

3. Gosserand JL, Shah S, Kumar S. liver trasplantation for infliximab induced fulminant hepatic failure. *Am J Gastroenterol.* 2007;102-Suppl 2:360.
4. Vargas E, Terleira A, Portolés A. Farmacoepidemiología y farmacovigilancia. En: Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, Lizasoain I, Moro MA, editores. *Farmacología básica y clínica.* 17.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.p. 1063-76.
5. *Butlletí de Farmacovigilancia de Catalunya.* Vol 3. Generalitat de Catalunya. 2005.
6. García AM, Rey JR, Álvarez JS. Successful treatment with etanercept in a patient with hepatotoxicity closely related to infliximab. *Clin Rheumatol.* 2007;26:811-3.
7. Tobon GJ, Cañas C, Jaller JJ, Restrepo JC, Anaya JM. Serious liver disease induced by infliximab. *Clin Rheumatol.* 2007;26:578-81.
8. Gosserand JL, Shah S, Kumar S. Liver trasplantation for infliximab induced fulminant hepatic failure. *Am J Gastroenterol.* 2007;102-Suppl 2:360.

## Utilización de antidepresivos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada comparada con otras indicaciones en atención primaria

Sr. Director:

Los trastornos de ansiedad y, en concreto, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se presentan con gran frecuencia en el ámbito de la atención primaria de salud (AP)<sup>1,2</sup> y, además, conllevan un elevado grado de deterioro funcional psicosocial<sup>3</sup>. Las estrategias de tratamiento y las recomendaciones de las guías de práctica clínica van modificándose en los últimos años<sup>4,5</sup>. No obstante, a excepción de algunos estudios europeos<sup>6</sup>, hay escasas pruebas científicas sobre cómo se trata a estos pacientes en nuestro medio. Se presenta seguidamente un estudio en el que se determinó el consumo de antidepresivos en pacientes diagnosticados de TAG en seguimiento en AP, comparado con el resto de indicaciones de uso, en el que se analizó el ajuste a las recomendaciones de las guías de práctica clínica más actuales.

## Descripción del estudio

Se realizó un análisis multicéntrico a partir de la revisión retrospectiva de los registros médicos informatizados pertenecientes a las historias clínicas de sujetos mayores de 18 años, seguidos en régimen ambulatorio en 5 centros de AP urbanos gestionados por Badalona Serveis Assistencials S.A. que dan cobertura a una población de unos 110.550 habitantes. Se incluyó en el estudio a todos los pacientes que demandaron asistencia durante el año 2006 y que acudieron con regularidad a las citas programadas para seguimiento. Se excluyó a los sujetos trasladados a otros centros, los que no acudieron, los desplazados o de fuera de zona, y los que sólo se visitaron con los especialistas integrados. La dispensación farmacéutica se obtuvo a partir de las recetas retiradas de la oficina de farmacia, según el aplicativo de seguimiento de la prescripción farmacéutica (SPF) del CatSalut, y se seleccionó a todos los pacientes que recibieron tratamiento antidepresivo (AD) con alguna de las siguientes especialidades farmacéuticas, durante un período mínimo de 240 días/año: citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina y venlafaxina (criterio: nivel de evidencia A de la Canadian Psychiatric Association).

Para el análisis se establecieron 2 grupos de comparación: pacientes con tratamiento antidepresivo por cualquier otra indicación y por TAG. Dentro de cada grupo de estudio se establecieron 2 subgrupos: pacientes que recibían tratamiento sólo con antidepresivos (número total y para cada AD) y pacientes que recibía tratamiento combinado de antidepresivos y benzodiacepinas (BZD, número total y para cada AD). Se ha realizado un análisis bivariable mediante la prueba de la  $\chi^2$ , con el programa SPSSWIN versión 12, y se ha establecido una significación estadística para valores de  $p < 0,05$ .

De los 10.095 pacientes que tomaban AD por cualquier indicación, se seleccionó a 8.870 sujetos en tratamiento con los AD motivo de estudio, y de los 1.054 pacientes con TAG que tomaban AD, se seleccionó a 880 que tomaban alguno de los AD incluidos. Los resultados se muestran en la tabla 1. Los AD más utilizados en la muestra son paroxetina y fluoxetina en ambos grupos, tanto si se utilizan solos como si se hace en combinación

**Tabla 1.** Utilización de los antidepresivos estudiados según los grupos poblacional y con trastorno de ansiedad generalizada. Número y porcentaje de pacientes tratados

Fármaco	Poblacional				TAG			
	Total	Solo	BZD	%	Total	Solo	BZD	%
Paroxetina	2.843	742	2.101	26,1%	366	47	319	12,8%
Fluoxetina	1.799	586	1.213	32,6%	152	30	122	19,7%
Citalopram	1.318	328	990	24,9%	119	13	106	10,9%
Sertralina	1.251	381	870	30,5%	104	17	87	16,3%
Venlafaxina	1.044	232	812	22,2%	88	8	80	9,1%
Escitalopram	615	154	461	25,0%	51	5	46	9,8%
Total	8.870	2.423	6.447	27,3%	880	120	760	13,6%

BZD: benzodiacepinas; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; total: número de pacientes incluidos; %: porcentaje de pacientes tratados con ese antidepresivo sin combinar respecto del total.

con BZD. El uso de tratamiento combinado de AD y BZD es más frecuente en los pacientes con TAG que en el resto de pacientes en tratamiento con AD (el 86,4 frente al 72,7%;  $p = 0,001$ ). Esto se mantiene para todas las moléculas analizadas. Entre los pacientes que usan AD por cualquier indicación, los que toman escitalopram o venlafaxina reciben menos BZD que los pacientes que toman fluoxetina o sertralina ( $p < 0,001$ ); las diferencias respecto a citalopram y paroxetina no son estadísticamente significativas. Entre los pacientes con TAG, los que toman venlafaxina reciben menos BZD que los pacientes que toman fluoxetina ( $p = 0,046$ ), pero no hay diferencias significativas respecto a ningún otro fármaco. El 40,0% de los pacientes no tomaban el tratamiento recomendado en TAG.

## Comentario

En función de los resultados sobre el tratamiento de los pacientes con TAG, se plantean algunas reflexiones, si bien los datos coinciden con los de otros estudios similares, tanto europeos, como americanos<sup>7,8</sup>. Encontramos que un reducido número de pacientes toma sólo antidepresivos (13,6%), pero el 86,4% toma una combinación de BZD y AD; esta pauta puede hacer pensar que se trata de pacientes de una evolución crónica o de difícil control. A pesar de que no hay diferencias estadísticamente significativas en el uso de BZD junto con el AD en los pacientes con TAG, podría haber diferencias clínicas respecto al uso de escitalopram y venlafaxina. Estas 2 moléculas necesitan menos uso de BZD en la práctica clínica habitual. Si consideramos las recomendaciones actuales de tratamiento del TAG<sup>4,5</sup>, que como AD de primera línea incluyen escitalopram, paroxetina y venlafaxina retard, se observa que a más del 40% de los pacientes con TAG estudiados se les prescribe un AD no recomendado. Los pacientes con un TAG reciben más BZD que los pacientes sin este diagnóstico; se nos plantea la duda acerca de si esto ocurre porque no se está utilizando un AD adecuado para controlar todos sus síntomas. Este hallazgo es consistente con los de otros estudios en los que también se encuentra que, aunque se diagnostique el trastorno de forma adecuada y según las recomendaciones de la guías de práctica clínica, después, el tratamiento no se realiza de acuerdo con ellas<sup>8</sup>. Tampoco es igual el tratamiento que se prescribe según el país de residencia; así, en Europa, el 54,5% de los pacientes con un trastorno de ansiedad recibe el tratamiento adecuado, pero en España la proporción se reduce al 32,5%<sup>6</sup>.

Las posibles limitaciones del estudio inciden en la categorización de la enfermedad, atribuible al sistema de información desarrollado. Por tanto, en el artículo se muestran las limitaciones propias de los estudios retrospectivos como, por ejemplo, el infraregistro de la enfermedad, la ausencia de registro de dosificación de los fármacos, o la posible variabilidad de los profesionales en la utilización de las escalas de cribado clínico. En conclusión, en la mayor parte de los pacientes con TAG, el tratamiento prescrito no se ajusta a las recomendaciones basadas en las guías de práctica clínica o en las indicaciones aprobadas en nuestro país. Sería necesaria una mejor formación de los equipos

de AP para que dispongan de protocolos actualizados de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas de alta prevalencia.

M. Blanca-Tamayo<sup>a</sup>, A. Sicras-Mainar<sup>b</sup>,  
I. Pizarro-Paixa<sup>c</sup> y S. Gómez-Lus<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Psiquiatría. Badalona Serveis Assistencials SA.  
Badalona. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Dirección de Planificación. Badalona Serveis Assistencials SA.  
Badalona. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Relaciones Institucionales. Unidad Médica Lundbeck.  
Barcelona. España.

<sup>d</sup>Medial Affaire Manager. Unidad Médica Lundbeck.  
Barcelona. España.

## Bibliografía

1. Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depress Anxiety*. 2007;24:185-95.
2. Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl:20-6.
3. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, June Ruan W, Goldstein RB et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med*. 2005;35:1747-59.
4. Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines: Management of Anxiety Disorders. *Can J Psychiatry*. 2006;51 Suppl:S9-91. Fe de erratas en: *Can J Psychiatry*. 2006;51:623.
5. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JRT, et al. Evidence-based guidelines form the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2005;19:567-96.
6. Fernández A, Haro JM, Martínez-Aloso M, Demyttenaere K, Brugha TS, Autonell J, et al. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *Br J Psychiatry*. 2007;190:172-3.
7. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Ann Intern Med*. 2007;146:317-25.
8. Olsson I, Mykletun A, Dahl A. Recognition and treatment recommendations for generalized anxiety disorder and major depressive episode: a cross-sectional study among general practitioners in Norway. *J Clin Psychiatry*. 2006;8:340-7.

## Síndrome de resección transuretral

*Sr. Director:*

~~La resección transuretral de próstata (RTU) es el procedimiento de elección en el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia prostática benigna en los pacientes que no responden al tratamiento farmacológico. La cirugía endoscópica del tracto genitourinario requiere la utilización de una solución de irrigación, y es la solución de glicina, un aminoácido no esencial que se encuentra en gran cantidad de proteínas, la utilizada en la mayoría de los centros. Dicha solución se utiliza para el llenado de la vejiga y el arrastre de la sangre y los fragmentos de tejido reseccionados;~~