INFORME ESTUDIO DE LÍNEA DE BASE:

PRÁCTICAS DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA REPUBLICA DOMINICANA.

Coordinación general:
Unidad Nacional de Gestión de Medicamentos del Servicio Nacional de Salud (SNS)
Dirección General de Control de Infecciones de transmisión sexual y SIDA (DIGECITSS)

Asesoría técnica:
Dra. Claudia Valdez, Lead Consultant
Dr. Edgar Barillas, Senior Manager LAC
Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS)
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID-

Mayo 2016
Santo Domingo, República Dominicana.

CONTENIDO

Contenido 2
Antecedentes 3
Alcance 4
Objetivos 5
Metodología y diseño del estudio 6
Resultados 8
Discusión y análisis 14
Conclusiones 16
Recomendaciones 17

ANTECEDENTES

Para abril del 2016, aproximadamente 31,000 personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS)[1] recibían terapia con antirretrovirales (TARV) en la red del Servicio Nacional de Salud de República Dominicana, conformada por establecimientos públicos, instituciones privadas y en organizaciones no gubernamentales (ONG).

La Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), hizo oficial la "Guía Nacional de Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual" en el 2014 y la "Guía de Diagnóstico Temprano en Infantes y Atención Clínica en VIH/SIDA Pediátrico "en 2015. En estas se establecen los estándares del tratamiento antirretroviral de adultos y niños.

Las Guías de Atención al VIH del país para adultos establecen once esquemas de tratamiento, incluyendo cuatro líneas terapéuticas de 1ª línea; cuatro de 2ª línea y tres de 3ª línea [2]-[3]. Los regímenes para adulto se presentan en la tabla 1.

Las Guías pediátricas establecen dos líneas de tratamiento, la 1ª línea con cuatro esquemas terapéuticos y una línea de rescate que incluye tres combinaciones. Los pediátricos se presentan en la tabla 2.

Tabla 1. Lista de esquemas de ARV adultos a evaluar, contenidos en los protocolos.

	Esquemas de adultos		
	Esquemas	**Medicamentos**	**Concentración**
1ª línea	AZT/3TC/NVP	Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina	150/300/200mg
	TDF/3TC+EFV	Lamivudina/Tenofovir+ Efavirenz	300/300mg+600mg
	AZT/3TC+EFV	Zidovudina/Lamivudina+Efavirenz	150/300mg+600mg
	ABC+3TC+EFV	Abacavir + Lamivudina + Efavirenz	300mg+ 150mg+600mg
2ª línea	TDF/3TC+LPV/r	Lamivudina/Tenofovir + Lopinavir/Ritonavir	300/300mg+200/50mg
	AZT/3TC+LPV/r	Zidovudina/Lamivudina+Lopinavir/Ritonavir	150/300mg+200/50mg
	AZT/3TC+LPV/r	Lamivudina/Abacavir+Lopinavir/Ritonavir	150/300mg+200/50mg
	AZT/3TC+LPV/r	Lamivudina/Tenofovir + Atazanavir/Ritonavir	300/300mg+200/50mg
3ª línea	TDF/3TC + DRV/r	Tenofovir + Lamivudina + Darunavir/Ritonavir	300mg+ 150mg+600/100mg
	ABC/3TC + DRV/r	Abacavir + Lamivudina + Darunavir/Ritonavir	300mg+ 150mg+600/100mg
	TDF/3TC + RAL/r	Tenofovir + Lamivudina + Raltegravir/Ritonavir	300mg+ 150mg+800/100mg

[1] Reporte mes de abril 2016, Formulario de Aplicación a Programas de Políticas Sociales (FAPPS). Servicio Nacional de Salud, Republica Dominicana.
[2] Guía Nacional de Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual. 2014. Dirección General de Infecciones de Transmisión sexual y SIDA (DIGECITSS), Ministerio de Salud Pública, Republica Dominicana.
[3]Guía de Diagnóstico Temprano en Infantes y Atención Clínica en VIH/SIDA Pediátrico. 2015. Dirección General de Infecciones de Transmisión sexual y SIDA (DIGECITSS), Ministerio de Salud Pública, Republica Dominicana

Tabla 2. Lista de esquemas de ARV pediátricos a evaluar, contenidos en los protocolos.

	Esquemas pediátricos		
	Esquemas	**Medicamentos**	**Concentración**
1ª línea	AZT/3TC+NVP	Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina	300mg+150mg+200mg o suspensión
	AZT/3TC+LOP/RIT	Zidovudina/Lamivudina/Lopinavir/Ritonavir	300mg+150mg+200/50mg o suspensión
	AZT/3TC+EFV	Zidovudina/Lamivudina+ Efavirenz	300mg+150mg+600mg o suspensión
	TDF+3TC+EFV	Tenofovir/Lamivudina+ Efavirenz	300mg+150mg+600mg o suspensión
2ª línea	DDI+ABC+Lop/r	Didanosina+Abacavir+Lopinavir/Ritonavir	250mg+300+200/50mg tabletas o suspensión
	TDF+3TC+Lop/r	Tenofovir+Lamivudina+Lopinavir/Ritonavir	300mg+150mg+200/50mg tabletas o suspensión
	ABC+3TC+Lop/r	Abacavir+Lamivudina+Lopinavir/Ritonavir	300mg+150mg+200/50mg tabletas o suspensión

Las programaciones para la compra de ARV consideran estos estándares de tratamiento para casos nuevos. El reporte de consumo del Sistema Único de Gestión de Medicamentos en Insumos (SUGEMI) para el trimestre Octubre-Diciembre del 2015 mostró, sin embargo un aumento de un 200% con respecto al consumo histórico de medicamentos de 3ª línea terapéutica y 120% en los de 2ª línea. El incremento en el uso de estos medicamentos sugiere la falta de apego las guías e implicó a un aumento en las compras de aproximadamente RD$ 23 millones, por encima de lo programado para el 2015.

El propósito de este estudio es determinar si las prácticas actuales de prescripción se apegan a las guías terapéuticas nacionales. De encontrarse discrepancias importantes entre las prácticas de prescripción y las guías, estas explicarían gastos injustificados en la terapia ARV y los problemas de desabastecimiento y sobre stock que ocasionalmente se presentan.

ALCANCE

Geográfico: Se incluyeron los servicios de atención integral al VIH y el SIDA (SAI) en los 9 Servicios Regionales de Salud (SRS).
Procedimental: El estudio abarcó las prácticas de prescripción de ARV vigentes y las fuentes de información usadas por los prescriptores.

OBJETIVOS

General

Conocer las prácticas de prescripción de ARV en los SAIs.

Específicos

1. Contrastar las prácticas de prescripción actuales con lo establecido en las guías terapéuticas nacionales.
2. Establecer las implicaciones de la falta de apego a las guías terapéuticas nacionales en términos del consumo de medicamentos no correspondiente a las cantidades programadas y costos injustificados para la provisión de atenciones a PVVS.
3. Brindar elementos para la construcción y desarrollo de herramientas didácticas que promuevan una correcta prescripción con apego a las guías terapéuticas nacionales.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DEL ESTUDIO

El tipo de estudio: Exploratorio, descriptivo y retrospectivo de corte transversal. La muestra fue propositiva a criterio, intencional o selectiva que abarcó 28 Servicios de Atención Integral del VIH (SAI). La unidad de observación fueron las prácticas de prescripción en al menos 2 médicos/as por cada SAI seleccionados. Para una mejor representatividad de la muestra, se utilizaron los siguientes criterios de selección de los SAI:

- **Filiación institucional**: 20 SAI ubicados en CEAS del sector público (SNS y Fuerzas Armadas); 1 en el sector privado y 6 en ONG.
- **Demanda de atenciones**: De los 28 SAI seleccionados, 12 presentan una alta demanda (más de 800-2800 PVVS en TARV) y 16 presentan una demanda media/baja (menos de 300-800 PVVS en TARV).
- **Representatividad regional**: Todas la Regiones estuvieron representadas en la muestra, con al menos 2 SAI cada una. La distribución consideró la densidad demográfica y la demanda de atenciones; así, los SAI en la Región metropolitana representaron el 39% de la muestra.
- **Ruralidad**: Incluyó 20 (71%) establecimientos urbanos y 8 (29%) rurales.

En cada uno de los SAI seleccionados, el informante principal fue el clínico prescriptor. Dado que suele haber más de uno por SAI, los criterios de selección fueron los siguientes:

- **Tiempo de prestación de servicios**: Dado que el estudio es retrospectivo, se privilegió al médico/a encargado de la atención clínica del SAI con más de 1 año en el servicio.
- **Atención de adultos y/o a niños/as**: Si más de un clínico cumpliera con el criterio anterior, se seleccionó al clínico cuya consulta incluyera pacientes adultos y pediátricos.

Métodos de Recogida, Procesamiento y Análisis

La información recolectada fue provista por múltiples fuentes que se categorizan así:

Entrevistas a prescriptores: La recolección de la información fue realizada mediante entrevistas a los prescriptores seleccionados. Para estos fines se aplicó un instrumento semi-estructurado, con preguntas cerradas y abiertas. Este instrumento fue previamente validado por técnicos del programa de VIH y el SNS, antes de su aplicación. El instrumento incluía preguntas relacionadas con la prescripción de los ARV, incluyendo:

- Criterios para inclusión de terapia antiretroviral (TARV) a pacientes nuevos con diagnóstico positivo.
- Criterios para selección de la 1ª, 2ª y 3ª línea de tratamiento
- Criterios utilizados para considerar fallo terapéutico.
- Capacitaciones o educación continua a las que había sido expuesto el prescriptor.
- Fuentes de información para actualizaciones en el uso de terapias.
- Opinión y percepción sobre la utilización de material visual como estrategia de mejorar la prescripción.

Revisión de fichas de tratamiento: Se revisaron 10 fichas de tratamiento por SAI para dos tipos de población: 1). Pacientes nuevos recibiendo TARV por menos de 6 meses; 2). Pacientes recibiendo TARV por más de 2 años. En total se analizaron 202 fichas en los SAI evaluados. La selección de las fichas se realizó mediante el método de muestreo aleatorio sistemático.

RESULTADOS

El país cuenta con 72 SAI; el total evaluados fue 28, representando el 40% del total de SAI del país y el 80% de las atenciones en VIH a nivel nacional. La unidad de observación fueron las prácticas de prescripción en al menos 2 médicos/as por SAI para un total de 50 médicos/as entrevistados (Tabla 1).

Tabla 1. Establecimientos y personal de salud evaluados.

Establecimientos	***#***	***Total %***
SAI públicos	21	75%
SAI ONG	6	21%
SAI privado	1	4%
Total	28	100%

Personal de salud entrevistado	***#***	***Total %***
SAI públicos	34	68%
SAI ONG	14	28%
SAI privado	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio en los Servicios de Atención de VIH.

Conforme a los objetivos del estudio, los hallazgos se agrupan en dos secciones: *prácticas de prescripción* y *problemas asociados*.

1. Prácticas de prescripción

La DIGECITSS hizo oficial la "**Guía Nacional de Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual**" en el 2014 y la "**Guía de Diagnóstico Temprano en Infantes y Atención Clínica en VIH/SIDA Pediátrico "**en 2015. Estas establecen los estándares del tratamiento antirretroviral de adultos y niños, regulan las combinaciones de ARV que deben usarse en cada uno de los esquemas y establecen los criterios para las migraciones a líneas de rescate o tercerías (contar con una prueba especial de genotipo y ser autorizadas por la DIGECITSS).

Del total de prescriptores entrevistados el 84% (42/50) expresó conocer y cumplir con los criterios clínicos, inmunológicos y virológicos[4] de inclusión a TARV, según las guías de atención nacionales; mientras que el 16% refirió no aplicar estos criterios. Al indagar específicamente sobre los esquemas, sin embargo, solo el 72% (36/50) de los prescriptores seleccionaron los esquemas de 1ª línea recomendados en las guías nacionales de atención. El 28% (14/50) de los prescriptores expresaron no utilizar las guías al momento de seleccionar los esquemas de tratamiento, refiriendo que la selección la basan en su experiencia clínica o referencias internacionales.

[4] Criterios establecidos en la Guía de atención: Criterio clínico: Presencia de una infeccion oportunista (IO); Criterio Inmunológico: Si los CD4 < 500; Criterio Virológico: CV > 50 mil copias; Embarazo, Co-infección TB o Hepatitis, Nefropatía o cardiopatía. Para los niños, no aplican, ya que todos los niños diagnosticados con VIH debe recibir TARV.

Sobre el cumplimiento de los criterios de fallo terapéutico[5] para el cambio a esquemas de 2ª línea, el 100% (50/50) refirió utilizar las guías nacionales como referente para la decisión de la migración de esquemas; sin embargo, solo el 62% (31/50) describieron los criterios conforme a las guías. El 22% (11/50) de los prescriptores expresó realizar los cambios en base a sospechas de deterioro de la condición del paciente y el 16% (8/50) de los prescriptores cambian de esquema cuando el paciente les expresa que no tolera la terapia de 1ª línea. Entre los prescriptores pediátricos no se observaron diferencias con lo determinado en las guías de tratamiento, que establecen tratamientos individualizados y dosis ajustadas a la edad.

De acuerdo a las guías nacionales de atención, el esquema de 2ª línea para adultos es lopinavir 200mg/ ritonavir 50mg. El estudio mostró que solo el 60% (30/50) de los prescriptores seleccionaron este esquema. El 40% restante (20/50) seleccionó esquemas no acorde a las guías nacionales de tratamiento, incluyendo el uso de atazanavir (que es una segunda opción de la 2ª línea) y el raltegravir (3ª línea). En los expedientes revisados no se registran las causas del uso de ARV que no corresponden a los esquemas normados (Tabla 2).

[5] Evaluación bajo los criterios de fallo o fracaso según las Guías de Atención, IO recurrentes, Estadio 4 (OMS); CD4 < 50% valor inicial, CV >5.000 copias/ml y/o prueba de Genotipo.

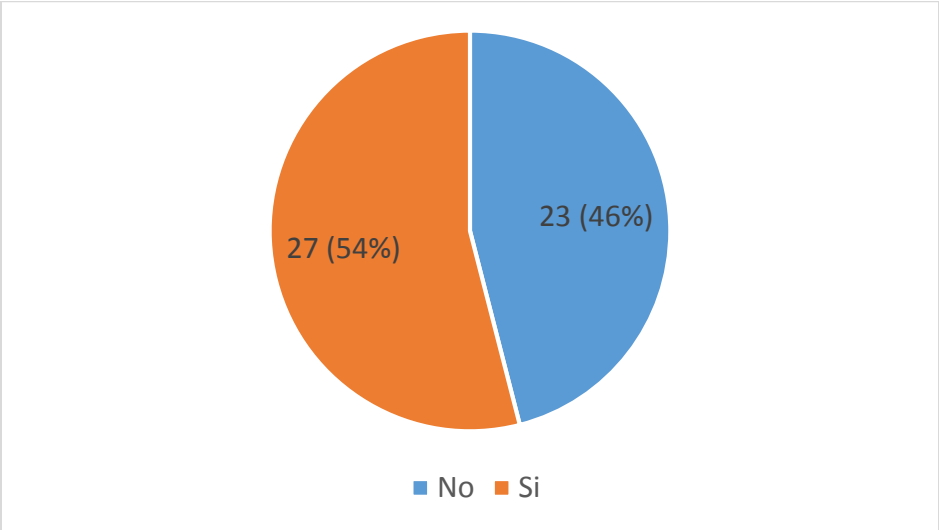
Tabla 2. Selección de la TARV de 2ª línea según los prescriptores.

Esquema	# Prescriptores	%
Acorde guía de tratamiento Tenofovir + Lamivudina + Lopinavir/rtv	30	60 %
No acorde a guía de tratamiento Zidovudina o Tenofovir + Lamivudina + Atazanavir/ritonavir	15	30 %
Tenofovir+ Lamivudina + Raltegravir/ritonavir	5	10 %
Total	**50**	**100%**

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio en los Servicios de Atención de VIH.

Sobre el cumplimiento de los criterios de fallo terapéutico[6] para el cambio de esquemas a 3ª línea, el 54% (27/50) de los prescriptores refirió utilizar las guías nacionales para la decisión de la migración de esquemas; mientras que el 46% (23/50) expresó no dar cumplimiento a los criterios establecidos en la guía nacional. Los prescriptores que refirieron no adherirse a las guías, expresaron realizar los cambios en base a sospechas de deterioro de la condición del paciente y/o cuando el paciente expresa que no tolera la terapia (Gráfico 1).

Gráfico 1. % de prescriptores que refirieron adherencia o no a la guía de tratamiento nacional para el cambio a esquemas de 3ª línea.



Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio en los Servicios de Atención de VIH.

De acuerdo a las guías nacionales, el esquema de 3ª línea para adultos incluye raltegravir 800mg/ritonavir 100mg o Darunavir/ritonavir 600/100 mg. El estudio mostró que el 28% (14/50) seleccionaron el esquema de tratamiento acorde a las guías nacionales. El 72% (36/50) que no se adhirió a las guias utilizó medicamentos de 2ª línea como el atazanavir y lopinavir/ritonavir (Tabla 3).

[6] Evaluación bajo los criterios de fallo o fracaso según las Guías de Atención: IO recurrentes, Estadio 4 (OMS); CD4 < 50% valor inicial, CV >5.000 copias/ml y/o prueba de Genotipo.

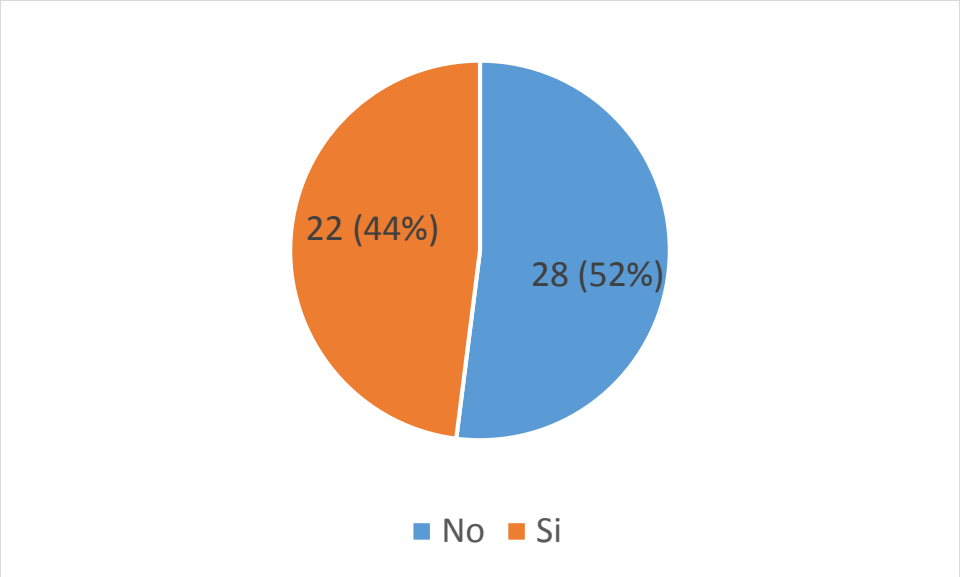
Tabla 3. Selección de la TARV de 3ª línea

Esquema	Prescriptores	%
Acorde a guías		
Tenofovir + Lamivudina + Raltegravir o Darunavir	14	28 %
No acorde a guías		
Tenofovir + Lamivudina + Lopinavir/ritonir	16	32 %
Zidovudina o Tenofovir + Lamivudina + Atazanavir/ritonavir	20	40 %
Total	**50**	**100 %**

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio en los Servicios de Atención de VIH.

Las guías nacionales de adultos establecen que los cambios a esquemas de 3ª línea tienen que ser autorizados por la DIGECITSS[7]. El estudio evidenció que el 56% (28/50) de los prescriptores no solicitan esta autorización, aduciendo que la DIGECITSS no responde con la rapidez que se requiere. (Gráfico 2.).

Gráfico 2. Solicitud de autorización a la DIGECITSS para cambio de esquemas. Número y porcentaje de prescriptores



Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio en los Servicios de Atención de VIH.

Para corroborar la correspondencia entre las entrevistas y las prescripciones, se revisaron 202 fichas de pacientes adultos y pediátricos en tratamiento durante el 2015. Estas fueron seleccionadas de manera aleatoria sistemática y divididas en dos grupos de pacientes: 1). Pacientes de nuevo ingreso con menos de 6 meses de inicio de terapia; 2). Pacientes con más de 2 años de recibir TARV.

[7] Guía Nacional de Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual. 2014. Dirección General de Infecciones de Transmisión sexual y SIDA (DIGECITSS), Ministerio de Salud Pública, Republica Dominicana.

La revisión de las fichas evidenció que al 69% (138/202) de los pacientes les fue prescrito el esquema terapéutico conforme a los protocolos y líneas de tratamiento; mientras que en el 31% (61/202) de los pacientes la prescripción no fue acorde a las líneas de tratamiento establecidas. El estudio mostró que al 5% (5/99) de pacientes adultos de nuevo ingreso se les prescribió medicamentos de esquemas de 3ª línea (raltegravir/ritonavir) sin el respaldo de pruebas clínicas y autorizaciones, como se establece en las guías nacionales.

La revisión de expedientes clínicos también mostró que en el 27% (27/99) de pacientes de nuevo ingreso, el tiempo promedio de migración a esquemas de 2ª y 3ª línea fue de 2 meses; mientras que en pacientes con más de 2 años en terapia el tiempo promedio fue de 15 meses (mediana de 12 meses) con rangos entre 6-84 meses. A nivel internacional, la recomendación de la retención o permanencia de un paciente en 1ª línea es en promedio 5 años- si no existen complicaciones que ameriten cambios de esquemas[8].

2. problemas y factores asociados

El estudio evaluó aspectos relacionados con la capacitación y supervisión del personal prescriptor de los SAI, como posibles causas del cumplimiento, o no, de las guías de tratamiento de VIH.

El 94% (47/50) de los prescriptores expresó que selecciona los medicamentos y realiza cambios de esquemas de tratamientos fundamentado en documentación de referencia; el 54% de estos utiliza las guías nacionales de tratamiento, el 18% publicaciones de sociedades clínicas independiente, el 12% documentación de los laboratorios farmacéuticos y el 10% revisa publicaciones de agencias internacionales, como la Organización Mundial de Salud. El 6% restante refirió no utilizar documentos de referencia. (Tabla 4).

Tabla 4. Fuentes de consulta de los prescriptores entrevistados

Fuente	Frec.	%
Guías y protocolos nacionales	27	54 %
Guías y protocolos internacionales de sociedades médicas o independientes.	9	18 %
Documentos de laboratorios/ visitadores médicos	6	12 %
Guías y protocolos de agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud	5	10 %
Ninguno	3	6 %
Total	**50**	**100.0%**

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio en los Servicios de Atención de VIH.

El 80% de los prescriptores (40/50) respondió que había participado en un taller, curso de capacitación o actualización en el uso de los ARV en los últimos 12 meses y el 20% (10/50) respondió no haber recibido ningún tipo de capacitación o entrenamiento. Las instancias que impartieron las capacitaciones- según los entrevistados- fueron el Ministerio de Salud Pública, laboratorios y sociedades médicas especializadas.

[8] Guía de tratamiento ARV, 2015. PAHO. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH.

El estudio indagó sobre las fuentes más frecuentes consultadas por los prescriptores sobre posibles interacciones o efectos de las combinaciones de medicamentos. Solo el 58% expresó utilizar las guías nacionales; el 34% consulta a un colega y el 8% publicaciones internacionales.

Tabla 5. Fuentes de consultas sobre efectos adversos e interacciones

Fuente	Frec.	%
Guía o protocolo nacional	29	58 %
Consulta a un colega	17	34 %
Revistas de publicación internacional.	4	8 %
Total	**50**	**100 %**

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio en los Servicios de Atención de VIH.

El 54% (27/50) de los prescriptores expresó no haber sido supervisado en los pasados 24 meses. Del 46% que fue supervisado, 30% expresó recibir la supervisión del personal del Ministerio de Salud Pública; el 16% no pudo identificar la procedencia del supervisor.

Tabla 6. Supervisión de la prescripción y uso de los ARV en los 24 meses previos al estudio

Origen de la supervisión	Frec.	%
No fue supervisado	27	54 %
La supervisión la realizo el programa nacional o Ministerio de Salud o el Servicio Nacional de Salud.	15	30 %
La supervisión la realizo personas que no conocemos la procedencia.	8	16 %
Total general	**50**	**100 %**

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio en los Servicios de Atención de VIH.

El estudio incluyó una encuesta de la opinión del prescriptor sobre la utilidad el contar con material documental o instructivos visuales para mejorar la prescripción. El 100% respondió positivamente. De estos el 46% recomendó el uso de dípticos o trípticos sobre el escritorio y el 26% expresó preferencia por el uso de afiches o carteles para ser colocados en la pared del consultorio.

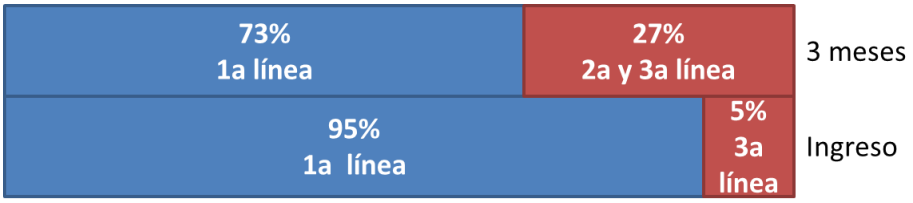
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En países con alto apego a las recomendaciones internacionales se reporta que aproximadamente el 75% de pacientes se encuentra en esquemas de 1ª línea, 20% en esquemas de 2ª líneas y menos de un 5% en esquemas de rescate o 3ª línea de tratamiento[9]. Los pacientes en primera línea deberían permanecer en estos esquemas hasta por 5 años[10]. Los cambios a esquemas entre 2ª y 3era línea ocurren 12 meses y 24 meses después de iniciado el tratamiento. La migración debe estar determinada por criterios inmunológicos, virológicos y clínicos definidos a nivel internacional.

En República Dominicana el 77% de los pacientes se encuentra en esquemas de 1ª línea, 23% en esquemas de 2ª línea y menos de un 1% en esquemas de 3ª línea. Sin embargo, este estudio demostró que en los SAI estudiados el tiempo promedio de migración a esquemas de 2ª y 3ª es de 3 meses en pacientes nuevos y 15 meses en pacientes con más de 2 años de tratamiento. En ambos casos no se encontraron evidencias que soportaran el cambio temprano de tratamiento.

El 27% de los pacientes nuevos fueron migrados a esquemas de 2ª y 3ª línea 3 meses después de iniciada la TARV, y el 5% de los pacientes nuevos fueron iniciados en tratamiento de 3ª línea inmediatamente. (Gráfico 3).

Grafico 3. Migración de esquemas de TARV en SAI evaluados

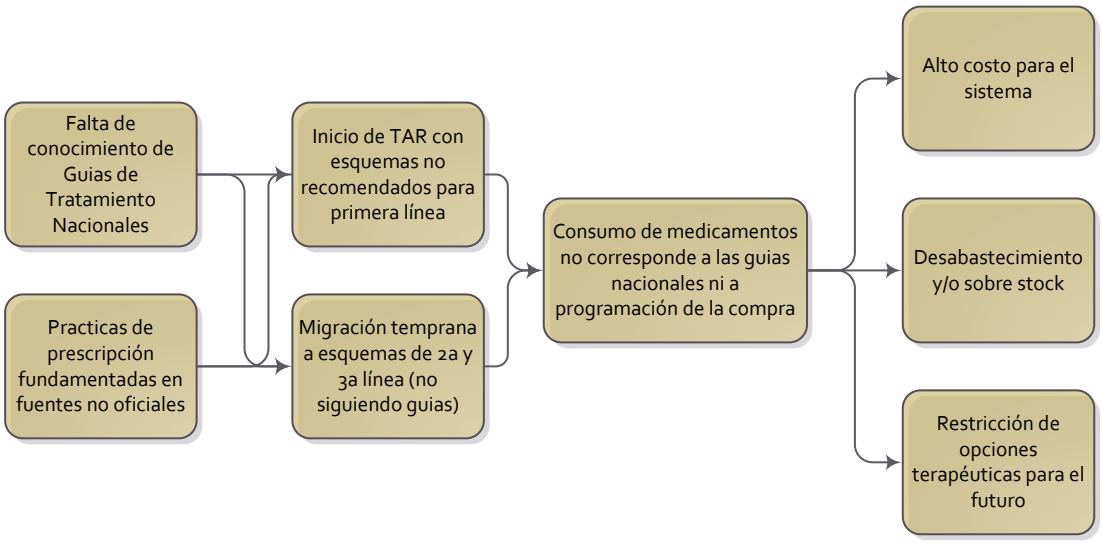


Si las prácticas de prescripción en los SAI siguieran estándares internacionales, o las mejores prácticas de otros países (retención de 5 años en primera línea), los ahorros en los SAI estudiados serian de RD$ 126,000 por paciente por año, para un total de RD$ 4 millones por año.

Los problemas derivados de la falta de adherencia a las guías nacionales van más allá del costo para del sistema: al utilizar tempranamente medicamentos de 2ª y 3ª línea, se agotan las posibilidades de migración posteriores, cuando el paciente realmente puede necesitarlo. Además, el uso de terapéuticas no establecidas en las guías, genera un consumo no anticipado de algunos fármacos, causando sobre stocks en algunos casos y desabastecimiento en otros (gráfico 4).

[9] Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). 2014. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.
[10] Martínez JM, Sánchez-Rubio J, Ontañón A, Ibáñez N, Montojo C. Estudio de la durabilidad de los regímenes antirretrovirales triples. Med Clin(Barc) 2004; 122: 693-95.

Gráfico 4. Causas y efectos derivados del mal uso de ARV



La solución a la mayor parte de estos problemas es el estricto apego a las guías de tratamiento. Su publicación y diseminación deber ser reforzada –como lo sugiere este estudio- con material sintético que esté disponible en el consultorio. Las intervenciones educativas deben ser reforzadas por acciones regulatorias (uso regulado de medicamentos de 3ª línea, por ejemplo), y administrativas (sanciones a los prescriptores), si las acciones educativas no tuvieran el impacto esperado.

CONCLUSIONES

1. **Limitada adherencia a las guías terapéuticas nacionales**: La prescripción de ARV no se realizan con apego a las guías terapéuticas nacionales. Algunos prescriptores mostraron desconocimiento de las líneas de tratamiento y los medicamentos que integran las combinaciones y manifestaron que no solicitan autorización a las autoridades para los cambios de esquemas.
2. **Falta de educación continúa para prescriptores**: Dentro de los factores relacionados con la incorrecta prescripción de ARV se encuentran la falta de información documental confiable y la ausencia de programas de capacitación y educación continua de parte de las instituciones nacionales de salud.
3. **Carencia de supervisión y monitoreo del uso de los ARV:** El estudio evidenció pocas supervisiones y la ausencia de un sistema de monitoreo sistemático del uso de ARV.

RECOMENDACIONES

1. Desarrollar herramientas didácticas que promuevan una correcta prescripción con apego a las guías terapéuticas nacionales.
2. Instaurar un sistema de monitoreo del uso de los ARV que alerte tempranamente sobre prácticas irracionales de prescripción, acompañado de supervisiones periódicas y medidas administrativas correctivas.

Este documento puede ser citado utilizando la siguiente referencia:

Valdez, C; Barillas, E; Díaz, M; Ledesma, J; Marte, Y. (2016). *Estudio de Línea de Base sobre Prácticas de prescripción de medicamentos antirretrovirales en los servicios de atención integral de la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.* Presentado a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Programa Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS). Arlington, VA: Management Sciences for Health; 2016