

Objetivo 5 Implementar en los centros las recomendaciones de “No Hacer”

2.54_AG25	2.4.4 Profilaxis antibiótica mantenida tras cirugía
Fórmula	Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente de forma programada con profilaxis antibiótica mantenida a partir del segundo día tras la intervención x 100/ Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente de forma programada
Exclusiones	
Aclaraciones	<u>Código ATC de prescripción de antibacterianos:</u> J01 - Antibacterianos para uso sistémico.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Recomendación Asociación Española de Cirujanos (AEC): No prolongar más de 24 horas, tras un procedimiento quirúrgico, los tratamientos de profilaxis antibiótica. Recomendación Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica (SECOT): No prolongar más de 24 horas la profilaxis antibiótica después de una intervención quirúrgica no complicada. La profilaxis antibiótica durante la cirugía puede disminuir el riesgo de infección del sitio quirúrgico; sin embargo, sólo tiene beneficio si se utiliza en el momento de la cirugía. Cuando los antibióticos se utilizan por más tiempo del necesario, incrementan el riesgo de infección por bacterias resistentes a los antibióticos y <i>Clostridioides difficile</i> (Choosing Wisely USA 2017).
Fuente de datos	<u>Para la identificación de los casos:</u> Selene <u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> Selene
Periodo de evaluación	Mensual.

2.55_AG25	2.4.6. Uso de paracetamol en dosis de 1 gramo de forma sistemática
Fórmula	Envases de paracetamol de 1 gramo dispensados a través de receta oficial x 100/ Envases de paracetamol de 1 gramo más envases de 650 mg dispensados a través de receta oficial
Exclusiones	Envases dispensados a pacientes pediátricos.
Aclaraciones	<p><u>Código ATC de prescripción de paracetamol:</u> N02BE01 - Paracetamol.</p> <p><u>Receta oficial:</u> Receta del Sistema Nacional de Salud.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>Recomendación Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria (SEMFyC): No pautar paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz.</p> <p>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.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica.</p>
Periodo de evaluación	Mensual y anual.

2.56_AG25	2.4.8 Autoanálisis en pacientes diabéticos tipo 2 no insulín dependientes
Fórmula	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
Exclusiones	<u>Pacientes con diabetes tipo 1:</u> código CIAP2 T89 <u>Pacientes con control glucémico inestable:</u> que tenga algún control glucémico ≤ 60 mg/dl o ≥ 250 mg/dl en los 6 meses previos al suministro de las tiras.
Aclaraciones	<u>Diabetes tipo 2:</u> código CIAP T90 <u>Pacientes que toman insulina:</u> pacientes que tienen activo en el momento de realizarse el suministro de las tiras reactivas alguno de los siguientes códigos ATC de prescripción de insulina. A10A: Insulinas y análogos. 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 activo en el momento de realizarse el suministro de las tiras reactivas alguno de los siguientes códigos ATC de prescripción. A10BB: Sulfonilureas. A10BX: Glinidas. <u>Tiras reactivas (P318).</u>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	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): 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. 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 SEMFyC 2014).
Fuente de datos	<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
Periodo de evaluación	Mensual y anual.

2.57_AG25	2.4.20 Uso de antibióticos en faringoamigdalitis no estreptocócica
Fórmula	Pacientes con faringoamigdalitis no estreptocócica a los que se les prescribe antibióticos sistémicos x 100/ Pacientes con faringoamigdalitis no estreptocócica en el último año
Exclusiones	Pacientes con un resultado positivo en el test Strep A del protocolo "Test estreptococo" (RESTSTA) el mismo día de la asignación de cualquiera de los códigos CIAP que aparecen en las aclaraciones
Aclaraciones	<p><u>Faringoamigdalitis no estreptocócica</u>: pacientes que tengan cualquiera de los siguientes códigos CIAP2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - R74 (infección respiratoria aguda del tracto superior/faringitis aguda) - R76 (amigdalitis aguda) - R21 (signos y síntomas de la garganta/faringe y amígdalas) <p><u>Antibióticos sistémicos</u>: código ATC J01.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Recomendación Sociedades de Atención Primaria (SEMFyC-SEMERGEN-SEMG): 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.
Fuente de datos	<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>
Periodo de evaluación	Mensual y anual.

2.58_AG25	2.4.7.2 Determinación de PSA en hombres de 70 años o más asintomáticos
Fórmula	Hombres de 70 o más años, sin cuadro prostático, con medición de PSA x 100/ Hombres de 70 o más años sin cuadro prostático
Exclusiones	<p><u>Pacientes con cuadro prostático</u>: aquellos que tienen en OMI alguno de los siguientes códigos CIAP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y06 Signos/síntomas prostáticos. - Y73 Prostatitis/vesiculitis seminal. - Y77 Neoplasias malignas de próstata. - Y85 Hipertrofia prostática benigna - U02 Micción imperiosa/frecuente.
Aclaraciones	PSA: Antígeno Prostático Específico.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La determinación del PSA en hombres de 70 años o más sin síntomas no ofrece beneficios claros y puede generar más daños que ventajas. Según la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), los riesgos asociados incluyen falsos positivos, sobrediagnóstico y sobretratamiento, lo que resulta en complicaciones significativas como incontinencia urinaria y disfunción eréctil en hasta dos tercios de los pacientes tratados. Además, la incidencia de cánceres prostáticos clínicamente irrelevantes aumenta con la edad, dado que muchos nunca progresarían ni impactarían la salud del paciente durante su vida. En este grupo etario, la evidencia concluye que los posibles beneficios del cribado no superan los riesgos, favoreciendo una recomendación en contra de esta práctica
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Modulab.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: OMI.</p>
Periodo de evaluación	Mensual.

2.59_AG25	Uso prolongado de benzodiacepinas en pacientes mayores de 65 años
Fórmula	Pacientes mayores de 65 años con uso prolongado de benzodiacepinas x 100/ Pacientes mayores de 65 años con uso de benzodiacepinas
Exclusiones	Pacientes en los que haya transcurrido 28 días o menos desde la prescripción en el momento de la evaluación.
Aclaraciones	<p>Las unidades de estudio serán los pacientes que tengan una prescripción activa de benzodiacepinas en el momento del estudio.</p> <p><u>Código ATC de prescripción de benzodiacepinas:</u></p> <p>N05BA - Derivados de benzodiacepina.</p> <p>N05BA M1 – Bentazepam.</p> <p>N05BA01 – Diazepam.</p> <p>N05BA02 – Clordiazepóxido.</p> <p>N05BA05 - Clorazepato de potasio.</p> <p>N05BA06 – Lorazepam.</p> <p>N05BA08 – Bromazepam.</p> <p>N05BA09 – Clobazam.</p> <p>N05BA10 – Ketazolam.</p> <p>N05BA12 – Alprazolam.</p> <p>N05BA14 – Pinazepam.</p> <p>N05BA18 - Loflazepato de etilo.</p> <p>N05BA21 – Clotiazepam.</p> <p>N05CD - Derivados de benzodiacepina.</p> <p>N05CD01 – Flurazepam.</p> <p>N05CD03 – Flunitrazepam.</p> <p>N05CD05 – Triazolam.</p> <p>N05CD06 – Lormetazepam.</p> <p>N05CD08 – Midazolam.</p> <p>N05CD09 – Brotizolam.</p> <p>N05CD10 – Quazepam.</p> <p>N05CD11 – Loprazolam.</p> <p><u>Uso prolongado de benzodiacepinas:</u> uso durante más de 28 días.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	<p>Entre los efectos adversos de las benzodiacepinas se encuentran la sedación, la fatiga, la ataxia, las alteraciones cognitivas, de la memoria y del habla, y la debilidad. En los pacientes mayores de 65 años aumentan el riesgo de caídas y fracturas relacionadas con las alteraciones psicomotoras. Además, también se ha descrito una asociación con el aumento de la mortalidad. Hay que tener en cuenta que estos efectos son más frecuentes y, especialmente, relevantes en la población de personas mayores, en la que la prescripción de benzodiacepinas es muy usual y de larga duración. Cuando esté indicado prescribir benzodiacepinas para el tratamiento de la ansiedad, el tratamiento no debe prolongarse más allá de las 4 semanas, por riesgo de tolerancia, dependencia y efectos secundarios graves asociados a estos fármacos y porque existen otras alternativas terapéuticas efectivas y más seguras.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI/Fichero de Gestión de la prestación farmacéutica</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI/Fichero de Gestión de la prestación farmacéutica</p>
Periodo de evaluación	Mensual.