



| Psiquiatría Privada



N23 | Octubre 2023

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

JUNTA DIRECTIVA DE ASEPP

Presidente

Dra. Laura Ferrando Bundio

Vicepresidente

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Secretario

Dra. María Inés López - Ibor Alcocer

Tesorero

Dr. Alfonso Sanz Cid

Vocales

Dr. Julio Bobes Garcia, Dr. Javier Correas Lauffer,
Dr. Félix González Lorenzo, Dr. Lucas Giner Jiménez,
Dra. Gemma Parramon Puig, Dr. Juan Sánchez Sevilla

REVISTA PSQUIATRIA PRIVADA

Director

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Consejo editorial

Dr. Ricard Bordas Reig, Dr. Francisco Ferre Navarrete, Dr. Jesús de la Gándara Martín,
Dr. Antonio Luís Galbis Olivares, Dr. Félix González Lorenzo, Dra. María Inés López-Ibor
Alcocer, Dr. Manuel Masegoza Palma, Dr. Ángel Moríñigo Domínguez, Dra. Enriqueta Ochoa
Mangado, Dr. Alfonso Sanz Cid, Dr. Albert Solà Castelló, Dr. Juan Luís Mendívil Ferrández

Nota sobre ASEPP

- 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 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.

N23 | Octubre 2023

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

- 6 EDITORIAL**
Dr. Josep Ramon Domènech Bisén
- 8 RESUMEN XVI CONGRESO NACIONAL ASEPP**
- 16 MI PANTALLA BLANCA**
Dr. Albert Solà Castelló
- 20 ARTÍCULO CIENTÍFICO**
Dra. Paloma Varela
- 24 ENTREVISTA**
Dra. M^a Dolores Crespo Hervás

DECÁLOGO DE ASEPP

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.

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 éste 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.



Dr. Josep Ramon Domènech Bisén
Vicepresidente de ASEPP

EDITORIAL

PSIQUIATRÍA PRIVADA: CRECIMIENTO IMPARABLE Y NECESARIO.

En los últimos meses (ya años) todo el mundo ha podido constatar un incremento espectacular en relación con las visitas que llevamos a cabo en nuestras consultas de Psiquiatría. La Psiquiatría Pública se encuentra totalmente sobrepasada y sus profesionales sobrecargados, a pesar de los esfuerzos que desde la Administración se han empezado a llevar a cabo.

Como factores que puedan explicar esta coyuntura podemos citar diversos: el incremento de la patología psíquica asociada a la pandemia y a sus consecuencias de miedo, preocupación constante y aislamiento social a posteriori (los que citábamos hace años el factor ambiental como uno más, e importante a la clásica teoría biopsicosocial acertamos de pleno); la espiral de un malestar colectivo latente; un mayor número de pacientes enfermos que finalmente han sido capaces de pedir ayuda, destapando este “embudo” que ha permitido su salida masiva; las campañas de comprensión mediática de las enfermedades mentales ante la magnitud de las cifras preocupantes sobre el impacto que originaban en nuestra sociedad; la oportunidad y la osadía de los pacientes a explicar su enfermedad y no avergonzarse, por ellos mismos o por comentarios negativos, si no vejatorios, hacia ellos: se inició perdiendo el miedo a comentar que cualquiera podía sufrir un trastorno mental, continuó con el reconocimiento que habían precisado visitas terapéuticas (sin ser capaces de nombrar la palabra psicólogo y mucho menos psiquiatra), y finalmente el poder referir, en un contexto de máximo respeto, que padece un determinado trastorno y que está tomando medicación que le ha ayudado a mejoras substancialmente su malestar. Afortunadamente, hemos pasado de “luchar” para que el paciente entienda que necesita de la farmacología, a que él mismo acuda a solicitarnos información sobre estos psicótopos que acaban de salir y pueden (r)evolucionar la psiquiatría actual.

Todos estos factores, y otros más, han puesto en evidencia las carencias asistenciales, de ningún modo la calidad profesional, del sistema de atención al enfermo mental, en un principio con mayor incidencia en la sanidad pública y en algunos casos también en la privada.

Esta falta de profesionales en salud mental, específicamente de psiquiatras, de la que ya se había advertido desde hacía tiempo, ahora ha explotado en nuestras propias narices y ante esta realidad han tenido que fluir oportunidades y soluciones. Resulta llamativo que en el momento actual nuestros jóvenes psiquiatras están dotados de una formación excelente y de una capacidad de investigación digna de elogio y por el contrario no existan suficientes recursos para atender y para hacer frente a esta “gran epidemia” de enfermedades mentales.

Ante el incremento tan importante en las demandas en salud mental se debe responder de una forma rápida, profesional, con una atención personalizada, abordaje multidisciplinar y trabajo en equipo.

Todo ello ha permitido una expansión notable de la Psiquiatría Privada, realmente con la misma calidad y formación que en la pública, ya que allí se han formado, pero que han sido capaces de lanzarse a esta aventura recomendable de iniciar un proyecto de consulta privada o añadirse a una de las ya existentes.

En este punto vale la pena recordar algunas ventajas que aportan nuestras consultas privadas: Continuamos siendo los grandes receptores de patologías clásicamente privadas como los cuadros ansioso-depresivos, enfermedades psicosomáticas, cualquier patología no grave que aparece de forma brusca o que el paciente decide que es el momento de afrontar y que tienen notables dificultades para ser atendidos con la prontitud que ellos esperan, así como algunos casos rebotados desde el sistema. Ofrecemos una atención personalizada, nos adaptamos a las necesidades de nuestros pacientes, por horarios y situación personal, ofrecemos las últimas novedades terapéuticas ya que somos capaces de apostar por técnicas que han demostrado su eficacia en casos resistentes, pero de coste elevado (estimulación magnética transcraneal y farmacoterapia endovenosa). Acompañamos nuestras pautas farmacológicas, de terapia psicológica adecuada, la más indicada para cada tipo de trastorno psiquiátrico y buscamos salidas sociales para su completa reinsertación personal, laboral y social.

Pero todo ello, a día de hoy que las diferentes organizaciones de médicos colegiadas están en duras negociaciones con las entidades mutuales de salud, debe acompañarse de una retribución laboral mucho más adecuada, de acorde con el tiempo dedicado, la exclusividad y el aval científico (no olvidemos que si un paciente que acude a una consulta privada no se siente bien tratado, probablemente no volverá a consulta).

En resumen, el aumento de la demanda de atención de salud mental nos debe comprometer a trabajar en la complementariedad pública y privada en el contexto sanitario actual y para este futuro de crecimiento imparable que vislumbramos.

Desde esta Revista animamos a los compañeros psiquiatras que no olviden la posibilidad de la consulta privada como forma de actividad laboral, en la búsqueda de una mejor asistencia global y sobre todo personalizada, y que recuerden nuestra asociación ASEPP, desde donde les invitamos a conocernos, hacerse socios y crecer conjuntamente.

RESUMEN XVI CONGRESO NACIONAL ASEPP



Entre los días 11 y 13 de Mayo tuvo lugar en Girona el XVI Congreso de ASEPP. Con el lema "Avances en Salud Mental desde la Psiquiatría Privada" reunimos a un buen número de los ponentes más prestigiosos del país en una convención interesante y novedosa, tanto por las temáticas propuestas, el modelo elegido y el éxito de participación, manifestado por los elogios recibidos.

La Psiquiatría Privada engloba a un amplio número de psiquiatras que dedican, total o parcialmente, su práctica laboral en el ámbito privado (incluidos en muchos casos al personal funcionario de la administración pública a través de una entidad mutual). La sanidad privada en salud mental concentra el 70% de los centros especializados en salud mental y tratamiento de toxicomanías y el 49% de centros de salud mental sin internamiento. En 2020 los centros ambulatorios privados de atención especializada concentraron alrededor del 80% de las consultas en Psiquiatría.



Iniciamos las sesiones con un tema de candente actualidad: la importancia e influencia de la salud mental en el deporte profesional, presentados por Josep Ramon Domènech y coordinado por el periodista deportivo y Premio Ondas Sique Rodríguez, acompañado del también periodista Xavier Seiso y de los jugadores de fútbol Jordi Ferron y Aday Benítez poniendo claros ejemplos de deportistas con episodios afectivos o de ansiedad y de su buena recuperación tras el abordaje psicológico y farmacológico cuando son tratados. A continuación, se abordó la mejoría de la funcionalidad del paciente mental grave a través de la práctica de deporte, mostrando los primeros resultados de estudios amplios de cómo a través de la actividad física podemos optimizar la funcionalidad del paciente con: Ana Ibáñez Caparros, Mercè Comes, Quim García de Castrillon y Eduard Torras Hijar.

Tali Vaimberg, Asunción Soriano y Isabel Elduque nos deleitaron con una puesta al día sobre la utilidad e importancia de los tratamientos de orientación psicodinámica en diferentes edades del ciclo vital.



Nos atrevimos también a dar una versión más que autorizada, aunque no exenta de polémica, sobre la Psiquiatría ante la nueva ley trans con Facund Forá y Esther Gómez Gil.

Elena Rodríguez Cano, Ana Aquino y M^a Ángeles García León nos pusieron ejemplos recientes científicos de la aplicación en Psiquiatría de distintos biomarcadores de riesgo y neuroimagen funcional.

Paloma Varela moderó una excelente actualización en la intervención en los Trastornos de la Conducta Alimentaria junto a Beatriz Martínez Núñez, Montserrat Sánchez Povedano y Fabiola Guerrero.

Una de las apuestas más importantes del Congreso fue la realización de un Curso completo, de toda una mañana de duración sobre los trastornos del neurodesarrollo (TDAH y TEA) a lo largo de la vida, ya que están en el origen de múltiples alteraciones de la vida cotidiana (fracaso escolar, embarazos indeseados, infracciones de tráfico repetitivas, maltrato, dificultades laborales, problemas de pareja, adicciones, conductas delictivas y marginalización). Para ello contamos como coordinadores con Miquel Casas y Javier Correas que con su notable esfuerzo lograron hacer coincidir a los mejores especialistas en la Materia: José Ángel Alda, Rosa Bosch, Gemma Español, Marc Ferrer, Cristian Fadeuilhe, Amaia Hervás, M^a Jesús Mardomingo, José Eduardo Montejó, Javier Quintero, Montserrat Pàmies, Antonio Teran y Mariano Trillo.

Dos sesiones consecutivas se dedicaron a la conexión entre la salud mental y la nutrición: Psiquiatría nutricional (con Miquel Bernardo, Gemma Safont y Rosa Sabaté) y El eje cerebro-intestino-microbiota en Psiquiatría (con Javier Santos, Amanda Rodríguez Urrutia y Noemí Cuenca).

La Mesa Institucional, moderada por Carmen Mariscot, con el título "Modelo de atención a la salud mental y la discapacidad intelectual. ¿Qué puede aportar la Psiquiatría Privada?", concluyó la necesidad ineludible de colaboración de la sanidad pública y privada, con la participación de Claudi Camps, Magda Casamitjana y Ramon Novell.



Volvimos a dedicar un espacio importante de nuestro congreso a Daridorexant, con la colaboración importante de Idorsia, para hablar del insomnio, con una perspectiva de tratamiento doble y eficaz tanto para la noche como el día. Cecilio Álamo y Javier Albares nos descubrieron nuevas perspectivas de esta gran novedad ya disponible.

Los nuevos enfoques farmacológicos para el tratamiento de las psicosis y de los trastornos afectivos, con Pedro Sánchez Gómez y Narcís Cardoner, repasaron los últimos fármacos aparecidos y las moléculas en fase de investigación, lo que generó un interés notable en los asistentes.

Las perspectivas de tratamiento en Psiquiatría con psicodélicos volvieron a tener su espacio en ASEPP; Josep M^a Fábregas, Joan Obiols, Santiago Madero y Marc Aixalà nos hablaron de sus últimas experiencias con estas moléculas apoyándose con psicoterapia.

Una de las presentaciones más esperadas, por la temática a desarrollar y la calidad de sus ponentes, era la de "Controversias actuales en Medicina Legal y Forense". Moderada por Alfonso Sanz, los intervinientes: Eduard Vieta, Leopoldo Ortega-Monasterio, Esperanza Gómez-Duran y Julio Antonio Guija, nos deleitaron con sus aportaciones sobre aspectos clínicos, judiciales y legales de distintas patologías.

En colaboración con la Sociedad Española de Patología Dual, Nestor Szerman, Helen Dolengevich y José Martínez Raga nos hablaron de todo aquello que se puede hacer desde la Psiquiatría Privada con las adicciones a tabaco, cannabis y chemsex.

LLuís García Esteve y Mercè Forner sacaron a la palestra la realidad de la violencia sexual explicando cómo debe ser su atención integral y sobre la intervención psicológica en niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual



Otra de las patologías emergentes: las adicciones comportamentales al sexo, compra compulsiva y videojuegos conto con la aportación de los datos más recientes de incidencia y terapéutica eficaz por parte de Francisco Ferre, Ignacio Civeira, M^a Sol Roncero y Ricardo Hodan.

La problemática asociada al suicidio (conocerlo, entenderlo y atenderlo) fue valorada por Javier Correas, Juan Antonio García Mellado, Julio Antonio Guija y Jesús Enrique Mesones.

Laboratorios Janssen patrocinó una presentación acerca de "Depresión: Actualización y manejo desde la Psiquiatría Privada", con especial incidencia sobre Esketamina. Para ello contó como ponentes con Marina Díaz Marsa y Alejandro Fuertes.

Laboratorios Otsuka colaboró con la organización de un Symposium sobre el "Abordaje diferencial de la mujer con Esquizofrenia" con la participación de Gemma Parramon y Mikel Gorostidi, con una especial incidencia sobre la hiperprolactinemia.

Los avances en el abordaje de trastornos resistentes al tratamiento en Psicogeriatría con Manuel Martín Carrasco y Javier Olivera nos propusieron la actuación en los casos de Depresión, Trastorno Bipolar y Agitación.



La mesa de Hospitales Privados de Psiquiatría cerró el Congreso, convirtiendo en pequeña la sala donde se llevó a cabo la reunión, por la cantidad de Centros Participantes y el interés de los asistentes. Moderaron la reunión María Inés López-Ibor y Carlos Mur de Viu. Los centros allí reunidos fueron: CAT, CITA, Clínica del Dr. León, Clínica Pérez-Espinosa, Instituto Hipócrates, HM Hospitales, Mas Ferriol, Mentalia, Orpea Madrid Puerta de Hierro. Se propuso la creación de un grupo que pueda negociar con las principales compañías aseguradoras para llegar a acuerdos de mejora en prestaciones y coberturas. Aprovechar ASEPP como herramienta para potenciar sinergias, conocimientos de otros centros y profesionales que cumplan con criterios éticos y científicos de ASEPP y mejorar los aspectos de comunicación entre los centros, entre los profesionales y con otras sociedades, en especial la OMC.





Dr. Albert Solà Castelló

MI PANTALLA BLANCA

Hablando con la hija de un amigo que tiene tendencia a relacionarse con la gente más “in” de la sociedad pero que intelectualmente no están muy movidos por muy altos intereses, ni sociales ni políticos ni humanísticos, no pude reprimirme preguntarle: ¿Por qué sales con una gente tan “pija”?... Su respuesta, he de reconocer que me dejó momentáneamente descolocado. “Sí, son muy superficiales, pero tienen cosas tan bonitas...”.

La belleza, las cosas bonitas, ¿justifican la conducta humana? Como aficionado al cine, bruscamente vinieron a mi memoria las películas de Luchino Visconti, director que no únicamente trata el tema de la importancia de la belleza, como en “Muerte en Venecia” sino que se caracteriza por introducirnos en ambientes sociales en que la decoración posee una importancia fundamental. El entorno descrito acostumbra a desarrollarse en una burguesía italiana propia de finales del siglo XIX o principios del XX, tal como “Senso” o “El inocente” o bien describiendo a un personaje (Burt Lancaster), en “Confidencias” que se esconde en su mundo rodeado de libros, pinturas y objetos de arte, ambiente en el que entra poco el sol hasta que sufre el choque psicológico al irrumpir en su vida un grupo de personas que rompen en su totalidad sus esquemas mentales.

Visconti era un perfeccionista en extremo en cuanto a la ambientación y decoración de sus escenarios cinematográficos. Las cortinas, los jarrones, los muebles, por supuesto, tenían que ser auténticos, es decir de la época que representaban. Tenía una gran adoración por los espejos. En todas sus películas aparece una escena en que uno de los actores se contempla en una de ellos, o bien la acción de la estancia se refleja a través de la imagen que aparece en el espejo. Se cuenta la anécdota, que nos indica hasta qué punto llegaba el perfeccionismo de Visconti, de que la protagonista de la película tiene que abrir el cajón de una cómoda y extraer un pañuelo de seda con un bordado especial, propio de aquella zona de la Toscana. El encargado del atrezzo, puso un pañuelo corriente dentro del cajón, pensando que, estando encerrado dentro del mismo, poca importancia tendría. Visconti, al darse cuenta, se encolerizó, detuvo el rodaje de la película y éste no se reanudó hasta conseguir un pañuelo auténtico.

Contrasta el entorno descrito, tan sobrecargado de belleza, con el argumento realmente dramático e incluso trágico de varias de sus películas. Para muestra me referiré a “El inocente”, protagonizada por Giancarlo Giannini y la siempre hermosa Laura Antonelli. El ambiente transcurre, tal como hemos dicho, dentro de una sociedad burguesa, donde solamente tiene entrada gente de alta alcurnia, en un ambiente endogámico, donde son frecuentes las reuniones sociales y las interpretaciones musicales a cargo de las personas que “despuntan” dentro de este campo. El protagonista tiene una amante, cosa sabida por su esposa, que insiste en que éste se vaya a vivir con ella o de lo contrario se buscará a otra persona. Este personaje tiene totalmente informada a su esposa de la crisis psicológica que está sufriendo, ya que tiene grandes dudas sobre qué decisión tomar. Por su parte la esposa está, naturalmente, cada vez más decaída, no se arregla y permanece en la cama afectada por distintas dolencias.

El marido tiene un hermano, militar, que se implanta en su casa con un amigo, para pasar unos días mientras están de permiso. La alegría entra de repente en aquella casa de ambiente tan deprimente. Para redondear la cosa este hermano tiene otro amigo, escritor, de clase social inferior, pero con una personalidad muy sensible y con grandes proyectos, como viajar al África. En una de las reuniones que organiza el animoso militar, insiste en que su cuñada se integre al grupo con el fin de animarla un poco. Ésta finalmente accede y aparece en la reunión con una gran palidez, prácticamente demacrada, mostrando que hace un esfuerzo sobrehumano. Tal es así, que no aguanta demasiado, de tal forma que sufre un desmayo tan espectacular como los descritos por Charcot en la Salpêtrière...

A partir de este suceso, surge una gran atracción sentimental entre el escritor, persona muy sensible y nada egoísta y la esposa, deprimida y nada valorada por su esposo. Y entonces se produce el cambio. Aquella mujer de faz enfermiza, desvalida y resignada a pasar una vida gris y con continuos achaques, empieza a cambiar. Se cuida físicamente. Empieza a ilusionarse por las cosas cotidianas, y en consecuencia reaparece la belleza física que se hallaba oculta por culpa de su baja autoestima, agravada por la conducta de rechazo de su esposo y la competencia con la belleza y mundología de la amante de éste.

Otro cambio importante aparece, y es el de la conducta del marido. Al ver que su esposa es una señora estupenda tanto físicamente como a nivel emocional, se siente sumamente atraído hacia ella tanto desde el punto de vista sexual, así como a nivel de comunicación emocional. Su intimidad llega a tal grado que rehúyen en gran parte sus actividades sociales. Al parecer la protagonista participa totalmente de esta nueva entrega física y mental hacia su marido. Lo que éste no sabe, de momento, es que su esposa mantiene simultáneamente relaciones sexuales con el escritor, de quien está realmente enamorada.

Su mundo, aparentemente, es maravilloso. Ella está totalmente supeditada a los deseos de su marido, pero al contrario de su fase anterior, perfectamente integrada a ellos y con gran ilusión. Y entonces sucede lo inevitable: queda embarazada. Pero no de su marido sino de su amante. Ella confiesa su infidelidad, pero anuncia que no piensa abortar. Él, sufre una crisis momentánea, pero viendo que ella sigue afirmando que lo quiere a él y que no piensa renunciar a su nuevo estado de felicidad compartida, propone que tenga el hijo pero que

quede a cargo de las criadas, haciéndose ellas responsables de su alimentación y cuidado y que además ella renuncie prácticamente a verlo. Para facilitar todavía más esta nueva y armoniosa relación matrimonial, acontece que llega la noticia de que el escritor ha muerto en un accidente sufrido en un viaje, en África.

La situación aparentemente mejora todavía más. El amor mutuo crece día a día, hasta que de repente el marido descubre que, contraviniendo a lo pactado, ella veía al bebé a escondidas. Se levantaba por las noches, acudía a la habitación donde estaba su hijo cuidado por su ama, constantemente. Lo cogía en brazos, lo besaba, y le cantaba cancioncillas. En una palabra, lo adoraba.

El marido descubre la mentira de su esposa y le pone en evidencia de que la existencia de esta criatura crea una grave interferencia en la maravillosa relación emocional, sentimental y sexual que existe entre ambos, y que ella insiste en que a pesar de todo quiere seguir manteniendo. Para él esta existencia se transforma en una idea obsesiva, pudiendo vivir una vida plena de afecto y de comunicación a todos los niveles, la presencia de este "extraño" puede llevar al traste la felicidad que embarga a la pareja.

Llega la Navidad, está nevando, la familia tiene la costumbre de acudir a la Misa del Gallo, que se oficia a partir de las doce de la noche. Es la Nochebuena. Todo el mundo asiste a ella menos el marido, que ya es sabido que no destaca por su mentalidad religiosa. A la ama, cuidadora del bebé, le haría ilusión también asistir a la Misa, pero tiene que cuidarlo. El marido le dice que vaya tranquila que ya se queda él al cuidado de la criaturita. En consecuencia, se queda él solo en la mansión. Entonces, con la máxima calma, va a la habitación donde está el bebé en su cuna, lo coge con toda parsimonia, abre la ventana de la habitación, fuera está nevando, y deposita el cuerpo del mismo en la balaustrada. La nieve va cayendo sobre el cuerpecito de la criatura, envuelto en un simple pañal... Efectivamente "el inocente" muere. No contaré como termina la película, para no fastidiar al lector. Mi idea es seguir con el argumento, de las "cosas bonitas" ...

Y esto nos lleva a hablar del autor de la novela en la que se inspiró Visconti para llevar a cabo su película. Se trata de Gabriele D'Annunzio. Escritor italiano, nacido en la región de los Abruzzos, hijo del alcalde de su pueblo, por tanto, de posición económica buena. Tuvo siempre una gran afición por la lectura de los autores clásicos, de los que admiraba las narraciones de sus héroes y sus dioses, así como se entusiasmaba con la idea de las representaciones del teatro griego clásico. Sus máscaras y sus expresiones verbales exageradas. Leyó varias veces "El Nacimiento de la tragedia", de Nietzsche. Adoraba a los héroes de las óperas wagnerianas, pero fundamentalmente a Tristán que muere en brazos de Isolda, lo cual llegó a marcar su conducta sexual, ya que le atraían las mujeres que adoptaban una actitud enfermiza o de agotamiento físico, lo cual no impedía que fuera un gran conquistador y que las mujeres prácticamente tuvieran que pedir hora para poder gozar de sus artes amatorias. Por lo visto cuando besaba, la boca de su compañera, sus labios, quedaban bastante maltrechos, como consecuencia de los ardores y la pasión que ponía en esta actividad. También era un gran admirador de "la rosa" que florecía entre las piernas de las mujeres.

Toda esta enorme actividad sexual provenía de un personaje que físicamente no estaba nada favorecido. De baja estatura, delgado, luciendo una calvicie total que se inició ya en su juventud. Su cráneo lucía un color amarillento que causaba un cierto repelús. Además, perdió un ojo como consecuencia de un accidente automovilístico, por lo que generalmente lo cubría con un monóculo. ¿De dónde provenía pues su atractivo?... De su oratoria. Cuando Gabriele abría su boca, sus palabras grandilocuentes, hacía que se hiciese rápida-

mente dueño de su oratoria. Tal es así que sus discursos públicos y sus artículos en la prensa, provocaron el que Italia entrara a luchar al final de la 1ª Guerra Mundial al lado de Francia e Inglaterra, enfrentándose a sus enemigos viscerales, el imperio austrohúngaro. Su idea era que la juventud tenía que luchar en la guerra con el espíritu de los grandes héroes de la literatura clásica, dispuestos a derramar su sangre, la cual regaría el suelo de su Patria, la cual crearía la tierra fecunda para sus futuros héroes.

Gran aficionado a la aviación, que se hallaba en sus comienzos, realizó la hazaña de ir a bombardear Viena, pero no con bombas, sino lanzando unos saquitos, que él personalmente fue a comprar y a rellenar uno por uno con arena. Además, junto a los mensajes de propaganda y enaltecimiento de Italia, cosía unos pequeños ramitos de flores.

Gabriele, era un gran coleccionista de "cosas bonitas". Su adquisición de objetos relacionados con el mundo del Arte no tenía límites. Todas las casas de las que dispuso estaban atiborradas de infinidad de cuadros, figuritas, columnas de distintos estilos, muebles, alfombras, tapices, almohadones, cojines, cortinas, cajas de música, joyas, artículos artísticos de distintas culturas, etc, etc... Pero lo que más apreciaba eran los jarrones, de tamaños espectaculares donde se pudieran "sumergir" enormes ramos de flores, (detalle que podemos ver reproducido en la citada película de Visconti). Tal es así, que en cierta ocasión alguien le debía una cantidad importante de dinero y él, en vez de recobrar la suma adeudada, le pidió a su deudor que le abriera una cuenta corriente en una floristería, para así poder adquirir por tiempo indefinido, todas las flores que quisiera.

Las flores predilectas de D'Annunzio, eran las rosas, ya que con sus pétalos cubría la cama e incluso las alfombras para poder practicar el sexo con sus amantes envuelto en ellas. La actividad sexual le resultaba más excitante si la realizaba tirado por los suelos de sus mansiones. En consecuencia, las habitaciones debían estar a una temperatura más bien alta para que las relaciones íntimas fueran confortables. La cantidad de objetos acumulados y la alta temperatura que había en sus casas, provocaba una gran sensación de agobio en las personas que acudían de visita a las mismas. Cosa que no era óbice para que acudieran a ella, encantadísimas, sus conquistas femeninas.

La citada capacidad oratoria de D'Annunzio, su enaltecimiento del pueblo italiano, de su historia, la heroica conducta de la juventud, regando con su sangre la tierra, al intervenir en la primera guerra mundial y posteriormente en la dramática invasión del Fiume, debía servir como modelo a seguir por las siguientes generaciones. El morir es un acto sublime. Abono de los grandes ideales del sublime destino del pueblo italiano.

Todo ello causó la gran admiración de Benito Mussolini, hacia D'Annunzio, siendo indirectamente el gran inspirador del fascismo, sin proponérselo de entrada, pero beneficiándose del mismo cuando Mussolini se convirtió en el Duce.

La situación económica de Gabriele llegó a su máximo esplendor en los últimos años de su vida. Recibía subvenciones sin límite del régimen fascista. Evidencia de ello puede obtenerse visitando la finca que éste consiguió a orillas del lago Di Garda, el Vittoriale. Conjunto de módulos que se fueron adaptando a la mansión principal a medida que, en función de los caprichos de Gabriele, necesitara más espacio. A todos sus objetos de arte y caprichos, hay que añadir la mitad de un barco de guerra, un avión, ya que era muy amante de la aviación, un teatro y una sala de proyecciones.

Nunca se ha conocido un tan gran coleccionista de "cosas bonitas" como Gabriele D'Annunzio. Sin embargo, descarte la idea el lector, de que, si a uno le gustan estas cosas, corra el riesgo de convertirse en un fascista.



ARTÍCULO CIENTÍFICO

DARIDOREXANT: HACIA UN CAMBIO EN EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO CRÓNICO.

Dra. Paloma Varela
Jefa Clínica Psiquiatría Infantil.
ConSORCI Sanitari del Maresme (Barcelona)

Los trastornos del sueño constituyen en la actualidad uno de los problemas más prevalentes en la práctica clínica, presentándose hasta en el 50% de los pacientes de atención primaria tanto de forma independiente o junto con otras afecciones médicas o trastornos de salud mental, siendo factores de riesgo para el desarrollo y la exacerbación de estos otros trastornos si su tratamiento no es el adecuado.^{1,2}

Las altas tasas de prevalencia y persistencia de hasta el 40% que presenta, hace que en la actualidad sea un problema de salud pública que debe abordarse a nivel individual con una atención clínica adecuada y a nivel poblacional con intervenciones de salud del sueño a gran escala.³

La variabilidad en los estudios de prevalencia, con rangos entre 5,7 al 19%⁴, se han visto influenciadas por la definición de insomnio utilizada, la población estudiada y la fuente, el entorno, el alcance y la fecha de la investigación. Así, aparecen diferentes cifras de prevalencia cuando la definición de insomnio se reduce progresivamente desde quejas del sueño hasta un diagnóstico de trastorno de insomnio.⁵

Actualmente, el insomnio se reconoce como un trastorno del sueño por derecho propio y no solo excluyendo otras etiologías bien identificadas, aunque probablemente ocurre con más frecuencia como una condición comórbida que de forma aislada.

El DSM (Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría) en sus versiones anteriores DSM-III-R/DSM-IV, sugería una distinción entre insomnio primario y secundario, mientras que el DSM-5 (2013) anunció un cambio paradigmático al establecer los Trastornos del sueño como una categoría diagnóstica global, eliminando distinciones. Abandonar la distinción entre insomnio primario/secundario constituyó un avance importante al reconocer que el insomnio frecuentemente no es sólo un síntoma de cualquier otro trastorno somático o mental, sino que constituye un trastorno independiente, que merece una consideración específica en la práctica clínica.²



La ICSD (Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño) en su tercera versión (American Academy of Sleep Medicine, 2014) confirmó esta nueva nosología, definiendo el Trastorno de Insomnio Crónico. Más recientemente (en 2022), la OMS actualizó su clasificación de enfermedades publicando el ICD-11, en donde los trastornos del sueño y la vigilia se constituyen como una categoría per se, independiente de órgano o sistema, y el insomnio crónico aparece como una entidad clínica independiente.

El deterioro diurno asociado al insomnio crónico, y que es criterio diagnóstico, puede influir negativamente en la calidad de vida de las personas de varias maneras, incluida la disminución de la productividad en el lugar de trabajo, un mayor riesgo de lesiones y accidentes y generando consecuencias graves para la salud a largo plazo.

Aunque todas las guías relacionadas con el insomnio publicadas en los últimos 5 años coinciden en que la terapia cognitivo conductual, debería ser el tratamiento de primera línea para el insomnio basándose en la evidencia científica acumulada en la literatura^{2,6,9}

el uso de los fármacos moduladores GABA-a como las benzodiazepinas y los fármacos Z (Z drugs) está ampliamente extendido y no dejan de ser motivo de controversia y debate en relación a su uso continuado, dado que no generan efectos significativos sobre el mantenimiento del sueño o abordan las deficiencias del funcionamiento diurno¹⁰ y además están relacionadas con alteraciones tanto cognitivas como motoras, caídas, dependencia y somnolencia^{11,12}

El tratamiento ideal para el insomnio debería ser seguro y eficaz tanto a corto como a largo plazo, mejorar las medidas cuantitativas del tiempo total de sueño, tiempo de vigilia y tiempo de inicio además de la calidad de éste y debería impactar positivamente en el rendimiento diurno y la salud general.

Los antagonistas duales de los receptores de las orexinas (DORAS) han surgido como un tratamiento innovador para el insomnio crónico.

El sistema de las orexinas regula el ciclo de sueño-vigilia mediante los neuropéptidos orexina (orexina A y orexina B) que actúan sobre los receptores orexina-1 y orexina-2, promoviendo la vigilia. Las neuronas orexina ejercen su mayor actividad durante el día a medida que se promueve la vigilia y están prácticamente en silencio durante la noche. En este sentido, los estudios sugieren que la actividad inusual del sistema de orexinas durante el tiempo de sueño podría provocar hiperexcitación anormal en el insomnio.^{13,14}

Los antagonistas duales del receptor de orexina actúan sobre la vigilia excesiva durante el sueño dirigiéndose selectivamente y bloqueando la unión de los neuropéptidos orexina a sus dos receptores.¹⁵ Este mecanismo de acción evita la inhibición más generalizada de las funciones neuronales y efectos secundarios como somnolencia residual a la mañana siguiente, caídas, incoordinación motora, tolerancia, problemas físicos y dependencia y que son intrínsecos a los moduladores GABA-A.¹⁶

Daridorexant, el primer DORA aprobado en Europa, ha demostrado que facilita el sueño sin alterar la estructura de este. Presenta un perfil farmacocinético y farmacodinámico con una rápida absorción para un rápido inicio del sueño y una rápida eliminación, permitiendo el mantenimiento del sueño nocturno evitando al mismo tiempo somnolencia a la mañana siguiente.^{16,17}

En concreto, daridorexant se absorbe rápidamente tras su administración oral (0.8-1.0 horas) y alcanza concentraciones plasmáticas máximas en 1-2 h, siendo la exposición plasmática proporcional a la dosis. Además, su semivida terminal de alrededor de 8 horas permite mantener el sueño a lo largo de

la noche, con menor exposición a la hora de despertarse reduciendo los efectos residuales. Es metabolizado principalmente por la CYP3A4 (89 %) y su vía de excreción principal es a través de las heces (aproximadamente un 57%), seguida de la orina (aproximadamente un 28 %).¹⁷

El fármaco mejoró, tanto en adultos jóvenes como mayores, los parámetros sueño objetivos, como la WASO (wake after sleep onset) y LPS (latency to persistent sleep) evaluados mediante polisomnografía en pacientes con insomnio, y subjetivos donde se observó mejoría una significativa desde la primera semana de tratamiento en el sTST (subjective total sleep time).

Se observó además una mejoría significativa en todos los dominios de la escala IDSIQ (Insomnia Daytime Symptoms and Impacts Questionnaire) desde la primera semana de tratamiento y que se mantuvieron al año. La IDSIQ es un instrumento validado y desarrollado siguiendo las directrices de la FDA para evaluar los resultados informados por los pacientes con insomnio.^{15,17,18}

El uso de daridorexant a lo largo de un año en pacientes con insomnio crónico, ha mostrado buena adherencia y tolerancia, con una tasa baja de aparición de efectos adversos como fatiga o somnolencia y sin evidencias en la aparición de insomnio de rebote evaluados mediante sTST. No se han mostrado evidencias de síntomas de abstinencia durante el periodo final de lavado comparado con placebo y monitorizado mediante la BWSQ (Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire), lo que apoya su compatibilidad con el uso a largo plazo para el tratamiento del insomnio en adultos.

BIBLIOGRAFÍA

- Roth T. Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med* [Internet]. 15 de agosto de 2007 [citado 20 de octubre de 2023];3(5 Suppl):S7-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1978319/>
- Riemann D, Benz F, Dressler RJ, Espie CA, Johann AF, Blanken TF, et al. Insomnia disorder: State of the science and challenges for the future. *J Sleep Res* [Internet]. 2022 [citado 20 de octubre de 2023];31(4):e13604. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jsr.13604>
- Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep Med Clin*. junio de 2022;17(2):173-91.
- de Entrambasaguas M, Romero O, Guevara JAC, de Larrinaga AÁR, Cañellas F, Salud JP, et al. The prevalence of insomnia in Spain: A stepwise addition of ICSD-3 diagnostic criteria and notes. *Sleep Epidemiol* [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 20 de octubre de 2023];3:100053. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667343622000348>
- OHAYON MM, REYNOLDS CF. Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med* [Internet]. octubre de 2009 [citado 21 de octubre de 2023];10(9):952-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3715324/>
- Wilt TJ, MacDonald R, Brasure M, Olson CM, Carlyle M, Fuchs E, et al. Pharmacologic Treatment of Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 19 de julio de 2016;165(2):103-12.
- Wilson S, Anderson K, Baldwin D, Dijk DJ, Espie A, Espie C, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. agosto de 2019;33(8):923-47.
- Riemann D, Spiegelhalder K, Espie C, Pollmächer T, Léger D, Bassetti C, et al. Chronic insomnia: clinical and research challenges--an agenda. *Pharmacopsychiatry*. enero de 2011;44(1):1-14.
- Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, Carney CE, Harrington JJ, Lichstein KL, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 1 de febrero de 2021;17(2):255-62.
- Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. diciembre de 2017;26(6):675-700.
- Krystal AD, Prather AA, Ashbrook LH. The assessment and management of insomnia: an update. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. octubre de 2019;18(3):337-52.
- Neubauer DN, Pandi-Perumal SR, Spence DW, Buttoo K, Monti JM. Pharmacotherapy of Insomnia. *J Cent Nerv Syst Dis*. 2018;10:1179573518770672.
- Kantor S, Mochizuki T, Janisiewicz AM, Clark E, Nishino S, Scammell TE. Orexin neurons are necessary for the circadian control of REM sleep. *Sleep*. septiembre de 2009;32(9):1127-34.
- Saper CB, Scammell TE, Lu J. Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. *Nature*. 27 de octubre de 2005;437(7063):1257-63.
- Kunz D, Dauvilliers Y, Benes H, García-Borreguero D, Plazzi G, Seboek Kinter D, et al. Long-Term Safety and Tolerability of Daridorexant in Patients with Insomnia Disorder. *CNS Drugs*. enero de 2023;37(1):93-106.
- Boss C, Gatfield J, Brotschi C, Heidmann B, Sifferlen T, von Raumer M, et al. The Quest for the Best Dual Orexin Receptor Antagonist (Daridorexant) for the Treatment of Insomnia Disorders. *ChemMedChem*. 3 de diciembre de 2020;15(23):2286-305.
- Muehlan C, Brooks S, Zuiker R, van Gerven J, Dingemans J. Multiple-dose clinical pharmacology of ACT-541468, a novel dual orexin receptor antagonist, following repeated-dose morning and evening administration. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. julio de 2019;29(7):847-57.
- Hudgens S, Phillips-Beyer A, Newton L, Seboek Kinter D, Benes H. Development and Validation of the Insomnia Daytime Symptoms and Impacts Questionnaire (IDSIQ). *The Patient*. marzo de 2021;14(2):249-68.
- Zammit G, Dauvilliers Y, Pain S, Sebök Kinter D, Mansour Y, Kunz D. Daridorexant, a new dual orexin receptor antagonist, in elderly subjects with insomnia disorder. *Neurology*. 26 de mayo de 2020;94(21):e2222-32.



ENTREVISTA

Dra. Mª Dolores Crespo Hervás

La Dra. Mª Dolores Crespo Hervás es una de las referentes esenciales en el ámbito de la psiquiatría en nuestro país, acompañada de un notable prestigio científico y de actividad colaborativa con nuestra profesión a nivel nacional e internacional.

Persona inteligente, perspicaz e inquieta. Autora de numerosos libros y publicaciones científicas, implicada en diferentes sociedades científicas del mundo de la medicina en general y la Psiquiatría en particular. Forma parte del Consejo asesor de ASEPP, es Miembro de Honor de la SEPB, Miembro del Colegio de Psiquiatras Eméritos de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental y Colegiada Honorífica del Consejo General de Colegios de Médicos de España, y otras muchas más distinciones como reconocimiento de su actividad y compromiso profesional y su lucha permanente contra el estigma de la enfermedad mental.

En esta entrevista intentaremos descubrir algo más de su trayectoria y de sus intereses ...

¿Como nació su interés por estudiar medicina y como fueron sus años de aprendizaje en la Facultad?

Mi interés por la Medicina surgió en la adolescencia. Coincidiendo con los estudios de Filosofía del Bachillerato y por mi admiración a tres médicos de Jaén: uno de ellos Pediatra y vecino (El Dr. José Montilla), el otro Traumatólogo y además cuñado (El Dr. Alberto Palma), y finalmente el Psiquiatra (Dr. Carlos Gutiérrez).

Estudí en Navarra al aprobar el acceso a esta universidad, que elegí por su gran prestigio. Viví en un Colegio Mayor que resultó también ser una gran aula de formación personal.

Los años de estudio los recuerdo exigentes y duros, con dedicación casi exclusiva pues el nivel era muy alto.

Con recuerdos de estupendos compañeros y amigos, y nuestras escapadas frecuentes al sur de Francia que en aquellos tiempos era otro mundo...

¿Qué psiquiatras marcaron su vida académica y su trayectoria profesional?

Los psiquiatras que más me ayudaron y guiaron mi rumbo han sido: El Profesor Salvador Cervera Enguix, Director, durante más de 30 años, del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de Navarra; un excelente maestro con el que se han formado numerosos profesores universitarios y especialistas españoles y extranjeros y que se caracterizaba por su gran profesionalidad y el rigor científico que nos inculcaba; en mi caso particular fue quien me animó a hacer el MIR.

El Dr. Pedro Enrique Muñoz Rodríguez, un gran defensor de los programas de salud mental comunitaria, uno de los mayores expertos españoles en epidemiología psiquiátrica y una persona con gran habilidad para gestionar y programar la prevención, la promoción y la asistencia en el campo de la salud mental, fue el quien me introdujo en los estudios epidemiológicos psiquiátricos y en la salud mental de la mujer.

Y, finalmente el Profesor Juan José López-Ibor Aliño, quien siendo uno de mis jefes, aparte de sus notables conocimientos científicos, me ayudó en facilitarme una visión internacional de la Psiquiatría.

¿Cómo fue su trayectoria profesional?

Al finalizar el MIR hice varias oposiciones: Instituto de Salud Mental de Navarra, Hospital Insular de las Palmas, Instituto de Salud Mental de Madrid y Hospital Ramon y Cajal. Todos ellos lugares de grato recuerdo tanto por el aprendizaje y desarrollo en Psiquiatría como el contacto con colegas excelentes.

En la faceta de docente la inicié en la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá, en calidad de profesor asociado y con también múltiples proyectos de dirección de tesis doctorales, donde me mantuve hasta mi jubilación.

Fui asimismo Secretaria General del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid y Jefe de los servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

¿Punto aparte merece la fundación del PAIME en Madrid?

Sí es cierto. Durante todos estos años me he interesado especialmente por la salud de los médicos y de otros profesionales de la salud. Iniciando un grupo de estudio en el Colegio de Médicos de Madrid sobre este tema, juntamente con médicos de salud laboral y otros especialistas, y poniendo los pilares del Plan de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) que tan exitoso desarrollo ha tenido y del cual siento un orgullo notable.

Háblenos sobre sus proyectos actuales y de futuro...

Colaboración con diferentes Sociedades científicas: Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental, ASEPP y Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

Mi disponibilidad y compromiso para ayudar a compañeros que lo requieran y al Colegio de Médicos de Madrid en mi faceta de jubilada.

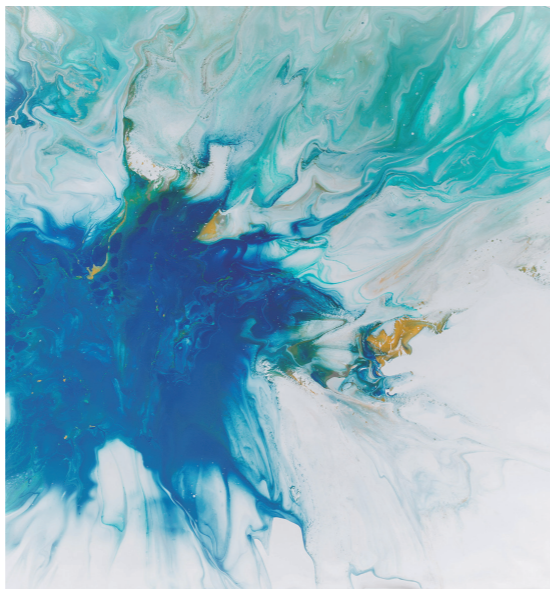
También disfruto analizando, revisando y estudiando la evolución de la Medicina y de la Psiquiatría en particular; mi experiencia variada creo que resulta un buen aval para llevarlo a cabo.

¿Cómo vislumbra el futuro de la Medicina y de la Psiquiatría?

Observo la situación de la Medicina en general y de la Psiquiatría de forma específica en un momento difícil, todo muy marcado por la crisis general y sobre todo sanitaria sufrida con la pandemia.

Hay demasiadas discrepancias y confrontaciones, intervienen en las decisiones intereses y personas que no profundizan en la trascendencia, se utiliza demasiada superficialidad, atrevida pero muy peligrosa. Debates sobre público-privado nihilistas. El rol de los profesionales sanitarios y sus condiciones laborales, sin analizar en profundidad, pero sufriendo unas condiciones laborales inestables, mal retribuidos y considerados, La Psiquiatría en su segunda fase de sufrimiento del movimiento antipsiquiátrico...

Gracias Lola por todo lo que has hecho y por ser tal como eres.



¿Cuál es su opinión sobre el modelo de colaboración entre Psiquiatría Pública y Psiquiatría Privada?

Son dos modelos que deben coexistir y colaborar, pues hay una continuidad entre ellos y una necesidad diferente según los ciudadanos y es una realidad su convivencia en todos los países desarrollados

Describanos sus aficiones:

En primer lugar, los deportes; me inicié de joven con gimnasia rítmica y balonmano, seguí con esquí y golf, y actualmente continúo con el golf y la marcha nórdica.

Además, la Tauromaquia, la Pintura abstracta y la música de los Beatles y sobre todo viajar por el mundo.

Dentro de unos años no sé qué me gustará hacer, no puedo ni imaginármelo, pues vivo al día, me gusta improvisar y arriesgar, no tengo proyección de futuro.

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas. Ver la sección reacciones adversas, en la que se incluye información sobre cómo notificarlas. **NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** QUVIVIQ 25 mg comprimidos recubiertos con película. QUVIVIQ 50 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** QUVIVIQ 25 mg comprimidos recubiertos con película. Cada comprimido recubierto con película contiene daridorexant hidrocloreto equivalente a 25 mg de daridorexant. QUVIVIQ 50 mg comprimidos recubiertos con película. Cada comprimido recubierto con película contiene daridorexant hidrocloreto equivalente a 50 mg de daridorexant. Para consultar la lista completa de excipientes, ver Lista de excipientes. **FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido recubierto con película (comprimido). QUVIVIQ 25 mg comprimidos recubiertos con película. Comprimido recubierto con película en forma de arco triangular de color violeta claro, con «25» grabado en una cara e «i» en la otra. QUVIVIQ 50 mg comprimidos recubiertos con película. Comprimido recubierto con película en forma de arco triangular de color naranja claro, con «50» grabado en una cara e «ii» en la otra. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** QUVIVIQ está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con insomnio caracterizado por presencia de síntomas durante al menos 3 meses e impacto considerable en la actividad diurna. **Posología y forma de administración.** **Posología.** La dosis recomendada para adultos es un comprimido de 50 mg una vez por noche, tomado por vía oral en los 30 minutos antes de acostarse por la noche. Según el criterio clínico, algunos pacientes pueden ser tratados con 25 mg una vez por noche (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo e Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). La dosis máxima diaria es de 50 mg. La duración del tratamiento debe ser lo más corta posible. Dentro del plazo de 3 meses, y posteriormente de manera periódica, se debe reevaluar la continuación del tratamiento. Hay datos clínicos disponibles de hasta 12 meses de tratamiento continuo. El tratamiento se puede suspender sin reducción de la dosis. **Dosis olvidadas.** Si un paciente olvida tomar QUVIVIQ a la hora de acostarse, no debe tomar esa dosis durante la noche. **Insuficiencia hepática.** En pacientes con insuficiencia hepática leve, no es necesario ajustar la dosis. En pacientes con insuficiencia hepática moderada, la dosis recomendada es un comprimido de 25 mg una sola vez por noche. Daridorexant no se ha estudiado y no está recomendado en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Insuficiencia renal.** En pacientes con insuficiencia renal (incluida la grave), no es necesario ajustar la dosis. **Coadministración con inhibidores moderados de la CYP3A4.** La dosis recomendada cuando se emplea con inhibidores moderados de la CYP3A4 es de un comprimido de 25 mg una sola vez por noche (ver Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Se debe evitar el consumo de pomelo o zumo de pomelo por la noche. **Coadministración con depresores del sistema nervioso central (SNC).** En caso de coadministración con medicamentos depresores del SNC pueden ser necesarios ajustes de dosis de QUVIVIQ y/o de otros medicamentos, basándose en la evaluación clínica, debido a la posibilidad de efectos aditivos (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo e Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción) **Pacientes de edad avanzada.** No es necesario ajustar la dosis en pacientes de edad avanzada (> 65 años). Los datos disponibles de pacientes mayores de 75 años son limitados. No hay datos disponibles de pacientes mayores de 85 años. **Población pediátrica.** No se han establecido todavía la seguridad y eficacia de daridorexant en pacientes pediátricos. No se dispone de datos. **Forma de administración.** Vía oral. QUVIVIQ puede tomarse con o sin alimentos. Sin embargo, tomar QUVIVIQ poco después de una comida copiosa puede reducir el efecto sobre el inicio del sueño. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la Lista de excipientes. Narcolepsia. Uso concomitante con inhibidores potentes de CYP3A4 (ver Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** **Población de edad avanzada.** Debido al riesgo general de caída de las personas de edad avanzada, daridorexant se debe usar con precaución en esta población, aunque los ensayos clínicos no mostraron un aumento de la incidencia de caídas con daridorexant en comparación con placebo. QUVIVIQ se debe administrar con precaución a pacientes mayores de 75 años debido a que los datos de eficacia y seguridad en esta población son limitados. **Efectos depresores del SNC.** Daridorexant actúa reduciendo la vigilia, por lo que se debe advertir a los pacientes sobre la realización de actividades potencialmente peligrosas, conducir u operar maquinaria pesada salvo que no presenten ningún tipo de somnolencia, especialmente en los primeros días de tratamiento (ver Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas). Debido a los efectos potencialmente aditivos, se debe actuar con precaución al prescribir QUVIVIQ de forma concomitante con medicamentos depresores del SNC, y se debe considerar un ajuste de la dosis de QUVIVIQ o de los depresores del SNC concomitantes. Se debe advertir a los pacientes respecto al consumo de alcohol durante el tratamiento con QUVIVIQ (ver Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Parálisis del sueño, alucinaciones y síntomas de tipo catapléjico.** Con daridorexant puede ocurrir parálisis del sueño, una incapacidad para moverse o hablar durante varios minutos durante las transiciones sueño-vigilia, y alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas, incluyendo percepciones vívidas e inquietantes, principalmente durante las primeras semanas de tratamiento (ver Reacciones adversas). Con antagonistas duales del receptor de la orexina se han notificado síntomas similares a la cataplejía leve. El médico debe explicar a los pacientes la naturaleza de estos acontecimientos cuando les prescriba QUVIVIQ. Si estos acontecimientos ocurren, es necesario evaluar al paciente y, dependiendo de la naturaleza y la intensidad de los acontecimientos, se debe considerar la suspensión del tratamiento. **Empeoramiento de la depresión y la ideación suicida.** En pacientes deprimidos tratados con hipnóticos, se ha notificado empeoramiento de la depresión y de los pensamientos y acciones suicidas. Al igual que otros hipnóticos, QUVIVIQ se debe administrar con precaución a pacientes que muestren síntomas de depresión. En los ensayos clínicos de fase III se han notificado casos aislados de ideación suicida en sujetos con patologías psiquiátricas y/o condiciones de vida estresantes, en todos los grupos de tratamiento, incluido el de placebo. Los pacientes con depresión pueden presentar tendencias suicidas y pueden ser necesarias medidas protectoras. **Pacientes con comorbilidades psiquiátricas.** QUVIVIQ se debe administrar con precaución a pacientes con comorbilidades psiquiátricas debido a que los datos de eficacia y seguridad en esta población de pacientes son limitados. **Pacientes con función respiratoria comprometida.** Daridorexant no aumentó la frecuencia de episodios de apnea/hipopnea ni causó desaturación de oxígeno en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada. Daridorexant no se ha estudiado en pacientes con AOS grave (índice apnea-hipopnea \geq 30 episodios por hora) o con EPOC grave (FEV₁ < 40 % del previsto). Se debe prescribir QUVIVIQ con precaución a pacientes con AOS grave y EPOC grave. **Potencial de abuso y dependencia.** En los ensayos clínicos de daridorexant en sujetos con insomnio, no hubo indicios de abuso o síntomas de abstinencia indicativos de dependencia física tras la suspensión del tratamiento. En un ensayo para evaluar el potencial de abuso de daridorexant (50, 100 y 150 mg) realizado en usuarios de estupefacientes sin insomnio (n = 72), daridorexant (100 y 150 mg) la calificación de «afinidad por el fármaco» fue similar a la de zolpidem (30 mg). Debido a que los sujetos con antecedentes de abuso o adicción al alcohol o a otras sustancias pueden presentar mayor riesgo de abuso de QUVIVIQ, estos pacientes se supervisarán estrechamente. **Insuficiencia hepática.** Su uso no está recomendado en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver Posología y forma de administración). **Excipientes.** Sodio. Este medicamento contiene menos de 1 mmol de sodio (23 mg) por comprimido; esto es, esencialmente «exento de sodio». **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** **Efectos de otros medicamentos sobre la farmacocinética de daridorexant.** **Inhibidores de la CYP3A4.** En sujetos sanos, la coadministración de daridorexant 25 mg con el inhibidor moderado de la CYP3A4 diltiazem (240 mg una vez al día) aumentó los parámetros de exposición a daridorexant AUC y C_{max} 2,4 veces y 1,4 veces, respectivamente. En pacientes que tomaban inhibidores moderados de la CYP3A4 (p. ej., eritromicina, ciprofloxacino, ciclospolina), la dosis recomendada de QUVIVIQ es de 25 mg. No se ha realizado ningún ensayo clínico con un inhibidor potente de CYP3A4. El uso concomitante de QUVIVIQ con inhibidores potentes de la CYP3A4 (p. ej., itraconazol, claritromicina, ritonavir) está contraindicado (ver Contraindicaciones). El consumo de pomelo o zumo de pomelo por la noche debe evitarse. **Inductores de la CYP3A4.** En sujetos sanos, la coadministración con efavirenz (600 mg una vez al día), un inductor moderado de la CYP3A4, causó reducciones de los parámetros de exposición a daridorexant AUC y C_{max} del 61 % y el 35 %, respectivamente. Según estos resultados, el uso concomitante con un inductor moderado o potente de la CYP3A4 reduce sustancialmente la exposición a daridorexant, lo cual puede reducir la eficacia. **Modificadores del pH gástrico.** La solubilidad de daridorexant depende del pH. En sujetos sanos, la coadministración con famotidina (40 mg), un inhibidor de la secreción ácida gástrica, redujo la C_{max} de daridorexant en un 39 %, mientras que el AUC no varió. No es necesario ajustar la dosis cuando QUVIVIQ se usa concomitantemente con tratamientos que reducen la acidez gástrica. **Citalopram.** En sujetos sanos, la coadministración de 20 mg de citalopram, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), no tuvo efectos clínicamente relevantes sobre la farmacocinética de 50 mg de daridorexant. **Efecto de daridorexant sobre la farmacocinética de otros medicamentos.** **Sustratos de la CYP3A4.** En un ensayo clínico realizado en sujetos sanos que recibían daridorexant y midazolam, un sustrato sensible de la CYP3A4, daridorexant a una dosis de 25 mg no afectó la farmacocinética (FC) de midazolam, lo cual indica ausencia de inducción o inhibición de la CYP3A4 a esta dosis. En un ensayo clínico realizado en sujetos sanos que recibían 50 mg de daridorexant y midazolam, la exposición (AUC) a midazolam aumentó un 42 %, lo que indica una inhibición leve de CYP3A4. La administración simultánea de 50 mg QUVIVIQ con sustratos sensibles de la CYP3A4 con un índice terapéutico estrecho (p. ej., simvastatina a alta dosis, tacrolimus) deberá realizarse con precaución. En el mismo ensayo, daridorexant 50 mg administrado durante 7 días no indujo CYP3A4, por lo que pueden administrarse conjuntamente anticonceptivos con QUVIVIQ. **Sustratos de CYP2C9.** En un ensayo clínico realizado en sujetos sanos que recibían daridorexant y warfarina, un sustrato sensible de la CYP2C9, daridorexant a una dosis de 50 mg no afectó a la FC y farmacodinámica de la warfarina, lo que indica una ausencia de efecto sobre CYP2C9. Los sustratos de CYP2C9 pueden administrarse con QUVIVIQ sin necesidad de ajustes de dosis. **Sustratos de la BCRP o transportadores P-gp.** En ensayos clínicos realizados en sujetos sanos que recibían 25 mg y 50 mg de daridorexant y rosvastatina, un sustrato de la BCRP, daridorexant no afectó la FC de rosvastatina, lo cual indica ausencia de inducción o inhibición de la BCRP. Los sustratos de BCRP pueden administrarse con QUVIVIQ sin necesidad de ajustes de dosis. En un ensayo clínico realizado en sujetos sanos que recibían daridorexant 50 mg y dabigatrán etexilato, un sustrato sensible de la P-gp, la AUC y la C_{max} de dabigatrán aumentaron en un 42 % y 29 %, respectivamente, lo que indica una inhibición leve de la P-gp. La administración simultánea de QUVIVIQ con sustratos de P-gp con un índice terapéutico estrecho (p. ej., digoxina) deberá realizarse con precaución. **Alcohol.** En sujetos sanos, el consumo concomitante de alcohol resultó en una absorción prolongada de daridorexant (el t_{max} aumentó en 1,25 h). La exposición a daridorexant (C_{max} y AUC) y el t_{1/2} no variaron. **Citalopram.** En sujetos sanos, la FC de citalopram en estado de equilibrio no resultó afectada por la coadministración de 50 mg de daridorexant. **Interacciones farmacodinámicas.** **Alcohol.** La coadministración de 50 mg de daridorexant con alcohol causó efectos aditivos en el rendimiento psicomotor. **Citalopram.** En sujetos sanos, no se observó una interacción relevante sobre el rendimiento psicomotor cuando se administraron conjuntamente 50 mg de daridorexant con 20 mg de citalopram en estado de equilibrio. **Población pediátrica.** Los ensayos de interacciones se han realizado sólo en adultos. **Fertilidad, embarazo y lactancia.** **Embarazo.** No hay datos disponibles relativos al uso de daridorexant en mujeres embarazadas. Los ensayos realizados en animales no sugieren efectos perjudiciales en términos de toxicidad para la reproducción. Por consiguiente, QUVIVIQ solo se debe usar durante el embarazo si la situación clínica de la mujer requiere tratamiento con daridorexant. **Lactancia.** Se desconoce si daridorexant o sus metabolitos se excretan en la leche materna. Los datos disponibles en animales muestran que daridorexant y sus metabolitos se excretan en la leche. No se puede descartar un riesgo de somnolencia excesiva del lactante. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento con QUVIVIQ tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad.** No existen datos relativos al efecto de la exposición a daridorexant sobre la fertilidad humana. Los ensayos realizados en animales no han indicado efectos sobre la fertilidad masculina o femenina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Los hipnóticos tienen una influencia importante en la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Un ensayo aleatorizado, cruzado, con enmascaramiento doble y controlado con placebo y comparador activo evaluó los efectos de la administración nocturna de daridorexant sobre el rendimiento en la conducción de la mañana siguiente, mediante un simulador de conducción, 9 horas después de la dosis, en sujetos sanos sin insomnio de 50 a 79 años. Las pruebas se efectuaron después de 1 noche (dosis inicial) y tras 4 noches consecutivas de tratamiento con daridorexant 50 mg. Como comparador activo se usó zolpidem 7,5 mg. La mañana siguiente a la administración de la primera dosis, daridorexant afectó al rendimiento en la conducción simulada determinado mediante la Desviación estándar de la posición lateral (SDLP). No se detectaron efectos sobre el rendimiento de la conducción tras la administración durante 4 noches consecutivas. La zolpidem alteró significativamente el rendimiento de la conducción simulada en ambos puntos de valoración. Se debe advertir a los pacientes sobre la realización de actividades potencialmente peligrosas, conducir u operar maquinaria pesada a menos que se sientan completamente despiertos, especialmente en los primeros días de tratamiento (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). Para reducir este riesgo al mínimo, se recomienda que transcurra un periodo de aproximadamente 9 horas entre la toma de QUVIVIQ y la conducción o el uso de máquinas. **Reacciones adversas.** **Resumen del perfil de seguridad.** Las reacciones adversas notificadas con más frecuencia fueron cefalea y somnolencia. La mayoría de las reacciones adversas fueron de intensidad leve o moderada. No se observaron señales de relación entre la dosis y la frecuencia o la intensidad de las reacciones adversas. El perfil de reacciones adversas en sujetos de edad avanzada fue compatible con el de los sujetos más jóvenes. **Tabla de reacciones adversas.** La Tabla 1 muestra las reacciones adversas ocurridas en el Ensayo 1 y el Ensayo 2. La frecuencia de las reacciones adversas se ha definido usando la siguiente convención 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); muy raras (<1/10.000); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). En cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad. La seguridad de daridorexant se evaluó en tres ensayos clínicos de fase III controlados con placebo. En total, 1.847 sujetos (incluyendo aproximadamente un 40 % de sujetos de edad avanzada [\geq 65 años de edad]) recibieron daridorexant 50 mg (N = 308); 25 mg (N = 618); o 10 mg (N = 306), o placebo (N = 615). Un total de 576 sujetos recibieron tratamiento con daridorexant durante al menos 6 meses y 331 durante al menos 12 meses. **Descripción de una selección de reacciones adversas.** **Somnolencia.** Se notificó somnolencia en el 3 % y el 2 % de los sujetos tratados con daridorexant 25 mg y 50 mg, respectivamente, en comparación con el 2 % de los sujetos que recibieron placebo. **Parálisis del sueño y alucinaciones.** Se notificó parálisis del sueño en el 0,5 % y el 0,3 % de los pacientes que recibieron daridorexant 25 mg y 50 mg, respectivamente, en comparación con ningún caso notificado con placebo. Se notificaron alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas en el 0,6 % de los sujetos que recibían daridorexant 25 mg en comparación con ningún caso con daridorexant 50 mg o placebo. La parálisis del sueño y las alucinaciones ocurren principalmente durante las primeras semanas de tratamiento. **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificar.mec.es. **Sobredosis.** En los ensayos de farmacología clínica se administraron dosis únicas de hasta 200 mg de daridorexant (4 veces la dosis recomendada) a sujetos sanos. A dosis supratrapéuticas, se observaron las siguientes reacciones adversas: somnolencia, debilidad muscular, alteración de la atención, fatiga, cefalea y estreñimiento. No existe un antídoto específico para la sobredosis de daridorexant. En caso de sobredosis, se deben tratar los síntomas del paciente e instaurar, cuando sea necesario, medidas de apoyo y vigilar estrechamente a los pacientes. Es poco probable que la diálisis sea eficaz ya que daridorexant está unido a proteínas en una elevada proporción. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Núcleo del comprimido: Manitol (E421), Celulosa microcristalina (E460), Povidona, Croscarmellose sódica, Dióxido de silicio, Estearato de magnesio. **Película protectora.** Hipromelosa (E464), Celulosa microcristalina (E460), Glicerol, Talco (E553), Dióxido de titanio (E171), Óxido de hierro amarillo (E172; comprimidos de 50 mg), Óxido de hierro rojo (E172; comprimidos de 25 mg y 50 mg), Óxido de hierro negro (E172; comprimidos de 25 mg y 50 mg). **Incompatibilidades.** No procede. **Periodo de validez.** 36 meses. **Precauciones especiales de conservación.** Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase.** Blistér de cloruro de polivinilo (PVC) recubierto con cloruro de polivinilideno (PVdC) y laminado con película de PVC sellado con una hoja de aluminio, envasado en una caja de cartón. Envases que contienen 10, 20 o 30 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envase. **Precauciones especiales de eliminación.** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Idorsia Pharmaceuticals Deutschland GmbH Marie-Curie-Strasse 8 79539 Lörrach Alemania. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/22/1638/001, EU/1/22/1638/002, EU/1/22/1638/003, EU/1/22/1638/004, EU/1/22/1638/005, EU/1/22/1638/006. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 29 de abril de 2022. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 07/2023. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>. **PRESENTACIONES Y PRECIO:** QUVIVIQ 50 mg comprimidos recubiertos con película, 30 comprimidos recubiertos con película (760148); PVP: 95,02 €, PVP (IVA): 98,82 €. QUVIVIQ 25 mg comprimidos recubiertos con película, 30 comprimidos recubiertos con película (759854); PVP: 95,02 €, PVP (IVA): 98,82 €. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Medicamento sujeto a prescripción médica. **CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA:** Medicamento no incluido en la prestación farmacéutica del SNS.

Tabla 1. Reacciones adversas

Clasificación por órganos y sistema	Reacción adversa	Frecuencia
Trastornos psiquiátricos	Alucinaciones	Poco frecuentes
Trastornos del sistema nervioso	Cefalea	Frecuentes
	Somnolencia	Frecuentes
	Mareo	Frecuentes
	Parálisis del sueño	Poco frecuentes
Trastornos gastrointestinales	Náuseas	Frecuentes
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Fatiga	Frecuentes

QUVIVIQ® es el primer DORA (antagonista dual de los receptores de las orexinas)¹ aprobado en Europa tras 20 años de investigación

**Mejores
noches**

**Mejores
días**

Indicado para pacientes adultos con insomnio crónico

(caracterizado por la presencia de síntomas durante al menos 3 meses e impacto considerable en la actividad diurna).¹



Mejores noches

Con QUVIVIQ® los pacientes pueden conciliar el sueño más rápido^a y permanecer dormidos más tiempo^{b,1}



Mejores días

QUVIVIQ® ayuda a los pacientes a sentirse menos cansados, menos somnolientos y con más energía durante el día^{c,1}



Un perfil de seguridad comparable a placebo

Sin evidencia de dependencia física,^d abuso, síntomas de abstinencia ni insomnio de rebote tras la suspensión del tratamiento^{e,1}

Si necesitas más información sobre Idorsia o daridorexant ponte en contacto con nosotros en info.es@idorsia.com



∇Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento. Para saber cómo reportar los eventos adversos, ver la sección 4.8 de la Ficha Técnica. Medicamento sujeto a prescripción médica. No financiado por el SNS. Presentaciones y precio: QUVIVIQ® 50 mg comprimidos recubiertos con película, 30 comprimidos recubiertos con película: PVP (IVA): 98,82 €, 3,23 €/día. QUVIVIQ® 25 mg comprimidos recubiertos con película, 30 comprimidos recubiertos con película: PVP (IVA): 98,82 €, 3,23 €/día.

^aLSP: variable primaria de eficacia (objetiva), evaluada mediante PSG. Resultados de la variación MMC desde basal vs. a los 3 meses (IC 95 %) de daridorexant 50 mg (n = 310) vs. placebo (n = 310): -35 (-38 a -31) vs. -23 (-26 a -20). ^bWASO: variable primaria de eficacia (objetiva) evaluada mediante PSG. Resultados de la variación MMC desde basal vs. a los 3 meses (IC 95 %) de daridorexant 50 mg (n = 310) vs. placebo (n = 310): -29 (-33 a -25) vs. -11 (-15 a -7). ^cIDSIQ (cuestionario de síntomas diurnos e impacto del insomnio): variable secundaria de eficacia (subjetiva). Los datos presentados pertenecen al dominio de tendencia al sueño del IDSQ. Resultados de la variación MMC desde basal vs. a los 3 meses (IC 95 %) de daridorexant 50 mg (n = 310) vs. placebo (n = 310): -1,9 (-2,9 a -0,9). ^{d,e}En los estudios clínicos en sujetos con insomnio, no hubo indicios de abuso o síntomas de abstinencia indicativos de dependencia física tras la suspensión del tratamiento. ^fAl igual que con cualquier medicamento, la duración del tratamiento debe ser lo más corta posible y su continuación debe reevaluarse en un plazo de 3 meses y, posteriormente, de manera periódica. ¹ **Acronimos:** IC: intervalo de confianza; LSP: latencia hasta el sueño persistente; MMC: media de los mínimos cuadrados; PSG: polisomnografía; WASO: despertar después del inicio del sueño. **Referencia:** 1. Ficha técnica QUVIVIQ®. Idorsia Pharmaceuticals LTD. EMA. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/quviviq-epar-product-information_es.pdf. Último acceso: Octubre 2023. ES-DA-00066 Octubre 2023