



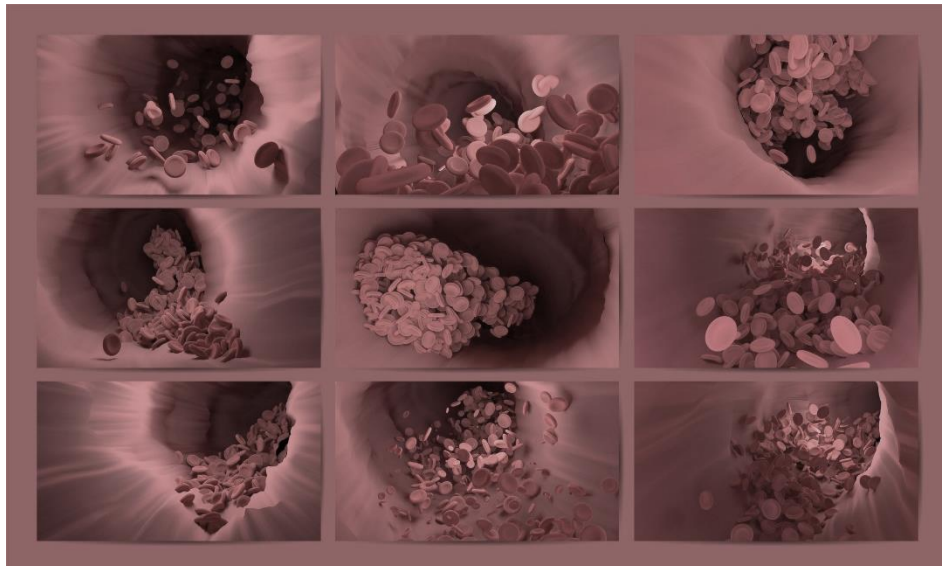
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

WORKSHOP

Innovación en

Anticoagulación Oral

INFORME RESULTADOS



Elaborado por:

Dra. Pilar Navarro Pérez

Dra. Maria José Sánchez Pérez

Con el patrocinio de



Bristol Myers Squibb™



Índice

Introducción	1
Metodología	2
Metodología Fase 1: Anticoagulación oral. Evidencias y buenas prácticas	3
Metodología Fase 2: El manejo del paciente anticoagulado o con necesidad de serlo en el SSPA: Buenas prácticas y desafíos.	4
Resultados	5
PRESENTACIONES DE LOS EXPERTOS	6
APROXIMACIÓN ANÁLISIS ESTRATÉGICO: DAFO	7
DEBILIDADES	7
Variabilidad en el manejo paciente anticoagulado e indicaciones ACOD inter e intra niveles asistenciales.....	7
Limitaciones a la prescripción de los ACOD y variable según zonas sanitarias.....	8
Seguimiento de los pacientes con ACOD.....	8
Ausencia de un programa de autocontrol en pacientes con AVK	8
Problemas con los Sistemas de información: Imposibilidad de conocer el Tiempo en Rango terapéutico (TRT)	8
Inercia terapéutica	8
Factores economicistas que influyen en la prescripción	8
Falta de credibilidad clínica de los ACOD-Formación Profesionales.....	8
Falta de accesibilidad al Sistema Sanitario	9
Implicación del paciente en su proceso asistencial	9
Confortabilidad de las instalaciones.....	9
FORTALEZAS	9
Profesionales	9
Autonomía profesional para la indicación y prescripción de AVK y ACOD	9
Trabajo en Equipo	10
Accesibilidad a los centros sanitarios	10
Sistemas de Información	10
Formación de los profesionales.....	10
Autocontroles de INR	10
Infraestructura y tecnología	10
AMENAZAS	11
Desinformación y resistencia al cambio de los pacientes dificultad un adecuado proceso de anticoagulación	11
Características demográficas y epidemiológicas de la población.....	11
Crisis económica que limita el acceso a los ACOD y otras medidas para mejorar el diagnóstico precoz de la FA.	11
La aparición de la pandemia.....	11
Precio de los ACOD.....	11
Condiciones administrativas formales existentes para mejorar el acceso a los ACOD, según evidencias disponibles.	12
Uso de los Antivitamina K (AVK) por parte de los pacientes	12
OPORTUNIDADES	12
Empoderamiento del paciente y apoyo de las asociaciones de pacientes	12
Innovaciones tecnológicas.....	12
Evidencia científica. Proceso de evaluación y recomendaciones de uso.....	13
Relevancia mediática del ICTUS.....	13
Características de los ACOD	13
Fin de la patente de los primeros ACOD.....	13
Sistema Sanitario Público con amplia cobertura	13

ESTRATEGIAS DE AVANCE	14
D1 Diagnóstico precoz de la FA	14
D2 Cribado poblacional de FA	14
D3 Mejorar la accesibilidad del paciente anticoagulado al Sistema Sanitario	14
D4 Proceso asistencial integral de FA.....	14
D5 Sistemas de información que mejoren el seguimiento del paciente con AVK	14
D6 Inteligencia de datos y Big data para el Seguimiento de los resultados en salud	14
D7 Incentivos económicos.....	15
D8 Pago por resultados	15
D9 Mejora de la evidencia.....	15
D10 Coordinación entre niveles asistenciales	15
D11 Disminuir la variabilidad práctica clínica	15
D12 Formación de profesionales en el manejo de la anticoagulación	15
D13 Introducción del Autocontrol.....	15
D14 Potenciar el papel de las Asociaciones de pacientes	15
D15 Accesibilidad de los ACOD: eliminación visado y/o ampliación de las indicaciones financiadas	16
D16 Vigilancia epidemiológica	16
D17 Estrategias dirigidas al paciente: Información y educación del paciente.....	16
D18 Utilización de las nuevas tecnologías entre los pacientes	16
D19 Estrategias para la mejora de la adherencia	16
PRIORIZACIÓN Y RECOMENDACIONES	17
Anexos.....	20
Anexo I. Expertos participantes.....	21
Anexo II Programa de la sesión	22
Anexo III. Imágenes del taller	22

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente con repercusión clínica y la que genera mayor número de consultas a los servicios de urgencias, así como más días de ingreso hospitalario. En modelos ajustados, la FA se asocia con un incremento de la morbilidad (especialmente ictus e insuficiencia cardíaca) y de la mortalidad.

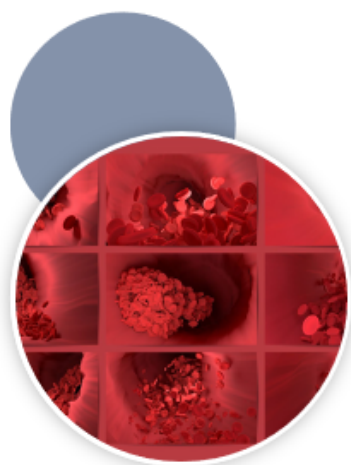
La FA afecta a un 1-2% de la población general y está previsto un incremento en los próximos años. Así pues, las previsiones indican que la prevalencia, por lo menos, se doblará en los próximos 50 años. Esto dependerá fundamentalmente del aumento de la longevidad y del grado de control de los factores de riesgo cardiovascular, especialmente hipertensión arterial y obesidad. El incremento de prevalencia en relación con la edad está ampliamente constatado.

La fibrilación auricular (FA) aumenta hasta en 5 veces el riesgo de presentar un ictus. En comparación con los ictus de otras etiologías, los asociados a la FA tienen una mayor mortalidad, producen más discapacidad y tienen más riesgo de presentar recurrencias. La prevención mediante el tratamiento antitrombótico adecuado es fundamental en estos pacientes, ya que la mayoría tienen un riesgo elevado de ictus, y deberían estar anticoagulados.

Los antagonistas de la vitamina K (AVK), aunque eficaces, tienen limitaciones (estrecha ventana terapéutica, interacciones con otros fármacos, necesidad de controles periódicos, frecuentes ajustes de dosis, etc.), y ello, junto con el miedo al sangrado, hace que entre un 20-40% de los pacientes con FA no valvular (FANV), con indicación de anticoagulación, no la reciban. Asimismo, diferentes registros han objetivado que alrededor del 40% de los pacientes con FANV tratados con AVK tienen un pobre control de la anticoagulación, lo que incrementa el riesgo de complicaciones tromboembólicas y/o hemorrágicas.

El Plan Andaluz de Atención al Ictus considera prioritario continuar avanzando en proporcionar una atención de calidad al ictus en todas sus fases: la prevención, la atención en fase aguda y la recuperación. Para ello, entre otros aspectos se considera necesario implantar una estrategia que permita el diagnóstico precoz de la FA, la mejora de la accesibilidad del paciente anticoagulado al Sistema Sanitario, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, garantizar el adecuado funcionamiento, la coordinación e integración de los equipos multidisciplinares, así como, revisar el proceso de incorporación de las innovaciones terapéuticas.

El objetivo del taller sobre “Innovación en Anticoagulación Oral” es actualizar las evidencias científicas en relación con la anticoagulación oral, integrando una visión multidisciplinar.



METODOLOGÍA

Innovación en Anticoagulación Oral

Metodología

La actividad del I Workshop en Anticoagulación Oral se estructuró en tres fases:

1. Fase 1: Anticoagulación oral. Evidencias y buenas prácticas
 - Evidencia científica disponible en las distintas indicaciones de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) y Guías de Práctica Clínica. *Dra. Patricia Martínez Sánchez.*
 - Evaluación de resultados en salud y el futuro del pago por resultados en NACOs. *Dr. Alejandro Pérez Cabeza.*
 - Cribado de fibrilación auricular: coste-eficacia de estrategias para identificar candidatos para anticoagulación con alto riesgo de ictus. *Dra. Irene Escudero Martínez.*
 - Punto de vista del paciente anticoagulado. *D. Rafael Martínez*
 - Mejora en la detección del paciente mal controlado con antivitamina K. *Dr. Francisco Javier Rodríguez Martorell.*
 - Anticoagulación post COVID-19. *Dr. Carlos de la Cruz Cosme*
 - Innovaciones terapéuticas y sostenibilidad del SSPA. *Dr. Miguel Angel Calleja Hernández.*
2. Fase 2: El manejo del paciente anticoagulado o con necesidad de serlo en el SSPA: Buenas prácticas y desafíos.

Para su realización se contó con una selección de profesionales expertos que puede consultarse en [Anexo I](#).

El taller se realizó en formato presencial con los abordajes metodológicos que se detallan a continuación.

Metodología Fase 1: Anticoagulación oral. Evidencias y buenas prácticas

Objetivo

- Compartir las evidencias científicas en relación con la anticoagulación oral, integrando una visión multidisciplinar.

Metodología

1. Realización de una sesión en las instalaciones de la Consejería de Salud y Familias con el conjunto de personas expertas invitadas a participar. Secuencialmente las actividades a realizar serán:
 - a. Presentación por 7 ponentes de referencia sobre un tema específico sobre la anticoagulación oral. El tiempo máximo de exposición fue de 15 minutos. Si esta

presentación incluye material gráfico será aportada previamente para su proyección simultánea.

Puede consultarse el Programa del Taller en el [Anexo II](#).

Metodología Fase 2: El manejo del paciente anticoagulado o con necesidad de serlo en el SSPA: Buenas prácticas y desafíos.

Objetivo

- Identificar las mejores prácticas y los principales desafíos, presentes y futuros, para la atención al paciente con necesidades de tratamiento anticoagulante

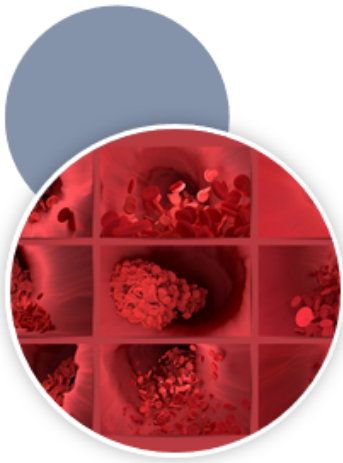
Metodología

Se utilizó un abordaje cualitativo con los participantes en el Workshop. Se llevó a cabo una sesión plenaria, en la que se empleó una técnica estructurada de ideación y debate. Para ello se formularon una serie de cuestiones que los expertos respondieron de forma individual en una plantilla específica, bien en formato electrónico, bien en formato papel. Posteriormente los participantes por turnos expusieron sus aportaciones y consideraciones con respecto a cada una de las tres preguntas formuladas y que fueron las siguientes:

- ¿Qué factores internos al SSPA favorecen o dificultan el manejo del paciente coagulado o con indicación de serlo?
- ¿Qué factores externos al SSPA favorecen o dificultan el manejo del paciente coagulado o con indicación de serlo?
- ¿Qué estrategias de avance plantearía que aporten valor real al paciente y a la mejora de los resultados en salud?

Una vez finalizado el encuentro, el equipo consultor integró y ordenó por dimensiones las aportaciones realizadas por el grupo de expertos en lo referente a las estrategias de avance. A continuación, se solicitó a los expertos, a través de correo electrónico, que priorizaran las estrategias de mejora propuestas desde dos puntos de vista, en una plantilla que integraba las dimensiones y propuestas específicas:

- **Importancia de la estrategia:** Impacto de la estrategia para mejorar los resultados en salud de los pacientes anticoagulados.
- **Factibilidad en la implantación:** Viabilidad percibida de que la estrategia propuesta se lleve a cabo en el corto-medio plazo en los centros sanitarios públicos de Andalucía.








RESULTADOS

Innovación en Anticoagulación Oral

RESULTADOS Fase 1: Anticoagulación oral. Evidencias y buenas prácticas

PRESENTACIONES DE LOS EXPERTOS

Las presentaciones de los expertos pueden consultarse a través de los siguientes códigos QR:

Evidencia científica disponible en las distintas indicaciones de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) y Guías de Práctica Clínica. Dra. Patricia Martínez Sánchez..	
Evaluación de resultados en salud y el futuro del pago por resultados en NACOs. Dr. Alejandro Pérez Cabeza.	
Cribado de fibrilación auricular: coste-eficacia de estrategias para identificar candidatos para anticoagulación con alto riesgo de ictus. Dra. Irene Escudero Martínez.	
Punto de vista del paciente anticoagulado. D. Rafael Martínez	No uso soporte de imagen
Mejora en la detección del paciente mal controlado con antivitamina K. Dr. Francisco Javier Rodríguez Martorell.	
Anticoagulación post COVID-19. Dr. Carlos de la Cruz Cosme	
Innovaciones terapéuticas y sostenibilidad del SSPA. Dr. Miguel Angel Calleja Hernández	No usó soporte de imagen

RESULTADOS Fase 2: El manejo del paciente anticoagulado o con necesidad de serlo en el SSPA: Buenas prácticas y desafíos.

APROXIMACIÓN ANÁLISIS ESTRATÉGICO: DAFO

Se realizó una aproximación con los expertos invitados a un análisis estratégico de la situación del paciente coagulado o con indicación de serlo en los centros sanitarios públicos de Andalucía.

A continuación, se presentan los resultados agrupados en categorías mayores de las respuestas ofrecidas a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué factores internos al SSPA dificultan –debilidades- o favorecen –fortalezas- el manejo del paciente coagulado o con indicación de serlo?
- ¿Qué factores externos al SSPA dificultan –amenazas- o favorecen -oportunidades- el manejo del paciente coagulado o con indicación de serlo?

DEBILIDADES

Variabilidad en el manejo paciente anticoagulado e indicaciones ACOD inter e intra niveles asistenciales

- Poca integración entre los actores en la decisión de anticoagulación y control del paciente anticoagulado.
- Falta de coordinación y comunicación entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH).
- Nula relación AH-AP.
- Programas informáticos diferentes en AP y AH.
- Falta de empoderamiento de Atención Primaria.
- Protocolos diferentes:
 - Si se indica anticoagulación con AVK desde la consulta externa, tiene que pedir cita en su ambulatorio.
 - Si se indica anticoagulación con AVK desde el servicio de urgencias, tiene que ir a consultas de hematología.
- Asimetrías regionales en cuanto al acceso de los ACOD por parte de AP.
- Variabilidad en el manejo de los ACOD en AP (inhabitación por mayores trabas al médico de AP, exceso de confianza por la “no necesidad” de “controles” que, en ocasiones, lleva a obviar los controles ocasionales de función renal y aumentan los riesgos).
- Variabilidad enorme entre provincias: Distritos, centros de salud y Hospital.
- Variabilidad interregional.

Limitaciones a la prescripción de los ACOD y variable según zonas sanitarias

- Barreras burocrática (visado).
- Trabas burocráticas para la prescripción de ACOD.
- Visado ACOD.
- Necesidad de visado para los ACOD.
- Burocracia (restricciones por visado).
- Barreras de inspección y visado en AP.
- Limitación clara en el visado ACOD: mucha mayor fiscalización en AP que en el hospital.

Seguimiento de los pacientes con ACOD

- Requiere mayor implicación de Hematología en pacientes con ACOD.

Ausencia de un programa de autocontrol en pacientes con AVK

- No disponibilidad del autocontrol.
- La negación del autocontrol para los pacientes que no tienen acceso a los ACOD.
- La no existencia de un programa de autocontrol del tratamiento con AVK en la cartera de servicios.

Problemas con los Sistemas de información: Imposibilidad de conocer el Tiempo en Rango terapéutico (TRT)

- Métodos de información de pacientes (tiempo en rango terapéutico, ...).
- Imposibilidad de conocer el TRT de cualquier paciente.
- La ausencia de visibilidad general del TRT.
- Se puede acceder a AthisWeb, pero consume mucho tiempo.

Inercia terapéutica

- Resistencia al cambio de algunos profesionales (cambio de AVK a ACOD).
- Inercia terapéutica, seguir el mismo tratamiento sin tomar decisiones basadas en la evaluación.

Factores economicistas que influyen en la prescripción

- Incentivos o desincentivos que influyen en la prescripción de ACOD.

Falta de credibilidad clínica de los ACOD-Formación Profesionales

- Falta de formación de algunos profesionales.
- La casi inexistencia de formación continuada en anticoagulación desde los centros de referencia hacia AP y de coordinación entre ambos niveles. Muchas veces depende del voluntarismo.

- Desconocimiento y falta de formación de algunos profesionales en el manejo de los ACOD.

Falta de accesibilidad al Sistema Sanitario

- Demoras en citas y pruebas (que conlleva a una demora diagnóstica y detención de problemas).
- Acceso al control de INR en personas de riesgo (situación activa COVID 19).
- Escasa identificación de FA en AP por sobrecarga de trabajo.
- Seguimiento a pacientes con ACOD mejorable.
- Gran espacio entre controles una vez que se ha conseguido, aparentemente, una dosis óptima.
- Listas de espera para el acceso a especialistas.
- Dispersión geográfica.
- Masificación.

Implicación del paciente en su proceso asistencial

- Falta de educación y concienciación de los y las usuarias/os en cuanto a prevención, por ejemplo, no conocen para qué toman ciertos tratamientos...
- Mayor protagonismo de pacientes en la organización sanitaria.
- Dificultades para controlar la adherencia al tratamiento.

Confortabilidad de las instalaciones

- Escaso confort: Necesidad de renovar las estructuras.

FORTALEZAS

Profesionales

- Alto nivel científico de los sanitarios.
- Red de profesionales con años de experiencia en el manejo de paciente anticoagulado en AP.
- Potentes equipos profesionales de Neurología, Cardiología, Hematología y Farmacia.
- Enfermería muy profesional.
- AP muy coordinada.
- Profesionales implicados.

Autonomía profesional para la indicación y prescripción de AVK y ACOD

- El médico de hospital y de atención primaria son autónomos para indicar el tratamiento en Receta XXI.
- Andalucía es una de las comunidades autónomas con mayor tasa de prescripción de ACOD.

- Accesibilidad al uso de ACOD por las distintas especialidades médicas (otras CCAA sólo pueden prescribir algunas especialidades).
- Prescripción del anti Vitamina K y heparinas de bajo peso molecular HBPM (barato).
- Disponibilidad de fármacos accesibles a la prescripción de los profesionales para los pacientes con criterios de anticoagulación.

Trabajo en Equipo

- Buena relación médico-paciente-enfermería.

Accesibilidad a los centros sanitarios

- Atención primaria muy potente con accesibilidad y rapidez de actuación.
- Accesibilidad a los centros.
- Buen acceso y organización (época No COVID) para control de INR.
- Control de INR desde Atención Primaria.

Sistemas de Información

- Sistema Público homogéneo con base de datos poblacional en salud permitiría hacer buen control de las indicaciones de ACOS en fibrilación auricular.
- Sistemas de información integrados –Diraya- AP y AH.
- Se puede acceder al sistema de control de INR (AthisWeb).
- Historia digital común a todo el SSPA.
- La presencia de receta XXI y sobre todo el visado electrónico que agiliza trámites administrativos para la prescripción de ACOD.

Formación de los profesionales

- Realización de actividades de formación.
- Formación a profesionales, sobre todo, a través de las sociedades científicas.

Autocontroles de INR

- Autocontroles de INR.
- Organización funcional.
- Estructura de los centros sanitarios.
- Adaptabilidad a situación de pandemia.

Infraestructura y tecnología

- Infraestructura ya creada: Unidades de anticoagulación hospitalaria (consulta) y coordinación con la AP.
- Mejor diagnóstico de la FA en algunos ámbitos como las unidades de ICTUS gracias a la monitorización prolongada con HOLTER.

AMENAZAS

Desinformación y resistencia al cambio de los pacientes dificultan un adecuado proceso de anticoagulación

- Desinformación de las RRSS (negacionismo, falsos mitos, etc.).
- Desinformación.
- Infoxicación.
- La desinformación que pueden transmitir las RRSS hoy día: factores de confusión.
- Información errónea transmitida.
- Falta de accesibilidad a las asociaciones (desinformación).
- Formación de los pacientes.
- Falta de formación: incluso en ocasiones responsabilidad de parte de la población.
- Aspectos culturales de la sociedad: el/la paciente poco activo/a.
- Desconocimiento de algunos pacientes de lo que es la anticoagulación.
- Características del paciente: no tener adherencia al tratamiento, falta de seguridad en el tratamiento, información negativa del tratamiento.

Características demográficas y epidemiológicas de la población

- Envejecimiento poblacional e incremento de patologías que conlleva la necesidad de anticoagular.
- Andalucía tiene mayores tasas de Factores de Riesgo cardiovascular (HTA, DM, etc.) que no están bien controladas e incrementan considerablemente el riesgo de FA.

Crisis económica que limita el acceso a los ACOD y otras medidas para mejorar el diagnóstico precoz de la FA.

- Crisis económica “permanente” en el SSPA.
- Crisis económica que dificulta una adecuada financiación de la sanidad.
- Baja inversión en salud y región con renta per cápita baja.

La aparición de la pandemia

- Pandemia COVID 19: miedo a acudir a los centros sanitarios (absentismo), desviación de recursos, incremento de demoras “intrínsecas”.

Precio de los ACOD

- Precio elevado de los ACOD comparado con los AVK, si no se consideran otros factores como la necesidad de controles periódicos, mayores riesgos de hemorragia, ...
- El precio del propio tratamiento sin tener en cuenta criterios farmacoeconómicos.
- Precio a pagar el paciente por la medicación en la farmacia.

Condicionantes administrativos formales existentes para mejorar el acceso a los ACOD, según evidencias disponibles.

- IPT poco actualizado. La AEMPS restringe la toma de decisiones al SSPA.
- Clasificación AEMPS-DGF visado.
- Informe de posicionamiento nacional restrictivo y poco actualizado.
- No acceso a ACOD fuera de las indicaciones financiadas.
- Falta de comunicación entre CCAA.

Uso de los Antivitamina K (AVK) por parte de los pacientes

- AVK miedo del paciente, tabú.
- Autocontrol del INR (disponibilidad del dispositivo).
- Miedo del paciente a tener un control rutinario.
- Incomodidad de los controles.
- Dispersión geográfica que impide el acceso de los pacientes al control rutinario en sus centros de salud. Dificultad de algunos pacientes para acceder a los controles biológicos (aislamiento).
- Falta de tiempo en la vida actual (ejemplo para controles de INR, adherencia, ...).

OPORTUNIDADES

Empoderamiento del paciente y apoyo de las asociaciones de pacientes

- El papel que desempeñan y pueden desempeñar las asociaciones de pacientes.
- Asociaciones de pacientes en colaboración con los profesionales sanitarios.
- Formación e información desde las asociaciones como apoyo a la formación de los profesionales.
- Pacientes implicados en su tratamiento. Implicación de los pacientes. Empoderamiento del paciente. Paciente empoderado ayuda al manejo.
- Paciente como centro del sistema: demanda.
- El papel de la Escuela de pacientes y asociaciones de pacientes.
- Conocimiento de la enfermedad y fármacos por la ciudadanía.
- La sociedad cada vez más informada sobre la prevención, tratamiento de la enfermedad.
- Conocimiento de muchos pacientes de lo que es el Sintrom (por familiares, etc.).
- Facilitar autocontrol a través de la formación de las asociaciones.

Innovaciones tecnológicas

- Dispositivos de diagnóstico precoz de FA (ejemplo *Apple watch*).
- La existencia de dispositivos móviles, aplicaciones o telemedicina para el control de la medicación y FA.
- Mejoras tecnológicas y diagnósticas en su mayoría por inversión de Farmaindustria/privada.

- Nuevos equipos sencillos (smartwatch, ...) que identifican la FA fácilmente.

Evidencia científica. Proceso de evaluación y recomendaciones de uso

- Nuevas guías (por ejemplo, Guía *European Society of Cardiology ESC 2020*) con indicaciones claras de ACOD en prevención de eventos tromboembólicos en fibrilación auricular, síndrome coronario agudo, síndrome coronario crónico...
- Generación de evidencia; investigación continua para conocer mejor los medicamentos.
- Existencia de guías de práctica clínica.
- Guías de práctica clínica nacionales e internacionales.
- Conocimiento de la enfermedad.
- Informes de las sociedades médicas.

Relevancia mediática del ICTUS

- Relevancia mediática del ICTUS (exigencia de población y usuarios para disponer de recursos).

Características de los ACOD

- Sensación de mayor “libertad” por parte del paciente (alimentos, interacciones farmacológicas).
- ACOD: comodidad.
- Difusión y alto nivel de uso actual.
- Buena información.
- Innovación terapéutica activa: Incremento del número de fármacos y de indicaciones.

Fin de la patente de los primeros ACOD

- Finalización de la patente de los primeros ACOD puede posibilitar una mayor accesibilidad por la aparición del biosimilar.

Sistema Sanitario Público con amplia cobertura

- Supuesta Atención general y con los mismos sistemas.
- Universalización de la sanidad con igualdad de criterios de Atención, independientemente de factores económicos sociales o culturales.
- Competencia entre CCAA que lleva a mejorar.
- Apoyo SSCC.

ESTRATEGIAS DE AVANCE

Tras la respuesta y exposición y debate de las anteriores preguntas se formuló una última pregunta a los expertos en el taller que fue la siguiente:

¿Qué estrategias de avance plantearía que aporten valor real al paciente y a la mejora de los resultados en salud?

Los resultados fueron un total de 43 propuestas que se muestran a continuación agrupadas bajo el paraguas de 19 categorías principales:

D1 Diagnóstico precoz de la FA

Número 1 Implantar una estrategia que permita mejorar el diagnóstico precoz de la FA

D2 Cribado poblacional de FA

Número 2 Implantar un programa de cribado de fibrilación auricular coste-eficaz para identificar candidatos para anticoagulación

D3 Mejorar la accesibilidad del paciente anticoagulado al Sistema Sanitario

Número 3 Garantizar la atención en tiempo adecuado de los problemas prioritarios.

Número 4 Permitir el triaje y la priorización de los motivos de consulta relacionados con el paciente anticoagulado en Centros de Salud y hospital tal y como se hace por COVID 19. Implementar una “ruta de la Fibrilación Auricular”

D4 Proceso asistencial integral de FA

Número 5 Creación del proceso asistencial integral de FA. Abordaje multidisciplinar

D5 Sistemas de información que mejoren el seguimiento del paciente con AVK

Número 6 Mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información en salud (Diraya, TAO-NET, Farmacia, receta XXI, ...)

Número 7 Incorporar en Diraya el seguimiento de los controles AVK

Número 8 Acceso de todos los sanitarios a datos del TRT. Garantizar la visibilidad del TRT en Diraya (alertas)

Número 9 Programas comunes para seguimiento de los controles (tarjeta)

Número 10 Seguimiento más cercano con herramientas tecnológicas que ayuden

Número 11 Sistema de alertas del paciente mal anticoagulado

D6 Inteligencia de datos y Big data para el Seguimiento de los resultados en salud

Número 12 Desarrollo del “big data”: buscar la relación de la incidencia de ictus con la buena/mala anticoagulación del paciente, pero también con otros posibles factores no sospechosos

- Número 13* Utilización de “big data” para obtener resultados en salud
Número 14 Programas específicos de seguimiento de resultados en salud de estos pacientes. Herramientas ágiles para mejorar resultados
Número 15 Diraya accesible a toda la estadística

D7 Incentivos económicos

- Número 16* Incentivos económicos a la eficiencia

D8 Pago por resultados

- Número 17* Definir estrategia del SAS de pago por resultados
Número 18 El pago por resultados exige disponer de un CMBD transparente

D9 Mejora de la evidencia

- Número 19* Actualización de guías de Hematología

D10 Coordinación entre niveles asistenciales

- Número 20* Mejora en comunicación rápida ente AP y H
Número 21 Optimizar circuitos entre AP y AH, por ejemplo, consultas de referencia o telemedicina
Número 22 Guías comunes de manejo del paciente consensuadas entre AP y AH
Número 23 Potenciar los mecanismos de formación entre hospitales y AP

D11 Disminuir la variabilidad práctica clínica

- Número 24* Disminuir la variabilidad: Protocolos homogéneos en Andalucía. Programas estandarizados de seguimiento. Homogenización en el manejo del paciente. Protocolos unánimes

D12 Formación de profesionales en el manejo de la anticoagulación

- Número 25* Gestión del conocimiento y programas de formación que garantice la actualización de todos los potenciales prescriptores para manejar ACOD
Número 26 Formación para profesionales: fomentar la formación on line)

D13 Introducción del Autocontrol

- Número 27* Introducción del autocontrol del tratamiento con AVK en la cartera de servicios.
Número 28 Seguimiento periódico de todos los pacientes anticoagulados con AVK en autocontrol (auto tratamiento) y ACOS

D14 Potenciar el papel de las Asociaciones de pacientes

- Número 29* Relación institucional entre el SSPA y las UGC implicadas con las asociaciones de pacientes: acceso a los nuevos pacientes, asesoramiento, paciente experto, apps

Número 30 Relación institucional con la enfermería de AP: favorecer la educación sanitaria y la puesta en marcha de Escuelas de Pacientes

D15 Accesibilidad de los ACOD: eliminación visado y/o ampliación de las indicaciones financiadas

Número 31 Eliminación de trabas burocráticas al prescribir ACOD (flexibilizar la indicación y supresión del visado)

Número 32 Ampliación de indicaciones financiadas a partir de la generación de evidencias en vida real (dinamismo de las instituciones reguladoras: MSC)

Número 33 Asimilar las indicaciones del visado con las de la ficha técnica aprobada y eventualmente suprimir visado

Número 34 Actualización del IPT y enfocarlo a resultados en salud

D16 Vigilancia epidemiológica

Número 35 Vigilancia epidemiológica de la incidencia de Ictus asociado a FA

D17 Estrategias dirigidas al paciente: Información y educación del paciente

Número 36 Educación sanitaria. Empoderamiento del paciente (información y educación): Paciente experto. Mucha información empoderamiento del paciente para el cuidado de su patología Formación a pacientes a cerca de la enfermedad y tratamiento. Mejora de la información del paciente anticoagulado (INR)

Número 37 Explicar perfectamente la necesidad de cumplir el tratamiento de este grupo terapéutico. ¿Qué hacer si se me olvida una dosis?

Número 38 Información detallada a pacientes al alta del hospital: revisiones, duración tratamiento.

D18 Utilización de las nuevas tecnologías entre los pacientes

Número 39 Seguimiento por parte de los pacientes de su proceso con el uso de equipos sencillos (smartwatch, teléfonos ...)

Número 40 Identificación de la FA con dispositivos de uso habitual por parte de los pacientes (smartwatch, teléfonos ...)

D19 Estrategias para la mejora de la adherencia

Número 41 Seguimiento/vigilancia por farmacia de correcta prescripción y correcta monitorización (revisión Hª digital, ...) y adherencia ¡cumplimiento!

Número 42 Estudios de adherencia al tratamiento (con el uso de apps)

Número 43 Encuestas de uso y satisfacción con el tratamiento (con el uso de apps)

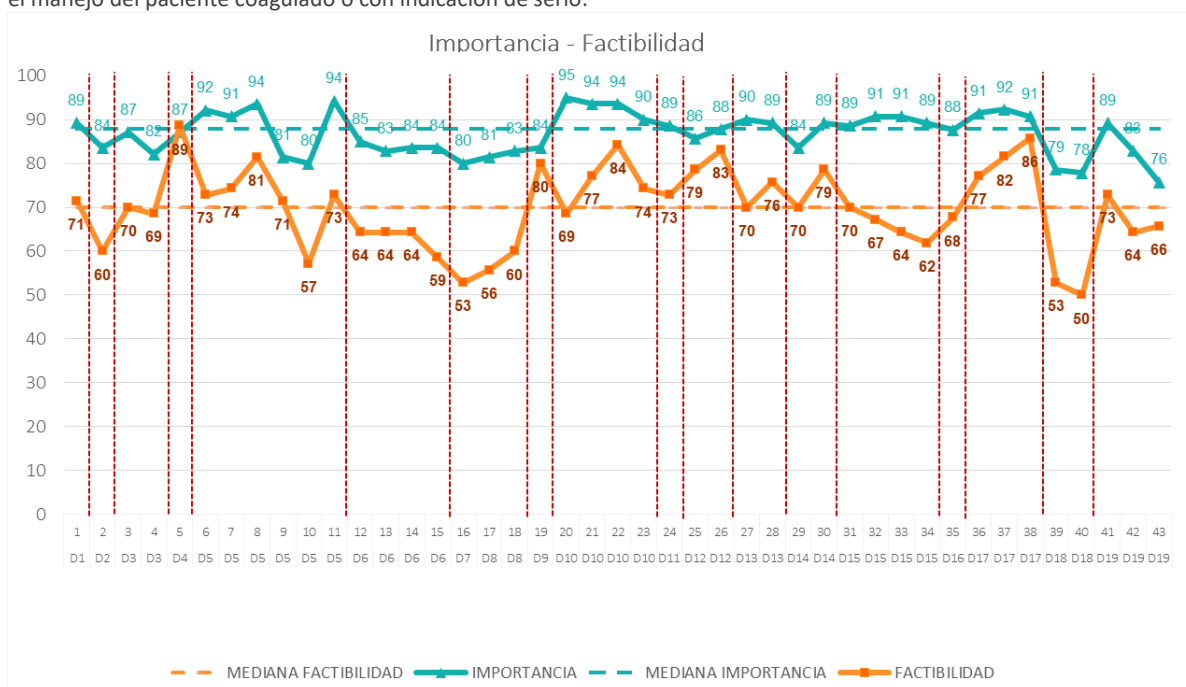
PRIORIZACIÓN Y RECOMENDACIONES

Los resultados de la priorización según importancia y factibilidad de las propuestas de avance para mejorar el manejo del paciente coagulado o con indicación de serlo se muestran en el gráfico 1. (Tasa de respuesta 100%). El valor de la mediana de la importancia otorgada a las propuestas se sitúa en 88, frente al valor de la mediana de factibilidad que se sitúa en 70 puntos.

Destacar que las 5 estrategias consideradas de mayor importancia poseen también un valor de factibilidad por encima de la mediana salvo la primera (número 20)

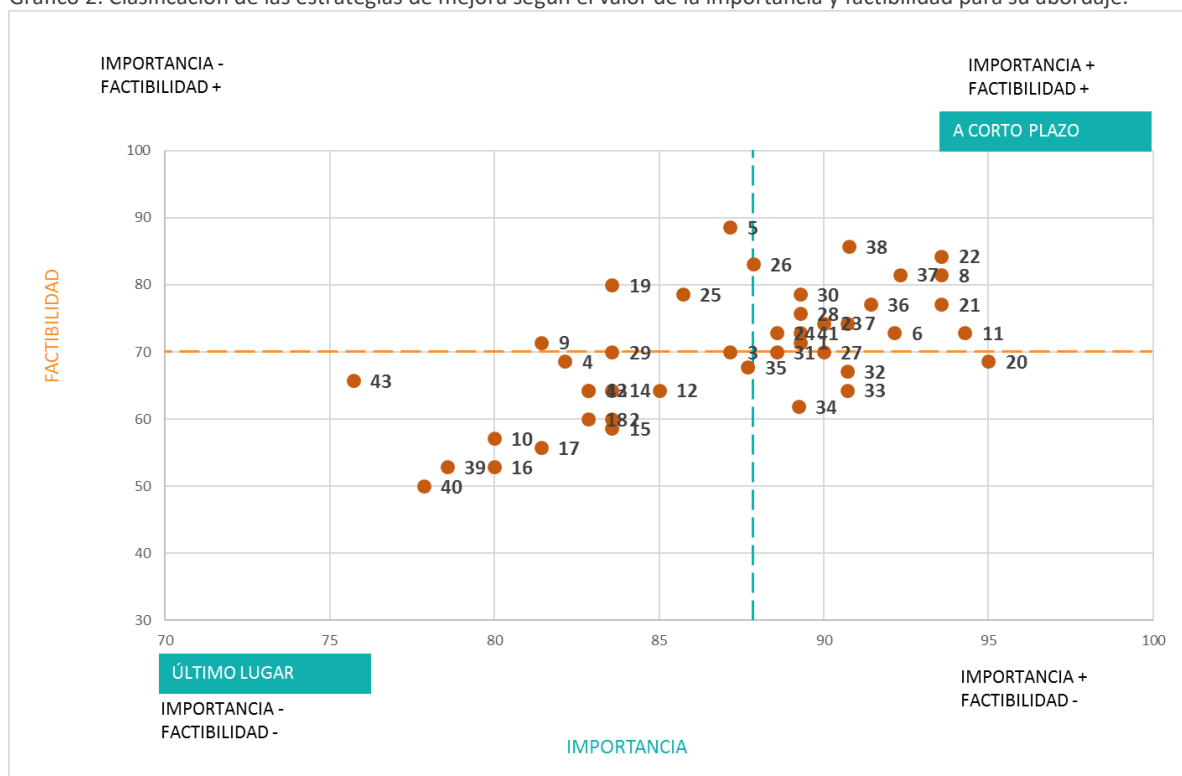
- Número 20 Mejora en comunicación rápida ente AP y AH
- Número 11 Sistema de alertas del paciente mal anticoagulado
- Número 8 Acceso de todos los sanitarios a datos del TRT. Garantizar la visibilidad del TRT en Diraya (alertas)
- Número 21 Optimizar circuitos entre AP y AH, por ejemplo, consultas de referencia o telemedicina
- Número 22 Guías comunes de manejo del paciente consensuadas entre AP y AH

Gráfico 1. Resultados de la priorización según importancia y factibilidad de la propuesta de estrategias para mejorar el manejo del paciente coagulado o con indicación de serlo.



Si consideramos la distribución de las propuestas atendiendo al valor de la mediana de ambas dimensiones, importancia y factibilidad, las agrupamos en los 4 cuadrantes que se muestran en el gráfico 2.

Gráfico 2. Clasificación de las estrategias de mejora según el valor de la importancia y factibilidad para su abordaje.



Desde el punto de vista de la toma de decisiones y el papel activo de los expertos consideramos con carácter preferente las situadas en el cuadrante superior derecho. Se trata de dieciocho propuestas que se consideran con un valor de importancia y factibilidad igual o por encima de la mediana en ambas dimensiones y son las siguientes:

Tabla 1. Propuestas de mejora priorizadas con importancia y factibilidad por encima de la mediana

Nº Dimensión	Dimensión	Nº Propuesta	Propuesta
D1	Diagnóstico precoz de la FA	1	Implantar una estrategia que permita mejorar el diagnóstico precoz de la FA
D5	Sistemas de información que mejoren el seguimiento del paciente con AVK	6	Mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información en salud (Diraya, TAO-NET, Farmacia, receta XXI,...)
		7	Incorporar en Diraya el seguimiento de los controles AVK
		8	Acceso de todos los sanitarios a datos del TRT. Garantizar la visibilidad del TRT en Diraya (alertas)
		11	Sistema de alertas del paciente mal anticoagulado
D10	Coordinación entre niveles asistenciales	21	Optimizar circuitos entre AP y AH, por ejemplo, consultas de referencia o telemedicina
		22	Guías comunes de manejo del paciente consensuadas entre AP y AH
			23
D11	Disminuir la variabilidad práctica clínica	24	Disminuir la variabilidad: Protocolos homogéneos en Andalucía. Programas estandarizados de seguimiento. Homogenización en el manejo del paciente. Protocolos unánimes
D12	Formación de profesionales en el manejo de la anticoagulación	26	Formación para profesionales: fomentar la formación on line

Nº Dimensión	Dimensión	Nº Propuesta	Propuesta
D13	Introducción del Autocontrol	27	Introducción del autocontrol del tratamiento con AVK en la cartera de servicios.
		28	Seguimiento periódico de todos los pacientes anticoagulados con AVK en autocontrol (auto tratamiento) y ACOS
D14	Potenciar el papel de las Asociaciones de pacientes	30	Relación institucional con la enfermería de AP: favorecer la educación sanitaria y la puesta en marcha de Escuelas de Pacientes
D15	Accesibilidad de los ACOD: eliminación visado y/o ampliación de las indicaciones financiadas	31	Eliminación de trabas burocráticas al prescribir ACOD (flexibilizar la indicación y supresión del visado)
D17	Estrategias dirigidas al paciente: Información y educación del paciente	36	Educación sanitaria. Empoderamiento del paciente (información y educación): Paciente experto. Mucha información. Empoderamiento del paciente para el cuidado de su patología. Formación a pacientes a cerca de la enfermedad y tratamiento. Mejora de la información del paciente anticoagulado (INR)
		37	Explicar perfectamente la necesidad de cumplir el tratamiento de este grupo terapéutico. ¿Qué hacer si se me olvida una dosis?
		38	Información detallada a pacientes al alta del hospital: revisiones, duración tratamiento.
D19	Estrategias para la mejora de la adherencia	41	Seguimiento/vigilancia por farmacia de correcta prescripción y correcta monitorización (revisión Hª digital,...) y adherencia ¡cumplimiento!

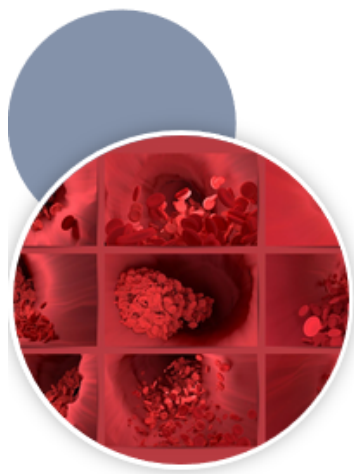
El segundo cuadrante a analizar es el inferior derecho en el que se sitúan propuestas con importancia superior a la mediana (88) y con una factibilidad inferior a la mediana (70)

Como se puede observar en la tabla 2 la mayoría de estas acciones corresponden con la dimensión relacionada con la eliminación del visado.

Tabla 2. Propuestas de mejora priorizadas con importancia y factibilidad por encima de la mediana

Nº Dimensión	Dimensión	Nº Propuesta	Propuesta
D10	Coordinación entre niveles asistenciales	20	Mejora en comunicación rápida ente AP y AH
D13	Introducción del Autocontrol	27	Introducción del autocontrol del tratamiento con AVK en la cartera de servicios.
D15	Accesibilidad de los ACOD: eliminación visado y/o ampliación de las indicaciones financiadas	31	Eliminación de trabas burocráticas al prescribir ACOD (flexibilizar la indicación y supresión del visado)
		32	Ampliación de indicaciones financiadas a partir de la generación de evidencias en vida real (dinamismo de las instituciones reguladoras: MSC)
		33	Asimilar las indicaciones del visado con las de la ficha técnica aprobada y eventualmente suprimir visado
		34	Actualización del IPT y enfocarlo a resultados en salud

Anexos



ANEXOS

Innovación en Anticoagulación Oral

Anexo I. Expertos participantes

Dr. Miguel Angel Baena López. Subdirector médico de la Agencia Sanitaria Hospital de Poniente (Almería). Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia- Andalucía.

Dr. Miguel Angel Calleja Hernández. Jefe de Servicio. Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros sociosanitarios (SAFH).

Dr. Carlos de la Cruz Cosme. Jefe de sección de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. Coordinador del grupo de trabajo de neurovascular de la Sociedad Andaluza de Neurología.

Dra. Irene Escudero Martinez. FEA de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz. Vicepresidente RR.II. y Comunicación. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) Andalucía.

Dr. Enrique Martin Rioboo. Grupo de Trabajo de HTA de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Córdoba.

D. Rafael Martinez. Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN). Miembro de Asociación Cordobesa de Pacientes Anticoagulados (APCA), Córdoba.

Dra. Patricia Martinez Sánchez. FEA Neurología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

D^a Maria Victoria Mengíbar del Pino. Vicepresidenta de la Asociación de Pacientes Anticoagulados de Málaga (APAM).

Dr. Vicente Merino Bohórquez. Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Dr. Joan Montaner Villalonga. Coordinador del Plan Andaluz de Atención al Ictus. Director de la Unidad de Neurología y Neurofisiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Dr. Alejandro Pérez Cabeza. FEA de Cardiología. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. Presidente del Grupo de trabajo de fibrilación auricular de la Sociedad Andaluza de Cardiología.

Dr. Francisco Javier Rodriguez Martorell. Servicio de Hematología y Hemostasia del Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Dr. Javier Torres Llergo. FEA Cardiología. Hospital Universitario de Jaén. Vocal del Grupo de trabajo de fibrilación auricular de la Sociedad Andaluza de Cardiología.

Anexo II Programa de la sesión

Programa de la sesión 22 de septiembre



Anexo III. Imágenes del taller

