

Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria

C. Vedia Urgell^a, S. Bonet Monne^b, C. Forcada Vega^a y N. Parellada Esquiús^b

Objetivo. Conocer el perfil de utilización de antidepresivos (AD) y ansiolíticos/hipnóticos (A/H) en atención primaria (AP) en Cataluña.

Diseño. Estudio epidemiológico, observacional, transversal de prescripción-indicación.

Emplazamiento. Centros de salud de Cataluña.

Participantes. Se incluyó, mediante muestreo consecutivo, a pacientes en tratamiento con AD y/o A/H.

Mediciones. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, tipo y número de fármacos, pautas de tratamiento, motivo de la prescripción y profesional que la inició.

Resultados. Se evaluaron 1.613 fármacos: el 43% fue AD y el 57% A/H. Los subgrupos más prescritos fueron: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (31,6%), y benzodiacepinas (BZD) de vida media corta (32,9%) y larga (19,8%). Se incluyeron 998 pacientes. El 76% de los participantes eran mujeres. La edad media era de 52,24 años (rango, 16-96). El 19,9% (n = 199) de los pacientes recibía sólo tratamiento con AD; el 34,3% (n = 342), sólo con A/H, y el 45,8% (n = 457), tratamiento combinado. La media de fármacos por paciente fue de $1,6 \pm 0,91$. Los motivos principales de prescripción fueron: depresión mayor o distimia (60,2%; n = 417) para los AD y ansiedad generalizada (33,3%; n = 306) e insomnio (23,9%; n = 220) para los A/H. El 39,8% (n = 268) de los AD y el 51,0% (n = 441) de los A/H se habían prescrito hacía más de 1 año.

Conclusión. El perfil de utilización de psicofármacos descrito nos plantea la necesidad de reconducir la hiperprescripción de BZD y mejorar la coordinación entre psiquiatras y médicos de AP.

Palabras clave: Antidepresivos. Ansiolíticos. Hipnóticos. Atención primaria.

STUDY OF THE USE OF PSYCHIATRIC DRUGS IN PRIMARY CARE

Objective. To get to know the profile of use of antidepressants (AD) and tranquilizers-hypnotics (T-H) in primary care in Catalonia.

Design. Transversal, observational, epidemiological study of prescription-indication.

Location. Health centres in Catalonia, Spain.

Participants. Included, using consecutive sampling, patients on treatment with AD and/or T-H.

Measurements. The variables studied were: age, sex, type and number of drugs, treatment schemes, reason for prescribing, and the health professional who initiated it.

Results. 1613 drugs were evaluated: 43% were AD and 57% were T-H. The sub-groups most prescribed were: selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) (31.6%) and short half-life (32.9%) and long half-life (19.8%) benzodiazepines (BZD). We included 998 patients, 76% of the participants were women. The average age was 52.24 years (range, 16-96). 19.9% (n=199) received treatment with AD only, 34.3% (n=342) with T-H only, and 45.8% (n=457) combined treatment. The mean number of drugs per patient was 1.6. The main reasons for prescribing were: major depression or dysthymia (60.2%; n=417) for AD and generalised anxiety (33.3%; n=306) and insomnia (23.9%; n=220) for T-H. 39.8% (n=268) of the AD and 51.0% (n=441) of T-H had been prescribed for more than 1 year.

Conclusion. The described profile of the use of psychiatric drugs suggests the need to reconsider the over-prescribing of BDZ and improve coordination between psychiatrists and primary care doctors.

Key words: Antidepressants. Tranquilizers. Hypnotics. Primary care.

English version available at
www.atencionprimaria.com/136.870

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 246)

^aServei d'Atenció Primària Mataró-Maresme. ICS. Mataró. Barcelona. España.

^bServei d'Atenció Primària Baix Llobregat Litoral. ICS. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España.

Correspondencia:
Cristina Vedia Urgell.
SAP Mataró-Maresme.
Camí del mig, 36. 08303 Mataró.
Barcelona. España.
Correo electrónico:
cvedia.bnm.ics@gencat.net

Manuscrito recibido el 27 de enero de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 16 de marzo de 2005.

Introducción

La prevalencia de las enfermedades psiquiátricas en la población general es del 30%¹. De esta población, un 2% podría presentar depresión; un 10%, trastornos de la ansiedad y un 8%, cuadros mixtos de depresión y ansiedad²⁻⁴. En atención primaria (AP) se estima que un 20% de la población consultante podría presentar un trastorno depresivo y que un 30% de las consultas psiquiátricas de AP son secundarias a cuadros de ansiedad generalizada^{5,6}. Hay un infradiagnóstico de las enfermedades depresivas y a menudo los pacientes diagnosticados y tratados no reciben la dosis y el tiempo de tratamiento suficientes⁵.

En los últimos años se ha descrito en España un incremento del consumo de antidepresivos (AD), sobre todo a expensas de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los factores implicados en este hecho podrían ser: *a*) una infrautilización de los AD clásicos relacionada con la elevada incidencia de efectos secundarios y su potencial letalidad en caso de sobredosificación; *b*) el mejor perfil de seguridad de los ISRS, y *c*) una ampliación de las indicaciones de los AD, así como una utilización de este grupo de medicamentos para el tratamiento de cuadros mal definidos^{4,5,7,8}.

Paralelamente al incremento del consumo de AD se detecta un aumento de la utilización de benzodiazepinas (BZD), sobre todo a expensas de las de vida media corta, que no está en consonancia con las tendencias de otros países europeos⁹⁻¹¹.

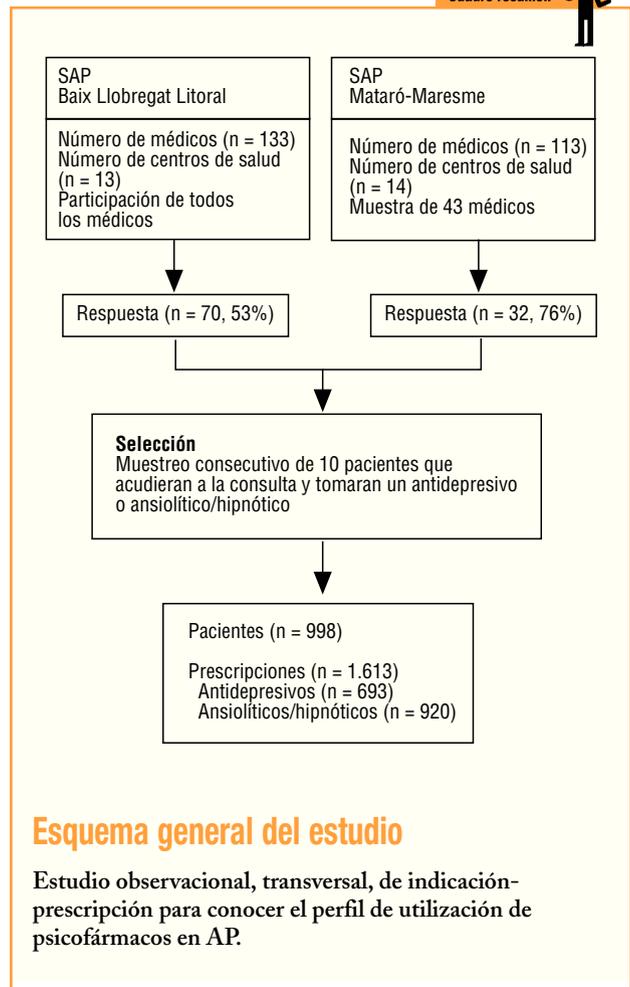
En Cataluña, la obtención de datos de consumo en dosis diarias definidas/1.000 habitantes/día (DHD) ha permitido evidenciar una elevada utilización de BZD y un incremento del consumo de AD en los últimos años. El objetivo de este estudio es conocer el perfil de utilización de AD y ansiolíticos-hipnóticos (AH) en AP en Cataluña y detectar las áreas de mejora.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio epidemiológico observacional transversal de prescripción-indicación en los servicios de atención primaria (SAP) del Baix Llobregat Litoral (BLL) y Mataró-Maresme (MM) del Institut Català de la Salut, durante los meses de febrero y marzo de 2002. Se solicitó a los médicos de los centros de AP de estos dos SAP que incluyeran, por muestreo consecutivo, a 10 pacientes que acudieran a la consulta y estuvieran en tratamiento con AD y/o AH. La participación de los médicos fue voluntaria y el análisis de las respuestas, anónimo.

La selección de la muestra de médicos fue diferente en los dos SAP: en el SAP BLL se incluyó a todos los médicos de la zona (n = 133). En el SAP MM se seleccionó una muestra aleatoria simple de 42 médicos del total de 113, calculada a partir de las DHD de fluoxetina del año 2001.

Material y métodos Cuadro resumen



Los AD fueron clasificados en: clásicos, de segunda generación, ISRS y otros AD, y los AH en: BZD de semivida de eliminación ($t_{1/2}$) corta, BZD de $t_{1/2}$ larga y otros ansiolíticos. Las variables analizadas fueron: edad y sexo de los pacientes, tipo y número de AD y AH prescritos, pauta de tratamiento, motivo principal de la prescripción y profesional que la inició. Para contrastar la validez de la muestra con la población de referencia se compararon los consumos AD y AH (porcentajes de DHD del mismo período de estudio) de cada SAP con los obtenidos en la muestra del estudio.

Se realizó el análisis descriptivo del perfil de utilización de los diferentes psicofármacos y su distribución en función de la edad y el sexo. Para las comparaciones se utilizó la prueba de la χ^2 , la prueba de la t de Student y el análisis de la varianza, según el tipo de variable. La significación estadística se estableció en el 5%.

Resultados

Se obtuvo una respuesta del 58,3% (102 profesionales), con un total de 998 pacientes incluidos. Se evaluaron 1.613 fármacos, de los cuales el 43% (n = 693) era AD y el 57% (n = 920), AH.

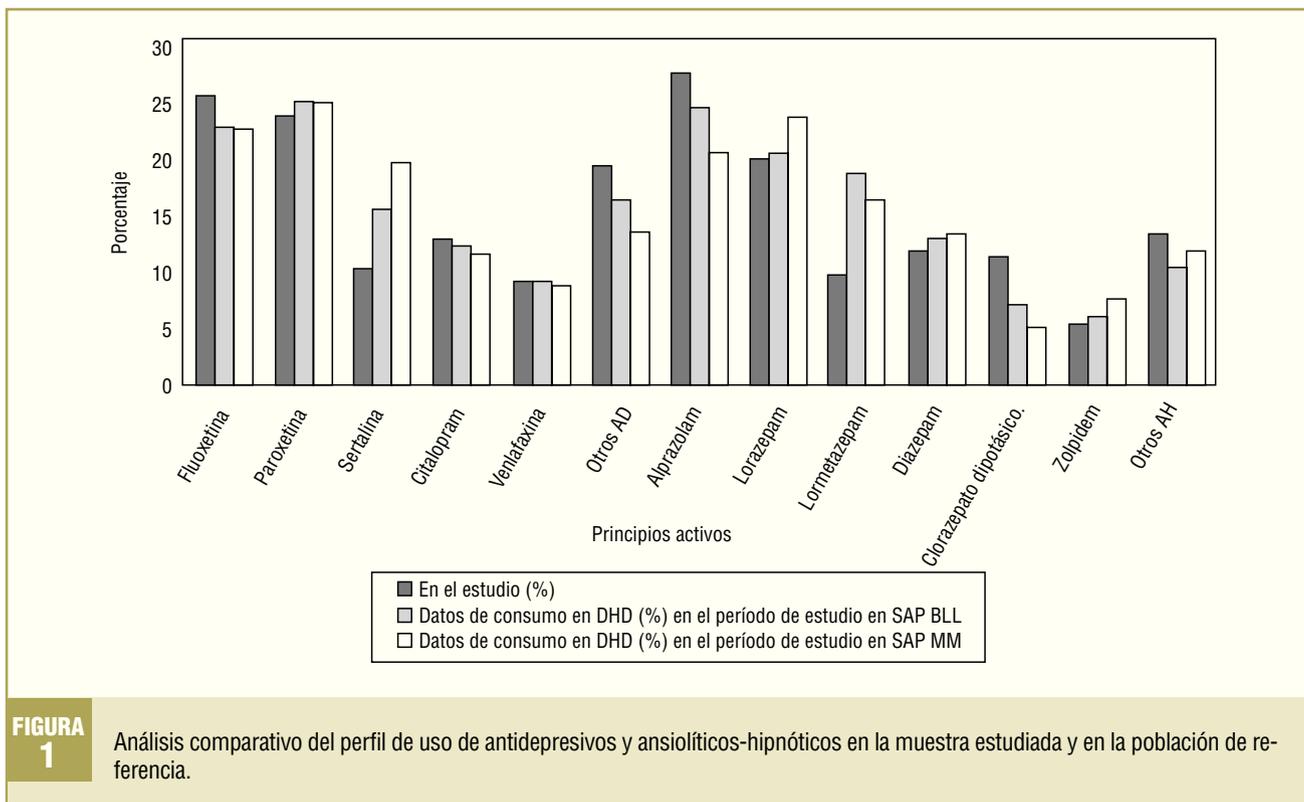


FIGURA 1

Análisis comparativo del perfil de uso de antidepresivos y ansiolíticos-hipnóticos en la muestra estudiada y en la población de referencia.

En la figura 1 se observa que el perfil de utilización de los distintos principios activos en la muestra estudiada fue similar a los datos de consumo (en DHD) obtenidos en los dos SAP durante el período del estudio, excepto para lormetazepam y sertralina (menor en la muestra) y clorazepato dipotásico (mayor en la muestra).

Características de los pacientes

En la tabla 1 se muestran las características demográficas comparativas entre los SAP del BLL y MM. La mayoría eran mujeres (76%). La edad media fue de 52,2 años (rango, 16-96) y fue superior en el SAP MM.

La media de fármacos por paciente fue de $1,6 \pm 0,71$. Un 50,2% (n = 501) de los pacientes tomaba sólo un fármaco, el 39,2% (n = 391), dos; el 9,2% (n = 92), tres y el 1,4% (n = 14), cuatro.

Se observó una mayor prescripción de AD en mujeres (n = 509; 67,7%) que en varones (n = 142; 59,9%) (p = 0,028).

No se detectaron diferencias en los AH en función del sexo. Como observamos en la tabla 2, el 45,8% de los casos recibió tratamiento combinado, el cual fue superior en las mujeres (48,3%) que en los varones (38%) (p = 0,019).

Los pacientes que recibían sólo tratamiento ansiolítico presentaban una edad media ($56,6 \pm 16,7$ años) superior que la de los que tomaban sólo AD ($50,2 \pm 17,6$ años) o tratamiento combinado ($49,9 \pm 16,1$ años) (p < 0,001).

Al analizar los datos según el SAP, el tratamiento sólo con AD era superior en el SAP BLL, mientras que el tratamiento sólo

con AH era más elevado en el SAP MM; esta diferencia es estadísticamente significativa (tabla 2). No se encontraron diferencias entre los SAP en el tratamiento combinado.

Características de los tratamientos

Los subgrupos terapéuticos más prescritos fueron los ISRS (31,6%), las BZD de t_{1/2} corta (32,9%), y las BZD de t_{1/2} larga (19,8%), sin diferencias entre los SAP (tabla 2).

Los AD más utilizados fueron fluoxetina y paroxetina. Los AH más prescritos fueron alprazolam, lorazepam, diazepam y clorazepato dipotásico (tabla 3).

Las combinaciones más utilizadas fueron: fluoxetina y paroxetina con alprazolam (n = 47 y n = 45, respectivamente) o lorazepam (n = 25 y n = 21, respectivamente).

Los AD fueron indicados por el médico de AP en un 45,7% y por el psiquiatra de AP en un 33,1% (tabla 4).

El profesional que inició la prescripción de AD fue en más ocasiones el médico de AP en el SAP BLL respecto al MM (el 49,7 frente al 36,3%; p = 0,04). La prescripción de los ISRS fue realizada por el médico de AP en un 55,3%, mientras que la prescripción de AD clásicos en el 39,4% fue iniciado por otros profesionales y otros AD fueron iniciados en la mayoría de las ocasiones por el psiquiatra de AP en el 60%.

Los AH fueron iniciados en el 49,1% por el médico de AP y en el 30% por el psiquiatra de AP (tabla 4). Por subgrupos, también fue mayoritariamente el médico de AP quien inició el tratamiento (BZD de t_{1/2} corta en un 49,6%,

TABLA 1 Características de los diferentes servicios de atención primaria y de la muestra estudiada

Origen	Baix Llobregat Litoral	Mataró-Maresme	Total
<i>Características de la población</i>			
Población total	345.904	283.759	629.663
> 65 años (%)	41.804 (12%)	41.305 (14,5%)	83.109 (13%)
Centros de salud (n)	13	14	27
Médicos (n)	133	113	246
Médicos participantes (n)	133	42	175
Médicos que respondieron (n)	70	32	102
Porcentaje de respuesta (%)	52,6	76,2	58,3
<i>Características de los casos</i>			
Pacientes incluidos	678	320	998
Prescripciones	1.104	509	1.613
Número prescripciones/paciente (media DE)	1,6 (0,7)	1,59 (0,7)	1,6 (0,71)
Mujeres, n (%)	514 (76,4)	238 (75,3)	752 (76,0)
<i>Edad, años</i>			
Media ± DE	51,3 ± 16,5	54,4 ± 17,6 ^a	52,2 ± 16,9
Rango	16-87	18-96	16-96
<i>Edad media, años (media DE)</i>			
Varones	51,8 ± 17,8	52,1 (18,8)	51,9 (18,1)
Mujeres	51,1 ± 16,1	55,1 (17,1)	52,3 (16,5) ^b

DE: desviación estándar.
^ap = 0,007. ^bp = 0,002.

TABLA 2 Distribución de los tipos de tratamiento

Tipo tratamiento	Baix Llobregat Litoral, n (%)	Mataró-Maresme, n (%)	Total, n (%)
Sólo AD	140 (20,6)	59 (18,4)	199 (19,9) ^a
Sólo AH	215 (31,7)	127 (39,7)	342 (34,3) ^b
Combinado	323 (47,6)	134 (41,9)	457 (45,8)
Total	678 (100%)	320 (100%)	998 (100%)
<i>Subgrupos terapéuticos</i>			
AD clásico	4,8%	3,7%	4,5%
AD segunda generación	6,1%	6,1%	6,1%
ISRS	32,5%	29,7%	31,6%
Otros AD	0,8%	1%	0,8%
Total AD	44,1% (n = 487)	40,5% (n = 206)	43% (n = 693)
BZD vida media corta	32,4%	34,0%	32,9%
BZD vida media larga	19,3%	21,0%	19,8%
Otras BZD	4,2%	4,5%	4,3%
Total BZD	55,9% (n = 617)	59,5% (n = 303)	57% (n = 920)
Total	1.104 (100%)	509 (100%)	1.613 (100%)

AD: antidepresivos; AH: ansiolíticos-hipnóticos; BZD: benzodiacepinas; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
^ap = 0,013. ^bp = 0,046.

BZD de t_{1/2} larga en un 46,2% y otros ansiolíticos en un 58,2%).

Los motivos principales de prescripción fueron depresión crónica-distimia (35,8%) y episodios de depresión mayor (24,4%) para los AD y ansiedad generalizada (33,3%) e insomnio (23,9%) para los AH (tabla 5).

Al subanalizar el motivo de prescripción en función del subgrupo terapéutico observamos que el episodio de depresión mayor junto con depresión crónica-distimia fue el motivo principal de prescripción, tanto de los ISRS como de los AD clásicos y AD de segunda generación (61,2, 49,3 y 63,5%, respectivamente). En relación con los AH se observa que la ansiedad generalizada es el motivo principal de prescripción, tanto para las BZD de t_{1/2} larga como corta (41,3 y 31,6%, respectivamente), seguido del insomnio (10,6 y 27,1% respectivamente). El motivo principal de la prescripción de las otras BZD fue el insomnio (60,9%).

El 40,1% (n = 268) de los AD y el 51,5% (n = 441) de los AH se habían prescrito hacía más de 1 año. No se encontraron diferencias en la duración de los tratamientos según los SAP.

Respecto a los AD, cuando la prescripción era originada por el médico de AP, la duración del tratamiento en el momento de la recogida de los datos era < 3 meses en el 49,2% (n = 148) y > 1 año sólo en un 22,6% (n = 68). Si la prescripción era originada por el psiquiatra de AP, en un 14,7% (n = 32) era < 3 meses y en el 56% (n = 122) > 1 año.

En cuanto a los AH indicados por el médico de AP, en el 39,3% (n = 164) se habían prescritos desde hacía menos de 3 meses y en el 37,6% (n = 157) desde hacía más de 1 año. De los prescritos por el psiquiatra de AP, el 12,8% (n = 32) tenía una duración < 3 meses y el 67,6% (n = 169), > 1 año. El 99,1% (n = 659) de los AD y el 81,0% (n = 715) de los AH se utilizaron en pautas fijas, sin que se detectaran diferencias en función de la

TABLA 3 Porcentaje de principios activos prescritos

	Baix Llobregat Litoral (%)	Mataró-Maresme (%)	Total (%)
Antidepresivos			
Fluoxetina	24,0	27,7	25,1
Paroxetina	23,8	22,3	23,4
Sertralina	9,0	12,6	10,1
Venlafaxina	8,6	10,2	9,1
Citalopram	7,8	7,8	12,6
Clomipramina	4,4	4,4	4,0
Amitriptilina	4,9	3,4	4,5
Mirtazapina	2,9	3,4	3,0
Fluvoxamina	2,3	2,9	2,5
Otros AD	4,8	5,9	5,2
Total AD	100% (n = 487)	100% (n = 206)	100% (n = 693)
Ansiolíticos e hipnóticos			
Alprazolam	27,1	27,7	27,3
Lorazepam	19,4	20,5	19,8
Diazepam	11,7	13,2	11,8
Lormetazepam	10,4	7,9	9,6
Clorazepato dipotásico	13,1	7,6	11,3
Zolpidem	5,5	5,6	5,5
Ketazolam	2,9	5	3,6
Bromazepam	3,7	4,6	4,0
Otros AH	2,8	10,1	5,6
Total AH	100% (n = 617)	100% (n = 303)	100% (n = 920)

AD: antidepresivos; AH: ansiolíticos-hipnóticos.

TABLA 4 Origen de la prescripción

	Baix Llobregat Litoral n (%)	Mataró-Maresme n (%)	Total n (%)
Origen prescripción			
Médico AP	553 (50,9)	202 (40,6)	755 (47,6)
Psiquiatra AP	317 (29,2)	180 (36,1)	497 (31,4)
Otros	217 (20,0)	116 (23,3)	333 (21,0)
Origen prescripción AD			
Médico AP ^a	239 (49,7)	73 (36,3)	312 (45,7)
Psiquiatra AP	144 (29,9)	82 (40,8)	226 (33,1)
Otros	98 (20,4)	46 (22,9)	144 (21,1)
Origen prescripción AH			
Médico AP	314 (51,8)	129 (43,4)	443 (49,1)
Psiquiatra AP	173 (28,5)	98 (33)	271 (30,0)
Otros	119 (19,6)	70 (23,6)	189 (20,9)

AP: atención primaria; AD: antidepresivos; AH: ansiolíticos-hipnóticos.

^ap = 0,04.**TABLA 5** Principal motivo de prescripción de los antidepresivos y ansiolíticos-hipnóticos

Motivo de prescripción	AD % (n)	AH % (n)
Depresión crónica (distimia)	35,8 (248)	12,2 (112)
Episodio depresivo mayor	24,4 (169)	6,1 (56)
Ansiedad generalizada	11,5 (80)	33,3 (306)
Insomnio	0,1 (1)	23,9 (220)
Trastorno bipolar	3,2 (22)	1,5 (14)
Somatización/hipocondría	4,3 (30)	4,2 (39)
Duelo	2,9 (20)	1,7 (16)
Trastorno de pánico	2,7 (19)	4,0 (37)
Trastorno de la alimentación	0,9 (6)	0,7 (6)
Sociopatía	0,6 (4)	0,3 (3)
Fibromialgia, fatiga crónica	2,9 (20)	1,6 (15)
Alcoholismo/toxicomanía	0,4 (3)	1,1 (10)
Dolor	1,2 (8)	1 (9)
Otros	6,6 (46)	5,5 (51)
Desconocido	2,4 (17)	2,8 (26)
Total	100 (693)	100 (920)

AD: antidepresivos; AH: ansiolíticos/hipnóticos.

indicación. El 99,3% (n = 434) de los tratamientos combinados fue igualmente prescrito en pautas fijas.

Discusión

En el presente estudio, tanto las características de la población como el perfil de utilización de psicofármacos son similares en las 2 áreas geográficas estudiadas. La población en tratamiento con psicofármacos es de mediana edad, mayoritariamente femenina, y la mayor parte de los pacientes reciben tratamiento con AH, solos o asociados con AD. Son pocos los pacientes tratados sólo con AD. La edad de los pacientes que reciben tratamiento sólo con AH es superior a la de los que reciben AD.

El mayor porcentaje de tratamientos en mujeres coincide con los resultados de otros estudios publicados¹²⁻¹⁴. Las posibles causas de este hecho podrían ser una mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas en la población femenina o una mayor frecuentación a los centros de AP¹³.

La mayor utilización de los AH en relación con los AD hallada también ha sido descrita en poblaciones similares. En un estudio sobre la utilización de psicofármacos en AP¹² se detectó un mayor consumo de BZD frente a AD, diferencia que fue superior a los datos obtenidos en el presente estudio.

Se observa un mayor origen de la prescripción de AH por parte del médico de AP que de los otros especialistas, aun-

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- La elevada prevalencia de enfermedades psiquiátricas en la población general y en las consultas de atención primaria.
- El incremento de consumo en España de los antidepresivos, a expensas de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- El incremento y el elevado consumo de benzodiacepinas, sobre todo a expensas de las de semivida de eliminación corta.

Qué aporta este estudio

- La población en tratamiento con antidepresivos y/o ansiolíticos-hipnóticos es de mediana edad y mayoritariamente femenina. La mayor parte recibe tratamiento con ansiolíticos y/o hipnóticos.
- Destaca la elevada proporción de pacientes en tratamiento combinado (antidepresivo y ansiolítico/hipnótico) y en pautas fijas.
- La duración de los tratamientos ansiolíticos-hipnóticos es prolongada, ya que más de la mitad estaban prescritos hacia más de 1 año.

que este inicio es inferior al registrado en otros estudios (56 y 68%)^{12,13}.

Los AD más prescritos son los ISRS. El inicio de su prescripción ha sido realizado mayoritariamente por el médico de AP, mientras que el inicio de la prescripción de AD clásicos y otros AD ha sido realizada por el psiquiatra. Este perfil de utilización es similar al descrito en otro estudio¹⁵.

En nuestro estudio, la duración de los tratamientos es prolongada. Más del 50% de los tratamientos con AH estaban prescritos desde hacía más de 1 año, y el 56,6% de los AD desde hacía más de 6 meses. El prolongado tratamiento con BZD no estaría en concordancia con la recomendación de que no se utilicen durante periodos > 3 meses, dado que el uso crónico crea tolerancia y dependencia¹⁶. En nuestro estudio destaca que los AH instaurados por el psiquiatra se mantienen durante periodos más prolongados que los iniciados por el médico de AP. Una posible explicación de esta diferencia podría ser que los pacientes derivados al especialista presentarían una enfermedad más grave, o bien el médico de AP modificaría o retiraría los tratamientos instaurados por otros especialistas.

En cuanto a la duración del tratamiento con AD, los resultados son sorprendentes si consideramos las indicaciones para las cuales mayoritariamente se han prescrito (depresión mayor y depresión crónica) y las recomendaciones de duración de tratamiento de 6 meses para un primer episodio y de 5 años en un segundo episodio. La mayor duración del tratamiento cuando éste ha sido prescrito por el psiquiatra podría deberse a características diferenciales en el subgrupo de pacientes derivados al especialista o ser una consecuencia del propio diseño del estudio (posible sesgo de selección por el uso de casos prevalentes). Hay pocos estudios sobre la inducción de tratamientos psiquiátricos en la AP. En un estudio¹⁷ se describe que la prescripción de BZD es propia del médico de AP y está poco influida por el especialista, resultados que discrepan en parte de los obtenidos en nuestro análisis. No se han encontrado estudios parecidos con AD.

Destaca la elevada proporción de pacientes en tratamiento combinado, muy superior al 25,8% hallado en otro estudio¹². En cambio, en otro estudio realizado para determinar el patrón de uso de BZD y AD en ancianos se detectó un uso conjunto similar al descrito en el nuestro (50%)¹⁸. El tratamiento combinado podría justificarse al inicio del tratamiento de la depresión pero, una vez pasado el período de latencia de los AD (4-6 semanas), cabría esperar una retirada de los AH. Sorprende, por tanto, el elevado porcentaje de tratamientos combinados, que podría corresponder a un mantenimiento inadecuado del tratamiento con AH.

Este estudio presenta ciertas limitaciones, como el posible sesgo en la participación de los médicos, por ser voluntaria. Puede haber un posible sesgo en la selección de sujetos al haberse seleccionado a los que tenían una prescripción similar a la de las recomendaciones en AP o en los que hubiera una mayor inducción de la prescripción por parte del especialista. En este sentido, la semejanza obtenida entre el perfil de los principios activos de nuestra muestra y el de los prescritos en nuestras zonas irían a favor de la representatividad de la muestra.

El propio diseño transversal limita las conclusiones respecto a variables como el tiempo de tratamiento, que podría resultar subestimado o sobrestimado. La menor duración del tratamiento con AD prescritos por el médico de AP podría deberse a una mayor frecuentación de estos pacientes al centro de salud al inicio de los tratamientos.

La elevada utilización de AH, así como el perfil de utilización de AD y AH detectado en nuestra población, nos plantea la necesidad de buscar estrategias en nuestros centros de AP para reconducir la prescripción de psicofármacos, tanto en términos de disminución de la prescripción y duración de los diferentes AH como para mejorar la coordinación entre psiquiatras y médicos de AP. En este sentido, una línea de trabajo podría ser la elaboración de un protocolo de actuación y derivación consensuado entre los

diferentes profesionales implicados en el abordaje de las diferentes enfermedades mentales.

Agradecimientos

A todos los médicos de AP de los SAP Baix Llobregat Litoral y Mataró-Maresme del Institut Català de la Salut que de forma desinteresada han colaborado en la recogida de datos.

Bibliografía

- Hale AS. ABC of mental health: depression. *BMJ*. 1997;315:43-6.
- Hale AS. ABC of mental health: anxiety. *BMJ*. 1997;314:1886.
- De la Gandara JJ. Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;20:389-94.
- Travé AL, Reneses A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2002;26:1-8.
- Díaz A, López A, Ruiz-Clavijo MT, Vargas ML. Evolución del consumo de antidepresivos en el área de Zamora desde 1996 a 1999. *Aten Primaria*. 2001;28:333-9.
- Borrell Carrió F, Caterina Bargalló M. Trastornos de salud mental. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Vol. 2. 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p. 1015-46.
- Alonso MP, De Abajo FJ, Martínez JJ, Montero D, Martín-Serrano G, Madurga M. Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:161-5.
- MacGillivray S, Arroll B, Hatcher S, Ogston S, Reid I, Sullivan F, et al. Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care; systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003;326:1014-25.
- Rayón P, Montero D, Santamaria B, Madruga M, De Abajo FJ. Benzodiazepine consumption in Spain. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;52:321-3.
- Hemels ME, Koren G, Einarson TR. Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000. *Ann Pharmacother*. 2002;36(9):1375.
- Pietraru C, Barbui C, Poggio L, Tognoni G. Antidepressant drug prescribing in Italy, 2000: analysis of general practice database. *Eur J Clin Pharmacol*. 2001;57:605-9.
- Mateo R, Rupérez O, Hernando MA, Delgado MA, Sánchez R. Consumo de psicofármacos en primaria. *Aten Primaria*. 1997;19:47-50.
- Escrivá R, Pérez A, Lumbreras C, Molina J, Sanz T, Corral MA. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten Primaria*. 2000;25:107-10.
- Koenig W, Ruther E. Psychotropic drug utilization patterns in metropolitan population. *Eur J Clin Pharmacol*. 1987;32:43-51.
- Garrison GD, Levin GM. Factors affecting prescribing of the newer antidepressants. *Ann of Pharmacother*. 2000;34:10-4.
- Sweetman SC. Antidepresivos. En: Martindale. *Guía completa de consulta fármaco-terapéutica*. 1.ª ed. Barcelona: Pharma Editores, S.L. 2003. p. 391-438.
- Fernández T, Gómez MJ, Baidés C, Martínez J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;30:297-303.
- Van Dijk KN, De Vries CS, Der Huurne H, Van den Berg PB, Brouwers JRB, De Jong-van den Berg LTW. Concomitant prescribing of benzodiazepines during antidepressant therapy in the elderly. *J Clin Epidemiol*. 2002;55:1049-53.

COMENTARIO EDITORIAL

Prescripción de psicofármacos en atención primaria

V. Baos Vicente

Coordinador del Grupo de Utilización de Fármacos de semFYC. CS Collado Villalba Pueblo. Madrid. España.

La elevada prevalencia de enfermedades psiquiátricas en las consultas de atención primaria obliga a tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, en muchos casos de forma apresurada. Valorar y diagnosticar los problemas de ansiedad y depresión en el breve plazo de tiempo disponible supone un reto y una habilidad clínica ligada, sin duda, al conocimiento y la experiencia del médico de familia. Las posibilidades psicoterapéuticas (incluso las denominadas breves) son difícilmente viables en el contexto español de atención primaria y la derivación sistemática de todo paciente con dicha enfermedad a los servicios públicos de salud mental es claramente inviable e innecesaria. Por todo ello, el médico de familia debe conocer y manejar juiciosamente, de acuerdo con el conocimiento científico y las recomendaciones¹, los dos grupos farmacológicos empleados en el tratamiento de los síndromes depresivos y por ansiedad: antidepresivos en sus diversas formas y benzodiazepinas.

El consumo de benzodiazepinas entre la población española es muy elevado. La Encuesta Nacional de Salud de 2003 realizada por el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio² muestra que el porcentaje de personas que en las últimas 2 semanas había consumido tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, es decir, benzodiazepinas, era muy considerable: el 12,79% de la población > 16 años las tomaba. Según aumentaba la edad de la población, el consumo era mayor (24,13%; el 15,15% de los varones frente al 30,02% de las mujeres) (tabla 1).

En efecto, las cifras de utilización de benzodiazepinas entre la población adulta española, y especialmente entre las mujeres, es preocupante. Vedia et al, autores del artículo: «Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria», presentan datos similares acerca del predominio del uso de psicofármacos entre las mujeres y la elevada prescripción de benzodiazepinas durante largos períodos. El consumo crónico de benzodiazepinas tiene consecuencias importantes en varias áreas cognitivas: habilidad visuoespacial, velocidad de procesamiento y aprendizaje verbal³. Mientras que al retirar el consumo de benzodiazepinas la función cognitiva mejora, ésta no alcanzará el ni-

Puntos clave

- Los síndromes depresivos y por ansiedad tienen una elevada prevalencia en la consulta del médico de familia y en la población.
- Un porcentaje alto de la población (mayor entre las mujeres) usa benzodiazepinas de forma habitual.
- Un mejor reconocimiento de los síndromes depresivos ha conllevado un mayor uso de antidepresivos.
- El médico de familia debe reconsiderar el tratamiento de los pacientes que usen las benzodiazepinas como tratamiento crónico.

vel previo y se mantendrá una secuela permanente⁴. Por ello, todos los médicos prescriptores debemos revisar periódicamente a los pacientes que usan de forma habitual benzodiazepinas para valorar la oportunidad y posibilidad de efectuar una retirada progresiva, así como las alternativas viables.

El incremento en el uso de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) ha sido generalizado y

TABLA 1 Encuesta Nacional de Salud de 2003. Población que ha consumido medicamentos en las últimas 2 semanas

Edad, años	16-34	35-54	55-74	> 75
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir				
Varones	5,77%	9,05%	9,79%	15,15%
Mujeres	5,79%	16,76%	22,57%	30,02%
Antidepresivos				
Varones	2,37%	4,56%	3,43%	2,54%
Mujeres	2,66%	8,36%	8,43%	5,22%

corresponde a un mayor diagnóstico de los síndromes depresivos y por ansiedad generalizada, así como a una mejor tolerancia por parte de los pacientes. Desde hace años, las recomendaciones para la detección temprana y el abordaje farmacológico con dosis adecuadas y una duración correcta de los síndromes depresivos se ven avaladas por las recomendaciones internacionales. La American Academy of Family Physicians⁵, en un reciente documento basado en el US Preventive Services Task Force⁶, recomendaba la realización de 2 preguntas de cribado que podrían ayudar a aproximarse al diagnóstico de la depresión: ¿en las últimas 2 semanas se ha sentido deprimido o sin esperanza? ¿En las últimas 2 semanas se ha sentido con poco interés o sin motivación para realizar sus actividades? Posteriormente se deberá confirmar el diagnóstico mediante los instrumentos estandarizados. Realizar este abordaje es viable y necesario para la práctica del médico de familia.

Claramente se puede establecer un estándar de mejora en la calidad de la prescripción, que corresponde a un menor uso de las benzodiacepinas y una mayor utilización de los antidepresivos. Informar a los médicos del abordaje farmacológico correcto de los síndromes depresivos y por ansie-

dad debe ser una tarea obligada para mejorar la calidad del uso de los psicofármacos.

Bibliografía

1. Travé Rodríguez AL, Reneses Sacristán A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2002;26:1-8. Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_farmacia.htm
2. Encuesta Nacional de Salud. 2003. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp419&O=inebase&N=&L=0>
3. Stewart SA. The effects of benzodiazepines on cognition. *J Clin Psychiatry.* 2005;66 Suppl 2:9-13.
4. Stevens JC, Pollack MH. Benzodiazepines in clinical practice: consideration of their long-term use and alternative agents. *J Clin Psychiatry.* 2005;66 Suppl 2:21-7
5. American Academy of Family Physicians. Summary of policy recommendations for periodic health examinations. Leawood: American Academy of Family Physicians; 2004. p. 15.
6. Screening for depression: recommendations and rationale. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depressrr.htm>