

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD MENTAL**

**TESIS**

---

*“Consumo de antidepresivos:  
Estudio descriptivo de su utilización en la población del  
Programa Federal de Salud de la CABA”*

**Tesista: Prof. Lic. Paula Andrea Andino**

**Director: Dr. Hugo Barrionuevo**

**Co-director: Dr. David Silva**

**Buenos Aires, noviembre 2011**

---

## **Presentación**

La presente investigación se enmarca dentro de los estudios de uso racional de medicamentos. La metodología de trabajo utilizada es a través del estudio de recetas archivadas luego de la dispensa de medicamentos, en este caso a la población beneficiaria del Programa Federal de Salud (Profe) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del año 2006.

En la **Introducción** se fundamenta el tema seleccionado y se identifica el problema a investigar.

En el **Capítulo 2** se presenta el objetivo general y los objetivos específicos.

En el **Capítulo 3** se da cuenta de los elementos teóricos desde los cuales se abordó el estudio. La farmacoepidemiología, la clasificación de los medicamentos, la medicación antidepresiva y los métodos de cuantificación. También se presenta una síntesis de trabajos referidos al uso de antidepresivos.

En el **Capítulo 4** se exponen los aspectos metodológico-operativos del presente trabajo y el uso de recetas como fuente de información.

En el **Capítulo 5** se disponen los resultados del trabajo. En primer lugar se muestra el análisis de la población Profe y luego el perfil de utilización de la medicación en general y en particular de los antidepresivos, analizando las variables de tipo y cantidad de droga, edad y sexo de los pacientes y duración de los tratamientos. Al cierre del capítulo se identifican, a título de hallazgo, algunas asociaciones peligrosas e irracionales encontradas en la investigación.

En el **Capítulo 6** se presentan las conclusiones y se efectúan recomendaciones que se espera contribuyan al uso racional de psicofármacos. También se identifican nuevos interrogantes y líneas de acción para futuras investigaciones y mejoras en la gestión de los medicamentos, en este caso de la medicación antidepresiva.

Finalmente se incluye la bibliografía consultada y se anexan las tablas de distribución de dosis diarias definidas para cada antidepresivo dispensadas según sexo y rango etáreo; y las tablas de distribución de tratamientos por rango de días y sexo para cada antidepresivo. Ambas tablas constituyen una ampliación de las presentadas en el capítulo 6 por grupos de antidepresivos.

# Contenido

---

<b>1. Introducción</b>	<b>4</b>
<b>2. Objetivos</b>	<b>9</b>
2.1. Objetivo general	9
2.2. Objetivos específicos	9
<b>3. Marco teórico</b>	<b>10</b>
3.1. La Farmacoepidemiología	10
3.2. La clasificación de medicamentos	11
3.3. La medicación antidepresiva	11
3.4. Métodos de cuantificación	14
3.5. Antecedentes	17
<b>4. Metodología</b>	<b>23</b>
4.1. El uso de recetas como fuente de información	23
4.2. Aspectos metodológico-operativos del presente trabajo	23
<b>5. Utilización de antidepresivos en población Profe</b>	<b>29</b>
5.1. Análisis de la población Profe CABA 2006	29
5.2. Uso de medicamentos	30
5.3. Uso de drogas antidepresivas y beneficiarios	31
5.4. Distribución de antidepresivos por envase, mg y DDD	34
5.5. Distribución de DDD según sexo, rango etario y tipo de antidepresivo	35
5.6. Duración de los tratamientos	40
5.7. Distribución de DDD dispensadas por mes	42
5.8. DDD dispensadas, pacientes: promedio de dispensas	44
5.9. Otros consumos	48
<b>6. Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>50</b>
<b>7. Bibliografía</b>	<b>53</b>
<b>8. Anexo : tablas adicionales</b>	<b>55</b>
8.1. Anexo I	55
8.2. Anexo II	62

## 1. Introducción

Las investigaciones indican que la prevalencia de los trastornos mentales es superior al 10% y que una de cada 4 personas sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida (Organización Mundial de la Salud -OMS-, 2001). Respecto de la carga que representa este grupo de problemas podemos citar como ejemplo que en los EE.UU. la asistencia de las enfermedades mentales insume casi un tercio del gasto, superando al del conjunto de todos los tipos de cáncer.

El “Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile-2005” concluye que la prevalencia de la Discapacidad en ese país es del 12.9%, con una distribución por sexos de 58.2% en mujeres y 41.8% en hombres. Una de cada 7 mujeres y uno de cada 9 hombres presenta esa condición en la población chilena.

En Argentina, la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) - Complementaria del Censo 2001- determina que la población con Discapacidad representa el 7.1% de la población total que vive en localidades de 5.000 habitantes y más, siendo la prevalencia por sexos levemente superior en las mujeres (7.3%) que en los varones (6.8%). Según la ENDI, las discapacidades mentales representan el 12.1% del total de las discapacidades (7.1% de la población total).

### ¿Por qué antidepresivos?

El informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS del año 2001 señala que “la depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía, pérdida de la confianza y la autoestima, un sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, una menor capacidad de concentración, y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. También pueden existir síntomas somáticos. Sólo debe formularse el diagnóstico de trastorno depresivo cuando los síntomas superen un umbral y duren al menos dos semanas. Generalmente es episódica pero puede ser recidivante o crónica.”

Respecto de su distribución en la población, el citado informe nos dice que es más frecuente en las mujeres que en los varones, estimando la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar en 1,9% en la población masculina y del 3,2% en la femenina. Asimismo se estima que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las

mujeres experimentarán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses. Estas cifras de prevalencia varían entre poblaciones y pueden ser más elevadas en algunas de ellas. El trastorno depresivo unipolar representa una carga enorme para la sociedad y está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades: es responsable del 4,4% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). También es la causa principal de años perdidos por discapacidad (APD): 11,9% del total de APD. En el grupo de 15 a 44 años es la segunda causa de carga, y responsable del 8,3% de los AVAD perdidos. Estas estimaciones demuestran claramente el altísimo nivel de carga atribuible hoy día a la depresión. El Informe también agrega que “para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5,7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos. En el mundo, sólo será superada en AVAD perdidos para ambos sexos por las miocardiopatías. En las regiones desarrolladas, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad.”

El Informe también explica: “La depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la incidencia es mayor en la madurez.” A pesar de ello, señala que “cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultos jóvenes”. Es casi siempre un trastorno episódico y recurrente; cada episodio suele durar entre unos meses y unos años, con un periodo de normalidad entre ellos. Sin embargo, “aproximadamente en el 20% de los casos la depresión sigue una evolución crónica sin remisiones” sobre todo “cuando no se dispone de un tratamiento apropiado.” La tasa de recurrencia en los pacientes que se recuperan del primer episodio ronda el 35% en los dos años siguientes y el 60% a los 12 años.

En la Argentina, la publicación del Ministerio de Salud de la Nación del año 2010, “Estimación de la Población afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina”, estima que 6.193.979 personas de más de 15 años padece algún trastorno mental. La publicación cita el estudio realizado por Rodríguez, J.; Khon, R.; Levav, I.; “Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe”, en Salud Mental en la Comunidad 2009, donde se informa que los dos trastornos más significativos lo constituyen el abuso o dependencia de alcohol (sobre todo en hombres) con una tasa de 5.6% y la

depresión mayor con una prevalencia de 5.4%, 7.1% para mujeres y 3.5% para hombres.

Los antidepresivos constituyen uno de los grupos farmacológicos en mayor expansión del consumo (muchos de ellos “drogas estrellas”). Debido a las nuevas indicaciones de estos fármacos (en trastornos de ansiedad, dolor, etc.), la mayor detección de depresión en el primer nivel de atención, la conciencia de quienes la padecen de que es una enfermedad tratable, la mayor tolerabilidad y menor toxicidad de las moléculas (que la hace más accesible al clínico) y la alta prevalencia, hacen preveer que esta tendencia de consumo en aumento se mantenga (Grandfils et. al, 2002).

En los últimos 20 años se ha constatado un incremento en el uso de los psicofármacos y especialmente de los antidepresivos y ansiolíticos, tanto en la atención primaria como en la atención especializada, en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Este incremento está asociado a una mayor disponibilidad en el mercado, fuerte difusión de los criterios diagnósticos y de prescripción (especialmente dirigida por los laboratorios), buena respuesta clínica en general, y menor toxicidad y trastornos secundarios especialmente dentro del grupo de los antidepresivos denominados ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) en comparación con los primeros antidepresivos del mercado.

La identificación y cuantificación del uso de antidepresivos permite recoger información sobre el uso correcto en dosis y duración de los tratamientos. Realizar el seguimiento tanto del uso de psicofármacos como de la continuidad de tratamiento son aspectos esenciales de un programa integral en salud mental, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

La evolución de los trastornos depresivos se agrava sin un tratamiento adecuado y oportuno, aumentando la mortalidad y la discapacidad a largo plazo. Para evitar este desenlace los sistemas asistenciales deben tener la capacidad de identificar a los pacientes portadores de estas patologías y garantizar el abordaje temprano y la continuidad de su tratamiento, ya que el motivo más frecuente de recaídas y de mayor deterioro tanto biológico como familiar y social, es el incumplimiento o abandono de tratamiento.

## ¿Por qué el Programa Federal de Salud?

El Programa Federal de Salud (Profe), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, tiene por objetivo brindar cobertura médico integral a los beneficiarios de pensiones no contributivas otorgadas por la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación o de pensiones graciables (se obtienen a partir de la gestión de una autoridad estatal). La Dirección Nacional de Prestaciones Médicas dependiente del Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo la ejecución del Programa Federal de Salud (Profe-Salud).

Las pensiones no contributivas se otorgan fundamentalmente a madres de más de 7 hijos, personas mayores de 70 años sin otra cobertura social, personas con invalidez, discapacidad o por leyes especiales (premios literarios, etc.).

El Profe tiene como objetivo la gestión de la cobertura médica de sus beneficiarios.

Los beneficiarios titulares, pueden incorporar como grupo familiar a:

- Cónyuge / Concubino.
- Hijos menores de 18 años.
- Menores bajo guarda o tutela.
- Hijos mayores de 18 años con incapacidad igual o superior al 76%.

El Programa Federal de Salud posibilita que una porción importante de población en situación de pobreza y con alta carga de morbilidad acceda a una cobertura de salud gratuita y sin topes acorde a sus necesidades. La misma no se reduce a la asistencia médica sino que, considerando los factores económicos, ambientales y culturales de esta población, permite el acceso a los medicamentos e insumos al 100% de cobertura para que la escasez de recursos económicos no constituya una limitante en la prosecución de un tratamiento.

El Programa Federal de Salud se ejecuta a partir de un modelo de gestión que reúne las siguientes características:

- a) Enfocado en la atención médica a una población diferencial, en general con riesgo asistencial y realidades diversas según jurisdicción.
- b) Fortalecimiento del subsector público con el aporte financiero del

Programa que incluso importa la subsistencia en condiciones de operatividad del hospital público regional.

- c) Profundización del contenido federal.
- d) Descentralización presupuestaria y de gestión: transferencia financiera del presupuesto asignado al Programa desde el Ministerio de Salud de la Nación.
- e) Ejecución a nivel provincial: suscripción de convenios entre Nación y las Provincias para la cobertura médico asistencial de los afiliados con ejecución local.
- f) Control de aspectos prestacionales, presupuestarios y jurídicos desde la Nación a través de la asistencia técnica, la supervisión y la auditoría: la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas monitorea y audita el cumplimiento de los convenios.

El Nivel Central del Profe-Salud a través de cada Jurisdicción Provincial, conforma una Red de Prestadores preferentemente públicos, asegurando la atención médica integral en el marco de una infraestructura calificada y suficiente de acuerdo al modelo prestacional establecido por el Profe-Salud.

Asegurar la accesibilidad y el uso racional de los mismos para la población es una acción fundamental dentro de los planes de salud mental. Los recursos son finitos, por lo cual deben utilizarse de manera eficiente para lograr un máximo beneficio sobre la salud de la población.

El presente trabajo se propone entonces responder a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características del consumo de la medicación antidepresiva en la población del Programa Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación?

## **2. Objetivos**

### ***2.1. Objetivo general***

El objetivo del trabajo es caracterizar la utilización de antidepresivos, tomando como caso la población beneficiaria de un Programa de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Nación que brinda cobertura a población vulnerable a nivel nacional, el Programa Federal de Salud (PROFE).

### ***2.2. Objetivos específicos***

1. Describir la prescripción de antidepresivos según las variables de edad, sexo y tipo de droga
2. Describir la prescripción de antidepresivos según la duración de tratamiento
3. Analizar la prescripción de antidepresivos según tipo de droga, edad y sexo
4. Analizar la duración de los tratamientos según el tipo de antidepresivo prescripto

Para responder a la pregunta de investigación se realizó un trabajo epidemiológico descriptivo retrospectivo, a través del análisis del perfil de todas las recetas médicas dispensadas a la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires beneficiaria del Programa Federal de Salud, durante el año 2006.

Por otro lado, los objetivos propuestos están en relación con los objetivos de la carrera ya que uno de estos dice: "Promover trabajos de investigación que contribuyan al conocimiento del proceso de salud y enfermedad mental, los servicios destinados a la Salud Mental y los condicionantes que deben tenerse en cuenta para la elaboración de políticas específicas." La investigación se desarrolló dentro del marco de la Gestión en Salud Mental y se espera contribuya en el diseño de políticas en salud mental.

### 3. Marco teórico

#### *3.1. La Farmacoepidemiología*

El medicamento constituye un importante determinante de la salud de la población, y de ellos depende en buena medida la capacidad actual de la Medicina para prevenir, detener, revertir o modificar el curso natural de las enfermedades.

Los estudios epidemiológicos que tienen su centro de interés en el medicamento se pueden agrupar dentro de una disciplina conocida como Farmacoepidemiología, la cual se define como "*la aplicación del razonamiento, métodos y conocimiento epidemiológico al estudio de los usos y los efectos de los medicamentos en las poblaciones humanas*" (J de Abajo, Francisco) y surge de la "fusión" de la Farmacología Clínica (que presta el contenido: el uso de medicamentos en el ser humano) con la Epidemiología (que presta su método). Aplicando los conocimientos de la farmacología clínica y de la epidemiología el consumo de medicamentos puede convertirse en un indicador indirecto para medir la prevalencia de ciertas enfermedades.

Saber cuánto y cómo se utilizan los medicamentos, e intentar mediante estudios de intervención apropiados modificar su uso orientándolo desde lo irracional a lo racional, es un objetivo de la Farmacoepidemiología.

La investigación farmacoepidemiológica permite entonces a partir del consumo de los medicamentos, evaluar aspectos relacionados con la racionalidad del uso de los mismos, la adecuación de su prescripción según guías de tratamiento y categorización diagnóstica y la realización de agrupamientos de pacientes a modo de screening para establecer luego prevalencia de patologías y estrategias de seguimiento focal.

Dentro de esta disciplina y para el presente trabajo, se tomó especialmente el apartado de Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM) y particularmente aquellos que tienen como unidad de medida la Dosis Diaria Definida (DDD), entendida como la dosis media diaria de mantenimiento de un fármaco cuando este se usa en su principal indicación, en adultos y por una vía de administración determinada.

### ***3.2. La clasificación de medicamentos***

Existe una gran multiplicidad de criterios para clasificar los medicamentos, siendo los utilizados con mayor frecuencia:

- según cómo actúan, por categorías fármaco terapéuticas;
- según las enfermedades para las que están indicados, por categorías diagnósticas;
- según su estructura, por grupos químicos; etc.

Así, una clasificación por categorías fármaco terapéuticas incluiría analgésicos, antiácidos, antiartríticos, antiinfecciosos, diuréticos, etc. Una clasificación por categorías diagnósticas estaría formada por grupos como «hipertensión arterial», «artritis y reumatismo», «diabetes», etc. Cada clasificación tiene sus ventajas e inconvenientes y su utilidad depende de la aplicación que se le quiera dar.

Para el presente trabajo se seleccionó la categoría que los agrupa por diagnóstico (en este caso Antidepresivos) y, una vez separados, se los clasificó para su análisis según su mecanismo de acción.

### ***3.3. La medicación antidepresiva***

La psicofarmacología ha tenido su mayor desarrollo en el último medio siglo. Hasta comienzos de la década del '50 la posibilidad de utilizar drogas específicas para el tratamiento de las enfermedades mentales no era considerada. Las medicaciones de ese entonces sólo tenían efectos sedativos inespecíficos.

En 1952 Delay y Deniker en el hospital Saint Anne de París comienzan a usar la clorpromacina y descubren que tiene un notable efecto sobre la agitación, el delirio, el autismo, y la sintomatología afectiva de los pacientes esquizofrénicos.

Buscando nuevos neurolépticos se ensaya una molécula, un imidodibencilo con una cadena lateral similar a la clorpromacina, la imipramina, la cual resultó inútil para la esquizofrenia pero mostró que los pacientes esquizofrénicos que se trataron durante el ensayo habían mejorado su ánimo: así nacen los antidepresivos. Luego de la aparición del primer antidepresivo, la imipramina,

comienzan a surgir diversas moléculas, todas ellas del mismo grupo químico por lo que se las denominó tricíclicos. Estos antidepresivos pusieron de manifiesto que para mejorar los síntomas depresivos era necesario actuar sobre las vías serotoninérgicas, noradrenérgicas y dopaminérgicas. Es en vistas a estos hallazgos que se comienzan a difundir las teorías monoaminérgicas de la depresión que, con algunas modificaciones, aun siguen vigentes en nuestros días. En la década de 1960 aparece la tranilcipromina, un inhibidor de la monoaminoxidasa que si bien presentaba una alta efectividad para el tratamiento de los síntomas depresivos la restricción dietética que se imponía a los pacientes que lo consumían lo hacían riesgoso, ya que transgresiones alimentarias significaba la posibilidad de picos hipertensivos, por lo que fue reservada para casos refractarios al tratamiento con tricíclicos. Si bien estos antidepresivos fueron muy útiles en los tratamientos, el perfil desfavorable de efectos adversos y su potencialidad de producir la muerte en sobredosis restringía su uso sólo en los pacientes más graves y resistentes y administrados casi en exclusividad por los especialistas, lo que dejaba fuera de tratamiento a la gran mayoría de los pacientes que sufrían depresión leve o moderada.

El gran cambio se produce a mediados de los 80 cuando hace su aparición un nuevo grupo químico: los inhibidores de la recaptación de la serotonina y su primer exponente, la fluoxetina (Prozac). Con un perfil de efectos adversos benigno, baja potencialidad de producir la muerte en sobredosis y la cómoda posología de una toma diaria se masifican los tratamientos de la depresión y ahora sí, además de los pacientes atendidos por los especialistas también llegan a los pacientes de atención primaria ya que los médicos de familia “se animan” a utilizarlos. Con esto se produce una revolución en el tratamiento de la depresión ya que según algunos estudios actualmente el 80 % de los pacientes deprimidos pueden ser tratados en Atención Primaria de la Salud, con la mayor accesibilidad y reducción de costos que esto supone.

Actualmente se encuentra en el mercado una variada cantidad de antidepresivos de diferentes mecanismos de acción para los diferentes perfiles de pacientes y que posibilitan adecuar el tratamiento según la sintomatología predominante y tolerabilidad de cada uno.

A diferencia de los antipsicóticos o el trastorno bipolar, en los que los pacientes en

general requieren tratamiento de por vida, o de las benzodiacepinas, que no deberían utilizarse más que unas pocas semanas, en el caso de los antidepresivos existe una gran amplitud sobre el tiempo en que debe indicarse un antidepresivo. Algunas guías de tratamiento de la Depresión –como por ejemplo las Guías de la WFSBP (*World Federation of Societies of Biological Psychiatry*), recomiendan un tratamiento de mantenimiento no menor a cinco o diez años en pacientes recurrentes que no presenten riesgo, es decir, con episodios más severos, y especialmente cuando dos o tres intentos para suspender la medicación han sido infructuosos. Otros trastornos permitirían el tratamiento solo por el tiempo que se encuentren presentes los síntomas.

### **Indicaciones de Antidepresivos**

- Trastornos depresivos
  - Episodio depresivo mayor unipolar
  - Episodio depresivo mayor bipolar
  - Distimia
- Trastornos de Ansiedad
  - Trastorno de pánico
  - Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)
  - Trastorno de Ansiedad Generalizada
  - Trastorno por estrés postraumático
  - Trastorno de Ansiedad Social
- Trastornos de la conducta alimentaria
  - Bulimia nerviosa
  - Trastorno por atracones
  - Anorexia nerviosa
- Síndromes dolorosos (dolor crónico)
- Trastorno límite de personalidad
- Agitación, agresión y trastornos de conducta
- Abuso de sustancias
- Eyaculación precoz
- Insomnio
- Enuresis
- Autismo y mutismo selectivo
- Esquizofrenia

Los primeros antidepresivos (ATD) llamados "tradicionales o clásicos" fueron los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la enzima monoaminoxidasa (IMAO). Demostraron ser eficaces en alrededor de un 70% de los pacientes deprimidos, con una latencia para la aparición del efecto terapéutico de entre 2 y 6 semanas siendo peligrosos en sobredosis y pudiendo presentar numerosos efectos adversos por bloqueo de receptores histaminérgicos H1, colinérgicos M1 y adrenérgicos Alfa1. Además de ser cardiotoxicas (ATC) y descender el umbral convulsivo (ATC) presentaban numerosas interacciones con otras drogas (ATC e IMAO) y con los alimentos (IMAO).

De la década de los 70 a nuestros días se desarrollaron diversas teorías acerca del funcionamiento de los ATD. En los últimos años se considera que cualquier modelo propuesto para las acciones de los ATD debe dar cuenta de su particular perfil temporal de acción, y las modificaciones a nivel genómico que la prolongada administración de esta droga produce. Los ATD producen bloqueo de algunos receptores, y también inhiben la recaptación de varios neurotransmisores.

A partir de estos desarrollos desde la última década del siglo XX se ha generado una profunda reconceptualización sobre el tratamiento de las enfermedades mentales que aún hoy en día está en pleno proceso de desarrollo.

### ***3.4. Métodos de cuantificación***

En 1966 y 1967 Engel y Siderius realizaron el primer estudio comparativo internacional de utilización de medicamentos. Estos autores prepararon un informe sobre el uso de medicamentos en seis países, y a pesar de que aplicaron métodos rudimentarios, ya pudieron poner de relieve amplias diferencias en los patrones de uso. Los resultados de esta comparación fueron presentados en una reunión de investigadores interesados en los aspectos sociales y culturales del uso de medicamentos, realizada en Oslo en 1968. A partir de este momento se desarrolla fuertemente la investigación sobre utilización de medicamentos, inicialmente en los países nórdicos, Irlanda del Norte y Checoslovaquia. En los años setenta, y como continuación de la citada reunión de Oslo, se constituye y amplía el *Drug Utilization Research Group* (DURG), un grupo pluridisciplinario de investigadores interesados en esta cuestión, promovido y coordinado por la Oficina Regional Europea de la OMS.

Para llevar a cabo Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM), es preciso contar con indicadores adecuados que permitan realizar comparaciones de los resultados en el ámbito nacional e internacional. El primer indicador usado fue el número de envases consumidos de una especialidad concreta, por ser una fuente de datos fácil de obtener y manejar.

El número de envases (que ya supone un obvio avance respecto del número de recetas o líneas de un producto en una receta) no contempla variables tan básicas como el tamaño o la dosificación, con lo que se le da el mismo valor a envases que pueden tener una cantidad total de principio activo, y por tanto un número de tomas o de administraciones, muy diferente. Por otra parte, incluso aunque se pudiera medir el consumo exacto en unidades físicas (mg, g, UI, etc.), no se podría usar para comparar consumos de diferentes principios activos entre sí, por sus diferencias de potencia.

El consumo en importe no guarda relación con la significación farmacoterapéutica del consumo, sino que sólo expresa la importancia económica del gasto farmacéutico; cumple por tanto su función, pero no sirve para describir cualitativamente el consumo, aspecto que más interesa desde un punto de vista sanitario. Asimismo, el precio de los medicamentos está sujeto a oscilaciones en el tiempo, por medidas administrativas de intervención de precios o por el juego propio del mercado; y además, medicamentos con composiciones idénticas pueden tener precios muy diferentes. Por supuesto, no es válido para comparaciones internacionales.

Estos parámetros son útiles para algunas aplicaciones, sobre todo administrativas y de política sanitaria. Sin embargo, para realizar una aproximación epidemiológica al consumo de un determinado fármaco o grupo terapéutico, a menudo interesa utilizar una unidad de medida que permita realizar comparaciones del consumo dentro de un mismo país a lo largo del tiempo sin influencias como los cambios de precio o las modificaciones del formato. Lo mismo ocurre cuando se realizan comparaciones internacionales o interregionales.

A partir de 1975 fue creado en Suecia el *Nordic Council on Medicines* que planteó como primer objetivo la coordinación de cifras sobre el consumo de medicamentos en los países nórdicos, publicando la Dosis Diaria Definida de los medicamentos

registrados en Noruega

La Dosis Diaria Definida (DDD) es una unidad técnica internacional de medida y comparación del consumo de fármacos. Es un parámetro de medida de la cantidad de medicamento consumido, que trata de paliar las deficiencias que presentan los parámetros clásicos usados hasta ese momento: importe económico y número de envases o de recetas.

Su definición es la siguiente:

La DDD es la unidad técnica de medida y comparación que equivale a la dosis media diaria de mantenimiento cuando se utiliza en su indicación principal, por una vía de administración determinada, expresada en cantidad de principio activo

A partir de la DDD, es posible realizar otros tipos de indicadores. Para medir el consumo en DDD—, se debe calcular previamente la cantidad media de principio activo diario, expresada en unidades físicas (mg, UI, etc.) y luego dividir esa cantidad por la DDD de ese principio activo, expresada en la misma unidad:

$$\text{Nº de DDD utilizados} = \frac{\text{Cantidad de p. activo en unidades físicas (mg,...)}}{\text{DDD del principio activo estudiado}}$$

La cuantificación del consumo de medicamentos puede ser abordada desde distintos enfoques, que dependen fundamentalmente de las aplicaciones del análisis que se realiza. El consumo de medicamentos se puede expresar entonces en términos de gasto o bien en número de envases, en unidades físicas y en DDD.

Los antidepresivos incluidos para el análisis son listados en la tabla siguiente. Las DDD son las que define la *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*.

### Antidepresivos analizados

Droga	DDD
1. Amitriptilina	75
2. Bupropion	300
3. Citalopram	20
4. Clomipramina	100
5. Desimipramina	100
6. Duloxetina	60
7. Escitalopram	10
8. Fluoxetina	20
9. Fluvoxamina	100
10. Imipramina	100
11. Mianserina	60
12. Milnacipran	100
13. Mirtazapina	30
14. Moclobemida	300
15. Nortriptilina	75
16. Paroxetina	20
17. Reboxetina	8
18. Sertralina	50
19. Tianeptina	38
20. Tranilcipromina	10
21. Trazodone	300
22. Venlafaxina	100

Fuente: elaboración propia en base a datos de la OMS<sup>1</sup>

### 3.5. Antecedentes

A través de la Búsqueda Bibliográfica de la BVS ([www.bvsalud.org](http://www.bvsalud.org) y [www.bireme.br](http://www.bireme.br)), se accedió a LILACS, Medline, la biblioteca electrónica SciELO, la Biblioteca Cochrane – medicina basada en evidencias, las bases de datos especializadas y de organismos internacionales. Se utilizaron los siguientes descriptores: *[MH] ("Pharmacoepidemiology" or "Drug Evaluation" or "Drug Utilization" or "Drug Utilization Review") and "Antidepressive Agents"*. Fueron encontrados 441 artículos, sobre los cuales se hizo una primera revisión y se seleccionaron 52 artículos. Se dejaron de lado los que son propios de la temática de adolescencia, suicidio, diabetes, embarazo, y los que están en idioma húngaro,

<sup>1</sup> WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology : [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/?code=N06A](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=N06A)

noruego, ruso y japonés. Se efectuó una nueva revisión y se analizaron en profundidad 14 artículos de los 52 seleccionados previamente.

El término Dosis Diaria Definida no es un descriptor mesh/ DeCS, por lo cual se realizó la búsqueda en el buscador general de Bireme: Antidepressive Agents and Defined Daily Dose, que arrojó 47 resultados.

A continuación se brinda una síntesis general de la revisión realizada a través de la BVS:

- Se detectó un incremento en las prescripciones en la última década de antidepresivos en la población en general y también en particular en los mayores de 65 años, con la introducción de los IRSS. STEPHEN, Newman.; SCHOPFLOCHER, Don. 2008. *"Trends in Antidepressant Prescriptions Among the Elderly in Alberta During 1997 to 2004"*. La Revue canadienne de psychiatrie, vol. 53, n° 10: 704-707, octubre.
- El Uso de Antidepresivos en personas mayores de 65 años aumenta con la edad y la proximidad a la muerte. Se encontró que un 33% de mujeres y un 25% de hombres recibieron ATD en los últimos 6 meses. HANSEN, D. G; ROSHOLM, J.; GICHANGI, A.; VACH, W., 2007. *"Increased use of antidepressants at the end of life: population-based study among people aged 65 years and above"*. Age and Ageing, publicada por Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society, 36: 449-454, mayo.
- No se encuentran evidencias de prescripciones "automáticas" de sertralina en relación a los patrones de prescripción de otros SSRi más viejos. Otros IRSS son frecuentemente recetados para un diagnóstico diferente al de depresión. MEIJER, W.; HEERDINK, E.; PEPPLINKHUIZEN, L.; VAN EIJK, J.; LEUFKENS, H. 2001. "Prescribing patterns in patients using new antidepressants". Blackwell Science Ltd Br J Clin Pharmacol, 51: 181-183, october.
- El consumo de antidepresivos en Lituania se incrementó en un 30.55% en un periodo de 3 años, alcanzando las 10.00 DDDs/ 1000 personas. Desde el 2002 el uso de SSRi se incrementó en un 27.32% y el uso de tricíclicos decayó el 10.78% mientras que el uso de otros más nuevos se expandió casi tres veces. KADUSEVICIUS E; MIKUCIONYTE L; MACIULAITIS R; MILVIDAITE, I;

- SVEIKATA, A. 2006. "Trends in the consumption of antidepressant drugs in Lithuania in 2002-2004". *Medicina (Kaunas)*;42(12):1020-9, diciembre.
- Otro estudio investiga la asociación entre el uso de medicamentos cardiovasculares y el aumento del consumo antidepresivos en mayores de 75 años. Luego del ajuste por edad, sexo, otras drogas no se encontró la asociación citada. Sin embargo focalizando especialmente en los betabloqueantes, los resultados indican que el propranolol es el betabloqueante más asociado al uso de ATD en ancianos. JOHNELL, K.; FASTBOM, J. 2008. "*The association between use of cardiovascular drugs and antidepressants: a Nationwide register-based study*". *Eur J Clin Pharmacol* 64: 1119-1124, agosto.

Los siguientes trabajos se incluyen para completar el relevamiento bibliográfico, aunque no contienen los descriptores señalados. Se destaca especialmente las investigaciones argentinas en Corrientes y Gral. Pueyrredón, por utilizar la misma metodología que el presente trabajo.

- "Temprana interrupción de antidepresivos en práctica general": en este trabajo se intenta analizar si la discontinuación temprana de los tratamientos antidepresivos en pacientes que utilizan el tratamiento por primera vez en la práctica general se puede predecir por (i) la posición social y la historia psiquiátrica del paciente; y (ii) por la demografía, la práctica y el comportamiento general de las prescripciones en la práctica general. Uno de cada tres pacientes no consumía antidepresivos en los 6 meses posteriores a la primera prescripción, pero las tasas fueron mayores en aquellas prescripciones con antidepresivos tricíclicos comparados con aquellos de nueva generación. La edad y el sexo no tuvieron influencia, pero sí el estatus socio-económico bajo y pacientes prescriptos en prácticas caracterizadas con una alta tasa de prescripciones. No hubo asociación con la historia psiquiátrica. *Fam Pract.* 2004 Dec;21(6):623-9. Epub 2004 Nov 1. Hansen DG, Vach W, Rosholm JU, Søndergaard J, Gram LF, Kragstrup J. Early discontinuation of antidepressants in general practice: association with patient and prescriber characteristics.

- La Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste- Corrientes- Argentina realiza un estudio farmacoepidemiológico, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población de referencia estuvo constituida por los afiliados y adherentes del Instituto de de Servicios Sociales de la Universidad Nacional del Nordeste (ISSUNNE), con un total de 11.174 beneficiarios. La muestra se realizó sobre 1605 recetas. Utiliza la Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC), el Sistema de Dosis Diaria Definida (DDD), y la Unidad de Dosis (UD), para las combinaciones, adoptado por el Grupo de Investigación en Utilización de Medicamentos (DURG) de la O.M.S. Los objetivos fueron: 1. Dar a conocer los grupos de fármacos más prescritos en el ISSUNNE, 2. Valorar los perjuicios que los medicamentos pueden provocar y las patologías asociadas que pudieran aparecer a raíz de una terapéutica farmacológica irracional, 3. Promover la utilización racional de los medicamentos. De acuerdo con la Primer Clasificación ATC, el Grupo de fármacos de mayor utilización considerando el número total de DDDs consumidas en un año en el ISSUNNE, corresponde a los medicamentos de acción sobre el Sistema Nervioso Central, incluido analgésicos, y el tercer grupo a drogas del Aparato Cardiovascular. Entre las primeras 50 drogas de mayor prescripción existen 5 ansiolíticos derivados benzodiazepínicos. Considerando a los fármacos según el valor Intrínseco Terapéutico y discriminados por edad, se observa que alrededor del 58% son de valor elevado y el 42% de valor Relativo, Dudoso/Nulo o Inaceptable (5%, 15% y 22% respectivamente). Instituto de Investigaciones Biofarmacológicas- Cátedra de Farmacología- Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste- Corrientes- Argentina. Morales, Sergio D.- Espíndola, Jorge H.- Crenna, Vanina M.- Malgor, Luis, A.- Valsecia, Mabel E.: "Estudio de Utilización de Medicamentos en el Instituto de la Seguridad Social de la UNNE-ISSUNNE".
- En Mar del Plata se analizó la prescripción de psicofármacos a los afiliados de cuatro mutuales de la ciudad, dispensados a través de farmacias comunitarias, durante el periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2000 y el 1° de febrero de 2001. Se procesaron 179.660 recetas, de las cuales el 17,08% (30.681 recetas) contenía psicofármacos (3,53% 6337 recetas, indicadas por psiquiatras y 13,55% 24344 recetas, por médicos generales). La cantidad de

envases con psicofármacos fue de 35.552 unidades, donde las benzodiazepinas representaron el 64,58% (22961 envases), los antidepresivos el 23,61% (8394 envases), los antipsicóticos el 7,52% (2672 envases) y los hipnóticos el 4,29% (1525 envases). Para las benzodiazepinas, los hipnóticos y los antidepresivos se comprobó un amplio predominio de prescripción por los médicos generales, tendencia que para los antipsicóticos se iguala en haloperidol y se invierte para risperidona y otros atípicos, por una pequeña diferencia a favor de los psiquiatras. La población estudiada está compuesta por personas en edad activa, en su mayoría con familia a cargo, escasa presencia de adultos de tercera edad, adultos jóvenes y niños en menor proporción. Estas obras sociales están integradas por trabajadores en relación de dependencia, voluntarios y estudiantes, en un número aproximado de 60.000 afiliados totales. El perfil de prescripción hallado en este período evidencia que las dolencias prevalentes responden a los diagnósticos de ansiedad, depresión, trastornos psicóticos y trastornos del sueño, en ese orden por consumo decreciente. Acta Farm. Bonaerense 23 (2): 220-5 (2004).

Colegio de farmacéuticos de General Pueyrredón, Pcia. De Bs.As: Milazzo, José D y Perna, Ana M.: "Análisis Descriptivo de las Prescripciones de Psicofármacos en una población de la ciudad de Mar del Plata (Argentina). Período Febrero 2000 a Febrero 2001".

- Otro estudio da cuenta de la evolución del consumo de antidepresivos en Francia, Alemania y el Reino Unido entre 1998 y 2002. Se han utilizado bases de datos comerciales junto con datos administrativos para estimar el consumo de antidepresivos en Dosis Diarias Definidas. El hecho de que los ISRS tienen una mejor tolerancia clínica que otros antidepresivos ha animado a muchos médicos en su prescripción. La desventaja de este comportamiento es que contribuye a aumentar gastos innecesarios en situaciones en las que los beneficios clínicos y económicos no han sido establecidos. En 2004, la Administración de Drogas y Alimentos comenzó a emitir advertencias sobre el riesgo de suicidio o empeoramiento de la depresión en los pacientes tratados con ISRS. Por otra parte, las preguntas con frecuencia se han planteado acerca de su eficacia, la adecuación de las prescripciones en relación con el diagnóstico y la duración del tratamiento. Los principales resultados son: (1) el

consumo de antidepresivos ha aumentado significativamente durante la última década en Francia, Alemania y en el Reino Unido; (2) Los ISRS son los fármacos más consumidos en gran medida en Francia (67%) y el Reino Unido (60%); (3) Alemania se caracteriza por el consumo de antidepresivos con un uso relativamente bajo de los ISRS (31%), a favor de los ATC, y un precio dos veces más bajo que los otros dos países. Dentro de la sub-clase de antidepresivos tricíclicos, la amitriptilina sigue siendo el antidepresivo más comúnmente consumido en los 3 países en 2002 (46% de las DDD de ATC en Inglaterra, el 41% en Francia y 34% en Alemania). Más utilizado como segunda sustancia varía de un país a otro: clomipramina con el 32% de las DDD de ATC en Francia, dosulepine en Inglaterra (26%) y doxepina en Alemania (22%). Entre los ISRS, los médicos alemanes claramente prefieren la sertralina, con un 41% de las DDD de ISRS, seguido de la paroxetina (27%) y fluoxetina (19%). Médicos franceses e ingleses prefieren la fluoxetina y la paroxetina (32% y 29%, respectivamente, en Inglaterra, el 30 y el 33% en Francia). En conclusión, el uso combinado de los datos administrativos y comerciales es posible para una evaluación del volumen de consumo. Este estudio arroja luz tanto médica como económica de las diferencias en el nivel y la estructura del consumo en estos tres países. Se evidencia un claro incremento en el número de DDD para los antidepresivos, y en particular para los ISRS, en un periodo determinado. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) - [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) DT N ° 21, Evolución 1998-2002 del consumo de antidepresivos en Francia, Alemania y el Reino Unido, Nathalie GRANDFILS (IRDES) and Catherine SERMET Nathalie GRANDFILS (IRDES) y Catherine Sermet.

## 4. Metodología

### *4.1. El uso de recetas como fuente de información*

Esta investigación responde a un trabajo epidemiológico descriptivo-retrospectivo. Examina a través del análisis de las recetas, el perfil de uso y el consumo de antidepresivos en la población ProFe de la CABA durante el año 2006.

La metodología utilizada en la investigación introduce una serie de "elementos" innovadores sobre los cuales existen pocos antecedentes. El "contacto indirecto" con los afiliados, hecho a través de las recetas, resulta un abordaje posible y accesible, facilita la detección de patologías mentales, clínicas y favorece el diseño de estrategias de intervención.

En la mayoría de los trabajos farmacoepidemiológicos, la metodología utilizada para la identificación de los pacientes es a partir del registro de asistencia, hecho este que resulta razonable para sistemas donde la información sobre los pacientes está centralizada.

En modelos como el de la Argentina -donde el sistema de atención se encuentra fragmentado- el único registro común de los diversos prestadores que asisten al paciente, es la receta. En nuestro caso, esto resulta especialmente relevante, ya que la medicación es entregada por un sistema que brinda el 100% de cobertura en medicamentos a una población en situación de alta vulnerabilidad.

Una vez efectuada la dispensa del medicamento al beneficiario y efectivizado el pago, en general la receta queda en un archivo y pierde su utilidad. La propuesta de la investigación fue trabajar con el archivo de recetas y así se generó una base de datos con múltiples variables de análisis, clínicas, epidemiológicas, etc.

Este acercamiento a través de análisis de recetas es sumamente promisorio para el fortalecimiento de la Gestión de la atención en población vulnerable.

### *4.2. Aspectos metodológico-operativos del presente trabajo*

El proceso de dispensa de medicamentos se realiza a través de una entidad intermedia que se encarga de la autorización de las recetas emitidas. El circuito se inicia con la prescripción, la cual es realizada generalmente por el médico de cabecera. Las recetas deben ser confeccionadas en formularios preimpresos, donde figuran los datos demográficos del paciente como: edad, sexo, nombre,

número de beneficiario, fecha de prescripción, y los productos prescritos por la denominación común internacional. Sólo en aquellos casos que se encuentra justificado, el médico puede solicitar una marca registrada y en ese caso se evalúa por la auditoría la pertinencia de esa indicación. En caso de atenderse el paciente dentro del resto del sistema de salud, debe llevar a su médico tratante las indicaciones de los efectores periféricos para su transcripción. Una vez que el paciente accede a la receta emitida por su médico de cabecera, la misma debe ser autorizada por el auditor médico de la entidad intermedia. Dentro de las 48 hs debe concurrir a retirar la receta, recibiendo luego la medicación en las farmacias autorizadas por el sistema.

En el diseño de la base de datos para la carga de recetas se trabajó con 5 tablas (una tabla principal llamada “Recetas BsAs” donde se cargaban las recetas y 4 tablas accesorias):

1. Tabla de beneficiario: Sus campos son ID, número de beneficiario, apellido y nombre, edad, sexo y hasta diez diagnósticos.
2. Tabla de fármacos: Esta tabla se generó a partir de una base preexistente a la que se le agregaron líneas y campos para ajustarla a las necesidades del trabajo. Los campos definidos son: ID, código interno del producto comercial, Nombre del producto, Código de Salud Pública, Código de Barras, Código del Compuesto (droga), Código de tamaño, Tipo de Producto, Nombre del Compuesto, Número de Troquel, Presentación, Laboratorio Productor, Forma Farmacéutica, Unidades por envase y Nombre del Tipo de Unidades.
3. Tabla de diagnóstico: Se cargaron dos tablas de diagnósticos, según la CIE X (para codificar por los investigadores) con código y nombre y diagnósticos utilizados por los médicos firmantes de las recetas.
4. Tabla de médicos: Los campos son matrícula, (que está conformada por una letra inicial que indica la provincia y luego el número de matrícula), apellido y nombre, especialidad (cuando se dispone del

dato), y campos de tilde si es médico de cabecera, y otro si es auditor.

5. Tabla de recetas: Es la tabla principal que se nutre en parte de las anteriores y tiene campos propios. Estos campos son ID, número de receta, fecha de venta, fecha de prescripción y fecha de presentación, número de prescripción o "línea", matricula del prescriptor\*, nombre del prescriptor\*, matricula del auditor\*, nombre del auditor\*, número de afiliado\*, nombre del afiliado\*, número de línea (en esa receta), código del producto\*, nombre del producto\*, código componente\*, precio\*, nombre del componente\*, código del diagnóstico del prescriptor\*, nombre del diagnóstico del prescriptor\*, código de la farmacia, cantidad de unidades recetadas y cantidad de unidades dispensadas.

Se registró: cantidad de recetas, cantidad de líneas por receta y cantidad de envases por línea. Cada línea representa una prescripción en el presente trabajo. Cada receta tendrá tantas líneas como prescripciones posea. Se ingresó el diagnóstico indicado por el médico transcriptor. Se consignaron el médico prescriptor y el auditor por receta.

Se cargaron 121.217 prescripciones de 160.114 envases, correspondientes a 70.432 recetas de 7.980 beneficiarios.

En el cuadro siguiente se presenta una síntesis de algunas de las dificultades encontradas y la respuesta brindada:

Dificultades	Respuestas
Dificultad en la legibilidad de la letra de los médicos	Supervisión de especialista durante el proceso de la carga para la adecuada lectura de la receta
Escasa presencia de codificación (DSMIV/ CIE10) de los diagnósticos existentes	Supervisión de especialista durante el proceso de la carga para la adecuada lectura de la receta
Nombres y Números de Beneficiarios con errores: incompletos, duplicados o condensado por omisión del índice que indica parentesco	Revisión cruzada de la carga por los investigadores y corrección en los casos posibles  Depuración de la base general a partir de la obtención del padrón

\* Estos campos son tomados de las tablas accesorias

Se describen a continuación algunos aspectos informáticos del manejo y archivo de los datos.

La organización y el análisis de los datos, se realizó a través del Stata (versión 9.2), paquete informático de análisis estadístico que funciona a través de comandos o utilizando las ventanas que cuentan con funciones u opciones predeterminadas. También se utilizó el programa Excel para armar los gráficos.

Para el presente trabajo se utilizan los comandos a través de la ventana de comandos y también integrándolos en los do-files, que son archivos que contienen las indicaciones dadas bajo el formato de comandos. Cuando se “corre el do” se generan los resultados que se almacenan en archivos con extensión “.log” con las respuestas de las indicaciones dadas en los comandos. Al trabajar con el Stata se siguieron reglas previstas para organizar los archivos .do. Por ejemplo cuando los comandos originan nuevas variables y/o modificaciones de la base el nombre del archivo .do lleva como prefijo la sílaba “cr” seguida del nombre que se defina, los que comienzan con el prefijo “antab”, tienen comandos que dan cuenta del análisis de las variables. Una vez lograda la construcción de los archivos “do” necesarios se integran en un nuevo que los contiene bajo el nombre de “master”. Al finalizar el trabajo se corre el “master” y se obtiene los resultados de todos los comandos indicados en los documentos con extensión .log generados.

En el presente trabajo se incluyeron dentro del master.do los siguientes archivos:

<b>Nombre del archivo</b>	<b>Objetivo del archivo</b>
do crrecetascaba2006	Construir la base de trabajo
do antabrecetascaba2006	Analizar la base en general para la identificación de los beneficiarios según sexo, edad
do crmg_comp	Separar los mg y la cantidad de comprimidos en los antidepresivos para hacer la conversión en principio activo de DDD
do crDDDDantidepresivos	Generar una base focalizada en antidepresivos.
do antabDDDD	Analizar la base de antidepresivos en términos de DDD, cantidad de días de dispensa, tipos de antidepresivos, etc.

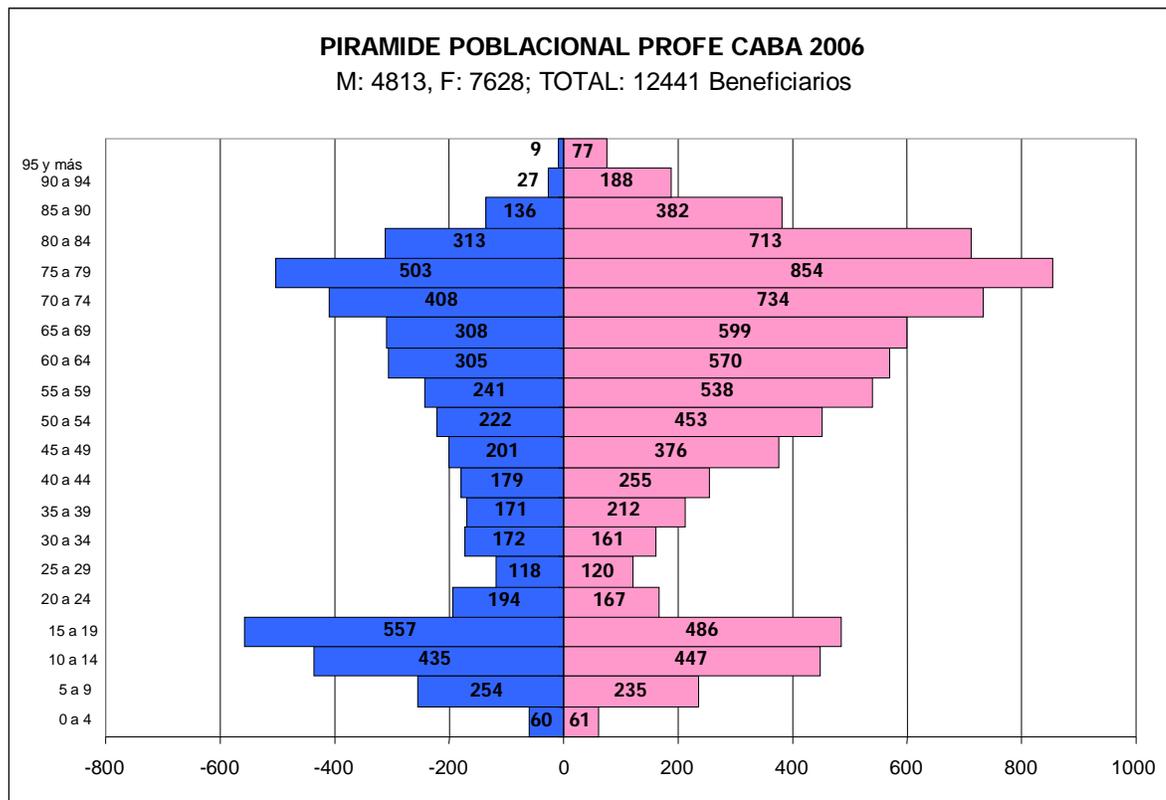
Para dar cuenta de los objetivos del trabajo, se identificaron las prescripciones que contienen antidepresivos, se seleccionaron 11 variables para su estudio y se trabajó sobre las mismas. Se analizó el formato y las etiquetas de las variables, registros incompletos y repetidos. También la composición de los datos etiquetando las variables, analizando valores perdidos, generando la variable “rango edad” para agrupar por edades y la variable “antidepresivos”, se le da formato a las variables numéricas. Se registraron 91 líneas repetidas en todas sus variables, que en primera instancia se dejaron para evaluar luego su información. Se cambió el formato de la variable “edad” pasándola a numérica para luego generar la variable “rango edad” que trabaja sobre la primera agrupando en rangos etarios. Para la variable “fecha de venta” se generaron otras correspondientes al mes y al año. Se registraron 6 líneas sin fecha que fueron eliminadas. Se conforma así una base de antidepresivos depurada. A continuación se muestra la totalidad de las variables con una descripción de las mismas. Las primeras 11 se identifican de la base de datos y las siguientes se generan para el presente estudio.

	Variable	Etiqueta	Descripción
1	nom_afi	Beneficiario	Nombre y Apellido del Beneficiario titular de la receta
2	edad	Edad	Edad del Beneficiario en el momento de recibir la medicación, calculada a partir de la fecha de nacimiento que figura en el padrón
3	sexo	Sexo	Se tiene en cuenta el sexo femenino (F) y masculino (M)
4	fec_vta	Fecha Venta	La fecha de venta corresponde a la fecha de entrega del medicamento
5	nom_med	Medico Firmante	Nombre y apellido del médico que firma la receta
6	nom_com	Nombre Genérico	Nombre del compuesto o genérico.
7	nom_prd	Nombre Comercial	Nombre comercial del medicamento
8	nom_dgn_med	Diagnóstico	Nombre del diagnóstico que figura en la receta
9	can_uni_rct	Unidades Recetadas	Cantidad de unidades recetadas por el médico
10	can_uni_dis	Unidades Dispensadas	Cantidad de unidades dispensadas
11	nro_lin	Cantidad de prescripciones en una receta	Cada línea corresponde a una prescripción, una misma receta puede tener más de una prescripción.
12	año	Año	Año de dispensa del medicamento
13	mes	Mes	Mes de dispensa del medicamento
14	rangoedad	Rango etario	Agrupación de edades de los beneficiarios en rangos de 5 años
15	antidepresivos	Antidepresivos	Variable que identifica a los antidepresivos
16	nmg	Cantidad de MG (miligramos)	Miligramos contenidos en el medicamento dispensado
17	ncomp	Cantidad de comprimidos	Cantidad de comprimidos del medicamento dispensado
18	tipo_antidepr~s	Tipo de Antidepresivos	Clasifica a los antidepresivos en cuatro clases: ATC, ISRS, ISRNA, Otros.
19	mgcompdisp	Cantidad de MG dispensados	Multiplica la cantidad de mg dispensados por la cantidad de comprimidos
20	DDDstd	Dosis Diaria Definida	DDD estándar o de referencia, cantidad de mg requeridos por día por paciente para que la droga sea efectiva
21	DDDD	Dosis Diaria Definida Dispensada	Transforma la cantidad de MG dispensados en DDD, dividiendo la primera por la DDDstd
22	ld	group(nom_afi nom_com)	Se establece el identificador conformado por el Nombre del Afiliado y el Nombre del antidepresivo genérico para luego proceder a calcular el periodo entre la dispensa del primer antidepresivo y el último recibido
23	periodo	Cant. de días de dispensa	Establece la diferencia entre la fecha de la primer dispensa y la última de fármaco antidepresivo
24	nperiodo	RECODE of periodo (Cant. De días de dispensa)	Es una variación de la anterior que se construye a los fines de trabajar con los periodos, conformando rangos de días de tratamiento.

## 5. Utilización de antidepresivos en población Profe

### 5.1. Análisis de la población Profe CABA 2006

A continuación se muestra la pirámide poblacional de los beneficiarios ProFe de la Ciudad de Buenos Aires para el año 2006:



La pirámide de la población ProFe de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, correspondiente al año 2006, muestra **12.441** beneficiarios, de los cuales el **61%** (7628) son **mujeres** y el **39%** (4813) son **varones**. Asimismo presenta ciertas características particulares, a saber:

- Base pequeña y en expansión creciente hasta los 19 años. Decreciendo significativamente a partir de los 20 años, edad en que los hijos dejan de estar a cargo del titular. A partir de los 18 años, solamente quedan a cargo del titular los hijos que presentaren discapacidad igual o superior al 76%. Los beneficiarios menores de 20 años representan el 20% (2535 beneficiarios) de la población.
- La cantidad de población femenina es mayor a la masculina, en 1.6 mujeres por cada hombre.

- Desde los 25 años, la población se incrementa sostenidamente tanto en el grupo femenino como el masculino, hasta el rango de 75 a 79 años. La discapacidad aumenta con la edad y con los accidentes, al incrementarse la edad de la población también se incrementa el número de personas potencialmente pertenecientes a esta categoría.
- Se destaca el incremento de población, tanto femenina como masculina, entre los 70 y los 79 años (etapa de vejez), coincidiendo con otro de los grupos destinatarios del ProFe, los beneficiarios de Pensiones No Contributivas por vejez.
- Comienza a disminuir a partir de los 80 años.
- Los mayores de 65 años constituyen un total de 5362 pacientes (42%) Muchos de estos pacientes es probable presenten diversas patologías crónicas algunas de las cuales serán Psiquiátricas.

### 5.2. Uso de medicamentos

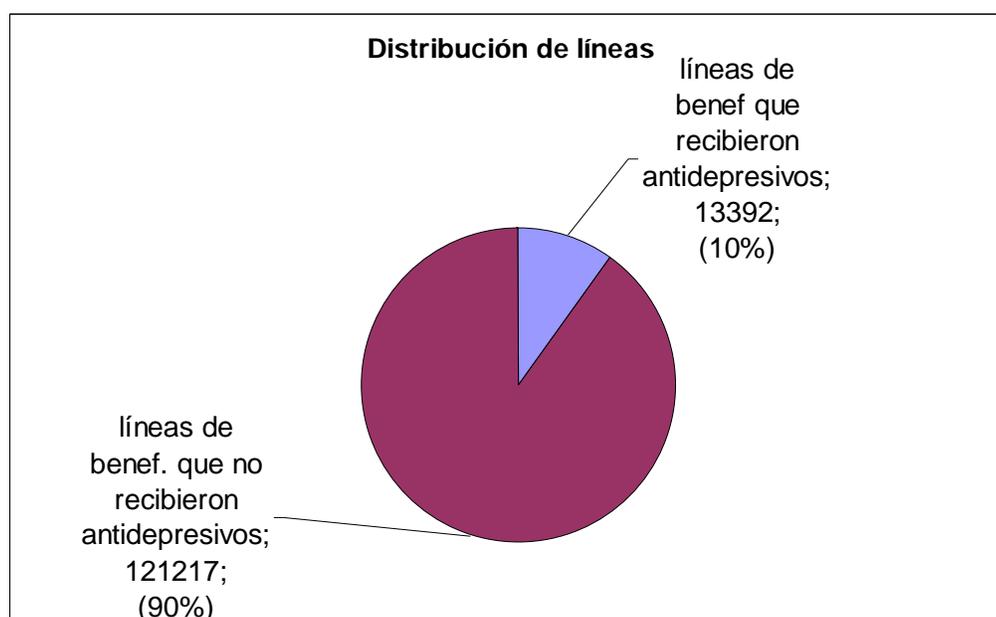
Los beneficiarios que recibieron medicamentos en la población bajo estudio representan el 64% del total de beneficiarios, esto es 7980 de los 12441 beneficiarios que componen la población total. Estos beneficiarios recibieron en promedio 20 envases de medicamentos (de todo tipo) en el año a través de 121.217 prescripciones.

De los 7980 beneficiarios que recibieron algún medicamento, el 4% (320 beneficiarios) recibieron al menos un antidepresivo. El cuadro siguiente muestra los valores para la totalidad de la población que recibió medicamentos y el subconjunto de registros para la población que recibió antidepresivos:

Variable	TOTAL	TOTAL	%
Beneficiarios	7980	Beneficiarios que recibieron antidepresivos 320	4,0
Recetas	73432	Total de recetas de los benef. Que recibieron antidepresivos 9388	12,8
Líneas	121217	Total Líneas de los benefi. Que recibieron antidepresivos 13392	11,0
Envases	160114	Total de envases que recibieron los benef. Que recibieron antidepresivos 19468	12,2

El 12.8 de las recetas, son recibidas por los beneficiarios que recibieron antidepresivos, a través del 11% de las líneas, quienes reciben un promedio de 60,83 envases de medicamentos (incluidos los antidepresivos) en el periodo estudiado.

En el gráfico siguiente se muestra el total de líneas de los beneficiarios que recibieron antidepresivos en relación con el total de líneas recetadas a los beneficiarios que no recibieron ningún antidepresivo.



### ***5.3. Uso de drogas antidepresivas y beneficiarios***

Se prescribieron 14 drogas antidepresivas a un total de 320 beneficiarios, (de entre 9 y 94 años) que representa el 2.57 % de la población total (12441 beneficiarios), y el 4% del total de beneficiarios que recibieron algún tipo de medicamento (7980 beneficiarios). Los antidepresivos fueron indicados por 76 médicos, en 87 presentaciones comerciales diferentes y a través de 1400 líneas. Estas 1400 líneas representan el 1,15% del total (121217 líneas).

Variable	TOTAL
Beneficiarios totales	12441
Beneficiarios que recibieron algún medicamento	7980
Beneficiarios con antidepresivos	320
Recetas con antidepresivos	1032
Líneas de antidepresivos	1400
Envases dispensados de antidepresivos	1734
Médicos que recetaron antidepresivos	76
Cantidad de Diagnósticos en las recetas con antidepresivos	89
Drogas antidepresivas	14
Presentaciones comerciales	87

Las drogas antidepresivas se agrupan de la siguiente manera para conformar la variable "Tipo de antidepresivo":

"ATC"	"ISRS"	"ISRNA"	"OTROS"
AMITRIPTILINA CLOMIPRAMINA IMIPRAMINA TRAZODONE	FLUOXETINA SERTRALINA CITALOPRAM ESCITALOPRAM PAROXETINA	DULOXETINA VENLAFAXINA	MIRTAZAPINA BUPROPION MIANSERINA

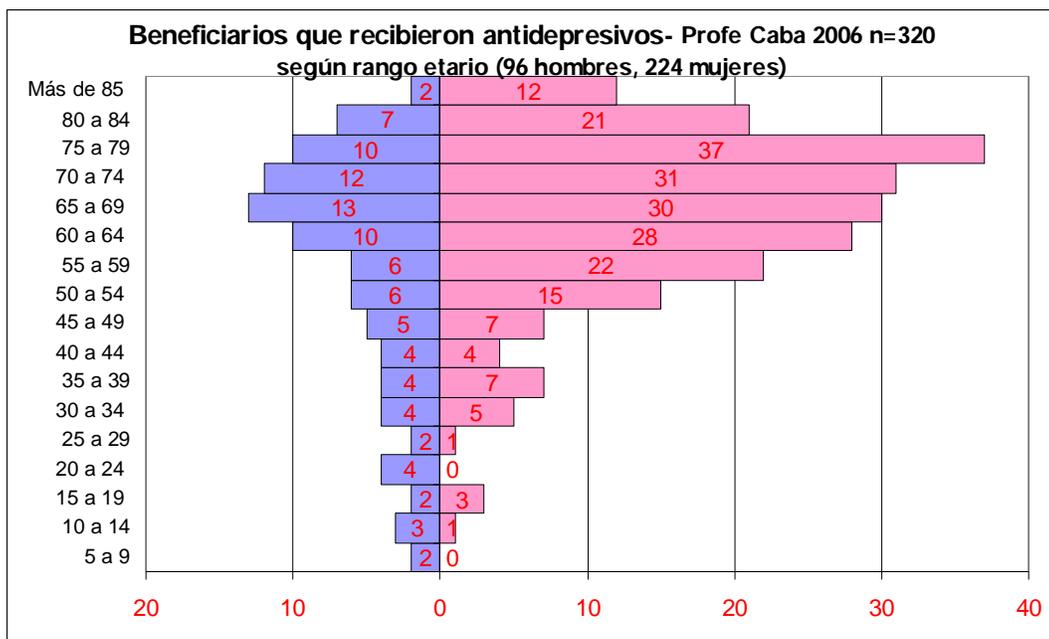
Se registran 89 diagnósticos en las recetas de dispensa de antidepresivos. Los 10 más frecuentes suman 1149 y conforman el 82 % de las 1400 líneas con antidepresivos. De estos, las dispensas con diagnósticos referidos a problemas en la esfera mental suman 527 y representan el 46% dentro de los 10 más frecuentes.

```

+-----+
|          nom_dgn_med          cantidad |
+-----+
|          NO DEFINIDO          484 |
|          DEPRESION            421 |
|    HIPERTENSION ARTERIAL      73 |
|          ILEGIBLE             36 |
|    PSICOSIS DEPRESIVA        35 |
|          PSICOPATIA           31 |
|    TRASTORNO BIPOLAR         23 |
|          EPOC                  19 |
|    TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD 16 |
|          DIABETES              11 |
+-----+

```

De los 320 beneficiarios que recibieron antidepresivos, 224 son mujeres (70%) y 96 son hombres (30%), lo que muestra una mayor proporción de mujeres en relación a la población bajo estudio. A continuación se muestra la pirámide de distribución de los beneficiarios que recibieron antidepresivos por sexo y rango etario:



La Mediana de la edad es 66, la media es 63 y la moda del rango etario corresponde con 47 casos al de "entre 75 y 79 años". La moda de la edad es de 75 años.

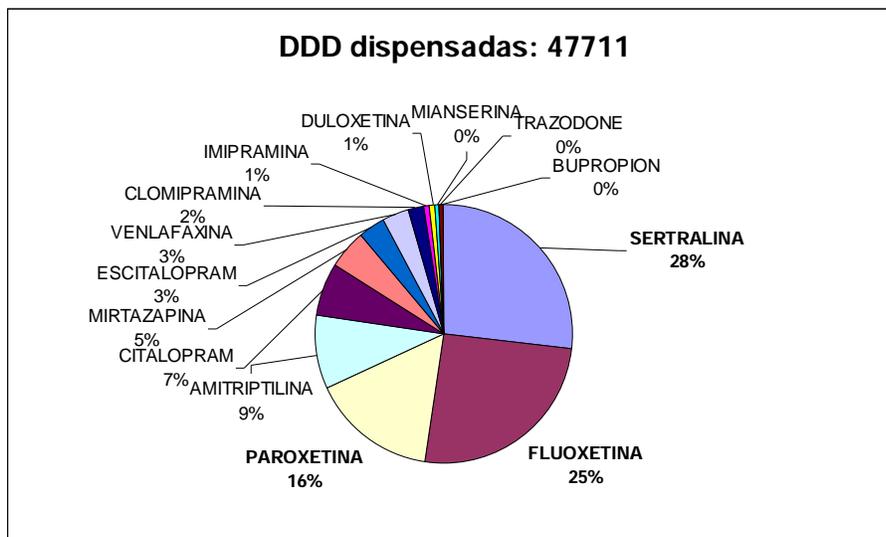
El 55% de la población que recibió antidepresivos es mayor a 65 años (175 beneficiarios), lo cual es superior a la proporción de la población total (42% de la población es mayor a 65 años). El 40% tiene entre 30 y 64 años (127 beneficiarios) y el 5% son menores a 30 años (18 beneficiarios). Del grupo de los menores a 30 años, hay 13 varones y 5 mujeres, es decir mayor proporción de población masculina (72%) que femenina (28%). El rango etario para las mujeres con mayor cantidad de beneficiarias es el de 75 a 79 años con 37 beneficiarias. Con respecto a la población masculina el rango entre 65 a 69 años con 13 beneficiarios es el que registra mayor cantidad de beneficiarios. La pirámide tiene un crecimiento sostenido a medida que avanza la edad hasta los 79 años y con mayor cantidad de mujeres que de hombres.

#### 5.4. Distribución de antidepresivos por envase, mg y DDD

La totalidad de mg dispensados en la población estudiada es de 1.926.210 mg de droga antidepresiva. La **Sertralina** ocupa el primer lugar con 646.000 mg dispensados, seguida de **Amitriptilina** con 337.000 mg. La **Fluoxetina** está primera en cantidad de envases dispensados (385 envases), lo cual representa el 22% de los mismos y tercera en cantidad de droga dispensada (240.600 mg dispensados) cubriendo el 12% de la misma. La totalidad de mg dispensados se corresponde con 47711 DDD dispensada. Se dispensa 12920 DDD de Sertralina y 12030 DDD de Fluoxetina. Ambas representan el 52% de las DDD dispensadas. La **Paroxetina** ocupa el tercer puesto en cantidad de DDD dispensadas con 7458 DDD (16%). La **Amitriptilina** que está segunda en cantidad de mg dispensados (representando el 17% de los mg dispensados), se encuentra en el cuarto lugar en cuanto a las DDD dispensadas, con 4493 DDD dispensadas (9%). El cuadro siguiente muestra para cada genérico la cantidad de mg, envases y DDD dispensadas con su correspondiente porcentaje y ordenada por la cantidad DDD dispensadas. Estas últimas también se representan en un gráfico que muestra su distribución.

	Nombre Genérico	MG dispensados	%	Envases Dispensados	%	DDD dispensadas	%
1	SERTRALINA	646000	34	361	21	12920	27,1
2	FLUOXETINA	240600	12	385	22	12030	25,2
3	PAROXETINA	149150	8	263	15	7458	15,6
4	AMITRIPTILINA	337000	17	209	12	4493	9,4
5	CITALOPRAM	63600	3	124	7	3180	6,7
6	MIRTAZAPINA	71400	4	93	5	2380	5,0
7	ESCITALOPRAM	15610	1	54	3	1561	3,3
8	VENLAFAXINA	150750	8	67	4	1508	3,2
9	CLOMIPRAMINA	103500	5	90	5	1035	2,2
10	IMIPRAMINA	36500	2	37	2	365	0,8
11	DULOXETINA	18900	1	21	1	315	0,7
12	BUPROPION	67500	4	10	1	225	0,5
13	MIANSERINA	11700	1	12	1	195	0,4
14	TRAZODONE	14000	1	11	1	47	0,1
	Total	1926210	100	1737	100	47711	100

Dada la mayor precisión de la DDD para evaluar el consumo de este tipo de medicamentos, a continuación se grafica su distribución, de acuerdo a lo descrito en la tabla anterior.



### ***5.5. Distribución de DDD según sexo, rango etario y tipo de antidepresivo***

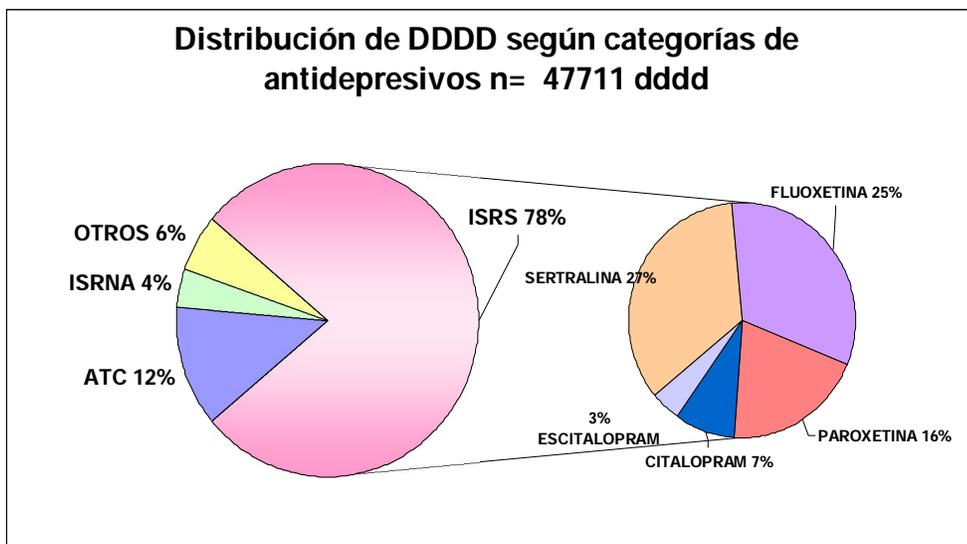
De las 47711 DDD dispensadas, el 72% (34284 DDD) se dispensaron a las mujeres y el 28 % (13427 DDD) a los hombres. El 51% de las DDD se dispensaron a los mayores de 65 años, el 47 % de las DDD a los beneficiarios de entre 30 y 64 años y el 2 % de las mismas a los beneficiarios de entre 5 y 29 años. En este último grupo, se dispensaron más DDD a los varones que a las mujeres, con un 81% y un 19% respectivamente. En la tabla siguiente se da cuenta de la distribución de las DDD dispensadas por sexo y rango etario.

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 5 y 9 años		83	83
Entre 10 y 14 años	30	98	128
Entre 15 y 19 años	102	330	432
Entre 20 y 24 años		128	128
Entre 25 y 29 años	87	273	360
Entre 30 y 34 años	1155	605	1760
Entre 35 y 39 años	529	1491	2020
Entre 40 y 44 años	603	796	1399
Entre 45 y 49 años	1108	890	1998
Entre 50 y 54 años	3728	887	4614
Entre 55 y 59 años	4903	510	5413
Entre 60 y 64 años	3623	1628	5251
Entre 65 y 69 años	4370	2181	6552
Entre 70 y 74 años	4332	1462	5794
Entre 75 y 79 años	5212	1200	6412
Entre 80 y 84 años	2875	788	3663
Más de 85 años	1626	80	1706
Total	34284	13427	47711

La presencia de los ISRS como primera elección, coincide con las recomendaciones de la bibliografía vinculadas con su buena tolerancia y pocos efectos adversos. Las DDD dispensadas de ISRS (37149 DDD) representan el 77.86% del total de DDD dispensadas (47711 DDD). En la siguiente tabla se presentan los datos señalados y además se desagrega por droga el grupo de los ISRS. Como puede observarse entre la Sertralina, la Fluoxetina y la Paroxetina se concentra casi el 90% del consumo. A continuación de las mismas se representa gráficamente ambas tablas y su vinculación.

Tipo de antidepresivos		
	sum(DDDD)	%
ISRS	37149	77,86
ATC	5940	12,45
OTROS	2800	5,87
ISRNA	1823	3,82
Total	47711	100,00

ISRS	sum(DDDD)	%
SERTRALINA	12920	34,78
FLUOXETINA	12030	32,38
PAROXETINA	7458	20,08
CITALOPRAM	3180	8,56
ESCITALOPRAM	1561	4,20
Total	37149	100,00



Según puede observarse en la siguiente tabla, las DDD de ISRS, fueron dispensadas en todos los rangos etarios. Las drogas de tipo ATC fueron las más dispensadas para el rango "Entre 70 y 74 años", las ISRNA en el rango "Entre 50 y 54 años", las ISRS para el rango "Entre 65 y 69 años" y para OTROS el rango con mayor dispensa es para el de "Entre 55 y 59 años".

Rango etario	Tipo de Antidepresivos				Total
	ATC	ISRNA	ISRS	OTROS	
Entre 5 y 9 años	53	.	30	.	83
Entre 10 y 14 años	53	.	45	30	128
Entre 15 y 19 años	42	.	390	.	432
Entre 20 y 24 años	23	.	105	.	128
Entre 25 y 29 años	39	21	300	.	360
Entre 30 y 34 años	.	.	1610	150	1760
Entre 35 y 39 años	81	338	1601	.	2020
Entre 40 y 44 años	87	56	1256	.	1399
Entre 45 y 49 años	83	.	1900	15	1998
Entre 50 y 54 años	230	517	3478	390	4614
Entre 55 y 59 años	583	450	3660	720	5413
Entre 60 y 64 años	961	42	4023	225	5251
Entre 65 y 69 años	707	90	5396	360	6552
Entre 70 y 74 años	1222	105	4287	180	5794
Entre 75 y 79 años	657	163	5043	550	6412
Entre 80 y 84 años	450	42	3111	60	3663
Más de 85 años	671	.	915	120	1706
<b>Total</b>	<b>5940</b>	<b>1823</b>	<b>37149</b>	<b>2800</b>	<b>47711</b>

A continuación se muestran las tablas con la distribución de las DDD por tipo de antidepresivo según rango etario y edad. En el Anexo II se las detalla para cada antidepresivo.

**Tipo antidepresivos = ATC**

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 5 y 9 años	.	53	53
Entre 10 y 14 años	.	53	53
Entre 15 y 19 años	12	30	42
Entre 20 y 24 años	.	23	23
Entre 25 y 29 años	6	33	39
Entre 35 y 39 años	81	.	81
Entre 40 y 44 años	67	20	87
Entre 45 y 49 años	83	.	83
Entre 50 y 54 años	213	17	230
Entre 55 y 59 años	583	.	583
Entre 60 y 64 años	923	38	961
Entre 65 y 69 años	610	97	707
Entre 70 y 74 años	995	227	1222
Entre 75 y 79 años	549	107	657
Entre 80 y 84 años	397	53	450
Más de 85 años	651	20	671
Total	5172	768	5940

Dentro de los ATC, el 87% de las DDD (5172 DDD) fueron dispensadas a la población femenina y el 13% (768 DDD) a la masculina. El 88% de las DDD fueron dispensadas a los mayores de 55 años.

**Tipo antidepresivos = ISRNA**

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 25 y 29 años	21	.	21
Entre 35 y 39 años	203	135	338
Entre 40 y 44 años	56	.	56
Entre 50 y 54 años	517	.	517
Entre 55 y 59 años	450	.	450
Entre 60 y 64 años	42	.	42
Entre 65 y 69 años	83	7	90
Entre 70 y 74 años	105	.	105
Entre 75 y 79 años	163	.	163
Entre 80 y 84 años	42	.	42
Total	1681	142	1823

Las DDD dispensadas del grupo ISRNA, corresponden en un 92% a la población femenina (1681 DDD) y un 8% a la población masculina (142 DDD). El 78% de las

mismas se encuentra dispensada a la población de hasta 64 años y el 22% a los mayores de 65 años. Es un patrón diferente al resto, ya que en este caso la mayor cantidad de DDD dispensada se encuentra en la población menor a 65 años. También resulta significativa la distribución según el sexo de la población.

### **Tipo antidepresivos = ISRS**

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 5 y 9 años	.	30	30
Entre 10 y 14 años	.	45	45
Entre 15 y 19 años	90	300	390
Entre 20 y 24 años	.	105	105
Entre 25 y 29 años	60	240	300
Entre 30 y 34 años	1140	470	1610
Entre 35 y 39 años	245	1356	1601
Entre 40 y 44 años	480	776	1256
Entre 45 y 49 años	1010	890	1900
Entre 50 y 54 años	2878	600	3478
Entre 55 y 59 años	3180	480	3660
Entre 60 y 64 años	2463	1560	4023
Entre 65 y 69 años	3318	2078	5396
Entre 70 y 74 años	3112	1175	4287
Entre 75 y 79 años	4185	858	5043
Entre 80 y 84 años	2376	735	3111
Más de 85 años	885	30	915
Total	25422	11727	37149

Las DDD dispensadas del grupo de los ISRS, corresponden en un 68% a la población femenina (25422 DDD) y un 32% a la población masculina (11727 DDD). El 48% de las mismas se encuentra dispensada a la población de entre 30 y 64 años y el 50% a los mayores de 65 años. El 2% de las DDD se encuentra dispensada entre los 5 y los 29 años; en donde el 83% corresponde a los varones y el 17% a las mujeres. Para las mujeres, en los rangos de "Entre 5 y 9 años", "Entre 10 y 14 años", "Entre 20 y 24 años", no se registra dispensa de DDD de antidepresivos de tipo ISRS. El rango etario que concentra la mayor cantidad de DDD es el de "Entre 65 y 69 años" con el 15% (5396 DDD). Para las mujeres es el de "Entre 75 y 79 años" con el 16% (4185 DDD) de las 25422 DDD dispensadas a las mujeres y para los varones el rango de "Entre 65 y 69 años", con el 18 % (2078 DDD) de las 11727 DDD dispensadas a la población masculina.

**Tipo antidepresivos = OTROS**

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 10 y 14 años	30	.	30
Entre 30 y 34 años	15	135	150
Entre 45 y 49 años	15	.	15
Entre 50 y 54 años	120	270	390
Entre 55 y 59 años	690	30	720
Entre 60 y 64 años	195	30	225
Entre 65 y 69 años	360	.	360
Entre 70 y 74 años	120	60	180
Entre 75 y 79 años	315	235	550
Entre 80 y 84 años	60	.	60
Más de 85 años	90	30	120
Total	2010	790	2800

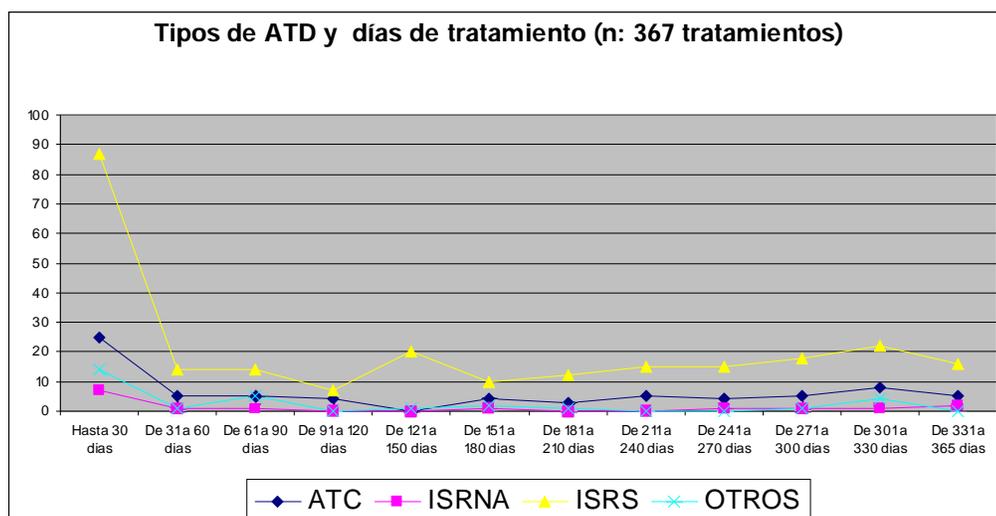
Dentro de los OTROS, el 72% de las DDD (2010 DDD) fueron dispensadas a la población femenina y el 28% (790 DDD) a la masculina. El 48% de las DDD fueron dispensadas a los mayores de 65 años y el 52% dentro de los rangos de 10 a 64 años.

***5.6. Duración de los tratamientos***

De los 320 beneficiarios, hay 278 beneficiarios (87%) que reciben un antidepresivo y 42 toman más de uno. De estos últimos, hay 38 beneficiarios que reciben dos antidepresivos, 3 beneficiarios que reciben 3 y 1 beneficiario que recibe 4 antidepresivos distintos. Teniendo en cuenta la cantidad de días por droga que recibe cada beneficiario, tenemos que se dispensaron 367 tratamientos (surgen de la combinatoria de beneficiarios y antidepresivo recibido). Con respecto a la duración de los tratamientos, se toma la diferencia entre la fecha de la primera receta y la última receta recibida. La duración promedio de tratamientos es de 132 días.

A continuación se muestra la distribución de los 367 tratamientos agrupados en rangos de días en formato tabla y gráfico.

(mean) n periodo	Tipo de Antidepresivos				Total
	ATC	ISRNA	ISRS	OTROS	
Hasta 30 días	25	7	87	14	133
De 31 a 60 días	5	1	14	1	21
De 61 a 90 días	5	1	14	5	25
De 91 a 120 días	4	0	7	0	11
De 121 a 150 días	0	0	20	1	21
De 151 a 180 días	4	1	10	2	17
De 181 a 210 días	3	0	12	1	16
De 211 a 240 días	5	0	15	0	20
De 241 a 270 días	4	1	15	0	20
De 271 a 300 días	5	1	18	1	25
De 301 a 330 días	8	1	22	4	35
De 331 a 365 días	5	2	16	0	23
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>15</b>	<b>250</b>	<b>29</b>	<b>367</b>



El rango de hasta 30 días es el que consigna mayor cantidad de tratamientos, representa el 36 % de los 367 tratamientos. Se registran 91 casos de beneficiarios que recibieron una sola dispensa del antidepresivo, esto representa el 28% de los 320 beneficiarios que reciben antidepresivos. Entre 181 días y 365 días se registran el 38% de los tratamientos dispensados (139 tratamientos). El 26% restante se registra en los tratamientos que duraron entre 31 a 180 días (95 tratamientos). Merece ser destacado que casi 2/3 de los tratamientos se han sostenido en un periodo menor a 6 meses, es decir solo algo más de la tercera parte de los tratamientos superaron los 6 meses de duración.

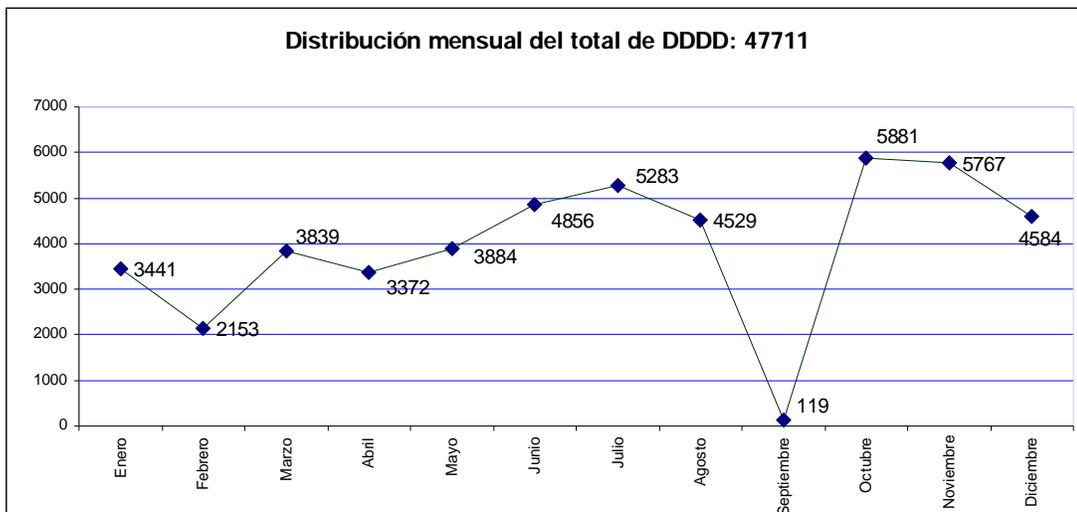
### 5.7. Distribución de DDD dispensadas por mes

Las 47711 DDD se dispensaron en un promedio de 3975 DDD por mes. Hasta el mes de mayo inclusive y en el mes de septiembre, las DDD dispensadas son menores al promedio citado y en el resto de los meses son mayores. En el mes de septiembre se observa una disminución sustantiva en la entrega, coincidente con dificultades asociadas al circuito de entrega de los medicamentos en ese mes. Se observa un ligero incremento en el mes siguiente, que podría tener relación con la demanda no satisfecha en el mes anterior.

La dispensa de las dosis presenta un ascenso hasta el mes de julio, con pequeñas caídas en los meses de febrero y de abril. Luego de la caída de septiembre, se observa un pico máximo en el mes de octubre y un descenso en los dos meses siguientes.

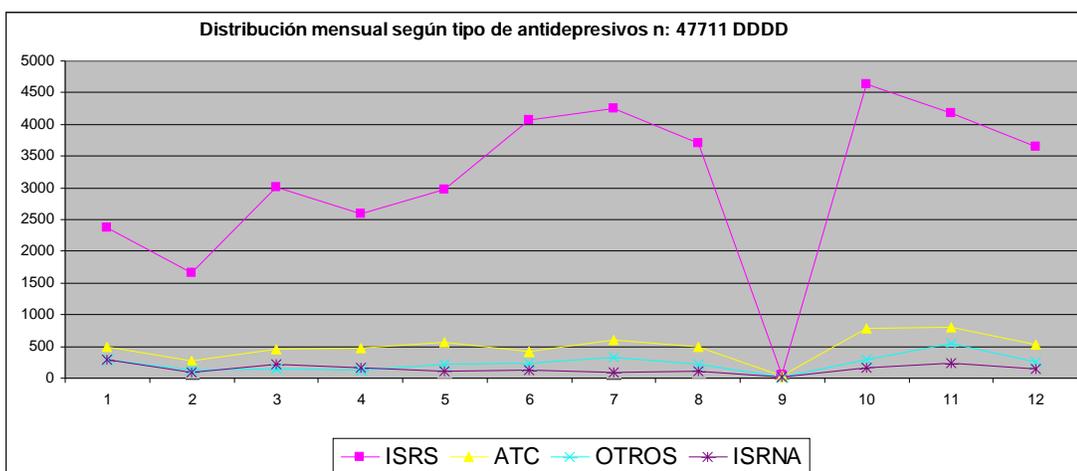
A continuación se presenta la tabla con las DDD dispensadas por mes y por droga y luego el gráfico con la distribución de las DDD totales dispensadas por mes.

	Mes												Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
SERTRALINA	720	590	840	980	990	1565	1310	1175	.	1795	1685	1270	12920
FLUOXETINA	900	505	1275	930	930	1345	1305	1100	.	1320	1230	1190	12030
PAROXETINA	360	360	428	473	555	840	810	955	50	1073	888	668	7458
AMITRIPTILINA	383	210	340	350	470	290	457	407	17	597	620	353	4493
CITALOPRAM	326	148	326	148	326	208	748	292	.	180	298	180	3180
MIRTAZAPINA	240	120	120	120	210	195	255	195	15	220	465	225	2380
ESCITALOPRAM	60	58	146	58	178	114	86	178	.	260	84	339	1561
VENLAFAXINA	267	90	188	143	90	105	68	90	23	158	176	113	1508
CLOMIPRAMINA	75	60	83	98	68	90	105	45	15	128	120	150	1035
IMIPRAMINA	37	13	37	31	25	31	37	50	.	50	38	19	365
DULOXETINA	28	.	28	28	28	28	28	28	.	14	63	42	315
BUPROPION	15	.	15	.	.	30	60	.	.	30	45	30	225
MIANSERINA	30	.	15	15	15	15	15	15	.	45	30	.	195
TRAZODONE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	13	27	7	47
Total	3441	2153	3839	3372	3884	4856	5283	4529	119	5881	5767	4584	47711



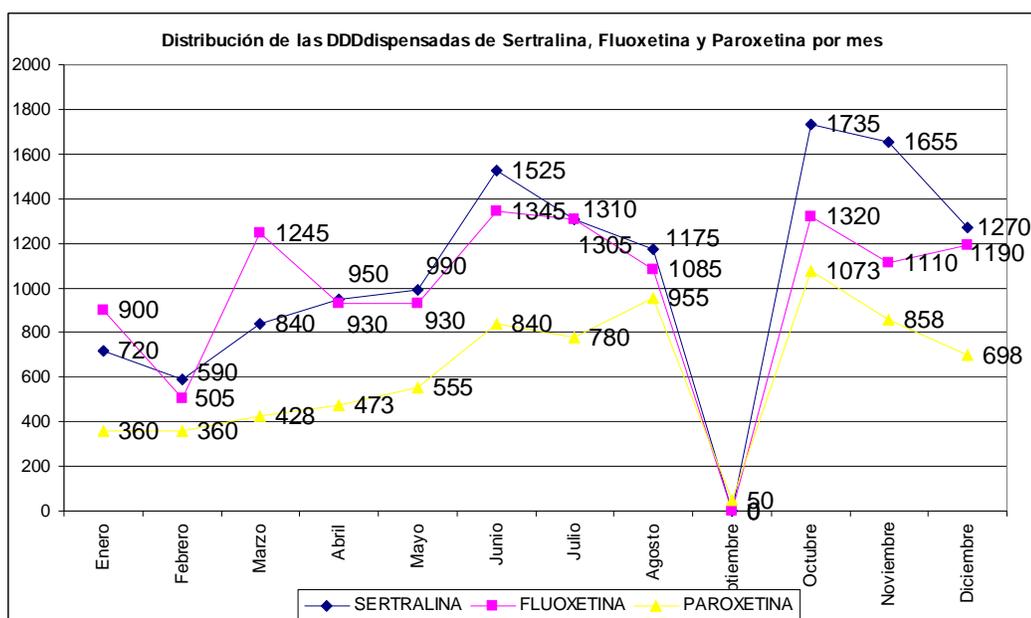
A continuación se presenta una tabla y el gráfico respectivo con la distribución de la dispensa mensual desagregada por tipo de antidepresivo, expresado en DDD.

Tipo de Antidepresivos	Mes												Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
ISRS	2366	1661	3015	2589	2979	4072	4259	3700	50	4628	4185	3647	37149
ATC	495	282	459	478	562	411	598	501	32	787	804	528	5940
OTROS	285	120	150	135	225	240	330	210	15	295	540	255	2800
ISRNA	295	90	216	171	118	133	96	118	23	172	239	155	1823
Total	3441	2153	3839	3372	3884	4856	5283	4529	119	5851	5767	4584	47711



A continuación se presenta otro gráfico para mostrar la distribución de las tres drogas antidepresivas más utilizadas (Sertralina, Fluoxetina y Paroxetina) que

representan el 68% del total de DDD de antidepresivos dispensadas. La mayor cantidad de dosis dispensadas en el año es de Sertralina, pero en los meses de enero y marzo la mayor dispensa fue de Fluoxetina. En el resto de los meses se presenta una curva similar a la de la totalidad de las drogas dispensadas. Con respecto a la Paroxetina, la dispensa se presenta con incremento hasta el mes de agosto, con ligera caída en los meses de febrero y julio. Luego de la caída de septiembre, se registra un pico de dispensa seguido de una disminución en los meses siguientes.



### 5.8. DDD dispensadas, pacientes: promedio de dispensas

En este apartado se muestra la cantidad de droga dispensada por antidepresivo expresada en mg, en DDD, cantidad de días de dispensa, el valor de la DDD estándar (expresado en mg.), las DDD dispensadas, la cantidad de pacientes que recibieron esa droga, el promedio de días por paciente en que fue dispensada, el promedio de mg dispensado por día, el promedio de la DDD por día.

La cantidad de días totales de tratamiento (todos los pacientes y todas las drogas), fue de 48727 días. Surge de sumar los días entre la primer y la última receta de cada beneficiario, y en el caso de los beneficiarios que recibieron solamente una receta, esa suma es igual a cero. Si tenemos en cuenta las 47711 DDD dispensadas, tenemos un promedio de 0.98 DDD por día. Pero hay 91

beneficiarios (28% de los beneficiarios que recibieron antidepresivos) que solamente recibieron en una sola fecha antidepresivos. Teniendo en cuenta solamente los registros de los beneficiarios que recibieron antidepresivos en más de una fecha se registran 43491 DDDD y 48727 días obteniendo entonces un promedio de 0.89 DDD por día.

En primer lugar se analiza la totalidad de los registros con antidepresivos y luego se tienen en cuenta solamente los registros de los beneficiarios que tuvieron más de una dispensa en el periodo estudiado.

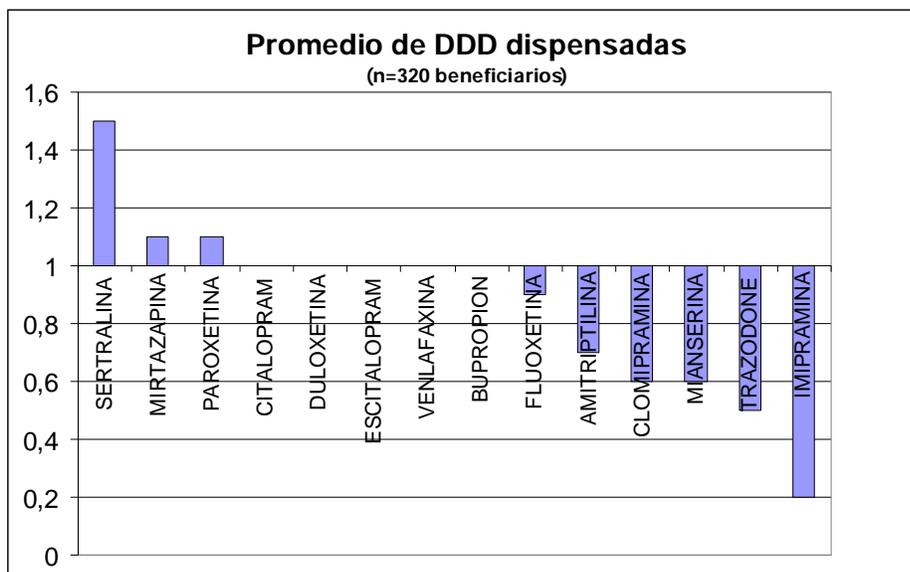
### **Registros de todos los beneficiarios que recibieron antidepresivos**

nom_com	mg	días	DDDstd	DDDD	ptes	días/ptes	mg/día	DD/días
AMITRIPTILINA	337,000	6649	75	4493	42	158	51	0.7
BUPROPION	67,500	227	300	225	5	45	297	1.0
CITALOPRAM	63,600	3205	20	3180	27	119	20	1.0
CLOMIPRAMINA	103,500	1855	100	1035	15	124	56	0.6
DULOXETINA	18,900	308	60	315	4	77	61	1.0
ESCITALOPRAM	15,610	1490	10	1561	13	115	10	1.0
FLUOXETINA	240,600	13756	20	12030	84	164	17	0.9
IMIPRAMINA	36,500	1576	100	365	13	121	23	0.2
MIANSERINA	11,700	310	60	195	4	78	38	0.6
MIRTAZAPINA	71,400	2123	30	2380	20	106	34	1.1
PAROXETINA	149,150	7060	20	7458	54	131	21	1.1
SERTRALINA	646,000	8563	50	12920	72	119	75	1.5
TRAZODONE	14,000	88	300	47	3	29	159	0.5
VENLAFAXINA	150,750	1517	100	1508	11	138	99	1.0
Sum	1926210	48727		47711				

La Fluoxetina fue dispensada a 84 beneficiarios, la Sertralina a 72 y la Paroxetina a 54 beneficiarios. El Trazodone fue dispensado a 3 beneficiarios y la Mianserina y Duloxetina a 4 beneficiarios cada uno.

Teniendo en cuenta el promedio de dosis diarias definidas dispensadas en el periodo estudiado, tenemos que cinco antidepresivos (Citalopram, Duloxetina, Escitalopram, Venlafaxina y Bupropion) presentan un promedio de una DDD dispensada por día, tres se encuentran por encima, la Mirtazapina y la Paroxetina con 1.1 DDD dispensadas por día y la Sertralina con 1.5 DDD dispensadas por día. Por debajo encontramos a seis drogas, la Amitriptilina con un promedio de 0.7 DDD dispensada por día, la Clomipramina y la Mianserina con un 0.6 DDD

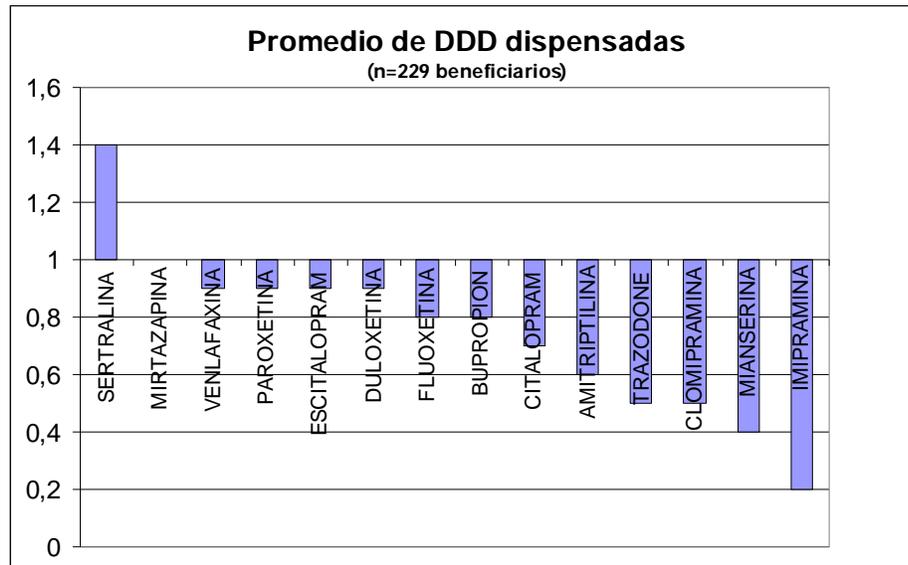
dispensada por día, la Fluoxetina con 0.9 DDD dispensada por día, la Imipramina con 0.2 y el Trazodone con 0.5 DDD dispensada por día. Como se citó anteriormente, se registra 0.98 DDD dispensada por día en promedio para los beneficiarios que recibieron antidepresivos en el periodo estudiado. A continuación se presenta el gráfico que ilustra el promedio de dosis diarias definidas dispensadas desagregadas por droga:



### **Registros de los beneficiarios que recibieron antidepresivos en más de una fecha**

El cuadro y el gráfico siguiente muestran los registros de los 229 beneficiarios que recibieron antidepresivos en al menos dos fechas diferentes. La Fluoxetina es indicada a 63 beneficiarios, la Sertralina a 47 y la Paroxetina a 35 beneficiarios. Se mantiene el mismo orden que en el gráfico anterior. La Mirtazapina tiene un promedio de 1 DDD, la Sertralina de 1.4 y el resto de los antidepresivos están por debajo de 1 DDD. En líneas generales se registra un descenso de 0.1 DDD para los promedios de las DDD de las diferentes drogas. Para este grupo de beneficiarios, se registra 0.89 DDD dispensada por día en promedio.

nom_com	mg	días	DDStd	DDDD	ptes	días/ptes	mg/día	DDDD/días
AMITRIPTILINA	313,750	6649	75	4183	31	214	47	0.6
BUPROPION	54,000	227	300	180	3	76	238	0.8
CITALOPRAM	48,040	3205	20	2402	16	200	15	0.7
CLOMIPRAMINA	97,500	1855	100	975	11	169	53	0.5
DULOJETINA	16,800	308	60	280	2	154	55	0.9
ESCITALOPRAM	13,400	1490	10	1340	8	186	9	0.9
FLUOXETINA	227,500	13756	20	11375	63	218	17	0.8
IMIPRAMINA	30,350	1576	100	304	7	225	19	0.2
MIANSERINA	8,100	310	60	135	1	310	26	0.4
MIRTAZAPINA	64,650	2123	30	2155	12	177	30	1.0
PAROXETINA	132,650	7060	20	6633	35	202	19	0.9
SERTRALINA	605,500	8563	50	12110	47	182	71	1.4
TRAZODONE	12,000	88	300	40	2	44	136	0.5
VENLAFAXINA	138,000	1517	100	1380	7	217	91	0.9
Sum	1762240	48727		43491				



### 5.9. Otros consumos

La población que recibió antidepresivos, recibió un total de 19468 envases de diferentes tipos de medicamentos, es decir por ejemplo, antidepresivos, antibióticos, antihipertensivos, etc.

Del total de envases dispensados, 1734 correspondieron a medicamentos antidepresivos, lo cual representa el 9% de todos los envases recibidos por los beneficiarios en tratamiento con antidepresivos.

Con la finalidad de contribuir a un mejor conocimiento del perfil de uso de este grupo de pacientes, se listan a continuación los 10 medicamentos más dispensados entre estos beneficiarios:

nom_com	env. disp
ENALAPRIL MALEATO	924
CLONAZEPAM	882
DICLOFENAC SODICO	615
OMEPRAZOL	490
LORAZEPAM	475
RANITIDINA	453
ALPRAZOLAM	448
FLUOXETINA	385
PROTEINAS+GRASAS+CARBOHID.	382
RISPERIDONA	372

La droga más dispensada para la población que recibió antidepresivos es el Enalapril Maleato (Antihipertensivo y vasodilatador) seguida del Clonazepam (ansiolítico y anticonvulsivante) y del Diclofenac Sódico (antiinflamatorio y analgésico). En la tabla se observa que cinco de los 10 medicamentos más recetados, se utilizan en el tratamiento de problemas de la esfera mental: Clonazepam, Lorazepam, Alprazolam, Fluoxetina y Risperidona. Cabe destacar que los tres primeros son ansiolíticos, y la Risperidona es un antipsicótico.

Si bien no fue un objetivo propuesto por el presente estudio, se señalan a continuación dos hallazgos que podrían ser de interés para futuras investigaciones, ya que consisten en posibles asociaciones medicamentosas peligrosas y/o irracionales.

### **Detección de asociaciones peligrosas: Uso de Venlafaxina en mayores de 65 años**

De los 175 beneficiarios mayores a 65 años que recibieron antidepresivos, (44 varones y 131 mujeres), 4 beneficiarias recibieron Venlafaxina (2.2 % del total de beneficiarios mayores de 65 años y 3 % teniendo en cuenta solamente las mujeres mayores de 65 años).

De estas 4 beneficiarias mayores de 65 con dispensa de Venlafaxina, una de ellas recibió la droga citada en una sola dispensa y otra de ellas recibió dos tipos de antidepresivos, un ISRS y un ISRNA sin superposición de días entre ellos. Las otras dos beneficiarias recibieron la Venlafaxina como única droga antidepresiva.

### **Detección de asociaciones irracionales: dispensa de dos ISRS al mismo tiempo**

De los 42 beneficiarios que recibieron más de un antidepresivo, 7 beneficiarios (el 17%) recibieron 2 ISRS en fechas superpuestas. Uno de ellos también recibió un ISRNA (paciente de 38 años que recibió Venlafaxina (ISRNA), Fluoxetina y Escitalopram (los dos ISRS).

Las combinaciones fueron:

2 casos de Paroxetina y Sertralina

2 casos de Paroxetina y Fluoxetina

1 caso de Sertralina y Escitalopram

1 caso de Sertralina y Fluoxetina

1 caso de Fluoxetina Escitalopram y Venlafaxina

Se destaca la importancia de profundizar en el estudio de la combinación de diferentes drogas en este tipo de pacientes. De esta manera se podrá comprender mejor no sólo el perfil de consumo sino también la presencia de asociaciones medicamentosas no deseadas, para contribuir así al diseño e implementación de políticas para el uso racional de medicamentos.

## **6. Conclusiones y recomendaciones**

A través de la investigación realizada, se encuentra que el 2.6% de los beneficiarios del Profe Caba recibieron antidepresivos durante el año 2006, (320 de 12441 beneficiarios), lo que representa el 4% de la población que recibe medicamentos.

De los 320 beneficiarios, el 70% son mujeres y el 30 % hombres. Cabe recordar que la población Profe está compuesta por un 61% de mujeres y un 39% de hombres. El 55% de la población que recibió antidepresivos es mayor a 65 años (175 beneficiarios), el 40 % tiene entre 30 y 64 años (127 beneficiarios) y el 5% son menores a 30 años (18 beneficiarios). Del grupo de los menores a 30 años, hay 13 varones y 5 mujeres, es decir mayor proporción de población masculina (72%) que femenina (28%). El rango etario para las mujeres con mayor cantidad de beneficiarias es el de 75 a 79 años con 37 beneficiarias. Con respecto a la población masculina el rango entre 65 a 69 años es el que registra mayor cantidad con 13 beneficiarios. La pirámide de consumidores de antidepresivos, tiene un crecimiento sostenido a medida que avanza la edad hasta los 79 años y con mayor cantidad de mujeres que hombres.

La droga más utilizada es la Sertalina con 27% del total de DDD dispensadas, seguida muy de cerca por la Fluoxetina con un 25% del total de DDD. En tercer lugar, se encuentra la Amitriptilina con el 16% de las DDD dispensadas. Se destaca que la posición de lugares cambia según la unidad de medida que se tenga en cuenta: envases, cantidad de droga o DDD. Los tres antidepresivos más dispensados corresponden al grupo de los ISRS, lo cual podría corresponderse con una mejor tolerancia y escasos efectos secundarios.

Teniendo en cuenta la distribución de las DDD según el sexo, los hombres reciben el 28% de la DDD y las mujeres el 72%. Esta proporción se invierte en los menores de 30 años donde los hombres reciben el 81% y las mujeres el 19% de las DDD. Con respecto a los tipos de antidepresivos, la proporción es muy similar entre los ISRS y los “Otros”. Para los ISRNA y los ATC la brecha entre hombres y mujeres se acrecienta a favor de estas últimas. Merece destacarse que sólo un 38% de los tratamientos superan los 6 meses de duración y un 36% no sobrepasa

el mes.

En relación con las DDD estándar, el promedio general de DDD es de 0.98 DDD dispensada por día por beneficiario. Si desagregamos según las diferentes drogas antidepresivas, tenemos que 5 se ajustan a las dosis diarias definidas recomendadas, 3 se encuentran por encima y 6 se encuentran por debajo.

Como hallazgos que merecen señalarse:

- La droga no antidepresiva más dispensada para la población que recibió antidepresivos es el Enalapril Maleato (Antihipertensivo y vasodilatador) seguida del Clonazepam (ansiolítico y anticonvulsivante) y del Diclofenac sódico (antiinflamatorio y analgésico).
- Un 2.2 % del total de beneficiarios mayores de 65 años reciben Venlafaxina, no recomendada para el grupo etario citado.
- También se detectan asociaciones irracionales, con la dispensa de dos ISRS al mismo tiempo en un 17% de los beneficiarios que reciben más de un antidepresivo.

Si bien no fue el propósito de la presente investigación merece señalarse que utilizando el concepto de farmacoepidemiología, podrían utilizarse los resultados de la presente investigación para estimar la prevalencia de trastornos depresivos en la población bajo estudio. En ese caso, en nuestro estudio la prevalencia calculada teniendo en cuenta los beneficiarios que reciben antidepresivos en referencia a la población total Profe CABA 2006 sería de 2.57% para la población en su conjunto; de 2.94% para las mujeres y de 1.97% para los hombres.

La presente investigación, enmarcada en la farmacoepidemiología y el uso racional de medicamentos, identifica patrones de dispensa de antidepresivos según DDD en grupos etarios, por sexo, y por tipo de antidepresivo, tiempos de tratamiento.

Para detectar áreas de oportunidad de mejora y para la toma de decisiones en la gestión de la salud, es necesario contar con información suficiente, confiable y oportuna.

Como temáticas a seguir investigando se propone profundizar en el análisis de la interacción de los antidepresivos con otras drogas y en relevar los tratamientos psicoterapéuticos que se hayan desarrollado junto con el tratamiento psicofarmacológico.

También se evidencia la necesidad de trabajar junto con los profesionales tratantes, la tabulación de las categorías diagnósticas, las indicaciones e interacciones de los antidepresivos y disponer de dispositivos y procedimientos que permitan observar la evolución del tratamiento y la continuidad y seguimiento del mismo.

Se destaca la necesidad de conformar tableros de información que permitan obtener “insumos” para la gestión de manera sencilla, ágil y eficiente, integrando la información sobre los beneficiarios y sus tratamientos.

Es importante que los datos sean analizados en forma integral. El decisor tiene que contar con información completa, actualizada y ordenada para administrar con eficiencia y calidad los recursos.

También podría utilizarse este método para la búsqueda del paciente a través del uso de antidepresivos.

Se espera que los datos obtenidos contribuyan en el diseño, la implementación y el seguimiento de la gestión de servicios de salud mental.

## 7. Bibliografía

1. Barrionuevo, H. "Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental". Buenos Aires, Ed. ISALUD, 2004.
2. Barrionuevo, Hugo. "Profesionalizar la gestión en salud mental". Documento. Isalud. Buenos Aires, 2004.
3. De Abajo, Francisco, J. "El medicamento como solución y como problema para la salud pública. Una breve incursión a los objetivos de la farmacoepidemiología", Rev. Esp. Salud Publica v.75 n.4 Madrid jul.-ago. 2001
4. Engel A, Siderius P. "The consumption of drugs. Report on a study 1966-1967". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1968 (EURO 3101)
5. Filgueira Lima, C. "Innovaciones en los sistemas de información para la gestión en salud". TESIS de Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. ISALUD. Buenos Aires, 2004.
6. González García, G. "Remedios políticos para los medicamentos", Ed. Isalud, 1994.
7. González García, G. y Tobar, F. "Salud para los argentinos". Ed. Isalud. Buenos Aires. 2004.
8. GRANDFILS, N.; SERMET, C. "Evolución 1998-2002 del consumo de antidepresivos en Francia, Alemania y el Reino Unido" . DT N° 21
9. HANSEN, D. G; ROSHOLM, J.; GICHANGI, A.; VACH, W., 2007. "Increased use of antidepressants at the end of life: population-based study among people aged 65 years and above". Age and Ageing, publicada por Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society, 36: 449-454, mayo.
10. Hansen DG, Vach W, Rosholm JU, Søndergaard J, Gram LF, Kragstrup J. "Early discontinuation of antidepressants in general practice: association with patient and prescriber characteristics". Fam Pract. 2004 Dec;21(6):623-9. Epub 2004 Nov 1.
11. JOHNELL, K.; FASTBOM, j. 2008. "The association between use of cardiovascular drugs and antidepressants: a Nationwide register-based study". Eur J Clin Pharmacol 64: 1119-1124, Agosto.
12. KADUSEVICIUS E; MIKUCIONYTE L; MACIULAITIS R; MILVIDAITE, I; SVEIKATA, A. 2006. "Trends in the consumption of antidepressant drugs in Lithuania in 2002-2004". Medicina (Kaunas);42(12):1020-9, diciembre.
13. Mark Olfson; Steven C. Marcus,; Benjamin Druss; Lynn Elinson; Terri Tanielian; Harold Alan Pincus, "National Trends in the Outpatient Treatment of Depression", Journal of the American Medical Association, JAMA. 2002;287(2):203-209.
14. MEIJER, W.; HEERDINK, E.; PEPPLINKHUIZEN, L.; VAN EIJK, J.; LEUFKENS, H.

2001. "Prescribing patterns in patients using new antidepressants". Blackwell Science Ltd Br J Clin Pharmacol, 51: 181-183, october.
15. Milazzo, José D y Perna, Ana M.: "Análisis Descriptivo de las Prescripciones de Psicofármacos en una población de la ciudad de Mar del Plata (Argentina). Periodo Febrero 2000 a Febrero 2001". Acta Farm. Bonaerense 23 (2): 220-5 (2004)
16. Ministerio de Salud de la Nación, "Estimación de la Población afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina". 2010
17. Morales, Sergio D.- Espíndola, Jorge H.- Crenna, Vanina M.- Malgor, Luis, A.- Valsecia, Mabel E.: "Estudio de Utilización de Medicamentos en el Instituto de la Seguridad Social de la UNNE-ISSUNNE".
18. Organización Mundial de la Salud. "Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas." Francia, 2001
19. OMS. "Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS: Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales". OMS. Ginebra, 2002 (disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_2002.3\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.3_spa.pdf))
20. ROMANO YALOUR, Margot; TOBAR, Federico. "¿Como hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?". Cuadernos ISALUD N° 2. 1999. 2° Edición Buenos Aires
21. STEPHEN, Newman.; SCHOPFLOCHER, Don. 2008. "Trends in Antidepressant Prescriptions Among the Elderly in Alberta During 1997 to 2004". La Revue canadienne de psychiatrie, vol. 53, n° 10: 704-707, octubre
22. Tobar, F. "Como sobrevivir a una tesis en salud". Ediciones Isalud 2008.
23. Tobar, Federico. "Tendencias económicas y epidemiológicas en salud mental". Artículo del Programa de Investigación Aplicada- ISalud, 2003.

## 8. Anexo : tablas adicionales

### 8.1. Anexo I

Las tablas siguientes muestran la distribución de DDD por genérico según sexo y rango etario

-> nom\_com = AMITRIPTILINA

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 15 y 19 años	.	30	30
Entre 25 y 29 años	.	33	33
Entre 40 y 44 años	67	.	67
Entre 45 y 49 años	83	.	83
Entre 50 y 54 años	163	17	180
Entre 55 y 59 años	583	.	583
Entre 60 y 64 años	717	30	747
Entre 65 y 69 años	230	97	327
Entre 70 y 74 años	840	107	947
Entre 75 y 79 años	537	100	637
Entre 80 y 84 años	337	.	337
Más de 85 años	503	20	523
Total	4060	433	4493

-> nom\_com = BUPROPION

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 45 y 49 años	15	.	15
Entre 55 y 59 años	.	30	30
Entre 60 y 64 años	120	30	150
Entre 75 y 79 años	30	.	30
Total	165	60	225

-> nom\_com = CITALOPRAM

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 15 y 19 años	.	300	300
Entre 20 y 24 años	.	30	30
Entre 35 y 39 años	.	30	30
Entre 50 y 54 años	.	120	120
Entre 55 y 59 años	30	30	60
Entre 60 y 64 años	718	.	718
Entre 65 y 69 años	350	60	410
Entre 70 y 74 años	236	.	236
Entre 75 y 79 años	470	150	620
Entre 80 y 84 años	236	.	236
Más de 85 años	420	.	420
Total	2460	720	3180

-> nom\_com = CLOMIPRAMINA

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 5 y 9 años	.	53	53
Entre 10 y 14 años	.	15	15
Entre 20 y 24 años	.	23	23
Entre 35 y 39 años	75	.	75
Entre 60 y 64 años	180	8	188
Entre 65 y 69 años	368	.	368
Entre 70 y 74 años	75	120	195
Entre 75 y 79 años	.	8	8
Entre 80 y 84 años	.	53	53
Más de 85 años	60	.	60
Total	758	278	1035

-> nom\_com = DULOXETINA

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 40 y 44 años	56	.	56
Entre 50 y 54 años	224	.	224
Entre 65 y 69 años	.	7	7
Entre 75 y 79 años	28	.	28
Total	308	7	315

-> nom\_com = ESCITALOPRAM

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 20 y 24 años	.	15	15
Entre 35 y 39 años	30	116	146
Entre 40 y 44 años	.	356	356
Entre 50 y 54 años	208	.	208
Entre 55 y 59 años	252	.	252
Entre 65 y 69 años	88	180	268
Entre 70 y 74 años	226	.	226
Entre 75 y 79 años	90	.	90
Total	894	667	1561

-> nom\_com = FLUOXETINA

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 15 y 19 años	30	.	30
Entre 25 y 29 años	30	240	270
Entre 30 y 34 años	120	140	260
Entre 35 y 39 años	140	240	380
Entre 45 y 49 años	600	390	990
Entre 50 y 54 años	360	310	670
Entre 55 y 59 años	1725	60	1785
Entre 60 y 64 años	735	840	1575
Entre 65 y 69 años	945	135	1080
Entre 70 y 74 años	855	705	1560
Entre 75 y 79 años	1330	270	1600
Entre 80 y 84 años	990	615	1605
Más de 85 años	225	.	225
Total	8085	3945	12030

-> nom\_com = IMIPRAMINA

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 10 y 14 años	.	38	38
Entre 15 y 19 años	12	.	12
Entre 25 y 29 años	6	.	6
Entre 35 y 39 años	6	.	6
Entre 50 y 54 años	50	.	50
Entre 65 y 69 años	13	.	13
Entre 70 y 74 años	81	.	81
Entre 75 y 79 años	13	.	13
Entre 80 y 84 años	61	.	61
Más de 85 años	88	.	88
Total	328	38	365

-> nom\_com = MIANSERINA

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 30 y 34 años	15	135	150
Entre 60 y 64 años	30	.	30
Entre 75 y 79 años	15	.	15
Total	60	135	195

-> nom\_com = MIRTAZAPINA

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 10 y 14 años	30	.	30
Entre 50 y 54 años	120	270	390
Entre 55 y 59 años	690	.	690
Entre 60 y 64 años	45	.	45
Entre 65 y 69 años	360	.	360
Entre 70 y 74 años	120	60	180
Entre 75 y 79 años	270	235	505
Entre 80 y 84 años	60	.	60
Más de 85 años	90	30	120
Total	1785	595	2380

-> nom\_com = PAROXETINA

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 5 y 9 años	.	30	30
Entre 25 y 29 años	30	.	30
Entre 30 y 34 años	420	330	750
Entre 35 y 39 años	60	.	60
Entre 40 y 44 años	480	390	870
Entre 45 y 49 años	150	360	510
Entre 50 y 54 años	390	.	390
Entre 55 y 59 años	603	270	873
Entre 60 y 64 años	590	240	830
Entre 65 y 69 años	375	338	713
Entre 70 y 74 años	840	30	870
Entre 75 y 79 años	795	138	933
Entre 80 y 84 años	390	60	450
Más de 85 años	150	.	150
Total	5273	2185	7458

-> nom\_com = SERTRALINA

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 10 y 14 años	.	45	45
Entre 15 y 19 años	60	.	60
Entre 20 y 24 años	.	60	60
Entre 30 y 34 años	600	.	600
Entre 35 y 39 años	15	970	985
Entre 40 y 44 años	.	30	30
Entre 45 y 49 años	260	140	400
Entre 50 y 54 años	1920	170	2090
Entre 55 y 59 años	570	120	690
Entre 60 y 64 años	420	480	900
Entre 65 y 69 años	1560	1365	2925
Entre 70 y 74 años	955	440	1395
Entre 75 y 79 años	1500	300	1800
Entre 80 y 84 años	760	60	820
Más de 85 años	90	30	120
Total	8710	4210	12920

-> nom\_com = TRAZODONE

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 40 y 44 años	.	20	20
Entre 60 y 64 años	27	.	27
Total	27	20	47

-> nom\_com = VENLAFAXINA

Rango etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Entre 25 y 29 años	21	.	21
Entre 35 y 39 años	203	135	338
Entre 50 y 54 años	293	.	293
Entre 55 y 59 años	450	.	450
Entre 60 y 64 años	42	.	42
Entre 65 y 69 años	83	.	83
Entre 70 y 74 años	105	.	105
Entre 75 y 79 años	135	.	135
Entre 80 y 84 años	42	.	42
Total	1373	135	1508

## 8.2. Anexo II

**Distribución de los tratamientos por droga antidepresiva según cantidad de días y sexo.**

```
-> nom_com = AMITRIPTILINA
```

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 días	7	6	13
De 31 a 60 días	2	0	2
De 61 a 90 días	3	1	4
De 91 a 120 días	1	0	1
De 151 a 180 días	2	0	2
De 181 a 210 días	2	0	2
De 211 a 240 días	1	1	2
De 241 a 270 días	1	1	2
De 271 a 300 días	3	0	3
De 301 a 330 días	7	0	7
De 331 a 365 días	4	0	4
Total	33	9	42

```
-> nom_com = BUPROPION
```

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 días	2	1	3
De 61 a 90 días	0	1	1
De 121 a 150 días	1	0	1
Total	3	2	5

-> nom\_com = CITALOPRAM

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	6	5	11
De 31 a 60 dias	1	1	2
De 91 a 120 dias	2	0	2
De 121 a 150 dias	3	0	3
De 151 a 180 dias	1	0	1
De 181 a 210 dias	1	1	2
De 241 a 270 dias	1	0	1
De 301 a 330 dias	3	0	3
De 331 a 365 dias	1	1	2
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>27</b>

-> nom\_com = CLOMIPRAMINA

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	1	4	5
De 31 a 60 dias	1	0	1
De 91 a 120 dias	0	2	2
De 151 a 180 dias	2	0	2
De 181 a 210 dias	1	0	1
De 211 a 240 dias	2	0	2
De 241 a 270 dias	0	1	1
De 331 a 365 dias	1	0	1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>15</b>

-> nom\_com = DULOXETINA

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	2	1	3
De 271 a 300 dias	1	0	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

-> nom\_com = ESCITALOPRAM

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	4	2	6
De 31 a 60 dias	1	1	2
De 211 a 240 dias	0	1	1
De 241 a 270 dias	2	0	2
De 271 a 300 dias	1	0	1
De 331 a 365 dias	0	1	1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

-> nom\_com = FLUOXETINA

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	16	5	21
De 31 a 60 dias	1	3	4
De 61 a 90 dias	2	2	4
De 91 a 120 dias	4	0	4
De 121 a 150 dias	5	1	6
De 151 a 180 dias	3	1	4
De 181 a 210 dias	2	3	5
De 211 a 240 dias	3	3	6
De 241 a 270 dias	4	2	6
De 271 a 300 dias	4	1	5
De 301 a 330 dias	9	2	11
De 331 a 365 dias	4	4	8
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>27</b>	<b>84</b>

-> nom\_com = IMIPRAMINA

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	6	0	6
De 61 a 90 dias	1	0	1
De 91 a 120 dias	0	1	1
De 211 a 240 dias	1	0	1
De 241 a 270 dias	1	0	1
De 271 a 300 dias	2	0	2
De 301 a 330 dias	1	0	1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>13</b>

-> nom\_com = MIANSERINA

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	3	0	3
De 301 a 330 dias	0	1	1
Total	3	1	4

-> nom\_com = MIRTAZAPINA

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	6	2	8
De 31 a 60 dias	1	0	1
De 61 a 90 dias	4	0	4
De 151 a 180 dias	0	2	2
De 181 a 210 dias	0	1	1
De 271 a 300 dias	1	0	1
De 301 a 330 dias	2	1	3
Total	14	6	20

-> nom\_com = PAROXETINA

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	15	5	20
De 31 a 60 dias	1	1	2
De 61 a 90 dias	4	1	5
De 121 a 150 dias	4	0	4
De 151 a 180 dias	2	1	3
De 181 a 210 dias	0	1	1
De 211 a 240 dias	2	1	3
De 241 a 270 dias	3	1	4
De 271 a 300 dias	6	1	7
De 301 a 330 dias	2	1	3
De 331 a 365 dias	1	1	2
Total	40	14	54

-> nom\_com = SERTRALINA

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	18	11	29
De 31 a 60 dias	3	1	4
De 61 a 90 dias	4	1	5
De 91 a 120 dias	1	0	1
De 121 a 150 dias	4	3	7
De 151 a 180 dias	2	0	2
De 181 a 210 dias	2	2	4
De 211 a 240 dias	5	0	5
De 241 a 270 dias	1	1	2
De 271 a 300 dias	4	1	5
De 301 a 330 dias	0	5	5
De 331 a 365 dias	3	0	3
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>25</b>	<b>72</b>

-> nom\_com = TRAZODONE

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	1	0	1
De 31 a 60 dias	1	1	2
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

-> nom\_com = VENLAFAXINA

(mean) nperiodo	(mean) sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Hasta 30 dias	4	0	4
De 31 a 60 dias	1	0	1
De 61 a 90 dias	0	1	1
De 151 a 180 dias	1	0	1
De 241 a 270 dias	1	0	1
De 301 a 330 dias	1	0	1
De 331 a 365 dias	2	0	2
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>