

Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA

Febrero 2012



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

AGENCIA UNICEF
PARA
PAÍSES EN
DESARROLLO
UNICEF
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

Acrónimos

| | |
|---------|---|
| ARV | Antirretroviral |
| HSH | Hombres que tiene sexo con hombres |
| ITS | Infección de transmisión sexual |
| M&E | Monitoreo y evaluación |
| LMSI | Sistemas de información para la gestión logística (del inglés <i>Logistics Management Information Systems</i>) |
| NSP | Programa de intercambio de agujas y jeringas (del inglés <i>Needle and Syringe Programme</i>) |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONUSIDA | Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida |
| OST | Tratamiento de sustitución con opiáceos (del inglés <i>Opioid Substitution Therapy</i>) |
| PEMAR | Población en mayor riesgo |
| PMTI | Prevención de la transmisión maternoinfantil |
| PPE | Profilaxis post la exposición |
| SAM | Mapeo de Disponibilidad de Servicio (del inglés <i>Service Availability Mapping</i>) |
| Sida | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida |
| SPA | Evaluación de Prestación de Servicios (del inglés <i>Service Provision Assessment</i>) |
| TAR | Tratamiento antirretroviral |
| TB | Tuberculosis |
| TS | Trabajador sexual |
| UDI | Usuario de drogas inyectables |
| UNGASS | Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas |
| UNODC | Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (del inglés <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>) |
| VIH | Virus de la inmunodeficiencia humana |

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| I. INTRODUCCIÓN | 6 |
| Introducción | 6 |
| Descripción de indicadores en esta guía | 7 |
| Público objetivo | 8 |
| Planificación para la notificación mundial | 8 |
| Recopilación de datos y proceso de validación a nivel de país | 8 |
| Recopilación de datos y proceso de validación a nivel regional y mundial | 8 |
| Utilización de los datos a nivel nacional, regional y mundial | 9 |
| Apoyo técnico y contactos para realizar consultas | 9 |
| Agradecimientos | 9 |
| | |
| II. DESCRIPCIÓN DE INDICADORES | |
| Lista de indicadores | 10 |
| | |
| Objetivo 1. Reducir en un 50 por ciento la transmisión sexual del VIH para el 2015 | 15 |
| | |
| <i>Prueba y consejería</i> | <i>15</i> |
| | |
| 1.15 Establecimientos de salud que proporcionan servicios de prueba del VIH y consejería | 15 |
| | |
| 1.16 Prueba del VIH y consejería en mujeres y hombres de 15 años o más | 17 |

Infecciones de transmisión sexual

| | |
|--|-----------|
| 1.17 Infecciones de transmisión sexual (ITS) | 19 |
| Objetivo 2. Reducir en un 50 por ciento la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas para el 2015 | 26 |
| 2.6. Usuarios de opiáceos | 26 |
| 2.7. Puntos de prestación de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas (siglas en inglés NSP) | 27 |
| Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida | 28 |
| 3.4 Porcentaje de mujeres embarazadas que se han realizado la prueba del VIH y han recibido su resultado -durante el embarazo, durante el parto o durante el periodo de post parto (<72 horas), incluyendo aquellas con conocimiento anterior de su estatus de VIH | 28 |
| 3.5 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal cuya pareja masculina se realizó la prueba de VIH | 31 |
| 3.6 Porcentaje de embarazadas con VIH evaluadas para elegibilidad para TAR a través del estadio clínico o prueba de CD4 | 32 |
| 3.7 Porcentaje de bebés nacidos de madres con VIH que están recibiendo tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas | 34 |
| 3.8 Porcentaje de niños <12 meses nacidos de madres con VIH que están recibiendo antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el periodo de lactancia materna | 36 |
| 3.9 Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que comenzaron la profilaxis con Trimetroprim sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento | 39 |
| 3.10 Distribución de prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución /sucedáneos de leche, alimentación mixta u otras) en niños < 12 meses nacidos de mujeres con VIH en el momento de vacunación DTP3 | 41 |
| 3.11 Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación | 43 |
| 3.12 Establecimientos de salud | 43 |
| Objetivo 4. Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015 | 49 |
| 4.1 Tratamiento del VIH: tratamiento antirretroviral | 49 |
| 4.2b Tratamiento del VIH: retención 24 meses | 51 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2c Tratamiento del VIH: retención 60 meses | 51 |
| 4.3 Establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral | 53 |
| 4.4 Desabastecimiento de antirretrovirales | 55 |
| 4.6 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y elegibles para la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (CTX) (según las directrices nacionales) que en la actualidad reciben profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (CTX) | 57 |
| Objetivo 5. Reducir en un 50 por ciento las muertes por tuberculosis en personas con VIH para el 2015 | 58 |
| 5.2 Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis | 58 |
| 5.3 Porcentaje de adultos y niños recientemente incluidos en la atención de la infección por el VIH, que han iniciado tratamiento preventivo con Isoniacida | 60 |
| 5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita | 62 |

I. INTRODUCCIÓN

A medida que los países amplían sus programas nacionales de VIH/SIDA, con el objetivo de lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo¹ relacionado con esta infección, es más importante fortalecer la información estratégica sobre la epidemia y las respuestas nacionales a fin de promover políticas y programas, mejorar la eficacia de las intervenciones y promover una gestión responsable.

Desde la 59.^a Asamblea Mundial de la Salud del 2006, la OMS está comprometida a supervisar y notificar anualmente los progresos mundiales en la respuesta del sector salud de los países hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionado con el VIH². La OMS colabora con el UNICEF y el ONUSIDA para armonizar el monitoreo y reporte de la respuesta del sector salud al VIH/sida hacia el acceso universal a nivel mundial. Este trabajo conjunto de los socios de las Naciones Unidas tiene por objeto armonizar la recogida de datos y minimizar la carga de información en los países.

Con el fin de recopilar datos de los países, la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF han desarrollado una herramienta conjunta de notificación en línea. La herramienta de notificación y la guía de indicadores de progreso sobre la respuesta al sida a nivel mundial están disponibles en [www.unaids.org / aidsreporting](http://www.unaids.org/aidsreporting).

El presente documento describe en detalle los indicadores adicionales del sector salud que no se describen en el "Informe mundial de avances en la lucha contra el sida". También puede utilizarse para monitorear la respuesta del sector salud a nivel nacional, además de otra información, para revisar el progreso. En resumen:

- **Notificación mundial:** Esta guía complementa al "Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 2012. DIRECTRICES Desarrollo de indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011" del ONUSIDA. El proceso general de presentación de informes de país recomendado se describe en detalle en las directrices mencionadas anteriormente³. El formulario de recogida de datos, distribuido a todos los países, es el instrumento principal que permite la notificación mundial anual en el progreso del sector salud hacia el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento del VIH.
- **Vigilancia a escala nacional:** Esta guía también puede ser utilizada en la vigilancia nacional de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA. El documento se puede adaptar al contexto epidémico de cada país. Por ejemplo, los países deben elegir los indicadores que avalen la vigilancia de las metas propias que se han fijado a escala nacional. Asimismo pueden añadir o eliminar algunos de los indicadores, en función de la importancia de las áreas de intervención para la epidemia nacional.

¹ Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política sobre el VIH/SIDA, Nueva York, Naciones Unidas, 2006.

² Infección por el VIH/SIDA. Contribución de la OMS al acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH/SIDA: informe de la Secretaría. Ginebra, OMS, 2006.

³

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Report_en.pdf

Descripción de los indicadores de esta guía

La descripción de los indicadores sigue este formato:

El número de indicador es el número en la herramienta de notificación de acceso universal

| X. TÍTULO DEL INDICADOR | |
|--|--|
| Fundamento | ¿Por qué es importante este indicador? |
| ¿Qué mide? | Aspectos que evalúa el indicador |
| Numerador | Definición del numerador |
| Denominador | Definición del denominador (las fuentes de información deben ser especificadas: para algunos indicadores sólo es posible y se requiere una estimación) |
| Método y herramientas de medición | ¿Qué se incluye en el numerador y el denominador? Método de medición Herramientas empleadas en la medición |
| Desglose | Desglose recomendado Incluso si la herramienta de notificación no lo incluye para desglose, se recomienda para que sea recogido por vigilancia y notificación nacional, según sea apropiado |
| Puntos fuertes y débiles | Descripción de ventajas y limitaciones del indicador |
| Consideraciones adicionales | Otros elementos que pueden consignar los países |
| Utilización de los datos | La forma de aplicar el indicador y algunas implicaciones. |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | Información complementaria sobre los aspectos que deben considerarse al rellenar la herramienta de notificación. Incluye los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Notificación doble</i>: Aspectos a los que se debe prestar atención con el fin de evaluar la posible duplicación de las notificaciones. • <i>La representatividad nacional</i>: Aspectos a los que se debe prestar atención con el fin de evaluar la representatividad nacional del valor notificado. • <i>Cuestiones relacionadas con el denominador</i>: Aspectos que se deben observar acerca del denominador. • <i>Opciones de triangulación</i>: Otras fuentes de datos que se pueden examinar para evaluar la validez del valor del indicador. |
| Otras referencias | Referencias relacionadas con el indicador, ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> - <i>UNGASS</i>: Indicador solicitado por la UNGASS para su informe del 2008. - <i>PTMI (Prevención de la transmisión maternoinfantil)</i>: Indicador de la guía actualizada de vigilancia y evaluación de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Una guía para programas nacionales (2011). - <i>VIH/Tuberculosis</i>: Indicador de la guía actualizada de vigilancia y evaluación para actividades colaborativas de VIH/Tuberculosis (2009). - <i>Usuarios de drogas inyectables</i>: Guía técnica para el establecimiento de las metas de los países para el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH en los consumidores de drogas inyectables (2009). |

Público objetivo

Esta guía puede ser utilizada como referencia por los directores de los programas nacionales y el personal de la ONU responsable de completar la *herramienta conjunta de notificación*. Asimismo, puede ser usada por toda persona que trabaje en vigilancia y evaluación relacionada con el VIH, en el sector salud o que se interese en objetivos de desarrollo más amplios, usándolo como un manual de indicadores para las intervenciones clave contra el VIH en el sector salud

Planificación para la notificación mundial

En esta guía se ofrece una descripción exhaustiva de la definición de cada uno de los indicadores, incluyendo cuando es posible los numeradores y denominadores, el método y las herramientas de medida, los requisitos del desglose, los puntos fuertes y débiles, las consideraciones adicionales que pueden ser recopiladas y notificadas, así como la notificación e interpretación de los datos.

Mecanismo de recopilación y validación de los datos a escala de país

De acuerdo al compromiso adquirido con el principio de los "Tres Unos", se recomienda que para el proceso de notificación de la UNGASS y del sector salud, las oficinas de los países de la OMS, el UNICEF y la Secretaría del ONUSIDA apoyen conjuntamente a sus homólogas nacionales y a las agencias asociadas en la recopilación y validación de los datos. Así mismo, se recomienda que construyan consenso a través de un sólo procedimiento de consulta colectivo⁴. Esta colaboración permitirá una mayor integración y homogeneidad de los datos, un mejor análisis y aplicación local y, en última instancia, un análisis mundial más exhaustivo.

Las oficinas de país deben trabajar conjuntamente para determinar el procedimiento y la asignación de responsabilidades más apropiados en la recopilación, la validación y la notificación de los datos. Como primera medida, se propone que las oficinas de los países de los tres organismos organicen una reunión conjunta con las autoridades nacionales, identifiquen puntos focales y acuerden una división de tareas, todo ello con el fin de servir de enlace con los socios nacionales para la recolección de datos destinados a las diferentes secciones de la herramienta de notificación. Posteriormente, se recomienda organizar una reunión de consenso a escala nacional para realizar una validación comparativa de los datos que serán transmitidos a las oficinas regionales y centrales para el análisis mundial. Es fundamental validar y evaluar los datos a escala nacional con los socios y las partes interesadas, ya que entre ellos se encuentran las personas más familiarizadas con los datos. Se recomienda establecer un sistema rutinario de revisión y validación de datos.

Procedimiento de recopilación y validación de datos a escala regional y mundial

A escala regional, las oficinas regionales servirán de enlace con las oficinas de país para responder cualquier consulta, prestar el apoyo que se solicite y requerir cualquier clarificación que sea necesaria. En condiciones ideales, la OMS, el UNICEF y el ONUSIDA examinarán y acordarán las disposiciones logísticas del mecanismo de presentación de los informes que incluyen: mensajes coordinados que han de enviarse desde las oficinas regionales a las oficinas de los países; punto(s) central(es) del país para la recolección de datos; procesos de revisión y validación y tomas de decisión; punto(s) central(e) para la gestión y actualización de las bases de datos; y el procedimiento de intercambio de datos.

⁴ Memorando conjunto de OMS, UNICEF, ONUSIDA a oficinas de país "Joint 2012 Global AIDS Response Progress Reporting and Health Sector Reporting Process", enero del 2012.

A escala mundial, los organismos trabajarán de forma conjunta en la validación de los datos con otras fuentes de datos allí donde sea posible, basándose en lo que se conoce del sistema de vigilancia de los países y solicitarán clarificaciones cuando sea necesario. Es preciso acordar las responsabilidades, los procedimientos y el calendario de trabajo con el objetivo común de producir conjuntamente una serie de datos relacionados con la respuesta del sector salud al VIH. La coordinación de los tres organismos para colaborar en un proceso de notificación conjunta debe minimizar la posibilidad tener muchos valores variables para el mismo indicador entre las agencias.

Utilización de los datos a escala nacional, regional y mundial

Se espera que el proceso para vigilar y notificar la respuesta del sector salud al VIH también facilite la revisión y el análisis de datos a escala nacional. Los países pueden aprovechar esta oportunidad para fortalecer la capacidad nacional en monitoreo y notificación.

En el ámbito regional, los datos pueden ser igualmente almacenados, revisados y analizados para desarrollar análisis de situación de la respuesta del sector salud en la Región y debatir entre los países cómo mantener el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación. Los datos se presentarán, además, en las reuniones regionales.

Apoyo técnico y contactos para realizar consultas

La OMS, el UNICEF y el ONUSIDA están comprometidos a prestar apoyo a los países para mejorar su sistema de información estratégica. Este apoyo incluye, aunque no se limita a, la revisión de los sistemas de monitoreo y evaluación del sector salud; calidad de los datos y validación; evaluación de los impactos; vigilancia; investigación operativa y formación en diversos aspectos de información estratégica.

Por favor, no dude en hacer llegar cualquier consulta o solicitud, así como comentarios o sugerencias para mejorar este documento, a hivstrateginfo@who.int.

Agradecimientos

Agradecemos de forma especial al personal de los Ministerios del Gobierno a todos los niveles, que recopila, valida y suministra esta información cada año.

Agradecemos al personal de la OMS, el UNICEF y el ONUSIDA que trabajan a escala nacional y regional con el fin de facilitar la transferencia y la notificación de los datos.

Apreciamos la colaboración de MACRO-DHS por proporcionarnos los últimos resultados existentes de las Encuestas de Demografía y Salud.

II. DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

La tabla que se presenta a continuación ofrece una visión general de los indicadores descritos en las directrices 2012 "Informe mundial de avances en la lucha contra el sida", (GARP 2012, del inglés *Global AIDS Response Progress Reporting 2012*) así como los descritos en esta guía para la notificación de la respuesta del sector salud para el Acceso Universal 2012 (UA 2012).

| GARP | UA 2012 | |
|------|---------|---|
| | | Objetivo 1. Reducir en un 50 por ciento la transmisión sexual del VIH para el 2015 |
| | | <i>Indicadores para la población general</i> |
| X | | 1.1 Personas jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH |
| X | | 1.2 Sexo antes de los 15 años de edad |
| X | | 1.3 Múltiples parejas sexuales |
| X | | 1.4 Uso de preservativo durante relaciones sexuales de más riesgo |
| X | | 1.5 Prueba del VIH en población general |
| X | | 1.6 Reducción de prevalencia del VIH |
| | | <i>Indicadores para trabajadores del sexo</i> |
| X | | 1.7 Trabajadores sexuales: programas de prevención |
| X | X | 1.8 Trabajadores sexuales: uso de preservativo |
| X | X | 1.9 Trabajadores sexuales: prueba del VIH |
| X | X | 1.10 Trabajadores sexuales: prevalencia del VIH |
| | | <i>Indicadores para hombres que tienen sexo con hombres</i> |
| X | | 1.11 Hombres que tienen sexo con hombres: programas de prevención |
| X | X | 1.12 Hombres que tienen sexo con hombres: uso de preservativo |
| X | X | 1.13 Hombres que tienen sexo con hombres: prueba del VIH |
| X | X | 1.14. Hombres que tienen sexo con hombres: prevalencia del VIH |
| | | <i>Prueba y consejería</i> |
| | X | 1.15 Establecimientos de salud que ofrecen servicios de prueba y consejería del VIH |
| | X | 1.16 Prueba del VIH en 15+ (para registro del programa) |

| GARP | UA 2012 | |
|------|---------|--|
| | | <i>Infecciones de transmisión sexual</i> |
| | x | 1.17 Infecciones de transmisión sexual (ITS) Porcentaje de mujeres que acuden a servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de sífilis durante la primera visita prenatal en los últimos 12 meses Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que dieron positivo para sífilis Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal, positivas para sífilis que recibieron tratamiento Porcentaje de trabajadores sexuales con sífilis activa Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con sífilis activa |
| | | Objetivo 2. Reducir en un 50 por ciento la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas para el 2015 |
| x | x | 2.1 Personas que se inyectan drogas: programas de prevención Número estimado de usuarios de drogas inyectables (UDIs) (denominador) |
| x | x | 2.2. Personas que se inyectan drogas: uso de condón |
| x | x | 2.3 Personas que se inyectan drogas: prácticas de inyección segura |
| x | x | 2.4 Personas que se inyectan drogas: prueba del VIH |
| x | x | 2.5 Personas que se inyectan drogas: prevalencia del VIH |
| | x | 2.6 Usuarios de opiáceos |
| | x | 2.7 Puntos de prestación de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas (en inglés NSP) y tratamiento de sustitución con opiáceos (OST) |
| | | Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida |
| x | x | 3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil |
| x | x | 3.2 diagnóstico temprano en niños menores de 12 meses |
| x | | 3.3 Tasa de transmisión maternoinfantil (modelado) |
| | x | 3.4 Mujeres embarazadas que conocen su estado de VIH |
| | x | 3.5 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal cuya pareja masculina se realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses |
| | x | 3.6 Porcentaje de embarazadas con VIH evaluadas para elegibilidad para TAR a través del estadio clínico o prueba de CD4 |
| | x | 3.7 Porcentaje de bebés nacidos de madres con VIH que están recibiendo tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas |
| | x | 3.8 Porcentaje de niños < 12 meses nacidos de madres con VIH que están recibiendo antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante la lactancia materna |
| | x | 3.9 Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que comenzaron la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento |
| | x | 3.10 Distribución de prácticas de alimentación en niños < 12 meses nacidos de mujeres con VIH en el momento de vacunación DTP3 |

| GARP | UA 2012 | |
|------|---------|---|
| | X | 3.11 Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación |
| | X | 3.12 Establecimientos de salud Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de atención prenatal Número de establecimientos de salud que proveen atención prenatal y también prueba CD4 en el mismo lugar o tiene un sistema de colecta y transporte de muestras sanguíneas para la prueba CD4 en mujeres embarazadas con VIH Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca |
| | | Objetivo 4. Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015 |
| X | X | 4.1 Tratamiento del VIH: terapia antirretroviral |
| X | X | Porcentaje de adultos y niños elegibles que están recibiendo actualmente tratamiento antirretroviral |
| X | | Número de adultos y niños elegibles que han comenzado recientemente tratamiento antirretroviral durante el periodo de notificación (2011) Porcentaje de niños con VIH entre 0 y 14 años que están recibiendo actualmente TAR |
| X | X | 4.2 Tratamiento del VIH: retención 12 meses |
| | X | 4.2b Tratamiento del VIH: retención 24 meses |
| | X | 4.2c Tratamiento del VIH: retención 60 meses |
| | X | 4.3 Establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral |
| | X | 4.4 Desabastecimiento de antirretrovirales |
| | X | 4.6 Atención del HIV |
| | | Objetivo 5. Reducir en un 50 por ciento las muertes por tuberculosis en personas con VIH para el 2015 |
| X | X | 5.1 Co-gestión de tratamiento de VIH y tuberculosis |
| | X | 5.2 Establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis |
| | X | 5.3 Porcentaje de adultos y niños recientemente incluidos en la atención de la infección por el VIH, que han iniciado tratamiento preventivo con Isoniacida |
| | X | 5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita |
| | | Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo del gasto mundial anual (US\$22-24 billones) en países de bajos y medianos ingresos |

| GARP | UA 2012 | |
|------|---------|---|
| x | | 6.1 Gasto en sida – gasto nacional e internacional en sida por categorías y fuentes de financiación |
| | | Objetivo 7. Factores críticos y sinergias con los sectores de desarrollo |
| x | | 7.1 NCPI |
| | x | 7.1b CUESTIONES DE POLÍTICA DE OMS |
| x | | 7.2 Prevalencia de violencia de compañero íntimo reciente |
| x | | 7.3 Asistencia a la escuela de huérfanos y no huérfanos |
| x | | 7.4 Apoyo económico para hogares elegibles |

Nota sobre la información general del país

Una pregunta frecuente es cómo se define un establecimiento de salud. A efectos de este proceso de notificación, se excluyen los establecimientos de salud que prestan atención especializada y que nunca prestarían algún servicio de atención de VIH (por ejemplo, un consultorio oftalmológico). Si encuentra dificultades en la definición de lo que se considera un establecimiento de salud en este ejercicio, por favor, anote cualquier comentario en la sección de observaciones o envíelo por correo electrónico

Objetivo 1. Reducir en un 50 por ciento la transmisión sexual del VIH para el 2015

Prueba y consejería

| 1.15 Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de prueba del VIH y consejería (UA 2011 #A1) | |
|--|--|
| Fundamento | Conocer el estado de VIH es fundamental para ampliar el acceso al tratamiento, la atención y el apoyo y la prevención de esta infección. Disponer de servicios de pruebas y consejería es un requisito previo para ampliar gradualmente su cobertura permitiendo que más personas conozcan su estado de VIH. Esta ampliación se puede lograr siguiendo un modelo de consejería y pruebas voluntarias y un modelo de pruebas y consejería iniciadas por el proveedor de salud. |
| ¿Qué mide? | Disponibilidad de los servicios de pruebas y consejería en los establecimientos de salud. |
| Numerador | Número de establecimientos de salud que prestan servicios de prueba y consejería del VIH |
| Método y herramientas de medición | <p>Numerador: Hay dos posibles fuentes de información:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registro central de todos los centros de prueba y consejería; 2. Registros centrales de adquisición de kits de pruebas para el número de establecimientos que los solicitan. <p>Si ambos estuvieran disponibles, facilite la información de ambos. <i>Por favor, incluya los datos de todos los establecimientos que prestan servicios en el país, ya sean privados, públicos, ONG u otros.</i></p> <p>La información sobre la disponibilidad de ciertos servicios se suele resumir a escala nacional o local. Los programas nacionales de prueba y consejería deben conservar un registro de los establecimientos que prestan este tipo de servicios. Se debe cuidar la inclusión de los establecimientos que prestan servicios en el sector privado y aquellos de las ONGs, en especial donde constituyen un importante proveedor de servicios de prueba y consejería. La existencia de un censo reciente también puede facilitar esta información, así como información más exhaustiva sobre la disponibilidad de servicios.</p> <p>Se deben contar todos los establecimientos donde se prestan servicios de prueba y consejería. Por lo tanto, también se deben incluir aquellos centros que realizan las pruebas y remiten las muestras a un laboratorio externo, reciben los resultados y los transmiten al usuario.</p> <p>Todos los establecimientos se incluirán en el numerador.</p> |
| Desglose | <p><i>Si es posible, desglosar por:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de establecimiento de salud (por ejemplo, establecimientos de salud del gobierno, de ONGs, de organizaciones comunitarias, hospitales de misiones y establecimientos privados de salud) 2. Tipo de servicios ofrecidos (por ejemplo, consultorio antituberculoso, consultorio de infecciones de transmisión sexual, etc.) |
| Fortalezas y debilidades | Este indicador tiene por objeto vigilar la disponibilidad de servicios de prueba y consejería cuando los países están ampliando este tipo de servicios. No pretende captar la calidad de los servicios de prueba y consejería prestados. |
| Utilización de los datos | Observar el progreso en el número de establecimiento de salud que ofrecen consejería y prueba. Analizar los datos geográficamente y por tipo de establecimiento de salud y triangularlos con los datos de población puede proveer una visión perspicaz sobre dónde se necesita aumentar la disponibilidad de servicios de realización de pruebas y consejería. |

| | |
|--|---|
| Consideraciones adicionales | Se recomienda que todos los establecimientos de salud tengan la capacidad de realizar pruebas y ofrecer consejería en epidemias concentradas. ⁵ En los casos de epidemias de bajo nivel y epidemias concentradas, el objetivo puede no ser contar con servicios de prueba y consejería en cada centro. |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <i>Representatividad nacional: Se debe tratar de incluir todos los establecimientos de salud públicos, privados y administrados por ONGs.</i> El numerador tiene importancia en la comparación de tendencias en la disponibilidad de servicios a lo largo del tiempo. |

⁵ Guidance of provider-initiated testing and counselling in health facilities, WHO/UNAIDS, 2007.

| 1.16 Número de mujeres y hombres de 15 años o más que se realizaron la prueba del VIH y recibieron consejería en los últimos 12 meses y conocen el resultado (UA 2011#A2) | |
|---|--|
| Fundamento | Conocer el estado de VIH es fundamental para acceder al tratamiento, la atención, el apoyo y la prevención de esta infección. Existen diferentes modelos de prestación de servicios de pruebas y consejería, como el modelo de consejería y pruebas voluntarias y el modelo de prueba y consejería iniciadas por el proveedor de salud. Sin embargo, la clave de las pruebas y la consejería es que las personas que se someten a las pruebas reciban consejería adecuada y conozcan los resultados. |
| ¿Qué mide? | Número de personas de 15 años o más que se realizaron pruebas y recibieron consejería a través de cualquier medio o entorno (excluyendo las pruebas y consejerías obligatorias) en los últimos 12 meses y conocen sus resultados (Note: Aunque no se requiere para los propósitos de este indicador, el denominador puede ser calculado para epidemias generalizadas utilizando la población general como denominador y en el caso de las epidemias de bajo nivel o concentradas, utilizando como denominador la población en mayor riesgo y otros grupos, PEMAR). Avances programáticos para prueba y consejería. El seguimiento del número de personas que se someten a las pruebas, reciben consejería y conocen su estado ofrece una visión sobre la aceptación de estos servicios en el país. |
| Método y herramientas de medición | Estadísticas de los servicios del programa que han sido recopiladas en los informes rutinarios y que muestran el número de personas en el que se practicó la prueba y que conoce los resultados. Las estadísticas provienen de cualquier establecimiento de servicios que incluye centros de pruebas y consejería voluntarias, consultorios, hospitales y puntos de apoyo de ONGs, etc., (excluyendo las pruebas y consejería obligatoria) que a menudo se agregan a escala distrital y posteriormente a escala nacional. Este indicador <i>no</i> se mide a través encuestas poblacionales. |
| Desglose | Sexo: Masculino y femenino. <i>El estado de la prueba serológica: VIH positivo, VIH negativo</i> <i>Si fuese posible:</i> <i>Edad: 15-19 años, 20-24 y más de 25 años.</i> <i>Prueba: Prueba nueva, repetición de la prueba.</i> |
| Puntos fuertes y débiles | Este indicador permite la comparación de tendencias en el número de servicios de pruebas y consejería prestados y de la magnitud de la ampliación de estos servicios en el transcurso del tiempo. Este indicador suministrará información sobre el número de veces que se practicaron las pruebas y la consejería, pero no necesariamente del número de <i>personas</i> que recibieron estos servicios, a no ser que los países cuenten con un mecanismo que evite la doble contabilidad de las personas que los reciben repetidamente. El indicador no aporta información sobre si las personas que se sometieron a la prueba fueron derivadas adecuadamente y recibieron seguimiento para beneficiarse del hecho de conocer su estado. |
| Utilización de los datos | Para conocer el número de pruebas realizadas en el país puede comparar el |

| | |
|---|---|
| | <p>valor con el de años anteriores a fin de evaluar tendencias y considerar el porcentaje de la población que puede haber recibido la prueba recientemente. Este indicador puede ser útil con el propósito de detectar patrones en las pruebas, por ejemplo, si se practican más pruebas durante una estación o un mes en particular en el que hubo campañas o si en determinados establecimientos de salud o comunidades hay muchas más personas que reciben la prueba.</p> |
| <p>Consideraciones adicionales</p> | <p>En algunos países, hay una proporción considerable de servicios de prueba y consejería realizados por organizaciones comunitarias o que no están registradas, por lo que a menudo sus datos no se incluyen en las estadísticas nacionales. Estas organizaciones deben ser alentadas para que se registren ante las autoridades nacionales, de este modo todos los datos de las pruebas y consejería se reflejan en las estadísticas nacionales.</p> |
| <p>Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Doble notificación: Los países tendrán que calcular la cantidad de personas que repiten las pruebas, a fin de determinar el verdadero número de personas que reciben la prueba en un período. Cuando los países cuenten con un mecanismo que permita hacer esta importante evaluación (por ejemplo, un registro del número de personas con prueba repetida), se debe utilizar y consignar la forma en la que se llevó a cabo. De lo contrario, se notificará el número total de pruebas realizadas. • Representatividad nacional: <i>Se debe tratar de que la información de los centros no gubernamentales o privados esté disponible en el nivel central. Cuando falta una parte significativa de la información, se debe consignar en la sección de observaciones.</i> • Cuestiones relacionadas con el denominador: Aunque no es necesario en este indicador, la validez del numerador se puede calcular comparando la población general como denominador en el caso de las epidemias generalizadas, y el tamaño de las poblaciones en mayor situación de riesgo y de otros grupos en el caso de las epidemias de bajo nivel y las epidemias concentradas. • Opciones de triangulación: En las epidemias generalizadas, los datos de las encuestas poblacionales que buscan el número (y calculan el porcentaje) de personas que recibieron la prueba, se pueden comparar con el valor de este indicador a fin de evaluar y analizar toda diferencia importante. • Los resultados de prueba: En la sección de observaciones, se deben consignar los datos por estado serológico (<u>número de resultados positivos y negativos para el VIH</u>) cuando se conocen. |

Infecciones de transmisión sexual

| 1.17 Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses durante la primera visita a atención prenatal (UA 2011 #F1) | |
|---|---|
| Fundamento | La realización de pruebas en mujeres embarazadas para la detección temprana del sífilis durante el embarazo es importante para su salud y la del feto, además de por propósitos de vigilancia de segunda generación |
| ¿Qué mide? | Cobertura de prueba para la temprana detección de sífilis en mujeres que acuden a servicios de atención prenatal. |
| Numerador | Número de mujeres que acuden a la primera visita a los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de sífilis |
| Denominador | Número de mujeres que acuden a la primera visita a los servicios de atención prenatal |
| Método y herramientas de medición | <p>Cómo medir: Todas las mujeres embarazadas deben hacerse la prueba ("tamizaje") de la sífilis en su primera visita a los servicios de atención prenatal. Los países que no puedan distinguir entre la primera visita y las siguientes, todavía pueden notificar los datos de este indicador dejando claramente indicada esta diferencia al notificar el dato. Este indicador debe ser medido anualmente.</p> <p>Cualquiera de las pruebas no treponémicas que mide el anticuerpo reagínico (por ejemplo, VDRL o RPR) o pruebas treponémicas que miden el anticuerpo treponémico (por ejemplo, TPHA, MHATP o pruebas treponémicas rápidas) pueden ser utilizados para el tamizaje. Para este indicador es suficiente realizarse la prueba por cualquier tipo de test. Por favor indique en la sección de "Comentarios" cuál es la prueba generalmente utilizada en su país.</p> <p>Herramientas de medición: Utilizar los registros de los programas nacionales agregados por datos de establecimientos de salud sería lo ideal. Sin embargo, si los datos de los programas nacionales no están disponibles, se puede reportar los datos de vigilancia centinela o estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Por favor, especifique la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, los datos de los programas nacionales de todas las 12 provincias) en la sección "Comentarios".</p> |
| Desglose | Ninguno |
| Consideraciones adicionales | <ul style="list-style-type: none"> • Los países pueden desear también controlar la semana de embarazo en la que cada mujer se hizo la prueba. Para prevenir la sífilis congénita es necesario realizar la prueba al principio embarazo, ya que el feto puede nacer sin vida en el segundo trimestre. Saber que la mujer se realizó la prueba al final del embarazo indicará que la mujer no está acudiendo a atención prenatal o que la prueba no se realizó al principio del embarazo. • Los programas que realizan pruebas de detección de sífilis y los programas que realizan la prueba del VIH en mujeres embarazadas deben trabajar conjuntamente para aumentar la efectividad del trabajo de su programa individual. |
| Utilización de los datos | <p>Mundial: Examina tendencias en el tiempo para evaluar el avance hacia los niveles que son objetivo de la cobertura de la prueba. El conocimiento de las políticas y prácticas de las pruebas se deben utilizar para ayudar en la interpretación de las tendencias de la cobertura.</p> <p>Local: Los datos pueden ser usados para identificar clínicas que no</p> |

| | |
|--|--|
| | implementan completamente la política nacional. |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | Por favor, indique si los datos que están facilitando son datos de rutina del programa y si se considera que son representativos de todo el país. |
| Otras referencias | Indicador recomendado en "Vigilancia en el ámbito nacional de los logros hacia el acceso universal de la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados". Indicador recomendado en "Eliminación mundial de la sífilis congénita: justificación y estrategia de acción". |

1.17 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis (UA 2011 #F2)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Fundamento | La infección por sífilis en las mujeres que acuden a servicios de atención prenatal puede ser utilizada para guiar las necesidades de los programas de prevención de ITS y alertar sobre posibles cambios en la transmisión del VIH en la población general. |
| ¿Qué mide? | El porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal con una serología de sífilis positiva |
| Numerador | Número de mujeres que acude a los servicios de atención prenatal que dieron resultados positivos en la prueba de detección de sífilis. |
| Denominador | Número de mujeres que acude a los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de sífilis |
| Método y herramientas de medición | <p>Cómo medir: El positivo en sífilis se puede medir utilizando pruebas no treponémicas (por ejemplo, VDRL o RPR) o pruebas treponémicas (por ejemplo, TPHA, TPPA, EIA o una variedad de pruebas rápidas disponibles) o idealmente con una combinación de ambos. Una prueba no treponémica reactiva, especialmente si el título es > 1:8, sugiere una infección activa, mientras que el resultado positivo en una prueba treponémica indica cualquier infección anterior incluso si se ha tratado con éxito. Para los propósitos de este indicador (que intenta medir la seropositividad), se acepta la notificación de positividad basada en el resultado de una única prueba. Si se dispone de ambos tipos de pruebas para un individuo, el positivo en sífilis debe ser definido como tener un resultado positivo en cualquiera de las pruebas.</p> <p>El uso de pruebas treponémicas rápidas ha permitido realizar pruebas de sífilis en escenarios sin laboratorio, aumentando enormemente el número de mujeres que se puede realizar la prueba y tratar la sífilis durante el embarazo. Los datos se deber recoger anualmente.</p> <p>Herramientas de medición: Los registros de los programas nacionales agregados por datos de establecimientos de salud, vigilancia centinela y encuestas especiales, uso de pruebas serológicas para detectar anticuerpos reagínicos y treponémicos. Por favor, especifique la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, vigilancia centinela en 2 de 10 provincias) en la sección de "Comentarios".</p> |
| Desglose | Por edad: Total, 15-19, 20-24 |
| Fortalezas y debilidades | <p>Fortalezas: Los datos de positivo en sífilis en mujeres embarazadas están disponibles en la mayoría de los países a través de la notificación rutinaria del sistema de salud.</p> <p>Debilidades: Los cambios en las prácticas de las pruebas pueden afectar los datos. El conocimiento sobre las prácticas de las pruebas en el país (por ejemplo, proporción de treponémicos vs no terponémicos usados) debe ser usado para asistir con la interpretación de las tendencias de la enfermedad.</p> |
| Consideraciones adicionales | <ul style="list-style-type: none"> • Ya que la mayoría de los sistemas de datos de los países no mantienen identificadores únicos y las mujeres pueden realizarse la prueba más de una vez durante el embarazo, estos datos reflejan el positivo en sífilis más que la verdadera prevalencia o incidencia. • Como la mayoría de los países tendrán datos provenientes de una variedad de tipos de prueba, los subanálisis (desglose) en mujeres de 14 a 24 años puede aumentar la probabilidad de que las pruebas positivas reflejen infecciones recientes. |

| | |
|--|--|
| Utilización de los datos | <p>Mundial/regional: Estime la mortalidad perinatal y la morbilidad causadas por la sífilis que podrían evitarse con programas eficaces. Identifique las áreas con mayor necesidad de intervenciones integrales de prevención de sífilis congénita.</p> <p>Local: Siga las tendencias en el tiempo para evaluar los cambios en la carga de la enfermedad y las necesidades del programa de prevención de ITS.</p> <p>Todos los niveles: Compare los datos de tendencia de sífilis y VIH para detectar alerta temprana de un mayor riesgo de transmisión del VIH.</p> |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <p>Por favor, indique si los datos que se proporcionan son datos rutinarios del programa, si se considera que son representativos de todo el país y qué tipo de prueba se utilizó para definir la positividad.</p> |
| Otras referencias | <p>Indicador recomendado en "Monitoreo en el ámbito nacional de los logros hacia el acceso universal de la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados". Indicador recomendado en "Eliminación mundial de la sífilis congénita: justificación y estrategia de acción"</p> |

| 1.17 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal para sífilis que recibieron tratamiento (UA 2011 #F3) | |
|--|---|
| Fundamento | El tratamiento de las mujeres positivas en sífilis que acudieron a centros de atención prenatal es una medida directa de la efectividad de los esfuerzos del programa de eliminación de sífilis congénita para fortalecer la prevención primaria del VIH. |
| ¿Qué mide? | Porcentaje de mujeres que acude a atención prenatal durante un periodo específico con serología de sífilis positiva y que fueron tratadas adecuadamente. |
| Numerador | Número de mujeres que acude a centros de atención prenatal con serología positiva en sífilis que recibió al menos una dosis de penicilina benzatina 2.4mU IM |
| Denominador | Número de mujeres que acude a centros de atención prenatal con serología positiva en sífilis |
| Método y herramientas de medición | <p>Cómo medir: Los datos se deben recoger anualmente. La seropositividad en pruebas treponémicas o no treponémicas es suficiente para ser considerado positivo en sífilis para este indicador.</p> <p>Herramientas de medición: Utilizar los registros de los programas nacionales agregados por datos de establecimientos de salud sería lo ideal. Sin embargo, si los datos de los programas nacionales no están disponibles, se puede reportar los datos de vigilancia centinela o estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Por favor, especifique la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, los datos de los programas nacionales de todas las 12 provincias) en la sección "Comentarios".</p> |
| Desglose | Ninguno |
| Fortalezas y debilidades | <p>Fortalezas: Los datos sobre tratamiento de sífilis en mujeres que acuden a cuidado prenatal son registrados rutinariamente en los establecimientos de salud .</p> <p>Debilidades: La recolección de datos sobre tratamientos puede requerir la colaboración de los programas de salud maternoinfantil para asegurar que esté disponible en el ámbito nacional.</p> |
| Consideraciones adicionales | Para los propósitos de este indicador, la documentación de una sola dosis de penicilina es suficiente. El tratamiento de mujeres embarazadas positivas en sífilis con una sola inyección de penicilina benzatina 2.4mU IM antes de las 24 semanas de gestación es suficiente para prevenir la transmisión de sífilis de la madre al recién nacido. Sin embargo, se necesitan tres inyecciones espaciadas en intervalos semanales para tratar la sífilis latente y prevenir sífilis terciaria en la madre. |
| Utilización de los datos | <p>Mundial/regional/local: Estime la eficacia del programa en la reducción de morbilidad y mortalidad perinatales asociadas a la sífilis.</p> <p>Local: Identifique las áreas que necesitan ayuda con la ejecución de programas o recursos adicionales.</p> <p>Todos los niveles: El conocimiento de las políticas y prácticas de tratamiento deben utilizarse para ayudar en la interpretación de tendencia en el tratamiento.</p> |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | Si los datos que facilita no cubren el país al completo, por favor, indíquelo. |
| Other References | Indicador recomendado en "Monitoreo en el ámbito nacional de los logros hacia el acceso universal de la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados". Indicador recomendado en "Eliminación mundial de la sífilis congénita: justificación y estrategia de acción". |

| 1.17 Porcentaje de trabajadores sexuales (TS) con sífilis activa (UA 2011#F4) | |
|--|---|
| Fundamento | Realizar pruebas a los trabajadores sexuales es importante para su salud y para propósitos de vigilancia de segunda generación. |
| ¿Qué mide? | El progreso en la reducción de conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis. |
| Numerador | Número de TS que dieron positivo en las pruebas de sífilis |
| Denominador | Número de TS que se realizaron las pruebas de sífilis |
| Método y herramientas de medición | <p>Herramientas de medición: Vigilancia centinela y encuestas especiales (por ejemplo, IBBS, encuestas biológicas y de comportamiento integradas), mediante pruebas basadas en la detección de anticuerpos reagínicos y treponémicos.</p> <p>Cómo medir: El enfoque tradicional para determinar la prevalencia ha sido el uso de pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (por ejemplo, VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (por ejemplo, TPHA, MHATP o una prueba treponémica rápida). Últimamente, las pruebas treponémicas rápidas son más fáciles de usar lo que promueve el uso de estas pruebas en la detección, que idealmente iría emparejada con una prueba no treponémica que detecta anticuerpos reagínicos. Cualquiera que sea el enfoque utilizado, para este indicador se necesita un positivo con una prueba no treponémica Y un positivo con una prueba treponémica para dar un indicador de infección activa. Si se realiza una prueba RPR, debería realizarse titulación y ser $\geq 1:8$ para considerarlo sífilis activa.</p> <p>El uso de una sola prueba no treponémica o una treponémica, aunque es útil en algunas situaciones para propósitos terapéuticos, no es suficientemente específica para la vigilancia de los trabajadores sexuales. Requerir ambas pruebas en los trabajadores sexuales difiere del indicador sobre pruebas de sífilis en mujeres que acuden a atención prenatal porque los trabajadores sociales tienen más probabilidad de tener un historial de infecciones previas. Una prueba positiva treponémica mide la exposición de por vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.</p> |
| Desglose | Si existen datos disponibles desglosados por sexo o por su contexto urbano/rural, por favor indíquelo en la sección de "Comentarios". |
| Fortalezas y debilidades | <p>Fortalezas: Exigir la realización de ambas pruebas mejora la especificidad de las cifras notificadas de pruebas positivas. Además, al exigir ambas pruebas se minimiza los cambios artificiales en la prevalencia debido a cambios en el uso del tipo de pruebas.</p> <p>Debilidades: La exigencia de ambas pruebas aumenta la dificultad de adquirir datos para este indicador.</p> |
| Consideraciones adicionales | Para asegurar resultados fiables, la garantía y control de calidad deben ser una parte integral de las pruebas de sífilis. |
| Utilización de los datos | Observe las tendencias en grupos comparables en el tiempo. Compare con datos sobre tendencias de sífilis y VIH cuando estén disponibles. |
| Control de la calidad de los datos y notas para el instrumento de notificación | Es importante NO contar diferentes pruebas realizadas al mismo paciente. Esto es, si una persona se ha realizado pruebas más de una vez en los últimos 12 meses no debería contarse más de una vez. |

| 1.17 Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con sífilis activa (UA 2011 #F5) | |
|---|---|
| Fundamento | Realizar pruebas de sífilis a los hombres que tiene sexo con hombres (HS) es importante para su salud y para propósitos de vigilancia de segunda generación. |
| ¿Qué mide? | El progreso en la reducción de conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis. |
| Numerador | Número de HSH que dieron positivo en las pruebas de sífilis |
| Denominador | Número de HSH que se realizaron las pruebas de sífilis |
| Método y herramientas de medición | <p>Herramientas de medición: Vigilancia centinela y encuestas especiales (por ejemplo, IBBS, encuestas biológicas y de comportamiento integradas), mediante pruebas basadas en la detección de anticuerpos reagínicos y treponémicos.</p> <p>Cómo medir: El enfoque tradicional para determinar la prevalencia ha sido el uso de pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (por ejemplo, VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (por ejemplo, TPHA, MHATP o una prueba treponémica rápida). Últimamente, las pruebas treponémicas rápidas son más fáciles de usar lo que promueve el uso de estas pruebas en la detección, que idealmente iría emparejada con una prueba no treponémica que detecta anticuerpos reagínicos. Cualquiera que sea el enfoque utilizado, para este indicador se necesita un positivo con una prueba no treponémica Y un positivo con una prueba treponémica para dar un indicador de infección activa. Si se realiza una prueba RPR, debería realizarse titulación y ser $\geq 1:8$ para considerarlo sífilis activa.</p> <p>El uso de una sola prueba no treponémica o una treponémica, aunque es útil en algunas situaciones para propósitos terapéuticos, no es suficientemente específica para la vigilancia de los trabajadores sexuales. Requerir ambas pruebas en los trabajadores sexuales difiere del indicador sobre pruebas de sífilis en mujeres que acuden a atención prenatal porque los trabajadores sexuales tienen más probabilidad de tener un historial de infecciones previas. Una prueba positiva treponémica mide la exposición de por vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.</p> |
| Desglose | Ninguno |
| Fortalezas y debilidades | <p>Fortalezas: Exigir la realización de ambas pruebas mejora la especificidad de las cifras notificadas de pruebas positivas. Además, al exigir ambas pruebas se minimiza los cambios artificiales en la prevalencia debido a cambios en el uso del tipo de pruebas.</p> <p>Debilidades: La exigencia de ambas pruebas aumenta la dificultad de adquirir datos para este indicador.</p> |
| Consideraciones adicionales | Para asegurar resultados fiables, la garantía y control de calidad deben ser una parte integral de las pruebas de sífilis. |
| Utilización de los datos | Observe las tendencias en grupos comparables en el tiempo. Compare con datos sobre tendencias de sífilis y VIH cuando estén disponibles. |
| Control de la calidad de los datos y notas para el instrumento de notificación | Es importante NO contar diferentes pruebas realizadas al mismo paciente. Esto es, si una persona se ha realizado pruebas más de una vez en los últimos 12 meses no debería contarse más de una vez. |

Objetivo 2. Reducir en un 50 por ciento la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas para el 2015

| 2.6 Número de personas en terapia de sustitución de opiáceos (siglas en inglés OST) (UA 2011 #C3) | |
|---|--|
| Fundamento | La terapia de sustitución de opiáceos (siglas en inglés OST) representa un compromiso para el tratamiento de la dependencia de opiáceos y para reducir la frecuencia de inyección, preferiblemente a cero. OST es la herramienta de salud pública más efectiva para reducir el consumo de drogas inyectables entre los consumidores de opiáceos. OST también proporciona un apoyo crucial para el tratamiento de otras condiciones de salud, incluido el VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral. |
| ¿Qué mide? | El compromiso nacional y el progreso hacia el tratamiento de la dependencia de opiáceos y la reducción de las probabilidades de transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas. |
| Método y herramientas de medición | Datos de programa |
| Desglose | <i>Unidades administrativas; Urbano, rural</i> |
| Puntos fuertes y débiles | La información sobre el número de personas en OST debería estar disponible de forma rápida y válida ya que suele ser autorizada por las autoridades competentes. |
| Consideraciones adicionales | Por favor consulte la <i>guía Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> de OMS/UNDOC/ONUSIDA (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html , http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf) para obtener el conjunto de indicadores acordados a escala mundial sobre UDI (sólo en inglés). |
| Utilización de los datos | Intentar evaluar si hay suficientes OST disponibles para el número de personas y su distribución que tienen dependencia de opiáceos en el país. |
| Otras referencias | OMS/UNODC/ONUSIDA <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (disponible solo en inglés) http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf |

| 2.7 Número de puntos de prestación de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas (siglas en inglés NSP) (UA 2011 #C2) | |
|--|---|
| Fundamento | Los programas de distribución de agujas y jeringas constituyen una de las intervenciones más eficaces en la prevención de la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables. Este indicador mide que el acceso a agujas limpias es adecuado para la población infectada |
| ¿Qué mide? | Número de puntos del NSP (incluidos los puntos en las farmacias que proporcionan agujas y jeringas sin costo alguno). Disponibilidad de los centros que pueden proporcionar agujas y jeringas limpias a los consumidores de drogas inyectables. |
| Método y herramientas de medición | Datos del programa nacional. |
| Desglose | Numerador: Número de establecimientos que ofrecen OST <i>Unidades administrativas; Urbano, rural</i> |
| Fortalezas y debilidades | Muchos programas de NSP no son "oficiales" y por consiguiente no se contabilizan en los datos del programa nacional. |
| Consideraciones adicionales | <p>Los programas de NSP se refieren a cualquier programa que ofrece acceso a equipos limpios de inyección y a una eliminación segura de los mismo, a través de programas de intercambio fijos o móviles o por medio de las farmacias donde se proporcionan los equipos de forma gratuita. En muchos países, la <i>venta</i> de materiales de inyección en las farmacias constituye una fuente importante, y en ocasiones la única, de materiales limpios accesibles a los consumidores de drogas. Sin embargo, es habitual que las farmacias que venden agujas y jeringas no se contabilicen en las bases de datos de consulta como parte de un programa de salud pública o de reducción de daños. Cuando estas farmacias existen, se deben contabilizar y destacar en la medida de lo posible. Las farmacias que distribuyen agujas y jeringas sin costo alguno, normalmente mantienen registros de las agujas distribuidas como parte del programa que se deben incluir.</p> <p>Por favor consulte la guía <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> de OMS/UNDOC/ONUSIDA (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html, http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf) para obtener el conjunto de indicadores acordados a escala mundial sobre UDI (solo en inglés).</p> |
| Utilización de los datos | Obtenga una idea sobre la disponibilidad de los centros del programa de NSP y las tendencias en el tiempo. Trate de analizar los datos de localización geográfica de los centros del programa de NSP y los datos de distribución geográfica y densidad de población de los UDIs en el país. Por último, evalúe si existen suficientes centros de distribución de agujas y jeringas para el número y la distribución de UDIs en el país. |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | Representatividad nacional: Muchos centros del programa de NSP no son "oficiales" y pueden estar a cargo de ONGs, por lo que es posible que el gobierno no tenga información sobre los mismos. Por favor, trate de evaluar la representatividad nacional del número que usted está notificando. |
| Otras referencias | <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> de OMS/UNDOC/ONUSIDA (disponible solo en inglés) http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf |

Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida

| | |
|--|---|
| <p>3.4. Porcentaje de mujeres embarazadas que conocen su estado de VIH (se han realizado la prueba del VIH y han recibido su resultado -durante el embarazo, durante el parto o durante el periodo de post parto (<72 horas), incluyendo aquellas con conocimiento previo de su estatus de VIH) (UA 2011 #15)</p> | |
| Fundamento | <p>La identificación del estado serológico del VIH de las embarazadas proporciona un punto de acceso para otros servicios de PTMI y es necesaria para adaptar la prevención, la asistencia y el tratamiento a sus necesidades.</p> |
| ¿Qué mide? | <p>Este indicador evalúa los esfuerzos para identificar el estado serológico del VIH de las embarazadas en los 12 últimos meses.</p> |
| Numerador | <p>Número de mujeres embarazadas que conoce el estado de la infección de VIH. Se compone del número de mujeres con estado serológico del VIH desconocido que acudió a los servicios de atención prenatal, atención durante el parto y el parto, y el posparto; se somete a pruebas de detección de VIH y recibe los resultados; más las mujeres con infección por VIH conocida que acudió a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo durante los 12 últimos meses.</p> <p>Mujeres embarazadas con infección por VIH conocida: mujeres que se realizaron la prueba de VIH con resultado positivo en cualquier momento antes del embarazo actual, que asisten a servicios de atención prenatal para un nuevo embarazo. No es necesario realizar de nuevo la prueba a estas mujeres si existen pruebas documentadas de su estado positivo⁶, de acuerdo a las directrices nacionales en materia de pruebas a mujeres embarazadas. No obstante, estas mujeres necesitan servicios de PTMI y se cuentan en el numerador.</p> <p>El numerador es la suma de las categorías a-c que se indican a continuación: (a-1) embarazadas que se someten a las pruebas de detección de VIH y reciben los resultados durante una visita de atención prenatal; (a-2) embarazadas con infección de VIH conocido que acude a atención prenatal por un nuevo embarazo (b) embarazadas con estado serológico de VIH desconocido que asistieron a los servicios de atención durante el parto y el parto, se sometieron a pruebas de detección y recibieron los resultados (c) mujeres con estado desconocido de la infección por VIH que recibieron servicios de atención posparto en el plazo de 72 horas después del parto, se sometieron a pruebas de detección y recibieron los resultados; y mujeres embarazadas (y en periodo de postparto) con estado serológico desconocido: mujeres que no recibieron pruebas durante atención prenatal o durante el parto y el parto de este embarazo o no tienen prueba documental de haberse realizado las pruebas durante el embarazo. (a-1), (b), (c) incluyen todas las mujeres que se realizaron pruebas y recibieron los resultados, cualquiera que sea el resultado de las pruebas. (a-2) incluye mujeres con un estatus positivo de VIH conocido previamente.</p> <p>Desglose por:</p> |

⁶ Generalmente se requiere documentación de la infección por VIH en la mayoría de los escenarios (tarjeta de atención y tratamiento, tarjeta materna de un embarazo anterior u otro tipo de documentación escrita fiable del estado del VIH). Sin una prueba de infección por VIH, las mujeres suelen ser consideradas como "estado desconocido" y, a menudo, se les realiza de nuevo la prueba. Deben consultarse las directrices nacionales.

| | |
|---|---|
| | <p>a) mujeres con infección por VIH conocida (positiva) en la atención prenatal,</p> <p>b) mujeres recién identificadas como VIH positivo y</p> <p>c) mujeres con resultado negativo de VIH (el resto).</p> |
| Denominador | Número estimado de mujeres embarazadas en los últimos 12 meses |
| Método y herramientas de medición | <p>El numerador se calcula a partir de registros de programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos de atención prenatal, durante el parto, el parto y el posparto.</p> <p>En los países con tasas elevadas de asistencia durante el parto y el parto, los datos pueden obtenerse sólo de los registros del parto y parto, dado que los resultados de las pruebas de VIH estarán disponibles para la mayoría de las mujeres embarazadas de este origen.</p> <p>Los registros de los establecimientos de salud deben registrar la infección por VIH conocida en mujeres embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal por un nuevo embarazo. Estas mujeres reciben los servicios para PTMI. Todas las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales que proporcionan servicios de salud y que realizan pruebas y prestan servicios de consejería para mujeres embarazadas deben ser incluidas.</p> <p>El denominador se obtiene mediante una estimación poblacional del número de embarazadas que ha dado a luz en los 12 últimos meses. Este número puede obtenerse a través de una estimación de los nacimientos que aparecen en la oficina central de estadística, en la División de Población de las Naciones Unidas o en el sistema de registro de embarazos con datos completos.</p> |
| Desglose | <p>Fases del embarazo: prenatal, parto y parto, posparto</p> <p>Estado serológico del VIH: número de mujeres seropositivas</p> |
| Fortalezas y debilidades | <p>Este indicador permite que un país siga las tendencias en las pruebas de detección del VIH en las mujeres que asisten a los servicios de atención prenatal. Este indicador no recoge en qué puntos tienen lugar los abandonos durante el proceso de realización de pruebas y de consejería, como tampoco las razones de dichos abandonos. Tampoco es una medida de la calidad de las pruebas y consejería o del número de mujeres que reciben consejería antes de la prueba.</p> |
| Consideraciones adicionales para los países | <p>Los registros de establecimientos de salud deben reflejar la infección de VIH conocida entre las mujeres embarazadas infectadas por VIH que acuden a atención prenatal, mediante un código, un círculo u otro método, para recibir intervenciones posteriores de PMTI.</p> <p>No todas categorías serán aplicables o pertinentes a todos los escenarios (por ejemplo, las mujeres con estado de la infección por VIH desconocido que se someten a la prueba de detección en las 72 horas posteriores al parto). Es posible que los países deseen revisar sus métodos y asignar tiempo y otros recursos para medir las categorías que son apropiadas a su contexto.</p> <p>Para los gestores de los programas puede ser importante usar indicadores subnacionales o por establecimientos para medir tendencias y progresos en las pruebas y el proceso de consejería, como la respuesta en las pruebas y la recepción de resultados.</p> <p>También es importante conocer el número de mujeres cuyo estado de VIH ha sido identificado en cada servicio, por ejemplo, % de mujeres que acuden a atención prenatal cuyo estado serológico es conocido, % de mujeres que acuden a dilatación y parto cuyo estado serológico es conocido, etc.</p> <p>Este indicador podría validarse y triangularse empleando encuestas poblacionales, como encuestas demográficas y de salud o encuestas de grupo de indicadores múltiples, que se realizan 5 años, o la encuesta de indicadores de SIDA, una encuesta poblacional que puede realizarse de una forma más</p> |

| | |
|--|---|
| | periódica. |
| Utilización de los datos | <p>Considere las tendencias en el transcurso del tiempo. Si cuenta con datos desglosados por región, observe si se pueden identificar zonas con menor desempeño. Examine si hay datos sobre el porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y conocen el estado de la infección de VIH (incluidas las que tenían un estado positivo confirmado y las sometidas a pruebas de detección) y el porcentaje de mujeres que reciben atención durante el parto y que conocen su estado.</p> |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <p>Notificación doble: Con este indicador existe el riesgo de notificación doble, dado que una embarazada puede someterse a varias pruebas durante la atención prenatal, el parto, el parto y el posparto. Esta situación puede darse con mayor probabilidad cuando se les realiza la prueba de nuevo en diferentes instalaciones, cuando acuden a atención prenatal o a los servicios de parto y parto sin la documentación de sus resultados anteriores, o cuando se les realiza la prueba de nuevo después de un resultado negativo anterior durante el embarazo. Si bien la doble contabilidad no se puede evitar por completo, los países deben contar con un sistema de recogida de datos y presentación de informes que lo minimice, como el uso de los registros de la atención prenatal que guarda la paciente o el centro, con el fin de probar que se ha realizado la prueba de detección.</p> <p>Por favor, no añada <i>todo</i> el número de mujeres que se sometieron a pruebas en atención prenatal, el parto y el parto para obtener el número <i>total</i> de mujeres sometidas a la prueba. Estamos interesados en conocer el número de mujeres analizadas y no el número total de pruebas (es decir, si a una mujer se le realizó la prueba de detección en los servicios de atención prenatal y de nuevo durante el parto, procuraremos contarla solo una vez). Es importante incluir en el numerador a las mujeres cuyo estado de la infección por VIH se conoce previamente -incluso aunque no se hayan sometido a una prueba de detección del VIH, su infección por el VIH se identifica en intervenciones posteriores de PTMI.</p> <p>Número de mujeres sometidas a las pruebas de detección, así como las que se sometieron a las pruebas y recibieron los resultados: Si fuera posible, indique el número de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección, así como el número de embarazadas sometidas a las pruebas y que recibieron los resultados (esta última cifra no debe ser superior a la anterior).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si su sistema de recopilación de datos no separa actualmente a las mujeres con estado de la infección por VIH conocido y desconocido y usted no puede proporcionar los datos desglosados específicos, examine los datos disponibles y facilite los mejores datos del número de <i>embarazadas cuyo estado se ha identificado</i> durante el embarazo, el parto y parto o durante las 72 horas posteriores al parto. - Por favor, incluya en la sección de "Comentarios" cualquier información que nos ayude a interpretar sus datos. - Por favor, señale cuál es el origen de su denominador. |
| Otras referencias | Indicador clave de monitoreo y evaluación (M&E) PTMI N°3 |

| 3.5 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal cuya pareja masculina se realizó la prueba de VIH (JA 2011 #16) | |
|---|---|
| Fundamento | La participación de los hombres es un elemento crítico en la prestación de servicios centrados en la familia para madres embarazadas infectadas con VIH, sus hijos y miembros de la familia. Es también importante en la prevención de la infección del VIH y puede ayudar a parejas seronegativas a permanecer seronegativas. Las pruebas de pareja son el primer paso para que los hombres participen, independientemente del estatus serológico de su pareja. |
| ¿Qué mide? | El porcentaje de mujeres embarazadas que acude a atención prenatal cuya pareja masculina se realizó pruebas durante el embarazo en los últimos 12 meses. |
| Numerador | Número de embarazadas que acuden a atención prenatal cuya pareja masculina se realizó pruebas en los últimos 12 meses |
| Denominador | Número de embarazadas que acude a atención prenatal |
| Método y herramientas de medición | El numerador puede ser calculado con los registros de los programas nacionales recopilados de los registros de los establecimientos. Las parejas masculinas pueden realizarse la prueba con la mujer en la primera visita de atención prenatal o en una visita de seguimiento o realizarse la prueba solo en una visita por separado, como, por ejemplo, un día reservado para hacer pruebas a hombres. Los datos pueden ser desglosados por atención prenatal o registros de pruebas y consejería dependiendo del contexto. Se deben incluir todos los establecimientos públicos, privados o gestionados por organizaciones no gubernamentales que provean servicios de atención prenatal. Si es factible, los programas pueden considerar recoger datos sobre si la pareja masculina y femenina revela la información el uno al otro en presencia de personal de la clínica. |
| Fortalezas y debilidades | Este indicador permite a los países supervisar los esfuerzos para aumentar la realización de pruebas en la pareja masculina de embarazadas que acuden a servicios de prevención. No mide si el hombre recibe los resultados o servicios de seguimiento. El indicador no tiene en cuenta clientes de servicios de atención prenatal que tienen más de una pareja o cuya pareja cambia con el tiempo. Tampoco incluye parejas que se realizan pruebas de VIH en escenarios distintos a la atención prenatal y que no están relacionados con la atención prenatal (por ejemplo, consejería y prueba voluntaria general o prueba iniciada por el proveedor de salud). Puede que no todos los centros estén recopilando datos sobre las pruebas a hombres o desglosando rutinariamente y notificando los datos. Medir este indicador requiere esfuerzos adicionales y recursos para revisar las herramientas de recolección de datos y resumir los formularios de notificación. |
| Consideraciones adicionales | Aunque realizar la prueba a hombres es una herramienta importante para aumentar su implicación y prevenir la infección durante el embarazo, es también un punto crítico de entrada en la atención para el hombre basada en la familia. Los proveedores de salud deben asegurar y documentar que a todo hombre que de positivo en las pruebas se le ofrecen los servicios de seguimiento apropiados, como parte de una atención integral y un programa de tratamiento. |
| Utilización de los datos | Interprete basándose en el contexto del país y su aplicabilidad. Discuta como aumentar la cobertura. |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | Por favor, facilite cualquier comentario que nos ayude a interpretar la representatividad de los datos. Si es fácil acceder al número de parejas discordantes, por favor, facilite los datos en la sección de comentarios incluyendo comentarios adicionales. |
| Otras referencias | Indicador adicional de PTMI N° A-3 |

| 3.6 Porcentaje de embarazadas con VIH que son elegibles para tratamiento antirretroviral a través del estadio clínico o prueba de CD4 (UA 2011 #17) | |
|---|--|
| Fundamento | Las embarazadas con VIH que satisfacen los criterios clínicos y (cuando es posible) los criterios inmunológicos para recibir TAR deben recibirlo. El TAR ayuda a mantener a las mujeres embarazadas con VIH vivas y saludables y reduce el riesgo de transmisión maternoinfantil. Los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (PTMI) deben realizar dichas evaluaciones. Las mujeres que todavía no reúnen los requisitos para TAR deben recibir profilaxis con fármacos ARVs para la PTMI de acuerdo con las directrices y recomendaciones nacionales. |
| ¿Qué mide? | La cobertura de la evaluación de la elegibilidad para recibir TAR entre mujeres embarazadas con VIH, ya sea clínicamente, usando los criterios de estadio clínico de la OMS o inmunológicamente, realizando el recuento de los linfocitos CD4. Las evaluaciones pueden realizarse en el propio centro o derivarse. |
| Numerador | <p>Número de embarazadas con VIH que han acudido a los servicios de PTMI en los 12 últimos meses y han sido evaluadas para determinar si son aptas para recibir TAR mediante estadio clínico o prueba CD4, ya sea in situ o por referencia.</p> <p>El término “in situ” se refiere a un servicio que se ofrece en una estructura o conjunto de establecimientos de salud. Por ejemplo, las pruebas de detección del VIH pueden estar disponibles en la unidad de atención prenatal, mientras que los ARV para la PTMI se encuentran en la unidad de farmacia para el TAR dentro de la misma estructura del establecimiento de salud. Se considera que estos servicios se prestan en el centro.</p> <p>La referencia puede realizarse dentro del centro o fuera del centro. Se define como el proceso o acto de enviar a un paciente a una unidad de servicio, un proveedor de servicios de salud o un establecimiento de salud diferentes. A menudo los pacientes vuelven al establecimiento de salud, a la unidad de servicio o al proveedor de servicios de salud de origen para proporcionar información sobre los servicios recibidos y proseguir con su seguimiento. Los establecimientos de referencia deben documentar los resultados de los servicios prestados y de los pacientes.</p> <p>Este indicador debe desglosarse por tipo de evaluación (estadio clínico o análisis de los linfocitos CD4). A las mujeres que hayan sido evaluadas mediante el estadio clínico y el análisis de los linfocitos CD4 se las contará sólo una vez como si hubieran sido evaluadas mediante el análisis de los linfocitos CD4.</p> |
| Denominador | Número estimado de embarazadas con VIH en los 12 últimos meses |
| Método y herramientas de medición | <p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>La evaluación puede llevarse a cabo en clínicas de atención prenatal, de atención del VIH, en unidades de tratamiento, en el centro o por derivación. Los datos deben ser agregados en el registro correspondiente, considerando en qué registros se capturan los datos, dónde tiene lugar la evaluación, la posibilidad de doble contabilidad o insuficiente y la necesidad de datos exactos a nivel nacional.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONGs que evalúen la idoneidad de las embarazadas con VIH para recibir TAR, ya sea en el propio centro o mediante derivación.</p> <p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <p>(a) un modelo de proyección como el proporcionado por el software Spectrum:</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>utilice la salida de "número de mujeres embarazadas que necesitan la prevención de transmisión maternoinfantil del VIH", o</p> <p>(b) multiplique el número de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (dato que puede obtenerse a partir de las estimaciones del organismo central de estadística, de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas o del sistemas de registro de embarazos con datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia de la infección por VIH en embarazadas² (que puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por VIH en los consultorios de atención prenatal), si no se encuentra disponible el software Spectrum.</p> |
| Desglose | Método de evaluación de la elegibilidad para recibir ART: análisis de los linfocitos CD4 o estadio clínico |
| Fortalezas y debilidades | <p>La ventaja de este indicador es que permite que los países vigilen en qué medida las embarazadas con VIH están recibiendo una intervención que es fundamental para obtener acceso a TAR por su propia salud.</p> <p>El indicador no recoge si las embarazadas infectadas por VIH que cumplían los requisitos para recibir el TAR en realidad lo han recibido.</p> <p>Aunque cada categoría es mutuamente excluyente, existe el riesgo de doble recuento de este indicador cuando las embarazadas con VIH han sido evaluadas clínica e inmunológicamente, así como cuando son evaluadas en diferentes unidades o en establecimientos diferentes. Los países deben facilitar que existan sistemas para reducir al mínimo el riesgo de doble contabilidad.</p> <p>Este indicador no recoge a las mujeres que pueden haber sido identificadas como seropositivas durante el parto y el parto y que posteriormente fueron evaluadas para determinar si podían recibir TAR.</p> |
| Consideraciones adicionales | <p>Se recomienda que los países desglosen el numerador según el estado de elegibilidad para obtener información adicional sobre las tendencias nacionales en el porcentaje de embarazadas elegibles para recibir TAR</p> <p>En escenarios en los que las embarazadas con VIH son derivadas a otro establecimiento de salud u otra unidad de servicio dentro del mismo establecimiento de salud, los proveedores de servicios de salud deben de realizar el esfuerzo documentar las derivaciones realizadas y los servicios que han recibido estas mujeres en el registro de atención prenatal/PMTI con el fin de mejorar el seguimiento y monitoreo de las pacientes.</p> |
| Utilización de los datos | <p>La meta es alcanzar el 100%. Una vez que se ha alcanzado el 100% repetidamente, el indicador puede quedar obsoleto. Investigue información adicional de datos desglosados sobre elegibilidad evaluada a través de estadio clínico o mediante análisis de los linfocitos CD4, así como cualquier dato acerca de cuándo tiempo se tarda en recibir una análisis de linfocitos CD4 en varios lugares.</p> |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | Por favor, realice cualquier observación que nos ayude a interpretar los datos. |
| Otras referencias | Indicador clave de monitoreo y evaluación (M&E) PTMI N°4 |

| 3.7 Porcentaje de bebés nacidos de madres con VIH que están recibiendo profilaxis antirretroviral para la reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas (es decir, transmisión durante el puerperio alrededor de las 6 semanas de vida) (UA 2011 #19) | |
|---|--|
| Fundamento | El riesgo de transmisión maternoinfantil puede reducirse significativamente mediante métodos complementarios de administración de ARVs (ya sea como tratamiento o como profilaxis) a la madre durante el embarazo y el parto, con profilaxis antirretroviral al bebé y con antirretrovirales a la madre o al niño <12 meses durante el periodo de lactancia (si se da lactancia materna), ejecución de prácticas de parto seguras y alimentación de lactantes más segura. |
| ¿Qué mide? | Los avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil durante el puerperio inmediato mediante la distribución de ARV como profilaxis para los bebés de hasta 6 semanas expuestos al VIH. |
| Numerador | Número bebés nacidos de mujeres con VIH durante los últimos 12 meses que recibieron profilaxis antirretroviral para reducir la transmisión maternoinfantil temprana (es decir, durante el puerperio inmediato, en las primeras 6 semanas). |
| Denominador | Número estimado de bebés nacidos vivos de embarazadas con VIH en los últimos 12 meses |
| Método y herramientas de medición | <p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales agregados de los registros de los establecimientos.</p> <p>Los medicamentos ARVs pueden administrarse a bebés expuestos al VIH poco después del parto, en los centros de parto y parto para el caso de bebés nacidos en centros, en servicios de atención posnatal ambulatorios o clínicas infantiles para bebés nacidos en el hogar y trasladados a un centro o en centros para la atención y tratamiento de VIH u otros centros, en función del país.</p> <p>Pueden emplearse tres métodos para calcular el numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuento en el punto de suministro de ARV. En escenarios con establecimientos con tasas bajas de partos, los datos deben obtenerse de los puntos en los que se suministran los ARV y donde se registran los datos. Existe riesgo de recuento doble en escenarios donde los ARV se proporcionan en distintos momentos o en diferentes unidades de servicios o establecimientos de salud. Los países deben velar para que el sistema de obtención y notificación reduzca al mínimo el recuento doble. - Recuento cerca del momento del parto: En los entornos con establecimientos con una elevada tasa de partos, los países pueden estimar el numerador empleando exclusivamente el registro de partos y contando el número de bebés de hasta 6 semanas expuestos al VIH que han recibido régimen ARV específico al ser dados de alta de la sala de partos. Este quizá sea el método más exacto y fiable para calcular este indicador en los escenarios con establecimientos con una elevada tasa de parto, dado que el régimen ARV correspondiente dispensado se cuenta en el momento del suministro al bebé ≤ 6 semanas. - Recuento en establecimientos de salud postnatal o infantil: Los países pueden contar y agregar el número de niños expuestos al VIH que recibieron profilaxis antirretroviral registrados en clínicas prenatales y o de salud infantil, si la asistencia es elevada y es probable conocer el estado del bebé (por ejemplo, de los registros después del parto o registros independientes o registros integrados de bebés expuestos al VIH). <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONGs que estén proporcionando ARV a niños <12 meses</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>expuestos al VIH para la PTMI.</p> <p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <p>a) un modelo de proyección, como el proporcionado por el software Spectrum; utilice la salida “número de mujeres embarazadas que necesitan prevención de transmisión maternoinfantil” como indicador; o</p> <p>b) multiplique el número de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (que puede obtenerse a partir de las estimaciones del organismo central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas o del sistemas de registro de embarazos con datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (que puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH en las estimaciones de los consultorios de atención prenatal) si no se dispone de proyecciones de Spectrum.</p> <p>Si existen datos sobre el número de nacidos vivos, deben ajustarse los datos para obtener un mejor proxy.</p> |
| Desglose | |
| Fortalezas y debilidades | <p>Este indicador permite que los países monitoricen la cobertura con regímenes ARV distribuidos o iniciados entre bebés ≤ 6 semanas expuestos al VIH para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil de esta infección. Si se desglosa, este indicador puede seguir el aumento del acceso a regímenes de ARVs más eficaces para PMTI en países que están ampliando nuevas categorías de régimen.</p> <p>El indicador determina en qué medida se dispensan los ARV a los niños <12 meses como profilaxis. No recoge si los fármacos se consumieron, por lo que no es posible determinar la adherencia al régimen ni si se completó.</p> |
| Consideraciones adicionales | <p>Los países que han desarrollado mecanismos para que los ARV lleguen a los bebés ≤ 6 semanas en el ámbito comunitario, querrán asegurarse de que existe un sistema de obtención de datos que les permita notificar los lactantes que reciben los regímenes ARV en este ámbito.</p> |
| Utilización de los datos | <p>Compare el valor del indicador con la cobertura del régimen ARV materno (indicador UA 2011 I10) y comente qué pueden significar los datos en el contexto del país. Algunos países quizás quieran investigar aún más y comparar el régimen de profilaxis con ARV del bebé ≤ 6 semanas en relación con el régimen de ARV materno.</p> |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <p>Por favor, realice cualquier observación que nos ayude a interpretar los datos.</p> |
| Otras referencias | <p>Indicador clave de M&E PTMI N°6</p> |

| 3.8 Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que reciben antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el período de lactancia materna (¡NUEVO!) | |
|--|---|
| Fundamento | El riesgo de la transmisión maternoinfantil puede reducirse significativamente mediante el suministro de medicamentos antirretrovirales (como terapia de por vida o como profilaxis) a la madre durante el embarazo y el parto, profilaxis con antirretrovirales al niño <12 meses, y antirretrovirales a la madre o al niño <12 meses durante la lactancia (si se da lactancia materna) y mediante la ejecución de prácticas de parto seguras y alimentación de niños <12 meses más segura. En poblaciones con lactancia materna, las intervenciones con antirretrovirales a las madres o a los lactantes pueden específicamente reducir el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna y deben ser monitoreadas. |
| ¿Qué mide? | Los avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil en poblaciones con lactancia materna mediante la provisión de fármacos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el período de lactancia materna. |
| Numerador | Número de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que, durante los últimos 12 meses, han recibido lactancia materna y una intervención antirretroviral (es decir, ARV a la madre o al niño) para reducir la transmisión maternoinfantil a través de la lactancia materna. |
| Denominador | Número estimado de niños nacidos de mujeres con VIH (niños <12 meses expuestos al VIH) que han recibido lactancia materna en los últimos 12 meses. |
| Método y herramientas de medición | <p>El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales agregados de los registros de establecimientos.</p> <p>Las intervenciones con antirretrovirales para reducir la transmisión del VIH a través de la lactancia materna puede iniciarse poco después del parto en los centros de parto y parto, para el caso de niños nacidos en centros, en servicios de atención posnatal ambulatorios o clínicas infantiles, para niños nacidos en el hogar y trasladados a un centro o en centros para la atención y tratamiento de VIH u otros centros, en función del país.</p> <p>En poblaciones con lactancia materna, se recomienda el uso de antirretrovirales hasta una semana después del cese de la lactancia materna, periodo durante el cual debe monitorearse la cobertura de ARV. En la actualidad, el momento del tiempo propuesto para un indicador nacional para la cobertura de ARV durante la lactancia materna, es a los o alrededor de los 2-3 meses para hacerlo coincidir con el momento de la visita para el diagnóstico temprano del lactante a las seis semanas o la visita para la vacunación DPT3 y para recoger la información en un momento en el que la pérdida para el seguimiento puede ser mínima. La recopilación de este indicador está siendo probada en el campo y las directrices pueden cambiar en el futuro. Se anima a que los países incluyan el monitoreo de la cobertura de ARV durante el período de la lactancia materna en su actual sistema de M&E (para obtener más información, por favor contacten con pmtctmoneval@who.int).</p> <p>Los datos para el numerador deben ser recopilados en el momento de la visita para el diagnóstico temprano del lactante a las seis semanas o la visita para la vacunación DPT3 (2-3 meses) y deben distinguirse de las intervenciones con ARV para prevenir la transmisión durante el parto. Para el caso de niños que reciben lactancia materna, deben registrarse los datos sobre si los antirretrovirales para reducir la transmisión postnatal fueron administrados a la madre o al lactante. También se incluyen en este indicador las mujeres embarazadas con VIH elegibles para TAR, que están recibiendo un régimen de</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>tratamiento y cuyos hijos se benefician del efecto profiláctico del tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna.</p> <p>El denominador debe representar el número de niños <12 meses expuestos al VIH que están recibiendo lactancia materna. En los entornos en los que la mayoría de los niños <12 meses expuestos reciben lactancia materna, el número estimado de niños <12 meses expuestos al VIH podría ser un proxy para el denominador (con algunos ajustes de las muertes infantiles antes de el momento de la medición, si está disponible). En otros entornos, (en los que existe una población considerable de niños <12 meses expuestos al VIH no reciben lactancia materna), será necesario estimar el número de niños <12 meses expuestos al VIH que sí reciben lactancia materna..</p> <p>Pueden usarse tres métodos para calcular el denominador:</p> <p><u>Recuento en el momento del parto:</u> En países en los que existe una alta proporción de mujeres que dan a luz en centros de salud, se puede estimar el denominador de únicamente los registros de parto, registrando y contando el número de niños <12 meses expuestos al VIH cuya práctica inicial de alimentación fue la lactancia materna, como proxy para el denominador.</p> <p><u>Recuento en establecimientos de salud postnatal o infantil:</u> Los países pueden contar y agregar el número de niños expuestos al VIH que recibieron profilaxis antirretroviral registrados en clínicas prenatales y o de salud infantil, si la asistencia es elevada y es probable conocer el estado del niño (por ejemplo, de los registros después del parto o registros independientes o registros integrados de niños expuestos al VIH).</p> <p>Número estimado de mujeres que necesitan PTMI como proxy: en contextos en los que es probable que casi todas las mujeres con VIH vayan a dar lactancia materna, el número estimado de mujeres con VIH que dan a luz (por ejemplo, las mujeres que necesitan PTMI de Spectrum) puede ser revisado como proxy, ajustado para las muertes estimadas, si existen datos disponibles. Este proxy también se puede revisar con datos recopilados de los establecimientos para obtener una mejor idea de qué proporción de la población está siendo recogida en el numerador.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONGs que estén proporcionando ARV para la PTMI del VIH.</p> |
| Desglose | <p>Para el caso de lactantes que reciben lactancia materna, deben registrarse datos sobre si se administró 1) TAR a la madre; 2) profilaxis antirretroviral a la madre; 3) antirretrovirales al niño <12 meses para reducir la transmisión posnatal.</p> <p>Debe registrarse en la sección de “Comentarios” el momento del tiempo representado por los datos (por ejemplo, 3 meses).</p> |
| Fortalezas y debilidades | <p>Este indicador permite a los países monitorear la cobertura de la profilaxis antirretroviral dispensada o iniciado entre los niños <12 meses expuestos al VIH para reducir el riesgo de transmisión postnatal del VIH en las poblaciones con lactancia materna.</p> <p>Este indicador no recoge si los fármacos se consumieron o durante cuánto tiempo por lo que no es posible determinar la adherencia al régimen ni si se completó.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Evaluar la cobertura antirretroviral a lo largo del periodo de lactancia materna sería lo ideal, pero en muchos escenarios se produce una pérdida de seguimiento considerable después de la visita a las 6 semanas por lo que resulta difícil obtener una estimación precisa de la cobertura antirretroviral en un momento posterior. En poblaciones con lactancia materna, se deben concentrar los esfuerzos para asegurar la cobertura antirretroviral durante el período de lactancia materna más allá de las 6 semanas que recoge este indicador.</p> |
| Consideraciones adicionales | <p>Los países que disponen de mecanismos para la administración de fármacos antirretrovirales a las mujeres con VIH que están dando lactancia materna o a niños <12 meses expuestos al VIH durante el período postnatal a nivel comunitario, deben establecer un sistema para recolectar y reportar los datos pertinentes.</p> <p>Se prevé que se llevará a cabo una única intervención con profilaxis antirretroviral, es decir profilaxis ARV a la madre (por ejemplo, la opción B) o al niño <12 meses (por ejemplo, la opción A) dentro de un país. Por ello, no se espera que se recopilen y registren los datos sobre los diferentes tipos de profilaxis para la transmisión postnatal dentro de un país, a excepción del número de madres que reciben tratamiento antirretroviral para su propia salud, protegiendo así a su hijo/a. Sin embargo, debe distinguirse las intervenciones para prevenir la transmisión en el parto de las intervenciones con ARV para prevenir la transmisión postnatal.</p> <p>Los países deben revisar periódicamente los datos para evaluar si se tomó la profilaxis con antirretrovirales durante el tiempo recomendado al completo (hasta el final de la lactancia materna).</p> |
| Utilización de los datos | <p>Comparar el valor del indicador de cobertura del régimen antirretroviral materno (indicador I-10) y discutir lo que los datos pueden significar en el contexto del país. Puede que algunos países deseen explorar más a fondo y hacer una revisión comparativa del régimen de profilaxis antirretroviral para lactancia materna y el régimen antirretroviral para la madre.</p> |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <p>Por favor, realice cualquier observación que nos ayude a interpretar los datos.</p> |
| Otras referencias | <p>Indicador clave de M&E de PTMI N°7</p> |

| 3.9 Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que comenzaron la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento (UA 2011 #110) | |
|---|---|
| Fundamento | <p>La profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol es una intervención sencilla y rentable para prevenir la neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> en niños <12 meses con VIH. Esta infección es la principal causa de enfermedades respiratorias graves en estos niños en países con recursos limitados. A menudo tiene lugar antes de que pueda diagnosticarse la infección por el VIH.</p> <p>Debido a las limitaciones de recursos y logística en el diagnóstico de infección por VIH en niños <12 meses, todos los niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH deben recibir profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol. Se debe comenzar entre 4 y 6 semanas después del nacimiento y continuar hasta que se haya eliminado la infección y los niños <12 meses ya no estén en riesgo de adquirir el VIH a través de la lactancia materna.</p> |
| ¿Qué mide? | La provisión y cobertura de la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol para lactantes expuestos al VIH, de acuerdo con las directrices internacionales ⁷ |
| Numerador | Número de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que comenzaron la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol en los 2 meses posteriores al nacimiento en los últimos 12 months |
| Denominador | Número estimado de embarazadas con VIH que han dado a luz en los 12 últimos meses. |
| Método y herramientas de medición | <p>El numerador se calcula a partir de los registros de programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>Los datos deben obtenerse de los registros de establecimientos apropiados, como los registros integrados o independientes de niños <12 meses expuestos al VIH. El registro utilizado puede depender de dónde se ofrecen los servicios. Por ejemplo, allí donde los trabajadores de establecimientos de atención y tratamiento dan seguimiento a los niños <12 meses expuestos al VIH, los países podrían obtener la información de un registro situado en este sitio.</p> <p>Deben incluirse todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONGs que estén proporcionando profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol a niños <12 meses expuestos al VIH.</p> <p>Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:</p> <p>a) un modelo de proyección, como el proporcionado por el software Spectrum; utilice la salida “número de mujeres embarazadas que necesitan prevención de transmisión maternoinfantil” como proxy; o</p> <p>b) multiplique el número de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (dato que puede obtenerse a partir de las estimaciones del organismo central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas o del sistemas de registro de embarazos con datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas⁸ que puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH en las estimaciones de los consultorios de atención prenatal) si no se dispone de proyecciones de Spectrum.</p> <p>Si existen datos sobre el número de nacidos vivos, deben ajustarse para obtener</p> |

⁷ Directrices sobre profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol para infecciones de VIH entre niños, adolescentes y adultos. Recomendaciones para un acercamiento a la salud pública. Génova. OMS, 2006

⁸ La estimaciones nacionales sobre embarazadas con VIH deben ser obtenidas al ajustar los datos de vigilancia de centros centinelas en clínicas prenatales y otras fuentes, teniendo en consideración características como la distribución de edad y patrones rurales y urbanos de la prevalencia de VIH.

| | |
|--|--|
| | un proxy mejor. |
| Desglose | Ninguno |
| Fortalezas y debilidades | <p>Este indicador permite que los países vigilen el progreso en el seguimiento temprano de los niños <12 meses expuestos, a través de la medición de la provisión de Trimetroprim sulfametoxazol de acuerdo con las directrices internacionales. También puede usarse como un indicador sustitutivo de las visitas de seguimiento de los niños <12 meses en el periodo recomendado que abarca las 4-6 primeras semanas de vida. El indicador recoge sólo a los niños que vuelven a los servicios de seguimiento al cabo de 2 meses. No mide la cobertura <i>real</i> de la profilaxis con Trimetroprim sulfametoxazol de los niños <12 meses expuestos al VIH, dado que es posible que algunos hayan comenzado la profilaxis con Trimetroprim sulfametoxazol después de los 2 meses de vida.</p> <p>Los valores bajos para este indicador apuntarían a un posible embotellamiento en el sistema, entre ellos una posible gestión deficiente de los suministros de Trimetroprim sulfametoxazol en el país, la recopilación deficiente de datos y los sistemas de distribución inadecuados.</p> |
| Consideraciones adicionales | <p>Es posible que los países también quieran documentar la provisión del Trimetroprim sulfametoxazol para niños mayores de 2 meses (<12 meses) expuestos al VIH como una manera de vigilar el progreso general del programa, para identificar los retos existentes en el inicio temprano de la profilaxis con Trimetroprim sulfametoxazol y vigilar el consumo a fin de determinar las necesidades de adquisiciones.</p> <p>La gestión inapropiada de los suministros puede afectar negativamente al valor del indicador y reducir significativamente el acceso al Trimetroprim sulfametoxazol de los niños <12 meses expuestos al VIH. Los países deben velar para que existan sistemas y herramientas apropiados. En particular herramientas para gestionar los sistemas de información logística, para obtener, distribuir y administrar adecuadamente los suministros en los establecimientos, en los distritos y en el nivel central.</p> |
| Utilización de los datos | <p>Los datos también pueden examinarse como una indicación del número de niños <12 meses expuestos que son atendidos en un establecimiento en el plazo de 2 meses después del nacimiento. Si el valor del indicador es bajo, investigue las razones (por ejemplo, si los lactantes expuestos no están acudiendo a los centros en el plazo de 2 meses o si hay desabastecimientos de Trimetroprim sulfametoxazol, etcétera).</p> |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <p>Representatividad nacional: Si este indicador se obtiene a partir de un subconjunto de establecimientos, añada las observaciones pertinentes con respecto a la representatividad.</p> <p>Opciones de triangulación: registros de las farmacias</p> |
| Otras referencias | Indicador clave de M&E de PTMI N°8 |

| 3.10 Distribución de prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución /sucedáneos de leche, alimentación mixta u otras) en niños < 12 meses nacidos de mujeres con VIH en el momento de vacunación DTP3 (JA 2011 #112) | |
|---|--|
| Fundamento | <p>El VIH puede transmitirse durante la lactancia materna incluso en aquellos contextos en los que el 100% de las mujeres embarazadas reciben TAR de por vida o fármacos antirretrovirales como profilaxis para la prevención de la transmisión maternoinfantil. La alimentación mixta antes de los 6 meses de edad aumenta el riesgo de transmisión en comparación con la lactancia materna exclusiva. Por tanto, la OMS recomienda que cuando una madre que sabe que está infectada con el VIH amamanta, deber recibir ARVs para reducir el riesgo de transmisión y alimentar al niño exclusivamente con el pecho durante los primeros 6 meses, introducir alimentación complementaria desde los 6 meses y continuar con el pecho hasta los 12 meses.</p> <p>En la mayoría de los países, la cobertura de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3) cercana a la edad recomendada de 14 semanas es elevada. Por ello, se propone recoger los datos de lactancia en ese momento, ya que los niños <12 meses son vistos en establecimientos de salud. Además, esta fecha se encuentra a mitad de camino entre el nacimiento y el momento en el que se suspendería la lactancia materna exclusiva, haciendo que sea en cierto modo comparable a la manera en que la lactancia materna exclusiva suele registrarse en la población general en la encuesta demográfica y de salud.</p> |
| ¿Qué mide? | La alimentación ⁹ de los niños <12 meses expuestos al VIH, derivado del recordatorio de 24 horas, medido en el momento de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3), que tiene lugar hacia los 3 meses de edad o en la visita más próxima después de los 3 meses. |
| Numerador | <p>Los numeradores se desglosan de la siguiente manera:</p> <p>I12a. Número de niños <12 meses expuestos al VIH alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta o alrededor de la visita para DPT3.</p> <p>I12b. Número de niños <12 meses expuestos al VIH que recibieron alimentación de sustitución hasta o alrededor de la visita para DPT3.</p> <p>I12c. Número de niños <12 meses expuestos al VIH que recibieron alimentación mixta hasta o alrededor de la visita para DPT3.</p> <p>Los numeradores captan solo las prácticas de alimentación de los niños <12 meses con exposición al VIH conocida, que han visitado un establecimiento de salud.</p> |
| Denominador | <p>El denominador es el mismo para los tres indicadores: el número de niños <12 meses expuestos al VIH cuyas prácticas de alimentación se evaluaron en el momento de la visita para DPT3.</p> <p>Los lactantes tendrán una edad de 3 meses o más.</p> |
| Método y herramientas | Los numeradores se calculan a partir de los registros de programas nacionales |

⁹ Las prácticas de alimentación de lactantes medidas con este indicador están definidas como sigue:

Lactancia materna exclusiva: Un lactante recibe sólo leche de pecho y ningún otro líquido o sólido, incluso agua, con la excepción de gotas o jarbes consistentes en vitaminas, suplementos minerales y medicinas, hasta los 6 meses. La leche de pecho se define incluye la leche de nodriza y la leche extraída de la madre.

Lactancia de sustitución (no se da leche de pecho): Alimentar a un lactante que no recibe leche de pecho con una dieta que proporciona todos los nutrientes necesarios hasta que el niño es alimentado totalmente con comidas familiares. Durante los primeros 6 meses, la comida debe ser un sustituto adecuado de la leche materna que suele ser una fórmula comercial. La leche animal modificada en casa ya no se recomienda para lactantes en los primeros 6 meses de vida, salvo como medida de emergencia.

Alimentación mixta (=lactancia materna parcial): Alimentar con leche de pecho y otras comidas o líquidos en lactantes de 0 a 6 meses.

| | |
|-----------------------------|---|
| de medición | <p>obtenidos de los registros de los establecimientos.</p> <p>Lo ideal es que los datos se obtengan de los registros de establecimientos apropiados, como registros integrados o independientes de lactantes expuestos al VIH, dependiendo de dónde tengan lugar los servicios y dónde se registren los datos.</p> <p>En cada visita, el proveedor de servicios de salud debe preguntar acerca de las prácticas de alimentación del lactante durante las 24 horas anteriores, haciendo las siguientes preguntas: “¿Qué le dio de comer o de beber a su hijo ayer, a lo largo del día y de la noche?”. Después de cada respuesta, el proveedor de servicios de salud debe preguntar: “¿Algo más?”. La respuesta se registrará como lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución o alimentación mixta. Aunque estos datos se obtengan y registren en cada visita en la tarjeta de salud del niño, los proveedores de servicios de salud solo deben registrarla una vez durante la visita para la vacunación del DPT3. Este registro se usará para la recopilación y notificación en el nivel nacional. En entornos donde los lactantes expuestos a VIH son vistos en establecimientos de atención y tratamiento, los datos deben ser recogidos en la visita en la que el lactante tiene 3 meses. El denominador se calcula a partir del número total de lactantes expuestos cuyas prácticas de alimentación se evaluaron. No se incluye en el denominador a los lactantes expuestos que no asistieron a los establecimientos. Deben incluirse a todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONGs que proporcionen servicios de seguimiento a los lactantes expuestos al VIH.</p> |
| Desglose | Informe de la distribución de de prácticas de alimentación: Lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución/sucedáneos de leche, alimentación mixta/otra sin categorizar/otros. |
| Fortalezas y debilidades | <p>Los indicadores miden el progreso en la implantación de prácticas de alimentación del lactante más seguras entre las mujeres con VIH y sus lactantes. Puede usarse para indicar la calidad de la consejería respecto a la alimentación del lactante (las tasas bajas de alimentación mixta probablemente indiquen que la consejería y el apoyo respecto a la alimentación del lactante son adecuados) y también para modelar la repercusión de la intervención en un país (véase el indicador clave N.º 12 en la guía de M&E de PTMI, o GARPR 3.3). Cabe señalar que el indicador no ofrece información acerca de la calidad de la alimentación de sustitución que recibe el lactante ni sobre la repercusión de las prácticas de alimentación en la supervivencia infantil.</p> <p>La información puede compararse con las encuestas de la población (por ejemplo, encuestas demográficas y de salud), que vigilan las prácticas de alimentación del lactante en la población general.</p> <p>Los indicadores no pueden reflejar la distribución real de las prácticas de alimentación de los lactantes expuestos al VIH en el ámbito nacional, dado que no incluyen a los lactantes expuestos al VIH que han fallecido, a los lactantes cuyo estado en cuanto a la exposición al VIH no se conoce, ni a los lactantes expuestos al VIH cuyas madres no asistieron a un establecimiento con su lactante para la administración de la DPT3 o por otros motivos hacia los 3 meses de edad aproximadamente.</p> |
| Consideraciones adicionales | Para conocer completamente el grado y el tipo de las prácticas de alimentación de los niños <12 meses, los países pueden considerar la posibilidad de llevar a cabo estudios especiales con una cohorte de mujeres con VIH que elijan la alimentación de sustitución y la lactancia materna exclusivamente. Además de medir las prácticas de alimentación de los lactantes, estos estudios podrían |

| | |
|--|--|
| | <p>examinar las razones por las que las mujeres que han elegido una práctica emplean o no la opción escogida exclusivamente, y si los criterios de aceptabilidad, viabilidad, asequibilidad, sostenibilidad y seguridad estaban presentes. También podría examinar los tipos de alimentos y líquidos que se dan a los lactantes además de la leche materna o la leche maternizada antes de los 6 meses, y cuestiones referentes a la interrupción de la lactancia materna a los 6 meses y la alimentación complementaria a partir de este momento. Los estudios podrían examinar, además, la repercusión del diagnóstico temprano de los lactantes en las prácticas de alimentación y, en el caso de que la repercusión sea negativa, qué puede hacerse para apoyar mejor a las madres en este momento. En los países donde el seguimiento de los lactantes expuestos se ha integrado en los servicios de extensión comunitaria, los programas deben considerar la posibilidad de identificar un sistema para recopilar datos de la comunidad referentes a este indicador.</p> <p>Es posible que los países quieran plantearse la posibilidad de recopilar esta información en otros momentos, por ejemplo, a las 6 semanas y a los 6 meses. Quizá también deseen calcular los indicadores usando diferentes denominadores, como el número estimado de lactantes expuestos al VIH que deberían haber recibido seguimiento.</p> |
| Utilización de los datos | Examine la distribución de las prácticas de alimentación de los lactantes y comente las estrategias para hacer un cambio hacia prácticas de menor riesgo. |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <p>Aporte cualquier tipo de información pertinente que nos permita interpretar mejor los datos notificados.</p> <p>Si no dispusiera de estos datos, incluya en la sección de "Comentarios" una estimación de la distribución de las prácticas de alimentación de niños <12 meses en mujeres con VIH del país.</p> |
| Otras referencias | Indicador clave de M&E de PTMI N°10 |

| 3.11 Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación (JA 2011 #11) | |
|--|--|
| Notas para la herramienta de notificación | <p>Por favor, informe sobre el número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de referencia.</p> <p>Por favor, observe que se cuenta el número de <i>personas</i> y no el número de <i>asistencias</i>, lo que significa que una mujer embarazada que realiza tres visitas a los centros de atención prenatal sólo se contará una vez.</p> <p>Si el número no representa el número nacional (por ejemplo, si sólo se tienen datos del 65% de los distritos o las instalaciones, o si el número representa múltiple visitas en lugar de "al menos una visita"), por favor, comente la representatividad del número que notifica.</p> |

| 3.12 Número de establecimientos de salud que proveen servicios de atención prenatal (JA 2011 #2a) | |
|---|--|
| Notas para la herramienta de notificación | <p>Por favor, notifique del número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de atención prenatal. Si el número no representa el número nacional (por ejemplo, si usted sólo tiene datos de establecimientos públicos aunque los establecimientos privados proporcionen un porcentaje significativo de la atención de la salud en su población), por favor comente sobre la representatividad del número que está notificando.</p> |

| | |
|---|---|
| 3.12 Número de establecimientos de salud que proveen atención prenatal y también prueba CD4 en el mismo lugar o tiene un sistema de colecta y transporte de muestras sanguíneas para la prueba CD4 en mujeres embarazadas con VIH (UA 2011 #I2D) | |
| Notas para la herramienta de notificación | <p>Por favor, notifique el número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de atención prenatal y que además ofrezcan servicios de pruebas CD4, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) In situ b) A través de un sistema de recogida y transporte de las muestras de sangre c) Sin categoría/otros <p>Por favor, desglose por categoría a), b) y c). La suma de las categorías no debe superar el número notificado por el indicador I2.</p> <p>Si el número no representa el número nacional (por ejemplo, si usted sólo tiene datos de establecimientos públicos aunque los establecimientos privados provean un porcentaje significativo de atención de la salud en su población), por favor, comente sobre la representatividad del número que usted está notificando.</p> |

3.12 Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (UA 2011 #13)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Fundamento | TAR es la piedra angular del tratamiento efectivo del VIH y midiendo el porcentaje de establecimientos de salud que ofrece TAR pediátrico se proporciona información de gran valor sobre la capacidad de enfrentarse a la atención del VIH en niños. |
| ¿Qué mide? | <p>Número de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico</p> <p>La capacidad de los establecimientos de salud para facilitar TAR expresada como el porcentaje de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico. Los establecimientos de salud incluyen establecimientos públicos y privados, centros y clínicas de salud (incluidos centros de TB) así como establecimientos de salud que gestionados por organizaciones religiosas u organizaciones no gubernamentales (ONG).</p> |
| Método y herramientas de medición | <p>El numerador se calcula sumando el número de establecimiento que ofrecen servicios de TAR pediátrico. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos se mantiene, normalmente, a escala nacional o subnacional. Los programas nacionales de sida tienen un registro de establecimientos de salud que ofrecen TAR. Un censo o encuesta de establecimientos de salud también puede proporcionar esta información junto con información más detallada sobre los servicios disponibles, siempre y cuando la información se haya recogido de una muestra representativa de establecimientos de salud del país.</p> <p>La respuesta a una serie de preguntas establece si el proveedor en ese establecimiento ofrece servicios de TAR pediátrico directamente o refiere pacientes a otros establecimientos para estos servicios. Además, los registros de establecimientos que documentan el estado actual de la provisión de servicio deben ser consultados. Una limitación potencial de las encuestas y censos de establecimientos es que se realizan una vez cada ciertos años.</p> <p>Los países deben actualizar regularmente los registros de sus programas de establecimientos que ofrecen servicios de TAR pediátrico y complementar estos datos con aquellos obtenidos a través de encuestas y censos de establecimientos cada ciertos años. Para encuestas y centros de establecimientos de salud se pueden utilizar herramientas como la Evaluación de Prestación de Servicios (SPA); la Cartografía de Disponibilidad de Servicio (SAM).</p> <p>No se requiere un denominador en la herramienta de notificación UA pero algunos países que están tratando de expandir el TAR pediátrico nacionalmente pueden considerar <i>El número total de establecimientos de salud, excluyendo aquellos establecimientos especializados donde los servicios de TAR pediátrico no son/serán nunca relevantes</i>, que puede ser calculado sumando el número total de establecimientos incluidos en la muestra. La información para la construcción del denominador puede obtenerse de registros del programa, listas de establecimientos y/o estrategias nacionales o documentos de planificación. Se debe excluir los establecimientos especializados donde los servicios de TAR pediátrico no son/serán nunca relevantes (por ejemplo, establecimientos especializados en cuidado de la vista que nunca introducirá TAR).</p> |
| Desglose | <i>Sector: público, privado</i> |
| Fortalezas y debilidades | Este indicador facilita información de gran valor sobre la disponibilidad de servicios de TAR pediátricos pero no recoge información sobre la cualidad del servicio ofrecido. El TAR es complejo por sí mismo y debe ser ofrecido como |

| | |
|---|---|
| | <p>parte de un paquete de intervenciones de atención, incluido el suministro de la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (CTX), el tratamiento de las infecciones oportunistas y comorbilidades, soporte nutricional y cuidados paliativos. El simple seguimiento de la disponibilidad de TAR no garantiza que todos los servicios relacionados con TAR se ofrecen adecuadamente a aquellos que lo necesitan.</p> <p>No obstante, es importante conocer el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen servicios de ATAR para planificar la expansión del servicio según se necesite y cumplir con los objetivos de acceso universal.</p> <p>Una limitación potencial de los censos y encuestas de establecimiento es que se realizan una vez cada ciertos años y pueden no recoger la información más actualizada especialmente en entornos con una expansión intensa.</p> |
| Consideraciones adicionales | <p>Una estrategia para ampliar los servicios de TAR es hacer que estos servicios, incluido TAR pediátrico, estén disponibles en más establecimientos de salud. Esto se puede realizar descentralizando los servicios de TAR de establecimientos terciarios (como hospitales) a establecimientos primarios o secundarios. La mayor disponibilidad de servicios de TAR pediátrico es un apoyo fundamental para lograr los objetivos de acceso universal del tratamiento. Dependiendo del tipo de epidemia del país, el denominador puede no ser tan relevante si la estrategia del programa de VIH tiene como objetivo un número limitado de establecimientos para ofrecer TAR pediátrico.</p> |
| Utilización de datos | <p>Observe las tendencias en el tiempo. Explore el número de establecimientos que facilita TAR en relación con el número de niños que lo necesita..</p> |
| Control de calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <p>Por favor comente si los datos notificados son de una lista o centro de establecimientos nacionales o de una encuesta. Si son de una encuesta, por favor, recuerde notificar el año de la encuesta. Si se han perdido datos del sector privado u otro, por favor, comente.</p> <p>Si es posible para notificar fácilmente cualquier información adicional de la distribución geográfica de establecimientos que ofrece TAR pediátrico (por ejemplo, urban/rural, porcentaje de establecimientos con TAR en áreas con alta concentración), por favor, facilite detalles adicionales.</p> |
| Otras referencias | <p>Indicadores adicionales recomendados para NAP de ONUSIDA N°5</p> |

| 3.12 Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca (UA 2011 #14) | |
|--|---|
| Fundamento | El diagnóstico temprano del VIH por prueba virológica o a través de gota de sangre seca es crítico para identificar niños <12 meses y poder referirlos inmediatamente a atención y tratamiento y facilitar la toma de decisiones de los proveedores de salud. |
| ¿Qué mide? | El alcance de aquellos países que han ampliado e incrementado el acceso a un diagnóstico temprano de niños <12 meses nacidos de mujeres infectadas con VIH. |
| Numerador | Número de establecimientos de salud que ofrecen prueba virológica para niños <12 meses expuestos a VIH in situ o a través de gota de sangre seca. |
| Denominador | Número total de establecimientos de salud que ofrecen seguimiento a niños <12 meses expuesto a VIH. |
| Método y herramientas de medición | <p>El numerador podría ser calculado por uno de los siguientes métodos en función de la disponibilidad de la información de las instituciones centrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) registros del programa nacional del listado de establecimientos que ofrecen prueba virológica in situ o a través de gota de sangre seca; b) listas de distribución de kits de gota de sangre seca por centro, en tiendas médicas centrales y tiendas privadas o gestionadas por ONG responsables de la distribución nacional o laboratorio nacional de referencia, y c) encuesta o cuestionario en los establecimientos sobre si el centro está ofreciendo pruebas virológicas o a través de gota de sangre seca. <p>En muchos países, las pruebas virológicas se realizan sólo en laboratorios nacionales de referencia o se envían fuera del país debido al coste de comprar máquinas de pruebas virológicas. De este modo, el “suministro” de pruebas virológicas incluye pruebas in situ así como el transporte de gotas de sangre seca en papeles de filtro a un laboratorio de pruebas virológicas. Los centros que refieran a una madre y su hijo a un centro que proporciona estas pruebas virológicas o de gota de sangre seca no están incluidos en el numerador.</p> <p>El denominador comprende todos los establecimientos de salud de cualquier nivel que ofrezcan seguimiento de niños <12 meses expuestos a VIH e incluyen clínicas de salud para la madre y el niño, centros donde la unidad de PTMI es responsable de este seguimiento, centros de nutrición, hospitales de distrito y centros de atención y tratamiento.</p> <p>Deben incluirse a todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONGs que proporcionen servicios de seguimiento a los <12 meses expuestos al VIH.</p> |
| Desglose | <i>Por disponibilidad de test virológico: in situ, a través de gota de sangre seca. Sin categoría/otras categorías existe si usted sabe que se ofrecen pruebas virológicas pero no está seguro de si es in situ o a través de gota de sangre seca</i> |
| Fortalezas y debilidades | Este indicador no mide la calidad de las pruebas virológicas en los centros ni la calidad del sistema en el lugar, incluyendo la duración del tiempo de respuesta, los desabastecimientos de los reactivos de pruebas virológicas o de gota por sangre seca y otros cuellos de botella del sistema. |
| Consideraciones adicionales | Además de seguir la expansión de la capacidad de las pruebas virológicas en los establecimientos de salud, los países pueden desear el seguimiento de cuellos de botella en el sistema para expandir la capacidad de las pruebas a escala nacional y de distrito o en los establecimiento: desabastecimiento de materiales necesarios para realizar las pruebas; tiempos de entrega de los resultados de las |

| | |
|---|---|
| | pruebas; disponibilidades de recursos humanos y formación realizada; herramientas disponibles para seguir muestras adecuadamente y recibir las pruebas. |
| Utilización de datos | Busque tendencias en el tiempo. Revise donde están disponibles los servicios e identifique cualquier vacío. Explore más en profundidad los datos disponibles sobre el tiempo medio que tardan los resultados de las pruebas. |
| Control de calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <ul style="list-style-type: none"> - Doble notificación: Si se recopilan datos de fuentes múltiples, asegure que ningún establecimiento es contado dos veces. - Representatividad nacional: Trate de asegurar que la información de establecimientos no gubernamentales y privados están también disponibles en el nivel central. Si falta información significativa, por favor indíquelo. - Vea explicación del denominador más arriba: El número total de establecimientos de salud se utiliza como proxy, pero si dispone de datos más exactos sobre el denominador de este indicador (por ejemplo, número de establecimientos donde el seguimiento de niños <12 meses es posible), por favor, notifique el número (o una estimación) en la sección <i>Comentarios</i>. |
| Otras referencias | Indicador adicional PTMI A-2 |

Objetivo 4. Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015

4.1. Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente reciben tratamiento antirretroviral (UA 2011 G2a)

Tenga en cuenta que el indicador sobre el porcentaje es descrito en las Directrices de GARP (p. 68-69), mientras que el siguiente indicador sobre el número de adultos y niños elegibles es específico de la presente Guía.

| 4.1 Número de adultos y niños elegibles que han comenzado tratamiento antirretroviral durante el periodo de notificación (2011) (UA 2011 G2b) | |
|---|--|
| Fundamento | Además de la cobertura, es importante el monitoreo del inicio del TAR. Comparar la evolución del número de personas en TAR al final de los años (indicador G2) no informa sobre el número de recién iniciados ya que en el primer año de TAR el desgaste es máximo. Esto significa que no todos los pacientes nuevos iniciados en el año de referencia continúan al final del año. Por lo tanto, es importante capturar la cifra exacta de pacientes recién iniciados en TAR durante el año de referencia. |
| ¿Qué mide? | Número de adultos y niños elegibles recién iniciados en TAR durante el año de notificación (2011) La evolución anual del número de nuevos pacientes inscritos en TAR |
| Numerador | Los registros de los establecimientos de TAR y los formularios de gestión de suministro de medicamentos. Contando el número de pacientes recién inscritos en TAR durante el periodo de referencia. Los pacientes con registros transferidos desde otro establecimiento y que temporalmente pararon el tratamiento y han empezado de nuevo en el periodo de referencia no deben ser contados (riesgo de doble contabilidad) Los medicamentos de TAR tomados para evitar la transmisión materno-infantil (excepto TAR para la salud de la propia madre) y la profilaxis de post exposición no se incluyen en este indicador. |
| Desglose | Sexo: Masculino, femenino Edad: <1, 1-4, 5-14, 15+ <i>se incluirá en la sección de comentarios si está disponible</i> |
| Fortalezas y debilidades | Este indicador permite vigilar las tendencias en la iniciación pero no trata de distinguir entre diferentes formas de TAR, ni medir el costo, la calidad o eficacia del tratamiento administrado. Estos variarán dentro del país y entre países y pueden cambiar con el tiempo. El grado de utilización de TAR dependerá de factores como el coste en relación con los ingresos locales, la infraestructura y la calidad del servicio prestado, la disponibilidad y la respuesta a la consejería voluntaria y los servicios de pruebas, la percepción de eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento. |
| Consideraciones adicionales | Este indicador debe ser analizado a la vista de la "lista de espera". Por ejemplo, pacientes elegibles para TAR pero no iniciados. |
| Utilización de los datos | Además del número de pacientes de edad retenidos en TAR (TAR retenido) el número de pacientes recién iniciados es necesario para la planificación precisa de recursos y el aprovisionamiento de medicinas (evitando la escasez y el desecho). |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | Doble notificación: Si los pacientes transferidos no están registrados correctamente y si los pacientes seguidos en diferentes sitios no están identificados, se corre el riesgo de la duplicación de informes que podrían conducir a una sobreestimación de la cobertura de TAR. Si este es el caso, por favor, incluya comentarios. De forma parecida, si los pacientes dejan temporalmente el TAR y lo reinician se les codifica como nuevos pacientes, lo que sobreestimaré el número real de |

| | |
|-------------------|---|
| | <p>pacientes recién iniciados.</p> <p>Representatividad nacional: El numerador es un indicador nacional acumulado, por lo general producido por todos los establecimientos de salud, de lo contrario se podría subestimar la cobertura de TAR. Por favor, comente sus datos cuando sea necesario.</p> <p>Opciones de triangulación: Informe de farmacia, comparando el número de nuevos pacientes en el registro de la farmacia y en registro de TAR.</p> |
| Otras referencias | Indicador y directrices PEPFAR |

| | |
|--|---|
| <p>4.2 Porcentaje de adultos y niños con VIH vivos y que están en TAR</p> <p>(b) 24 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante 2009, (UA 2011 G3b)</p> <p>(c) 60 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante 2006 (UA 2011 G3c)</p> | |
| Fundamento | El TAR es una intervención de por vida. Medir la retención en TAR es crítico para determinar la efectividad de los programas, infiriendo su impacto y resaltando los obstáculos para su expansión y mejora. |
| ¿Qué mide? | Este indicador mide la retención en TAR relacionada con el aumento de la supervivencia y con la voluntad de seguir en dicho tratamiento. Debe registrarse a los 12 meses y durante una mayor duración del seguimiento; aquí se describe la retención de 24 y 60 meses (la retención de 12 meses se incluye en la guía de GARPR). Este indicador completa la cobertura del programa midiendo la eficacia. |
| Numerador | Número de adultos y niños vivos y en TAR (b) 24 meses, (c) 60 meses después de iniciar el tratamiento (entre los que iniciaron TAR en b) 2009 y c) 2006). |
| Denominador | <p>b) A los 24 meses: número total de adultos y niños que iniciaron TAR en 2009 (u otro periodo especificado), que se esperaba alcanzaran resultados a los 24 meses dentro del periodo de notificación 2011 (o 24 meses después del periodo de inicio especificado), incluyendo a aquellos que murieron desde el inicio del TAR, los que abandonaron el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al mes 24.</p> <p>c) A los 60 meses: número total de adultos y niños que iniciaron TAR en 2006 (u otro periodo especificado), que se esperaba alcanzaran resultados a los 60 meses dentro del periodo de notificación 2011 (o 60 meses después del periodo de inicio especificado), incluyendo a aquellos que murieron desde el inicio del TAR, los que abandonaron el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al mes 60.</p> |
| Método y herramientas de medición | <p>Numerador y denominador: herramientas de monitoreo de los programas, registro de TAR y formularios de notificación de análisis de cohortes.</p> <p>Al medir la retención para los 3 diferentes intervalos, es importante seleccionar cuidadosamente a los pacientes según el período en que han comenzado y revisar los resultados al llegar a la duración prevista de seguimiento.</p> <p>La evaluación de los resultados a los 12 meses debe incluir todos los pacientes que se iniciaron en el último año; a los 24 meses todos los pacientes que se iniciaron hace dos años; y a los 60 meses todos los pacientes que se iniciaron hace 5 años. Si los datos disponibles no encajan en este periodo estándar anual es importante especificar el periodo en el que los pacientes se han iniciado.</p> |
| Desglose | Entre la gente que comenzó (denominador), además de notificar (1) el número de las personas con vida y en tratamiento (numerador), también es importante notificar (2) el número de pérdidas de seguimiento, (3) el número de los que abandonaron el tratamiento y (4) el número de los que fallecieron. Estos cuatro resultados se deben sumar el número de personas que comenzaron TAR. |

| | |
|--|--|
| | Al generar información en los establecimiento, los pacientes transferidos al centro deben incluirse en las estadísticas y los pacientes trasladados fuera del centro deben ser excluidos. En la recopilación de los informes de los centros, se suma a escala nacional el número de pacientes trasferidos al centro y los transferidos fuera del centro. Estas estadísticas deben ser notificadas para el análisis de los 12 meses. |
| Fortalezas y debilidades | La continuación del TAR se relaciona principalmente con la supervivencia (pero también con la voluntad de proseguir el tratamiento). La supervivencia podría reflejar los servicios ofrecidos, pero también depende de las características básicas de los pacientes que han comenzado el TAR. Las clasificaciones clínicas, inmunológicas y virológicas son factores predictivos independientes de la supervivencia bajo TAR. Las características iniciales de la cohorte de pacientes deben ayudar a interpretar los resultados y, en particular, a comparar los centros de TAR. |
| Consideraciones adicionales | Si no se dispone de los datos sobre retención a 24 meses o 60 meses para pacientes que iniciaron el tratamiento antirretroviral en 2009 o 2006 respectivamente, pero se dispone de los datos de pacientes que iniciaron tratamiento antirretroviral durante un periodo de tiempo anterior, (por ejemplo, 2008 ó 2007, ó 2005 ó 2004), por favor especifique dicho periodo en la sección de "comentarios". Por ejemplo, "Inició el tratamiento antirretroviral entre [mes]/[año] y [mes]/[años]. El numerador no requiere que los pacientes hayan estado en TAR de forma continua durante el período de 24-60 meses. Por ejemplo, los pacientes que no han acudido a una o dos citas o recogidas de medicamento y pararon temporalmente el tratamiento desde el momento en que lo iniciaron pero están registrados como en tratamiento en el mes 24-60, se incluyen en el denominador. Por el contrario, aquellos pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o son pérdidas de seguimiento a los 24-60 meses de su inicio no se incluyen en el numerador. En los países donde este indicador no se produce en todos los centros de TAR, sino en un subconjunto de las instalaciones, los datos deben interpretarse teniendo en cuenta la representatividad y debe incluirse en la sección de "comentarios". |
| Utilización de los datos | Anote cualquier retención particularmente baja y evalúe las causas, analizando la distribución de aquellos que no están en TAR: muerte, abandono del tratamiento, pérdida de seguimiento. Si los datos están disponibles, intente evaluar a la población que abandonó el tratamiento para comprobar la probabilidad de que hayan fallecido, hayan abandonado el tratamiento o hayan sido transferidos. Compare cohortes. |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | Representatividad nacional: Si este indicador sólo se elabora en un subconjunto de establecimientos, deben añadirse comentarios acerca de la fuente de información, el tamaño de la muestra y sobre si la información es representativa de todos los centros de TAR. |

| 4.3 Porcentaje de establecimientos de salud que ofrece TAR (UA 2011 #G1) | |
|--|---|
| Fundamento | El TAR es una de las piedras angulares del tratamiento eficaz del VIH. Medir el porcentaje de establecimientos de salud que proporcionan TAR aporta información valiosa sobre la disponibilidad de dicho tratamiento. |
| ¿Qué mide? | <p>Número de establecimientos de salud que ofrece TAR (por ejemplo, prescribe y/o proporciona seguimiento clínico)</p> <p>La capacidad de los establecimientos de salud para ofrecer TAR expresada en el porcentaje de centros de salud que ofrecen TAR (por ejemplo, prescribe y/o proporciona seguimiento clínico).</p> <p>Los establecimientos de salud incluyen establecimientos públicos y privados, centros de salud y clínicas (incluidos los centros de TB), así como establecimientos de salud dirigidos por entidades religiosas u ONGs.</p> |
| Método y herramientas de medición | <p>El numerador se calcula sumando el número de establecimientos que reporta sobre la disponibilidad de servicios de TAR. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos se mantiene generalmente a escala nacional o local. Los programas nacionales de sida deben tener un registro de todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR.</p> <p>Un censo o una encuesta de los establecimientos de salud también pueden suministrar esta información, junto con información más exhaustiva sobre los servicios disponibles a condición de que dicha información se obtenga de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas determinan si los proveedores de ese establecimiento prestan servicios de TAR directamente (es decir, prescriben el TAR o realizan el seguimiento clínico de los pacientes que lo reciben) o envían a los pacientes a otros establecimientos de salud para que reciban estos servicios. Además, deben consultarse los registros de los establecimientos que documentan el estado actual de la prestación de servicios. Una posible limitación de las encuestas o los censos de establecimientos es que generalmente sólo se realizan una vez cada cierto número de años.</p> <p>Los países deben actualizar regularmente los registros de sus programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de TAR y han de complementar estos datos con los obtenidos mediante una encuesta o un censo de establecimientos de salud cada cierto número de años. Para las encuestas o los censos de establecimientos de salud, pueden usarse herramientas como la Evaluación de Prestación de Servicios (<i>Service Provision Assessment - SPA</i>) o el Mapeo de disponibilidad de servicio (<i>Service Availability Mapping - SAM</i>).</p> |
| Desglose | <i>Sector: público, privado</i> |
| Fortalezas y debilidades | Este indicador aporta valiosa información sobre la disponibilidad de servicios de TAR en establecimientos de salud, pero no obtiene información sobre la calidad de los servicios prestados. El TAR es complejo en sí mismo y debe administrarse como parte de un paquete de intervenciones de atención que incluye la provisión de profilaxis con Trimetroprim sulfametoxazol (CTX), el tratamiento de las infecciones oportunistas y de las enfermedades concomitantes, el apoyo nutricional y los cuidados paliativos. La simple vigilancia de la disponibilidad de TAR no garantiza que todos los servicios relacionados con dicho tratamiento se presten adecuadamente a quienes los necesiten. No obstante, es importante saber qué porcentaje de establecimientos de salud prestan servicios de TAR, con el fin de hacer planes para ampliar los servicios según sea necesario para alcanzar las metas de acceso universal. |
| Consideraciones | <ul style="list-style-type: none"> •Una estrategia para ampliar los servicios de TAR es hacer que dicho tratamiento |

| | |
|--|--|
| adicionales | <p>esté disponible en más establecimientos de salud. Esto puede lograrse descentralizando los servicios de TAR desde los establecimientos terciarios (por ejemplo, hospitales) hacia los establecimientos de salud de nivel primario o secundario. La mayor disponibilidad de estos servicios brinda un apoyo crucial para lograr el objetivo de acceso universal al tratamiento del VIH para el 2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Según el tipo epidémico del país, es posible que el denominador no sea tan relevante si la estrategia de los programas de VIH pretende dirigirse a un número limitado de emplazamientos en los que ofrecer el TAR. |
| Utilización de los datos | <p>Se emplean para observar el progreso en el porcentaje de establecimientos de salud que proporciona TAR. El análisis de datos geográficamente, por tipo de establecimiento de salud y la triangulación de los datos con las estimaciones de la densidad del VIH puede proporcionar una visión sobre dónde es preciso aumentar la disponibilidad de los servicios de TAR.</p> |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <p>Por favor, comente si los datos notificados proceden de una lista o un censo nacional de establecimientos o de una encuesta. Indique, asimismo, si faltan datos del sector privado o de otros sectores.</p> <p>Si es posible notificar fácilmente cualquier información adicional sobre la distribución geográfica de los establecimientos que ofrecen TAR (por ejemplo, zonas urbanas y rurales, porcentaje de establecimientos que ofrecen TAR en zonas con gran concentración de personas con VIH/SIDA), aporte esta información complementaria.</p> |
| Otras referencias | Indicadores adicionales recomendados por NAP N°5 |

| 4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses (UA 2011#H1) | |
|---|---|
| Fundamento | A medida que los países amplían los servicios de TAR, es importante conseguir que los antirretrovirales (ARV) estén al alcance de aquellos que los necesiten. El TAR es una estrategia de tratamiento a largo plazo para las personas con infección avanzada del VIH por lo que las interrupciones del tratamiento pueden conducir al fracaso terapéutico y a la farmacorresistencia del VIH. Es necesaria una gestión eficiente de los para asegurar que un suministro ininterrumpido de los ARV necesarios. |
| ¿Qué mide? | Este indicador mide un aspecto clave de la gestión del suministro de ARV: si los establecimientos de salud que dispensan dichos fármacos se han quedado sin reservas de al menos uno de los ARV necesarios durante los 12 últimos meses. |
| Numerador | Número de establecimientos de salud que dispensa ARV y que ha experimentado el desabastecimiento de uno o más fármacos ARVs necesarios durante los 12 últimos meses |
| Denominador | Número total de establecimientos de salud que dispensa ARVs. |
| Método y herramientas de medición | <p>Esta información se recoge a escala central, donde los establecimientos de salud envían sus informes de control de inventario o formularios de pedido de los ARVs. Estos formularios tienen información sobre los pacientes en TAR, datos de consumo e información sobre existencias disponibles y desabastecimiento si fuera el caso.</p> <p>Este indicador requiere las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes de control de inventario de los establecimientos de salud indicando también el stock de cada artículo en el informe. • Formularios de pedido enviados desde los establecimientos durante un período de tiempo definido (por ejemplo, plazo desde el último pedido, el último trimestre, el año pasado) de los ARVs. • Lista de los ARVs que cada establecimiento espera dispensar, si no está ya incluida en los informes de control de inventario o formularios de pedido. <p>Todo lo arriba indicado funciona si el sistema de información para la gestión logística (<i>Logistics Management Information Systems - LMIS</i>) nacional está operativo. Si no lo está, se pueden utilizar encuestas de establecimientos de salud como la Evaluación de Prestación de Servicios (<i>Service Provision Assessment - SPA</i>) o Mapeo de disponibilidad de servicio (<i>Service Availability Mapping - SAM</i>), siempre que incluyan preguntas sobre los desabastecimientos de ARVs.</p> <p>Si existe un sistema nacional de información para la gestión logística con información sobre la disponibilidad de ARVs en establecimientos de salud, se debe obtener información de dicho sistema para elaborar este indicador. Como alternativa, se puede recopilar la información a través de una encuesta especial o de visitas a los centros. Si sólo un número limitado de establecimiento de salud dispensara ARVs en el país, se incluirán todos ellos en la encuesta o en las visitas. Si por el contrario el número fuera muy elevado, puede ser preciso seleccionar una muestra representativa del total de establecimientos de salud que dispensen ARV (la lista total debe estar disponible en el ámbito nacional). Durante el muestreo es importante asegurar que la muestra incluya diferentes niveles (nivel central, de distrito y periférico). En los países donde los ARVs se dispensen en las farmacias y otros de establecimientos no sanitarios, también</p> |

| | |
|--|--|
| | deben vigilarse los desabastecimientos en estos lugares; la viabilidad dependerá de la cobertura del sistema de información para la gestión logística. |
| Desglose | <i>Sector: público, privado</i> |
| Fortalezas y debilidades | <p>Este indicador recoge un componente crucial del programa de TAR: si existe o no un suministro continuo e ininterrumpido de medicamentos ARV en los establecimientos de salud.</p> <p>No obstante, este indicador no suministra información sobre las causas de los problemas de desabastecimiento, sobre qué ARV están agotados o sobre cuánto duró el desabastecimiento de un ARV concreto. Tampoco informa sobre de la calidad del almacenamiento, la entrega y la distribución de los medicamentos ARVs.</p> |
| Consideraciones adicionales | <p>En algunas situaciones, el monitoreo de los desabastecimientos por sí solo podría resultar engañoso, ya que un establecimiento puede mantener existencias de reserva pero tener la política de no distribuir las. Según la definición de este indicador, estos establecimientos no serían contabilizados entre los que han sufrido desabastecimiento, ni siquiera aunque un paciente no haya recibido un ARV necesario para su tratamiento. En aquellos escenarios donde las reservas no se distribuyen durante un desabastecimiento es preferible obtener información sobre un desabastecimiento funcional (es decir, la incapacidad a acceder o usar un ARV necesario).</p> |
| Utilización de los datos | <p>Si se producen desabastecimientos, evalúe si el problema reside en el sistema de distribución nacional o si se trata de un problema local. Averigüe si la razón se debe a las estimaciones de la orden de suministro, al sistema de distribución o a cualquier otra cuestión. Utilice este indicador como una oportunidad de ver si el sistema de información de gestión logística está funcionando.</p> |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <p>Indique si los datos se basan en datos nacionales o en datos de encuestas de una muestra de establecimientos. Por favor, realice cualquier otro comentario que pueda ayudar a interpretar los datos (por ejemplo, si sólo se incluyen datos del sector público o del privado y si puede haber una sobrevaloración o infravaloración).</p> |

| 4.6 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y elegibles para la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (CTX) (según las directrices nacionales) que en la actualidad reciben profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (UA 2011 #D1) | |
|---|---|
| Fundamento | La profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (CTX) es una intervención crítica para prolongar la vida en adultos y niños infectados con el VIH, reduciendo enormemente la incidencia de infecciones oportunistas e infecciones bacteriales. Es importante asociar la profilaxis CTX con TAR para prevenir infecciones durante la recuperación inmune. |
| ¿Qué mide? | Suministro y cobertura de la profilaxis CTX para adultos y niños inscritos en atención del VIH de acuerdo a criterios nacionales. |
| Numerador | Número de adultos y niños inscritos en atención del VIH, elegibles para la profilaxis CTX (de acuerdo con las directrices nacionales sobre profilaxis con CTX) y que lo han recibido en su última visita (de acuerdo con las directrices nacionales sobre profilaxis con CTX) registrado durante el último periodo de notificación. |
| Denominador | Número de adultos y niños inscritos en atención del VIH y elegibles para profilaxis CTX durante su última visita (de acuerdo con las directrices nacionales sobre profilaxis con CTX) registrado durante el último periodo de notificación. |
| Método y herramientas de medición | Se puede obtener este indicador a través del uso de la muestra anual de tarjetas de pacientes con VIH. Numerador: En la página de encuentro de tarjeta de atención de VIH/TAR, marque el estadio de la OMS y las columnas de CD4 para el último CD4 disponible y para el estadio clínico de la OMS y determine la elegibilidad de CTX de acuerdo con las recomendaciones nacionales de profilaxis CTX. Para aquellos elegibles, en la columna de CTX cuente todos aquellos que en la última visita estaban en CTX. Denominador: Cuente a todos aquellos que son elegibles para la profilaxis CTX de acuerdo a las directrices nacionales sobre profilaxis CTX durante la última visita en el periodo de notificación. |
| Desglose | Edad: Más de 5, 5-14, más de 15 Estado de embarazo: Mujeres embarazadas infectadas con VIH |
| Fortalezas y debilidades | A pesar de la política nacional, la profilaxis CTX no se implementa completamente siempre. Además, la baja cobertura podría reflejar potenciales cuellos de botella en el sistema tales como pobre gestión del suministro de CTX, pobre recolección de datos e inadecuada distribución del sistema. |
| Consideraciones adicionales | Este indicador que refleja cobertura debe ser también interpretado teniendo en cuenta las recomendaciones nacionales de CTX |
| Utilización de los datos | Idea general de si aquellos que requieren CTX la están recibiendo. Explore valores desglosados para ver si hay patrones en establecimientos individuales o a escala subnacional (por ejemplo, desabastecimiento en determinados centros) que pueden ser corregidos |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <ul style="list-style-type: none"> • Representatividad nacional: Si el indicador se obtiene de un subgrupo de establecimientos, se deben añadir comentarios sobre representatividad. Por favor, comente cómo se han derivado los datos. • Cuestiones del denominador: La proporción de personas inscritas en atención del VIH elegibles para CTX depende de la política nacional. Por favor, comente cualquier suposición hecho sobre aquellos en atención de VIH elegibles para CTX. • Opciones de triangulación: Registro de farmacias |

Objetivo 5. Reducir en un 50 por ciento las muertes por tuberculosis en personas con VIH para el 2015

| 5.2 Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis (UA 2011 #E1) | |
|---|--|
| Fundamento | El control de la infección de la tuberculosis es parte de la estrategia de los “Tres Unos” para controlar la epidemia VIH/TB (junto a la intensificación de la búsqueda activa de casos y terapia preventiva de Isoniazida). |
| ¿Qué mide? | El indicador mide si los establecimientos de salud que reciben un gran número de personas con VIH han implementado medidas para prevenir el riesgo transmisión de TB de persona a persona |
| Numerador | Número de establecimientos de salud que facilitan servicios de TAR para personas que viven con VIH con prácticas demostrables de control de la infección de la TB consistentes con las directrices internacionales |
| Método y herramientas de medición | <p>Metodología:</p> <p>Revisión en el establecimiento de las políticas escritas de control de la infección respondiendo si/no a las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Existe un plan de control de la infección por escrito? - ¿Existe una persona responsable para la implementación del plan de control de la infección de TB? - ¿Está el área de espera bien ventilado (por ejemplo, puertas y ventanas abiertas) - En caso de sospecha de que un paciente puede estar infectado de TB, ¿es identificado a la llegada al establecimiento y separado del resto de pacientes? - ¿Los casos TB notificados entre los trabajadores de salud se siguen y notifican regularmente? <p>Para que se considere que un establecimiento tiene una política de control de la infección de TB consistente con las directrices internacionales, se requiere una respuesta positiva a todas las preguntas. Si se responde de manera positiva a la pregunta sobre la existencia de un plan de control escrito se debe tener disponible una copia en papel del plan. Es necesaria también la documentación de otros componentes.</p> <p>Periodicidad: recopilación anual en cada establecimiento en el momento de las visitas de supervisión y/o revisión externa de las actividades de TB/VIH o revisión de los programas de VIH.</p> <p>Instrumentos de medición: Lista de comprobación de revisión de la instalación.</p> |
| Desglose | Ninguno |
| Fortalezas y debilidades | La existencia de una política de control de la infección escrita que se ocupa de la TB y es compatible con las directrices internacionales es el primer paso para asegurar el control de la infección de la TV en los establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH. Sin embargo, la existencia de una política no significa que se aplique efectivamente. Se requiere más investigación para determinar si la política de control de infecciones se aplica y se cumple. El análisis de la política implica un juicio subjetivo que puede limitar su uso en las comparaciones entre países y en la captación de tendencias en el tiempo. Este indicador mide más allá de la existencia de una política de control de la infección al definir las normas que |

| | |
|--|---|
| | deben cumplirse para que exista una práctica aceptable que aborde el control de la infección de TB en establecimientos de salud que facilitan servicios de TAR a personas que viven con el VIH de acuerdo a directrices internacionales, lo que elimina algunos, aunque no todos, los juicios subjetivos. |
| Consideraciones adicionales | Responsabilidad: Programas de VIH |
| Utilización de los datos | Objetivo 100%: Todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR deben implementar un control de la infección de TB para prevenir la transmisión de TB de persona a persona |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | Visitas de supervisión y encuestas en los centros de salud |
| Otras referencias | Guía para el seguimiento y la evaluación para actividades TB/HIV colaborativas disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598194_eng.pdf (en inglés) |

| 5.3 Porcentaje de adultos y niños recientemente incluidos en la atención de la infección por el VIH, que han iniciado terapia preventiva con Isoniacida (TPI) (UA 2011 #E3) | |
|---|--|
| Fundamento | Asegurar que individuos con VIH elegibles están recibiendo tratamiento por infección de TB latente y de este modo reducir la incidencia de TB en gente con VIH. |
| ¿Qué mide? | Número de adultos y niños inscritos recientemente en atención del VIH que empezaron tratamiento por TB latente (terapia preventiva de TB, <i>TB Preventive Therapy - TBPT</i>), terapia preventiva con isoniazida (TPI) expresada como un porcentaje del total del número de adultos y niños inscritos recientemente en atención VIH en un periodo determinado. |
| Numerador | Número de adultos y niños recientemente inscritos en atención al VIH que empiezan (al menos facilitada una dosis) terapia preventiva isoniazida durante el periodo de notificación. |
| Denominador | Número de adultos y niños inscritos recientemente en atención del VIH en el periodo de notificación. |
| Método y herramientas de medición | Tarjeta de tratamiento del VIH y registro de atención del VIH modificado. Los datos necesarios para este indicador se recogen de los registros de pre-TAR y TAR en centros de servicios de atención del VIH, dependiendo de si se administra terapia preventiva de TB (TBPT). Los pacientes con VIH deben ser examinados de TB. A aquellos pacientes que no tienen evidencias de TB activa se les ofrecerán TBPT de acuerdo a las directrices determinadas nacionalmente. Todos aquellos que acepten TBPT y reciban al menos la primera dosis del tratamiento deben ser notificados. Esta información se notifica en una columna extra en el registro de atención del VIH. Predecir con exactitud las necesidades de medicamentos para la gestión del suministro requiere la recolección de información más detallada. |
| Desglose | Ninguno |
| Fortalezas y debilidades | El tratamiento de la infección de TB latente reducirá la incidencia de desarrollo de TB en personas que viven con VIH que están infectados con TB pero que no tienen la enfermedad activa. Incluir pacientes a los que se ha facilitado al menos una dosis es relativamente fácil, incluso en entornos con recursos limitados. Esta es la información mínima necesaria para asegurar que la terapia preventiva de TB está siendo ofrecida a clientes con VIH sin evidencia de TB activa. Sin embargo, a menos que se recopilen más datos, este indicador no ofrece información sobre cuántos pacientes se adhieren o completan el curso de terapia preventiva de TB. Se necesitan muchos más recursos para recoger más datos completos, pero los programas pueden llevar a cabo estudios periódicos para establecer, por ejemplo, las tasas de adherencia y la precisión del cuestionario de tamizaje. |
| Consideraciones adicionales | El registro de una farmacia que facilita terapia preventiva de TB debería registrar la asistencia de pacientes para recoger más medicinas (normalmente mensualmente). A partir de estos registros, los establecimientos podrían ser capaces de notificar el número de casos nuevos y continuados y la finalización de tratamientos trimestralmente. Si esa información se recoge de manera rutinaria, el indicador de elección sería "número de pacientes con VIH que finalizan el tratamiento de la infección latente de TB, como un porcentaje del número total de clientes VIH-positivos que empezaron ese tratamiento". A partir de los centros de pruebas pilotos se puede esperar que el 10-50% de los pacientes que resultaron |

| | |
|--|--|
| | positivos en la prueba de VIH comiencen terapia preventiva en TB. Algunos no reunirán los requisitos de idoneidad, algunos declinarán el tratamiento y otros lo dejarán durante el proceso de selección. El porcentaje probable que empezará la terapia preventiva de TB dependerá del algoritmo de detección utilizado (por ejemplo, usando la prueba cutánea de tuberculina como herramienta de detección se reduce el número elegible) y del tipo de instalación en la que se realiza el diagnóstico de VIH. En hospitales o clínicas se elegirían más pacientes enfermos para tratamiento de la infección latente de TB. Un porcentaje mayor se esperaría en centros relacionados con PMTI o en centros independientes de consejería y pruebas voluntarias. La mayoría de los programas tendrían como objetivo que más del 60% empezara TPI. |
| Utilización de los datos | Si los valores son bajos, explore las razones y compare los datos desglosados con la media nacional para identificar lugares que necesitan especial atención y razones para una cobertura subóptima. Explore más datos disponibles al terminarse el TBPT/TPI. |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <ul style="list-style-type: none"> • Por favor, indique si los datos que usted facilita cubren el país entero o son una muestra seleccionada (si es así, por favor, facilite detalles sobre lo que los datos representan, así como cualquier suposición hecha para extrapolar los datos a una cifra nacional) |
| Otras referencias | Guía de monitoreo y evaluación de VIH/TB N° B.2.1 |

| 5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita (UA 2011 #E4) | |
|--|---|
| Fundamento | Este es un indicador de proceso de una actividad destinada a reducir el impacto de la TB entre las personas que viven con VIH. Se demostrará el nivel de implementación de la recomendación para que las personas que viven con VIH sean chequeadas de TB en visitas de diagnóstico y seguimiento utilizando la última visita como indicador de medida. |
| ¿Qué mide? | Número de adultos y niños inscritos en atención del VIH que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita |
| Numerador | Número de adultos y niños inscritos en atención del VIH* que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita |
| Denominador | Número de adultos y niños inscritos en atención del VIH durante el periodo de notificación. |
| Método y herramientas de medición | <p>La OMS recomienda el uso de un algoritmo de tamizaje simplificado para la intensificación de la detección de los casos de tuberculosis activa que incluye 4 síntomas clínicos: 1-tos corriente, 2-fiebre, 3-pérdida de peso, 4- sudores nocturnos.</p> <p>El uso de este algoritmo simplificado para evaluar el estado de la TB en cada visita (“S” en los casos: ‘no hay signos’, ‘sospechoso’ o ‘en tratamiento’. “No” si el estatus de TB no se evaluó) debe ser notificado en la tarjeta atención de VIH/TAR del paciente y transferido a los registros de pre-TAR y TAR, según proceda, en todos los centros que prestan atención rutinaria del VIH. Entre los inscritos en atención de VIH se incluyen a aquellos que continúan en atención y aquellos inscritos recientemente durante el periodo de notificación. Estos datos deben ser analizados y notificados junto con otros datos transversales de ámbito nacional.</p> <p>El numerador se toma de los registros de pre-TAR Y TAR al contar el número de pacientes que han tenido su estatus evaluado durante el periodo de referencia. Para pacientes que empezaron TAR durante el periodo de referencia se debe tener cuidado de contarles en el registro de TAR y no en el de pre-TAR. El denominador para los pacientes de pre-TAR será el de aquellos vistos para atención durante el periodo de referencia. El denominador para pacientes de TAR será el de aquellos actualmente en TAR durante el periodo de referencia. El denominador se toma de los registros de pre-TAR y TAR contando el número de pacientes con visita durante el periodo de referencia. Esto entonces se registra en el formulario de informe transversal.</p> <p>Los programas de TB y VIH deben colaborar para asegurar que los criterios acordados para identificar a un sospechoso de TB y los métodos de tamizaje de TB se utilizan de forma consistente con los protocolos del programa de control de TB.¹⁰</p> |
| Desglose | Ninguno |
| Fortalezas y debilidades | La evaluación del estado de TB entre la población que vive con VIH, seguida de una rápida referencia para su diagnóstico y tratamiento, aumenta las posibilidades de supervivencia, mejora la calidad de vida y reduce la transmisión |

10 Un método sugerido para realizar la detección sería preguntar a los clientes VIH-positivos si están actualmente en tratamiento de TB. Si no lo están, se le pregunta sobre los síntomas claves de la infección (ejemplo, tos > dos semanas, fiebre persistente, sudores nocturnos, pérdida de peso sin motivo y linfadenopatía). Una simple lista de verificación podría ser utilizada y cualquier respuesta positiva podría indicar que el individuo puede ser sospechoso de TB. Si es definido como sospechoso en el cuestionario (como por protocolos nacionales) debe ser investigado por tuberculosis (o referido a un servicio de TB para investigación) y tratado adecuadamente. Aquellos a los que se les encuentre TB se les debe ofrecer 6 meses de terapia preventiva con isoniazida (TPI).

| | |
|--|--|
| | <p>de TB en la comunidad. La evaluación del estado de TB identifica clientes VIH-positivos que no muestran evidencia de TB activa y podrían beneficiarse del tratamiento con isoniazida para la infección latente de TB. El indicador no mide la calidad en la búsqueda activa de casos de TB ni revela si aquellos identificados como sospechosos son investigados más en profundidad o más eficazmente. Sin embargo, enfatiza en la importancia de intensificar la búsqueda activa de casos de TB en personas que viven con VIH en el momento de su diagnóstico y en cada uno de los contactos que tienen durante los servicios de tratamiento y atención del VIH. Los programas deben buscar un alto valor para este indicador (cerca del 100%) pero deben interpretarlo en relación con valores de indicadores relacionados con el porcentaje de personas en atención del VIH que: a) están en tratamiento por TB, b) recibieron tratamiento por infección latente de TB, para asegurar que tras el proceso de detección se siguen las acciones apropiadas. Un valor bajo demostrará que el Objetivo B –reducir el impacto de TB entre personas que viven con VIH- es improbable de cumplir.</p> |
| Utilización de los datos | <p>Consulte la sección de fortalezas y debilidades para interpretar los datos y otras áreas para explorar. Si el valor es bajo, revise el desglose de datos y explore las razones.</p> |
| Control de la calidad de los datos y notas para la herramienta de notificación | <p>•Por favor, facilite cualquier comentario sobre cómo se recolectaron los datos y cualquier supuesto hecho a establecer una estimación nacional.</p> |
| Otras referencias | <p>Guía de monitoreo y evaluación de VIH/TB nº B.1.1.1</p> |