

Consenso Basado en Evidencia
Indicadores Mínimos para Evaluar Resultados de Gestión
y Clínicos en Instituciones de
Atención a Personas Viviendo con VIH en Colombia



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

CONSENSO BASADO EN EVIDENCIA

Indicadores Mínimos para Evaluar Resultados de Gestión y Clínicos
en Instituciones de Atención a Personas Viviendo con VIH en Colombia



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Bogotá D.C., Colombia
Junio - Diciembre de 2014



CONSENSO BASADO EN EVIDENCIA

Indicadores Mínimos para Evaluar Resultados de Gestión y Clínicos en Instituciones de Atención a Personas Viviendo con VIH en Colombia

EVIDENCE – BASED CONSENSUS

Minimum Indicators to Evaluate Management and Clinical Results in Institutions Assisting People Living with HIV in Colombia

Lizbeth Acuña Merchán

Directora Ejecutiva, Cuenta de Alto Costo
lacuna@cuentadealtocosto.org

Luis Alberto Soler Vanoy

Coordinador Técnico, Cuenta de Alto Costo
lsoler@cuentadealtocosto.org

Patricia Sánchez Quintero

Coordinadora Médica, Cuenta de Alto Costo
psanchez@cuentadealtocosto.org



**COMITE ORGANIZADOR**

Luis Alberto Soler Vanoy
Coordinador Técnico, Cuenta de Alto Costo

Patricia Sánchez Quintero
Coordinadora Médica, Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva, Cuenta de Alto Costo

MIEMBROS DEL COMITE DE EXPERTOS / Reunión de apertura

Adriana Ochoa (Fundación Siam)
Adriana Paredes (Capital Salud EPS)
Alba Pizarro (Comfamiliar Sucre EPS)
Ana Castillo (Sanitas EPS)
Carlos Alquichire (Infectólogo)
Carolina Montoya (Famisanar EPS)
Clara Rodríguez (Hemera Unidad de Infectología)
Cristina Ordoñez (Asmet Salud EPS)
David Velásquez (Aliansalud EPS)
Diana Díaz (Caprecom EPS)
Elisa Monsalve (Ambuq EPS)
Fabian Barajas (Saludcoop EPS)
Giovanni Muñoz (Coomeva EPS)
Herman Redondo (Defensoría del Pueblo)
Jennifer Ortiz (Sies Salud)
Jhon Rojas (Cafam EPS)
Johanna Munevar (Comfacundi EPS)
Jorge Suarez (Sies Salud)
Jose Hernandez (Saludvida EPS)
July Torres (Nueva EPS)
Leidy Rojas (Fuerzas Militares de Colombia)
Leonardo Arévalo (Sura EPS)
Liliana Andrade (Ministerio de Salud y Protección Social)
Liliana Blanco (Sanitas EPS)
Liliana Rendón (Sura EPS)
Lucero Cárdenas (Coomeva EPS)
Luis Moreno (ONUSIDA)
Luz Gonzalez (IPS Asistencia Científica Alta Complejidad)
Luz Meneses (S.O.S. EPS)
Maria Beltran (Comfacundi EPS)
Mayerli Camacho (Salud Total EPS)
Mónica Mantilla (Hospital Simón Bolívar)
Natali Mosquera (Superintendencia Nacional de Salud)



Natalia Suarez (Ecoopsos EPS)
Norby Castaño (Aliansalud EPS)
Piedad Echeverría (IPS de la Costa)
Ricardo Nájera (Manexka EPS)
Rosmery Castañeda (Fuerzas Militares de Colombia)
Sandra Ávila (Saludcoop EPS)
Sandra Valderrama (Asociación Colombiana de Infectología)
Yamile Gonzalez (Superintendencia Nacional de Salud)
Yaneth Martinez (Famisalud Comfanorte EPS)
Yenny Rodríguez (Pijaos Salud EPS)

MIEMBROS DEL COMITE DE REVISION

Adriana Paredes (Capital Salud EPS)
Alejandro Espinal (Fuerzas Militares de Colombia)
Ana Castillo (Sanitas EPS)
Bertha Gomez (Organización Panamericana de Salud)
Carlos Álvarez (Asociación Colombiana de Infectología)
Carlos Fernández (Asistencia Científica Alta Complejidad)
Cesar Ávila (Clinicentro Palermo)
Cesar Bueno (Fundación Siam)
Clara Rodríguez (Hemera Unidad de Infectología)
Cristina Ordoñez (Asmet Salud EPS)
Elisa Monsalve (Ambuq EPS)
Ella Guardo (IPS de la Costa)
Ellen Lowenstein (Hospital Universitario San Ignacio)
Giovanni Muñoz (Coomeva EPS)
Jairo Perez (Fuerzas Militares de Colombia)
Jennifer Ortiz (Sies Salud)
Joaquín Piñeros (Medicina Integral)
Jorge Suarez (Sies Salud)
Layla Tammer (Nueva EPS)
Leonardo Arévalo (Sura EPS)
Liliana Andrade (Ministerio De Salud y Protección Social)
Liliana Rendón (Sura EPS)
Lucero Cárdenas (Coomeva EPS)
Luis Moreno (ONUSIDA)
Luz Gonzalez (Asistencia Científica Alta Complejidad)
María Posada (Sies Salud)
Mauricio Sánchez (Policía Nacional)
Mayerli Camacho (Salud Total EPS)
Mónica Mantilla (Hospital Simón Bolívar)
Otto Sussmann (Asociación Colombiana de Infectología)
Piedad Echeverría (IPS de la Costa)
Roberto Támara (Hospital Universitario San Ignacio)
Rosmery Castañeda (Fuerzas Militares De Colombia)

Sandra Ávila (Saludcoop EPS)
Sandra Valderrama (Hospital Universitario San Ignacio)
Yenny Rodríguez (Pijaos Salud EPS)

MIEMBROS DEL COMITE DE EXPERTOS / Reuniones de cierre

Adriana Paredes (Capital Salud EPS)
Alba Pizarro (Comfamiliar Sucre EPS)
Alejandro Espinal (Hospital Militar)
Alexander Medina (Comfamiliar Córdoba EPS)
Alexandra Gonzalez (Capresoca EPS)
Ana Castillo (Sanitas EPS)
Ana Castro (Comfamiliar Nariño EPS)
Andrea Castro (Salud Total)
Angelica Mesa (Saludvida EPS)
Aura Romero (Hospital Militar)
Bertha Gomez (Organización Panamericana de Salud)
Blanca Quintero (Policía Nacional)
Carlos Álvarez (Asociación Colombiana de Infectología)
Carlos Castañeda (Mutual Ser EPS)
Carlos Fernández (Asistencia Científica Alta Complejidad)
Carolina Montoya (Famisanar EPS)
Cielo Ríos (Ministerio de Salud y Protección Social)
Clara Rodríguez (Hemera Unidad de Infectología)
Cristina Ordoñez (Asmet Salud EPS)
Danitza Hernandez (Medicina Integral IPS)
Dannies Quesada (Comfamiliar Choco EPS)
Danny Samudio (Cafesalud EPS)
Dellys Machado (IPS Vihonco)
Denys Luango (Comfamiliar Choco EPS)
Diana Gomez (IPS Vihonco)
Diana Díaz (Caprecom EPS)
Diego Villegas (S.O.S. EPS)
Dorly Cruz (Famisanar EPS)
Edilma Tovar (IPS Microfast)
Edna Florez (Famisanar EPS)
Elisa Monsalve (Ambuq EPS)
Ernesto Martínez (Infectólogo)
Félix Molano (Convinda EPS)
Florentino Carranza (Megasalud)
Giovanni Muñoz (Coomeva EPS)
Gloria Sánchez (IPS De La Costa)
Indira Ocando (Coosalud EPS)
Javier Puello (Mutual Ser EPS)
Jennifer Ortiz (Sies Salud)
Jenny Beltran (Cafesalud EPS)

Jhon Rojas (Cafam EPS)
Jinny De La Rosa (Cajacopi EPS)
Jisela García (Comfaboy EPS)
Johanna Munevar (Comfacundi EPS)
Johanna Ramírez (Quimiosalud)
Jorge Suarez (Sies Salud)
José Jiménez (Comfamiliar Córdoba EPS)
Jose Acosta (Sura EPS)
Juan Garzón (Salud Llanos IPS)
Juan Mera (Emssanar EPS)
Juliana Botero (Empresas Públicas de Medellín EOC)
July Torres (Nueva EPS)
Karen Tapias (Fundación Siam)
Karen Zuñiga (Dusakawi EPS)
Leonardo Cruz (Convida EPS)
Liceth Arias (Comparta EPS)
Liliana Guevara (Cafam EPS)
Liliana Galvis (Cafam EPS)
Lizbeth López (Compensar EPS)
Luis Moreno (ONUSIDA)
Luisa Naranjo (Aliansalud EPS)
Luz Meneses (S.O.S. EPS)
Luz Sogamoso (Superintendencia Nacional de Salud)
Luz Gutierrez (Ferrocarriles Nacionales EOC)
Manuel Troncoso (IPS de la Costa)
Maria Beltran (Comfacundi EPS)
Maria Daza (Comparta EPS)
Maria Yepes (Sura EPS)
Marta Castaño (Mutual Ser EPS)
Marta López (Savia Salud EPS)
Martha Caicedo (Sanitas EPS)
Mauricio Salamanca (Policía Nacional)
Mauricio Sánchez (Policía Nacional)
Mayerli Camacho (Salud Total EPS)
Mayerli Moscote (Ciosad)
Merly Romero (IPS Oncovihda)
Monica Mantilla (Coorporacion IPS Saludcoop)
Natalia Suarez (Ecoopsos EPS)
Norby Castaño (Aliansalud EPS)
Olga Barragán (Ecoopsos EPS)
Omar Siabato (Cruz Blanca EPS)
Otto Sussmann (Asociación Colombiana de Infectología)
Paola Maldonado (Hemera Unidad de Infectología)
Piedad Echeverría (IPS de la Costa)
Pierina Díazgranados (IPS Mediser)

Rafael Arredondo (Anas Wayuu EPS)
Ricardo Luque (Ministerio de Salud y Protección Social)
Ricardo Nájera (Manexka EPS)
Robert Vega (Comfamiliar Huila EPS)
Rosa Rosado (Cajacopi EPS)
Rosmery Castañeda (Fuerzas Militares de Colombia)
Rubén Vanegas (Sanitas EPS)
Sandra Corzo (Colsubsidio EPS)
Sandra Junieles (Quimiosalud)
Sandra Romero (Salud Llanos IPS)
Sandra Valderrama (Hospital Universitario San Ignacio)
Sandra Hurtado (Saludcoop EPS)
Sara Vera (Convida EPS)
Sidia Caicedo (Ministerio de Salud y Protección Social)
Xiomara Rojas (Ministerio de Salud y Protección Social)
Yamile Cediél (Cafesalud EPS)
Yaneth Yañez (Comfaorienté EPS)
Yenny Rodríguez (Pijaos Salud EPS)
Yusley Pabón (Asmet Salud EPS)



**LISTADO DE ABREVIATURAS**

ACIN	Asociación Colombiana de Infectología
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AMSTAR	Assessment of Multiple Systematic Reviews
CAC	Cuenta de Alto Costo
CD4	Linfocitos CD4
CV	Carga Viral
EPS	Empresa Promotora de Salud
GESIDA	Grupo de Estudio del SIDA
GPC	Guía de Práctica Clínica
HSB	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IC	Intervalo de Confianza
IOM	Instituto de Medicina de los Estados Unidos
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds Ratio
PCP	Pneumocystis Jiroveci
PVVIH	Personas Viviendo con VIH/SIDA
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TS	Trabajadoras sexuales
UDI	Usuarios de Drogas Inyectables
VHC	Virus de Hepatitis C
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

**Tabla 1. Indicadores Mínimos para Evaluar Resultados de Gestión y Clínicos en Instituciones de Atención a Personas Viviendo con VIH en Colombia.***

N°	AREA CLINICA	TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA		ESTANDAR	INTERPRETACION
1	Evaluación inicial	Proceso	Proporción de PVIH con diagnóstico dentro del periodo de reporte que reciben atención por médico experto (según definición de la GPC Colombiana)	Numerador	Número nuevos casos de PVIH en el periodo en atención por médico experto (según definición de la GPC Colombiana)	100%	>95, 95 a 90, <90
				Denominador	Número total de nuevos casos de PVIH en el periodo		
2	Evaluación inicial	Proceso	Proporción de PVIH con diagnóstico dentro del periodo de reporte con realización de recuento de CD4 en la valoración inicial	Numerador	Número de nuevos casos de PVIH en el periodo a los que se realiza recuento de CD4 en la valoración inicial	100%	>95, 95 a 90, <90
				Denominador	Número total de nuevos casos de PVIH en el periodo		
3	Evaluación inicial	Proceso	Proporción de PVIH con diagnóstico dentro del periodo de reporte con realización de carga viral en la valoración inicial	Numerador	Número de nuevos casos de PVIH en el periodo a los que se realiza medición de carga viral plasmática VIH en la valoración inicial	100%	>95, 95 a 90, <90
				Denominador	Número total de nuevos casos de PVIH en el periodo		
4	Evaluación inicial	Proceso	Proporción de PVIH con diagnóstico dentro del periodo de reporte con linfocitos totales en la valoración inicial	Numerador	Número de nuevos casos de PVIH en el periodo a los que se realiza linfocitos totales en la valoración inicial	100%	>95, 95 a 90, <90
				Denominador	Número total de nuevos casos de PVIH en el periodo		
5	Monitoreo	Proceso	Proporción de PVIH con realización de PPD anual	Numerador	Número de PVIH en los que se ha realizado PPD en los últimos 12 meses	90%	>80, 80 a 50, <50
				Denominador	Número de PVIH reportadas		



N°	AREA CLINICA	TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA		ESTANDAR	INTERPRETACIÓN
				Numerador	Denominador		
6	Monitoreo	Proceso	Proporción de PVIH con seguimiento de CD4 y CV en los últimos 6 meses	Numerador	Número de PVIH diagnosticadas hace más de 6 meses con seguimiento de CD4 y CV en los últimos 6 meses	100%	>95,95 a 90, <90
				Denominador	Número de PVIH diagnosticadas hace más de 6 meses		
7	Monitoreo	Proceso	Proporción de PVIH con tamizaje para Sífilis anual	Numerador	Número de PVIH reportadas con tamizaje para Sífilis en los últimos 12 meses	100%	>95, 95a 90, <90
				Denominador	Número de PVIH reportadas		
8	Monitoreo	Proceso	Proporción de PVIH con valoración de RCV anual	Numerador	Número de PVIH reportadas con valoración de RCV en los últimos 12 meses	90%	>80, 80 a 60, <60
				Denominador	Número de PVIH reportadas		
9	Terapia	Proceso	Proporción de TAR en PVIH gestantes	Numerador	Número de PVIH embarazadas reportadas con TAR	100%	100, <100 a 95, <95
				Denominador	Número de PVIH embarazadas reportadas		
10	Terapia	Proceso	Proporción de PVIH con prescripción de TAR inicial de acuerdo a las pautas de elección definidas en la GPC Colombiana	Numerador	Número de PVIH que inician TAR dentro del periodo de reporte con alguna de las pautas de elección de la GPC Colombiana	95%	>=95, <95 a 90, <90
				Denominador	Número de PVIH que inician TAR dentro del periodo de reporte		
11	Terapia	Proceso	Proporción de PVIH con TB activa en tratamiento simultaneo para TB y con TAR	Numerador	Número de personas con TB activa y VIH a los que se prescribe TAR y tratamiento antiTB	90%	>80, 80 a 60, <60
				Denominador	Número de personas con TB activa y VIH		



N°	ÁREA CLÍNICA	TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA		ESTANDAR	INTERPRETACIÓN
				Numerador	Denominador		
12	Terapia	Resultado	Proporción de PVIH con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de TAR	Numerador	Número de PVIH en TAR con 48 o más semanas de tratamiento y logran una CVP < 50 copias/ml (indetectable)	80%	>=80, <80 a 70, <70
				Denominador	Número de PVIH en TAR con 48 o más semanas de tratamiento		
13	Terapia	Proceso	Proporción de PVIH con estudio de resistencias en el fracaso virológico	Numerador	Número de PVIH en TAR que han tenido fracaso virológico que disponen de test de resistencias genotípicas	100%	>90, 90 a 70, <70
				Denominador	Número de PVIH en TAR que han tenido fracaso virológico		
14	Terapia	Resultado	Proporción de PVIH con cambio de TAR	Numerador	Número de PVIH que inician TAR dentro del periodo de reporte que cambian alguno de los fármacos de la TAR dentro de los 12 meses posteriores al inicio	<30%	<30, 30 a 40, >40
				Denominador	Número de PVIH que inician TAR dentro del periodo de reporte		
15	Prevención específica	Proceso	Proporción de PVIH en tratamiento por TB latente	Numerador	Número de PVIH con TB latente en el periodo de reporte a los que se ha indicado tratamiento (quimioprofilaxis)	100%	>95, 95 a 90, <90
				Denominador	Número de PVIH con TB latente en el periodo de reporte		
16	Prevención específica	Proceso	Proporción de PVIH con profilaxis para neumonía por Pneumocystis Jiroveci	Numerador	Número de PVIH con linfocitos CD4 <200/ml que reciben profilaxis frente a P. jiroveci	100%	>95, 95 a 90, <90
				Denominador	Número de PVIH con último recuento de linfocitos CD4 <200/ml		
17	Prevención específica	Proceso	Proporción de PVIH con esquema completo de vacuna para Hepatitis B (si está indicada)	Numerador	Número de PVIH con más de 200 CD4/ml con esquema completo de vacuna para VHB	95%	>= 95, <95 a 90, <90
				Denominador	Número de PVIH con más de 200 CD4/ml		

* Se excluyen para el cálculo de estos indicadores los registros reportados como fallecidos, desafilados o con abandono.

**INDICE**

1.	Introducción	17
2.	Pregunta del consenso	17
3.	Objetivos del consenso	18
3.1.	Objetivo general	18
3.2.	Objetivos específicos	18
4.	Alcance	18
5.	Metodología	19
6.	Resultados de la revisión de la literatura	21
7.	Indicadores mínimos a tener en cuenta	28
8.	Revisión de indicadores	35
9.	Referencias bibliográficas	35
10.	Anexos	38





1. INTRODUCCIÓN

Varios organismos internacionales (1) han trabajado de forma intensa para facilitar un seguimiento adecuado al comportamiento de la epidemia del VIH a nivel mundial y a la respuesta de los países a la misma (OMS, OPS, ONUSIDA, entre otros), por supuesto, la diversidad cultural, las políticas de salud pública y la disponibilidad de recursos hacen que sea un proceso donde se debe armonizar la interacción de los diferentes actores y el aporte que cada uno de ellos realiza para lograr el impacto deseado.

En nuestro país se ha venido adelantado esta labor de monitoreo y evaluación por parte de diferentes actores entre los cuales se destaca el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y desde el 2012 la Cuenta de Alto Costo (2).

Este monitoreo, históricamente, se inició detallando por entes territoriales (departamento) los casos reportados al Ministerio de Salud (del año 1983 –primer caso reportado- al año 2000), posteriormente el Instituto Nacional de Salud continuó con el proceso (3) y con el paso del tiempo se fueron uniendo otras entidades interesadas en el tema para lograr una caracterización adecuada del comportamiento del VIH/SIDA en el país y de esta forma establecer las intervenciones a realizar.

Conscientes de la necesidad de realizar un monitoreo que permitiera identificar brechas dentro de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el nivel de detalle llegó hasta Entidad Promotora de Salud (EPS) y tipo de régimen de vinculación al SGSSS (contributivo o subsidiado) de forma consolidada y con valores absolutos (4).

Pero teniendo claridad en que el nivel de detalle al que se debe llegar (ya contando con el seguimiento nominal de cada caso de acuerdo a lo establecido en la Resolución 4725 de 2011 del Ministerio de Salud), para impactar de una mejor y más rápida forma los resultados en salud, es al de los equipos de salud encargados de la atención de las personas viviendo con VIH (PVVIH), la Cuenta de Alto Costo tomó la iniciativa de convocar a los diferentes actores interesados en el tema a participar en el presente Consenso.

Es así como en esta publicación se mencionan cada uno de los pasos seguidos para el desarrollo de esta actividad y los resultados obtenidos, que permitirán realizar un monitoreo adecuado de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) en relación con el avance en el logro de las metas establecidas de cada uno de los indicadores definidos para esta población de especial interés para el país y el mundo en general.

2. PREGUNTA DEL CONSENSO

¿Cuáles son los indicadores mínimos para evaluar los resultados de gestión y clínicos de Instituciones de atención a personas viviendo con VIH?



3. OBJETIVOS DEL CONSENSO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Buscar el consenso entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para elegir cuáles son los indicadores mínimos para evaluar los resultados de gestión y clínicos en Instituciones de atención a PVVIH en Colombia, sin detrimento de la libertad de continuar usando los demás indicadores que consideren al interior de cada Institución, para el reporte a la Cuenta de Alto Costo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los indicadores con mejor soporte de evidencia científica para el seguimiento de los resultados de gestión y clínicos de las Instituciones de atención a PVVIH.
- Verificar la factibilidad de medirlos en Colombia.
- Estandarizar la forma de medirlos.
- Establecer la meta a alcanzar en cada uno de los indicadores definidos.



4. ALCANCE

El presente Consenso basado en evidencia busca identificar indicadores que puedan ser de utilidad y aplicación en todo el territorio nacional, de acuerdo a la normatividad vigente en relación con la atención a PVVIH.

Se utiliza herramientas de medicina basada en evidencia para identificar la información relacionada más actualizada y disponible en relación con las atenciones ambulatorias a PVVIH por parte de los equipos de salud.

Se propende por una participación amplia y libre de los diferentes actores interesados en el tema dentro del SGSSS Colombiano.

El presente Consenso no pretende definir o dar lineamientos sobre la elección de tratamientos específicos, ni insumos y tampoco de uso de medicamentos relacionados con el VIH/SIDA, sus comorbilidades o complicaciones.

No busca establecer conductas clínicas ni es una guía de manejo clínico para PVVIH. Está al margen de los procesos de contratación utilizados y no interviene ni se relaciona con las tarifas pactadas entre los diferentes actores del SGSSS.

No se relaciona con la definición ni verificación de infraestructura, costos o pagos de las entidades encargadas de la atención a las PVVIH.

De igual forma no condiciona o define la relación EPS-IPS, ni la de las anteriores entidades con los pacientes viviendo con VIH.

En ningún caso se tendrá como limitante para el uso de otros indicadores adicionales a los aquí establecidos al interior de las diferentes entidades.

5. METODOLOGÍA

Se adelantó un proceso de convocatoria a la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), las EPS que operan en el país, entes gubernamentales relacionados, organismos internacionales y a profesionales que lideran programas de atención a PVVIH.

Se realizaron búsquedas de literatura relacionada con el objeto del consenso para tener una línea de base y unos insumos generales de abordaje de la problemática.

Se desarrolló una reunión inicial en la cual se socializaron experiencias exitosas de algunos grupos que manifestaron su interés de compartir con los asistentes el estado de avance, al interior de sus entidades, en relación con el monitoreo y evaluación de indicadores clínicos en PVVIH.

Posteriormente se presentó el avance en la revisión de la literatura que se tenía hasta el momento y las referencias principales encontradas; el alcance y los objetivos del Consenso junto con la pregunta de investigación, se dio un espacio para la deliberación de estos ítems por parte de los asistentes después de conformar cinco grupos en los cuales estuvieran actores de diferentes sectores y formación para enriquecer la argumentación, de forma seguida se socializaron los diferentes aportes de cada grupo y se realizaron los ajustes correspondientes para finalmente lograr la aprobación de estos ítems.

Se estableció la metodología de trabajo que se adelantaría de forma virtual, el cronograma de actividades y se conformó un grupo de expertos para la revisión de la literatura que apoyaran en la realización de este documento.

Revisión de la literatura

Se procedió a realizar búsquedas de la literatura disponible en diferentes bases de datos para dar respuesta a la pregunta planteada, utilizando diferentes términos relacionados y los MeSH (Medical Subject Headings).

En Pubmed se realizaron diferentes estrategias de búsqueda que se fueron refinando para mejorar el rendimiento:

1. (clinical[All Fields] AND outcome[All Fields] AND ("hiv"[MeSH Terms] OR "hiv"[All Fields])) AND (Review[ptyp] AND "2009/06/10"[PDat] : "2014/06/08"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])
2. (clinical[All Fields] AND outcome[All Fields] AND ("hiv"[MeSH Terms] OR "hiv"[All Fields]) AND quality[All Fields]) AND ("2009/07/30"[PDat] : "2014/07/28"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])
3. (("quality indicators, health care"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "indicators"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "health care quality indicators"[All Fields] OR ("quality"[All Fields] AND "indicator"[All Fields]) OR "quality indicator"[All Fields]) AND ("hiv"[MeSH Terms] OR "hiv"[All Fields])) AND ("2009/07/31"[PDat] : "2014/07/29"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])

En otras bases de datos se siguió un proceso similar:

EMBASE:

Keyword: clinical and outcome and hiv and quality and indicators

Filters: Humans

Cochrane

Clinical outcome hiv and quality indicators

Varios de los artículos seleccionados se encontraron en las diferentes bases de datos consultadas simultáneamente.

Se recibieron cinco documentos adicionales aportados por el grupo de revisores, los cuales se tomaron como insumo para este documento.

El proceso de selección de artículos para la definición de indicadores con base en la evidencia constó de tres pasos: 1. revisión de títulos; 2. revisión de resúmenes; y 3. revisión de textos completos de los artículos, con criterios de rechazo específicos para cada una de estas etapas.

Revisión de títulos

El coordinador revisó los títulos de cada artículo identificado por la búsqueda de la literatura y tomó una decisión inicial de aceptar o rechazar cada título. Durante esta etapa de la revisión un artículo fue rechazado si: 1. Es claramente una carta, editorial o revisión no sistemática o 2. Claramente no incluye un grupo, condición o resultado de interés.

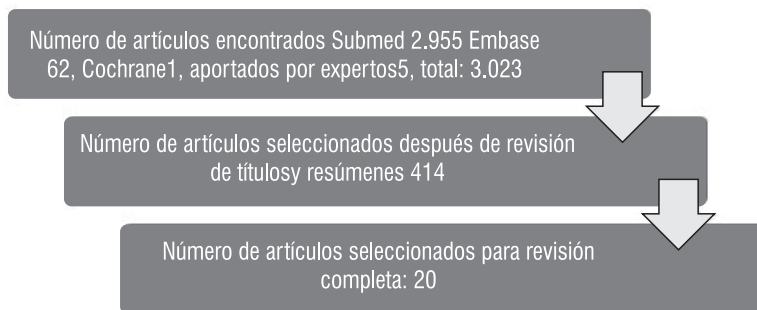
Revisión de resúmenes

Se hizo de manera similar a la revisión de títulos. Un artículo fue excluido si durante la revisión del resumen se encontró que: 1. Es una carta, editorial o revisión no sistemática; 2. No se relaciona directamente con la pregunta; 3. No se incluye un resultado de interés; o 4. No incluye un grupo o condición de interés. Una vez seleccionados los artículos que cumplieron con el proceso hasta este punto se procedió a conseguir los textos completos correspondientes.

Revisión de artículos

El coordinador revisó cada artículo para confirmar su relevancia, conclusiones y elegibilidad dentro del objetivo del consenso, luego cada título aceptado fue enviado al grupo de revisión. El coordinador de la búsqueda estuvo disponible para consultas a través del proceso de revisión.

Figura 1. Proceso de búsqueda de literatura.



Revisión de Expertos

Los artículos aceptados para la pregunta fueron enviados a cada miembro del grupo de trabajo. Se les pidió a los expertos comentarios sobre los artículos incluidos, y cualquier artículo adicional sugerido por los miembros del equipo de trabajo fue obtenido y enviado a través del mismo proceso de revisión y extracción de datos como las otras referencias.

Formulación de indicadores

Una vez todos los artículos seleccionados de las búsquedas iniciales de literatura fueron revisados, las referencias, junto con los formatos de extracción de datos correspondientes de cada indicador, fueron revisados y analizados por los miembros del grupo de revisión. Donde la evidencia fue disponible de ECA o revisiones sistemáticas, los indicadores se basaron en estos. Donde faltó de evidencia de estudios de alta calidad, las recomendaciones se basaron en la mejor evidencia disponible o en la opinión de expertos.

Se produjo una versión de borrador de todo el proceso, incluyendo cada indicador, la cual fue revisada por el grupo de revisión. El grupo de revisión evaluó la evidencia base de cada indicador y enviaron los comentarios y aportes que consideraron.

Evaluación de la evidencia

Se aplicaron los instrumentos correspondientes para evaluar la evidencia disponible, obteniendo para las guías de práctica clínica incluidas un resultado de muy recomendadas (AGREE), para la revisión sistemática una calificación de 8/11 (AMSTAR, http://amstar.ca/Amstar_Checklist.php) y dos referencias recomendadas y 9 que pueden tenerse en cuenta según el instrumento GRADE (Ver anexos Evaluación de evidencia)



6. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA

La Organización Mundial de Salud –OMS- (1), buscando direccionar adecuadamente los esfuerzos realizados por los países para evaluar los avances en la lucha contra el VIH, menciona que es importante delimitar la monitorización a áreas claves que permitan identificar la situación real, las tendencias en el tiempo y aporten para realizar ajustes que mejoren el impacto final. De igual forma pone de manifiesto la importancia de utilizar indicadores estandarizados y procesos de auditoría que garanticen la calidad de los datos reportados.



Algunas de estas áreas clave que menciona la OMS en su publicación son: terapia antiretroviral (TAR), eliminación de nuevas infecciones en niños, tamizaje y asesoría para VIH, coinfección VIH-Tuberculosis (TB), servicios para personas viviendo con VIH (PVVIH) que usan drogas inyectables, trabajadoras(es) sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero, promoción del uso de condón y circuncisión masculina.

En este punto vale la pena introducir el concepto planteado en la publicación de von Wichmann et al. (5) de indicador relevante, como el indicador que todas las instituciones que prestan servicios de salud a PVVIH “deberían tener monitorizado, para conocer en todo momento cuál es su resultado en ese/esos aspectos de la práctica asistencial, ya que son fundamentales para la gestión clínica de la atención que presta la unidad, y saber su resultado facilita la toma de decisiones de gestión clínica”.

Estos indicadores relevantes deben cumplir con las siguientes cinco características, según el NHS (6):

- Importancia y relevancia.
- Validez – mide lo que dice medir-.
- Viabilidad.
- Significado – permite identificar variaciones, su interpretación, generar intervenciones, fácil comunicación y audiencia amplia
- Implicaciones –permite comparación en tiempo, lugar y persona.

Ya desde el 2006 la OMS (7) plantea algunos indicadores mínimos a usar para el seguimiento a PVVIH y con TAR tales como: recuento de CD4 (predicador de mortalidad y morbilidad severa por enfermedades oportunistas), personas con indicación de TAR que la reciben, personas que inician TAR con un esquema de primera línea y tiempo de permanencia en el mismo, carga viral menor a 400 copias/ml en personas con TAR, tamizaje y tratamiento para TB, los cuales deben estar basados en la información que deben registrar los integrantes de los equipos asistenciales de las instituciones en las historias clínicas.

De igual forma en el 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el documento “Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis” (8) en el cual se detallan elementos importantes para monitoreo y evaluación del cumplimiento de las metas de impacto propuestas, que son:

Para VIH: 50 o menos infecciones pediátricas nuevas por 100.000 nacidos vivos y una tasa de transmisión menor al 5% en población que recibió lactancia materna y al 2% en aquella que no recibió.

Para sífilis: 50 o menos casos de sífilis congénita por 100.000 nacidos vivos.

Por supuesto, mencionan, que para alcanzar este impacto es necesario haber cumplido cuatro metas de proceso críticas:

- Cobertura de control prenatal mayor o igual al 95%

- Cobertura de tamizaje para VIH y sífilis en gestantes mayor o igual al 95%
- Cobertura de TAR a mujeres viviendo con VIH gestantes mayor o igual al 90%
- Tratamiento para gestantes seropositivas para sífilis mayor o igual al 95%

Otros entes que han trabajado en la atención a PVVIH también han realizado aportes importantes para lograr generar indicadores que permitan monitorizar la calidad de prestación de servicios, tal es el caso de Agins et al (9), quienes desde 1994 proponen utilizar indicadores relacionados con cinco aspectos relevantes: indicaciones para inicio de TAR y esquema adecuado, marcadores inmunológicos de la enfermedad, situación clínica actual, profilaxis de oportunistas y tamizaje para tuberculosis.

El Grupo de Estudio del SIDA, GESIDA, realizó una publicación en el 2010 (5) en el cual mencionan un consolidado de 66 indicadores clasificados según el tipo de indicador de la siguiente forma: de estructura: 5, de proceso: 45 y de resultado: 16; y establecen 22 indicadores relevantes con la meta a lograr en cada uno de ellos los cuales se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Indicadores relevantes para la atención de PVVIH, GESIDA 2010.

Nombre del Indicador	Estándar
Atención por médico especializado	100%
Contenidos relevantes de la valoración inicial	90%
Pruebas complementarias en la valoración inicial	95%
Carga viral plasmática VIH	100%
Determinación de subpoblaciones linfocitarias (CD4)	100%
Educación sanitaria en la valoración inicial	95%
Indicación de tratamiento en pacientes con < 350 linfocitos CD4 y sin TARV previo	< 10%
Detección de la infección tuberculosa latente (ITL)	90%
Vacunación frente a hepatitis A	85%
Vacunación frente a hepatitis B	85%
Vacunación frente a infección neumocócica	85%
Profilaxis frente a <i>Pneumocystis jiroveci</i> y <i>Toxoplasma</i> en pacientes con < 200 linfocitos CD4	100%
Tratamiento y prevención del tabaquismo	95%
Pérdidas de seguimiento	< = 5%
Adecua ción de pautas iniciales de TAR a las guías españolas de tratamiento antirretroviral (GESIDA/Plan Nacional del Sida)	95%
Carga viral indetectable (< 50 copias/ml) en la semana 48 de tratamiento	85%
Registro de la adherencia al tratamiento	95%
Estudio de resistencias en el fracaso virológico	90%
TAR en gestante con VIH	100%
Evaluación del paciente coinfectado por VHC	90%
Tratamiento específico de la hepatitis crónica por VHC	> 25%
Valoración de riesgo cardiovascular al menos 1 vez al año	90%



Una reciente revisión sistemática de Catumbela et al, del 2013 (10), retoma el ejercicio de identificar los indicadores de calidad básicos para la monitorización de la atención a PVVIH, logrando establecer 65 indicadores, 50 de proceso y 15 de resultado, que abarcan cinco aspectos relevantes: evaluación clínica inicial, tamizaje de otras comorbilidades, inmunización, seguimiento clínico y paraclínico y medicación antiretroviral y para la TB. De igual forma establecen 21 indicadores básicos para la evaluación de la calidad de la atención clínica del VIH, este listado lo conforman aquellos indicadores que se encuentran en más de un estudio de los incluidos en la revisión. En la tabla 3 se listan estos indicadores.

Tabla 3. Indicadores básicos para evaluación de la calidad de la atención clínica del VIH, Catumbela et al. 2013.

Área Clínica	Nombre del Indicador
Evaluación inicial	Recuento de linfocitos CD4
	Realización de carga viral
	Cuadro hemático completo
	Proporción de personas con más de 200 CD4
Tamizaje	Cáncer de cuello uterino (inicial y de seguimiento)
	Hepatitis C (inicial y de seguimiento)
	Hepatitis B (inicial y seguimiento)
	Tuberculosis
	Gonorrea/Clamidia (al menos una vez)
	Sífilis (anual)
	Comportamiento sexual de alto riesgo (anual)
	Papanicolau en el último año (solo mujeres)
Vacunación	Primera dosis de vacuna para Hepatitis B (si está indicada)
	Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis Jiroveci</i>
Monitoreo	Carga viral indetectable a las 48 semanas de tratamiento
	Proporción de cambio de TAR documentada
	Proporción de personas con TAR y adherencia al 95% en última visita
	Proporción de personas que continúan en seguimiento
	Asesoría en prueba voluntaria para VIH y ofrecimiento de la misma
Terapia	Prescripción adecuada de TAR
	Proporción de personas en profilaxis con trimetoprimisulfa y adherencia al 95% en última visita
	Proporción de PVVIH en tratamiento por TB latente
	Proporción de PVVIH con o sin TAR que inician tratamiento para TB

La Organización Panamericana de la Salud en abril de 2014 publicó el Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH (11), documento en el que se definen cinco bloques temáticos con varios indicadores relacionados (tabla 4) de los cuales se presenta una ficha técnica de cada uno y se menciona la importancia de la vigilancia de todos los casos de VIH (no solo aquellos en fase SIDA) a lo largo del tiempo, la definición de un conjunto de mínimo de variables estandarizadas (prácticas y factores de riesgo, variables inmunológicas y de tratamiento – carga viral, CD4 y fecha de inicio TAR-) y la evaluación del acceso y la calidad de la atención.

Tabla 4. Indicadores del Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH. OPS – OMS

Bloque temático	Nombre del Indicador
Diagnóstico de la infección por VIH	Número de personas que viven con el VIH (PVV): población total y poblaciones clave (HSH –hombres que e tienen sexo con hombres-, TS –trabajadoras sexuales - y UDI –usuarios de drogas inyectables -)
	Número de PVV que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PVV
	Porcentaje de PVV de poblaciones clave que conocen su estado serológico respecto del VIH (basado en encuestas)
	Número de nuevos diagnósticos de VIH
	Porcentaje de embarazadas que han recibido prueba para VIH y recibieron sus resultados
	Porcentaje de pacientes con TB que recibieron una prueba de VIH y sus resultados fueron registrados
	Mediana del valor del CD4 más cercano al momento del diagnóstico (primer CD4 desde el diagnóstico)
	Distribución porcentual de pacientes de acuerdo a su nivel de CD4 más cercano al diagnóstico según umbrales de relevancia (por ejemplo: <200; 200-349; 350-500; >500 células/ml)
	Porcentaje de personas con serología positiva al VIH entre los que se realizaron una prueba de VIH, por sub –grupos (total, y por s subgrupos: TB, embarazadas y por estrategia de testeo)
	Porcentaje de mujeres y varones de 15 –49 de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	Porcentaje de TS, UDI, HSH que se realizó la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados
	Vínculo con atención y cuidados
Número y porcentaje de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en el año de análisis que fueron incorporados en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH	
Número y porcentaje de PVV que se mantienen en servicios de atención para la infección por el VIH	
Porcentaje de adultos y niños incorporados en atención para VIH que iniciaron terapia preventiva con Isoniazida	
Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a los que se les realizó tamizaje de la tuberculosis durante la última visita	
Mediana de tiempo entre el diagnóstico de VIH el primer contacto con los servicios de atención para el VIH (el primer conteo de CD4 o carga viral o retiro de TAR)	



Bloque temático	Nombre del Indicador
Tratamiento antirretroviral	Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral y porcentaje respecto del total de PVV estimadas
	Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral y porcentaje respecto del total de PVV que reúnen criterios de tratamiento
	Porcentaje de embarazadas seropositivas que recibe antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil
	Número y porcentaje de personas en tratamiento ARV por línea de tratamiento (primera, segunda y tercera)
	Número de esquemas de tratamiento ARV de primera y segunda línea vigentes
	Número y porcentaje de pacientes en cada uno de los esquemas de primera y segunda línea en uso
	Porcentaje estimado de los casos incidentes de TB seropositivos al VIH, que reciben tratamiento tanto para la TB como para el VIH
	Número promedio de pruebas de carga viral por paciente en tratamiento ARV por año
	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa ARV y que ha experimentado un desabastecimiento de por lo menos un medicamento antirretroviral en los últimos 12 meses
	Número de episodios de ruptura de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales
Retención en TAR	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento a 12, 24, 36 y 60 meses después de empezar la terapia antirretroviral
Supresión de la carga viral	Número y porcentaje del total de PVV con carga viral suprimida
	Porcentaje de PVV en tratamiento con carga viral suprimida

En la publicación del Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos, referente al monitoreo de la atención a PVIH en ese país (12), establecen dos tipos de indicadores clínicos asistenciales: esenciales y adicionales, en la tabla 5 se mencionan los nueve que consideran como esenciales.

Tabla 5. Indicadores esenciales en el monitoreo de la atención a PVIH, IOM, 2012.

Nombre del Indicador
Proporción de PVIH con CD4 > 200 células/mm ³ y sin un diagnóstico clínico de SIDA
Proporción de PVIH con diagnóstico reciente que son vinculados a atención clínica para el VIH dentro de los 3 meses siguientes al diagnóstico
Proporción de PVIH que están en seguimiento por un equipo de atención (dos o más visitas continuas para la atención médica de rutina de VIH en los 12 meses anteriores con al menos 3 meses de diferencia entre ellas)
Proporción de PVIH que recibieron dos o más pruebas de CD4 en los 12 meses anteriores
Proporción de PVIH que recibieron dos o más pruebas de carga viral en los 12 meses anteriores
Proporción de PVIH en seguimiento continuo durante 12 o más meses y con CD4 ≥350 células/mm ³
Proporción de PVIH con recuento de CD4 <500 células/mm ³ que no están en TAR
Proporción de PVIH en TAR por 12 o más meses y con carga viral indetectable
Mortalidad por todas las causas en PVIH

En todas las publicaciones relacionadas se menciona el impacto que genera la aplicación y seguimiento sistemático de los diferentes indicadores en la mejoría de la calidad de atención a las PVIH y por supuesto a los resultados en salud que se logran, no solo individuales sino también en la contención de la epidemia.

Algunos de los resultados publicados en el reporte de HealthQual International en el 2013 (23) muestran que países como Uganda, Mozambique, Namibia, Haití, Guyana y Kenia, han tenido avances importantes en la calidad de atención a las PVIH representados en variaciones de resultado, positivas en el tiempo, de indicadores claves como evaluación para TB (23% a 86% en Uganda), TAR en gestantes (de 32% a 86% en Haití), cobertura de TAR indicada (86% a 90% en Kenya), entre otros.

Estos resultados se alcanzan teniendo como base un equipo de atención en salud entrenado, en cuanto al impacto que genera la atención por parte de un médico experto frente a la brindada por un médico general en la publicación de Landon et al (27), realizada sobre 5.247 PVIH, concluyen que el tener la experticia en el abordaje de esta población genera intervenciones adecuadas en un porcentaje mayor en comparación con las realizadas por médicos con experiencia en programas que atienden menos de 20 PVIH y mayor aún en comparación con médicos sin experiencia (80% vs 73%).

Múltiples estudios han avalado que el realizar el seguimiento de CD4 y carga viral en las PVIH mejoran los resultados en salud, entre estos está el de Kitahata et al (28) realizado en 8.362 PVIH de Estados Unidos y Canadá donde evidencian un aumento del riesgo de morir del 69% en aquellas personas que inician TAR con recuentos de CD4 menores de 350 cel/ml (RR en el grupo de tratamiento diferido, 1,69; 95% intervalo de confianza [IC], 1.26 a 2.26; $P < 0,001$); y el de Rodríguez et al (29) en el cual realizan una correlación entre los niveles de carga viral y el descenso de los CD4 en 2.801 personas, de dos cohortes norteamericanas, seguidas entre 2 y 5 años, encontrando que es necesario realizar ambas medidas para establecer el momento adecuado de inicio de la TAR, dado que si bien la carga viral entre más alta se acompaña de un decremento anual en el recuento de CD4, no se logra establecer una correlación suficientemente fuerte (R^2 0.09) que permita explicar la disminución de CD4 únicamente por el nivel de carga viral.

En cuanto a las intervenciones tendientes a evitar el desarrollo de enfermedades oportunistas, la organización Cochrane publicó en 2010 (30) una revisión sistemática en relación con el impacto de la identificación y manejo de la tuberculosis latente, en ella se incluyeron 12 ensayos clínicos con un total de 8.578 participantes asignados al azar, encontrando que el tratamiento preventivo de TB versus placebo se asoció con una menor incidencia de tuberculosis activa (RR 0,68; IC del 95%: 0,54 a 0,85) siendo este beneficio más pronunciado en las personas con una prueba cutánea de la tuberculina positiva (RR 0,38; IC del 95%: 0,25 a 0,57) que en los que tenían una prueba negativa (RR 0,89; IC del 95%: 0,64 a 1.24); la profilaxis para *Pneumocystis Jiroveci* (PCP) en personas con CD4 menores de 200 es una intervención ampliamente reconocida y recomendada desde el primer decenio de la epidemia del VIH/SIDA y en publicaciones como la de Podzamczar et al (31) se menciona el resultado del estudio, realizado con 166



PVVIH a los cuales se les suministró trimetoprim-sulfamida o dapsona más pirimetamina, con tasas acumuladas de PCP a los 12 y 24 meses mucho más favorables con trimetoprim-sulfamida a los 12 y 24 meses (3% vs 5% y 10% vs 42% respectivamente, $p = 0,0007$).

El inicio y la continuidad de la TAR en los casos indicados es de crucial importancia, si bien es cierto que durante el primer año se pueden presentar cambios de la misma por diferentes razones como lo evidencia el reporte de la cohorte suiza (32) en la cual se presentaron porcentajes de permanencia en el mismo esquema inicial del 48,8% al 43,3% entre los años 2000 a 2004, con razones para el cambio que incluyen la intolerancia (51,1% de todos los pacientes), el deseo del paciente (15,4%), la decisión del médico (14,8%), y el fracaso virológico (7,1%). No obstante lo anterior alcanzaron cargas virales de <50 copias/ml y una mediana de aumento en los recuentos de células CD4 entre 157 y 197 ($p < 0,001$ para todas las comparaciones).

De otro lado, el garantizar que la TAR suministrada realmente logre el objetivo de lograr la indetectabilidad de la CV en el menor tiempo posible y el realizar las pruebas genotípicas oportunamente en los casos de fallo virológico, para poder direccionar adecuadamente los ajustes farmacológicos, es una intervención que mejora los resultados en salud, como se menciona en el estudio de Torre y Tambini (33) en el cual la tasa de PVVIH con CV indetectable después de 3 meses fue del 42,6% en los pacientes que fueron tratados basados en los resultados del genotipo y fue un 33,2% en los pacientes que fueron tratados con base en el estándar de cuidado (odds ratio 1,7; IC del 95% : 1,3 a 2,2); a los 6 meses, la viremia indetectable se observó en el 38,8% y el 28,7% de los pacientes, respectivamente (OR: 1,6; IC del 95%: 1,2 a 2,2); adicionalmente en 142 PVVIH, se brindó asesoramiento experto para optimizar el uso clínico de los datos genotípicos y en ellos se logró la mayor tasa de supresión viral (50,7% vs. 35,8%; OR 2,4; IC del 95% 01,05 a 03,07).



7. INDICADORES MÍNIMOS DEFINIDOS

Una vez se revisaron las diferentes publicaciones y los indicadores relevantes considerados en cada una, se seleccionaron 17 indicadores (por votación de los participantes) de los cuáles a continuación se presenta la ficha técnica de cada uno.

Es importante mencionar que para establecer estos indicadores se deben excluir los casos de PVVIH que fallecen, se desafilian o abandonan el tratamiento.

1. **Proporción de PVVIH con diagnóstico dentro del periodo de reporte que reciben atención por médico experto**

Justificación: La necesidad de un manejo adecuado de las PVVIH desde el punto de vista farmacológico y no farmacológico, el anticipar posibles complicaciones y el manejo de comorbilidades, hacen necesaria una formación y experiencia específicas para lograr un mejor resultado frente a la progresión de la enfermedad, por lo tanto es deseable que los médicos que atienden a las PVVIH sean médicos expertos -entendidos como especialistas en infectología o con experiencia mínima demostrable de 5 años atendiendo a



esta población- (5, 13).

Numerador: Número de nuevos casos de PVVIH en el periodo en atención por médico experto.

Denominador: Número total de nuevos casos de PVVIH en el periodo

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 100%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 95%, medio de 95% a 90% y como rango bajo menor de 90%

2. **Proporción de PVVIH con realización de recuento de linfocitos CD4 en la valoración inicial**

Justificación: El recuento de linfocitos CD4 en la valoración inicial es necesario para un abordaje adecuado de las PVVIH, su clasificación inicial, definir manejos farmacológicos (inicio de TAR, profilaxis para oportunistas) y como línea de base para valorar la efectividad inmunológica de la TAR en caso de iniciarla (5).

Numerador: Número total de nuevos casos de PVVIH en el periodo a los que se realiza recuento de CD4 en la valoración inicial

Denominador: Número total de nuevos casos de PVVIH en el periodo

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Explicación de términos: Valoración inicial comprende la evaluación realizada durante las 2 primeras citas en la IPS una vez se ha realizado el diagnóstico.

Tipo: Proceso

Estándar: 100%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 95%, medio un resultado de 95% a 90% y como rango bajo menor de 90%

3. **Proporción de PVVIH con diagnóstico dentro del periodo de reporte con realización de carga viral (CV) en la valoración inicial**

Justificación: La medición de la carga viral para VIH hace parte de la valoración inicial ya que permite identificar la necesidad de inicio de TAR o la línea de base para evaluar la respuesta a la misma (5, 10).

Numerador: Número de nuevos casos de PVVIH en el periodo a los que se realiza medición de carga viral plasmática VIH en la valoración inicial.

Denominador: Número total de nuevos casos de PVVIH en el periodo

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Explicación de términos: Valoración inicial comprende la evaluación realizada durante las 2 primeras citas en la IPS una vez se ha realizado el diagnóstico.

Tipo: Proceso



Estándar: 100%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 95%, medio un resultado de 95% a 90% y como rango bajo menor de 90%

4. Proporción de PVVIH con diagnóstico dentro del periodo de reporte con linfocitos totales en la valoración inicial

Justificación: El recuento de linfocitos totales, presente en el cuadro hemático, realizado en la valoración inicial es necesario para un abordaje adecuado de las PVVIH y lograr una clasificación inicial completa (5, 10).

Numerador: Número de nuevos casos de PVVIH en el periodo a los que se realiza linfocitos totales en la valoración inicial.

Denominador: Número total de nuevos casos de PVVIH en el periodo.

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Explicación de términos: Valoración inicial comprende la evaluación realizada durante las 2 primeras citas en la IPS una vez se ha realizado el diagnóstico.

Tipo: Proceso

Estándar: 100%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 95%, medio un resultado de 95% a 90% y como rango bajo menor de 90%.

5. Proporción de PVVIH con realización de PPD anual

Justificación: El realizar tamizaje anual a las PVVIH frente a la tuberculosis (TB), buscando identificar casos de tuberculosis latente para tratarla oportunamente y evitar el desarrollo de una TB activa es una actividad que ayuda a disminuir el impacto de la TB en esta población (5, 10, 12).

Numerador: Número de PVVIH en los que se ha realizado PPD en los últimos 12 meses.

Denominador: Número de PVVIH reportadas

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 90%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 80%, medio un resultado de 80% a 50% y como rango bajo menor de 50%.

6. Proporción de PVVIH con seguimiento de CD4 y CV en los últimos 6 meses

Justificación: Un seguimiento clínico adecuado de las PVVIH es un factor clave para identificar la progresión de la enfermedad al igual que la respuesta a las intervenciones realizadas, una forma de objetivar este seguimiento es la realización como mínimo semestral del recuento de CD4 y CV (5, 11, 12).

Numerador: Número de PVVIH diagnosticadas hace más de 6 meses con seguimiento de CD4 y CV en los últimos 6 meses.



Denominador: Número de PVVIH diagnosticadas hace más de 6 meses.

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 100%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 95%, medio un resultado de 95% a 90% y como rango bajo menor de 90%.

7. Proporción de PVVIH con tamizaje para Sífilis anual

Justificación: El realizar un tamizaje para evidenciar la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual en las PVVIH es importante, en especial la sífilis que ha tenido un resurgimiento importante, dado que permite no solo realizar el tratamiento sino pone de manifiesto la práctica de conductas de riesgo para la PVVIH y el riesgo de transmisión del VIH a terceros (5, 10, 12).

Numerador: Número de PVVIH reportadas con tamizaje para Sífilis en los últimos 12 meses

Denominador: Número de PVVIH reportadas

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 100%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 95%, medio un resultado de 95% a 90% y como rango bajo menor de 90%.

8. Proporción de PVVIH con valoración de riesgo cardiovascular (RCV) anual

Justificación: Dada la mayor sobrevida actual de las PVVIH y las alteraciones metabólicas que puede generar la TAR (lipídicas y del metabolismo de los carbohidratos), es de esperar un incremento del RCV lo cuál amerita un seguimiento periódico del mismo (5, 10).

Numerador: Número de PVVIH reportadas con valoración de RCV en los últimos 12 meses.

Denominador: Número de PVVIH reportadas

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 90%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 80%, medio un resultado de 80% a 60% y como rango bajo menor de 60%.

9. Proporción de TAR en PVVIH gestantes

Justificación: Hay suficiente evidencia que demuestra la importancia del inicio de la TAR en las gestantes para evitar la transmisión maternoperinatal del VIH en



los diferentes lugares del mundo, por eso el seguimiento al suministro de TAR en este grupo poblacional se convierte en una prioridad para la contención de la epidemia (5, 10, 11, 12).

Numerador: Número de PVVIH embarazadas reportadas con TAR.

Denominador: Número de PVVIH embarazadas reportadas

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 100%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado de 100%, medio un resultado menor de 100% a 95% y como rango bajo menor de 95%.

10. **Proporción de PVVIH con prescripción de TAR inicial de acuerdo a las pautas de elección definidas en la Guía de Práctica Clínica (GPC) Colombiana**

Justificación: La adherencia a las recomendaciones de inicio de la TAR con esquemas de primera línea por parte de los médicos tratantes, de acuerdo a lo definido para el país, permite un uso racional de la TAR y alcanzar una vida útil más larga de las diferentes opciones terapéuticas que se encuentran disponibles en el país (5, 10, 11, 26).

Numerador: Número de PVVIH que inician TAR dentro del periodo de reporte con alguna de las pautas de elección de la GPC Colombiana.

Denominador: Número de PVVIH que inician TAR dentro del periodo de reporte

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 95%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor o igual a 95%, medio un resultado menor de 95% a 90% y como rango bajo menor de 90%.

11. **Proporción de PVVIH con tuberculosis (TB) activa en tratamiento simultaneo para TB y con TAR**

Justificación: La coinfección TB-VIH genera una morbimortalidad importante, por lo tanto es prioritario garantizar un tratamiento adecuado y simultaneo para ambas patologías una vez se documenta esta situación (5, 10, 11, 12).

Numerador: Número de personas con TB activa y VIH a los que se prescribe TAR y tratamiento antiTB.

Denominador: Número de personas con TB activa y VIH

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 90%



Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 80%, medio un resultado de 80% a 60% y como rango bajo menor de 60%.

12. **Proporción de PVVIH con carga viral (CV) indetectable a las 48 semanas o más de TAR**

Justificación: El iniciar una TAR tiene por objetivo evitar la replicación viral y alcanzar la indetectabilidad en el menor tiempo posible (generalmente antes de los 6 meses de iniciada la terapia) y mantenerla en ese nivel por el mayor tiempo, para de esta forma limitar el avance de la enfermedad en la PVVIH y evitar el riesgo de transmisión del VIH. De igual forma el alcanzar una carga viral indetectable nos sirve de evidencia de una adherencia adecuada a la medicación (5, 10, 11, 12).

Numerador: Número de PVVIH en TAR con 48 o más semanas de tratamiento y logran una CV < 50 copias/ml (indetectable).

Denominador: Número de PVVIH en TAR con 48 o más semanas de tratamiento

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 80%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor o igual a 80%, medio un resultado menor de 80% a 70% y como rango bajo menor de 70%.

13. **Proporción de PVVIH con estudio de genotipificación en el fracaso virológico**

Justificación: El uso de la genotipificación, para guiar las intervenciones farmacológicas, en los casos de PVVIH que presentan fracaso virológico ha demostrado mejoría en el control virológico y un mejor pronóstico. Adicionalmente el hecho de no evidenciar mutaciones de resistencia sugiere problemas de adherencia a la TAR (5).

Numerador: Número de PVVIH en TAR que han tenido fracaso virológico y se les realizó estudio de genotipificación.

Denominador: Número de PVVIH en TAR que han tenido fracaso virológico

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Explicación de términos: Se entiende como fracaso virológico una CV detectable después de máximo 6 meses de TAR, o si tras lograr una CV indetectable (< 50 copias/ml) ésta se hace detectable en 2 determinaciones consecutivas

Tipo: Proceso

Estándar: 90%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el



estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor o igual a 90%, medio un resultado de menor de 90% a 70% y como rango bajo menor de 70%.

14. **Proporción de PVVIH con cambio de TAR**

Justificación: La duración del primer esquema de TAR se espera que sea de varios años, logrando de esta forma tener disponibles más opciones a futuro en caso de presentar fallos terapéuticos, el hecho de presentar cambios tempranos en el esquema inicial puede estar relacionado con intolerancia, efectos adversos, fracaso o decisión no especificada del médico, por lo tanto es necesario evaluar esta situación para realizar los ajustes necesarios en los procesos de elección del esquema inicial según las condiciones de la PVVIH y a una consejería adecuada previa al inicio de la TAR (5, 10).

Numerador: Número de PVVIH que inician TAR dentro del periodo de reporte que cambian alguno de los fármacos de la TAR dentro de los 12 meses posteriores al inicio

Denominador: Número de PVVIH que inician TAR dentro del periodo de reporte

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: <30%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado menor de 30%, medio un resultado de 30% a 40% y como rango bajo mayor de 40%.

15. **Proporción de PVVIH en tratamiento por tuberculosis (TB) latente**

Justificación: El tratamiento de la tuberculosis latente en las PVVIH disminuye el riesgo de desarrollar una TB activa y se considera una intervención recomendada para disminuir la morbimortalidad (5, 10, 11).

Numerador: Número de PVVIH con TB latente en el periodo de reporte a los que se ha indicado tratamiento (quimioprofilaxis con isoniazida).

Denominador: Número de PVVIH con TB latente en el periodo de reporte

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 100%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 95%, medio un resultado de 95% a 90% y como rango bajo menor de 90%.

16. **Proporción de PVVIH con profilaxis para neumonía por Pneumocystis Jiroveci**

Justificación: Por ser la neumonía por Pneumocystis Jiroveci la primera infección oportunista en la cual se documentó la efectividad de la profilaxis primaria y presentarse generalmente en PVVIH con recuentos de CD4 menores de 200/ml, se considera que esta intervención debe ser implementada una vez



se documenten recuentos bajos de CD4 (5, 10).

Numerador: Número de PVVIH con linfocitos CD4 <200/ml que reciben profilaxis frente a P.jiroveci

Denominador: Número de PVVIH con último recuento de linfocitos CD4 <200/ml

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 100%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor de 95%, medio un resultado de 95% a 90% y como rango bajo menor de 90%.

17. **Proporción de PVVIH con esquema completo de vacuna para Hepatitis B (si está indicada)**

Justificación: La coinfección de VIH y Hepatitis B genera unas situaciones clínicas complejas y de alto impacto en el sistema, dado que existe una buena respuesta a la aplicación de la vacuna en las PVVIH con recuentos de CD4 mayores de 200/ml, en la actualidad se recomienda la aplicación en casos donde se documente la no existencia de inmunidad previa (5, 10, 12).

Numerador: Número de PVVIH con más de 200 CD4/ml con esquema completo de vacuna para VHB.

Denominador: Número de PVVIH con más de 200 CD4/ml

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo: Proceso

Estándar: 95%

Interpretación: Se espera que las IPS que atienden a PVVIH cumplan el estándar, se considera un rango adecuado un resultado mayor o igual a 95%, medio un resultado menor de 95% a 90% y como rango bajo menor de 90%.



8. REVISIÓN DE INDICADORES

Los indicadores definidos serán revisados en cinco años o antes si el volumen de nuevas evidencias o cambios en las necesidades en el SGSSS de Colombia lo requieren, como resultado de la actualización pueden presentarse adición, cambio o supresión de indicadores, así como ajustes en la estructura, periodicidad o estándar, o alguna otra característica que se considere relevante en el momento de la actualización.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guide to conducting programme reviews for the health sector response to HIV. Geneva, World Health Organization Library, 2013
2. Resolución 4725 de 2011. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia.
3. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública VIH-SIDA. Instituto Nacional de Salud. Junio de 2014. Disponible en:
<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion->



Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20VIH%20-%20SIDA.pdf consultado agosto 2014

4. Manual de Referencia, Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/SIDA. Ministerio de la Protección Social. Colombia. 2006
5. von Wichmann MA, Locutura J, Blanco JR, Riera M, Suárez-Lozano I, Saura RM, Vallejo P, et al: Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/SIDA. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(Supl 5):6-88
6. NHS Institute for Innovation and Improvement. APHO, Association of Public Health Observatories. Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose Indicators. United Kingdom. 2008. Disponible en www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584 consultado julio 2014
7. Patient monitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy (ART). Geneva, World Health Organization Library, 2006
8. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. Geneva, World Health Organization Library, 2014
9. Agin BD, Young MT, Keyes CW, Ellis WC: Selection and Transformation of Clinical Practice Guidelines into Review Algorithms for Evaluating the Quality of HIV Care in New York State. *Clin Perform Qual Health Care* 1994, 2(4):209-213.
10. Catumbela E, Certal V, Freitas A, Costa C, Sarmiento A, da Costa A: Definition of a core set of quality indicators for the assessment of HIV/AIDS clinical care: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2013, 13:236.
11. Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH. Organización Panamericana de la Salud. 2014.
12. IOM (Institute of Medicine). 2012. Monitoring HIV Care in the United States: Indicators and Data Systems. Washington, DC: The National Academies Press.
13. Guía para el Manejo de VIH/SIDA. Basada en la evidencia. Colombia. Ministerio de la Protección Social. 2006
14. Podlekareva et al. Benchmarking HIV health care: from individual patient care to health care evaluation. An example from the EuroSIDA study *BMC Infectious Diseases* 2012, 12:229
15. Tasse et al. Evaluation of Three Sampling Methods to Monitor Outcomes of Antiretroviral Treatment Programmes in Low- and Middle-Income Countries. DOI: 10.1371/journal.pone.0013899.
16. Pere Soler-Palacín et al. Indicadores de calidad asistencial para la atención de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, adaptados a la edad pediátrica. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32(3):160-169
17. Alemayehu Y et al. Evaluation of HIV/AIDS clinical care quality: the case of a referral hospital in North West Ethiopia. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; Volume 21, Number 5: pp. 356-362
18. Thanprasertsuk S., et al. HIVQUAL-T: monitoring and improving HIV clinical care in Thailand, 2002-08. *International Journal for Quality in Health Care* 2012; Volume 24, Number 4: pp. 338-347
19. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the



- use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. Accessed [16/07/2014]
20. Wilson I., et al. Correlations among measures of quality in HIV care in the United States: cross sectional study. doi:10.1136/bmj.39364.520278.55
 21. Ahonkhai A., et al. Improving HIV outcomes in resource-limited countries: the importance of quality indicators. *BMC Health Services Research* 2012, 12:427
 22. Centers for Disease Control and Prevention. Monitoring Selected National HIV Prevention and Care Objectives by Using HIV Surveillance Data—United States and 6 Dependent Areas—2011. HIV Surveillance Supplemental Report 2013;18(No. 5). <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/>. Published October 2013. Accessed [12/05/2014].
 23. HealthQual International, A Health Approach to Quality Management. Performance Measurement, May 2013.
 24. Mainz J., Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; Volume 15, Supplement 1: pp. i5–i11
 25. Guideline-based Quality Indicators for HIV Care. New York State Department of Health AIDS Institute Health Resources and Services Administration HIV/AIDS Bureau. December 2008.
 26. Cuenta de Alto Costo. Sistema de clasificación de la infección por el VIH y esquemas de terapia antirretroviral de inicio. Revisión de evidencias con fines de reporte a la Cuenta de Alto Costo. 2011 Bogotá, Colombia.
 27. Landon BE, Wilson IB, McInnes K, Landrum MB, Hirschhorn LR, Marsden PV, et al. Physician specialization and the quality of care for human immunodeficiency virus infection. *Arch Intern Med.* 2005; 165:1133-9
 28. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N Engl J Med.* 2009 Apr 30;360(18):1815-26
 29. Rodríguez B1, Sethi AK, Cheruvu VK, et al. Predictive value of plasma HIV RNA level on rate of CD4 T-cell decline in untreated HIV infection. *JAMA.* 2006 Sep 27;296(12):1498-506
 30. Akolo C1, Adetifa I, Shepperd S, Volmink J. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20;(1):CD000171
 31. Podzamczar D, Santín M, Jimenez J, Casanova A, Bolao F, Gudiol GR. Thrice-weekly cotrimoxazole is better than weekly dapsone-pyrimethamine for the primary prevention of *Pneumocystis carinii* pneumonia in HIV-infected patients. *AIDS.* 1993 Apr;7(4):501-6
 32. Vo TT, Ledergerber B, Keiser O, et al. Durability and outcome of initial antiretroviral treatments received during 2000--2005 by patients in the Swiss HIV Cohort Study. *J Infect Dis.* 2008 Jun 15;197(12):1685-94
 33. Torre D, Tambini R. Antiretroviral drug resistance testing in patients with HIV-1 infection: a meta-analysis study. *HIV Clin Trials.* 2002 Jan-Feb;3(1):1-8.

**10. ANEXOS****INSTRUMENTO AMSTAR**

NOMBRE DE LA RS: Definition of a core set of quality indicators for the assessment of HIV/AIDS clinical care: a systematic review. 10. Catumbela E, Certal V, Freitas A, Costa C, Sarmento A, da Costa A. BMC Health Services Research 2013, 13:236.

EVALUÓ: Luis Alberto Soler Vanoy

FECHA: Agosto de 2014

1	¿Fue un diseño "a priori"?	Si
2	¿Hubo duplicación de la selección de los estudios y de la extracción de datos?	Si
3	¿Se realizó una búsqueda amplia de la literatura?	Si
4	¿Se utilizó el estado de la publicación (ejemplo: literatura gris) como criterio de inclusión?	No
5	¿Se provee una lista de los estudios incluidos y excluidos?	Si
6	¿Se entregan las características de los estudios?	Si
7	¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios?	Si
8	¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios en la formulación de conclusiones?	Si
9	¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?	No
10	¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	No
11	¿Fueron declarados los conflictos de interés?	Si
Calificación sobre 11 puntos		8
Shea et al. BMC Medical Research Methodology 2007 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10		



INSTRUMENTO GRADE

TEMA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA PARA LA CONTRUCCIÓN DE INDICADORES DE VIH PARA IPS
 EVALUADOR: LUIS ALBERO SOLER VAN DY
 FECHA: SEPTIEMBRE DE 2014

PREGUNTA	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	TITULO	TIPO DE DOCUMENTO	OBJETIVO DE ESTUDIO	INDICADOR CLINICO EVALUADO	VARIABLES DE RESULTADO	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION	RESULTADO
¿Cuáles son los indicadores mínimos para evaluar los resultados de atención y clínicos de instituciones de atención a personas viviendo con VIH?									
1	Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Supplemental Report 2013; 18(Na. 5). http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance . Published October 2013. Accessed 12/08/2014.	Monitoring Selected National HIV Prevention and Care Objectives by Using HIV Surveillance Data—United States and 6 dependent Areas—2011	ANALITICO/OBSERVACIONAL/COHORTES	Reducir el número de personas que se infectan con el VIH, aumentar el acceso a la atención y mejorar los resultados de salud para las personas que viven con el VIH y reducir las disparidades de salud relacionadas con el VIH.	% VIH estadio 3, al momento diagnóstico. % PVIWH en atención médica del VIH dentro de los 3 meses post diagnóstico. % PVIWH con CD4 y Carga Viral dentro de los 3 meses post diagnóstico. % PVIWH en seguimiento. PVIWH con carga viral indetectable. % de infección penitenciar por VIH. % PVIWH que conciben su resado serológico. % sobrevivencia a 3 años después resado serológico. % Normalización general en PVIWH	7 VAR CLAVE	MODERADA	FUERTE POSITIVA	PIEDE TENERSE EN CUENTA
2	Catambá et al. BMC Health Services Research 2013; 13:2326	Definición de a core set of quality indicators for the assessment of HIV/AIDS clinical care a systematic review	REVISION SISTEMATICA/SIN METANALISIS	Identificar y caracterizar los indicadores clave para la calidad de atención en VIH	65 indicadores de los cuales seleccionan 23 básicos	8 VAR CLAVE	ALTA	FUERTE POSITIVA	RECOMENDADO
3	Enferm Infect. Microbiol Clin. 2010;29(Supl 5):6-48	Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH-SIDA	ANALITICO/OBSERVACIONAL/COHORTES	Definición de indicadores de calidad para la atención en VIH	66 indicadores de los cuales seleccionan 22 básicos	8 VAR CLAVE	ALTA	FUERTE POSITIVA	RECOMENDADO
4	Soler-Palacin et al. Enferm Infect. Microbiol Clin. 2014;32(3): 160-169	Indicadores de calidad asistencial para la atención de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, adaptados a la edad pediátrica	ANALITICO/OBSERVACIONAL/COHORTES	Elaboración de indicadores de calidad aplicables a la edad pediátrica a partir del documento de GESIDA y los Casos Españoles para el seguimiento del presente pediatría indicado por el VIH.	61 indicadores de los cuales seleccionan 20 básicos	7 VAR CLAVE	MODERADA	DEBIL POSITIVA	PIEDE TENERSE EN CUENTA
5	Atkinson et al. BMC Health Services Researon 2012; 12:427	Improving HIV outcomes in resource-limited countries: the importance of quality indicators	REVISION VO SISTEMATICA	Establecer un cuadro de mención con indicadores de calidad para VIH	23 indicadores	7 VAR CLAVE	MODERADA	DEBIL POSITIVA	PIEDE TENERSE EN CUENTA
6	International Journal for Quality in Health Care 2012; Volume 24, Number 4; pp. 338-347	HIVQUAL-2: monitoring and improving HIV clinical care in Thailand, 2009-08	DESCRPTIVO/SERIE DE CASOS	Quer a conocer la experiencia de implementación de indicadores de calidad de atención en VIH en 12 hospitales del país	%PVIWH con CD4. %PVIWH con TAR. %PVIWH con profiltaxis para P. jirovecii. % mujeres VIH con Papanicolaou. % PVIWH con tamazaje para TB. PVIWH con tamazaje para TB	7 VAR CLAVE	BAJA	DEBIL POSITIVA	PIEDE TENERSE EN CUENTA
7	International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, Number 5; pp. 555-562	Evaluation of HIV/AIDS clinical care quality: the case of a referral hospital in North West Ethiopia	DESCRPTIVO/SERIE DE CASOS	Evaluar la calidad de la atención clínica prestada a los pacientes con VIH en el Hospital de Referencia Flege Inivati	10 indicadores de proceso y 5 de resultado	7 VAR CLAVE	BAJA	DEBIL POSITIVA	PIEDE TENERSE EN CUENTA
8	Podkareva et al. BMC Infectious Diseases 2012; 12:229	Benchmarking HIV health care: from individual patient care to health care evaluation. An example from the EuroSIDA Study	DESCRPTIVO/SERIE DE CASOS	Evaluar la atención de salud para los PVIWH basados en cuatro indicadores clave.	%PVIWH con criterios de TAR por CD4 y SIDA que reciben TAR. % PVIWH con profiltaxis para P. jirovecii. % PVIWH con seguimiento de CD4 y Carga Viral. % PVIWH con Carga Viral indetectable.	7 VAR CLAVE	MODERADA	DEBIL POSITIVA	PIEDE TENERSE EN CUENTA
9	Tassew AJM, Malaise K, Pujades-Rodriguez M, Poulet E, Bennett D, et al. (2010). PLUS ONE 5(11): e13889. doi:10.1371/journal.pone.013889	Evaluation of Three Sampling Methods to Monitor Outcomes of Antiretroviral Treatment Programmes in Low- and Middle-Income Countries	DESCRPTIVO/SERIE DE CASOS	Evaluar tres métodos de muestreo para simplificar la generación de indicadores de resultados	%PVIWH en TAR después de 12 meses. % PVIWH perdidos después del inicio de TAR	VAR IMPORTANTE NO CLAVE	MUY BAJA	DEBIL POSITIVA	PIEDE TENERSE EN CUENTA
10	doi:10.1186/0130864-520278.55	Conditions among measures of quality in HIV care in the United States: cross sectional study	ANALITICO/OBSERVACIONAL/COHORTES	Determinar si un conjunto seleccionado de indicadores pueden representar un solo constructo global de la calidad	%PVIWH en TAR. %PVIWH con Carga Viral indetectable. %PVIWH con profiltaxis P. jirovecii. %PVIWH tamazadas para TB. %PVIWH tamazadas para Hepatitis C. %PVIWH vacunadas contra la gripe. %PVIWH con valoración cada 3 meses	7 VAR CLAVE	MODERADA	DEBIL POSITIVA	PIEDE TENERSE EN CUENTA
11	Clin Perform Qual Health Care 1984; 2:209-213	Selection and transformation of clinical practice guidelines into review algorithms for evaluating the quality of HIV care in New York State	DESCRPTIVO/SERIE DE CASOS	Evaluar la calidad de atención a PVIWH en el estado de Nueva York	%PVIWH en TAR. %PVIWH con profiltaxis P. jirovecii. %PVIWH tamazadas para TB. %PVIWH tamazadas Ca Cervix	7 VAR CLAVE	BAJA	DEBIL POSITIVA	PIEDE TENERSE EN CUENTA

**INSTRUMENTO AGREE**

NOMBRE DE LA GPC: Guía Colombiana de Atención en VIH 2005			
EVALUÓ: Luis Alberto Soler Vanoy			
FECHA: Agosto de 2014			
#	ÁREAS / ÍTEMS	CALIFICACIÓN	COMENTARIOS
ALCANCE Y OBJETIVOS			
			100%
1	El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	4	
2	Lo(s) aspectos(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	4	
3	Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	4	
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS			
			92%
4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	4	
5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	4	
6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	4	
7	La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	3	
RIGOR EN LA ELABORACIÓN			
			95%
8	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	4	
9	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	4	
10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	4	
11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	4	
12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	4	
13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	4	
14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	3	
CLARIDAD Y PRESENTACIÓN			
			100%
15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	4	
16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	4	
17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	4	
18	La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	4	
APLICABILIDAD			
			67%
19	Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones	3	
20	Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	3	
21	La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoría.	3	
INDEPENDENCIA EDITORIAL			
			100%
22	La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	4	
23	Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	4	
	¿Recomendaría esta Guía para su uso en la práctica?	Muy Recomendada	92%

**INSTRUMENTO AGREE**

NOMBRE DE LA GPC: Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. AIDS info, nih.gov, may 2014			
EVALUÓ: Luis Alberto Soler Vanoy			
FECHA: Agosto de 2014			
#	ÁREAS / ÍTEMS	CALIFICACIÓN	COMENTARIOS
ALCANCE Y OBJETIVOS			100%
1	El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	4	
2	Lo(s) aspectos(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	4	
3	Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	4	
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS			92%
4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	4	
5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	4	
6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	4	
7	La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	3	
RIGOR EN LA ELABORACIÓN			100%
8	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	4	
9	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	4	
10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	4	
11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	4	
12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	4	
13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	4	
14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	4	
CLARIDAD Y PRESENTACIÓN			100%
15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	4	
16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	4	
17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	4	
18	La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	4	
APLICABILIDAD			78%
19	Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones	3	
20	Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	4	
21	La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.	3	
INDEPENDENCIA EDITORIAL			100%
22	La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	4	
23	Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	4	
¿Recomendaría esta Guía para su uso en la práctica?		Muy Recomendada	95%



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Bogotá D.C., Colombia
Diciembre 2014