

# Atención Primaria

[www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)



## ORIGINAL

# Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. Período 2000-2010<sup>☆</sup>

Ermengol Sempere Verdú<sup>a,\*</sup>, José Salazar Fraile<sup>b</sup>,  
Vicente Palop Larrea<sup>c</sup> y Caterina Vicens Caldentey<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Médico de familia, Centro de Salud de Paterna, Paterna, Valencia, España

<sup>b</sup> Psiquiatra, Centro de Salud de Paterna, Paterna, Valencia, España

<sup>c</sup> Médico de familia, Subdirección Asistencial Departamento de Salud de la Ribera, Alzira, Valencia, España

<sup>d</sup> Médico de familia, Centro de Salud Son Vileta, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Recibido el 24 de mayo de 2013; aceptado el 24 de noviembre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Antidepresivos;  
Ansiolíticos;  
Hipnóticos;  
Utilización de  
medicamentos;  
Gasto farmacéutico

### Resumen

**Objetivo:** Conocer la evolución de la utilización de antidepresivos (AD), ansiolíticos(A) e hipnóticos (H) en la Comunidad Valenciana (CV) entre los años 2000 y2010, su importe y el coste por dosis diaria definida (DDD).

**Diseño:** Estudio observacional retrospectivo.

**Emplazamiento:** Recetas dispensadas cargo del sistema público de salud de la CV durante los años 2000 a 2010.

**Mediciones:** Consumo de los principios activos pertenecientes a los grupos terapéuticos N05B (A), N05C (H) y N06A (AD) obtenidos a partir de la base de datos de farmacia de la Agencia Valenciana de Salud medido en dosis habitante día.

**Resultados:** Durante el período estudiado, el consumo de AD aumentó el 81,2% y el de A e H el 11,7%. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina fueron los AD más prescritos y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina los de mayor crecimiento (386,8%). Escitalopram aumentó el 1.013%. Lorazepam, alprazolam y diazepam, suman el 80,4% de los ansiolíticos prescritos, y lormetazepam y zolpidem el 88,7% de los hipnóticos. El importe de los AD aumentó el 78,2% y el de los A e H el 14,5%; el coste por DDD de ambos grupo descendió el 29%.

**Conclusiones:** La utilización de AD en la CV ha experimentado un gran incremento entre 2000-2010, mientras que el de A e H ha sido moderado, aunque su consumo todavía está por encima

<sup>☆</sup> La realización de este estudio ha sido aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica Corporativo de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana (Resolución de 3 de octubre del 2011) y los datos han sido facilitados por la Dirección General de Farmacia de la CV (Resolución de 22 de diciembre del 2011, referencia ABU414).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [meresempere@gmail.com](mailto:meresempere@gmail.com) (E. Sempere Verdú).

## KEYWORDS

Antidepressants;  
Anxiolytics;  
Hypnotics;  
Drug utilization;  
Pharmacoeconomics

del de AD. A pesar de la reducción en el coste de la DDD en ambos grupos, el importe global de la factura en antidepresivos en la CV sigue en aumento.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Evolution of the use of antidepressants, anxiolytics and hypnotics in Valencia. Period 2000-2010

### Abstract

*Objective:* To describe the evolution in the use of antidepressants (AD), anxiolytics (A) and hypnotics (H) in the Comunitat Valenciana (CV) between 2000 and 2010, their expenditure, and the cost of the defined daily dose (DDD).

*Design:* Retrospective observational study.

*Setting:* Prescriptions covered by the health public service of the CV during the period 2000-2010.

*Measurements:* Consumption of the therapeutic groups N06A (antidepressants), N05B (anxiolytics) and N05C (hypnotics) from the pharmacy database of the public Valencian Health Agency measured in defined daily dose per 1.000 inhabitants.

*Results:* During the period of study the use of AD increased by 81.2% and A and H, 11.7%. Selective serotonin reuptake inhibitors were the most prescribed AD and Selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors experienced the higher rise (386.8%). The increase of escitalopram was 1.013%. Lorazepam, alprazolam and diazepam, accounted for the 80.4% of the anxiolytics, and lormetazepam and zolpidem the 88.7% of the hypnotics. The expenditure rise of AD was by 78.2% and that of the A and H was 14.5%; the cost of the DDD of both decreased by 29%.

*Conclusions:* Antidepressant utilization has experienced a remarkable rise between 2000 and 2010 while that of A and H has been mild even though they are still more consumed than AD. In spite of the reduction of the DDD cost in both therapeutic groups, the whole expenditure on AD in the CV is still growing.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La utilización de antidepresivos (AD), ansiolíticos (A) e hipnóticos (H) para el tratamiento del trastorno mental común ha experimentado un gran aumento durante las últimas décadas en la mayoría de los países de nuestro entorno<sup>1-8</sup>. Este aumento ha sido marcado en el caso de los AD (N06A) desde finales de los ochenta y principios de los años noventa, coincidiendo con la comercialización de los nuevos AD, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)<sup>9,10</sup>. El consumo de A (N05B) e H (N05C) (A-H) presenta un incremento continuado desde los años setenta hasta la mitad de la década de los noventa, en que comenzó a dar señales de estancamiento y en algunos países a experimentar una reducción, más marcada en el caso de los A y menos en los H<sup>2,3,8,11</sup>.

España no ha sido ajena esta tendencia, aunque los datos de consumo disponibles sobre consumo son escasas, especialmente en el caso de los AD<sup>10,12-14</sup>. Por otra parte, los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2012 corroboran esta tendencia, al mostrar que el 7% de la población española refería haber consumido algún AD durante las 2 semanas anteriores y el 17% algún A o medicamento para dormir, duplicándose en el caso de los ancianos. Los datos de otros países desarrollados son similares o incluso superiores<sup>15</sup>.

Existe controversia sobre si este aumento de prescripción de AD está justificado por una mejor detección y diagnóstico de los pacientes que presentan depresión en las consultas de atención primaria, o si responde a una clara situación de sobrediagnóstico y sobretratamiento relacionada con la progresiva medicalización de la vida<sup>16</sup>. Del mismo modo, se han planteado dudas sobre la magnitud del beneficio real del consumo de estos medicamentos en la población. En el caso de los AD, incluso los nuevos, por presentar una mayor frecuencia de efectos adversos de lo observado inicialmente, tales como molestias gastrointestinales, trastornos de la libido, síndrome de discontinuación, síndrome serotoninérgico, hiponatremia, osteopenia, riesgo de hemorragia digestiva, aumento de la caídas y de la mortalidad en ancianos<sup>17</sup>, o porque, según algunos autores, su efecto en realidad es poco mayor al del placebo<sup>18</sup>. En el caso de los A-H, por desarrollar dependencia, mayor riesgo de caídas, de deterioro cognitivo e incluso aumento de la mortalidad total en ancianos<sup>19,20</sup>.

Por último, existe escasa información sobre el importe para las arcas públicas del tratamiento con tranquilizantes y AD en nuestro medio.

Por estos motivos, parece lógico conocer la evolución del consumo de estos fármacos para hacer recomendaciones que permitan una utilización más saludable de los mismos, disminuyendo riesgos innecesarios para la salud

y gastos innecesarios. Un modo de aproximarse a la evolución en su consumo poblacional es mediante el análisis de los datos de consumo de medicamentos con receta a cargo del sistema público, que en España representa la inmensa mayoría del consumo. Por ello, el objetivo del presente estudio es conocer, desde que existen datos agregados (año 2000), la evolución de la utilización de AD, A e H a cargo del sistema sanitario público en la Comunidad Valenciana (CV), los cambios en los principios activos más consumidos y la evolución en el importe y en el coste de la dosis diaria definida (DDD) de cada grupo terapéutico.

## Material y método

Se han utilizado los datos de consumo de los grupos terapéuticos N05B, N05C y N06A desde el año 2000 al 2010, obtenidos a partir de las prescripciones retiradas en las oficinas de farmacia a cargo del sistema público de salud de la CV. La Agencia Valenciana de Salud (AVS) de Conselleria de Sanitat es el organismo público responsable de la atención sanitaria en la CV y da cobertura a una población de algo más de 5 millones de habitantes. El programa informático de prescripción y gestión de la prestación farmacéutica que se utiliza en la CV es el programa GAIA y no incluye los medicamentos consumidos por los pacientes durante el ingreso hospitalario ni el consumo por parte de la sanidad privada, si bien el sistema público tiene una cobertura casi universal.

El consumo de medicamentos se ha expresado en DDD por 1.000 habitantes y año (dosis habitante día o DHD) estandarizadas, que es el resultado de transformar los miligramos de la totalidad de los comprimidos de cada envase dispensado durante un año en las dosis diarias definidas determinadas por la Organización Mundial de la Salud y dividirlo por la población general de la CV.

Los datos sobre el coste de la DDD se obtuvieron también de la AVS, se expresan en euros y es el resultado de dividir el importe anual por el número de las DDD prescritas durante cada año de cada grupo terapéutico: AD (N06C), y A e H (N05B más N05C).

El importe expresa la cantidad de euros que la AVS ha desembolsado cada año por cada grupo y subgrupo terapéutico. Refleja la diferencia entre el precio de venta al público del producto y la parte que aportan los beneficiarios. Esta diferencia apenas ha variado en España, así como en la CV durante el período de estudio, y ha sido menor del 10% del importe total.

El coste de la DDD es el resultado de dividir el importe anual por el número de las DDD prescritas durante cada año de cada grupo terapéutico: AD (N06C), y A e H (N05B más N05C).

Los AD (N06A) incluyen los subgrupos: AD tricíclicos (A-TRI) (amitriptilina, clomipramina, dosulepina, doxepina, imipramina, nortriptilina, trimipramina), AD tetracíclicos (A-TETRA) (maprotilina, mianserina, mirtazapina y trazodona), los ISRS (bupropión, citalopram, escitalopram, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina y sertralina), los inhibidores mixtos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (IRSNA) (duloxetina, reboxetina y venlafaxina) y otros (moclobemida y tranilcipromina [IMAO],

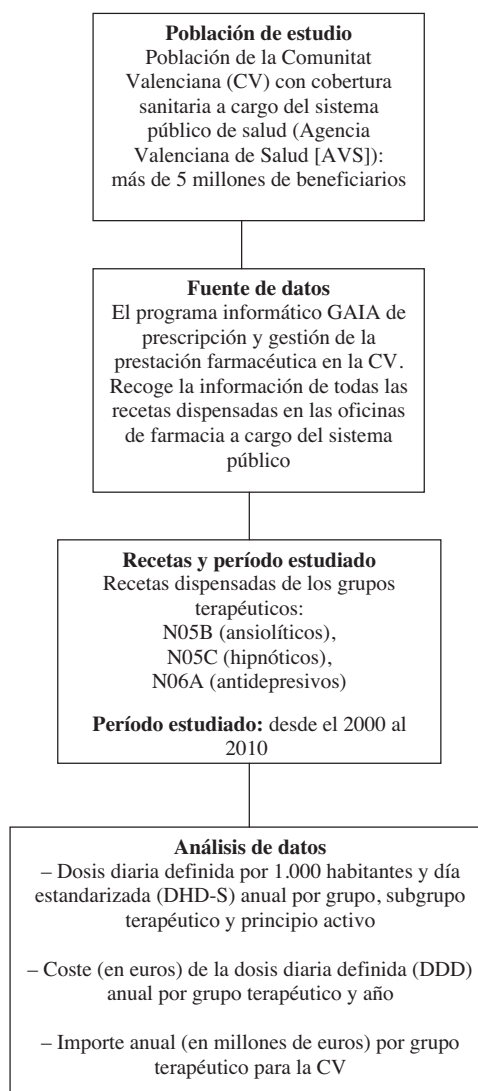
agomelatina, nefazodona, oxitriptán, pirlindol y viloxazina). Para los principios activos se han detallado los 10 más prescritos en el 2010.

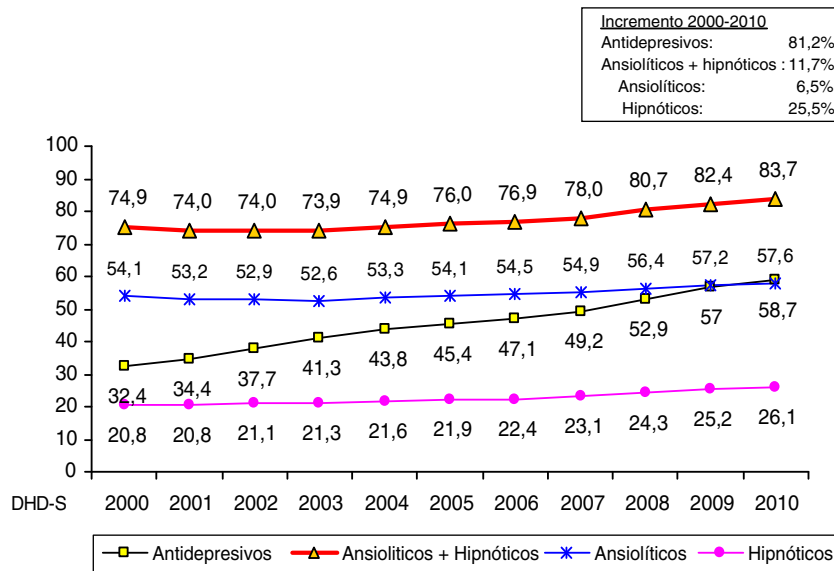
Los A incluyen los A propiamente dichos (N05B): alprazolam, clordiazepóxido, cloracepato, diacepam, lorazepam, etc., y los H (N05C): flurazepam, flunitrazepam, lormetazepam, loprazolam, zolpidem, zopiclona, etc.

Para los principios activos se han tomado los 10 más prescritos en 2010.

Los resultados se han presentado en tablas y figuras que muestran el valor anual de la DHD estandarizada, el coste de la DDD y del importe en euros, según el caso, por principio activo, subgrupo y grupo terapéutico. En algunas tablas se han incluido una o 2 columnas adicionales para mostrar el incremento acumulado de todo el período y la cuota de mercado, en porcentaje, de cada principio activo o subgrupo terapéutico en 2010, el último año del estudio.

En algunas tablas y en el texto de los resultados se incluye el concepto de «cuota de mercado», que expresa el porcentaje de consumo en DHD de un determinado principio activo o subgrupo terapéutico respecto al total del consumo del subgrupo o grupo terapéutico correspondiente.





Fuente GAIA. Conselleria de Sanitat Valenciana. DHD-S: dosis diaria definida por 1.000 habitantes estandarizada.

Figura 1 Evolución de la utilización de antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos. Comunitat Valenciana (2000-2010). (Total-DHD-S).

**Esquema general del estudio:** Estudio descriptivo para conocer la evolución en el consumo de antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana durante un período de 11 años (2000 a 2010).

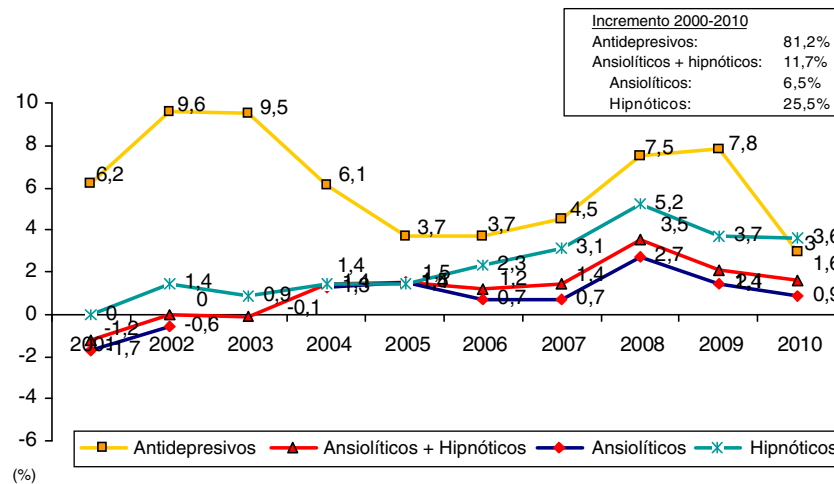
y el 3%, más marcado durante los años 2002-2003. Los tranquilizantes, tras unos años de descenso (de 2001 a 2003), aumentaron ligeramente su consumo a partir de 2004. El incremento interanual del consumo de H ha sido constate, pero más marcado desde 2006 (figs. 1 y 2).

## Resultados

Durante el período 2000 a 2010, la utilización de AD, A e H experimentó un crecimiento continuado, mucho más marcado en el caso de los AD, con un incremento global del 81,2%, que en el de A e H, que creció un 11,7%. El incremento interanual de los AD ha sido positivo a lo largo de todo el período estudiado, oscilando entre el 9,6

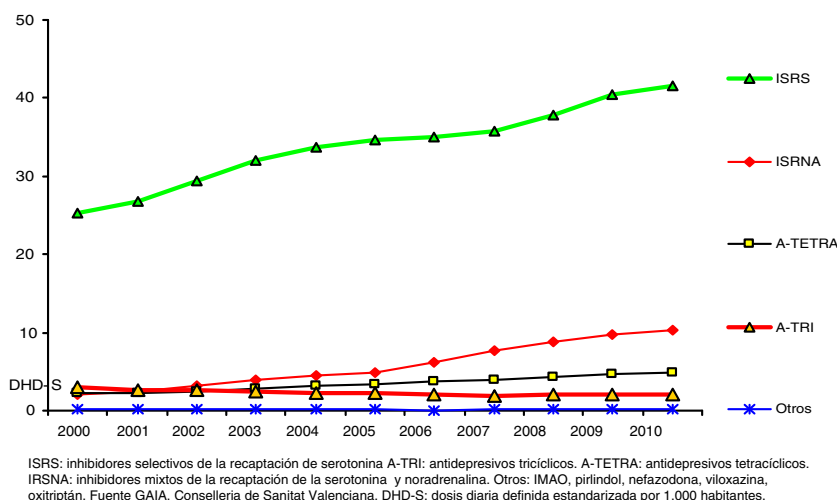
### Consumo de antidepressivos

Por subgrupos terapéuticos (fig. 3), la prescripción de ISRS se ha incrementado de forma notable en los 11 años de estudio (63,9%), pero su proporción en el total de AD se ha reducido ligeramente, al pasar del 78,1% en 2000 al 70,7% en 2010. Los IRSNA, por el contrario, han experimentado un notable



Fuente GAIA. Conselleria de Sanitat Valenciana. DHD-S: dosis diaria definida por 1.000 habitantes estandarizada.

Figura 2 Incremento interanual en la utilización de antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos. Comunitat Valenciana (2000-2010). (Total-DHD-S).



**Figura 3** Utilización de antidepresivos (N06) por subgrupo terapéutico en la Comunitat Valenciana, período 2000-2010. (Total-DHD-S).

incremento (386,8%), pasando de 2,1 DHD en 2000 a 10,3 DHD en 2010, que en cuota de mercado de AD supone haber pasado del 6,5% en 2000 al 17,5% en 2010. Los A-TETRA han doblado la prescripción en términos absolutos, con un incremento del 116%, aunque su cuota sigue siendo reducida, del 6,9% en 2000 y del 8,2% en 2010. Los A-TRI han quedado como algo casi marginal, con un 3,6% del total de AD y con tendencia a su reducción en términos absolutos. Por último, la prescripción de «otros AD», que entre otros incluye los clásicos IMAO, ha quedado como algo totalmente marginal y con un consumo cercano a cero. La agomelatina ha sido incluida en este grupo, pero en 2010 aún no había disponibles datos de consumo por ser reciente su comercialización.

En cuanto a la utilización por principio activo (fig. 4), destaca el notable incremento experimentado por escitalopram (1.013%), que en tan solo 4 años tras su comercialización se convirtió en el AD más prescrito y que en 2010 había alcanzado una cuota del 28,4%. A continuación, los principios activos con mayor incremento son la trazodona (433%), la duloxetina (254%), la venlafaxina (205%) y la mirtazapina (200%), con una cuota conjunta del 24,9% de las prescripciones de AD en 2010. Destaca el retroceso de citalopram (-6,9%), amitriptilina (-21,4%) y fluoxetina (-17,6%). Aunque paroxetina y sertralina han experimentado un ligero aumento a lo largo del período de estudio, en los últimos años su tendencia ha sido también decreciente, al igual que el resto de ISRS, con la excepción de escitalopram.

### Utilización de ansiolíticos e hipnóticos

El incremento de la utilización de H fue mayor (25,5%) que el de A (6,5%) (fig. 1). En cuanto a la utilización de A (N05B) (fig. 5), 6 moléculas copan el mercado con el 92,7% de la cuota en 2010, agudizando aún más la tendencia ya presente en 2000 (91,3%), aunque 3 de ellas, lorazepam, alprazolam y diazepam, suman ya el 80,3% de consumo en 2010. Alprazolam era el tranquilizante más prescrito en 2000, pero cedió el testigo a lorazepam a

partir del 2006, el cual en 2010 tenía una cuota de mercado del 31,7%, aunque seguido de cerca por alprazolam con el 29,8%.

Tres principios activos representan el 92,0% del consumo de hipnóticos en 2010 en la CV, aunque solo 2, lormetazepam y zolpidem, suman ya el 88,7%. Esta tendencia a la concentración del consumo en unas pocas moléculas es similar a la observada con los ansiolíticos. Lormetazepam en 2010 tuvo una cuota del 47,7% (41,5% en 2000) y zolpidem del 41,0% (37,6% en 2000) (fig. 5).

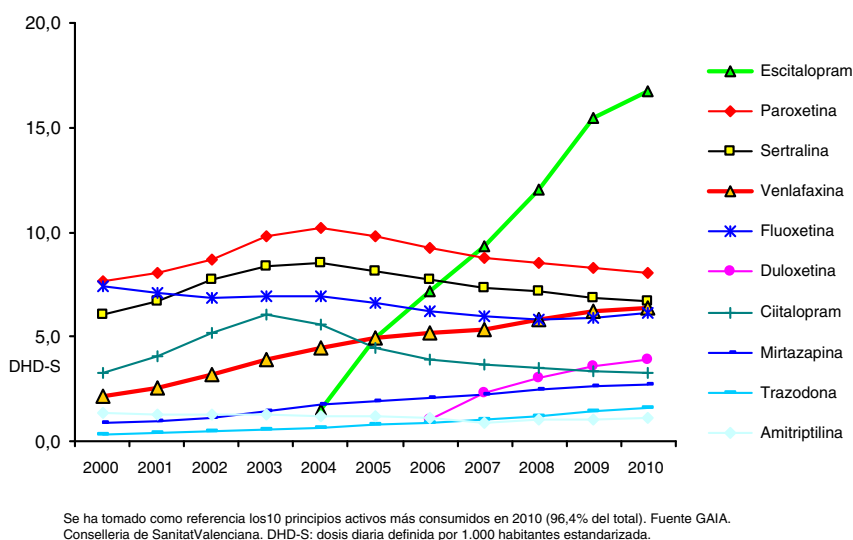
### Importe y coste (tabla 1)

El importe de la factura de antidepresivos de la CV a lo largo de los 11 años del estudio ascendió a 681,7 millones de euros, con un incremento global del 78,2%, pese a una reducción del coste de la DDD de AD durante el mismo período del -29%. El incremento interanual del importe comenzó a moderarse a partir de 2004, aunque no llegó a ser negativo, en paralelo a la continua reducción del coste de la DDD que se inició a partir del mismo año y que se ha mantenido hasta el 2010.

En cuanto a los A e H el importe total ha sido de 193,5 millones de euros, con incremento en el período estudiado del 14,5%, más moderado que en el caso de los AD, y con la misma tendencia a la reducción del coste de la DDD que ya se inició un poco antes, en 2001. En conjunto, la disminución del coste de A-H fue del -29,4%.

### Discusión

El estudio muestra que la utilización de AD, A e H ha experimentado un incremento constante en la CV a lo largo de un período de 11 años (2000 a 2010), mucho más marcado en el caso de los AD que en el de los H o A. A partir de estos resultados, se puede inferir que en 2010 casi el 6% de la población valenciana consumía AD a diario y más del 8% A-H, aunque el consumo real puede ser incluso superior si se añade el consumo privado no reembolsado por el sistema



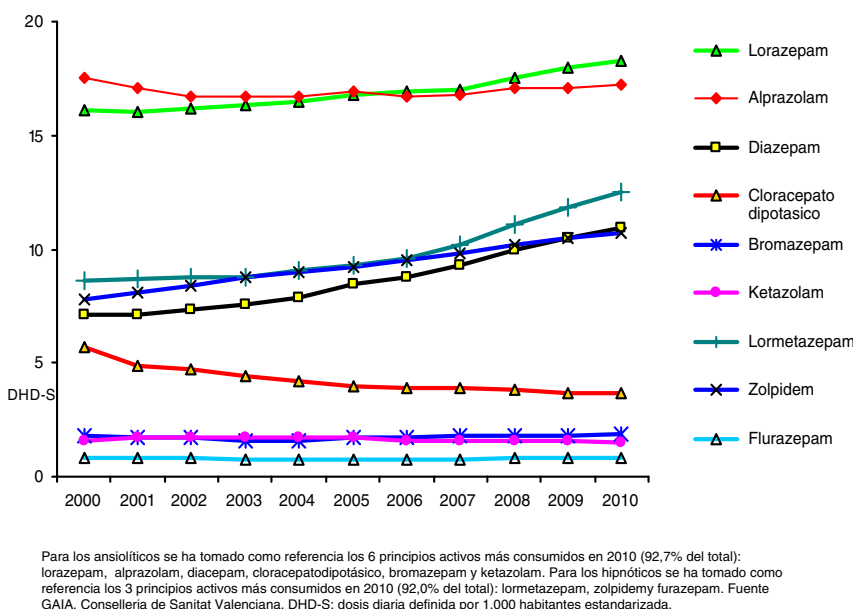
Se ha tomado como referencia los 10 principios activos más consumidos en 2010 (96,4% del total). Fuente GAIA. Conselleria de Sanitat Valenciana. DHD-S: dosis diaria definida por 1.000 habitantes estandarizada.

Figura 4 Evolución del consumo de antidepresivos (NO6) por principio activo Comunitat Valenciana (2000-2010). (Total-DHD-S).

público. Algunos datos previos indican que las tendencias de consumo de la CV son similares al de otras comunidades autónomas españolas y, por tanto, podrían ser representativas del conjunto de España<sup>21</sup>.

Como ya se ha comentado en la introducción, los datos de la ENS de 2012, complementarios a los del presente estudio, muestran un consumo similar de AD en la CV, del 7%, pero con un consumo de A-H mucho mayor, del 17,1%. Esta acusada discrepancia se explica porque los datos en DHD expresan el consumo diario promedio, mientras que la ENS expresa el porcentaje de población que refiere haber consumido el medicamento alguna vez en las 2 últimas semanas, independientemente de la frecuencia o de la dosis utilizada.

Los datos del estudio se presentan en forma descriptiva simple, sin ningún tratamiento estadístico adicional, ya que representan la totalidad del consumo y no una muestra de los mismos, por lo que efectuar un análisis inferencial no cambiaría la validez de los resultados. Es decir, en sí mismos reflejan el consumo real en la CV, o al menos el de los medicamentos retirados en sus oficinas de farmacia a cargo del sistema público de salud. Se conoce por otros estudios, o por la misma ENS, que el consumo de estos psicofármacos aumenta con la edad, sobre todo los A-H; sin embargo, no hemos podido presentar los datos de consumo en función de la edad, ya que el sistema informático de gestión farmacéutica de la Conselleria de Salud no permite hacer esta explotación de datos.



Para los ansiolíticos se ha tomado como referencia los 6 principios activos más consumidos en 2010 (92,7% del total): lorazepam, alprazolam, diazepam, cloracepatodipotásico, bromazepam y ketazolam. Para los hipnóticos se ha tomado como referencia los 3 principios activos más consumidos en 2010 (92,0% del total): lormetazepam, zolpidem y flurazepam. Fuente GAIA. Conselleria de Sanitat Valenciana. DHD-S: dosis diaria definida por 1.000 habitantes estandarizada.

Figura 5 Utilización de ansiolíticos (N05B) e hipnóticos (N05C) en la Comunitat Valenciana, período 2000-2010. Distribución por principio activo. (Total-DHD-S).

**Tabla 1** Evolución del importe y del coste de la DDD de antidepresivos (N06), ansiolíticos e hipnóticos (N05B y N05C) en la Comunitat Valenciana, período 2000-2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Período 2000-2010
<b>Antidepresivos (N06C)</b>												
<i>Importe total</i>												
Millones de euros	40,9	46,4	54,2	61,9	62,4	64,3	68,6	67,1	69,4	73,6	72,9	681,7
(Incremento anual)	-	(13,4%)	(16,8%)	(14,2%)	(0,8%)	(3,0%)	(6,7%)	(-2,2%)	(3,4%)	(6,1%)	(-1,0%)	(78,2%)
<i>Coste de la DDD,</i>	1,0	1,0	1,01	1,0	0,91	0,89	0,88	0,80	0,76	0,74	0,71	(-29,0%)
<i>euros</i>												
<b>Ansiolíticos e hipnóticos (N05B y N05C)</b>												
<i>Importe total</i>												
Millones de euros	15,9	16,4	17,0	17,6	17,7	17,6	18,0	17,9	18,5	18,7	18,2	193,5
(Incremento anual)	-	(3,1%)	(3,7%)	(3,5%)	(0,6%)	(-0,6%)	(2,3%)	(-0,6%)	(3,4%)	(1,1%)	(-2,7%)	(14,5%)
<i>Coste de la DDD,</i>	0,17	0,16	0,16	0,16	0,15	0,15	0,14	0,14	0,13	0,13	0,12	(-29,4%)
<i>euros</i>												

DDD: dosis diaria definida.

Fuente GALIA. Conselleria de Sanitat valenciana.

La CV presenta una utilización de AD en el rango medio-alto en comparación con los países de nuestro entorno y, al igual que ellos, en un continuo crecimiento. Cada país ha seguido su propio ritmo de crecimiento, quizás por una compleja mezcla de motivos sanitarios, culturales y económicos<sup>1,3-7</sup>; sin embargo, llama la atención el elevado y acelerado consumo en alguno de ellos, como son los casos de Escocia, que ha pasado de 18 DHD en 1993 a 120 DHD en 2012, multiplicando por más de 6 su consumo en solo 18 años<sup>6</sup>; Islandia, que consumió 94,8 DHD en 2005, o Australia, que en 2002 presentaba ya un consumo de 51,5 DHD, similar al de la CV en 2010<sup>1,3</sup>. Los ISRS dominan el mercado de los AD en la CV, aunque destaca el notable incremento registrado por los ISRNA (duloxetina y venlafaxina) y el de los A-TETRA (especialmente trazodona y, en menor medida, mirtazapina). Si bien el uso de estos últimos podría ser consecuencia de evitar la prescripción de tranquilizantes o H por su notable efecto sedativo, conviene tener en cuenta que trazodona, mirtazapina y venlafaxina son los AD que más incrementan el riesgo de efectos adversos en los ancianos, incluida la mortalidad total<sup>17</sup>, y no parece que aporten ventaja alguna sobre otros AD más seguros y más eficientes.

Por principio activo, lo más llamativo en la CV es el gran desplazamiento dentro de la utilización de AD hacia escitalopram, que tras solo 4 años de su introducción en el mercado consiguió colocarse en el número uno del ranking de utilización, desplazando a la paroxetina, que ocupaba el primer puesto desde el año 2000. Un aumento similar en la utilización de escitalopram ha sido constatado también en otras comunidades autónomas de España<sup>21</sup> y en los EE. UU.<sup>22</sup>, no así en países como Inglaterra o Escocia, en donde tiene un consumo marginal y en donde citalopram seguía siendo en 2012 el AD más prescrito<sup>5,6</sup>, o en Australia, en donde el AD más prescrito en 2011 fue sertralina<sup>3</sup>. A pesar de que citalopram y sertralina han sido recomendadas en varias ediciones de la guía NICE para la depresión como los AD de primera elección<sup>23</sup> en la CV, su consumo ha ido disminuyendo en los últimos años a favor de escitalopram, cuya supuesta mayor efectividad ha sido cuestionada<sup>24,25</sup>. Del mismo modo, duloxetina, a pesar de tener varias indicaciones de uso autorizadas, ocasiona efectos secundarios frecuentes y graves, que ha llevado a que se reclame su retirada del mercado<sup>26</sup>.

Los datos de consumo de A-H de la CV del presente estudio coinciden plenamente con los de un reciente estudio similar realizado en todo el Estado español<sup>27</sup> e indican una elevada utilización, de momento aún por encima del de los AD, y a pesar de que su ritmo de crecimiento se ha desacelerado —sobre todo el de A— aún no ha comenzado a reducirse como en muchos otros países de nuestro entorno. De hecho, la utilización de A-H en la CV sigue siendo de los más elevados de Europa, con 83,7 DHD prescritas en 2010 y sin haber alcanzado aún su techo. Comparando con el estudio de Ravera et al., que incluía datos de múltiples países europeos de 2005, los de la CV serían inferiores a los de Portugal, con 107 DHD; Islandia, con 92,2 DHD, y Finlandia, con 85,6 DHD, pero muy por encima de los datos de Holanda, con 40,2 DHD, o Alemania, con 12,8 DHD<sup>1</sup>. Datos más recientes siguen mostrando cifras muy dispares, desde las 82,9 DHD de Francia en 2010 a las 37 DHD de Escocia en 2011<sup>6,8</sup>. En general, la utilización de A-H se ha estabilizado o reducido en la mayoría de países de nuestro entorno,

especialmente el de A (N05B), incluso en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, en los que, por el contrario, está aumentando el consumo de AD<sup>1,3,6,7,11</sup>. En el caso de la utilización de H (N05C), llama la atención el incremento experimentado en la década pasada en la CV, algo que también ha sucedido en algunos países europeos, especialmente en los escandinavos (Finlandia, Islandia, Suecia y Noruega), aunque en muchos otros el consumo ha permanecido estable (Francia, Inglaterra, Dinamarca, Holanda y Portugal) y en muy pocos ha disminuido (Alemania, Escocia)<sup>6-8</sup>.

El incremento del importe para la administración valenciana de ambos grupos de psicofármacos (AD y A-H) se ha moderado como consecuencia de la reducción del coste de las DDD debido al incremento en el uso de versiones genéricas. Sin embargo, la reducción de este coste ha sido superada con creces por el incremento en el número de las prescripciones realizadas, bien por el aumento de pacientes tratados, por la mayor duración de los períodos de tratamiento o bien por aumento de las dosis medias utilizadas y, en el caso de los AD, por la creciente prescripción de nuevos medicamentos que, aunque no parece que sean más efectivos, sí son más caros<sup>24,25</sup>.

El incremento generalizado en la utilización de psicofármacos, la magnitud del dinero público destinado (681,7 millones de euros en AD y 193,5 millones en A-H en la CV en 11 años), el carácter aditivo de alguno de ellos, su elevada frecuencia de efectos adversos y la gran importancia del efecto placebo en su acción plantean dudas sobre su beneficio neto sobre la salud de la población<sup>18,28</sup>. En el caso concreto de los AD, además se discute sobre si se está produciendo un sobrediagnóstico o un sobretratamiento de la depresión<sup>4,5,16</sup>, aunque el panorama actual puede ser simplemente el resultado de la aplicación de las guías de práctica clínica de mayor prestigio a nivel internacional, que han venido recomendado sistemáticamente el tratamiento farmacológico de la depresión, incluso en ocasiones, como es el caso de la guía de la depresión de la American Psychiatric Association, sin distinguir la gravedad de la misma<sup>23,29</sup>. Además, se han ampliado en gran medida las indicaciones autorizadas para el uso de AD, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno de estrés postraumático o la fobia social, e incluso para indicaciones no autorizadas. Tampoco debemos olvidar que el diagnóstico de depresión, en ocasiones, es difícil de distinguir de otros procesos, especialmente del trastorno de adaptación, el duelo u otros trastornos mentales menores o situaciones de malestar emocional por las adversidades de la vida que pudieran estar clasificándose como depresión y que, con frecuencia, se resolverían espontáneamente sin beneficiarse del tratamiento con medicamentos<sup>4,16</sup>.

Por otra parte, la comunidad médica, psiquiatras incluidos, desde hace años o décadas, ha ido abandonado progresivamente el uso de la psicoterapia para el tratamiento de la depresión<sup>15</sup>. La elevada utilización de psicofármacos refleja, entre otras cosas, la progresiva medicalización del malestar y la infelicidad de nuestra sociedad.

Todo lo anterior nos lleva a la reflexión final de que es necesario volver a poner el énfasis en el tratamiento no farmacológico de la ansiedad, del insomnio y de los

trastornos emocionales en general mediante la aplicación de técnicas psicoterapéuticas breves, preferiblemente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud<sup>30</sup>, y de otras técnicas, fundamentalmente las cognitivo-conductuales, en las unidades de salud mental<sup>23,31</sup>.

## Lo conocido sobre el tema

- El consumo de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos va en aumento en la mayoría de países de nuestro entorno.
- Hay poca información sobre la evolución del consumo en España y en la Comunitat Valenciana de estos psicofármacos, en términos totales así como sobre los cambios en el tipo de moléculas más utilizadas.
- Hay poca información en España y en la Comunitat Valenciana sobre la evolución el importe total y sobre el coste de estos tratamientos, sobre todo desde la generalización en nuestro país del uso de los genéricos con un precio de venta al público menor.

## Qué aporta este estudio

- A lo largo de los 11 años del estudio, el consumo de antidepresivos experimentó un gran aumento, con incrementos interanuales que oscilaron entre el 3,6 y el 9,6%, aunque en la tónica de los países de nuestro entorno.
- El consumo de hipnóticos, y menos el de ansiolíticos, también siguió en aumento, aunque mucho menos marcado que el de antidepresivos. Este dato contrasta con la tendencia a la estabilización o incluso al descenso registrado en muchos países de nuestro entorno.
- Destaca la concentración del consumo de estos medicamentos en unas pocas moléculas.
- El importe del consumo de estos medicamentos es muy elevado, sobre todo si se tiene en cuenta su moderada eficacia y la frecuencia de efectos secundarios que ocasionan.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Los autores del presente estudio no tienen ningún conflicto de interés en actividad o empresa alguna relacionada con la fabricación, distribución o venta de AD, A ni H.

Para la realización del presente estudio no se ha contado con ninguna beca ni ayuda institucional ni privada.



## Otra información relevante sobre el trabajo

- Un resumen del presente estudio ha sido remitido y aceptado como comunicación al Congreso de la SEMFYC de Granada de 2013.
- Algunos datos de consumo de medicamentos en la Comunitat Valenciana se han incluido en una gráfica de un manual publicado en 2012 por 2 de los firmantes, que fue editado por la Generalitat Valenciana: Salazar J, Sempere E. Malestar emocional. Manual práctico para una respuesta en atención primaria. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat 2012. 121 págs. Disponible en: <http://www.begv.gva.es/san2/tlpsanframe.html?URL=/OPACSAN2CGI/BASIS/TSAN/WWWFE/CAT/SDW?M=1&>

## Bibliografía

1. Ravera S, Hummel SA, Stolk P, Heerdink RE, de Jong-van den Berg LT, de Gier JJ. The use of driving impairing medicines: A European survey. *Eur J Clin Pharmacol.* 2009;11:1139-47.
2. Ciuna A, Andretta M, Corbari L, Levi D, Mirandola M, Sorio A, et al. Are we going to increase the use of antidepressants up to that of benzodiazepines? *Eur J Clin Pharmacol.* 2004;9:629-34.
3. Stephenson CP, Karaanges E, McGregor IS. Trends in the utilization of psychotropic medications in Australia from 2000 to 2011. *Aust N Z J Psychiatry.* 2013;1:74-87.
4. Mojtabai R. Increase in antidepressant medication in the US adult population between 1990 and 2003. *Psychother Psychosom.* 2008;2:83-92.
5. Lockhart P, Guthrie B. Trends in primary care antidepressant prescribing 1995-2007: A longitudinal population database analysis. *Br J Gen Pract.* 2011;590:e565-72.
6. Scotland NHS. Prescribing and medicines: Medicines used in mental health. 2012:12-21 [consultado 28 Ene 2014], Disponible en: <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Prescribing-and-Medicines/Publications/2012-09-25/2012-09-25-PrescribingMentalHealth-report.pdf>.
7. NHS England. Prescription Services. Central Nervous System National Charts. 2013 [consultado 28 Ene 2014]. Disponible en: [http://www.nhs.uk/PrescriptionServices/Documents/PPDPrescribingAnalysisCharts/CNS\\_National\\_Dec.2013.pdf](http://www.nhs.uk/PrescriptionServices/Documents/PPDPrescribingAnalysisCharts/CNS_National_Dec.2013.pdf)
8. Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de santé. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Enero 2012 [consultado 28 Ene 2014]. Disponible en: [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf)
9. Ortiz A, Lozano C. El incremento de la prescripción de antidepressivos. *Aten Primaria.* 2005;35:152-5.
10. Alonso MP, de Abajo FJ, Martínez JJ, Montero D, Martín-Serrano G, Madurga M. Evolución del consumo de antidepressivos en España Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Med Clin (Barc).* 1997;108:161-6.
11. Sonnenberg CM, Bierman EJ, Deeg DJ, Comijs HC, van Tilburg W, Beekman AT. Ten-year trends in benzodiazepine use in the Dutch population. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2012;2:293-301.
12. Úbeda A, Cardo E, Sellés N, Broseta R, Trillo JL, Fernández-Llimós F. Antidepressant utilization in primary care in a Spanish region: Impact of generic and reference-based pricing policy (2000-2004). *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2007;42:181-8.
13. Arias LH, Lobato CT, Ortega S, Velasco A, Carvajal A, del Pozo JG. Trends in the consumption of antidepressants in Castilla y León (Spain). Association between suicide rates and antidepressant drug consumption. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19:895-900.
14. Agencia Española Medicamentos y Productos Sanitarios. Observatorio del Consumo de medicamentos de la AEMPS. Utilización de benzodiazepinas en España (1992-2006) [consultado 28 Ene 2014]. Disponible en: [http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos\\_hipnoticos.pdf](http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos.pdf)
15. Olfson M, Marcus SC. National patterns in antidepressant medication treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:848-56.
16. Spence D. Are antidepressants overprescribed? Yes. *BMJ.* 2013;346:f191.
17. Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *Health Technol Assess.* 2011 [consultado 28 Ene 2014], Disponible en: <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1528.pdf>.
18. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *Plos Med.* 2008;5:e45, doi:10.1371.
19. Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: Prospective population based study. *BMJ.* 2012;345:e6231.
20. Belleville G. Mortality hazard associated with anxiolytic and hypnotic drug use in the National Population Health Survey. *Can J Psychiatry.* 2010;9:558-656.
21. Vicens C, Sempere E, Arroyo P, Alvarez L, López A, Salazar J. Trends in benzodiazepine and antidepressant use in three Spanish regions, 2005-2010. WPA Thematic Conference. Mental Health and Family Medicine Working Together. Granada 8-11. Febrero 2012.
22. Psych Central. Top 25 Psychiatric Prescriptions for 2009 in the US [consultado 28 Ene 2014]. Disponible en: <http://psychcentral.com/lib/top-25-psychiatric-prescriptions-for-2009/0003170>
23. NICE. Guidance. Depression in adults 2009. Quick reference guide [consultado 28 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45890/45890.pdf>
24. Gartlehner G, Thieda P, Hansen R, Gaynes B, DeVeau-Geiss A, Krebs E, et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder. *Ann Intern Med.* 2011;155:772-85.
25. Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, McGuire H, et al. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2:CD006532 [consultado 28 Ene 2014], Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22786497>.
26. Duloxetine: un medicamento psychotrope a éviter, quelle que soit la situation. Prescrire, enero de 2011 [consultado 28 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.prescrire.org/fr/3/31/46744/0/NewsDetails.aspx>
27. Vicente Sánchez MP, Macías Saint-Gerons D, de la Fuente Honrubia C, González D, Montero D, Catalá-López F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Rev Esp Salud Pública.* 2013;87:247-55.
28. Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: Meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ.* 2012;345:e8343.
29. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive

- disorder 2010 [consultado 28 Ene 2014]. Disponible en: [http://psychiatryonline.org/data/Books/prac/PG\\_Depression\\_3rdEd.pdf](http://psychiatryonline.org/data/Books/prac/PG_Depression_3rdEd.pdf)
30. Salazar J, Sempere E. Malestar emocional. Manual práctico para una respuesta en atención primaria. Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana. 2012:121 págs [consultado 28 Ene 2014], Disponible en: <http://www.svmfyc.org/files/DOC-SVMFiC/DOC-MalestarEmocional.pdf>.
31. SIGN. Non pharmaceutical treatment of depression in adults. 2010 [consultado 28 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/qrg114.pdf>.