

**INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL
DE GESIDA PARA LA ATENCIÓN DE
PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH**

PREÁMBULO

Me es muy grato poder escribir este breve preámbulo al nuevo Documento de Consenso titulado “**Indicadores de calidad asistencial de GeSIDA para la atención de personas que viven con el VIH**” que supone una actualización del documento inicial publicado hace ya una década.

La atención sanitaria de calidad de las personas que viven con el VIH es un objetivo primordial de GeSIDA. La evidencia científica necesita ser incorporada en la atención asistencial con criterios de calidad medibles y homogéneos.

En los últimos años, ha habido grandes cambios positivos en la prevención y el diagnóstico del VIH, en el tratamiento antirretroviral y su forma de uso, en los problemas de salud que experimentan las personas que viven con VIH, en la definición de los papeles cada vez más necesarios de una enfermería y una farmacia específicas, en la interrelación con la atención primaria y con otros especialistas, e incluso en el desarrollo de las visitas con la incorporación de la telemedicina impuesta por la epidemia del nuevo coronavirus.

Los indicadores de calidad propuestos constituyen una referencia de unos niveles mínimos en aspectos importantes de la atención sanitaria que las unidades de VIH deberían cumplir. Su misión ha de ser orientadora y su consumo ha de ser prioritariamente interno para mejorar la calidad de los servicios asistenciales. Animo a todos los socios de GeSIDA que trabajan en la atención clínica para que conozcan este documento y puedan aplicar los indicadores de calidad en sus unidades de VIH.

Algunos autores como los doctores Melchor Riera, Miguel Ángel von Wichmann, y José Luis Blanco forman parte del núcleo creador del documento inicial. A ellos se han unido los doctores Xabier Camino, Dolores Merino, José Antonio Pérez Molina (Presidente de GeSIDA en la época que se gestó este nuevo documento), Elena Delgado, y Rosa María Saura (Subdirectora del Instituto Universitario Avedis Donabedian, centro que ya participó en la edición inicial del documento), y las señoras Almudena Álvarez-Cascos y Herminia Esteban, artífices silenciosas del funcionamiento cotidiano de las actividades de GeSIDA. A todos ellos les quiero dar las gracias por su dedicación y empeño para que este documento sea una realidad.

Este documento actualizado no será el último. Los cambios previsibles que se seguirán produciendo en las necesidades de salud de las personas que viven con el VIH nos obligarán a mantener la excelencia en todas las unidades de España. Ese ha de seguir siendo el objetivo de las futuras Juntas Directivas de GeSIDA.

Esteban Martínez

Presidente de GeSIDA

8 de septiembre de 2020

Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas que viven con el VIH.

Melchor Riera ^a, Miguel Ángel von Wichmann ^b, Almudena Álvarez-Cascos ^c, José Ramón Blanco ^d, Xabier Camino ^b, Elena Delgado ^a, Herminia Esteban ^c, Dolores Merino ^e, José Antonio Perez Molina ^f, Rosa María Saura ^g.

- ^a HU Son Espases, Palma de Mallorca;
- ^b HU Donostia/instituto Biodonostia, San Sebastián;
- ^c Fundación SEIMC GESIDA;
- ^d Hosp San Pedro – CIBIR, Logroño;
- ^e HU Juan Ramón Jiménez, Huelva;
- ^f Hosp Ramón y Cajal. IRYCIS. Madrid;
- ^g Instituto Universitario-UAB Avedis Donabedian.

CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y OBJETIVOS:

En el año 2010 un grupo de profesionales fueron invitados por la Fundación SEIMC-GESIDA a participar en el proyecto de elaboración de Indicadores de calidad en la asistencia de los pacientes con infección VIH.

El objetivo era crear un sistema de monitorización que midiera los aspectos más relevantes de la asistencia de estos pacientes mediante el uso de unos indicadores de calidad. Los indicadores son pues un instrumento de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad.

La monitorización mediante estos indicadores debe permitir asegurar que lo básico en la atención de estos pacientes se está haciendo bien. Los indicadores también actúan como señal de alarma para identificar problemas o prácticas asistenciales mejorables.

Un indicador es un criterio de calidad y, por lo tanto, le son aplicables todas las condiciones y características que se recomiendan en la construcción de criterios (aceptables, comprensibles, relevantes, medibles, etc.). Del mismo modo hablaremos de indicadores de estructura, proceso y resultado, en función del ámbito de la evaluación.

Dado que un indicador es un instrumento de medida, que se utiliza de forma sistemática y cuyo resultado será tenido en cuenta en la gestión de calidad, debemos asegurarnos

de que refleje la realidad y que sea útil.

La metodología utilizada se resume en la **Figura 1**, y está documentada de forma extensa en el documento 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).

BREVE HISTORIA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE GESIDA:

De los 66 indicadores definitivos, se eligieron por consenso un total de 22, que fueron considerados como más relevantes para la especialidad y que la Fundación SEIMC-GESIDA entendió como de aplicación recomendable en todas las Unidades de Atención al VIH.

Con posterioridad se realizó un estudio de factibilidad y validación de 16 de los indicadores relevantes de GESIDA. El objetivo primario era evaluar la reproducibilidad interobservador y la factibilidad de la medición de los indicadores definida como disponibilidad de datos para la evaluación de cada indicador. Como objetivo secundario se midió el grado de cumplimiento. De dicho trabajo se concluyó que era factible la medición de indicadores en áreas relevantes de nuestra actividad y que era necesario mejorar los sistemas de información y registro de actividad para obtener los datos necesarios (1).

Un estudio realizado con los indicadores de GESIDA objetivó la asociación entre la cumplimentación de algunos de ellos y la mortalidad o el ingreso hospitalario (2).

Posteriormente los indicadores de calidad de GESIDA han sido incorporados en cohortes nacionales de pacientes con infección VIH como la cohorte VACS.

INDICADORES DE CALIDAD EN PÁGINA WEB DE GESIDA

En el año 2013 se introdujo en la página web de Gesida un apartado de indicadores de calidad en la asistencia de los pacientes con infección VIH. A través de este link <http://www.fundacionseimcgesida.org/indicadoresdecualidad/index.asp>

puede obtenerse información del documento original de indicadores de Gesida, algunos de los trabajos realizados a partir de estos indicadores. También a través de este apartado cada hospital puede autoevaluarse en los 22 indicadores relevantes y compararse con hospitales de similares dimensiones o con un número de pacientes con infección VIH parecido.

REVISIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD:

En la misma medida en que cambia la práctica asistencial y la evidencia científica, cualquier versión de indicadores no puede ser definitiva y, debe ser revisada y adaptada periódicamente.

Para ello y con el impulso de las Juntas Directivas de GESIDA se formó un nuevo grupo de trabajo, asesorado por el Instituto Universitario-UAB Avedis Donabedian, que dispone de una amplia experiencia en la realización de indicadores con diversas sociedades científicas (ver **Figura 2**). El trabajo se ha basado en la revisión, actualización y elaboración de nuevos indicadores por grupos de trabajo y posteriormente por consenso de todo el grupo.

Como resultado de este trabajo se han definido 53 indicadores, que cubren gran parte de la actividad clínica en personas que viven con VIH, de los que 25 han sido considerados relevantes por el grupo de trabajo. Por otro lado se han eliminado 28 indicadores y se han incorporado 15.

Bibliografía:

1. Riera M, Esteban H, Suarez I, Palacios R, Lozano F, Blanco JR, et al. Validación y cumplimentación de los indicadores de calidad GESIDA en pacientes con infección por el VIH. *Enf Infecc Microbiol Clin* 2016; 34: 346-352.
2. Delgado E, Frontera G, Murillas J, Campins AA, Gil L, Peñaranda M, et al. Indicadores de calidad asistencial de GeSIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida asociados a mortalidad e ingreso hospitalario. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2017; 35: 67–75.

INDICE INDICADORES: (Estándar)

Condiciones estructurales

Indicador n.º 1. Atención por médico especializado	100%
Indicador n.º 2. Consulta de enfermería específica	100%

Diagnóstico y evaluación inicial

Indicador n.º 3. Demora en la derivación a atención especializada	100%
Indicador n.º 4. Diagnóstico tardío de la infección por VIH en atención especializada	25%
Indicador n.º 5. Constancia de serología VIH previa en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	80%
Indicador n.º 6. Contenidos relevantes en la anamnesis en la valoración inicial	90%
Indicador n.º 7. Realización de serologías relevantes en la valoración inicial	95%
Indicador n.º 8. Determinación de resistencias primarias en la valoración inicial	95%
Indicador n.º 9. Carga viral plasmática del VIH y cifra de linfocitos CD4	100%
Indicador n.º 10. Valoración social inicial	90%
Indicador n.º 11. Pacientes con TAR	95%

Seguimiento e intervenciones orientadas a la prevención

Indicador n.º 12. Pacientes con seguimiento regular	90%
Indicador n.º 13. Estudio renal básico en paciente VIH	100%
Indicador n.º 14. Detección de la infección latente tuberculosa (ILT)	100%
Indicador n.º 15. Vacunación frente a la hepatitis A	85%
Indicador n.º 16. Vacunación frente a la hepatitis B	85%
Indicador n.º 17. Vacunación frente a la infección neumocócica	95%
Indicador n.º 18. Vacunación frente a papilomavirus	100%
Indicador n.º 19. Profilaxis primaria frente a <i>Pneumocystis jirovecii</i> en pacientes con < 200 linfocitos	95%
Indicador n.º 20. Tratamiento y prevención del tabaquismo	95%

Indicador n.º 21. Evaluación de la ingesta alcohólica	95%
Indicador n.º 22. Despistaje del uso de chemsex en HSH	95%
Indicador n.º 23. Cribado de consumo activo de cocaína-opiáceos	90%
Indicador n.º 24. Cribado de sífilis	85%
Indicador n.º 25. Cribado de ITS, excluyendo sífilis en población HSH	80%
Indicador n.º 26. Cribado de cáncer anal en HSH	80%
Indicador n.º 27. Tratamiento de la infección latente tuberculosa (ILT)	95%
Indicador n.º 28. Evaluación de la fragilidad en el paciente mayor de 60 años	80%
Indicador n.º 29. Conciliación terapéutica en el paciente polimedocado mayor de 60 años	90%
Indicador n.º 30. Pérdidas de seguimiento	< 5%
Indicador n.º 31. Calidad percibida por los pacientes	un estudio cada 2 años

Seguimiento de pacientes en tratamiento

Indicador n.º 32. Adecuación de las pautas iniciales de TAR a las guías españolas de tratamiento antirretroviral (GESIDA/Plan Nacional del Sida)	95%
Indicador n.º 33. Inicio del TAR tras la primera visita	90%
Indicador n.º 34. Primera visita tras instauración del TAR	90%
Indicador n.º 35. Carga viral indetectable (<50 copias/mL) en la semana 48 de tratamiento	90%
Indicador n.º 36. Tratamiento con abacavir (ABC) sin HLA-B*5701 previo	0%
Indicador n.º 37. Cambios de tratamiento durante el primer año	30%
Indicador n.º 38. Valoración de la adherencia al tratamiento	95%

Aspectos específicos en la mujer (VIH en la mujer)

Indicador n.º 39. TAR en la gestante infectada por el VIH (Indicador centinela)	100%
Indicador n.º 40. Incidencia de la transmisión vertical (Indicador centinela)	0%
Indicador n.º 41. Cribado de cáncer de cérvix	80%
Indicador n.º 42. Cribado de cáncer anal en mujeres	80%

Comorbilidades

Indicador n.º 43. Evaluación por escalas de Child y/o MELD en pacientes cirróticos	100%
--	------

Indicador n.º 44. Tratamiento específico de la hepatitis crónica por VHC	95%
Indicador n.º 45. Pacientes con HBsAg que reciben tratamiento eficaz	95%
Indicador n.º 46. Control ecográfico de la cirrosis	85%
Indicador n.º 47. Valoración del riesgo cardiovascular	90%
Indicador n.º 48. Detección de síndrome metabólico	95%

Indicador n.º 49. Evaluación de la esteatosis hepática en pacientes con síndrome metabólico 95%

Indicador n.º 50. Cálculo del IMC en la población con infección VIH 100%

Hospitalización

Indicador n.º 51. Incidencia de ingresos de pacientes en seguimiento 20 por 100 paciente-años en seguimiento

Indicador n.º 52. Incidencia de ingresos por enfermedad definitoria de SIDA <5 por 100 paciente-años en seguimiento

Indices de mortalidad

Indicador n.º 53. Mortalidad relacionada con SIDA <1 por 1000 paciente-años en seguimiento

ÍNDICE DE INDICADORES SEGÚN ENFOQUE DE EVALUACIÓN

INDICADORES DE ESTRUCTURA

Indicador n.º 1. Atención por médico especializado

Indicador n.º 2. Consulta de enfermería específica

INDICADORES DE PROCESO

Indicador n.º 3. Demora en la derivación a atención especializada

Indicador n.º 5. Constancia de serología VIH previa en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Indicador n.º 6. Contenidos relevantes en la anamnesis en la valoración inicial

Indicador n.º 7. Realización de serologías relevantes en la valoración inicial

Indicador n.º 8. Determinación de resistencias primarias en la valoración inicial

Indicador n.º 9. Carga viral plasmática del VIH y cifra de linfocitos CD4

Indicador n.º 10. Valoración social inicial

Indicador n.º 11. Pacientes con TAR

Indicador n.º 12. Pacientes con seguimiento regular

Indicador n.º 13. Estudio renal básico en paciente VIH

Indicador n.º 14. Detección de la infección latente tuberculosa (ILT)

Indicador n.º 15. Vacunación frente a la hepatitis A

Indicador n.º 16. Vacunación frente a la hepatitis B

Indicador n.º 17. Vacunación frente a la infección neumocócica

Indicador n.º 18. Vacunación frente a papilomavirus

Indicador n.º 19. Profilaxis primaria frente a *Pneumocystis jiroveci* en pacientes con < 200 linfocitos

Indicador n.º 20. Tratamiento y prevención del tabaquismo

Indicador n.º 21. Evaluación de la ingesta alcohólica

Indicador n.º 22. Despistaje del uso de chemsex en HSH

Indicador n.º 23. Cribado de consumo activo de cocaína-opiáceos

Indicador n.º 24. Cribado de sífilis

Indicador n.º 25. Cribado de ITS, excluyendo sífilis en población HSH

Indicador n.º 26. Cribado de cáncer anal en HSH

Indicador n.º 27. Tratamiento de la infección latente tuberculosa (ILT)

- Indicador n.º 28. Evaluación de la fragilidad en el paciente mayor de 60 años
- Indicador n.º 29. Conciliación terapéutica en el paciente polimedicado mayor de 60 años
- Indicador n.º 30. Pérdidas de seguimiento
- Indicador n.º 31. Calidad percibida por los pacientes
- Indicador n.º 32. Adecuación de las pautas iniciales de TAR a las guías españolas de tratamiento antirretroviral (GESIDA/Plan Nacional del Sida)
- Indicador n.º 33. Inicio del TAR tras la primera visita
- Indicador n.º 34. Primera visita tras instauración del TAR
- Indicador n.º 38. Valoración de la adherencia al tratamiento
- Indicador n.º 39. TAR en la gestante infectada por el VIH (Indicador centinela)
- Indicador n.º 41. Cribado de cáncer de cérvix
- Indicador n.º 42. Cribado de cáncer anal en mujeres
- Indicador n.º 43. Evaluación por escalas de Child y/o MELD en pacientes cirróticos
- Indicador n.º 44. Tratamiento específico de la hepatitis crónica por VHC
- Indicador n.º 45. Pacientes con HBsAg que reciben tratamiento eficaz
- Indicador n.º 46. Control ecográfico de la cirrosis
- Indicador n.º 47. Valoración del riesgo cardiovascular
- Indicador n.º 48. Detección de síndrome metabólico
- Indicador n.º 49. Evaluación de la esteatosis hepática en pacientes con síndrome metabólico
- Indicador n.º 50. Cálculo del IMC en la población con infección VIH

INDICADORES DE RESULTADO

- Indicador n.º 4. Diagnóstico tardío de la infección por VIH en atención especializada
- Indicador n.º 30. Pérdidas de seguimiento
- Indicador n.º 35. Carga viral indetectable (<50 copias/mL) en la semana 48 de tratamiento
- Indicador n.º 36. Tratamiento con abacavir (ABC) sin HLA-B*5701 previo
- Indicador n.º 37. Cambios de tratamiento durante el primer año
- Indicador n.º 40. Incidencia de la transmisión vertical (Indicador centinela)
- Indicador n.º 51. Incidencia de ingresos de pacientes en seguimiento
- Indicador n.º 52. Incidencia de ingresos por enfermedad definitoria de SIDA
- Indicador n.º 53. Mortalidad relacionada con SIDA

INDICE INDICADORES SEGÚN NIVEL DE RECOMENDACIÓN: (Estándar)

NIVEL DE RECOMENDACIÓN A

Condiciones estructurales

Indicador n.º 2. Consulta de enfermería específica 100%

Diagnóstico y evaluación inicial

Indicador n.º 9. Carga viral plasmática del VIH y cifra de linfocitos CD4 100%

Indicador n.º 11. Pacientes con TAR 95%

Seguimiento e intervenciones orientadas a la prevención
Indicador n.º 12. Pacientes con seguimiento regular 90%

Indicador n.º 13. Estudio renal básico en paciente VIH 100%

Indicador n.º 15. Vacunación frente a la hepatitis A 85%

Indicador n.º 16. Vacunación frente a la hepatitis B 85%

Indicador n.º 19. Profilaxis primaria frente a *Pneumocystis jiroveci*
en pacientes con < 200 linfocitos 95%

Indicador n.º 20. Tratamiento y prevención del tabaquismo 95%

Indicador n.º 27. Tratamiento de la infección latente tuberculosa (ILT) 95%

Seguimiento de pacientes en tratamiento

Indicador n.º 32. Adecuación de las pautas iniciales de TAR a las guías españolas de tratamiento antirretroviral (GESIDA/Plan Nacional del Sida) 95%

Indicador n.º 36. Tratamiento con abacavir (ABC) sin HLA-B*5701 previo 0%

Indicador n.º 38. Valoración de la adherencia al tratamiento 95%

Aspectos específicos en la mujer (VIH en la mujer)

Indicador n.º 39. TAR en la gestante infectada por el VIH (Indicador centinela) 100%

Indicador n.º 40. Incidencia de la transmisión vertical (Indicador centinela) 0%

Comorbilidades

Indicador n.º 44. Tratamiento específico de la hepatitis crónica por VHC en seguimiento 95%

NIVEL DE RECOMENDACIÓN B

Condiciones estructurales

Indicador n.º 1. Atención por médico especializado Diagnóstico y evaluación inicial	100%
Indicador n.º 8. Determinación de resistencias primarias en la valoración inicial	95%
Indicador n.º 10. Valoración social inicial	90%

Seguimiento e intervenciones orientadas a la prevención

Indicador n.º 21. Evaluación de la ingesta alcohólica	95%
Indicador n.º 23. Cribado de consumo activo de cocaína-opiáceos	90%
Indicador n.º 24. Cribado de sífilis	85%
Indicador n.º 26. Cribado de cáncer anal en HSH Seguimiento de pacientes en tratamiento	80%
Indicador n.º 33. Inicio del TAR tras la primera visita	90%

Aspectos específicos en la mujer (VIH en la mujer)

Indicador n.º 41. Cribado de cáncer de cérvix	80%
---	-----

Comorbilidades

Indicador n.º 43. Evaluación por escalas de Child y/o MELD en pacientes cirróticos	100%
Indicador n.º 45. Pacientes con HBsAg que reciben tratamiento eficaz	95%
Indicador n.º 46. Control ecográfico de la cirrosis	85%
Indicador n.º 47. Valoración del riesgo cardiovascular	90%
Indicador n.º 49. Evaluación de la esteatosis hepática en pacientes con síndrome metabólico	95%

NIVEL DE RECOMENDACIÓN C

Diagnóstico y evaluación inicial

Indicador n.º 3. Demora en la derivación a atención especializada	100%
Indicador n.º 5. Constancia de serología VIH previa en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	80%
Indicador n.º 6. Contenidos relevantes en la anamnesis en la valoración inicial	90%
Indicador n.º 7. Realización de serologías relevantes en la valoración inicial	95%

Seguimiento e intervenciones orientadas a la prevención

Indicador n.º 14. Detección de la infección latente tuberculosa (ILT)	100%
Indicador n.º 17. Vacunación frente a la infección neumocócica	95%
Indicador n.º 18. Vacunación frente a papilomavirus	100%
Indicador n.º 22. Despistaje del uso de chemsex en HSH	95%
Indicador n.º 25. Cribado de ITS, excluyendo sífilis en población HSH	80%
Indicador n.º 28. Evaluación de la fragilidad en el paciente mayor de 60 años	80%
Indicador n.º 29. Conciliación terapéutica en el paciente polimedcado mayor de 60 años	90%

Seguimiento de pacientes en tratamiento

Indicador n.º 34. Primera visita tras instauración del TAR	90%
--	-----

Aspectos específicos en la mujer (VIH en la mujer)

Indicador n.º 42. Cribado de cáncer anal en mujeres	80%
---	-----

Comorbilidades

Indicador n.º 48. Detección de síndrome metabólico	95%
--	-----

SIN NIVEL DE RECOMENDACIÓN

Diagnóstico y evaluación inicial

Indicador n.º 4. Diagnóstico tardío de la infección por VIH en atención especializada 25%

Seguimiento e intervenciones orientadas a la prevención

Indicador n.º 30. Pérdidas de seguimiento < 5%

Indicador n.º 31. Calidad percibida por los pacientes un estudio cada 2 años

Seguimiento de pacientes en tratamiento

Indicador n.º 35. Carga viral indetectable (<50 copias/mL) en la semana 48 de tratamiento 90%

Indicador n.º 37. Cambios de tratamiento durante el primer año 30%

Comorbilidades

Indicador n.º 50. Cálculo del IMC en la población con infección VIH Hospitalización 100%

Indicador n.º 51. Incidencia de ingresos de pacientes en seguimiento 20 por 100 paciente-años en seguimiento

Indicador n.º 52. Incidencia de ingresos por enfermedad definitoria de SIDA <5 por 100 paciente-años en seguimiento

Indices de mortalidad

Indicador n.º 53. Mortalidad relacionada con SIDA <1 por 1000 paciente-años en seguimiento

GLOSARIO

Indicador relevante: identifica al indicador que todas las unidades de VIH 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. Equivale al de “cuadro de mandos” de la unidad.

Nivel de evidencia: en cada indicador se ha clasificado la recomendación en A, B o C, en función de la evidencia científica disponible. Se han seguido los niveles de evidencia aplicados en las recomendaciones de tratamiento antirretroviral de GESIDA, que según la procedencia de los datos pueden resumirse en:

- Nivel A: estudios aleatorizados.
- Nivel B: estudios de cohortes o de caso-control.
- Nivel C: opinión de expertos.

Seguimiento regular: Paciente con 2 o más visitas en el último año, con analítica que incluya carga viral separadas entre sí más de 3 meses.

Atención especializada: consulta que atiende a personas que viven con el VIH o unidad o servicio hospitalario en el que ingresan pacientes por patología relacionada con el VIH. Valoración inicial: valoración realizada durante la primera y segunda visita al centro.

ABREVIATURAS

ABC:	Abacavir.
AE:	Atención especializada
CCA:	Cáncer de canal anal.
CIN:	Neoplasia intraepitelial invasiva
CVP:	Carga viral plasmática
ENOS:	Eventos no definitivos de sida.
ERC:	Enfermedad renal crónica.
FG:	Filtrado glomerular
HSH:	Hombres que tienen sexo con hombres.
ILT:	Infección latente tuberculosa.
ITS:	Infecciones de transmisión sexual
MSCBS:	Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.
PrEP:	Profilaxis preexposición
PVVIH:	Personas que viven con el VIH
RCV:	Riesgo cardiovascular.
TAR:	Tratamiento antirretroviral.
TNDS:	Tumores no definitivos de sida.
UBE:	Unidades de bebida estándar.
VIN:	Neoplasia intravulvar.
VPH:	Virus papiloma humano.

Indicador n.º 1. ATENCIÓN POR MÉDICO ESPECIALIZADO

Justificación	La complejidad del tratamiento antirretroviral (TAR) y de los cuidados de los pacientes con infección por VIH, requiere que se efectúen por personal especializado que tenga los conocimientos adecuados (recomendación nivel: B). La ausencia en nuestro país de una formación reglada en enfermedades infecciosas dificulta definir la formación médica adecuada.
Dimensión	Adecuación
Fórmula	Médicos con formación específica en VIH × 100 / número total de médicos que atienden a personas que viven con VIH (PVVIH)
Explicación de términos	Se entiende como formación específica en VIH cualquiera de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Formación vía MIR en medicina interna finalizada recientemente (como máximo en los últimos 3 años) en un hospital, con una rotación mínima de 6 meses en una unidad/servicio de VIH que atienda al menos a 50 PPVIH/año por profesional – Formación vía MIR, con ejercicio profesional continuado durante los últimos 3 años en una Unidad/Servicio de enfermedades infecciosas que atienda al menos a 50 PVVIH/año por profesional – Formación vía no MIR, con experiencia en los últimos 3 años en una unidad/servicio VIH que atienda al menos a 50 PVVIH/año por profesional
Población	Todos los médicos que atienden a pacientes VIH
Tipo	Estructura
Fuente de datos	Memoria anual de la unidad/servicio Expediente o currículum vitae de cada médico de la unidad VIH
Estándar	100%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Executive summary of the GeSIDA consensus document on control and monitoring of HIV-infected patients. <i>Enferm Infecc Microbiol Clin</i>. 2019; 37:467-475. 2. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf 3. Handford CD, Tynan AM, Rackal JM, et al. Ámbito y organización de la atención de personas que conviven con VIH/sida. Revisión Cochrane traducida. https://www.cochrane.org/es/CD004348/ambito-y-organizacion-de-la-atencion-de-personas-que-conviven-con-vihsida. 4. Landon BE, Wilson IB, McInnes K, et al. Physician specialization and the quality of care for human immunodeficiency virus infection. <i>Arch Intern Med</i>. 2005; 165:1133-9. 5. Nemes MI, Melchior R, Basso CR et al. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. <i>BMC Health Services Research</i>. 2009; 9: 51. 6. Korthuis PT, McGinnis KA, Kraemer KL, et al. Quality of HIV Care and Mortality Rates in HIV-Infected Patients. <i>Clin Infect Dis</i>. 2016; 62:233–239.

Indicador n.º 2. CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECÍFICA

Justificación	La colaboración de los profesionales de enfermería resulta clave en el refuerzo de la prevención, el manejo clínico, y la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) de las personas que viven con VIH (recomendación nivel: A).
Dimensión	Adecuación
Fórmula	Presencia de consultas externas de enfermería específica de infección VIH-enfermedades infecciosas
Explicación de términos	Enfermera específica: Enfermera titulada con experiencia en asesoramiento sobre VIH
Población	Enfermería de servicios o unidades que atienden a pacientes con VIH
Tipo	Estructura
Fuente de datos	Memoria anual de la Unidad
Estándar	100%
Comentarios	El Consejo Internacional de Enfermería describe las competencias con experiencia en asesoramiento, adherencia y estándares de la práctica de la enfermería de práctica avanzada como: “Una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer”.
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, et al. Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review. <i>Int Nurs Rev</i> 2014; 61:534-542. 2. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, et al. [Consensus on competencies for advanced nursing practice in Spain]. <i>Enferm Clin</i> 2015; 25:267-275. 3. International Council of Nurses. Definition and characteristics for nurse practitioner/ advanced practice nursing roles. Geneva, Switzerland. 2002.

Indicador n.º 3. DEMORA EN LA DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Justificación	<p>El acceso precoz a las consultas de VIH tras el diagnóstico de la infección, junto con el inicio precoz del tratamiento antirretroviral, aporta beneficios tanto a nivel individual (menor morbi-mortalidad) como de salud pública (menor transmisibilidad de la infección).</p> <p>Se recomienda que la demora entre el diagnóstico y la primera consulta especializada no supere los 15 días (recomendación nivel: C).</p>
Dimensión	Accesibilidad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes con un intervalo inferior a 16 días entre el diagnóstico serológico y la primera visita en la consulta de VIH} \times 100}{\text{Número de pacientes con diagnóstico serológico y derivados a la consulta de VIH}}$
Explicación de términos	Intervalo de 15 días: Días naturales transcurridos desde fecha de emisión del diagnóstico serológico solicitado y la primera visita realizada en la consulta de VIH. Se considera cumplimentado con la consulta de enfermería específica y/o médica.
Población	Todos los pacientes con diagnóstico serológico de VIH derivados por primera vez a la consulta de VIH durante el período evaluado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Servicio de admisiones del hospital (consultas externas) ■ Documentación clínica
Estándar	100%
Comentarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med 2011; 365:493-505. 2. Krentz HB, MacDonald J, John GM. High mortality among human immunodeficiency virus (HIV)-infected individuals before accessing or linking to HIV care: a missing outcome in the cascade of care? Open Forum Infect Dis 2014; 1:ofu011.

Indicador n.º4. DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Justificación	<p>En Europa Occidental, el 45-50% de las personas que se diagnostican de infección por VIH se tratan tardíamente (es decir, con CD4 <350 células/μL). El diagnóstico tardío está asociado con un incremento de la morbilidad relacionada con el VIH, una peor respuesta al tratamiento, un aumento de los costes de la atención sanitaria, y con un incremento de las tasas de contagio.</p> <p>Las personas de edad más avanzada, oriundas de regiones distintas a Europa, y en las que la vía de transmisión no es un resultado de conductas relacionadas con hombres que tienen sexo con hombres (HSH), tienen mayores probabilidades de tener un diagnóstico tardío.</p>
Dimensión	Seguridad, eficiencia.
Fórmula	Número de pacientes con diagnóstico tardío en atención especializada (AE) \times 100 / número de pacientes con primera visita en AE
Explicación de términos	-Diagnóstico tardío: Paciente que en su primer contacto con la AE (consulta VIH o ingreso), presenta <350 CD4/ μ L.
Población	<p>Todos los pacientes que acuden por primera vez al Servicio de AE (consulta o ingreso) en el periodo estudiado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Criterio de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Primeras visitas atendidas a personas VIH previamente diagnosticadas en otro centro
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	25%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf 2. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. N Engl J Med 2016; 375:830-833. 3. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, et al. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. Clin Infect Dis 2011; 52:793-800. 4. Medland NA, Chow EPF, McMahon JH, et al. Time from HIV diagnosis to commencement of antiretroviral therapy as an indicator to supplement the HIV cascade: Dramatic fall 2011 to 2015. Plos One 2017; 12:e0177634.

Indicador n.º 5. CONSTANCIA DE SEROLOGÍA VIH PREVIA EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH)

Justificación	<p>En España, la vía sexual es el modo de transmisión principal en los nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión entre HSH es la mayoritaria.</p> <p>Se recomienda la realización de la prueba del VIH a los colectivos con conductas de riesgo continuadas para la exposición a esta infección. En los HSH se considera precisa la realización de la prueba de detección de forma dirigida (recomendación nivel: C).</p> <p>El diagnóstico precoz permite beneficiarse, lo antes posible, de un seguimiento médico, y del acceso a un tratamiento eficaz que evite la progresión de la enfermedad, mejore la calidad de vida y aumente la supervivencia. También permite adoptar las medidas preventivas necesarias para evitar transmitir la infección a otras personas.</p>
Dimensión	Efectividad, seguridad, continuidad de la atención
Fórmula	$\frac{\text{Número de HSH a los que se les realizó la prueba del VIH en los 12 meses previos al diagnóstico serológico de VIH} \times 100}{\text{Número de HSH sexualmente activos con un primer diagnóstico serológico de VIH}}$
Explicación de términos	Registro de serologías previas: Anotación de si el paciente aporta una serología previa indicando la fecha. Debe quedar constancia en los registros clínicos. También se contabilizan los pacientes que no la tienen hecha y se registra este dato.
Población	Todos los HSH con un primer diagnóstico serológico positivo de VIH en el período estudiado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Registros clínicos
Estándar	80%
Comentarios	Nota: la identificación precoz del viraje depende de todo el sistema sanitario, especialmente de la atención primaria, y de que se mantenga un alto índice de sospecha y concienciación sobre el tema. En las consultas especializadas de infección por VIH es importante registrar las serologías previas para detectar los casos seroconvertidores y para conocer mejor la historia natural del paciente.
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2017. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf 2. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf 3. La prueba del VIH: Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/pruebaVIH/home.htm

Indicador n.º 6. CONTENIDOS RELEVANTES EN LA ANAMNESIS EN LA VALORACIÓN INICIAL

Justificación	<p>La valoración clínica inicial de las PVVIH debe recoger información relativa a antecedentes personales y patológicos de cara a realizar educación sanitaria, efectuar cribado de infecciones latentes para su eventual profilaxis y adecuar el tratamiento antirretroviral (recomendación nivel: C).</p> <p>Dada la complejidad para la ecogida y automatización de todos los datos recomendados por las guías vigentes se han seleccionado aquellos que se han considerado de cumplimentación obligatoria.</p>
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Número de pacientes con examen básico completo en la valoración inicial x 100 / número de pacientes con valoración inicial
Explicación de términos	<p>Examen básico completo se cumple si en la historia clínica / valoración inicial constan los 6 ítems siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual ■ Orientación sexual y hábitos sexuales ■ Antecedentes psiquiátricos ■ País de origen ■ Antecedentes de síntomas B relacionados con la infección por VIH ■ Antecedentes de enfermedades definitorias de SIDA
Población	Todos los pacientes con infección por VIH con valoración inicial durante el periodo evaluado. Se incluyen los pacientes atendidos previamente en otro centro.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	90%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf 2. BHIVA guidelines for the routine investigation and monitoring of adult HIV1-infected individuals (2016). Disponible en: https://www.bhiva.org/file/oPKLNBOHV-bhZi/160311-Monitoring-gl-draft-for-Consultation.pdf 3. Documento de consenso GeSIDA sobre control y monitorización de la Infección por el VIH. Disponible en :http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/03/DOCUMENTO_DE_CONSENSO_GeSIDA SOBRE CONTROL Y MONITORIZACION DE INFECCION POR VIH ABRIL 2018.pdf

Indicador n.º 7. REALIZACIÓN DE SEROLOGÍAS RELEVANTES EN LA VALORACIÓN INICIAL

Justificación	<p>En la valoración inicial del paciente VIH es preciso realizar un mínimo de exploraciones complementarias, de cara a efectuar un adecuado balance pronóstico de la situación del enfermo, conocer posibles comorbilidades, efectuar cribado de infecciones latentes para su eventual profilaxis, y adecuar el posible TAR.</p> <p>Para la prevención y abordaje de algunas infecciones oportunistas y de infecciones que comparten la vía de transmisión con el VIH se recomienda la determinación del estado serológico al inicio del seguimiento clínico (recomendación nivel: C).</p>
Dimensión	Efectividad, seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes con todas las serologías realizadas durante la valoración inicial} \times 100}{\text{número de pacientes con valoración inicial}}$
Explicación de términos	<p>Pruebas complementarias mínimas (serologías): serologías de lúes, hepatitis A, B y C, toxoplasmosis y CMV.</p> <p>Valoración inicial. Valoración realizada durante la primera y segunda visitas al centro.</p>
Población	<p>Todos los pacientes con infección por VIH atendidos por primera vez en la consulta durante el período de estudio.</p> <p>Incluye a las personas derivadas a la consulta y atendidas previamente en otro centro. En estos pacientes no es necesario repetir las pruebas ya realizadas en el centro de procedencia si son positivas, pero sí referenciar su resultado en la historia clínica y repetir las si fueran negativas y ha pasado más de un año respecto a las previas.</p>
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de consenso de GeSIDA sobre control y monitorización de la infección por el VIH (actualización abril 2018). Accesible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/02/gesida_DC_Control_Monitorizacion_VIH.pdf 2. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014; 58:1-10.

Indicador n.º 8. DETERMINACIÓN DE RESISTENCIAS PRIMARIAS EN LA VALORACIÓN INICIAL

Justificación	<p>En la valoración inicial del paciente VIH es preciso realizar un mínimo de exploraciones complementarias, de cara a efectuar un adecuado balance pronóstico de la situación del enfermo, conocer posibles comorbilidades, efectuar el cribado de infecciones latentes para su eventual profilaxis, y adecuar el TAR.</p> <p>Las resistencias a antirretrovirales en pacientes que no han recibido tratamiento previamente son poco frecuentes pero se siguen recomendando (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Efectividad, seguridad
Fórmula	$\text{Número de pacientes con determinación de resistencias durante la valoración inicial} \times 100 / \text{número de pacientes con valoración inicial}$
Explicación de términos	<p>Determinación de resistencias: Detección por métodos genotípicos de cambios específicos en el genoma de las enzimas diana para fármacos, al menos de las siguientes familias: transcriptasa inversa y proteasa.</p> <p>Valoración inicial: Valoración realizada durante la primera y segunda visitas al centro.</p>
Población	<p>Todos los pacientes con infección por VIH atendidos por primera vez en consulta durante el período de estudio. También se debe de realizar en pacientes que hayan tomado PrEP.</p> <p>Criterio de exclusión: pacientes que han recibido TAR por infección confirmada por VIH.</p>
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de consenso de GeSIDA sobre control y monitorización de la infección por el VIH (actualización abril 2018). Accesible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/02/gesida_DC_Control_Monitorizacion_VIH.pdf 2. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014; 58:1-10. 3. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el SIDA. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. (Actualización 2020). Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf

Indicador n.º 9. CARGA VIRAL PLASMÁTICA DEL VIH Y CIFRA DE LINFOCITOS CD4

Justificación	Se debe determinar la carga viral del VIH, el número absoluto y el porcentaje de linfocitos CD4+ antes de iniciar el TAR y, una vez iniciado, como parámetro de monitorización periódica de la respuesta inmunológica (recomendación nivel: A) y virológica (recomendación nivel: A) al mismo.
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Número de pacientes a los que se les realiza la determinación de la carga viral del VIH, el número absoluto, y el porcentaje de linfocitos CD4+ en la valoración inicial x 100 / número de pacientes VIH a los que se les realiza una valoración inicial
Explicación de términos	Valoración inicial: Valoración realizada durante la primera y la segunda visita al centro
Población	<p>Todos los pacientes con infección por VIH a los que se ha realizado una valoración inicial durante el período evaluado.</p> <p>Criterio de inclusión: las personas derivadas a la consulta y atendidas previamente en otro centro se consideran primeras visitas y, por tanto, tributarias de valoración inicial. En estos pacientes no es necesario repetir la prueba si ya se ha realizado en el centro de procedencia, pero sí referenciar su resultado en la historia clínica.</p>
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	100%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf

Indicador n.º 10. VALORACIÓN SOCIAL INICIAL

Justificación	Hay evidencias de que un bajo nivel socioeconómico constituye un factor predictor de mala adherencia al TAR y de una menor vinculación al cuidado sanitario en los pacientes con infección por VIH. Esto influye en una progresión más rápida de la enfermedad y una mayor mortalidad. El conocimiento del entorno sociofamiliar del enfermo, y de su medio de vida, permite valorar la necesidad de medidas de apoyo que faciliten un mejor acceso y cumplimiento de los cuidados sanitarios (recomendación nivel: B) .
Dimensión	Atención centrada en el paciente
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes con anamnesis social en la valoración inicial} \times 100}{\text{número de pacientes con valoración inicial}}$
Explicación de términos	<p>Anamnesis social: Constancia escrita en la historia clínica de todos los aspectos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vivienda estable (propia, familiar, casa de acogida, comunidad terapéutica) ■ Nivel de estudios ■ Situación laboral <p>Valoración inicial: aquella que se realiza en las dos primeras visitas del paciente.</p>
Población	Todos los pacientes con infección por VIH con valoración inicial durante el período evaluado, incluyendo las personas atendidas previamente en otro Centro.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	90%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Joy R, Druyts EF, Brandson EK, et al. Impact of neighborhood-level socioeconomic status on HIV disease progression in a universal health care setting. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> 2008; 47:500–505. 2. Kelly JD, Hartman C, Graham J, et al. Social support as a predictor of early diagnosis, linkage, retention, and adherence to HIV care: Results from the Steps Study. <i>J Assoc Nurses AIDS Care</i> 2014; 25:405–413. 3. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, et al. Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected With HIV: 2013 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. <i>Clin Infect Dis</i> 2014; 58:1–10. 4. Walcott M, Kempf M-C, Merlin JS, et al. Structural community factors and sub-optimal engagement in HIV care among low-income women in the Deep South of the USA. <i>Cult Health Sex</i> 2016; 18: 682–694.

Indicador n.º 11. PACIENTES CON TAR

Justificación	El TAR evita la progresión de la enfermedad, disminuye la aparición de eventos graves, y disminuye la transmisión del virus. Se recomienda su iniciación en todos los pacientes, con independencia del número de linfocitos CD4+ (recomendación nivel: A).
Dimensión	Riesgo, efectividad
Fórmula	Pacientes con TAR x 100 / Pacientes en seguimiento regular
Explicación de términos	Seguimiento regular: Paciente con 2 o más visitas en el último año, con analítica que incluya carga viral, separadas entre sí más de 3 meses.
Población	Todos los pacientes en seguimiento regular
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none">1. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf2. EACS European AIDS Clinical Society. EACS Guidelines 2019. Accesible en: https://www.eacsociety.org/files/2019_guidelines-10.0_final.pdf3. DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. (updated December 18, 2019)Accesible en: https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf

Indicador n.º 12. PACIENTES CON SEGUIMIENTO REGULAR

Justificación	<p>La regularidad en las visitas de seguimiento (con independencia de estar en TAR) es un factor crítico en la monitorización de la evolución de la enfermedad y en la promoción de la adherencia al tratamiento, de los hábitos saludables, y de la mejora global de la salud (recomendación nivel: B).</p> <p>La medición de la carga viral debe realizarse cada 3-6 meses durante los dos primeros años de seguimiento pero posteriormente, en pacientes estables clínicamente adherentes y con carga viral indetectable, puede realizarse cada 6 meses (recomendación nivel: A).</p> <p>Las poblaciones linfocitarias deben realizarse cada 3-6 meses tras el inicio del TAR (recomendación nivel: A) . En aquellos pacientes con supresión virológica y que alcanzan una buena reconstitución inmunológica (300-500 linfocitos CD4+/μL durante al menos dos años), el recuento de CD4+ proporciona poca información, por lo que se podría monitorizar de forma anual.</p>
Dimensión	Continuidad de la atención
Fórmula	$\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con seguimiento regular} \times 100 / \text{N}^{\circ} \text{ de pacientes en seguimiento}$
Explicación de términos	<p>Seguimiento regular (para cumplir este indicador): cuando en el periodo analizado se cumplen todos los requisitos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Acudir, al menos, a dos revisiones anuales separadas más de 3 meses (la revisión podrá realizarse de forma presencial o mediante visitas online o telefónicas, constando en registro) ■ Constancia documentada de control analítico en estas revisiones: CVP y analítica de rutina ■ Constancia documentada de linfocitos CD4 al menos de forma anual <p>Este seguimiento será independiente de la toma de TAR.</p>
Población	<p>Criterio de exclusión:</p> <p>Pacientes en seguimiento menor de 1 año</p> <p>Pérdidas de seguimiento por fallecimiento, cambio de Centro Hospitalario o ingreso en centro penitenciario</p>
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	90%

Bibliografía

1. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf
2. Documento de consenso GeSIDA sobre control y monitorización de la Infección por el VIH. Disponible en :http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/03/DOCUMENTO_DE_CONSENSO_GeSIDA SOBRE CONTROL Y MONITORIZACION DE INFECCION POR VIH ABRIL 2018.pdf
3. Girard PM, Nelson M, Mohammed P, et al. Can we stop CD4+ testing in patients with HIV-1 RNA suppression on antiretroviral treatment? AIDS 2013; 27:2759-2763.
4. Caniglia EC, Sabin C, Robins JM, et al. When to Monitor CD4 Cell Count and HIV RNA to Reduce Mortality and AIDS-Defining Illness in Virologically Suppressed HIV-Positive Persons on Antiretroviral Therapy in High-Income Countries: A Prospective Observational Study. J Acquir Immune Defic Syndr 2016; 72:214-221.
5. Caniglia EC. HIV CAUSAL cohort. Comparing dynamic monitoring strategies based on evolving CD4 cell counts in virologically suppressed HIV-positive individuals on C ART: a prospective observational study in high-income countries. Lancet HIV 2017; 4:e251–e259.

Indicador n.º 13. ESTUDIO RENAL BÁSICO EN PACIENTE VIH

Justificación	<p>La evaluación periódica de la función renal en los pacientes infectados por VIH puede facilitar el diagnóstico precoz de la enfermedad renal crónica (ERC) oculta, y permitir la aplicación de medidas orientadas a evitar su progresión.</p> <p>Reconocer con prontitud la presencia de insuficiencia renal en estos pacientes es también importante para ajustar las dosis de los fármacos antirretrovirales cuya eliminación se lleva a cabo, preferentemente, por esta vía. La determinación de creatinina plasmática no refleja fielmente las tasas de filtrado glomerular (FG), lo que obliga a estimar el FG mediante las ecuaciones CKD-EPI o MDRD-IDMS.</p> <p>La ausencia de una reducción del FG no descarta la existencia de ERC. Por ello es necesaria también la determinación de marcadores urinarios de daño renal como la proteinuria y la glucosuria. En todas las PVVIH debe realizarse un estudio renal básico (recomendación nivel: A).</p>
Dimensión	Continuidad de la atención
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes VIH con estudio renal básico anual} \times 100}{\text{número de pacientes VIH en seguimiento regular}}$
Explicación de términos	<p>Estudio renal básico. Debe incluir todos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Creatinina en plasma ▪ Estimación del FG mediante las ecuaciones CKD-EPI o MDRD-IDMS ▪ Proteinuria y glucosuria
Población	<p>Todos los pacientes seguidos regularmente en consultas, durante el período evaluado</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes con insuficiencia renal en diálisis ▪ Pacientes en seguimiento en la consulta de nefrología
Tipo	Proceso
Fuente de datos	<p>Documentación clínica</p> <p>Bases de datos específicas</p>
Estándar	100%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Panel de Expertos del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA); la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC); la Sociedad Española de Nefrología (SEN); la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). [Executive summary of the recommendations on the evaluation and management of renal disease in human immunodeficiency virus-infected patients]. <i>Enferm Infecc Microbiol Clin</i> 2014; 32:583-597.

Indicador n.º 14. DETECCIÓN DE LA INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA (ILT)

Justificación	Los pacientes coinfectados por el VIH con ILT son uno de los grupos con un mayor riesgo para desarrollar la enfermedad tuberculosa. Por este motivo, el estudio y tratamiento de la ILT debe realizarse en todas las PVVIH (recomendación nivel: C).
Dimensión	Seguridad y efectividad
Fórmula	Número de pacientes en los que se ha realizado la detección de ILT x100 / número de pacientes en seguimiento regular.
Explicación de términos	Pruebas de detección de ILT: Realización en un plazo no superior a 12 meses desde el inicio del seguimiento de una de las siguientes pruebas: <ul style="list-style-type: none"> ■ Mantoux ■ Quantiferón / IGRA
Población	Todos los pacientes con más de 6 meses de seguimiento en consultas de atención especializada durante el período evaluado. Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> ■ Pacientes con tuberculosis previa o actual ■ Mantoux o IGRA previo positivo
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	100%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización mundial de la salud. Directrices sobre la atención de la infección tuberculosa latente. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137336/9789243548906_spa.pdf;jsessionid=6973F48FC9415F1FD599D7BB-4470B1A5?sequence=1 2. Documento de consenso GeSIDA sobre control y monitorización de la Infección por el VIH. Disponible en :http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/03/DOCUMENTO_DE_CONSENSO_GeSIDA SOBRE CONTROL Y MONITORIZACION DE INFECCION POR VIH ABRIL 2018.pdf

Indicador n.º 15. VACUNACIÓN FRENTE A LA HEPATITIS A

Justificación	Se recomienda la vacunación frente al VHA en todos los pacientes con VIH sin inmunidad previa. La vacunación es menos efectiva con menos de 200 linfocitos CD4+ / μ L (recomendación nivel: A), especialmente en grupos de riesgo: HSH, UDVP, pacientes con hepatitis crónica por VHB y VHC, o viaje a áreas con alta prevalencia.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes a los que se ha realizado indicación de vacunación frente a VHA} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en seguimiento regular con más de 200 CD4}}$
Explicación de términos	Indicación de vacunación: debido a que no hay indicaciones claras de revacunación, se contabilizaría como indicación de vacunación a la realizada en cualquier momento del seguimiento clínico, aunque sea previo al año de seguimiento regular.
Población	<p>Todos los pacientes en seguimiento regular que han tenido más de 200 CD4+ en algún momento del periodo evaluado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Criterios de exclusión generales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ - Inmunidad previa frente a VHA ✓ - Alergia a alguno de los componentes vacunales ✓ - Pacientes con menos de 200 CD4 cel/μL y/o carga viral detectable
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	85%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kim DK, Riley LE, Harriman KH et al. Recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older, United States, 2017. <i>Ann Intern Med</i> 2017; 166:209–219. 2. Grupo de expertos de GeSIDA. Documento de prevención y tratamiento de infecciones oportunistas y otras coinfecciones en pacientes con infección por VIH (actualización mayo 2015) http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-InfeccionesOportunistasyCoinfeccionesV (revisado 4/11/19) 3. Panel on Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents with HIV: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Available at http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf. (revised 4/11/2019)

Indicador n.º 16. VACUNACIÓN FRENTE A LA HEPATITIS B

Justificación	Se recomienda la vacunación frente al VHB en todas las PVVIH en seguimiento regular, sin inmunidad previa, cuando tienen una cifra de linfocitos CD4 >200/mL (recomendación nivel: A). De forma ideal se administraría por encima de 350 linfocitos CD4+ y con carga viral indetectable al menos 3-6 meses. La presencia de inmunosupresión no debe demorar el inicio de la vacunación si hay potencial exposición de riesgo.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	Número de pacientes a los que se ha realizado indicación de vacunación frente al VHB x100 / número de pacientes en seguimiento regular con >200 linfocitos CD4/ μ L
Explicación de términos	Indicación de vacunación: Debido a que no hay indicaciones claras de revacunación, se contabilizaría como indicación de vacunación la realizada en cualquier momento del seguimiento clínico, aunque sea previa al año de seguimiento regular.
Población	Todos los pacientes en seguimiento regular. Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> ■ Inmunidad previa frente al VHB ■ Pacientes con CD4 <200cel/ μL y/o carga viral VIH detectable. ■ Pacientes con anti-HBc, por ser la vacunación una indicación controvertida
Tipo	■ Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	85%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Recomm Rep 2018; 67: 1-31. 2. Mena G, García-Basteiro AL, Bayas JM. Hepatitis B and A vaccination in HIV-infected adults: A review. Hum Vaccin Immunother 2015; 11: 2582-2598. 3. Panel on Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents with HIV: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Available at http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf. <p>(revised 4/11/2019)</p>

Indicador n.º 17. VACUNACIÓN FRENTE A LA INFECCIÓN NEUMOCÓCICA

Justificación	<p>La infección neumocócica tiene un curso más agresivo en las PVVIH. La vacunación frente a neumococo ha demostrado protección frente a la enfermedad invasiva.</p> <p>En las guías de GeSIDA se recomienda que los adultos con infección por VIH, no vacunados previamente, reciban una dosis de PCV13, seguida de una dosis de PPV23 al menos 8 semanas después (recomendación nivel: B).</p> <p>En los pacientes previamente vacunados con PPV-23 se puede optar por vacunar con PCV13 al menos un año después de la última dosis de PPV23 o seguir con revacunaciones con PPV23 cada 5 años (recomendación nivel: C).</p> <p>En las recomendaciones del Ministerio de Sanidad-MSCBS, se recomiendan ambas vacunas y una sola revacunación a los 5 años con PPV23.</p>
Dimensión	Seguridad
Fórmula	Número de pacientes que han recibido vacunación antineumocócica × 100 / número de pacientes en seguimiento regular
Explicación de términos	<p>Vacunación frente a neumococo: debido a que hay distintas pautas secuenciales con ambos tipos de vacuna (PPV23 y PCV13), se considera para el indicador cualquiera de las alternativas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Haber recibido alguna vez la vacuna PCV13 ■ Haber recibido al menos una dosis de PPV23 en los últimos 5 años ■ Haber recibido dos dosis de PPV23 durante el seguimiento clínico (aunque haya sido hace más de 5 años)
Población	<p>Todos los pacientes en seguimiento regular durante el periodo evaluado</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Alergia a alguno de los componentes vacunales ■ Enfermedades autoinmunes
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de consenso de GeSIDA sobre control y monitorización de la infección por el VIH (actualización abril 2018). Accesible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/02/gesida_DC_Control_Monitorizacion_VIH.pdf 2. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014; 58:1-10. 3. Grupo de trabajo vacunación frente a neumococo en grupos de riesgo 2015 de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Utilización de la vacuna frente a neumococo en grupos de riesgo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.

Indicador n.º 18. VACUNACIÓN FRENTE A PAPILOMAVIRUS

Justificación	<p>La prevalencia de infección por VPH es mayor, y el aclaramiento viral menor, en las PVVIH (especialmente en HSH con niveles bajos de linfocitos CD4+), lo que supone un mayor riesgo de neoplasias asociadas.</p> <p>Los subtipos de papilomavirus oncogénicos son la principal causa de cáncer de cérvix, vulva, vagina, pene, ano y orofaringe.</p> <p>Existen vacunas bivalentes, tetravalentes y nonavalentes, indicadas para prevenir el cáncer de cérvix y las lesiones precancerosas de cérvix, vagina y vulva. La tetravalente y nonavalente estarían, además, indicadas para la prevención de condilomas, lesiones precancerosas y cáncer anal. La historia de verrugas genitales previas, citologías anómalas u otra evidencia de infección por VPH no contraindica la vacunación, aunque su eficacia es cuestionable.</p> <p>Se recomienda la vacunación frente al VPH tetravalente o nonavalente (3 dosis; 0, 1–2 y 6 meses) en todos los niños y niñas con infección por el VIH entre 9 y 12 años (recomendación nivel: C), y entre 13 y 26 años (recomendación nivel: C).</p>
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con infección VIH } \leq 26 \text{ años a los que se ha vacunado frente a Papilomavirus}}{\text{Nº de pacientes con infección VIH } \leq 26 \text{ años en seguimiento regular}} \times 100$
Población	Todas las personas que viven con VIH (PVVIH) que en el periodo evaluado tienen ≤ 26 años.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	100%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Downloaded from https://aidsinfo.nih.gov/guidelines on 1/1/2020 2. British HIV Association Guidelines on the Use of Vaccines in HIV-Positive Adults 2015. http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Immunisation/consultation/BHIVA-Immunisation-Guidelines-2015-Consultation.pdf. Consultado 1/1/2020. 3. Kim DK, Riley LE, Harriman KH, et al. Recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older, United States, 2017. <i>Ann Intern Med</i> 2017; 166:209–219. 4. Grupo de expertos de GeSIDA. Documento de prevención y tratamiento de infecciones oportunistas y otras coinfecciones en pacientes con infección por VIH (actualización mayo 2015) http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-InfeccionesOportunistasyCoinfeccionesVIH.pdf (Consultado 1/1/2020). 5. Documento de consenso de GESIDA sobre control y monitorización de la infección por el VIH (Abril 2018). http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/02/gesida_DC_Control_Monitorizacion_VIH.pdf. (Consultado 1/1/2020). 6. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018

Indicador n.º 19. PROFILAXIS PRIMARIA FRENTE A PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES CON < 200 LINFOCITOS CD4

Justificación	<p>La neumonía por <i>P. jiroveci</i> aparece generalmente cuando la cifra de linfocitos CD4 es < 200 /μl. Se aconseja la profilaxis primaria en los pacientes con linfocitos CD4+ < 200 /μL (recomendación nivel: A).</p> <p>La combinación trimetoprim-sulfametoxazol se considera de elección por su seguridad y bajo coste (recomendación nivel: A). Son alternativas frente a ambas infecciones la dapsona-pirimetamina o la atovacuona. Todos los regímenes recomendados como profilaxis primaria frente a <i>Pneumocystis</i>, son eficaces frente a <i>Toxoplasma</i>.</p>
Dimensión	Seguridad
Fórmula	Número de pacientes con linfocitos CD4 <200/ μ L que reciben profilaxis frente a <i>P. jiroveci</i> x 100 / número de pacientes en seguimiento regular con linfocitos CD4 <200 / μ L
Explicación de términos	Profilaxis frente a <i>P. jiroveci</i> : Administración de trimetoprim-sulfametoxazol, o dapsona-pirimetamina o atovacuona, por vía oral a dosis correctas.
Población	Todas las personas que viven con VIH en seguimiento regular durante el periodo evaluado. Se incluyen los pacientes atendidos previamente en otro centro y derivados posteriormente a la consulta especializada.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Comentarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de prevención y tratamiento de infecciones oportunistas y otras coinfecciones en pacientes con infección por VIH (actualización mayo 2015). Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-InfeccionesOportunistasyCoinfeccionesVIH.pdf 2. Panel on Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents with HIV: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Available at http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf.

Indicador n.º 20. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Justificación	<p>En nuestro país, más del 60% de los pacientes VIH son fumadores activos. Diversos estudios estiman la prevalencia de EPOC en esta población es del 10-20%. La infección por VIH, parece aumentar el riesgo de EPOC.</p> <p>La mortalidad está aumentada en la población VIH con tabaquismo activo, existiendo una relación con los paquetes-año fumados. En los últimos años se ha apreciado un aumento en la incidencia de tumores de la vía respiratoria superior e inferior en población VIH, todos ellos relacionados con el tabaquismo.</p> <p>Se recomienda realizar intervención activa sobre los pacientes fumadores atendidos en las consultas (recomendación nivel: A).</p>
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes con hábito tabáquico activo e intervención anual}}{\text{número de pacientes con hábito tabáquico activo}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Tabaquismo activo: Toda persona que fuma a diario durante los últimos 30 días, independientemente de la modalidad y cantidad.</p> <p>Intervención: Realización al menos anualmente de cualquiera de las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Preguntar si continúa fumando, si ha pensado en dejarlo o si necesita ayuda para conseguirlo ■ Remitir al paciente a una unidad específica ■ Proporcionar recomendación verbal o escrita (debe quedar constancia en la historia clínica de que se ha realizado)
Población	Todos los pacientes con seguimiento regular y hábito tabáquico durante el período evaluado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crothers K, Butt AA, Gibert CL, et al. Increased COPD among HIV-positive compared to HIV negative veterans. Chest 2006; 130:1326-1333. 2. Calvo M, Laguno M, Martinez M, et al. Effects of tobacco smoking on HIV-infected individuals. AIDS reviews 2015; 17:47-55. 3. Helleberg M, May MT, Ingle SM, et al. Smoking and life expectancy among HIV-infected individuals on antiretroviral therapy in Europe and North America. AIDS 2015; 29:221-229. 4. Petoumenos K, Worm S, Reiss P, et al. Rates of cardiovascular disease following smoking cessation in patients with HIV infection: results from the D:A:D study. HIV Med 2011; 12:412-421. 5. Documento de consenso de GeSIDA sobre control y monitorización de la infección por el VIH (actualización abril 2018). Accesible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/02/gesida_DC_Control_Monitorizacion_VIH.pdf

Indicador nº21. EVALUACIÓN DE LA INGESTA ALCOHÓLICA

Justificación	<p>El consumo de alcohol se ha asociado con mala adherencia al TAR, alteraciones directas en la respuesta inmune, y a conductas sexuales que incrementan el riesgo de infección del VIH en las parejas.</p> <p>En esta población con alta prevalencia de coinfección por VHB y VHC, conseguir la abstinencia alcohólica es especialmente importante (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Seguridad
Fórmula	Número de pacientes en los que se ha registrado la ingesta alcohólica anual x100 / número de pacientes en seguimiento regular
Explicación de términos	Ingesta alcohólica: Constancia en la documentación del paciente de la ingesta cuantificada en gramos o unidades de medida estándar (UBE)
Población	Todos los pacientes con seguimiento regular durante el período evaluado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sánchez-Rivero I, Madoz-Gúrpide A, Parro-Torres C, et al. Influencia del consumo de sustancias y el deterioro cognitivo en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. <i>Adicciones</i> 2020; 32: 7-18. 2. Vagenas P, Azar MM, Copenhaver MM et al. The impact of alcohol use and related disorders on the HIV Continuum of Care: a systematic review: alcohol and the HIV Continuum of Care. <i>Curr HIV/AIDS Rep</i> 2015; 12: 421-36. 3. Hutton HE, Lesko CR, Li X et al. Alcohol use patterns and subsequent sexual behaviors among women, men who have sex with men and men who have sex with women engaged in routine HIV care in the United States. <i>AIDS Behav</i> 2019; 23:1634-1646.

Indicador n.º 22. DESPISTAJE DEL USO DE CHEMSEX EN HSH

Justificación	<p>El uso de chemsex (drogas recreativas) en el entorno de las relaciones sexuales se ha asociado con un aumento de las prácticas de riesgo para la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, y a consecuencias potencialmente graves en salud mental.</p> <p>La práctica de chemsex es más frecuente en la población HSH.</p> <p>La detección de estas prácticas en las PVVIH HSH, debe de formar parte del seguimiento habitual, para establecer medidas preventivas y consejo de salud (recomendación nivel: C).</p>
Dimensión	Seguridad, continuidad en la atención
Fórmula	Despistaje del uso de chemsex en HSH x 100 / total de pacientes HSH con al menos una visita en los últimos 12 meses.
Explicación de términos	<p>Chemsex: consumo de drogas para facilitar incrementar o prolongar las relaciones sexuales. Incluye el uso de cualquiera de las siguientes sustancias: mefedrona, cocaína, ketamina, metanfetamina, GHB/GBL (gamahidroxibutirico/ gamabutirolactona)...</p> <p>HSH: hombres que tiene relaciones sexuales con hombres.</p> <p>Despistaje de uso de chemsex: constancia documental de que se ha preguntado sobre el uso de chemsex en alguna ocasión durante los 12 meses previos a la evaluación. Se evalúan tanto los resultados positivos como negativos.</p>
Población	Todos los pacientes HSH que han tenido al menos una visita en el año previo a la evaluación.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Historia clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stevens O, Moncrieff M, Gafos M. Chemsex-related drug use and its association with health outcomes in men who have sex with men: a cross-sectional analysis of Antidote clinic service data. <i>Sex Transm Infect</i> 2020; 96:124-130. 2. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. <i>Perspect Public Health</i> 2019; 139:23-33. 3. Fernández-Dávila P, Folch C, Ferrer L, et al. La infección por el virus de la hepatitis C y su relación con ciertas prácticas sexuales en hombres-que-tienen- sexo-con-hombres en España: resultados de la European MSM internet survey (EMIS). <i>Enferm Infecc Microbiol Clin</i> 2015; 33:303-310. 4. BASHH and MedFASH. 2014 Standards for management of sexually transmitted infections (STIs), http://www.medfash.org.uk/uploads/files/p18dtqli8116261rv19i61rh9n2k4.pdf (acceso junio 2019)

Indicador n.º 23. CRIBADO DE CONSUMO ACTIVO DE COCAÍNA-OPIÁCEOS

Justificación	La cocaína y la heroína son drogas altamente adictivas cuyo consumo activo se ha asociado con mala adherencia al TAR, trastornos neuropsiquiátricos y conductas sexuales que incrementan el riesgo de infección en las parejas. Aunque el consumo de drogas por vía intravenosa ha experimentado un importante descenso en nuestro país desde el inicio de la epidemia, sigue existiendo una importante proporción de pacientes VIH que consumen estas sustancias por vía inhalada. Detectar y abordar este problema es especialmente importante en estos pacientes (recomendación nivel: B).
Dimensión	Seguridad, continuidad asistencial
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes VIH interrogados sobre el consumo de cocaína y opiáceos en los 3 últimos meses}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes VIH en seguimiento regular}} \times 100$
Población	Todas las personas que viven con VIH en seguimiento regular durante el periodo evaluado. Criterio de exclusión: pacientes que tienen tratamiento con opiáceos prescritos.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	90%
Comentarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bassey RB, Chapman SN, Pessu M, et al. Is the History of substance abuse correlated with neuropsychiatric disorders and co-morbid HIV infection? An Urban Population Study. <i>J Neurol Neurosci</i> 2018; 9 pii:251. 2. Rosen MI, Black AC, Arnsten JH, et al. Association between use of specific drugs and antiretroviral adherence: findings from MACH 14. <i>AIDS Behav</i> 2013; 17:142-147. 3. Mimiaga MJ, Reisner SL, Grasso C, et al. Substance use among HIV-infected patients engaged in primary care in the United States: findings from the Centers for AIDS Research Network of Integrated Clinical Systems cohort. <i>Am J Public Health</i> 2013; 103:1457-1467.

Indicador n.º 24. CRIBADO DE SÍFILIS

Justificación	<p>Las ITS son uno de los problemas más frecuentes y universales de la salud pública. Si no se diagnostican a tiempo y se tratan de forma correcta, se transmiten con facilidad y son una fuente significativa de morbilidad. Desde principios de los años 2000 la incidencia de las ITS no ha dejado de crecer en nuestro país.</p> <p>Las guías recomiendan la realización de la serología de sífilis al inicio de la evaluación de los pacientes, y en población con relaciones sexuales no protegidas, está indicada la realización de serología de lúes, al menos cada año (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Seguridad, continuidad de la atención
Fórmula	Todos los pacientes en seguimiento regular con transmisión sexual del VIH y prueba anual de cribado de sífilis realizada x100/ Número total de pacientes en seguimiento regular y con transmisión sexual del VIH.
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cribado de sífilis: realización de una serología que incluya una prueba treponémica y una no treponémica frente a sífilis, de forma anual en población VIH sexualmente activa. ■ Prueba no treponémica: determinan semicuantitativamente (título) la presencia de anticuerpos frente a antígenos no específicos de treponema (RPR y VDRL). ■ Prueba treponémica: determinación serológica específica para el diagnóstico de sífilis como TPHA, FTA, inmunoblot, EIA y quimioluminiscencia (CLIA).
Población	<p>Todas las personas que viven con VIH, en seguimiento regular con transmisión sexual del VIH durante el período evaluado.</p> <p>Criterio de exclusión: pacientes con menos de 1 año de seguimiento y serología luética realizada en ese tiempo</p>
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	85%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Mayo 2017. http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Vigilancia ITS_1995_2015_def.pdf 2. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. Division of STD Prevention. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. September 2018. https://www.cdc.gov/std/stats17/2017-STD-Surveillance-Report_CDC-clearance-9.10.18.pdf. 3. Documento de Consenso Sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes. Grupo de Expertos del Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), Secretaria del Plan Nacional Sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). 2017. https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf. 4. Galán Montemayor JC, Lepe Jiménez JA, Otero Guerra L, et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2019. 24a. Vázquez Valdés F (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2019

Indicador n.º 25. CRIBADO DE ITS, EXCLUYENDO SÍFILIS, EN POBLACIÓN HSH

Justificación	<p>La ITS son uno de los problemas más frecuentes y universales de la salud pública. Si no se diagnostican a tiempo y se tratan de forma correcta, se transmiten con facilidad y son una fuente significativa de morbilidad. Desde principios de los años 2000 la incidencia de las ITS no ha dejado de crecer en nuestro país, con la amenaza añadida y reciente de la aparición de cepas multirresistentes.</p> <p>Concretamente, en el colectivo de HSH, la incidencia de ITS es mucho mayor que en hombres y mujeres que tienen sexo con mujeres. Además, hay infecciones como el VHC que se transmiten como una ITS casi de forma exclusiva en este colectivo. Por estos motivos, los HSH son un grupo donde la monitorización de las ITS cobra especial importancia (recomendación nivel: C).</p>
Dimensión	Seguridad, efectividad, continuidad de la atención
Fórmula	Número de pacientes HSH cribados anualmente de ITS (excluyendo sífilis) x100 / Número de pacientes HSH en seguimiento regular.
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para cumplir el indicador se deben incluir en el cribado N. gonorrhoeae, C. trachomatis y VHC.
Población	Todos los pacientes HSH en seguimiento regular durante el periodo evaluado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	80%
Comentario	Existe un indicador específico para sífilis
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Mayo 2017. http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Vigilancia ITS 1995 2015 def.pdf 1. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. Division of STD Prevention. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. September 2018. https://www.cdc.gov/std/stats17/2017-STD-Surveillance-Report_CDC-clearance-9.10.18.pdf. 1. Documento de Consenso Sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes. Grupo de Expertos del Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), Secretaria del Plan Nacional Sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Marzo de 2017. https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf.

Indicador n.º 26. CRIBADO DE CANCER ANAL EN HSH

Justificación	<p>El virus del papiloma humano (VPH) es el responsable de más del 90% de los casos de cáncer de canal anal (CCA). En los últimos años se objetiva un aumento de la incidencia de CCA, fundamentalmente en grupos de riesgo como son los HSH, inmunodeprimidos y, en especial, en pacientes infectados por VIH. Actualmente el CCA se considera uno de los principales tumores no defintorios de sida (TNDS), con incidencia creciente, según diversas cohortes de HSH-VIH+, de 55 a 144 casos /100.000 pacientes año.</p> <p>El cribado de carcinoma anal en PVVIH tiene una buena relación coste-beneficio (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Continuidad asistencial, seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes HSH que tienen realizado el cribado de carcinoma anal anual}}{\text{Nº total de varones HSH con VIH}}$
Explicación de términos	Cribado de Carcinoma anal: realización de tacto rectal y examen visual perianal.
Población	HSH con infección por VIH en seguimiento regular
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	80%.
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Silverberg MJ, Lau B, Justice AC, et al. Risk of anal cancer in HIV-infected and HIV-uninfected individuals in North America. Clin Infect Dis 2012; 54:1026-1034. 2. Burgos J, Curran A, Tallada N, et al. Risk of progression to high-grade anal intraepithelial neoplasia in HIV-infected MSM. AIDS 2015; 29:695-702. 3. Ong JJ, Walker S, Grulich A, et al. Incorporating digital anorectal examinations for anal cancer screening into routine HIV care for men who have sex with men living with HIV: a prospective cohort study. J Int AIDS Soc 2018; 21:e25192. 4. Executive summary of the GeSIDA consensus document on control and monitoring of HIV-infected patients. Enferm Infecc Microbiol Clin 2019; 37:467-475. 5. CDC: Sexually transmitted diseases guidelines 2015. https://www.cdc.gov/std/tg2015/default .htm

Indicador n.º 27. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA (ILT)

Justificación	Los pacientes con VIH infectados por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> tienen un riesgo elevado de desarrollar enfermedad tuberculosa. Este riesgo es particularmente elevado en pacientes infectados recientemente por <i>M. tuberculosis</i> . En ellos la quimioprofilaxis ha demostrado su efectividad (recomendación nivel: A).
Dimensión	Seguridad, continuidad de la atención
Fórmula	$\text{Número de pacientes con ILT a los que se ha instaurado quimioprofilaxis} \times 100 / \text{número de pacientes con ILT}$
Explicación de términos	<p>Quimioprofilaxis. Instauración de una de las pautas aceptadas en las guías de práctica clínica.</p> <p>Infección latente tuberculosa: Pacientes con Mantoux de al menos 5 mm de induración o una prueba estandarizada de determinación de gama interferón positiva.</p>
Población	<p>Todos los pacientes con ILT en los que se ha descartado enfermedad activa durante el periodo evaluado.</p> <p>Se considera descartada la enfermedad tuberculosa activa si se ha realizado, al menos, una radiografía de tórax y una evaluación clínica con resultados negativos.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Contacto con pacientes con tuberculosis resistente a isoniacida ya que las pautas de profilaxis no están estandarizadas ■ Profilaxis previa
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Comentarios	Los pacientes con contacto reciente con un caso de tuberculosis activa también deben recibir profilaxis, pero es más difícil de cuantificar el número real de pacientes expuestos. Como esta circunstancia representa una pequeña fracción de los pacientes en riesgo, se medirá en el indicador solo los pacientes con Mantoux o prueba de gama interferón positivos.
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Panel de expertos de GESIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Prevención de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH (actualización de mayo de 2015). http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-InfeccionesOportunistasyCoinfeccionesVIH.pdf. 2. Treatment of LTBI and TB for Persons with HIV. https://www.cdc.gov/tb/topic/treatment/tbhiv.htm 3. Woldehanna S, Volmink J. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. Cochrane Database Syst Rev 2004; 1:CD000171

Indicador n.º 28. EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN EL PACIENTE MAYOR DE 60 AÑOS

Justificación	<p>En un contexto de un profundo envejecimiento (acelerado y/o acentuado) de las personas infectadas por VIH, nuestros pacientes deberán enfrentarse cada vez más a situaciones de enfermedad, falta de autonomía o dependencia prolongada en el tiempo para desarrollar tareas de la vida diaria.</p> <p>La fragilidad, expresión fenotípica de un declive progresivo de funciones fisiológicas en múltiples sistemas corporales, se define como un estado de mayor vulnerabilidad al estrés que conlleva un aumento del riesgo de dependencia, deterioro funcional, hospitalización y muerte.</p> <p>No existe una definición universal para la fragilidad, pero este deterioro crónico se basa en dos modelos conceptuales: un modelo fenotípico (síndrome de fragilidad) y un modelo de déficit acumulado (índice de fragilidad).</p> <p>La importancia de identificar a un paciente frágil radica en la posibilidad de instaurar medidas de prevención que reduzcan o reviertan ese deterioro, mejorando así su morbi-mortalidad a corto y medio plazo (recomendación nivel: C).</p>
Dimensión	Continuidad de la atención
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes } >60 \text{ años en los que se evalúa la fragilidad de forma periódica} \times 100}{\text{Número de pacientes } >60 \text{ años en seguimiento regular}}$
Explicación de términos	<p>Constancia en la documentación clínica del resultado obtenido con cualquiera de las siguientes escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Síndrome de fragilidad de Fried ■ Índice de fragilidad de Rockwood ■ Velocidad de la marcha <p>Periodicidad: cada 2 años.</p>
Población	Todos los pacientes >60 años en seguimiento regular.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	80%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. El libro blanco de la fragilidad. Disponible en: http://www.semeg.es/uploads/archivos/LI-BRO-BLANCO-SOBRE-FRAGILIDAD.pdf 2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56:M146-56. 3. Jones DM, Song X, Rockwood K. Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment. J Am Geriatr Soc 2004; 52:1929-1933. 4. Escota GV, Patel P, Brooks JT, et al. The Veterans Aging Cohort Study Index is an effective tool to assess baseline frailty status in a contemporary cohort of HIV-infected persons. AIDS Res Hum Retroviruses 2015; 31:313-317. 5. Cesari M, Kritchevsky SB, Penninx BW, et al. Prognostic value of usual gait speed in well-functioning older people--results from the Health, Aging and Body Composition Study. J Am Geriatr Soc 2005; 53:1675-1680.

Indicador n.º 29. CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 60 AÑOS

Justificación	<p>La elevada prevalencia de comorbilidades en las personas infectadas por VIH lleva aparejado el uso de un mayor número de fármacos no antirretrovirales. Este incremento del número de fármacos ha dado lugar a la polifarmacia (≥ 6 fármacos). A pesar de que la polifarmacia puede estar justificada, su uso se asocia con un potencial riesgo de interacciones medicamentosas y de acontecimientos adversos, de falta de adherencia al tratamiento, de un mayor riesgo de hospitalizaciones, de caídas, y de muerte.</p> <p>El objetivo del proceso de conciliación de la medicación es garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios, asegurándose de que están prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correctas, y que son adecuados a la situación del paciente y a la nueva prescripción realizada (recomendación nivel: B).</p> <p>En estos pacientes se debe revisar la medicación al menos cada 12 meses, y siempre que se prescriba un nuevo tratamiento (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Seguridad, efectividad, continuidad de la atención
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes } >60 \text{ años polimedidados con conciliación terapéutica periódica}}{\text{Número de pacientes } >60 \text{ años polimedidados}} \times 100$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Polimedidado: toma de ≥ 6 medicamentos simultáneamente (1). ■ Conciliación: revisión y actualización de la lista de medicación activa prescrita.
Población	Todos los pacientes >60 años polimedidados en seguimiento regular.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	90%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deprescripción farmacológica de la terapia no antirretroviral en pacientes con infección por VIH. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/03/15_DESPRESCRIPCION_FARMACOLOGICA_TERAPIA_NO_ANTIRRETROVIRAL_EN_PACIENTES_CON_INFECCION_POR_VIH.pdf 2. Delgado Sánchez O, Anoz Jiménez L, Serrano Fabiá A, et al. Conciliación de la medicación. Med Clin (Barc) 2007; 129:343-348. <p>1. Documento de consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación. Disponible en: http://seguimiento://www.sefh.es/bibliotecavirtual/conciliacion/Libro_consenso_terminologia_conciliacion.pdf</p>

Indicador n.º 30. PÉRDIDAS DE SEGUIMIENTO

Justificación	Las pérdidas por causas no justificadas de pacientes que están en seguimiento regular supone un mayor riesgo de mortalidad, hospitalización, infecciones oportunistas y transmisión de la infección. Las pérdidas de seguimiento son uno de los puntos críticos para alcanzar el objetivo de la OMS 95-95-95. La desvinculación del paciente depende tanto del propio paciente como de la atención que recibe y del sistema de gestión del programa.
Dimensión	Continuidad de la atención, accesibilidad
Fórmula	$\text{Número de pacientes VIH perdidos en seguimiento regular en los últimos 12 meses} \times 100 / \text{número de pacientes VIH en seguimiento regular}$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pérdidas en seguimiento: Pacientes sin registro de visitas en consulta en los 12 meses previos a la fecha de evaluación.
Población	<p>Todas las personas que viven con VIH en seguimiento regular en el centro durante el período evaluado.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fallecimiento ■ Sujetos trasladados a otra consulta VIH ■ Cambio de centro hospitalario ■ Ingreso en centro penitenciario
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Servicio de admisiones, Documentación clínica
Estándar	$\leq 5\%$
Comentarios	Se ha elegido el periodo de 12 meses porque equivale a ≥ 2 visitas consecutivas no realizadas y por tanto a 12 meses sin datos del paciente.
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaggy C, Von Overbeck J, Ledergerber B, et al. Mortality in the Swiss HIV Cohort Study (SHCS) and the Swiss general population. <i>Lancet</i> 2003; 362:877-8. 2. Lanoy E, Lewden C, Lièvre L, et al. How does loss to follow-up influence cohort findings on HIV infection? A joint analysis of the French hospital database on HIV, Mortalité 2000 survey and death certificates. <i>HIV Med</i> 2009; 10:236-45. 3. Mugavero MJ, Lin HY, Willig JH, et al. Missed visits and mortality among patients establishing initial outpatient HIV treatment. <i>Clin Infect Dis</i> 2009; 48:248-56. 4. Kariminia A, Law M, Davies MA, et al. Mortality and losses to follow-up among adolescents living with HIV in the IeDEA global cohort collaboration. <i>J Int AIDS Soc</i> 2018; 21:e25215. 5. Jose S, Delpech V, Howarth A, et al. A continuum of HIV care describing mortality and loss to follow-up: a longitudinal cohort study. <i>Lancet HIV</i> 2018; 5:e301-e308.

Indicador n.º 31. CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES

Justificación	La atención centrada en el paciente es fundamental a la hora de establecer una atención sanitaria de calidad. En este sentido, es primordial disponer de datos que nos permitan evaluar la calidad asistencial percibida por el paciente, con el objetivo de llevar a cabo las diferentes estrategias de gestión clínica necesarias que garanticen una asistencia clínica que se acerque a las expectativas de los pacientes.
Dimensión	Satisfacción
Fórmula	Realización periódica (cada 2 años) de un estudio de opinión o encuesta de satisfacción de los pacientes.
Explicación de términos	<p>Estudio de opinión: Realizado con un cuestionario (o grupos focales, entrevistas semiestructuradas, etc.) específico para pacientes de la consulta de VIH o en su defecto con la encuesta general del hospital. El cuestionario debe contemplar, como mínimo, aspectos relacionados con: información al paciente y familiares, trato personal, apoyo psicosocial, confort, confidencialidad y accesibilidad.</p> <p>El estudio debe incorporar un análisis de resultados.</p>
Población	Todos los pacientes en seguimiento regular durante el período evaluado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Servicio de Atención al usuario Dirección del hospital
Estándar	Un estudio de opinión cada 2 años
Comentarios	Los estudios de satisfacción se suelen realizar en una muestra de pacientes; deben cumplir condiciones de representatividad y potencia para poder inferir los resultados a la población de estudio (pacientes en seguimiento).
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. Rev Calidad Asistencial 2003; 18:580-590.

Indicador n.º 32. ADECUACIÓN DE LAS PAUTAS INICIALES DE TAR A LAS GUÍAS ESPAÑOLAS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (GESIDA/Plan Nacional del Sida)

Justificación	Las pautas iniciales del TAR cambian con rapidez. Las pautas recomendadas por las guías de GeSIDA se basan en datos confirmados en ensayos clínicos bien diseñados y consisten en la combinación de dos o tres fármacos. Con la adecuación a estas pautas se puede lograr en la mayoría de los pacientes una carga viral plasmática <50 copias/ml a las 48 semanas de tratamiento (recomendación nivel: A).
Dimensión	Efectividad
Fórmula	$\text{Número de pacientes que inician TAR con alguna de las pautas de elección de GESIDA} \times 100 / \text{número de pacientes que inician TAR}$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inicio del TAR: Pacientes a los que se prescribe su primer TAR. ■ Pautas de GESIDA: Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida vigentes en el momento de realizar la evaluación, tanto preferentes como alternativas.
Población	Todos los pacientes VIH que inician su primer TAR durante el período evaluado Criterio de exclusión: pacientes en ensayo clínico
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf Actualizaciones anuales de las guías de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida

Indicador n.º 33. INICIO DEL TAR TRAS LA PRIMERA VISITA

Justificación	<p>El TAR debe iniciarse en todos los pacientes con infección por VIH-1, con o sin sintomatología, y con independencia del número de linfocitos CD4+. Los principales motivos para iniciar el TAR de forma precoz son los beneficios a nivel individual (reducción de la morbi-mortalidad asociadas al VIH, recuperación y preservación de la función inmunológica, evitar el efecto nocivo de la replicación del VIH-1 sobre posibles comorbilidades) y los beneficios a nivel colectivo (prevención de la transmisión del VIH) (recomendación nivel: B).</p> <p>Se han desarrollado cascadas de cuidados recibidos por las personas que viven con el VIH utilizando cortes de prevalencia de población para estimar el porcentaje de pacientes diagnosticados, seguidos y tratados con buen control virológico. Sin embargo, los indicadores o porcentajes obtenidos son poco sensibles a los cambios en el tiempo.</p> <p>Se ha propuesto un nuevo indicador, de fácil cumplimentación y más sensible a los cambios en un periodo de tiempo: el tiempo entre el diagnóstico de infección por VIH y el inicio del TAR (recomendación nivel: C).</p>
Dimensión	Efectividad, accesibilidad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes naive que inician TAR en un intervalo inferior a 30 días desde la primera visita}}{\text{Nº de pacientes naive que inician TAR}} \times 100$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Primera visita: se refiere a la primera realizada en atención especializada. ■ Fecha de inicio del TAR: Fecha en que se prescribe el TAR al citado paciente.
Población	Todos los pacientes sin TAR previo (naive) en un periodo de tiempo.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	90%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf 2. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. N Engl J Med 2016; 375: 830-833. 3. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, et al. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. Clin Infect Dis 2011; 52: 793-800. 4. Medland NA, Chow EP, Mc Mahon JH, et al. Time from HIV diagnosis to commencement of antiretroviral therapy as an indicator to supplement the HIV cascade: Dramatic fall from 2011 to 2015. Plos One 2017; 12:e0177634. 5. Brazier E, Maruri F, Duda SN, et al. Implementation of “Treat-all” at Adult HIV Care and Treatment Sites in the Global IeDEA Consortium: Results From the Site Assessment Survey. J Int AIDS Soc 2019; 22: e25331.

Indicador n.º 34. PRIMERA VISITA TRAS INSTAURACIÓN DEL TAR

Justificación	La primera visita tras el inicio del TAR se debe realizar de forma precoz (4 - 8 semanas después). En esta primera consulta es muy importante valorar, entre otras, la adherencia, la toxicidad del TAR, y la respuesta virológica al tratamiento (recomendación nivel: C).
Dimensión	Continuidad de la atención, accesibilidad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que inician TAR y acuden a una primera visita programada tras el inicio del TAR} \times 100}{\text{Nº de pacientes que inician TAR}}$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Primera visita tras el inicio del TAR: La que se realiza de forma programada a las 4 - 8 semanas del inicio del TAR
Población	Todos los pacientes infectados por el VIH que inician TAR durante el periodo evaluado
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica
Estándar	90%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bonner K, Mezochow A, Roberts T, et al. Viral load monitoring as a tool to reinforce adherence: a systematic review. J Acquir Immune Defic Syndr 2013; 64:74-78. 2. Documento de consenso de Gesida sobre control y monitorización de la infección VIH. http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/02/gesida_DC_Control_Monitorizacion_VIH.pdf 3. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020]. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf

Indicador n.º 35. CARGA VIRAL INDETECTABLE (<50 COPIAS/ML) EN LA SEMANA 48 DE TRATAMIENTO

Justificación	<p>El recuento de linfocitos CD4 y de la CVP son los parámetros habituales que se emplean para monitorizar la eficacia del TAR.</p> <p>El objetivo del TAR es suprimir la replicación viral por debajo de 50 copias/mL, con lo que se evita la transmisión del VIH, se logra la recuperación inmunológica, y se previene la aparición de mutaciones de resistencia.</p> <p>La CVP desciende rápidamente al inicio del TAR. Aunque los pacientes con CVP muy elevadas pueden tardar más de 24 semanas en conseguir valores indetectables, la mayoría de las combinaciones de TAR logran CVP indetectables (< 50 cop/mL) en la semana 48 de tratamiento.</p> <p>La OMS ha propuesto que mantener al menos al 95% % de los pacientes que reciben TAR con CVP <50 es un objetivo fundamental para el logro del fin de la epidemia por VIH.</p>
Dimensión	Efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes que inician TAR y logran una CVP} < 50 \text{ copias/mL en la semana 48 de tratamiento} \times 100}{\text{número de pacientes que inician TAR}}$
Explicación de términos	CVP<50 copias/mL: si se dispone del dato en semana 48 se incluye ese dato, si no se dispone se arrastra el último resultado disponible
Población	Todas las personas que viven con VIH e inician TAR, con un mínimo de 48 semanas desde el inicio del tratamiento, independientemente de pérdidas de seguimiento o fallecimiento.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	90%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf 2. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. UNAIDS / JC2684 (English original, October 2014). Accesible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf

Indicador n.º 36. TRATAMIENTO CON ABACAVIR (ABC) SIN HLA-B*5701 PREVIO

Justificación	<p>Estudios farmacogenéticos han identificado que la reacción de hipersensibilidad al ABC ocurre en las personas portadoras del alelo HLA-B*5701. En el momento actual, antes de iniciar el tratamiento con ABC, se debe realizar esta genotipificación y si fuera positiva el uso de ABC estaría contraindicado (recomendación nivel: A).</p> <p>La reacción de hipersensibilidad a ABC es un síndrome multiorgánico que se manifiesta con una combinación variable de síntomas entre los que se incluyen: fiebre, mialgias, síntomas respiratorios, gastrointestinales, y un exantema de intensidad creciente. Este cuadro clínico puede llegar a ser mortal en el caso de continuar con el tratamiento o reintroducirlo.</p>
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\text{Número de pacientes que inician tratamiento con ABC sin análisis previo del alelo HLA-B*5701} \times 100 / \text{número de pacientes que inician tratamiento con ABC}$
Población	<p>Todas las personas que viven con VIH que inician tratamiento con ABC durante el período evaluado.</p> <p>Criterio de exclusión: pacientes que hayan tomado ABC previamente.</p>
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	0%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mallal S, Phillips E, Carosi G, et al. HLA- B*5701 screening for hypersensitivity to abacavir. N Engl J Med 2008; 358:568-79. 2. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el SIDA. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf 3. DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Disponible en: https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/0

Indicador n.º 37. CAMBIOS DE TRATAMIENTO DURANTE EL PRIMER AÑO

Justificación	<p>De forma ideal, el primer régimen de TAR debería durar años, ya que los cambios de pauta de TAR pueden tener un impacto negativo en la adherencia al tratamiento y en la eficacia virológica.</p> <p>Las nuevas pautas de TAR, de posología más cómoda y sin restricciones dietéticas, han mejorado en eficacia y tolerancia.</p> <p>A pesar de ello, los cambios de TAR durante el primer año son frecuentes, siendo las principales causas la intolerancia, las interacciones farmacológicas, la aparición de nuevas comorbilidades, los requerimientos dietéticos, el deseo del paciente, decisiones no especificadas del médico, los costes del tratamiento y, en menos del 10%, el fracaso virológico.</p> <p>Las pautas de simplificación con carga viral suprimida, mantienen su eficacia por lo que no se considera que tenga consecuencias negativas.</p>
Dimensión	Efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes que cambian alguno de los fármacos del TAR en los 12 meses posteriores al inicio} \times 100}{\text{número de pacientes que inician TAR}}$
Explicación de términos	Cambio de fármaco. Sustitución de uno o más de los antirretrovirales de la pauta inicial, no considerándose cambio las modificaciones en la galénica de los fármacos.
Población	<p>Todos los pacientes que inician TAR en el período evaluado</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pacientes perdidos durante el primer año de TAR ■ Pacientes que iniciaron TAR en otros centros ■ Pacientes incluidos en ensayo clínico ■ Embarazadas
Tipo	Resultado
Fuente de datos	<p>Documentación clínica</p> <p>Servicios de farmacia hospitalaria</p>
Estándar	30%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el SIDA. Documento de Consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf 2. Di Biagio A, Cozzi-Lepri A, Prinapori R, et al. Discontinuation of Initial Antiretroviral Therapy in Clinical Practice: Moving Toward Individualized Therapy. J Acquir Immune Defic Syndr 2016; 71:263-271. 3. Jarrin I, Suarez-Garcia I, Moreno C, et al. Durability of first-line antiretroviral regimens in the era of integrase inhibitors: a cohort of HIV-positive individuals in Spain, 2014-2015. Antivir Ther 2019; 24: 167-175. 4. O'Connor J, Smith C, Lampe FC, et al. Durability of viral suppression with first-line antiretroviral therapy in patients with HIV in the UK: an observational cohort study. Lancet HIV 2017; 4: e295-e302.

Indicador n.º 38. VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Justificación	<p>El cumplimiento terapéutico es una de las variables que mejor predice la respuesta virológica. Aunque las pautas actuales de TAR tienen una farmacocinética muy favorable, y un amplio margen de perdón a la pérdida de tomas, la falta de adherencia aumenta el riesgo de fracaso virológico, de aparición de resistencias, y de morbimortalidad asociada a la infección por VIH (recomendación nivel: A).</p> <p>Durante el TAR es imprescindible evaluar, de forma periódica, su adherencia. La valoración de la adherencia supone estimar la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, de cara a garantizar un cumplimiento riguroso.</p> <p>Siempre que se pueda se evitarán las valoraciones subjetivas por el riesgo de sobrestimación (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Continuidad de la atención, efectividad
Fórmula	Número de pacientes con valoración de la adherencia al TAR en cada visita programada x 100 / número de pacientes en TAR
Explicación de términos	<p>Valoración de la adherencia. Se puede llevar a cabo por cualquiera de estos métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Indirectos, como los sistemas de control electrónico o los cuestionarios estructurados validados (recomendación nivel: A) ■ Recuento de medicación o valoración directa y subjetiva por parte del profesional sanitario (recomendación nivel: B) ■ Registro farmacéutico, en el que consten: a) las no asistencias y b) el número de dosis devueltas
Población	Todos los pacientes en seguimiento por el VIH en TAR durante el periodo evaluado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Executive summary of the GeSIDA consensus document on control and monitoring of HIV-infected patients. <i>Enferm Infecc Microbiol Clin</i> 2019; 37:467-475. 2. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el SIDA. Documento de Consenso de Gesida/ Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [actualización 2020. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf 3. Knobel H, Escobar I, Polo R, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (2008). http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/Gesida_dcycr2008_adherenciaTAR.pdf 4. Viciano P, Rubio R, Ribera E, et al. Estudio longitudinal de adherencia, satisfacción y efectividad del tratamiento antirretroviral administrado una vez al día frente a dos veces al día en una cohorte española de infectados por el VIH (estudio CUVA: cualquiera una vez al día). <i>Enferm infecc Microbiol Clin</i> 2008; 26:127-134. 5. Bock P, James A, Nikuze A et al. Baseline CD4 count and adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> 2016; 73:514-521. 6. Been SK, Yildiz E, Nieuwkerk PT et al. Self-reported adherence and pharmacy refill adherence are both predictive for an undetectable viral load among HIV- infected migrants receiving cART. <i>PLoS One</i> 2017; 12:e0186912.

Indicador n.º 39. TAR EN LA GESTANTE INFECTADA POR EL VIH (Indicador centinela)

Justificación	La infección por VIH tiene una gran repercusión sobre la reproducción desde el momento de la concepción por el riesgo de transmisión sexual, la posible infección del niño, y la necesidad de TAR. En las embarazadas el TAR es importante, tanto para la salud de la mujer como para evitar la transmisión vertical (recomendación nivel: A). En una gestante sin TAR previo, su inicio se realizará lo más precozmente posible (recomendación nivel: A).
Dimensión	Seguridad, continuidad de la atención
Fórmula	Número de pacientes embarazadas con VIH con TAR a partir de la semana 14 \times 100 / número de pacientes embarazadas con VIH
Explicación de términos	TAR en el embarazo: Se refiere tanto al inicio como al mantenimiento (en las que ya lo estaban tomando), con independencia de los parámetros virológicos, inmunológicos o clínicos
Población	Todas las mujeres gestantes infectadas por el VIH durante el período evaluado. Criterio de exclusión: negativa al tratamiento.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	100%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)/Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Marzo 2018. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/05/gesida_VIH_embarazo.pdf (acceso junio 2019) 2. EACS European AIDS Clinical Society. EACS Guidelines 2019. Accesible en: https://www.eacsociety.org/files/2019_guidelines-10.0_final.pdf 3. Fowler MG, Qin M, Fiscus SA, et al. Benefits and Risks of Antiretroviral Therapy for Perinatal HIV Prevention. N Engl J Med 2016; 375:1726-1737.

Indicador n.º 40. INCIDENCIA DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL (Indicador centinela)

Justificación	La prevención de la transmisión vertical debe ser el objetivo prioritario ante una mujer con infección por VIH con deseo de gestación o embarazada (recomendación nivel: A). El manejo clínico durante el embarazo permite reducir la tasa de transmisión vertical a menos del 3%.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de hijos nacidos infectados por el VIH de madres infectadas por el VIH} \times 100}{\text{número de hijos nacidos de madres infectadas por el VIH}}$
Población	Todos los niños nacidos de mujeres infectadas por el VIH durante el periodo evaluado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	0%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none">1. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de SIDA (GeSIDA), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Marzo 2018. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/05/gesida_VIH_embarazo.pdf

Indicador n.º41. CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX

Justificación	Las mujeres con infección por VIH tienen tasas significativamente más altas de cáncer cervical que las de la población general. El virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo para el desarrollo de neoplasia intraepitelial invasiva (CIN). En la mujer VIH el cribado debe comenzar antes debido a que las adolescentes VIH sexualmente activas tienen una alta tasa de progresión de citología anormal, un mayor riesgo de infección por VPH, y mayores tasas de persistencia por VPH de alto riesgo. Se recomienda comenzar el cribado dentro del primer año de inicio de la actividad sexual y nunca después de los 21 años (recomendación nivel: B).
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ mujeres VIH en seguimiento regular a las que se realiza el cribado de carcinoma de cérvix}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres VIH en seguimiento regular}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Métodos de cribado:</p> <p>a) <30 años solo citología. Si la citología inicial es normal repetir al año. Tras 3 citologías consecutivas anuales normales pasar a repetir cada 3 años.</p> <p>b) >30 años citología solo o co-test (prueba VPH y citología). Tras 3 citologías consecutivas anuales normales pasar a repetir cada 3 años. Si el co-test es negativo repetir cribado cada 3 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ No se debe suspender el cribado a los 65 años. ■ Si CD4+<200 células/mL: citología anual.
Población	Todas las mujeres VIH seguidas regularmente en consultas durante el periodo evaluado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	80%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Grupo de expertos para el estudio de Sida de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la investigación de las enfermedades de transmisión sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). (Marzo 2017). Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/05/gesida-guiasclinicas-ITS-201703.pdf 2. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Last Updated: May 29, 2018. Disponible en: https://aidsinfo.nih.gov/guidelines

Indicador n.º 42. CRIBADO DE CANCER ANAL EN MUJERES

Justificación	<p>En los últimos años se ha objetivado un aumento de la incidencia de cáncer de canal anal (CCA), siendo el virus del papiloma humano (VPH) el responsable de más del 90% de ellos. En mujeres con infección VIH, la prevalencia varía de un 40%-60%. Las mujeres con displasia cervical tienen un riesgo aumentado de CCA.</p> <p>Se recomienda realizar cribado de carcinoma anal a las mujeres con displasia de cérvix (recomendación nivel: C).</p>
Dimensión	Continuidad asistencial, seguridad
Fórmula	Nº de mujeres con patología cervical previa que tienen realizado el cribado de carcinoma anal en el año previo/ Nº de mujeres infectadas por VIH con patología cérvix previa.
Explicación de términos	<p>Cribado de Carcinoma anal: realización de tacto rectal y examen visual perianal.</p> <p>Patología de cérvix: displasia cervical severa, cáncer de cérvix o neoplasia intravulvar (VIN).</p>
Población	Mujeres infectadas por VIH con patología cervical previa
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	80%.
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Silverberg MJ, Lau B, Justice AC, et al. Risk of anal cancer in HIV-infected and HIV-uninfected individuals in North America. Clin Infect Dis 2012; 54:1026-34. 2. Ong JJ, Walker S, Grulich A, et al. Incorporating digital anorectal examinations for anal cancer screening into routine HIV care for men who have sex with men living with HIV: a prospective cohort study. Journal of the International AIDS Society 2018; 21:e25192. 3. GESIDA. Documento de consenso de GESIDA sobre control y monitorización de la infección por el VIH. Accesible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/02/gesida_DC_Control_Monitorizacion_VIH.pdf 4. CDC: Sexually transmitted diseases guidelines 2015. https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm 5. Palefsky JM. Human papillomavirus-associated anal and cervical cancers in HIV-infected individuals: incidence and prevention in the antiretroviral therapy era. Curr Opin HIV AIDS 2017; 12:26-30.

Indicador n.º 43. EVALUACIÓN POR ESCALAS DE CHILD Y/O MELD EN PACIENTES CIRRÓTICOS

Justificación	<p>En los pacientes con cirrosis, la evaluación del funcionalismo hepático por la escala de Child-Pugh tiene correlación con la supervivencia a corto-medio plazo. También se ha utilizado la escala MELD (model for end-stage liver disease), con valor pronóstico; este último tiene mayor valor para la inclusión en lista de trasplante.</p> <p>En las PVVIH con cirrosis la clínica de descompensación, la progresión a estadio B de Child o una puntuación >17 en la escala MELD deben ser detectadas lo antes posible, ya que la prioridad sería la evaluación para trasplante. Por ello se recomienda, que en los pacientes cirróticos, independientemente de que sigan infectados o no por virus hepatotropos, en cada visita se calcule la puntuación MELD o la escala de Child (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Adecuación, continuidad de la atención
Fórmula	Número de pacientes con cirrosis y evaluación por la escala Child o MELD en el último año × 100 / número de pacientes con cirrosis en seguimiento regular
Explicación de términos	<p>Cirrosis, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ F4 de la escala metavir en la biopsia hepática ■ Fibroscan con valores >14 KPa ■ APRI con una puntuación >2 ■ FIB4 >3,25 ■ Pacientes con descompensación hepática previa: encefalopatía hepática, descompensación ictero-ascítica, hemorragia digestiva alta por varices esofágicas o síndrome hepatorenal.
Población	Todos los pacientes con hepatopatía crónica de cualquier etiología y cirrosis durante el período evaluado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	100%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guías AEEH/SEIMC de manejo de la Hepatitis C. Marzo 2017. https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/guiasclinicas/seimc-clinicasclinicas-2016-Manejo_HepatitisC.pdf 2. Murillas J, Rimola A, Laguno M, et al. The model for end-stage liver disease score is the best prognostic factor in human immunodeficiency virus 1-infected patients with end-stage liver disease: a prospective cohort study. <i>Liver Transpl</i> 2009; 15:1133-1141. 3. Documento de consenso GESIDA/GESITRA-SEIMC, SPNS y ONT sobre trasplante de órgano sólido en pacientes infectados por el VIH en España. <i>Enferm Infecc Microbiol Clin</i> 2005; 23:353-362.

Indicador n.º 44. TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA HEPATITIS CRÓNICA POR VHC

Justificación	<p>La eliminación del VHC con el tratamiento específico se acompaña de una mejoría en la histología hepática, un aumento de la supervivencia, una disminución de las complicaciones de causa hepática, y de un menor porcentaje de toxicidad por fármacos, incluyendo los antirretrovirales (recomendación nivel: A).</p> <p>Con la disponibilidad de antivirales de acción directa en pautas breves y bien toleradas, prácticamente todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad activa deberían de ser tratados. En este sentido la OMS ha enunciado que, para acabar con la epidemia en el 2030, debería diagnosticarse el 90% de los infectados y tratar al 80%.</p>
Dimensión	Efectividad
Fórmula	$\text{Número de pacientes coinfectados por VHC y que reciben o han recibido tratamiento frente a VHC} \times 100 / \text{número de pacientes coinfectados por VHC}$
Explicación de términos	<p>Tratamiento frente a VHC: Tratamiento que incluye cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pautas basadas en interferones pegilados ■ Cualquier combinación que incluya antivirales de acción directa frente al VHC <p>Pacientes coinfectados por VHC: PVVIH con replicación activa (PCR-VHC detectable)</p>
Población	<p>Todos los pacientes coinfectados con hepatitis C crónica incluidos en la cohorte histórica, con seguimiento regular en la actualidad.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pacientes con cirrosis descompensada ■ Pacientes con contraindicaciones al tratamiento frente a VHC ■ Pacientes con curación espontánea del VHC ■ Pacientes con expectativa de vida menor a un año
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021 towards ending viral hepatitis. Accesible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf;jsessionid=C8CB8A3FF46CBDBC1316E32ACD5E-190B?sequence=1 2. Guías AEEH/SEIMC de manejo de la Hepatitis C. Marzo 2017. https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/guiasclinicas/seimc-clinicasclinicas-2016-Manejo_HepatitisC.pdf

Indicador n.º 45. PACIENTES CON HBSAG QUE RECIBEN TRATAMIENTO EFICAZ

Justificación	<p>La hepatitis B tiene una evolución más agresiva en los pacientes con VIH y se asocia a una mayor mortalidad.</p> <p>Varios fármacos antirretrovirales son también eficaces frente al virus de la hepatitis B (VHB), por lo que en general se aconseja abordar el tratamiento de ambas infecciones simultáneamente (recomendación nivel: B).</p> <p>La interrupción del tratamiento de la hepatitis B puede producir rebotes de actividad inflamatoria grave, por lo que, salvo clara justificación, debe evitarse (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Efectividad
Fórmula	$\text{Número de pacientes con tratamiento recomendado frente a VHB} \times 100 / \text{número de pacientes con HBsAg positivo en seguimiento regular}$
Explicación de términos	Tratamiento recomendado; tratamiento frente a VHB referido por las guías de práctica clínica vigentes.
Población	Todos los pacientes con HBsAg positivo en seguimiento regular durante el periodo evaluado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo de las hepatitis virales en pacientes infectados por el VIH. Guía de práctica clínica de GeSIDA. https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/gesida/dcientificos/documentos/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Manejo_Hepatitis_Virales.pdf (Acceso octubre de 2019)

Indicador n.º 46. CONTROL ECOGRÁFICO DE LA CIRROSIS

Justificación	<p>Las infecciones crónicas por hepatitis B y C son responsables de más del 80% de los casos de hepatocarcinoma. La mayoría de ellos se produce en los pacientes con cirrosis.</p> <p>La realización de ecografías periódicas cada 6 meses se ha asociado con mayor supervivencia y detección más precoz de hepatocarcinoma. (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Continuidad de la atención, seguridad
Fórmula	Número de pacientes en seguimiento regular con cirrosis a los que se ha realizado control ecográfico cada 6 meses \times 100 / número de pacientes con cirrosis en seguimiento regular
Explicación de términos	<p>Cirrosis, cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ F4 de la escala metavir en la biopsia hepática ■ Fibroscan con valores >14 KPa ■ APRI con una puntuación >2 ■ FIB4 >3,25 ■ Pacientes con descompensación hepática previa: encefalopatía hepática, descompensación ictero-ascítica, hemorragia digestiva alta por varices esofágicas o síndrome hepatorenal. <p>Se consideraría el indicador cumplido si se ha realizado la ecografía en un intervalo inferior a 7 meses respecto a la exploración previa.</p>
Población	Todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis durante el período evaluado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	85%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Singal AG, Pillai A, Tiro J. Early detection, curative treatment, and survival rates for hepatocellular carcinoma surveillance in patients with cirrhosis: a meta-analysis. PLoS Med 2014; 11:e1001624. 2. Galle PR, Forner A, Llovet JM, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol 2018; 69:182–236 3. Forner A, Reig M, Varela M, et al. Diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular. Actualización del documento de consenso de la AEEH, SEOM, SERAM, SERVEI y SETH. Med Clin 2016; 146:511.e1-511.e22

Indicador n.º 47. VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Justificación	<p>El aumento de la expectativa de vida de las PVVIH, entre otros factores, conlleva un aumento del riesgo cardiovascular (RCV). Por otra parte, el TAR produce un aumento de las alteraciones metabólicas (fundamentalmente del metabolismo lipídico e hidrocarbonado) que, a su vez, aumentan el RCV.</p> <p>Por ello es precisa una valoración periódica del RCV para indicar las medidas correctoras (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Efectividad, continuidad de la atención
Fórmula	Número de pacientes en seguimiento regular con valoración anual de RCV x100 / número de pacientes en seguimiento regular
Explicación de términos	Valoración de RCV. Evaluación realizada con cualquiera de las escalas validadas vigentes (p. ej., Framingham, Score, etc.).
Población	Todos los pacientes en seguimiento regular durante el período evaluado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	90%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupo de expertos del Grupo de Estudio sobre Alteraciones Metabólicas (GEAM), de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) y del Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA). Documento de Consenso sobre las Alteraciones Metabólicas y Riesgo Cardiovascular en pacientes con Infección por el VIH. Febrero 2017. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2017-Alteraciones_Metabolicas_y_RCV_VIH.pdf 2. Feinsein MJ, Hsue PY, Benfamin LA et al. Characteristics, Prevention, and Management of Cardiovascular Disease in People Living With HIV A Scientific Statement From the American Heart Association. <i>Circulation</i> 2019; 140:e98–e124. 3. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. <i>Clin Infect Dis</i> 2014;58: 1-10.

Indicador n.º 48. DETECCIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO

Justificación	<p>La presencia de síndrome metabólico es un predictor de desarrollo de enfermedad cardiovascular y de diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>En PVVIH se ha detectado en proporciones variables (8%-52%) según poblaciones.</p> <p>Es relevante su detección para el estudio y prevención de las comorbilidades (recomendación nivel C).</p>
Dimensión	Continuidad de la atención
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes en seguimiento regular con detección anual de síndrome metabólico}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes en seguimiento regular}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Detección de síndrome metabólico: registro documentado de presencia o ausencia del mismo.</p> <p>Síndrome metabólico (al menos 3 de los siguientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Circunferencia abdominal a la altura de cresta iliaca >94 cm en hombres, >80 cm en mujeres ■ Tensión arterial >130/85 mmHg o en tratamiento por hipertensión ■ Glucosa en ayunas >100 mg/dl o en tratamiento frente a la diabetes ■ Triglicéridos >150 mg/dL ■ Colesterol-HDL <40 mg/dL en hombres, <50 mg/dl en mujeres <p>Seguimiento regular: paciente con 2 o más visitas en el último año, con analítica que incluya carga viral separadas entre sí más de 3 meses.</p>
Población	Toda la población en seguimiento regular
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Registro clínico
Estándar	95%
Comentarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gami AS, Witt BJ, Howard DE, et al. Metabolic síndrome and risk of incident cardiovascular events and death: a systematic review and metaanalysis of longitudinal studies. J American Col Cardiol 2007; 49:403–414. 2. Nguyen KA, Peer N, Mills EJ, et al. A Meta Analysis of the Metabolic Syndrome Prevalence in the Global HIV-Infected Population. PLoS One 2016; 11:e0150970. 3. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Circulation 2005; 112:2735-2752. 4. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2016; 37:2315–2381.

Indicador n.º 49. EVALUACIÓN DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

Justificación	<p>El acúmulo de grasa en el tejido hepático es frecuente en la población infectada por VIH. No se dispone de datos precisos (13%-72%) ya que en general se trata de muestras seleccionadas con diversos criterios. En una minoría de los casos se acompaña de inflamación, fibrosis hepática y progresión a la cirrosis.</p> <p>Se ha asociado a la presencia de síndrome metabólico, obesidad o diabetes mellitus. En la actualidad representa una de las primeras causas de daño hepático severo y de inclusión en lista de trasplante hepático en la población general.</p> <p>En los pacientes con síndrome metabólico es más frecuente que se produzca daño hepático con una evolución más agresiva. Es relevante la detección de la esteatosis y la evaluación del daño hepático en los pacientes con síndrome metabólico para así poder modificar los factores que influyen en su historia natural (recomendación nivel: B).</p>
Dimensión	Continuidad de la atención
Fórmula	Pacientes con síndrome metabólico y evaluación de la esteatosis hepática en los 2 últimos años x100 / pacientes con síndrome metabólico en seguimiento regular
Explicación de términos	<p>La evaluación de la esteatosis hepática, se compone de dos pasos, la detección de esteatosis y la evaluación del daño hepático, en los dos últimos años:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Detección: realización de ecografía hepática, CAP o índices de detección de la esteatosis (HSI, TyG, FLI, VAI...) ■ Valoración del daño: fibroscan, biopsia hepática o evaluación por métodos bioquímicos (APRI, FIB-4) <p>Síndrome metabólico (al menos 3 de los siguientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Circunferencia abdominal a la altura de cresta iliaca >94 cm en hombres, >80 cm en mujeres. ■ Tensión arterial >130/85 mmHg o en tratamiento por hipertensión. ■ Glucosa en ayunas >100 mg/dl o en tratamiento frente a la diabetes. ■ Triglicéridos >150 mg/dL). ■ Colesterol-HDL <40 mg/dL en hombres, <50 mg/dl en mujeres
Población	<p>Pacientes con síndrome metabólico.</p> <p>Criterio de exclusión: pacientes con coinfección por hepatitis B o C no curada ya que son evaluados con otro indicador.</p>
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Historia clínica
Estándar	90%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD) and European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. J Hepatol 2016; 64:1388–1402. 2. Macias J, Pineda JA, Real LM. Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in HIV Infection. AIDS Rev 2017; 19:35-46.

Indicador n.º 50. CÁLCULO DEL IMC EN LA POBLACIÓN CON INFECCIÓN VIH

Justificación	<p>La prevalencia de obesidad en la población con infección VIH es variable (9%-35%). Con el TAR la esperanza de vida de los pacientes con infección VIH ha mejorado, aumentando la prevalencia de obesidad y los síndromes metabólicos-ENOS asociados.</p> <p>La obesidad y la lipohipertrofia se han asociado a inflamación crónica en el tejido adiposo, con aumento en la resistencia insulínica y del riesgo de síndrome metabólico. En la población con infección VIH, la obesidad y el aumento del IMC aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares y de consecuencias metabólicas como el hígado graso, con respecto a la población sin infección VIH.</p> <p>La obesidad, definida como IMC mayor de 30, se ha relacionado con la activación monocitaria y la inflamación sistémica, que persiste tras el inicio del TAR en las personas con sobrepeso.</p>
Dimensión	Continuidad de la atención
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes en seguimiento regular con registro anual del IMC} \times 100}{\text{Nº de pacientes en seguimiento regular}}$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Índice de masa corporal (IMC): peso en Kgrs/estatura en metros al cuadrado. ■ Registro anual: constancia del IMC en los 12 meses anteriores a la fecha de evaluación. ■ Seguimiento regular: paciente con 2 o más visitas en el último año, con analítica que incluya carga viral separadas entre sí más de 3 meses.
Población	Todos los pacientes en seguimiento regular.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica Bases de datos específicas.
Estándar	100%
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. World Health Organization. Obesity and overweight fact sheet. Geneva, Switzerland. World Health Organization 2016. Accesible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight 2. Levy ME, Greenberg AE, Hart R. et al. High burden of metabolic comorbidities in a city wide cohort of HIV outpatients: Evolving health care need of people aging with HIV in Washington DC. HIV Med 2017; 18:724-735. 3. Hasse B, Iff M, Lederberger B et al. Obesity trends and obesity mass index changes after starting antiretroviral treatment. The Swiss cohort Study. Open Forum Infect Dis 2014; 1:ofu040. 4. Lemoine M, Lacombe K, Bastard JP et al. Metabolic síndrome and obesity are the cornerstones of liver fibrosis in HIV-monoinfected patients. AIDS 2017; 31:1955-1964 5. Conley LJ, Bush TJ, Rupert AW. Et al. Obesity is associated with greater inflammation and monocyte activation among HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy. AIDS 2015; 29:2201-2217. 6. Lake JE, Stanley TL, Apovian CM et al. Practical review of recognition and management of obesity and lipohypertrophy in Human Immunodeficiency virus infection. Clin Infect Dis 2017; 64:1422-1429. 7. Mave V, Erlandson KM, Gupte N et al. ACTG PEARLS study. Inflammation and change in body weight with antiretroviral therapy initiation in a multinational cohort of HIV-infected adults. J Infect Dis 2016; 214:65-72.

Indicador n.º 51. INCIDENCIA DE INGRESOS DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO

Justificación	<p>Las tasas de hospitalización son importantes por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ser un indicador útil de la eficacia del TAR y de otras medidas preventivas para disminuir las infecciones oportunistas e infecciones bacterianas que siguen siendo una de las principales causas de ingreso en la población con infección VIH. ■ En los países desarrollados se ha apreciado un aumento de los ingresos por ENOS (cáncer no relacionados, causas cardíacas, pulmonares, hepáticas y renales), que probablemente irá en aumento y permitirá conocer la eficacia de medidas preventivas adoptadas. <p>Permitir detectar potenciales toxicidades a corto y largo plazo del TAR , y su relación con eventos no relacionados con SIDA.</p>
Dimensión	Efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes en seguimiento por el VIH ingresados en el último año}}{100 \text{ personas-año en seguimiento en consulta externa en el último año}}$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Paciente ingresado: paciente en seguimiento ambulatorio que ingresa por cualquier motivo en el hospital de referencia, incluidos los ingresos en Hospitalización a Domicilio. <p>Personas-año en seguimiento: Sumatorio de años en seguimiento de los pacientes con infección VIH atendidos en consultas externas, es decir, datos de personas activas en el programa.</p>
Población	<p>Todos los pacientes con infección VIH en seguimiento en consulta ambulatoria durante el periodo evaluado</p> <p>Criterio de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mujeres embarazadas o por motivos obstétricos ■ Cirugía mayor ambulatoria ■ Ingresos en traumatología
Tipo	Resultado
Fuente de datos	<p>Codificación hospitalaria CMBD.</p> <p>Bases de datos de pacientes con infección VIH.</p> <p>Registros autonómicos de pacientes con infección VIH</p>
Estándar	Tasa de ingresos: 20 por 100 personas año en seguimiento
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Palella FJ Jr, Chmiel JS, Moorman AC, et al. Durability and predictors of success of highly active antiretroviral therapy for ambulatory HIV-infected patients. <i>AIDS</i> 2002; 16:1617–1626. 2. Ford N, Shubber Z, Meintjes G, et al. Causes of hospital admission among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. <i>Lancet HIV</i> 2015; 2:e438-e444. 3. Barbier F, Roux A, Canet E, et al. Temporal trends in critical events complicating HIV infection: 1990-2010 multicentre cohort study in France. <i>Intensive Care Med</i> 2014; 40: 1906-1915. 4. Berry SA, Fleishman JA, Moore RD, et al. Trends in reasons for hospitalization in a multisite United States cohort of persons living with HIV 2001-2008. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> 2012; 59: 368-375. 5. Luz PM, Bruyand M, Ribeiro S, et al. AIDS and non AIDS severe morbidity associated with hospitalizations among HIV infected patients in two regions with universal Access to care, France and Brazil, 2000-2008, hospital based cohort studies. <i>BMC Infect Dis</i> 2014; 14:278. 6. Mejjide H, Mena Á, Rodríguez-Osorio I, et al. Trends in hospital admissions, re-admissions, and in-hospital mortality among HIV-infected patients between 1993 and 2013: Impact of hepatitis C co-infection. <i>Enferm Infecc Microbiol Clin</i> 2017; 35:20-26.

Indicador n.º 52. INCIDENCIA DE INGRESOS POR ENFERMEDAD DEFINITORIA DE SIDA

Justificación	Las tasas de hospitalización por enfermedad definitoria de SIDA son importantes por ser un indicador útil de la eficacia del TAR, de otras medidas preventivas adoptadas en consultas y de la vinculación al seguimiento. También es un dato relevante en los pacientes con diagnóstico avanzado en los que puede ser el primer evento reconocido.
Dimensión	Efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes VIH ingresados por Enfermedad definitoria de SIDA en último año}}{100 \text{ personas-año en seguimiento en consulta externa en el último año}}$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfermedad definitoria de SIDA según los CDC de Atlanta. ■ Personas-año en seguimiento: Sumatorio de años en seguimiento de los pacientes con infección VIH atendidos en consultas externas.
Población	Todos los pacientes con infección VIH en seguimiento en consulta ambulatoria durante el periodo evaluado. Se incluye a los pacientes en los que el ingreso coincide con el diagnóstico de infección por VIH.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Codificación hospitalaria CMBD. Bases de datos de pacientes con infección VIH. Registros autonómicos de pacientes con infección VIH/SIDA
Estándar	Tasa de ingresos <5 por 100 personas año en seguimiento
Bibliografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schneider E, Whitmore S, Glynn KM, et al. Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged <18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to <13 years - United States, 2008. MMWR Recomm Rep 2008; 57(RR-10):1-12. 2. CDC. 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. MMWR Recomm Rep 1992; 41(RR-17):1-19. 3. Barbier F, Roux A, Canet E et al. Temporal trends in critical events complicating HIV infection:1990-2010 multicentre cohort study in France. Intensive Care Med 2014; 40:1906-1915. 4. Berry SA, Fleishman JA Moore RD, et al. Trends in reasons for hospitalization in a multisite United States cohort of persons living with HIV 2001-2008 J Acquir Immune Defic Syndr 2012; 59:368-375. 5. Luz PM, Bruyand M, Ribeiro S et al. AIDS and non AIDS severe morbidity associated with hospitalizations among HIV infected patients in two regions with universal Access to care, France and Brazil, 2000-2008, hospital based cohort studies. BMC Infect Dis 2014; 14:278.

Indicador n.º 53. MORTALIDAD RELACIONADA CON SIDA

Justificación	<p>Con el TAR se ha logrado disminuir tanto la mortalidad global como la relacionada con los eventos definitorios de SIDA. El porcentaje de personas con VIH fallecidos por una causa relacionada con SIDA ha disminuido al 20%-30% en los países occidentales.</p> <p>La esperanza de vida es todavía algo menor que en la población general, especialmente en pacientes con diagnóstico tardío, abandono del seguimiento, bajo nivel educativo, consumo de tabaco y uso de sustancias de abuso.</p>
Dimensión	Efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes fallecidos con causa relacionada con SIDA}}{1000 \text{ personas año de seguimiento}}$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Causa relacionada con SIDA: Si durante el episodio que causó la muerte el enfermo sufría algún evento definitorio de SIDA. <p>Personas año de seguimiento: Sumatorio de años de seguimiento de los pacientes con infección VIH activas en el programa. En los pacientes que ingresan que no estén en seguimiento en consultas y fallecen durante el ingreso, la estancia hospitalaria se contabilizará como tiempo de seguimiento.</p>
Población	Todos los pacientes activos en la base de datos de VIH fallecidos durante el periodo evaluado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Base de datos del hospital, certificados de defunción.
Estándar	Tasa de mortalidad relacionada por causa relacionada con SIDA <1 por 1000 personas año en seguimiento
Bibliografía.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Croxford S, Kitching A, Desai S et al. Mortality and causes of death in people diagnosed with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy compared with the general population: an analysis of a national observational cohort. <i>Lancet Public Health</i> 2017; 2:e35-e46. 2. Eyawo O, Franco-Villalobos C, Hull MW et al. Comparative Outcomes And Service Utilization Trends (COAST) study. Changes in mortality rates and causes of death in a population-based cohort of persons living with and without HIV from 1996 to 2012. <i>BMC Infect Dis</i> 2017; 17:174. 3. Weber R, Ruppik M, Rickenbach M et al.; Swiss HIV Cohort Study (SHCS). Decreasing mortality and changing patterns of causes of death in the Swiss HIV Cohort Study <i>HIV Med</i> 2013; 14:195-207. 4. Gueler A, Moser A, Calmy A, et al. Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. <i>AIDS</i> 2017; 31:427-436.

Indicadores relevantes:

- Nº 4 Diagnóstico tardío de la infección por VIH en atención especializada
- Nº 6 Contenidos relevantes en la anamnesis en la valoración inicial
- Nº 7 Realización de serologías relevantes en la valoración inicial
- Nº 11 Pacientes con TAR
- Nº 12 Pacientes con seguimiento regular
- Nº 14 Detección de la infección latente tuberculosa (ILT)
- Nº 15 Vacunación frente a la hepatitis A
- Nº 16 Vacunación frente a la hepatitis B
- Nº 17 Vacunación frente a la infección neumocócica
- Nº 18 Vacunación frente a papilomavirus
- Nº 19 Profilaxis primaria frente a *Pneumocystis jiroveci* en pacientes con < 200 linfocitos
- Nº 20 Tratamiento y prevención del tabaquismo
- Nº 22 Despistaje del uso de chemsex en HSH
- Nº 23 Cribado de consumo activo de cocaína-opiáceos
- Nº 25 Cribado de ITS, excluyendo sífilis en población HSH
- Nº 26 Cribado de cáncer anal en HSH
- Nº 30 Pérdidas de seguimiento
- Nº 33 Inicio del TAR tras la primera visita
- Nº 35 Carga viral indetectable (<50 copias/mL) en la semana 48 de tratamiento
- Nº 38 Valoración de la adherencia al tratamiento
- Nº 39 TAR en la gestante infectada por el VIH (Indicador centinela)
- Nº 41 Cribado de cáncer de cérvix
- Nº 44 Tratamiento específico de la hepatitis crónica por VHC
- Nº 47 Valoración del riesgo cardiovascular
- Nº 48 Detección de síndrome metabólico

Fig 1. Evaluación con indicadores. (Reproducción autorizada por el Instituto Universitario-UAB Avedis Donabedian).



Fig 2. Proyectos de diseño de indicadores con sociedades científicas con participación de la Fundación Avedias Donabedian:

- Sociedad Catalana de Radiología (2017)
- Proyecto ODEQUS (Organ Donation European Quality System) (2014).
- Asociación Española de Urología (AEU) 2012.
- Desarrollo de indicadores de proceso y resultado para la evaluación del cáncer de mama y cáncer colorrectal. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).
- Indicadores de calidad para la evaluación de la Estrategia del Parto Normal. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).
- Indicadores de calidad asistencial de GeSIDA para la atención de personas infectadas por el VIH / SIDA (GeSIDA) (2010).
- Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (2010 y 2017).
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) (2009).
- Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (2005).
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2003).
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (1999).