérmicos con el tiempo (>24 semanas): eritema en el lugar de administración (0,8% frente a 1,6%) y prurito en el lugar de administración (0,4% frente a 1,2%), respectivamente. El prurito en el lugar de administración llevó a la discontinuación en 1,1% de los pacientes de cada uno de los grupos de tratamiento durante el total de la fase de tratamiento doble ciego de 24 semanas. Las reacciones en el lugar de administración fueron mayoritariamente leves a moderadas en gravedad y fueron clasificadas como graves en menos del 2% de los pacientes. Debido a la diferencia de los métodos utilizados para recoger el índice de casos de irritación cutánea, no se puede hacer una comparación directa en cada uno de estos estudios. **Sobredosis Síntomas** En la mayoría de los casos, la sobredosis accidental de rivastigmina por vía oral no se ha asociado con signos o síntomas clínicos, y en casi todos los casos los pacientes continuaron el tratamiento con rivastigmina. En los casos sintomáticos, se produjeron náuseas, vómitos, diarrea, hipertensión o alucinaciones. Debido al efecto vagotónico conocido de los inhibidores de la colinesterasa sobre la frecuencia cardíaca, pueden producirse también bradicardia y/o síncope. En un caso de ingestión de 46 mg de rivastigmina, tras un tratamiento conservador, el paciente se recuperó totalmente al cabo de 24 horas. Durante la fase de post-comercialización se ha notificado sobredosis con Prometax parche transdérmico como resultado del mal uso/errores en la dosificación (administración de múltiples parches al mismo tiempo). Los síntomas típicos notificados entre estos casos son similares a los vistos en los casos de sobredosis asociada con las formulaciones orales de Prometax. **Tratamiento** Debido a que la semivida de eliminación plasmática de la rivastigmina es de aproximadamente 3,4 horas, mientras que la duración de la inhibición de la acetilcolinesterasa es de aproximadamente 9 horas, en caso de sobredosificación asintomática se recomienda retirar inmediatamente cualquier Prometax parches transdérmicos y no utilizar ninguno nuevo durante las 24 horas siguientes. En sobredosis acompañadas de náuseas y vómitos graves, debe considerarse el uso de antieméticos. Debe efectuarse el tratamiento sintomático de otros efectos adversos, si se considera necesario. En sobredosis masivas puede utilizarse atropina. Se recomienda una dosis inicial de 0,03 mg/kg de sulfato de atropina por vía intravenosa, y elegir las dosis posteriores en función de la respuesta clínica. No se recomienda el uso de escopolamina como antídoto. **DATOS FARMACÉUTICOS** Lista de excipientes Lámina externa: - lámina de polietileno tereftalato lacada, Reservorio del medicamento: - alfa-tocoferol, - poli-(butilmetacrilato, metilmetacrilato), - copolímero acrílico. Matriz adhesiva: - alfa-tocoferol, - aceite de silicona, - dimeticona. Lámina de liberación: - película de poliéster recubierta de fluoropolímero. **Incompatibilidades** Para evitar interferencias con las propiedades adhesivas del parche transdérmico, no deber usarse ninguna crema, loción o polvos en la zona de la piel donde se vaya a aplicar el parche. **Periodo de validez** 2 años **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 25°C. Conservar el parche transdérmico dentro del sobre hasta su uso. **Naturaleza y contenido del envase** Cada sobre, diseñado a prueba de niños, está fabricado de un material multilaminado de papel/poliéster /aluminio/poliacrilonitrilo. Cada sobre contiene un parche transdérmico. Se encuentran disponibles en envases que contienen 7 ó 30 sobres y en multienvases que contienen 60 ó 90 sobres. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación** Los parches transdérmicos utilizados se deben doblar por la mitad, con el lado adhesivo hacia dentro, meterlo en el sobre original y tirar de forma segura y fuera del alcance y vista de los niños. La eliminación de parches transdérmicos utilizados o no utilizados se realizará de acuerdo con las normativas locales o devuelto a la farmacia. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimbleshurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB Reino Unido **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** EU/1/98/092/019-022, EU/1/98/092/023-026 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Fecha de la primera autorización: 04.12.1998, Fecha de la última renovación: 04.12.2008 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** 01.2013. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu> **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica restringida. Diagnóstico hospitalario. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Prometax 4,6 mg/24 h parche transdérmico, envase de 30 parches transdérmicos: PVP = 65,93 € PVP +IVA = 68,56 €. Prometax 4,6 mg/24 h parche transdérmico, envase de 60 parches transdérmicos: PVP = 131,85 € PVP +IVA = 137,13 €. Prometax 9,5 mg/24 h parche transdérmico, envase de 60 parches transdérmicos: PVP = 131,85 € PVP +IVA = 137,13 €. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por ESTEVE, Avda. Mare de Déu de Montserrat, 221-08041 Barcelona

Con licencia de Novartis Farmacéutica S.A.

Un tratamiento
redondo
a un precio
redondo

-40%
PVP

 **Prometax**[®]
Parche transdérmico
RIVASTIGMINA

1 al día

Tratamiento de la enfermedad
de Alzheimer leve
a moderadamente grave

Ahora la marca original a precio de genérico.



Xeristar[®] 60mg
duloxetina HCl

En depresión,
mejoría integral hacia la
recuperación funcional

