

## FICHAS RECOMENDACIONES NO HACER PARA PROYECTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

### 1. INDICADORES DE MEDICIÓN AUTOMÁTICA

RNHAP-1	Densitometría para valorar riesgo de fractura osteoporótica
<b>Fórmula</b>	Mujeres entre 51 y 65 años a las que se realiza densitometría sin valoración previa de factores de riesgo de fractura osteoporótica en los últimos 2 años x 100/ Mujeres entre 51 y 65 años a las que se realiza densitometría en los últimos 2 años
<b>Exclusiones</b>	Mujeres que tienen tratamiento farmacológico para la osteoporosis en el periodo evaluado: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bifosfonatos: código ATC M05BA</li> <li>- Denosumab: código ATC MO5BX04</li> </ul>
<b>Aclaraciones</b>	<u>Valoración de riesgo de fractura osteoporótica:</u> cuando aparece en la historia clínica la presencia de al menos uno de los siguientes factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes personales de fractura osteoporótica (código CIAP2 L95)</li> <li>- Caídas previas (CCAIDAS) (OTAGCUA, OTAGC6M)</li> <li>- Bajo peso: (IMC <math>\leq</math> 19 o <math>&lt;</math>40 kg)</li> <li>- Consumo de alcohol (códigos CIAP2 P15 y/o P16)</li> <li>- Consumo tabaco (código CIAP2 P17)</li> <li>- Menopausia precoz (<math>&lt;</math> 40 años).</li> <li>- Consumo de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Glucocorticoides: código ATC H02AB</li> <li>o Inhibidores de la aromatasas: código ATC L02BG</li> <li>o Antiandrógenos: código ATC L02BB</li> </ul> </li> <li>- Amenorrea primaria o secundaria de más de 1 año de duración (Código CIAP2 X05)</li> <li>- Realización de valoración de factores de riesgo de osteoporosis/fractura en el protocolo de atención a la mujer en el climaterio (ANT.PERS.FRACTURAS 'BAPFRACT').</li> </ul>
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: médico de familia.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<b>Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFC), Sociedad Española Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG):</b> No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres postmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> RIS (solicitudes desde Atención Primaria) y Fichero de Gestión de la prestación Farmacéutica. <u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> OMI y Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica.

RNHAP-3	Autoanálisis en pacientes diabéticos tipo 2 no insulino dependientes
<b>Fórmula</b>	Pacientes diabéticos tipo 2 a los que se suministra tiras reactivas para el control de la glucemia que NO toman insulina ni fármacos que provocan hipoglucemias x 100/ Pacientes diabéticos tipo 2 a los que se suministra tiras reactivas para el control de la glucemia en el último año
<b>Exclusiones</b>	<u>Pacientes con diabetes tipo 1:</u> código CIAP2 T89 <u>Pacientes con control glucémico inestable:</u> que tenga algún control glucémico $\leq 60$ mg/dl o $\geq 250$ mg/dl en el periodo de estudio
<b>Aclaraciones</b>	<u>Diabetes tipo 2:</u> código CIAP T90 <u>Pacientes que toman insulina:</u> pacientes que tienen alguno de los siguientes códigos ATC de prescripción de insulina. <b>A10A: Insulinas y análogos.</b> A10AB Insulinas y análogos de acción rápida para inyección. A10AC Insulinas y análogos de acción intermedia para inyección. A10AD Combinaciones de insulinas y análogos de acción intermedia y rápida para inyección. A10AE Insulinas y análogos de acción prolongada para inyección. A10AF Insulinas y análogos para inhalación. <u>Pacientes que toman fármacos que provocan hipoglucemias:</u> pacientes que tienen alguno de los siguientes códigos ATC de prescripción. <b>A10BB: Sulfonilureas.</b> <b>A10BX: Glinidas.</b> <u>Tiras reactivas (P318).</u>
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: medicina de familia/enfermería.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<b>Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFC), Sociedad Española Médicos de Atención Primaria (SEMergen), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG):</b> No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes (antidiabéticos no insulínicos), salvo situaciones de control glucémico inestable. La evidencia científica sobre el papel del autoanálisis de la glucosa como herramienta para el autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 que no requieren insulina concluye que no hay mejoría en el control de la glucemia ni en las cifras de hemoglobina glicosilada. Los estudios no han demostrado beneficios en términos de satisfacción del paciente, de bienestar general, ni de calidad de vida relacionada con la salud. El autoanálisis supone un importante coste para el sistema sanitario público. El autoanálisis en los pacientes tipo 2 no insulinizados debe reservarse para aquellos con controles inestables, en pacientes propensos a la hipoglucemia o cuando exista un cambio de tratamiento (dosis de medicamento, cambios en la dieta). El riesgo de hipoglucemia es moderado para las sulfonilureas y glinidas y nulo para la metformina, que es el fármaco de elección (Recomendaciones de NO hacer SEMFC 2014).
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> OMI (protocolo "Tiras Reactivas"). <u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica. MODULAB

RNHAP-5	Uso de antibióticos en faringoamigdalitis no estreptocócica
<b>Fórmula</b>	Pacientes con faringoamigdalitis no estreptocócica a los que se les prescribe antibióticos sistémicos x 100/ Pacientes con faringoamigdalitis no estreptocócica en el último año
<b>Exclusiones</b>	Pacientes con un resultado positivo en el test Strep A del protocolo "Test estreptococo" (RESTSTSA) el mismo día de la asignación de cualquiera de los códigos CIAP que aparecen en las aclaraciones
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Faringoamigdalitis no estreptocócica</u>: pacientes que tengan cualquiera de los siguientes códigos CIAP2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- R74 (infección respiratoria aguda del tracto superior/faringitis aguda)</li> <li>- R76 (amigdalitis aguda)</li> <li>- R21 (signos y síntomas de la garganta/faringe y amígdalas)</li> </ul> <p><u>Antibióticos sistémicos</u>: código ATC J01.</p>
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: calcular el indicador para el total y desagregado para medicina de familia y pediatría.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<b>Recomendación Sociedades de Atención Primaria (SEMFiC-SEMERGEN-SEMG)</b> : No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del Strep A sea positivo.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación</u>: OMI y Fichero de Gestión de la prestación farmacéutica.</p>

RNHAP-6	Uso de povidona yodada en niños
<b>Fórmula</b>	Niños $\leq$ 2 años a los que aplica povidona yodada en heridas en el último año x 100/ Niños de 2 años o menos de edad que tengan alguna cura en el último año
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Aplicación de povidona yodada</u>: se entiende que se ha utilizado povidona yodada en una herida cuando en el protocolo (E) Curas tiene registrado en el desplegable limpieza/antisepsia, la opción de S.F. + Betadine.</p> <p><u>Alguna cura en el último año</u>: cuando tienen abierto el protocolo de curas en el periodo de estudio.</p> <p>Dado que un paciente puede tener más de una herida, la medición se hará para cada una de ellas y en cada una de las curas.</p>
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: enfermería pediátrica.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p><b>Federación Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)</b>: No utilizar de forma rutinaria povidona yodada en niños menores de dos años, especialmente en recién nacidos menores de un mes.</p> <p>En los niños, el uso de povidona yodada (PY) debe hacerse con precaución, especialmente en los recién nacidos. Tratando cada caso individualmente y midiendo el riesgo/beneficio del uso. Se recomienda no usarla más de 2 semanas seguidas, ni en heridas muy extensas y profundas en los niños menores de 2 años, especialmente en recién nacidos hasta cumplir un mes.</p> <p>Las fichas técnicas sobre la PY de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) indican que no debe aplicarse a personas con hipersensibilidad al yodo o a medicamentos yodados, ni a pacientes neonatos (0 a 1 mes), y si se utiliza en niños menores de 30 meses, se limitará a una aplicación breve y poco extensa. En heridas extensas puede producir efectos sistémicos adversos: acidosis metabólica, hipernatremia y trastornos de la función renal, hepática y tiroidea, especialmente en niños.</p> <p>(Banco de preguntas Preevid. ¿A partir de qué edad se puede utilizar la povidona yodada en pediatría? Murciasalud 2014 disponible en <a href="http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&amp;id=19793&amp;idsec=453">http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&amp;id=19793&amp;idsec=453</a>)</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI. Protocolo (E) curas/heridas-suturas.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: OMI. Protocolo (E) curas/heridas-suturas.</p>

RNHAP-8	Uso de povidona yodada para la limpieza de heridas crónicas
<b>Fórmula</b>	Pacientes con herida crónica en la que se utiliza povidona yodada x100/ Pacientes con herida crónica en el último año
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<u>Herida crónica:</u> incluye las úlceras por presión, vasculares, de pie diabético y cualquier otro tipo de herida crónica. Dado que un paciente puede tener más de una herida crónica, la medición se hará para cada una de ellas y en cada una de las curas.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: enfermería.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<b>Federación Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP):</b> No aplicar de manera habitual povidona yodada para limpiar las heridas crónicas salvo cuando se precise disminuir la carga bacteriana. La povidona yodada tiene un amplio espectro de actividad, pero en presencia de exudado o pus disminuye; y si se utiliza durante mucho tiempo y en zonas amplias es tóxica, por lo que recomienda no utilizarla como agente antiséptico en la limpieza de la UPP (pregunta realizada en PREEVID: Interacción de la povidona yodada con un hidrogel y/o colagenasa aplicadas a úlceras por presión). La povidona yodada no ha demostrado su superioridad frente a otras estrategias en el manejo de úlceras en las piernas (NICE 2020)
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> OMI. Protocolo (E) curas/úlceras. <u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI. Protocolo (E) curas/úlceras.

RNHAP-11	Reevaluación de HbA1C en diabéticos con buen control
<b>Fórmula</b>	Pacientes diabéticos en el que el número de determinaciones de HbA1c es superior al recomendado en el último año x 100/ Pacientes diabéticos con alguna determinación de HbA1c en el último año
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes con diagnóstico de Diabetes:</u> pacientes que tienen en OMI alguno de los siguientes códigos CIAP:  T89 Diabetes insulino dependiente.  T90 Diabetes no insulino dependiente.</p> <p><u>Número de determinaciones de HbA1c superior al recomendado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En pacientes con buen control: &gt;2 determinaciones al año.</li> <li>- En el resto de pacientes (alguna determinación &gt;=7% en &lt;80 años o &gt;=8% en &gt;=80 años): con alguna pareja de determinaciones separadas menos de 3 meses.</li> </ul> <p><u>Buen control:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todas las determinaciones de HbA1c &lt;7% en pacientes &gt;14 y &lt;80 años ó</li> <li>- Todas las determinaciones de HbA1c &lt;8% en pacientes ≥80 años.</li> </ul>
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: médico de familia.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p><b>Recomendación Asociación Española de Biopatología Médica-Medicina de Laboratorio (AEBM):</b> En pacientes diabéticos con buen control clínico y metabólico, no realizar HbA1C más de dos veces al año. Si es preciso realizar la determinación con mayor frecuencia, no hacerlo con periodicidad inferior a tres meses.</p> <p>La HbA1c refleja la concentración media de la glucosa mantenida durante aproximadamente tres meses, que es la vida media de los hematíes circulantes. Posee un importante valor predictivo de complicaciones por lo que, además de marcador diagnóstico, es un magnífico indicador para el seguimiento. En paciente con buen control glucémico no es innecesario realizar más controles de HbA1C que los semestrales (Recomendaciones de NO hacer de la Asociación Española de Biopatología Médica-Medicina de Laboratorio 2015).</p> <p><b>Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz, 2013.</b> En general se sugieren unas cifras objetivo orientativas menores del 7% de HbA1c. No obstante el objetivo debería estar basado en la evaluación individualizada teniendo en cuenta el riesgo de complicaciones de la diabetes, riesgo de hipoglucemias, comorbilidad, esperanza de vida y preferencias de los pacientes. Se sugiere plantear objetivos menos estrictos, entre 7,5%-8%, para los ancianos, pacientes con multimorbilidad o para iniciar la insulinización o la triple terapia.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI, MODULAB.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> MODULAB.</p>

RNHAP-12	Uso de broncodilatadores sin corticoides inhalados en pacientes con asma
<b>Fórmula</b>	Pacientes asmáticos en tratamiento con agonistas beta 2 adrenérgicos de acción prolongada sin corticoide inhalado asociado en el último año x 100/Pacientes asmáticos
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes asmáticos:</u> pacientes que tienen en OMI el código CIAP R96.</p> <p><u>Código ATC de Agonistas selectivos de receptores beta-2 adrenérgicos de acción prolongada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- R03AC12 – Salmeterol.</li> <li>- R03AC13 – Formoterol.</li> <li>- R03AL08 – Vilanterol.</li> </ul> <p><u>Código ATC de corticoide inhalado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- R03BAxx – Glucocorticoides inhalados.</li> <li>- R03AK06 - Salmeterol + fluticasona.</li> <li>- R03AK07 - Formoterol + budesonida.</li> <li>- R03AK08 - Formoterol + beclometasona.</li> <li>- R03AK10 – Fluticasona furoato + vilanterol.</li> </ul>
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: calcular el indicador para el total y desagregado para medicina de familia y pediatría.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p><b>Recomendación Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC):</b> No tratar el asma bronquial con broncodilatadores de vida media/larga sin corticoides inhalados.</p> <p><b>Recomendación Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR):</b> En el asma bronquial, no utilizar LABA's (broncodilatadores betamiméticos inhalados de acción prolongada) como único tratamiento.</p> <p>El tratamiento del asma se enfoca fundamentalmente a reducir la inflamación y evitar las exacerbaciones mediante una estrategia terapéutica escalonada para controlar la enfermedad. Una vez instaurado el tratamiento inicial con corticosteroides, uno de los medicamentos a añadir son los beta-agonistas de larga duración (LABA), como el salmeterol y el formoterol. En enfermos asmáticos adultos los LABA deben utilizarse como medicamentos añadidos a los corticosteroides inhalados cuando la enfermedad no esté suficientemente controlada con éstos. Nunca se deben prescribir como monoterapia (Recomendaciones de NO hacer de la Generalidad de Cataluña).</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica.</p>

RNHAP-14	Solicitud de múltiples pruebas en la valoración inicial del paciente con sospecha de enfermedad tiroidea
<b>Fórmula</b>	Pacientes del denominador con una primera petición simultánea de TSH y T4L x 100/ Pacientes con petición de TSH en el año analizado y sin peticiones previas en el año anterior
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<u>T4L</u> : es una de las principales hormonas producidas por glándula tiroidea.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: calcular el indicador para el total y desagregado para medicina de familia y pediatría.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p><b>Recomendación de la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQC):</b> No solicitar múltiples pruebas en la valoración inicial de un paciente con sospecha de enfermedad tiroidea. Solicitar primero la hormona estimulante del tiroides (TSH) y, en caso de ser anormal, continuar con evaluación adicional o con tratamiento.</p> <p>No está recomendado realizar cribados poblacionales en adultos asintomáticos ambulantes si no presentan sintomatología relacionada.</p> <p>Para valorar el estado de la función tiroidea, la mayoría de las guías clínicas consideran que cuando la función hipotálamo-hipofisaria está intacta, la medida de la concentración de tirotrópina (TSH) es el mejor indicador del estado tiroideo, al ser más sensible que la tiroxina libre (T4L) para detectar exceso o déficit de hormonas tiroideas.</p> <p>Por tanto, la TSH debe ser el parámetro inicial para valorar la función tiroidea. Y será el facultativo del laboratorio quien determine si se debe ampliar el estudio a otras determinaciones en cadena.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p>Para la identificación de los casos: MODULAB</p> <p>Para la extracción de los datos de la evaluación: MODULAB</p>



RNHAP-15	Uso de paracetamol en dosis de 1 gramo de forma sistemática
<b>Fórmula</b>	Envases de 1 gramo x 100/Envases de paracetamol de 1gramo + envases de 650 mg
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<u>Código ATC de prescripción de paracetamol:</u> N02BE01 - Paracetamol.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: medicina de familia.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<b>Recomendación Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria (SEMFyC):</b> No pautar paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz. La Food and Drug Administration (FDA) de EE.UU., en el año 2009, publicó un informe en el que sugería que, en la mayoría de los casos, la dosis de 650 mg es capaz de proporcionar el mismo beneficio que la de 1 g, pero cuando se tienen en cuenta los posibles efectos indeseables (hepatotoxicidad), el balance beneficio riesgo es superior para la dosis de 650 mg. (U.S. Food and Drug Administration. June 29-30, 2009: Joint Meeting of the Drug Safety and Risk Management Advisory Committee with the Anesthetic and Life Support Drugs Advisory Committee and the Nonprescription Drugs Advisory Committee: Meeting Announcement. U.S. Department of Health and Human Services. <a href="http://www.fda.gov/AdvisoryCommittees/Calendar/ucm143083.htm">http://www.fda.gov/AdvisoryCommittees/Calendar/ucm143083.htm</a> )
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica. <u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica.

## 2. INDICADORES A MEDIR A PARTIR DE AUDITORIA LQAS

RHNAP-4	Determinación del PSA en pacientes asintomáticos sin antecedentes familiares
<b>Fórmula</b>	Hombres de 70 o más años con petición de PSA en el último año sin cuadro prostático ni antecedentes de primer grado de cáncer de próstata x 100/ Hombres de 70 o más años con petición de PSA en el último año
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>PSA</u>: antígeno prostático específico</p> <p><u>Pacientes sin cuadro prostático</u>: pacientes que no presentan ninguno de los siguientes códigos CIAP2 y/o no tienen ninguna PSA &lt;4 ng/ml en el periodo de estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Y06: síntomas prostáticos</li> <li>○ Y73: prostatitis/vesiculitis seminal</li> <li>○ Y77: neoplasia de próstata conocida</li> <li>○ Y85: HBP conocida</li> </ul> <p><u>Antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata</u>: existencia de antecedentes de cáncer de próstata en el padre y/o algún hermano del paciente.</p>
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: medicina de familia.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p><b>Recomendación Sociedades de Atención Primaria (SEMFyC-SEMERGEN-SEMG)</b>: No realizar de forma sistemática la determinación de PSA a individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata.</p> <p>Ninguna de las guías de práctica clínica, ni documentos de consenso, ni ninguno de los sumarios de evidencia revisados, recomiendan directamente el cribado universal mediante la medición en sangre del antígeno prostático específico (PSA) en hombres de 50 a 69 años asintomáticos y sin antecedentes familiares de cáncer de próstata. La mayoría indican no realizar la solicitud en hombres asintomáticos a partir de los 69 o 70 años de edad (Banco de Preguntas Preevid. ¿Estaría indicado solicitar el PSA a un paciente de 67 años sin clínica, ni antecedentes familiares de cáncer de próstata?. Murciasalud, 2017. Disponible en <a href="http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&amp;id=21772&amp;idsec=453">http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&amp;id=21772&amp;idsec=453</a>).</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI, MODULAB</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación</u>: Auditoria.</p>

RNHAP-9	Uso de apósitos de plata en heridas no infectadas
<b>Fórmula</b>	Pacientes con herida no infectada en los últimos 6 meses en la que se realiza cura con apósito de plata x100/ Pacientes con herida no infectada en los últimos 6 meses
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Herida infectada:</u> Se entiende que una herida está infectada cuando en el protocolo (E) Curas/úlceras tiene registrado alguno de los siguientes aspectos: dolor, olor, exudado aspecto purulento y/o exudado cantidad moderado o abundante.</p> <p><u>Apósitos que contienen Plata:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apósito espuma poliuretano silicona y plata iónica.</li> <li>- Apósito hidrofibra reforzado con plata extra.</li> <li>- Apósito plata nanocristalina.</li> <li>- Apósito carbón activado con plata.</li> <li>- Apósito alginato con plata.</li> <li>- Apósito plata en malla.</li> <li>- Apósito desbridante fibra deterativa con plata.</li> </ul> <p>Dado que un paciente puede tener más de una herida, la medición se hará para cada una de ellas y en cada una de las curas.</p>
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: enfermería.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p><b>Recomendación Federación Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) y Asociación Enfermería Comunitaria (AEC):</b> No utilizar apósitos de plata para prevenir la infección de lesiones cutáneas ni en heridas sin signos claros de infección local.</p> <p>La función principal de los apósitos con plata en el tratamiento de las heridas, es reducir la carga microbiana en las heridas agudas o crónicas infectadas, o que no pueden cicatrizar por la acción de microorganismos (Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015).</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Listado de pacientes con protocolo de curas (E) curas/úlceras abierto en los últimos 6 meses.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> Auditoria.</p>

RNHAP-13	Realización de pruebas de imagen en la lumbalgia inespecífica
<b>Fórmula</b>	Pacientes con lumbalgia sin signos de alarma a los que se le ha solicitado pruebas de imagen dentro de las 6 semanas desde la fecha de la codificación del diagnóstico x 100/ Pacientes con lumbalgia sin signos de alarma
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes con lumbalgia:</u> pacientes que tienen en OMI el siguiente código CIAP: L03 Signos/síntomas lumbares.</p> <p><u>Pruebas de imagen:</u> Rx, TAC, RM.</p> <p><u>Signos de alarma.</u> Presencia de uno o más de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trauma reciente.</li> <li>- Espondilitis anquilosante.</li> <li>- Síndrome de cauda equina.</li> <li>- Síntomas sugestivos de tumor o infección (fiebre, pérdida de peso, historia de cáncer).</li> <li>- Déficit neurológico progresivo o discapacitante.</li> <li>- Sospecha de hernia discal o estenosis de canal tras 4 semanas de tratamiento.</li> <li>- Uso prologando de corticoides, osteoporosis.</li> <li>- Uso de drogas por vía parenteral.</li> <li>- Uso de catéter permanente.</li> </ul>
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: medicina de familia.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p><b>Recomendación Choosing Wisely International Top 10:</b> No solicitar estudios radiológicos en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma dentro de las 6 primeras semanas.</p> <p><b>Recomendación Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria (SEMFyC):</b> No solicitar estudios radiológicos en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma antes de 6 semanas.</p> <p><b>Recomendación Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM):</b> No solicitar estudios radiológicos en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma dentro de las 6 primeras semanas.</p> <p><b>Recomendación Sociedad Española de Reumatología (SER):</b> No se recomienda la práctica de TAC ni de RMN en la cervicalgia o lumbalgia inespecíficas sin signos de alarma.</p> <p><b>Recomendación Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMF):</b> No realizar pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma.</p> <p>La lumbalgia es una patología muy prevalente con un elevado impacto en la salud de la población y con importantes repercusiones laborales. La lumbalgia aguda no complicada es un proceso benigno y autolimitado que no requiere ningún tipo de estudio radiológico. La inmensa mayoría de estos pacientes se recuperan de forma espontánea en menos de 30 días.</p> <p><u>Los signos de alerta incluyen</u> traumatismo menor reciente y edad &gt;50</p>

	años, uso prolongado de corticoides, osteoporosis, síntomas constitucionales de origen desconocido, fiebre, pérdida de peso, malestar general, infección inter-recurrente, inmunosupresión, consumo de drogas por vía parenteral, historia de cáncer, dolor de ritmo inflamatorio, debut en edad >70 años, déficit neurológico focal, síntomas neurológicos progresivos o discapacitantes, duración superior a 6 semanas.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos: OMI.</u> <u>Para la extracción de los datos de la evaluación: Auditoria.</u>

### 3. INDICADORES A VALORAR A PARTIR DE ENCUESTA

RNHAP-2	Terapia hormonal para prevenir enfermedad vascular
<b>Fórmula</b>	Mujeres postmenopáusicas sin enfermedad vascular a las que se prescribe terapia hormonal x 100/ Mujeres postmenopáusicas sin enfermedad vascular
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: médico de familia.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p><b>Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), Sociedad Española Médicos de Atención Primaria (SEMergen), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMg):</b> No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad vascular en mujeres postmenopáusicas.</p> <p>El tratamiento con TH en mujeres posmenopáusicas para la prevención primaria o secundaria de eventos CV no es eficaz y provoca un aumento del riesgo de ictus y eventos tromboembólicos venosos. Por lo tanto, la TH solo debe considerarse para mujeres que buscan alivio de los síntomas de la menopausia. El tratamiento con TH a corto plazo debe administrarse a la dosis efectiva más baja y usarse con precaución en mujeres con factores de riesgo predisponentes para eventos CV (Main C, Knight B, Moxham T, Gabriel Sanchez R, Sanchez Gomez LM, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;(4):CD002229. doi: 10.1002/14651858.CD002229.pub3. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2015;(3):CD002229. PMID: 23633307)</p>
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta a coordinadores de EAP para valorar conocimiento de la recomendación y frecuencia de uso

<b>RNHAP-7</b>	<b>Uso de flotadores para la prevención de las úlceras por presión</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con riesgo de úlceras por presión en los que se usa flotadores x 100/ Pacientes con riesgo de úlceras por presión en el último año
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: enfermería de adultos.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<b>Federación Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP):</b> No recomendar el uso de flotadores para la prevención de las úlceras por presión.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta a coordinadores de EAP para valorar conocimiento de la recomendación y frecuencia de uso

<b>RNHAP-10</b>	<b>Masajes sobre prominencias óseas para prevenir úlceras por presión</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con riesgo de úlceras por presión a los que se realiza masajes sobre prominencias óseas x 100/ Pacientes con riesgo de úlceras por presión
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Ámbito de aplicación</b>	Atención Primaria: enfermería.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<b>Federación Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP):</b> No realizar masajes sobre prominencias óseas para la prevención de las úlceras por presión.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta a coordinadores de EAP para valorar conocimiento de la recomendación y frecuencia de uso