

Epidemiología y costes del consumo de psicofármacos en Extremadura.

- **AUTORES:**

Félix Fernández Bermejo; Leopoldo Elvira Peña; Galo Agustín Sánchez Robles

- **INTRODUCCIÓN:**

Las mejoras progresivas del Sistema de información de farmacia (PE29-FAR90-SIFAR-DIGITALIS), han supuesto muy pocos cambios cualitativos, ya que los ítems que se recogían en el proceso de facturación siguieron siendo prácticamente los mismos que los del original PE29. Ha sido la ayuda del soporte informático en la prescripción lo que realmente ha permitido mejorar la calidad y cantidad de los ítems recogidos en el proceso de facturación.

El ítem clave de este cambio para los estudios de farmacoepidemiología, es el Código de Identificación Personal (CIP) del paciente; que permite el cruce con la base de datos de usuarios del sistema.

No hemos encontrado hasta ahora ningún estudio de utilización de medicamentos de ámbito nacional que explote estas ventajas. Consideramos muy atractivo un estudio de farmacoepidemiología que ponga en uso todas estas mejoras en nuestra Comunidad.

La necesidad concreta surge durante los trabajos iniciales de elaboración del 2º Plan de Salud Mental de Extremadura, donde se constata la escasa información epidemiológica sobre salud mental disponible sobre nuestra Comunidad.

El objetivo de este trabajo es estimar la población de las zonas de salud de Extremadura en tratamiento con Psicofármacos en el 2005, caracterizando su consumo y costes.

- **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se trata de un estudio ecológico descriptivo, transversal (año 2005), limitado a la población beneficiaria de la prestación farmacológica en Extremadura, y a los psicofármacos adquiridos a través de las oficinas de farmacia.

Conceptos metodológicos: Los estudios tradicionales de consumo de medicamentos facilitaban solo datos como recetas, envases, Dosis Diaria Definida (DDD) o coste totales de diferentes periodos de tiempo y ámbitos territoriales. Y el habitual indicador de comparación usado era el de Dosis habitante y día (DHD); que venía a ser un estimador grosero de la prevalencia de usuarios que un día promedio del periodo estaban consumiendo dicho medicamento (prevalencia puntual).

Al disponer del cruce con la base de datos de usuarios, podemos calcular directamente cuantos usuarios son consumidores y usar tasas ajustadas por edad y sexo como indicador de comparación (prevalencia acumulada anual). Otro indicador que se deduce de esta posibilidad es el promedio de DDD por paciente en el periodo; que se puede usar como estimador grosero de la duración-intensidad del tratamiento de un paciente promedio. De igual modo, el promedio de gasto por paciente, informa del coste anual de tratar a un paciente promedio con ese fármaco. Todos ellos se pueden ajustar por edad y sexo. Mejorando así la posibilidad de comparar indicadores entre ámbitos o momentos con estructuras demográficas muy dispares (por ejemplo, Zonas de Salud urbanas y rurales).

Fuentes y criterios seguidos en la explotación realizada: Se partió de una explotación de la Base de datos de consumos de medicamentos del SES que proporciona un registro con el total de DDD y gasto facturado en 2005 para cada asociación [CIP-principio activo] de los seleccionados. El cruce se hizo con el total de usuarios que constan como activos en la base de datos de CIVITAS en algún momento del año 2005. La edad asignada a cada paciente fue la que tenía a mitad de año y la Zona de Salud es a la que incluye en su demarcación el domicilio de residencia del paciente. Como denominador poblacional para la estandarización y/o ponderación de los indicadores se utiliza la población que figuraba como activa a mitad de año en cada Zona por grupo quinquenal de edad y sexo. La Población estándar utilizada fue la total de activos a mitad de año en Extremadura.

Variables y niveles de análisis: Los principios activos seleccionados para el análisis fueron: N05A-Antipsicóticos, N05B-Ansiolíticos, N05C-Hipnóticos y Sedantes, N06A-Antidepresivos y N06D-Anti-Demencia. Para los que se definieron, además de los niveles de agregación en principio, subgrupo terapéutico y grupo terapéutico de la clasificación ATC, otras agrupaciones para permitir la comparabilidad con otros trabajos, como la distinción entre antipsicóticos típicos y atípicos. El resto de variables por las que se consolida la información, junto con los niveles de buceo definidos para las mismas son: Zonas, Áreas Sanitarias y Total de Extremadura; Grupos quinquenales de edad y total edades; por sexo y total de ambos sexos.

Indicadores calculados: Para cada posible asociación de estas variables se calculó: Totales de Pacientes, DDD y gasto; además de los siguientes indicadores de comparación: tasa de pacientes, promedio de DDD y gasto, y los tradicionales indicadores: DHD y coste por DDD. Todos ellos se presentaron como tasas y promedios tanto brutos como ajustados por edad y sexo.

Imputación del consumo no cruzado: El consumo no imputable a un usuario concreto por faltar el CIP o no ser este válido, se agrego por principio. Para cada principio, se calculó el número de pacientes que hubieran consumido el total de DDD no cruzados, aplicando el promedio de DDD por paciente estimado para el total de Extremadura (todas las edades y ambos sexos) calculado con solo los datos sí cruzados. El total de Pacientes, DDD y gasto no cruzados

de cada principio se prorrateó a cada [Grupo de edad-sexo-zona] según el peso de sus pacientes, DDD y Gasto respectivamente, en el total regional si cruzados.

Proceso de datos realizado: Se optó por realizarlo con MS Access. Para facilitar el manejo de los resultados por los usuarios finales, la explotación se diseñó de forma que los resultados se reunieron al final en solo dos únicas tablas que incluyen, ya consolidados, los valores de los indicadores para cada posibles variación de las variables de análisis a todos los niveles de buceo de las mismas.

Herramienta para los usuarios finales: Se realizó en MS Excel. Mediante consultas totalmente parametrizadas muestra los resultados en tablas y gráficos dinámicos. Los mapas se realizaron en Arcview 3.2 donde ya se disponía, de trabajos previos, de las coberturas por Zonas de Salud.

- **CONCLUSIONES:**

El 28% del consumo que no se ha podido imputar a pacientes concretos difiere del sí imputado de manera estadísticamente significativa pero en proporciones no relevantes para el propósito del estudio.

Mayores son las limitaciones de interpretación que impone en si misma la propia metodología utilizada para estimar prevalencia de patologías; como: No incluir el consumo hospitalario ni privado; comprar no es igual a consumir; mal uso de las receta; múltiples indicaciones, incluso distintas a las definidas; diferencia entre dosis definidas y habituales; incumplimientos terapéuticos; baja cobertura terapéutica de la prevalencia real; desigual duración de los tratamientos; distintas dosis en niños y en ancianos (aunque soluciones como la nuestra lo soslayan en parte); etc.

Confirma la posición relativa de Extremadura en el incremento de consumo de ansiolíticos y en el cambio hacia los antipsicóticos de nueva generación; ya conocida por otros trabajos (García de Pozo 2004, Codoñer 2004, Girona-Brumós 2006). Pero además las detalla perfectamente por zonas sanitarias; demostrando que la gran variabilidad observada en las comparaciones regionales o nacionales continúa y se acrecienta a nivel de Zonas de Salud. Ayuda a visualizar el efecto de la política de genéricos y el uso racional de psicofármacos en las distintas Áreas Sanitarias, demostrando así su utilidad potencial como herramienta de gestión sanitaria.

Pero otros hallazgos nos cuestan más interpretarlos, como el descenso del consumo de antidepresivos observado en los últimos grupos de edad. O que la prevalencia anual de consumidores de ansiolíticos sean tres o cuatro veces superior a la prevalencia de depresión informada en estudios basado en encuestas, como el ESEMeD-España (Haro 2006).

Una conclusión si nos parece clara: Para sacar sus potencialidades (conocimiento) a los grandes sistemas de información que se están desarrollando actualmente, no son relevantes los esfuerzos técnicos, sino los de comprensión de la realidad que esos sistemas intentan capturar.

