



# BURGOS 2018

## 21 CONGRESO NACIONAL FARMACÉUTICO

Del 3 al 5 de octubre · Fórum Evolución



## Grandes diferencias en la solicitud de Antígeno Prostático Específico en Atención Primaria

LOPEZ-GARRIGÓS MT (1), SALINAS M (2), MACÍAS SÁNCHEZ M (3), GUTIERREZ FORNÉS C (4), QUILEZ AGREDA D (5), DOMÉNECH GARCÍA S (6), GARCÍA COLLÍA M (7)

(1) Sº Análisis Clínicos H.U. San Juan de Alicante, (2) Sº Análisis Clínicos H.U. San Juan de Alicante y V. Analistas COF Alicante, (3) Sº Análisis Clínicos C.H.U. San Pedro de Alcántara y V. Analistas COF Cáceres, (4) Sº Análisis Clínicos H.U. Joan XXIII y V. Analistas de Tarragona, (5) Sº Análisis Clínicos H Reina Sofía Tudela, Navarra (6) OF del Carmen Madrid, (7) Sº Bioquímica Clínica H.U. Ramón y Cajal de Madrid y V. Nacional Analistas Consejo General COFs de España.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La determinación del Antígeno Prostático Específico (PSA) es esencial en el diagnóstico diferencial de las patologías prostáticas. El objetivo fue estudiar la solicitud de PSA en España y las diferencias entre las comunidades autónomas (CCAA).

### MATERIAL Y MÉTODOS

España, dividida en 17 CCAA, está compuesta por Departamentos de Salud (DS) con un laboratorio público que cubre el área geográfica y su población. Se solicitó que cada laboratorio participante cumplimentara un formulario acerca del número de pruebas solicitadas desde atención primaria de antígeno prostático específico total (PSA) y libre (fPSA) en el año 2014, y proporcionara el número de habitantes en el DS. Se calculó la solicitud de cada prueba por cada 1000 habitantes y el ratio de solicitud de ambos (fPSA / PSA) y se compararon los resultados entre las CCAA, con más de 4 participantes.

### RESULTADOS

110 laboratorios, participaron (27.798.262 habitantes). Se solicitaron 1431678 y 220212 PSA y PSA libre, correspondientes a 5955780.5€ Y 572551.2€ euros. Se obtuvo una mediana de 57.70 y 6.20 solicitudes por cada 1000 habitantes para PSA y fPSA respectivamente. 10 CCAA tenía más de cuatro participantes. La demanda de PSA era doble en la CCAA con más solicitud con respecto a la de menos. El mismo patrón ocurrió con la solicitud PSA libre y, en consecuencia, con el gasto invertido en el procesamiento de ambas pruebas per cápita.

Figura 1. PSA/1000 habitantes

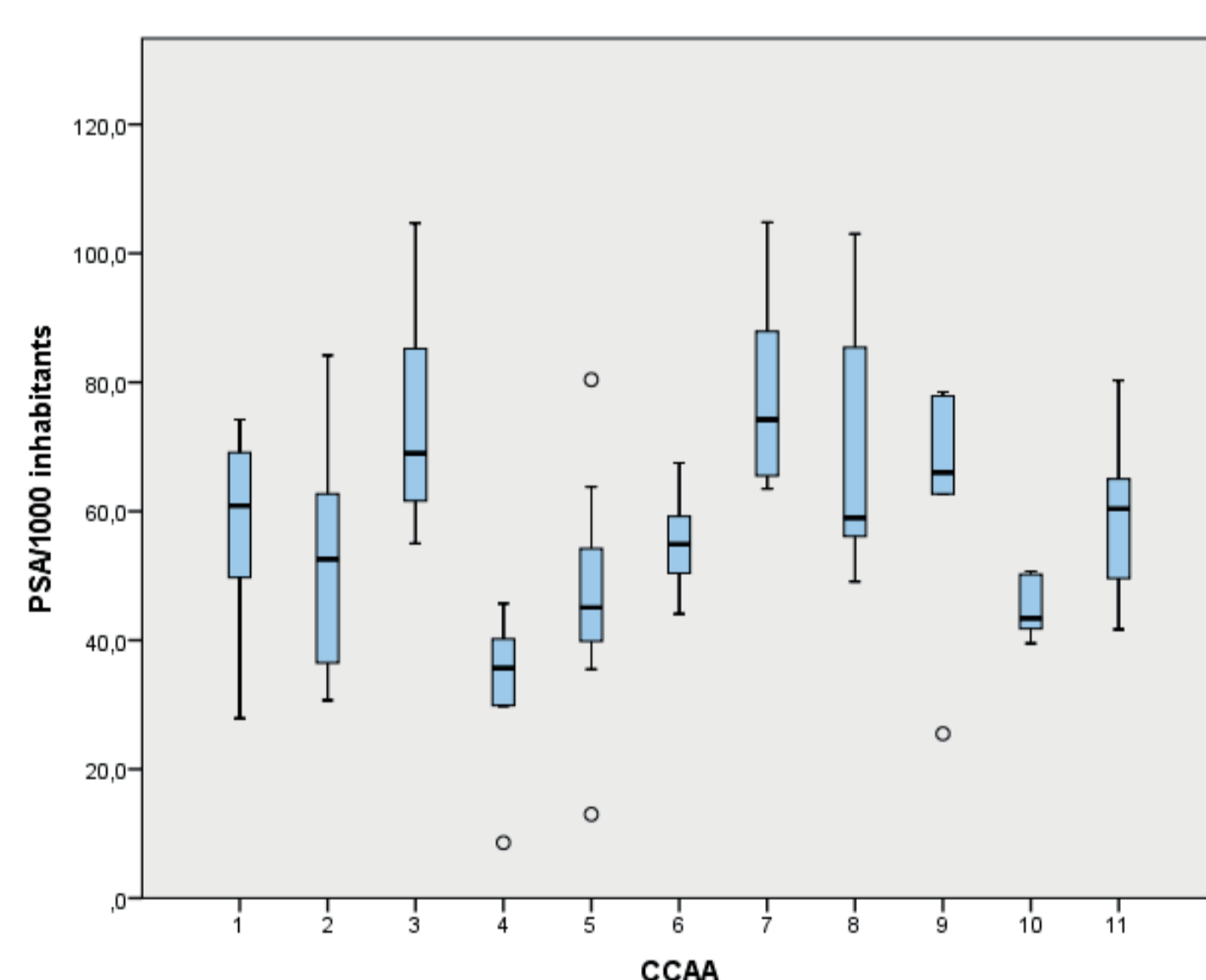


Figura 2. fPSA/1000 habitantes

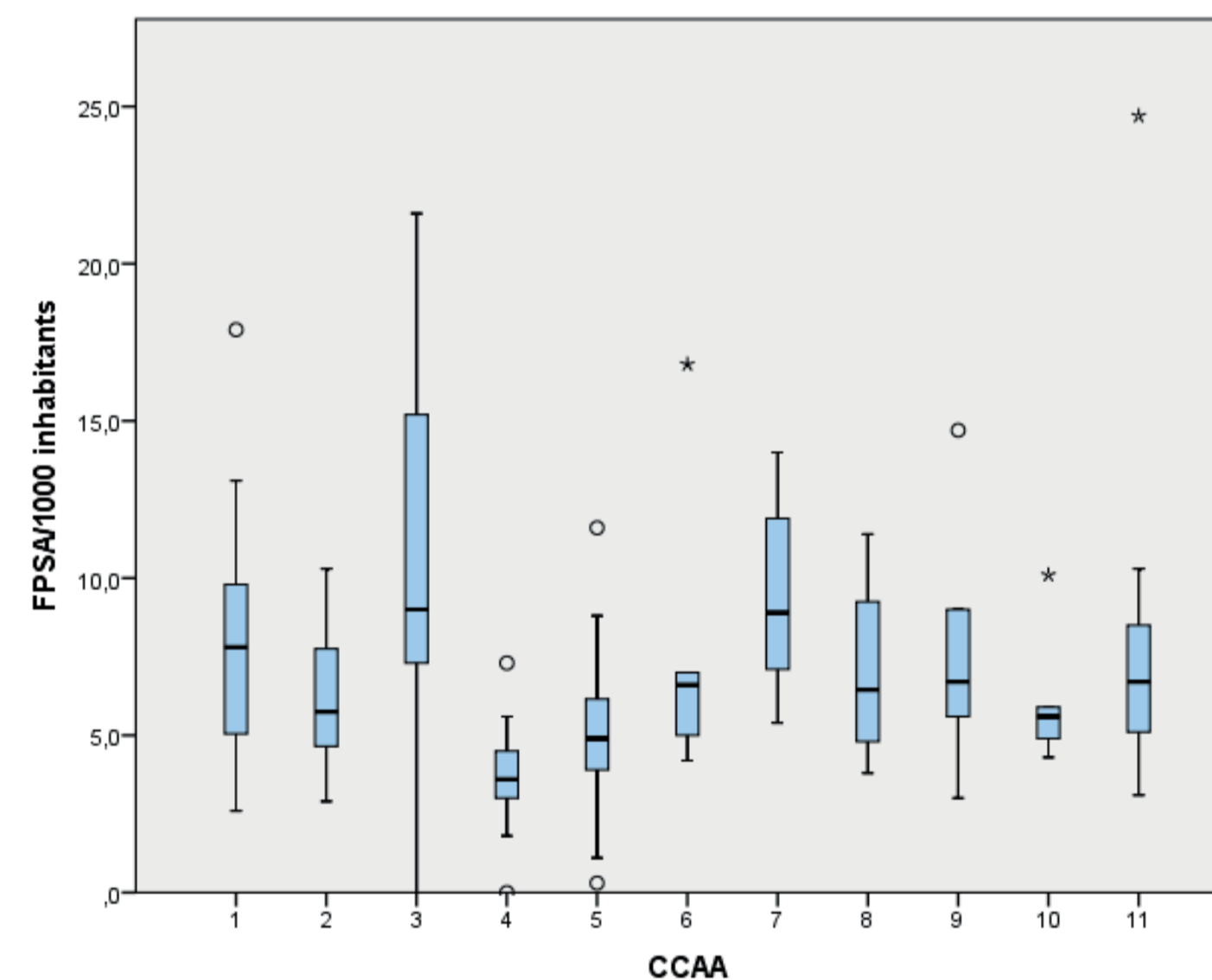
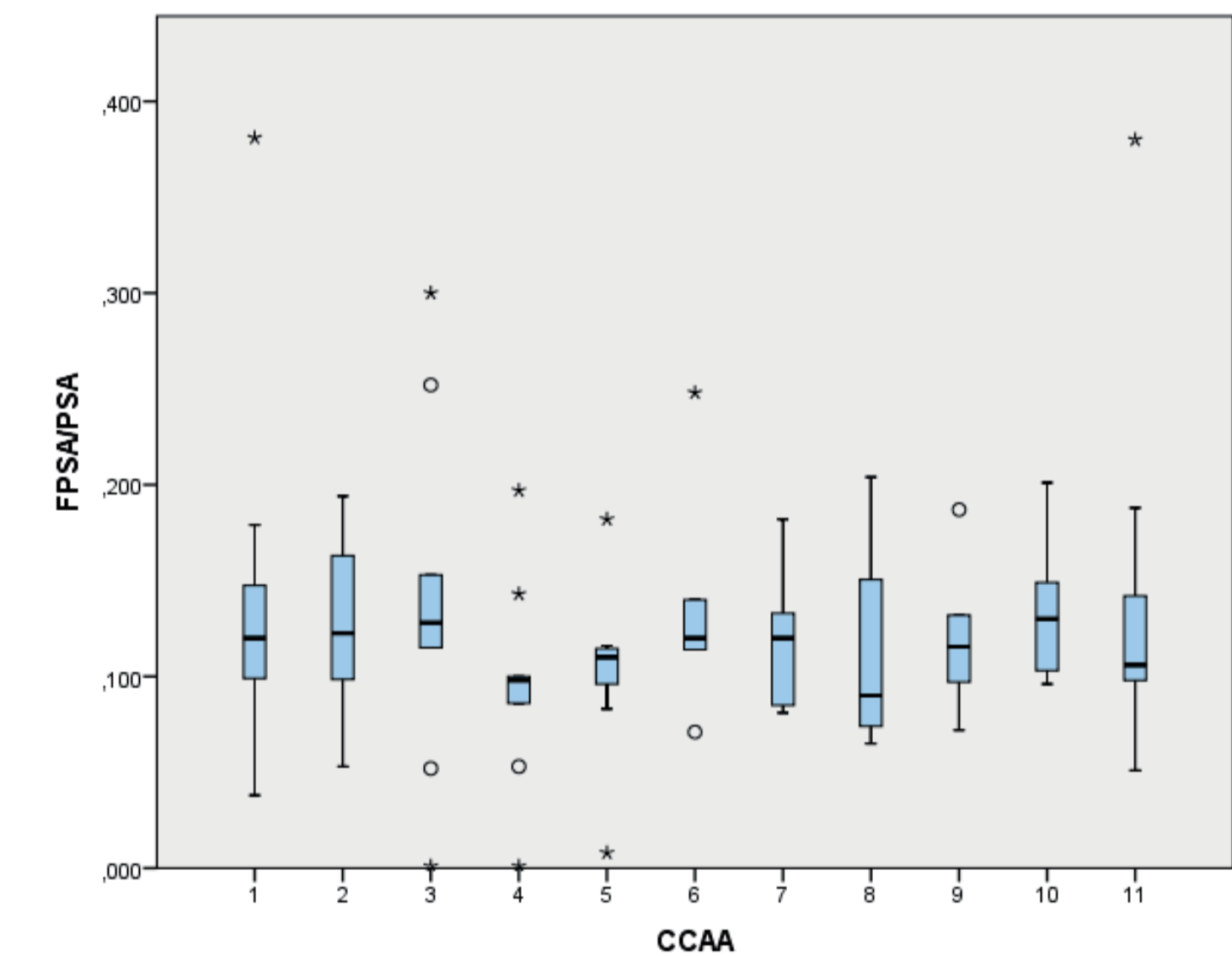


Figura 3. fPSA/PSA



CCAA	Centros (N)	Habitantes	PSA Mediana, IQR	fPSA Mediana, IQR
1	20	4075079	60.9, 19.4	7.8, 5.1
2	16	5443598	52.6, 26.2	5.8, 3.1
3	10	1869444	69.0, 23.6	10, 8.7
4	11	5112365	35.7, 10.3	3.6, 1.5
5	12	1909873	45.1, 23.5	4.9, 3.6
6	5	947513	54.9, 8.8	6.6, 2
7	5	1396708	74.2, 22.4	8.9, 48
8	6	1710573	59.0, 29.3	7.1, 56
9	6	909248	66.0, 15.2	6.7, 3.4
10	5	2155546	43.4, 8.4	5.6, 1
11	14	2198315	60.4, 15.4	6.7, 3.4

### CONCLUSIÓN

La diferencia en la solicitud de PSA y PSA libre entre CCAA, y también el diferente gasto, sugiere que existe una inadecuación en la demanda. Es necesario el diseño de estrategias a nivel nacional, a través de la comunicación y cooperación interdepartamental e interregional con el fin de obtener una solicitud adecuada de marcadores tumorales de cáncer de próstata.



CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS

Villanueva, 11 - 7º - 28001 MADRID  
Telf: 91 431 25 60 - Fax: 91 432 81 00 - E Mail: congral@redfarma.org