

cáncer infiltrante de cérvix deben dirigirse a mejorar la cobertura de la población. Las mujeres de más de 50 años de edad podrían ser las mejores candidatas a una captación más activa a la habitual. El papel de las áreas básicas de salud para la captación de estas mujeres puede ser fundamental.

Barcelona, España; ¹Servei d'Anatomia Patològica, Hospital de Manresa, Manresa, Barcelona, España; ⁹Servei d'Anatomia Patològica, Hospital de Granollers, Granollers, Barcelona, España.

Agradecimientos

Este trabajo fue parcialmente financiado por la Comunidad Europea: QLG4-CT-2000-01238.

**Silvia de Sanjosé^a / Maria Alejo^b / Neus Combalia^c /
Montserrat Culubret^d / Xavier Tarroch^e /
Josep Maria Badal^f / Imma Méndez^g /
Josefina Autonell^h / F. Xavier Bosch^a**

^aServei d'Epidemiologia i Registre del Càncer, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España; ^bServei d'Anatomia Patològica, Hospital de Vic, Vic, Barcelona, España; ^cServei d'Anatomia Patològica, Corporació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España; ^dServei d'Anatomia Patològica, Hospital de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España; ^eServei d'Anatomia Patològica, Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa,

Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer IARC. Handbook of Cancer Prevention. Cervical cancer screening. Lyon: IARC; 2004.
2. Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Moller H, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005;14:677-86.
3. Sung HY, Kearney KA, Miller M, Kinney, Sawaya GF, Hiatt RA. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. *Cancer.* 2000;88:2283-9.
4. Van den Akker-van Marle ME, Van Ballegooijen M, Hbbema JD. Low risk of cervical cancer during a long period after a negative screening in the Netherlands. *Br J Cancer.* 2003;88:1054-57.
5. Vizcaíno AP, Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Barros-Dios XM, Parkin DM. International trends in the incidence of cervical cancer (I). Adenocarcinoma and adenosquamous cell carcinomas. *Int J Cancer.* 1998;75:536-45.

Utilización de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en niños y adolescentes en la Región Sanitaria Barcelona

(Children and adolescents selective serotonin reuptake inhibitors utilization in the Barcelona Healthcare Region, Spain)

Sr. Director:

En los trabajos de Peiró et al¹ y de Abajo et al², recientemente publicados en GACETA SANITARIA, se aprecia cierta controversia en relación con el número de niños y adolescentes en tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Mientras los primeros autores estiman que unos 10.000 niños en España estarían tratados con estos fármacos a finales de 2003, los segundos consideran que «[...] no sabemos cuántos niños y adolescentes con depresión están en tratamiento farmacológico con ISRS o con otros antidepresivos en España, pero puede que no sea tan importante como los autores (en referencia a Peiró et al) dejan entender [...]»².

Nuestro grupo, en un trabajo actualmente en curso y cuyos preliminares fueron presentados en el último Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria³, ha estimado el consumo de ISRS, mirtzapina y venlafaxina en la población de 0-18 años en la Región Sanitaria Barcelona en el período comprendido entre abril de 2004 y marzo de 2005. Esta región sanitaria engloba la ciudad de Barcelona y su área metropolitana, dando cobertura asistencial a

4.915.292 habitantes (919.051 de 0-18 años de edad). Los datos de consumo se han obtenido de la facturación de recetas al Servei Català de la Salut que, desde octubre de 2001, requiere la presentación de la tarjeta sanitaria en la dispensación de medicamentos y el registro informático del código de identificación personal en la facturación de las recetas (porcentaje de identificación del 97-99% durante el período).

En el período analizado se identificaron 4.371 niños y adolescentes (de 0-18 años) con dispensación de ISRS, mirtzapina o venlafaxina (un 55,7% del género femenino), obteniendo una prevalencia de período de 4,75 por 1.000 habitantes de 0-18 años. El 49,1% se concentra en la franja etárea de 16-18 años. El fármaco más prescrito ha sido fluoxetina (en el 31,3% de los pacientes), seguido de sertralina (25,8%), paroxetina (14,6%), citalopram (8,2%), mirtzapina (6,5%), venlafaxina (6,2%), escitalopram (3,9%) y fluvoxamina (3,4%). Por tanto, la prescripción de ISRS en la población infantojuvenil, al menos en la Región Sanitaria Barcelona, es mucho mayor que la identificada por Peiró et al, a partir de las recetas prescritas por pediatras y sin identificación de pacientes (en la práctica, hasta los 14 años). Hay que señalar que durante el período analizado, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios publicó dos alertas^{4,5} sobre el uso de ISRS en estas poblaciones, información que no ha afectado al número total de pacientes en tratamiento con estos antidepresivos en dicho período, aunque sí se ha producido alguna variación en el porcentaje de niños y adolescentes según el fármaco consumido.

Este trabajo muestra cómo disponer de datos de consumo con identificador personal permite reflejar la prescripción realizada para el mismo paciente en cualquier ámbito asis-

tencial y analizarla en función de algunas variables demográficas, aspectos de indudable interés para valorar la seguridad de algunos tratamientos y la calidad de la prescripción.

Maria Eugènia Rey / Lourdes Tamarit / Belén Cruzado
Región Sanitaria Barcelona, Seu L'Hospitalet de Llobregat, Servei Català de la Salut, Barcelona, España.

Bibliografía

1. Peiró S, Cervera P, Bernal-Delgado E. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la depresión infantil: un «culebrón» que refleja importantes problemas de seguridad de los medicamentos. *Gac Sanit.* 2005;19:401-6.
2. De Abajo FJ, Montero D, Calvo G. Comentario. El papel de las agencias reguladoras en la evaluación de la seguridad de los medicamentos: a propósito de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Gac Sanit.* 2005;19:407-9.
3. Rey ME, Tamarit L, Cruzado B. Utilización de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en niños y adolescentes. Influencia de las alertas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). X Congreso de la SEFAP. Barcelona, octubre de 2005.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Ref: 2004/06 29 de junio de 2004.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Ref: 2004/17 de diciembre de 2004.

El valor de la información y la información como valor

(The value of information and information as a value)

Sr. Director:

Aunque coincidimos con algunos aspectos del comentario de De Abajo et al¹ sobre nuestro artículo acerca de la problemática de la prescripción de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en población infantojuvenil², otros aspectos requieren matizaciones o se prestan a (más) debate. Por ejemplo, coincidimos en el valor de la información sobre seguridad de medicamentos porque, en palabras de De Abajo et al, «es a través de la información que será posible la corresponsabilidad en el uso de los medicamentos, entre todos: agencias, compañías farmacéuticas, profesionales y usuarios. Tal vez no hay modo más efectivo de prevenir o minimizar los riesgos de los medicamentos»¹. Es precisamente este valor lo que hace poco comprensible que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) no informara «sobre la paroxetina hasta un año después que lo hiciera la agencia británica». El argumento (y el comportamiento) de que se prefirió «esperar a la conclusión del arbitraje y la evaluación del CSMUH, habida cuenta que la ficha técnica de paroxetina era muy clara al respecto desaconsejando su uso...»¹ es lo que en nuestro comentario calificábamos de «respeto a la formalidad burocrática»² (no la ficha técnica en sí, como interpretan De Abajo et al, y a la que —nueva coincidencia— le reconocemos el valor «científico y legal»¹ y, también, valor informativo³). El referido argumento puede ser razonable para no precipitar la toma de medidas administrativas sobre el uso de ISRS en población infantojuvenil (ya sea «contraindicar» o «advertir»), pero no lo es tanto para obviar «informar» que otras agencias de medicamentos estaban cuestionando su uso y recordar que, en todo caso, no estaba autorizado en nuestro país.

De Abajo et al señalan que los datos manejados en nuestro trabajo «sobrestiman con seguridad» el uso de ISRS en población infantojuvenil². Es posible. Nuestras estimaciones, a partir de las prescripciones realizadas por médicos pedia-

tras son, como nosotros mismos señalábamos, muy amplias. Pero también es posible —y más probable— que infraestimen el consumo infantojuvenil de ISRS. A este respecto, cabe señalar que: *a)* un reciente trabajo que comparaba la prescripción de psicotropos (no sólo ISRS) en pacientes de 0-17 años de edad en varios países (realizado con datos de la consultora IMS a partir de un diseño muestral que, en el caso de España, incluía 850 médicos a los que se revisaba 7 días por trimestre), muestra que España, con aproximadamente 1,5 millones de prescripciones de psicotropos a menores de 18 años en 2002, dobla a países como Reino Unido, Alemania o Francia⁴; *b)* aproximadamente dos tercios de la prescripción de ISRS en población infantojuvenil se concentra en el grupo de edad de 15-18 años⁵, que no se incluía en nuestras estimaciones al ser atendido por médicos generales. En todo caso, cuando se trabaja con datos tan imperfectos, lo importante —más que discutir sobre la dirección de los posibles sesgos— es analizar las posibilidades de desarrollar sistemas de información suficientes para tener una imagen útil de la prescripción en España (incluido el consumo en indicaciones no autorizadas). A este respecto, sorprende que, pese a la —sobre el papel— estricta legislación española, que establece que la prescripción en indicaciones no autorizadas sólo pueden realizarse mediante uso compasivo, las administraciones sanitarias autonómicas y la propia AEMPS no dispongan de información sobre el uso de ISRS en población infantojuvenil. En este sentido, la incorporación del número de identificación personal a las bases de datos de prescripción, ya iniciada en algunas comunidades autónomas, parece —desde hace años— imprescindible para mejorar las estrategias informativas.

Mientras tanto, el método empleado en nuestro artículo puede permitir alguna aproximación. Tan tosca como para discutir si sobrestima o infraestima, pero suficiente para monitorizar tendencias, conocer si la prescripción de ISRS por pediatras está creciendo y, quizás, para detectar el impacto —o la ausencia de impacto— de determinadas intervenciones administrativas. A este respecto, en la figura 1 puede apreciarse la evolución de la dispensación de ISRS por pediatras de la Comunidad Valenciana, obtenida de forma similar a la descrita en nuestro trabajo previo², pero con mayor tiempo de seguimiento, sobre la que se han dibujado las tendencias identificadas mediante el análisis de regresión por segmentos (*joinpoint regression analysis*) y algunos sucesos «informati-