

ORIGINALES BREVES

Evolución del consumo de antidepresivos en el área de Zamora desde 1996 a 1999

A. Díaz Madero^a, A. López Ferreras^b, M.T. Ruiz-Clavijo Díez^a y M.L. Vargas Aragón^c

Gerencia de Atención Primaria de Zamora.

Objetivo. Describir la evolución del consumo extrahospitalario de antidepresivos (subgrupo terapéutico N06A) en el área de Zamora, desde 1996 a 1999, así como valorar el impacto de la introducción de los fármacos más recientemente comercializados.

Diseño. Estudio observacional, retrospectivo.

Emplazamiento. Atención primaria.

Material y métodos. A partir del Sistema Informático de Gestión de Farmacia (SIFAR), se obtienen todos los envases de antidepresivos dispensados en Zamora con receta de la Seguridad Social en el período 1996-1999, calculando para cada principio activo sus dosis diarias definidas por 1.000 habitantes día (DHD).

Resultados. Aumenta el consumo total de antidepresivos en un 47%, siendo este incremento progresivo desde el año 1996 a 1999: 18,91 DHD (1996); 22,09 DHD (1997); 24,67 DHD (1998) y 27,85 DHD (1999).

En este período aumentan los ISRS en un 88% y los heterocílicos un 56%, disminuyendo los IMAO un 71% y los antidepresivos tricíclicos un 14%.

Conclusiones. El consumo total de antidepresivos experimenta un notable incremento en el área de Zamora, aumentando la utilización de fármacos de más reciente comercialización, que van desplazando a los antidepresivos más clásicos. En 1999, los 5 principios activos más consumidos en orden descendente fueron: paroxetina, fluoxetina, sertralina, citalopram y venlafaxina, siendo el incremento de estos tres últimos el más importante en el período estudiado.

Palabras clave: Antidepresivos. Dosis diaria definida. Utilización de medicamentos.

EVOLUTION OF ANTIDEPRESSANTS CONSUMPTION IN THE HEALTH AREA OF ZAMORA IN THE 1996-1999 PERIOD

Objetive. To describe the evolution of antidepressants outside hospital consumption (therapeutic subgroup N06A) in the health area of Zamora since 1996 to 1999, and also to rate the impact of the most recently marketed drugs introduction.

Design. Retrospective observational study.

Setting. Primary care.

Methodology. All antidepressants containers dispensed in Zamora with prescription of the Seguridad Social in the 1996-1999 period are obtained from SIFAR (Pharmacy Management Informatic System), computing defined daily doses per 1000 inhabitants day (DHD) for each drug.

Results. An increase of 47% in antidepressants whole consumption is observed, progressively since 1996 to 1999: 18.91 DHD (1996); 22.09 DHD (1997); 24.67 DHD (1998); 27.85 DHD (1999).

ISRS (88%) and heterocyclics (56%) increase in this period, whereas IMAO (71%) and tricyclic antidepressants (14%) decrease.

Conclusion. Antidepressant whole consumption experiments an outstanding increase in the area of Zamora. Recently marketed drugs utilisation increases as well, superseding classical antidepressants. The five most used drugs in 1999 were, in decreasing order, paroxetine, fluoxetine, sertraline, citalopram and venlafaxine. These last three ones got the most outstanding rise in the reviewed period.

Key words: Antidepressants. Defined daily dose. Drug utilization.

(*Aten Primaria* 2001; 28: 333-339)

^aFarmacéutico de Atención Primaria. ^bLicenciada en Farmacia. ^cPsiquiatra del INSALUD. Zamora.

Correspondencia: Alfonso Díaz Madero.

Farmacéutico de la Gerencia de Atención Primaria. C/ Santa Elena, s/n. 49007 Zamora.

Correo electrónico: adiaz@gapza11.insalud.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 27-V-2001.

Introducción

Los trastornos depresivos son uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. Diversos estudios efectuados por la OMS en población general han establecido una tasa de prevalencia del 3-5%, siendo en España del 4,5% en varones y de un 7,8% en mujeres, según un estudio comunitario¹. Asimismo, se estima que el 20% de los pacientes que consultan en atención primaria podrían presentar un trastorno depresivo²⁻⁵.

La depresión constituye un importante problema de salud por la frecuencia, repercusión física, psicológica, social así como laboral y, por tanto, económica que representa. Esta patología se asocia a episodios de larga evolución, altas tasas de cronicidad, recaídas, recurrencias y a una elevada morbilidad, ya que los pacientes con formas graves presentan un riesgo de muerte por suicidio del 15%^{2,4,6}. Estos trastornos se suelen diagnosticar por debajo de su prevalencia. Los médicos de atención primaria sólo reconocen aproximadamente al 50% de sus pacientes depresivos, y entre los casos diagnosticados algunos no reciben tratamiento o lo hacen en dosis y/o tiempo insuficientes^{2,3,6}, y otros abandonan el tratamiento prematuramente al presentar efectos secundarios.

El tratamiento consiste en administrar antidepresivos de eficacia establecida, a dosis adecuadas y durante períodos de tiempo suficientes (meses y a veces años), junto a soporte psicoterapéutico.

La selección del fármaco adecuado debe basarse en el perfil de efectos adversos, el cumplimiento terapéutico, la seguridad en caso de sobredosis y el coste económico⁷. Lo anteriormente expuesto, unido al incremento del consumo de antidepresivos en España³, y a la comercialización de nuevos fármacos, sin los inconvenientes de los antidepresivos más clásicos, nos ha llevado a realizar este estudio, cuyo objetivo es describir la evolución del consumo extrahospitalario de antidepresivos (subgrupo terapéutico N06A) en el área de Zamora, desde 1996 a 1999, así como valorar el impacto de la introducción de los fármacos más recientemente comercializados.

Material y métodos

Se realiza un estudio observacional retrospectivo de las dispensaciones realizadas por las oficinas de farmacia del área de Zamora con recetas de la Seguridad Social, en las que se ha prescrito algún antidepresivo monofármaco del grupo terapéutico N06A^{8,9}, en el período 1996-1999.

Como fuente de datos se utilizó el Sistema Informático de Gestión de Farmacia (SIFAR), de la Gerencia de Atención Primaria de Zamora, que contiene información sobre el número de envases de especialidades farmacéuticas dispensadas con receta de la Seguridad Social por las oficinas de farmacia del área de Zamora. El consumo obtenido es considerado como una aproximación aceptable del consumo real¹⁰.

Mediante la hoja de cálculo Excel 97 se obtiene para cada principio activo la DHD, que corresponde a la dosis diaria definida (DDD) por 1.000 habitantes/día. La DDD es la dosis media diaria de mantenimiento en adultos de un medicamento cuando se utiliza en su principal indicación¹⁰.

Para este estudio se han utilizado las DDD establecidas en el Nomenclátor Digitalis⁸ por considerarlo más actualizado y completo, ya que constan todos los fármacos comercializados en España con sus DDD y el origen o autor de éstas. Para todas las DDD de este estudio figura como origen la Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index, excepto para amineptina, oxitriptan y trazodona, que aparece co-

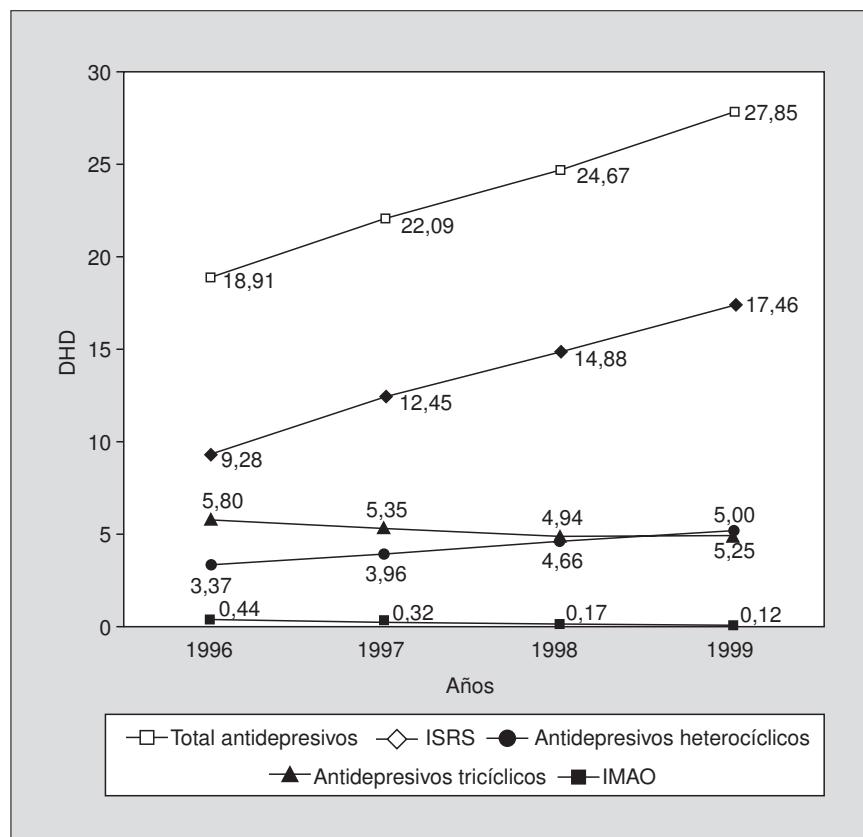


Figura 1. Evolución del consumo del total de antidepresivos y de cada subgrupo desde 1996 a 1999.

mo origen o autor de la DDD el INSALUD. Para fenelzina se utilizó la DDD establecida por el Nordic Council on Medicines¹¹.

Para el cálculo de la DHD se utilizó la fórmula¹⁰:

$$\text{DHD} = (\text{Número de DDD} \times 1.000 \text{ habitantes}) / (\text{población} \times 365 \text{ días})$$

Número de DDD = (n.º de envases dispensados anualmente × n.º de formas farmacéuticas por envase × mg de principio activo por forma farmacéutica) / DDD en mg.

Como población se ha utilizado la distribución de la tarjeta sanitaria individual (TSI) establecida para esta área por la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD, para los contratos de gestión de los años estudiados: 1996 (188.699 TIS), 1997 (189.435 TIS), 1998 (189.280 TIS) y 1999 (190.112 TIS).

Los criterios de evaluación utilizados son:

1. DHD de cada fármaco.
2. Porcentaje de utilización sobre el total (% total) = (DHD de cada fármaco o grupo de fármacos / DHD del total antidepresivos).
3. Porcentaje de incremento en 1999 respecto a 1996: $[(\text{DHD}_{1999} - \text{DHD}_{1996}) / \text{DHD}_{1996}] \times 100$.

Los principios activos se han clasificado por su estructura química y acción farmacológica en^{12,13}: a) antidepresivos tricíclicos; b) inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO); c) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y, d) antidepresivos heterocíclicos.

En el estudio no se incluyen las asociaciones de antidepresivos con otros fármacos, ya que quedaron excluidos de la financiación el 1 de septiembre de 1998¹⁴ y desde entonces no se tienen datos de consumo a través de receta de la Seguridad Social. Tampoco se incluye el litio, por no estar incluido en este subgrupo terapéutico aunque se utilice en el tratamiento de la depresión (tras-

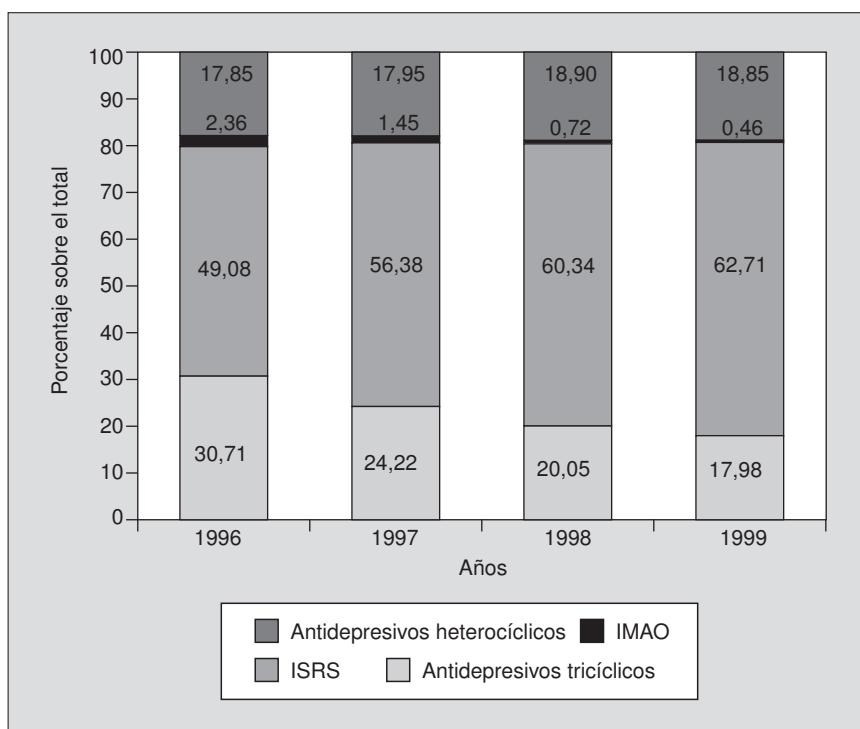


Figura 2. Evolución del porcentaje de utilización de cada subgrupo de antidepresivos sobre el total.

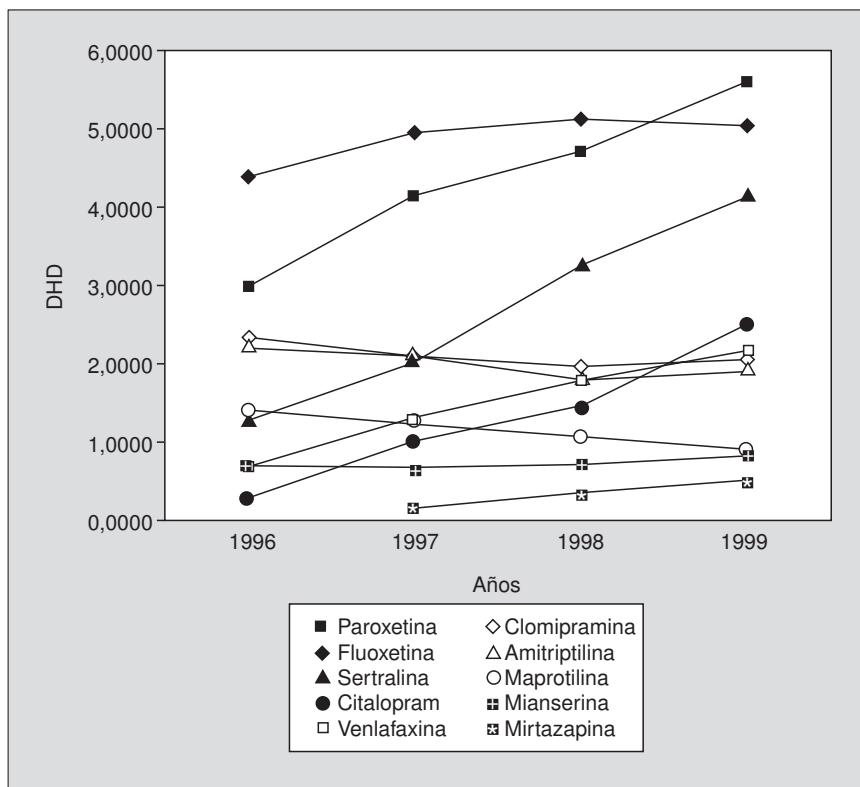


Figura 3. Evolución de los 10 antidepresivos más consumidos en DHD desde 1996 a 1999.

torno bipolar, depresión unipolar recurrente y depresión endógena resistente a tratamiento convencional).

Resultados

El consumo total de antidepresivos en el área de Zamora ha aumentado un 47% en el período estudiado, siendo este incremento progresivo cada año: 18,91 DHD (año 1996); 22,09 DHD (año 1997); 24,67 DHD (año 1998) y 27,85 DHD (año 1999). Los ISRS y los heterocílicos aumentan, disminuyendo los antidepresivos tricíclicos e IMAO (figs. 1 y 2). La evolución del consumo de cada fármaco ordenado por grupos se detalla en la tabla 1, representando en la figura 3 la evolución de los 10 antidepresivos más consumidos en DHD desde 1996 a 1999.

Los ISRS aumentan un 88% en 1999 respecto a 1996. De cada 100 pacientes en tratamiento con antidepresivos, en 1996 se prescribió un ISRS a 49,08 y en 1999 a 62,71. Aunque los 5 principios activos de este grupo aumentan en este período, fundamentalmente el incremento se debe a citalopram (734% de aumento), sertralina (218%) y paroxetina (86%).

El grupo de los heterocílicos aumenta un 56%, siendo utilizados en 17,86 pacientes de cada 100 en 1996 y en 18,85 en 1999. El incremento es debido principalmente a venlafaxina (221%) que pasa de 0,72 DHD en 1996 (3,8% sobre el total) a 2,32 DHD en 1999 (8,3% sobre el total), siendo el quinto antidepresivo más empleado en 1999.

El grupo de IMAO disminuye un 71% en el período estudiado, pasando su utilización de 2,36 a 0,46 pacientes de cada 100 en 1999.

El consumo de antidepresivos tricíclicos disminuye un 14%. De 1996 a 1999 el porcentaje de pacientes tratados con estos fármacos pasó de 30,71 a 17,98. En 1996 clomipramina representaba

TABLA 1. Evolución del consumo de antidepresivos desde 1996 a 1999

Principio activo	DDD (mg)	DHD-1996 (%/total)	DHD-1997 (%/total)	DHD-1998 (%/total)	DHD-1999 (%/total)	Incremento DHD (%) 1999/1996
Amineptina	150	0,1156 (0,61%)	0,1325 (0,60%)	0,1170 (0,47%)	0,0355 (0,13%)	-69
Amitriptilina	75	2,2091 (11,68%)	2,0955 (9,48%)	1,8063 (7,32%)	1,9848 (7,12%)	-10
Amoxapina	150	0,1899 (1,00%)	0,1717 (0,78%)	0,1768 (0,72%)	0,1679 (0,60%)	-11
Clomipramina	100	2,3381 (12,36%)	2,1014 (9,51%)	1,9983 (8,10%)	2,0715 (7,44%)	-11
Dosulepina	150	0,0772 (0,41%)	0,0701 (0,32%)	0,0555 (0,23%)	0,0351 (0,13%)	-54
Doxepina	100	0,0044 (0,02%)	0,0035 (0,02%)	0,0042 (0,02%)	0,0031 (0,01%)	-30
Imipramina	100	0,5728 (3,03%)	0,5177 (2,34%)	0,4931 (2,00%)	0,4318 (1,55%)	-25
Lofepramina	105	0,0694 (0,37%)	0,0486 (0,22%)	0,0599 (0,24%)	0,0493 (0,18%)	-29
Nortriptilina	75	0,1865 (0,99%)	0,1725 (0,78%)	0,2012 (0,82%)	0,2006 (0,72%)	8
Trimipramina	150	0,0452 (0,24%)	0,0375 (0,17%)	0,0342 (0,14%)	0,0297 (0,11%)	-34
<i>Total antidepresivos tricíclicos</i>		5,8082 (30,71%)	5,3510 (24,22 %)	4,9466 (20,05%)	5,0093 (17,98%)	-14
Citalopram	20	0,2789 (1,47%)	1,0008 (4,53%)	1,4604 (5,92%)	2,3285 (8,36%)	734
Fluoxetina	20	4,4015 (23,26%)	4,9617 (22,45%)	5,1206 (20,76%)	5,0618 (18,17%)	15
Fluvoxamina	100	0,2928 (1,55%)	0,3196 (1,45%)	0,3405 (1,38%)	0,3500 (1,26%)	20
Paroxetina	20	3,0102 (15,91%)	4,1404 (18,74%)	4,6985 (19,04%)	5,5917 (20,07%)	86
Sertralina	50	1,3015 (6,88%)	2,0349 (9,21%)	3,2659 (13,24%)	4,1374 (14,85%)	218
<i>Total ISRS</i>		9,2849 (49,07%)	12,4575 (56,38%)	14,8859 (60,33%)	17,4695 (62,71%)	88
Fenelzina	60	0,0202 (0,11%)	0,0036 (0,02%)	-	-	-
Tranilcipromina	10	0,0029 (0,02%)	-	0,0014 (0,01%)	0,0043 (0,02%)	49 ^a
Moclobemida	300	0,4241 (2,24%)	0,3174 (1,44%)	0,1753 (0,71%)	0,1236 (0,44%)	-71
<i>Total IMAO</i>		0,4472 (2,36%)	0,3210 (1,45%)	0,1767 (0,72%)	0,1280 (0,46%)	-71
Maprotilina	100	1,4224 (7,52%)	1,2622 (5,71%)	1,0721 (4,35%)	0,9083 (3,26%)	-36
Mianserina	60	0,7153 (3,78%)	0,6859 (3,10%)	0,7370 (2,99%)	0,8338 (2,99%)	17
Mirtazapina	30	-	0,1766 (0,80%)	0,3509 (1,42%)	0,5045 (1,81%)	186 ^b
Nefazodona	400	-	0,0342 (0,15%)	0,2198 (0,89%)	0,1591 (0,57%)	365 ^b
Oxitriptan	450	0,0276 (0,15%)	0,0251 (0,11%)	0,0142 (0,06%)	0,0117 (0,04%)	-57
Pirlindol	150	0,0002 (0,00%)	0,0041 (0,02%)	0,0024 (0,01%)	0,0072 (0,03%)	2.889 ^a
Reboxetina	8	-	-	-	0,0751 (0,27%)	-
Trazodona	200	0,0970 (0,51%)	0,1521 (0,69%)	0,2288 (0,93%)	0,2378 (0,85%)	145
Venlafaxina	100	0,7229 (3,82%)	1,3123 (5,94%)	1,8010 (7,30%)	2,3234 (8,34%)	221
Viloxazina	200	0,3903 (2,06%)	0,3148 (1,42%)	0,2360 (0,96%)	0,1917 (0,69%)	-51
<i>Total heterocíclicos</i>		3,3757 (17,85%)	3,9672 (17,95%)	4,6623 (18,90%)	5,2525 (18,85%)	56
<i>Total antidepresivos</i>		18,9160	22,0967	24,6714	27,8592	47

^aNo relevante. ^bIncremento 1999/1997.

un 12,3% del consumo total, siendo el tercer antidepresivo más consumido; le seguía amitriptilina (11,6%). Sin embargo, en 1999 clomipramina es el sexto antidepresivo más consumido (7,4%), seguido de amitriptilina (7,1%) (fig. 3).

Discusión

Antes de analizar e interpretar los resultados obtenidos, hay que tener en cuenta una serie de limi-

taciones ya referenciadas en estudios similares¹⁵⁻¹⁹:

– Sólo se incluye el consumo extrahospitalario de antidepresivos a través de receta de la Seguridad Social, sin que se conozca la dispensación sin receta, ni los prescritos en el ámbito privado (IS-FAS o MUFACE), por lo que el consumo real es necesariamente superior al obtenido. Sin embargo, consideramos que los envases de antidepresivos dispensados sin receta representan un porcentaje

muy pequeño y que, dada la cobertura prácticamente universal del sistema público, es esperable que las diferencias entre lo hallado y lo real sean mínimas³.

– Aunque estos fármacos mayoritariamente se prescriben para tratar la depresión, no podemos estimar su prevalencia en nuestra área a partir de los resultados obtenidos, ya que se desconoce la indicación real para la que fueron recetados (depresión, pánico, bulimia, etc.).

- Se tienen datos de dispensación en oficina de farmacia, pero ello no quiere decir que los fármacos sean consumidos o administrados en su totalidad (incumplimiento terapéutico).
- Las dosis diarias definidas utilizadas pueden ser diferentes según la indicación para la que se empleen y se considera una sola DDD por fármaco.
- Aunque en este tipo de estudios se suele utilizar la población del último censo, en éste se ha empleado la base de datos de la tarjeta sanitaria, la cual se actualiza anualmente, ajustándose más a la población real a la que se refieren estos datos, ya que en esta base de datos no constan colectivos como ISFAS, MUFACE, etc., a quienes no se les prescribe en receta de la Seguridad Social.
- En el estudio no se han tenido en cuenta las asociaciones de antidepresivos con otras sustancias (subgrupo terapéutico N06C), al ser excluidas por el Real Decreto 1663/1998¹⁴.

Asumimos que todas estas limitaciones no invalidan los resultados, al ser datos obtenidos de la misma fuente, de un único grupo terapéutico, referentes a un sola área, por períodos anuales y con el objetivo de observar la evolución del consumo en un período de tiempo. Hechas estas consideraciones, en el análisis global se observa un incremento en la utilización de antidepresivos acompañado de un cambio en su perfil de prescripción. Desde 1996 hay un claro desplazamiento hacia el consumo de ISRS y algunos heterocílicos, disminuyendo la utilización de antidepresivos tricíclicos e IMAO. Esta tendencia hacia el consumo de fármacos más novedosos era esperable y previsiblemente se seguirá produciendo, ya que los nuevos antidepresivos presentan un perfil de efectos secundarios más favorable, con menos tasas de abandonos y mayor seguridad en caso de sobredosis.

No ha sido posible realizar una comparación de nuestros resultados con datos de otras áreas de salud, al no encontrarse en la bibliografía estudios realizados con diseño similar en el mismo período de tiempo. En el trabajo de Alonso et al³, con diseño similar al nuestro, se analiza el consumo en toda España y hacen referencia a años anteriores (1985-1994), lo que dificulta la comparación, ya que se han ido introduciendo nuevos fármacos. Aun así, según este estudio, en 1994 el valor de la DHD de todo el grupo de antidepresivos en el ámbito nacional era de 9,3, mientras que en Zamora en 1996 ya era de 18,9. El aumento observado por estos autores en el consumo de antidepresivos continúa produciéndose en nuestra área en el período 1996-1999, con la diferencia de que en nuestro estudio no se incrementan todos los subgrupos, debido probablemente al afianzamiento en el mercado de los ISRS.

El consumo de antidepresivos tricíclicos disminuye en el período estudiado, siendo clomipramina, amitriptilina e imipramina los fármacos de este grupo más utilizados. En 1996 clomipramina era el tercer antidepresivo más utilizado y le seguía amitriptilina, pasando en 1999 al sexto y séptimo lugar, respectivamente. Son fármacos eficaces que presentan un perfil de efectos adversos (anticolinérgicos, cardiotóxicos, etc.) e interacciones más desfavorable que los ISRS, lo que puede haber influido en la reducción de su consumo, unido a la comercialización de nuevas moléculas sin estos inconvenientes.

En 1996 el consumo de los inhibidores de la MAO era del 2,3% sobre el total, reduciéndose hasta un 0,4% en 1999. Con la aparición de nuevos antidepresivos, los IMAO han perdido interés comercial, ya que su prescripción requiere mayor control y experiencia por parte del médico y una colaboración importante por parte

del paciente²⁰. Su utilización es más complicada que el resto de los antidepresivos a causa de las posibles interacciones con otros fármacos y ciertos alimentos, quedando su uso restringido a trastornos graves y resistentes.

El descenso observado en la utilización de los IMAO se debe a la disminución en el uso de moclobemida (IMAQ reversible más seguro que trancilcipromina) y a la suspensión de comercialización de fenelzina el 1 de septiembre de 1996.

Trancilcipromina es un IMAQ irreversible de escasa utilización (0,02% sobre el total), cuyo incremento del 49% en los resultados no es relevante. El número de envases dispensados desde 1996 a 1999 fue 8, 0, 4 y 12.

El grupo de los heterocílicos aumenta progresivamente en los años considerados, a expensas de fármacos de más reciente comercialización, como venlafaxina que se incrementa en un 221%, siendo en 1999 el quinto antidepresivo más consumido. Este aumento puede explicarse por el buen perfil de tolerabilidad, con eficacia similar a los ISRS⁵ o posiblemente superior, al atractivo teórico de su doble acción serotoninérgica y noradrenérgica, y también probablemente a una fuerte promoción comercial. En el aumento de este grupo también influyen, aunque en menor medida, trazodona, mirtazapina y nefazodona (estos dos últimos comercializados en 1997). Mianserina mantiene prácticamente su consumo, a pesar de que a finales de los años ochenta del pasado siglo se cuestionara su seguridad por la frecuencia de agranulocitosis asociada al tratamiento; sin embargo, se le atribuyó como una importante ventaja su seguridad en caso de sobredosis³, así como propiedades ansiolíticas e hipnóticas que pueden resultar útiles en determinados pacientes²⁰. El consumo de maprotilina pasa del 7,5% sobre el total en 1996 al 3,26% en 1999, lo cual puede ser debido a sus efectos ad-

versos (anticolinérgicos, cardiotóxicos, etc.), similares a los de los antidepresivos tricíclicos y al desplazamiento por otros fármacos con acción noradrenérgica, caso de venlafaxina.

El aumento de los ISRS respecto al resto de los antidepresivos viene produciéndose progresivamente desde su comercialización a finales de los años ochenta y principios de los noventa del pasado siglo. Ya en 1996, en nuestra área, su consumo era del 49,07% sobre el total, incrementándose en 1999 hasta un 62,71%. Al inicio del período estudiado, fluoxetina y paroxetina son los fármacos de mayor consumo, seguido de 2 antidepresivos tricíclicos que son desplazados por otros ISRS al final del estudio. El incremento de estos fármacos se debe a una serie de ventajas respecto al resto, como ser más seguros en caso de sobredosis, carecer de efectos anticolinérgicos, cardiotóxicos o convulsiónantes²⁰, mínimas interacciones, manejo sencillo en enfermos somáticos, eficaces en todo tipo de depresión y en ciertas formas de ansiedad (ataques de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos, ansiedad generalizada, etc.) y facilidad de dosificación, lo que evita la mayor parte de los fracasos terapéuticos por incumplimiento en dosis o tiempo, mejorando la adhesión al tratamiento⁴.

Todos los ISRS aumentan, pero citalopram y sertralina presentan el crecimiento más espectacular. Paroxetina se coloca en 1999 como el fármaco más prescrito, desplazando a fluoxetina, debido probablemente a su mayor efecto sedante y a su utilización en trastornos frecuentes como los ansioso-depresivos y de angustia. Dados los escasos ensayos clínicos publicados hasta el momento²¹⁻²⁴, no existe ninguna razón científica que marque diferencias significativas de eficacia entre los distintos ISRS para el tratamiento de la depresión²⁵. El diferente grado de uti-

lización de estos fármacos en la práctica clínica se ha atribuido a divergencias en el perfil de efectos adversos, en la vida media, en la sintomatología por la supresión brusca del tratamiento o en la necesidad de modificar las dosis iniciales²⁶. Aunque fluvoxamina fue el primero del grupo en comercializarse, es el menos utilizado en todo el período estudiado, debido posiblemente a una mayor incidencia de efectos secundarios respecto al resto²⁵.

De lo anteriormente expuesto concluimos:

– El consumo total de fármacos antidepresivos se ha incrementado considerablemente en Zamora en los últimos años. Conocer las causas es difícil, aunque seguramente han influido distintos factores, como la aparición de fármacos más seguros, la presión comercial realizada por los fabricantes al amparo de sus ventas³, la utilización en indicaciones sobre las que no existe suficiente evidencia o no aprobadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el más fácil acceso al especialista, los avances que se han producido en la psiquiatría y en los métodos diagnósticos, la mayor preparación de los médicos de familia y la mayor sensibilidad de la población hacia la salud mental y su desinhibición para acudir al psiquiatra⁷.

– Existe tendencia a sustituir los fármacos tradicionales por los de más reciente comercialización, lo cual puede ser debido al reparo que tradicionalmente han sentido los médicos no psiquiatras a utilizar los antidepresivos clásicos por sus efectos adversos, interacciones y toxicidad en caso de sobredosis. Sin embargo, los nuevos antidepresivos suscitan mayor confianza, tanto en el médico como en el paciente y probablemente mejoran la calidad de vida de éstos.

– Nuestros resultados coinciden con las recomendaciones de utilización de De la Gándara Martín⁴, que considera de primera elección los ISRS sin perjuicio de utilizar otros fármacos de más reciente comercialización, igualmente eficaces y seguros pero sobre los que se dispone de menos experiencia. Descarta los IMAO y tricíclicos como fármacos de uso habitual, ya que aunque son seguros y eficaces presentan importantes efectos secundarios y dificultades de manejo, por lo que deben ser reservados para su prescripción por el psiquiatra. En algún paciente es correcto usar algún tricíclico en caso de buena respuesta a ellos.

– Este estudio nos ha permitido conocer el nivel y el perfil de utilización de antidepresivos en nuestra área, paso previo y necesario para consensuar un protocolo en coordinación con los psiquiatras del área, que ayude al médico de atención primaria a realizar una correcta selección de fármacos antidepresivos, según el tipo de trastorno y paciente.

– Con el fin de comparar y contrastar nuestros resultados, sugerimos la realización de estudios sobre la utilización de antidepresivos en otras áreas de salud, con la misma metodología y criterios de evaluación.

– Consideramos necesario continuar este estudio en años posteriores, para seguir observando la evolución del consumo de estos fármacos en nuestra área, profundizando en su análisis y añadiendo otros indicadores o criterios de evaluación como: «coste medio por número de DDD», que nos permitirá definir la eficiencia entre fármacos con eficacia y seguridad similar, y la «DHD en pensionistas», con el fin de conocer el consumo, evolución y fármacos más utilizados en estos pacientes.

Agradecimientos

Agradecemos a María Gallego Romero su colaboración en la recogida y procesado de los datos.

Bibliografía

1. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego Rodríguez C, Menéndez Arango J et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17: 227-241.
2. Rispa Falgàs A, Soler Vila M, García Bayo I, Caramés Durán E, Espín Martínez A, García Pulido C. Factores de riesgo asociados al consumo de antidepresivos. *Aten Primaria* 1998; 22: 440-443.
3. Alonso MP, De Abajo FJ, Martínez JJ, Montero D, Martín-Serrano G, Mardurga M. Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 161-166.
4. De la Gándara Martín JJ. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 389-394.
5. Saiz Ruiz J, Ibáñez Cuadrado A. Tratamiento de los trastornos depresivos. *Rev Clin Esp* 1997; 197: 35-43.
6. Hirschfeld R, Keller M, Panico S, Arons B, Barlow D, Davidoff F et al. The national depressive and manic-depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 1997; 277: 333-340.
7. Bernardo M. Antidepresivos: ayer, hoy ¿y mañana? *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 180-181.
8. Nomenclator Digitalis. Madrid: INSALUD, 2000.
9. Orden Ministerial de 13 de octubre de 1989, por la que se establece la clasificación anatómica de medicamentos oficial de España (BOE 257, de 26 de octubre de 1989).
10. García Iñesta A. Estudios de utilización de medicamentos en España y análisis de la situación farmacoterapéutica. En: Instituto Nacional de la salud, editor. *Estudios de utilización de medicamentos*. Madrid: INSALUD, 1992; 15: 48.
11. Anatomical therapeutic chemical (ATC) classification index. Oslo; WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology, 1996.
12. Antidepresivos. En: *Catálogo de especialidades farmacéuticas*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2000; 1724-1729.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Antidepresivos. Fichas de transparencias 1996; 14.
14. Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad (BOE 177, de 25 de julio de 1998).
15. Criado JJ, Domper JA, De la Rosa G. Estimación de la prevalencia de trastornos bipolares tipo I en España a través del consumo de carbonato de litio (1996-1998). *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 131-138.
16. Goldaracena M, Hernández JL, Obaldía MC, Ortega J. Utilización de antiinfecciosos en atención primaria en La Rioja. *Aten Primaria* 1998; 22: 574-579.
17. Llop C, Ribas J, Rovira E. Estimación de la prevalencia de depresión a partir de la dosis diaria definida de antidepresivos. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 557-558.
18. Yáñez Gómez P. Grado de utilización de antiinfecciosos de acción sistémica en un área de salud rural de Asturias. Comparación de los años 1994 y 1995. *Aten Primaria* 1997; 19: 243-249.
19. Llop JC. Evolución en la utilización de antibacterianos en Cataluña. Impacto de los nuevos fármacos comercializados. *Aten Primaria* 1997; 19: 230-236.
20. Araluce KA, Ibarra Robles J. Nuevos antidepresivos en atención primaria. *FMC* 1994; 1: 505-514.
21. Rapaport M, Coccaro E, Sheline Y, Perse T, Holland P, Fabre L et al. A comparison of fluvoxamine and fluoxetine in the treatment of major depression. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16: 373-378.
22. Patris M, Bouchard JM, Bougerol T, Charbonnier JF, Chevalier JF, Clerc G et al. Citalopram versus fluoxetine: a double-blind, controlled, multicentre, phase III trial in patients with unipolar major depression treated in general practice. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11: 129-136.
23. Ekselius L, Von Knorring L, Eberhard G. A double-blind multicenter trial comparing sertraline and citalopram in patients with major depression treated in general practice. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 323-331.
24. Fava M, Amsterdam JD, Deltito JA, Salzman C, Schwaller M, Dunner DL. A double-blind study of paroxetine, fluoxetine and placebo in outpatients with major depression. *Ann Clin Psychiatry* 1998; 10: 145-150.
25. Rigueira García AI, Sacristán de Lama MP. El conflicto de seleccionar un inhibidor de recaptación de serotonina. *Aten Farm* 2000; 2: 344-350.
26. Sacristán JA, Gilaberte I, Hylan TR, Crown WH, Bueno G, Garzón MA et al. Costes del tratamiento con nuevos antidepresivos en la práctica clínica. *Aten Primaria* 1999; 23: 15-25.