

# Índice de contenidos

» 06

¿Existe margen de mejora en el abordaje actual de la fibrilación auricular y en la prevención del ictus en Cataluña? » 08

La fibrilación auricular, un problema de salud no resuelto

» 15

Abordaje poblacional. Detección temprana

» 20

Abordaje individual. Manejo y gestión clínica

» 29

» 33

Anexo

Glosario

» 10

¿Cuál es la situación actual del abordaje de la fibrilación auricular y prevención del ictus en Cataluña? » 13

Abordaje poblacional. Promoción y prevención primaria

» 25

Abordaje individual. Seguimiento » 28

**Conclusiones** 

» 34

**Bibliografía** 

# **Grupo de trabajo**

Para la elaboración de este documento, en mayo de 2017, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por las siguientes personas.

#### Alba Brugués

Presidenta AIFICC - Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya.

#### Amparo Santamaría

Jefa Unidad de Hemostasis y Trombosis del Hospital Vall d'Hebrón.

#### **Andrea Molina**

Responsable de la pauta d'anticoagulant per al tractament de la fribril·lació auricular. Servei català de la Salut.

#### **Antoni Riera**

Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari de Bellvitge.

#### **Antonio Vallano**

Coordinador del programa d'Harmonització. Servei Català de la Salut.

#### **Caridad Pontes**

Gerent D'Harmonització. Servei Català de la Salut.

#### Carmen Aleix

Presidenta de la Federación Española de Ictus.

#### **Conxita Closa**

Directora Asistencial Fisiogestión.

#### Fina Mauri

Directora de les malalties cardiovasculars del Pla director de malalties de l'aparell circulatori.

#### Jaume Roquer

Jefe de Servicio de Neurología del Hospital del Mar.

#### Jordi Altirriba

Director en EAP Poble Sec-Montjuïc.

#### Josep Lluís Calvo

Presidente de la Asociación de Anticoagulados de Lleida.

#### **Juan Carlos Contel**

Miembro Programa Cronicitat del Departament de Salut. (PIAISS).

#### Mariano de la Figuera

Médico de Familia en EAP Sardenya.

#### Mercè Salvat

Enfermera del Pla Director Malaltia Vascular Cerebral del AQuAS.

#### Miquel Gallofré

Responsable del Pla Director Malaltia Vascular Cerebral. Departament de Salut.

#### Paqui Moreno

Presidenta de la SEFAC en Cataluña.

#### Ramón Morera

Presidente Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria SEDAP.

#### **Salvador Tous**

Vocal de la junta SEFAC Cataluña.

El documento que se presenta a continuación recoge e integra las visiones de todos los participantes. En este sentido, las conclusiones no reflejan necesariamente las opiniones individuales de cada miembro del grupo.

# ¿Existe margen de mejora en el actual abordaje de la fibrilación auricular y en la prevención del ictus en Cataluña?

La iniciativa estratégica para el abordaje de la fibrilación auricular y prevención del ictus en Cataluña es un proyecto que consiste en identificar la existencia de margen de mejora en el actual abordaje de la fibrilación auricular (FA) y en la prevención del ictus en Cataluña y realizar propuestas de mejora.

Para la materialización del proyecto, se parte del análisis y revisión del abordaje que se está haciendo hoy de la FA en Cataluña a través de un grupo multidisciplinar formado por diferentes agentes del sector que participan directa o indirectamente en el abordaje de la fibrilación auricular y el ictus, con el objetivo de obtener una visión integral de lo que se está haciendo entorno a este problema de salud.

Para su constitución se han tenido en cuenta diferentes aspectos:

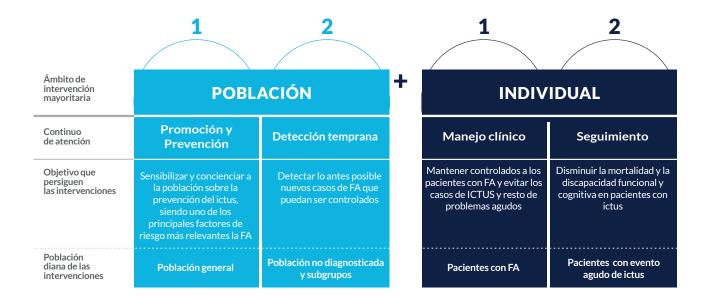
- Representación de todos los niveles asistenciales del sector sanitario (macro, meso y micro).
- Involucración de los agentes que desempeñan un rol y aportan valor en el abordaje de este problema de salud hoy.

Así, el grupo multidisciplinar está integrado por los siguientes agentes:

- Ámbito macro representado por agentes de la administración catalana: director del Plan Director de enfermedades cerebrovaculares, miembros del Cat Salut y del Departament de Salut.
- Ámbito meso representado por directivos de organizaciones sanitarias, asociaciones y sociedades científicas.
- Ambito micro representado por profesionales sanitarios de los diferentes niveles asistenciales:
  - Ámbito hospitalario: cardiología, hematología, medicina interna y neurología.
  - Ámbito de atención primaria: médicos de atención primaria, enfermería; agentes comunitarios como pueden ser representantes de las Oficinas de farmacia comunitaria, entre otros.

Para estructurar el proyecto se ha utilizado el siguiente marco de trabajo con enfoque integral. Este marco utiliza el continuo de atención para la selección de población diana y objetivos sobre los que identificar intervenciones que pueden realizar los diferentes agentes sanitarios.

#### Marco conceptual para el abordaje de un problema de salud



El diagnóstico de la situación de la fibrilación auricular en Cataluña se ha realizado a través de:

- 1. **Entrevistas en profundidad** con agentes clave con el objetivo de identificar intervenciones y propuestas de mejora.
- 2. **Reunión de trabajo con el grupo multidisciplinar** para consensuar el diagnóstico realizado en base a la información recogida en las entrevistas y las áreas de mejora a implementar.

# A continuación se detallan las fases del proyecto: fase preparatoria, exploratoria y diagnóstica y validación.

#### 1. Fase preparatoria: Constitución del grupo de trabajo multidisciplinar:

Para la configuración del grupo de trabajo se ha hecho un ejercicio de identificación de los agentes de interés entorno a la fibrilación auricular y la prevención y manejo del ictus. En este sentido se han identificado agentes en los tres niveles de la organización (macro, meso y micro), que puedan tener un rol en el abordaje de este problema de salud. El número total de participantes en el proyecto es de 19 personas.

#### 2. Fase exploratoria y diagnóstica se ha llevado a cabo a través de:

a. Entrevistas en profundidad a los miembros del grupo de trabajo multidisciplinar.

Se han realizado un total de 21 entrevistas en profundidad (a la totalidad de los integrantes del grupo multidisciplinar y otros agentes relevantes en la fibrilación auricular).

#### b. Análisis y estructuración de la información.

En base a la información recopilada a lo largo de todas las entrevistas, Si-Health ha hecho un diagnóstico de situación con el objetivo de comprender las intervenciones que se están llevando a cabo en el abordaje de la fibrilación auricular, entendiendo por intervenciones a aquellos procesos, actividades o prácticas en relación

con la FA y la prevención del ictus que han sido detectadas y que pueden responder a la práctica habitual, con procesos más o menos estructurados, proyectos pilotos, o iniciativas puntuales. Es decir, representar lo que se está haciendo en Cataluña alrededor de la FA e ictus.

El foco del análisis se ha centrado en realizar un diagnóstico destacando aquellos aspectos **especialmente positivos o con recorrido de mejora y estructurados en base a una adaptación del marco del continuo de atención.** En la fase posterior, estos resultados son compartidos con el grupo de trabajo multidisciplinar.

#### 3. Fase de validación diagnóstica y líneas de avance:

En una reunión presencial con el grupo multidisciplinar se ha compartido y analizado el diagnóstico resultado de la fase exploratoria. Como resultado de esta reunión de trabajo se han consensuado las áreas de mejora más relevantes y que tras su implementación contribuirán en el avance en el abordaje de la fibrilación auricular y la prevención de ictus en Cataluña.

El resultado de dicha sesión de trabajo se recoge en este documento.

# La fibrilación auricular, un problema de salud no resuelto

- La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente, caracterizada por un ritmo cardíaco inestable. Su prevalencia se estima entorno al 4,4% en la población adulta española (mayor de 40 años), y presenta una asociación directa con la edad: a mayor edad, mayor prevalencia, llegando a valores del 17,7% en personas mayores de 80 años<sup>1,2.</sup>
- Existen cuatro formas diferentes de FA, que difieren en la forma en que ésta se presenta: (1) paroxística (episodio puntual y con una duración inferior a 48h); (2) persistente (duración mayor a 7 días); (3) persistente de larga duración (duración >= 1 año tras adoptar estrategia de control del ritmo cardíaco) o (4) permanente (se asume la FA y por tanto no se adoptan intervenciones para el control del ritmo cardíaco de pacientes con FA) 1,3.
- Sus manifestaciones son variables:
  - Forma asintomática o con síntomas leves e inespecíficos en el momento del diagnóstico (mareo, inestabilidad, fatiga, nerviosismo, etc.). Esta manifestación se presenta en un tercio de los casos diagnosticados<sup>1</sup>.
  - Palpitaciones, seguidas de disnea, dolor torácico y/o presíncope. Esta es la sintomatología más característica de la FA<sup>1</sup>.
  - 3. **Episodio de ictus tromboembólico**. Aproximadamente en el 5% de los casos<sup>1</sup>.
- El abordaje de la FA adquiere importancia por ser uno de los principales factores de riesgo de ictus y la complicación más grave asociada a la FA. La FA incrementa 5 veces la probabilidad de presentar un

ictus isquémico y uno de cada 5 accidentes cerebrovasculares se atribuyen a esta arritmia<sup>2</sup>. Además, los ictus en presencia de FA (ictus cardioembólicos) son especialmente severos y discapacitantes, con una mayor mortalidad tanto en la fase aguda como a medio y largo plazo, además de duplicar la mortalidad por cualquier causa<sup>1,4</sup>. Las consecuencias del ictus son bien conocidas por su impacto negativo en la calidad de vida del paciente y en su entorno:

- 1° causa de muerte en la mujer y la 2° en España<sup>1</sup>.
- 3° causa de muerte en la población occidental<sup>5</sup>.
- La causa más importante de morbilidad y discapacidad a largo plazo<sup>5.</sup>
- Provoca un 10% de la mortalidad global<sup>5</sup>.
- Se estima que hay 130.000 ictus al año en España<sup>6.</sup>
- La detección de la FA permanente o de larga duración es muy sencilla y no requiere de grandes técnicas para su diagnóstico. La detección del pulso arrítmico es uno de los primeros signos de alerta de FA, requiriendo una confirmación diagnóstica a través de un electrocardiograma<sup>1.</sup>
- Sin embargo, a pesar de la simplicidad diagnóstica de la FA en la mayoría de los casos, una de cada cinco personas en Cataluña desconoce que tiene FA<sup>1,7</sup>, lo que significa que existe un 20% de infradiagnóstico, hecho que resulta que entre 30.000 y 36.000 personas con FA en Cataluña desconocen su diagnóstico<sup>7</sup> y se exponen a un riesgo de padecer un ictus.
- El objetivo del tratamiento de la FA es doble. Por una parte se centra en el control de la frecuencia y del ritmo cardíaco y por otra parte, en disminuir el riesgo relativo de ictus a través de la administración de tratamiento anticoagulante en aquellos casos en los que el riesgo embólico es elevado. El tratamiento anticoagulante ha demostrado una reducción del riesgo relativo de ictus en un 66% en pacientes con FA no valvular<sup>3</sup>.
- El 94% de los pacientes con FA requieren tratamiento anticoagulante oral para la prevención de un evento embólico grave <sup>8</sup>. El riesgo de ictus depende de la presencia o no de factores de riesgo embólico y no de la forma clínica de la arritmia (paroxística, persistente, persistente de larga duración o permanente). En la FA no valvular el riesgo embólico se evalúa mediante escalas que consideran los factores de riesgo bien establecidos, como la escala CHA2DS2-VASc. La decisión de anticoagulación o no dependerá de la puntuación obtenida en dicha escala, considerando por otra parte si existen factores de riesgo de sangrado.
- De los pacientes con FA candidatos a recibir tratamiento anticoagulante oral, se estima que aproximadamente un 80% de los pacientes están en tratamiento con anticoagulantes orales<sup>4,8,9.</sup>
- Se estima que en España entre el 30% y el 47,6% de los pacientes con FA en tratamiento con anticoagulantes orales están inadecuadamente coagulados, presentando un riesgo mayor de tener un ictus. En Cataluña este porcentaje es del 28,7%<sup>4,10,11</sup>.
- » Por tanto, el abordaje de la FA en Cataluña para evitar episodios de ictus tiene dos objetivos prioritarios de intervención:
  - 1. La detección temprana de la FA.
  - 2. El buen control de los pacientes anticoagulados.

09

# ¿Cuál es la situación actual del abordaje de la FA y prevención del ictus en Cataluña?

# Se están haciendo muchas cosas y bien alrededor de la fibrilación auricular y la prevención y manejo del ictus.

Se ha identificado un número relevante de intervenciones o actuaciones desarrollándose en Cataluña en relación a la FA y la principal complicación de ésta: el ictus:

**Teleictus** 

Sesiones informativas sobre la prevención del ictus

Detección oportunista de la FA

Pren-te el pols: Intervención piloto con la involucración de farmacias comunitarias en la detección del pulso irregular

Manejo clínico de la FA

Ruta asistencial de la FA en Cataluña: Screening planificado en personas mayores de 60 años

Marató de TV3 i ictus

Telecontrol de la anticoagulación con AVK

Autocontrol de la anticoagulación con AVK

Cada una de estas intervenciones persiguen objetivos diferentes en relación al abordaje de la FA, a modo de ejemplo, algunas actuaciones van orientadas a la detección precoz en colectivos de riesgo, otras contribuyen al manejo clínico de los pacientes con diagnóstico de FA, otras promueven la sensibilización y concienciación de la población general sobre la FA como factor de riesgo del ictus, etc.

Asimismo, presentan fases de desarrollo diferentes: algunas son iniciativas o proyectos puntuales y otras son prácticas habituales que pueden estar en diferentes fases de despliegue en los distintos sectores de Cataluña.

Atendiendo a las fases del continuo de atención de la patología (promoción y prevención primaria, detección temprana, manejo clínico y seguimiento), a los objetivos que se persiguen con cada actuación y la población diana objetivo de cada intervención, a continuación se presenta el abordaje que se está desarrollando hoy en Cataluña en relación a la FA:



La radiografía resultante confirma que, en Cataluña, se están haciendo esfuerzos por desarrollar un abordaje global de la enfermedad. No obstante, para realizar una valoración global del impacto de todas las intervenciones es necesario analizar los datos poblacionales.

#### Los datos poblacionales son mejorables

Cataluña cuenta con una población aproximada de 7.400.000 personas, de las cuales, aproximadamente 190.000 tienen FA<sup>1,2,11</sup> (un 4,4% de la población mayor de 40 años, y entre 1-2% en la población general) y se estima que entre 30.000-36.000 (alrededor de un 20%) no están diagnosticadas<sup>7</sup>, es decir, que tienen fibrilación auricular, pero tanto ellas como el sistema sanitario desconocen de su existencia y por tanto, no reciben ningún tipo de seguimiento ni tratamiento.

Una vez los pacientes están diagnosticados de FA, el 89,6% son candidatos a recibir tratamiento anticoagulante oral por presentar un CHA2DS2-VASc>=2<sup>11</sup>. un 88% (aproximadamente 137.000 personas<sup>11</sup>) están en tratamiento adecuado a su riesgo trombótico y de éstos, el 84% están en tratamiento anticoagulante oral (92% con AVK y un 8% con ACODs)<sup>11</sup>. No obstante, alrededor de 30.000 pacientes con FA en tratamiento con AVK (el 28,7%) presentan datos de coagulación fuera de rango terapéutico<sup>11</sup> incrementando así el riesgo de padecer un ictus.

Las intervenciones que se realizan hoy en Cataluña identificadas en la fase exploratoria y de diagnóstico del proyecto, y que son susceptibles de clasificarse en el marco del continuo de la atención en la fase de promoción y prevención se refieren a la prevención del ictus.

En la fase de seguimiento se han ubicado las intervenciones de atención aguda y rehabilitación del ictus que se han identificado en la fase exploratoria y de diagnóstico que se están desarrollando hoy en Cataluña, por ser la principal complicación de la FA, no siendo ésta la única.

Por tanto, en Cataluña hay alrededor de 66.000 personas que o bien no están diagnosticadas o están inadecuadamente anticoaguladas con AVK, incrementando el riesgo de sufrir un ictus.

#### Cascada tratamiento de la FA



Gráfico elaborado por SI-Health en base a los siguientes datos bibliográficos:

Extrapolación de los datos proporcionados en el infome del Maneig del risc trombòtic en la fibril·lació auricular a l'atenció primaria de l'ICS. Nota d'avaluació asistencial del grup d'Avaluació Estratègica (SIDIAP). 01/2015 que abarca al 50,4% de la población catalana.

<sup>2</sup> Maneig del risc trombòtic en la fibril·lació auricular a l'atenció primaria de l'ICS. Nota d'avaluació asistencial del grup d'Avaluació Estratègica (SIDIAP). 01/2015

A pesar de que Cataluña presenta algunos resultados mejores que los publicados en la literatura, todavía existe recorrido amplio para mejorar los datos del abordaje integral de la FA. A continuación se realiza un análisis en detalle de las intervenciones que se están desarrollando en Cataluña con el objetivo de identificar áreas de mejora en el abordaje de la FA y prevención del ictus e implementar una serie de actuaciones que consigan mejorar sus datos poblacionales, especialmente el infradiagnóstico (un 20%)<sup>4,7,9</sup> y el control de los pacientes anticoagulados que hoy están fuera de rango terapéutico (un 28,7%) en Cataluña<sup>11.</sup>

Estrategica (and Nr.). Of 2013 que abalta at 30,4% de la población catalana.

Cálculo construido a través de los datos de pacientes no diagnosticados procedentes de la Ruta assistencial de la fibril·lació auricular a Catalunya. Julio de 2014 y la población diagnosticada del documento de Maneig del risc trombòtic en la fibril·lació auricular a l'atenció primaria de l'ICs. Nota d'avaluació asistencial del grup d'Avaluació Estratègica (SIDIAP). 01/2015.

#### Abordaje poblacional. Promoción y prevención primaria

Marco conceptual para el abordaje de un problema de salud.



a. Las intervenciones poblacionales identificadas en Cataluña van dirigidas a prevenir la principal complicación de la FA (el ictus) y al reconocimiento de los síntomas para minimizar las secuelas del ictus. Aún habiendo intervenciones en esa línea, éstas son discretas y presentan un amplio recorrido de mejora.

Se detectan intervenciones poblacionales de prevención y sensibilización de la población sobre el ictus vs la FA. A pesar de ello, la población catalana sigue desconociendo que el ictus se puede prevenir o minimizar sus secuelas, y por tanto, constata el discreto impacto que están teniendo las iniciativas de sensibilización y nos lleva a cuestionarnos las siguientes preguntas:

¿Las actividades que se están llevando a cabo son suficientes? ¿Están, todos los agentes que tienen capacidad de desarrollar intervenciones de sensibilización y concienciación, trabajando de manera coordinada y bajo un objetivo común?

1. La administración catalana ha promovido campañas de prevención de ictus (Marató de TV3 i ictus en 2016), si bien es cierto que estas campañas han sido puntuales y se desconoce el impacto que han logrado. Sería conveniente seguir impulsando esta línea de actividad, de manera decidida, por parte de la administración y de un modo especial, en cada uno de los sectores y realizar evaluaciones que permitan medir el impacto de las intervenciones.

<sup>&</sup>quot;Las intervenciones que se realizan hoy en Cataluña identificadas en la fase exploratoria y de diagnóstico del proyecto, y que son susceptibles de clasificarse en el marco del continuo de la atención en la fase de promoción y prevención se refieren a la prevención del ictus.

- 2. Las **asociaciones de pacientes** también están desarrollando actividades de sensibilización y prevención primaria del ictus en pacientes con FA. Así se han identificado, entre otras, iniciativas dirigidas a personas mayores de 60 años; iniciativas dirigidas a población activa y empresas; población infantil, etc.
- 3. También han sido identificadas iniciativas de promoción y sensibilización por parte de las **oficinas de farmacia**, como la iniciativa **Pren-te el pols**, a modo de proyecto piloto.

Existe coincidencia entre los mensajes que se transmiten en las diferentes iniciativas. Los mensajes que se destacan como relevantes a incluir en las campañas de sensibilización y prevención del ictus son: la capacidad preventiva del ictus, la bondad de la detección temprana de los factores de riesgo del ictus, siendo la fibrilación auricular uno de los más importantes; los síntomas de alarma del ictus, la importancia de la inmediatez en su actuación y cómo reaccionar frente a ellos.

No obstante, el impacto conseguido por todas estas iniciativas sigue siendo discreto. Se recomienda evaluar todas las intervenciones de modo conjunto y **planificar una estrategia única** de desarrollo de intervenciones de promoción y prevención primaria a las que se puedan sumar las diferentes capacidades locales (centros educativos, oficinas de farmacia comunitaria, industria, asociaciones de pacientes, administración, centros y profesionales sanitarios) en Cataluña.

b. Se comparte la necesidad de sensibilizar y reforzar en la población general que la FA es uno de los factores de riesgo más importantes en la prevención del ictus que puede ser controlado. En este sentido, se valora más acertado al contexto actual incidir en la definición y desarrollo de intervenciones de sensibilización orientadas a difundir los riesgos y en la actuación rápida frente al lctus.

Se pone de relieve la necesidad de dar a conocer a la población la FA como uno de los principales factores de riesgo del ictus, y por tanto, poner en marcha estrategias de prevención para disminuir la incidencia del ictus a través del control de la FA, siendo éste uno de los principales factores de riesgo no modificables pero si controlable.

Por otra parte, el grupo considera que poner en marcha campañas de prevención sobre los factores de riesgo de la FA podría generar confusión entre la población o que su impacto quedara diluido, teniendo en cuenta que uno de los principales factores de riesgo es la edad, sobre la cual no se puede incidir, y sobre el resto de factores de riesgo (riesgo cardiovascular) ya existen campañas dirigidas a su prevención.

#### Abordaje poblacional. Detección temprana

Marco conceptual para el abordaje de un problema de salud.



a Existen buenos mimbres en la detección precoz, pero se requiere dar un impulso decidido en la escalabilidad y el despliegue de estas intervenciones para conseguir disminuir las más de 36.000 personas con FA NO diagnosticadas en Cataluña<sup>7.</sup>

Se han identificado diferentes intervenciones en Cataluña orientadas a la detección temprana de la FA:

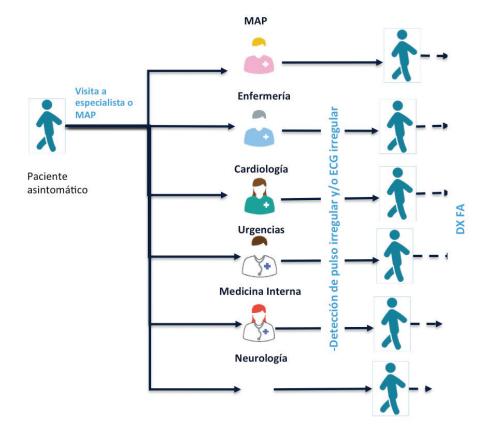
#### 1. Detección oportunista de la fibrilación auricular.

Es la intervención más extendida y se corresponde a la **práctica clínica habitual**.

Consiste en la detección de la FA en un paciente cuando éste acude al sistema sanitario por cualquier otro motivo. Esta detección se puede realizar por cualquier profesional sanitario: médico de atención primaria, enfermería, médico internista, cardiología, urgencias o neurología, entre otros.

El diagnóstico de la FA se realiza a través de la toma del pulso y posterior confirmación diagnóstica con un electrocardiograma.

Presentación de los agentes que intervienen en el proceso de detección oportunista de la fibrilación auricular:



### 2. Ruta asistencial de la fibrilación auricular en Cataluña: Screening planificado en personas mayores de 60 años.

Persigue la detección temprana y proactiva de personas a riesgo sin diagnóstico previo de FA. Se trata de llegar a aquellos colectivos o grupos de riesgo que, de forma habitual, no pasan por el centro de atención primaria.

En la FA los colectivos identificados de mayor riego son:

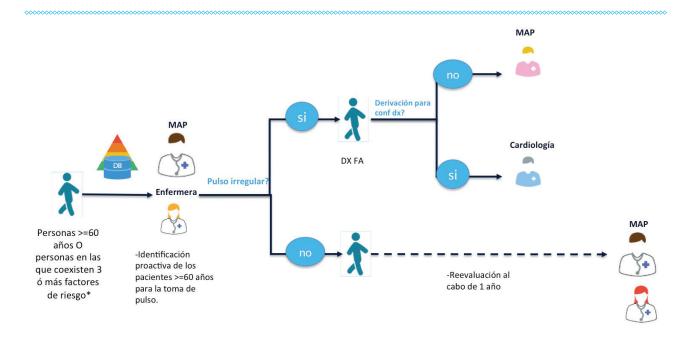
- Personas mayores de 60 años o
- Personas con 3 ó más factores de riesgo de los que se detallan a continuación: diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, ictus isquémico/AIT previo de causa desconocida o indeterminada.

Desde el Departament de Salut se ha definido una **intervención proactiva** de estas características con el objetivo de estandarizar la atención y desplegarla en todos los territorios de Cataluña.

El proceso definido por el Departament en la ruta asistencial de la FA en Cataluña para el screening planificado en personas mayores de 60 años es el siguiente:

Desde atención primaria y con ayuda de los sistemas de información se contacta con las personas mayores de 60 años o personas en las que coexistan 3 ó más factores de riesgo de los anteriormente descritos. Una vez la persona acude a la consulta, se le realiza la toma del pulso por parte de la enfermera o médico de atención primaria (MAP) y en caso de que éste sea irregular se pasa a realizarle la confirmación vía un electrocardiograma (ECG), si da positivo, se le diagnostica de FA. El diagnóstico lo suele realizar de forma mayoritaria el MAP, y se deriva al cardiólogo en determinados casos, especialmente para el inicio del tratamiento. En caso de que sea negativo, se le reevalúa al año.

16

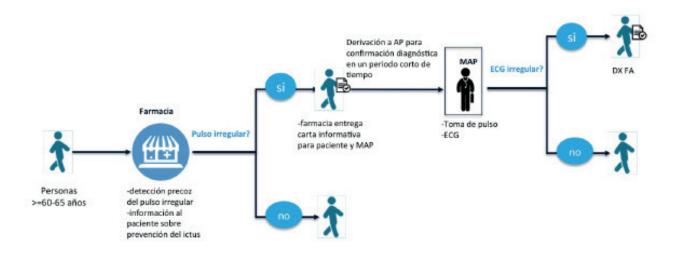


### 3. Pren-te el pols: Intervención piloto con la involucración de farmacias comunitarias en la detección del pulso irregular.

Se trata de una **iniciativa piloto** liderada por el Departament de Salut de Catalunya junto con el Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC), la Societat Catalana de Cardiología, la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) y la Fundació Ictus, que busca mejorar la accesibilidad a la población involucrando a las oficinas de farmacia comunitaria como potenciales sensibilizadores y captadores de gente con el pulso irregular.

#### El proceso definido para la implementación de esta intervención piloto es el siguiente:

A las personas mayores de 60 años y que acuden a la oficina de farmacia comunitaria se les proporciona información sobre la prevención del ictus y la importancia de la detección de la FA como uno de los factores de riesgo más importantes para el ictus. Se le procede a la detección del pulso irregular y en caso positivo, se le deriva junto con una carta informativa al MAP. Éste le realizará la toma de pulso y el ECG para proceder a la confirmación diagnóstica.



En el Anexo I se detallan las mejoras identificadas en el proceso de cada una de las intervenciones de detección temprana.

**b.** Existen barreras que impiden que el proceso de despliegue e implementación de las intervenciones definidas vaya al ritmo deseado.

Se han incorporado actividades asistenciales en atención primaria para la detección del pulso irregular, cuyo nivel de implementación está en torno al 70% (según datos del ICS), si bien, se identifican barreras que están impidiendo que la implementación de las iniciativas de detección precoz (ruta asistencial de la FA y Pren-te el pols), entendiéndose por ello los roles, funciones y coordinación entre agentes que intervienen en el proceso de atención se materialice en la práctica diaria para mejorar uno de los principales problemas de la fibrilación auricular, el infradiagnóstico.

Las barreras detectadas son las siguientes:

- 1. Falta de espacios de trabajo para poder trabajar conjuntamente los agentes que intervienen en el proceso de atención de los diferentes ámbitos asistenciales y trasladar la ruta al ámbito local. Nos referimos a reuniones estructuradas de los equipos clínicos y de gestión para definir con visión conjunta el proceso, agentes involucrados, funciones a desempeñar y recursos necesarios para la implementación de la intervención en su sector.
- 2. La carga de trabajo y saturación en el nivel de atención primaria, ya que tienen que compatibilizar muchas intervenciones que son prioritarias a la vez (diabetes, insuficiencia cardíaca, etc..).
- 3. Sistemas de información heterogéneos, que afecta particularmente al acceso a la información compartida entre niveles asistenciales, así como la comunicación on-line o presencial para fomentar la resolutividad en primaria. Adicionalmente la comunicación y acceso a información compartida relevante entre atención primaria y las oficinas de farmacia comunitaria, parece una asignatura pendiente a la que hay que dar respuesta.
- 4. Heterogeneidad en las mejoras introducidas en los sistemas de información por cada proveedor de servicios. Los sistemas de información de los proveedores de salud catalanes son diferentes. Los desarrollos que se requieren para dar respuesta a una necesidad no siempre ocurren al unísono, lo que provoca que existan proveedores que dispongan de dicha mejora, mientras que otros no, siendo para éstos una barrera para el despliegue de las intervenciones.
- 5. Dificultad de disponer de un sistema de explotación de datos a nivel poblacional. Si bien existe la capacidad de extraer datos poblacionales relacionados con la actividad asistencial en el principal proveedor de atención primaria (ICS), no existe un sistema de información integral que permita la extracción de datos procedentes de procesos asistenciales y la actividad que se genera en un proceso de atención en cualquier ámbito asistencial (primaria o especializada), lo que dificulta que se pueda medir periódicamente y de forma sistemática el impacto de las intervenciones en resultados en salud y en eficiencia en un sector o región sanitaria. Nos referimos con datos a nivel poblacional a la agregación de datos de pacientes en una zona geográfica, es decir, número de pacientes diagnosticados con FA en el año 2017, número de pacientes a los que se les ha hecho un ECG en el último año, entre otros.
- 6. Falta de dispositivos de medición de la tensión arterial con la funcionalidad de la detección de pulso irregular integrada. Aún estando la tecnología disponible en el mercado, los dispositivos utilizados en atención primaria no la disponen, aspecto que dificulta la detección oportunista.
- 7. Necesidad de investigar y conocer el perfil de personas donde resulta más coste-efectivo realizar el screening y cuál es la frecuencia idónea para optimizar la detección precoz de la FA. Para dar respuesta a estas incógnitas, se están poniendo en marcha líneas de investigación que persiguen dar una respuesta.

c La aplicación y mejora de las herramientas de gestión e indicadores de medición alineados con los objetivos de las intervenciones se considera un elemento clave para acelerar la implementación de las intervenciones de detección temprana.

En los últimos años se han introducido mejoras para promover la detección de la FA en atención primaria. Se han incorporado sistemas de alerta y espacios de registro para el pulso irregular en los sistemas de información de atención primaria y se ha mejorado su accesibilidad y visualización en los sistemas de información, todas ellas dirigidas a facilitar el recuerdo a los profesionales y que han contribuido al cumplimiento de esta medida.

A pesar de ello, la aplicación de herramientas de gestión como la vinculación de objetivos poblacionales de una región sanitaria a la financiación y a los incentivos de los profesionales sanitarios por parte del CatSalut, se visualiza como un "motivador" importante para acelerar el proceso de implementación de las iniciativas promovidas por el Departament de Salud en detección temprana del pulso irregular (la ruta asistencial) y poder así, mejorar los resultados poblacionales del infradiagnóstico en Cataluña.

**d** La involucración de la **mesogestión**, un rol esencial para la promoción de la implementación y despliegue de las intervenciones.

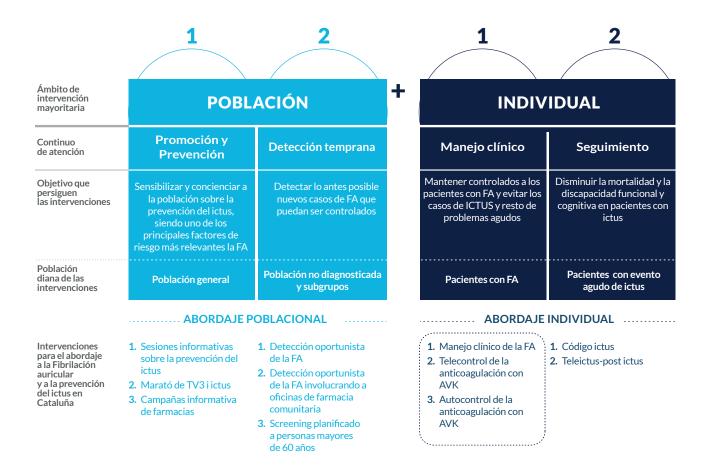
Se identifica el rol del mesogestor como un agente importante en impulsar la implementación de actividades de detección temprana en atención primaria (AP), monitorizar el cumplimiento y la medición de resultados obtenidos e identificar áreas de mejora que permitan acelerar el alcance del objetivo de esta fase.

Entendemos por mesogestión a los agentes responsables de la dirección de centros proveedores de servicios sanitarios, esto es, con capacidad para definir la estrategia, los recursos, el presupuesto y los resultados de la actividad del centro.

En este sentido, se confirma la necesidad de **involucrar a los mesogestores en los procesos de priorización y despliegue de intervenciones** por las funciones que éstos desempeñan (distribución de recursos, reorganización, facilitación, medición, capacitación, desarrollos en sistemas de información, etc..), todas ellas aspectos importantes en el proceso de implementación. También se identifica como una función clave a desempeñar por la mesogestión la **monitorización sistemática de los procesos asistenciales en la consecución de sus objetivos**.

#### Abordaje individual. Manejo y gestión clínica

Marco conceptual para el abordaje de un problema de salud.



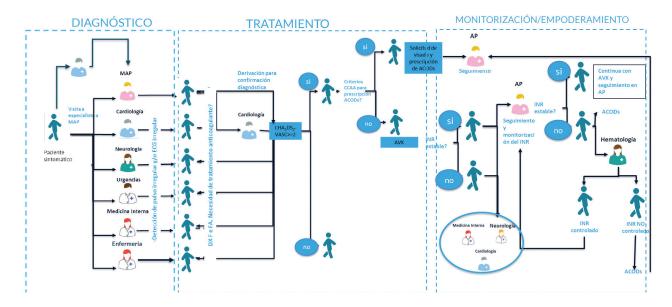
**a.** Coexisten muchos y variados **modelos de atención** para el manejo clínico de los pacientes con FA en Cataluña, pero se desconoce cuál es el que presenta **mejores resultados** para el paciente y es **más eficiente** para el sistema.

En la atención y manejo clínico de los pacientes con FA, se identifica una variedad importante de modelos de atención.

En todos los casos se observa que incluyen las siguientes fases: **confirmación diagnóstica**, **tratamiento y seguimiento de pacientes**, siendo ésta última de suma importancia por las consecuencias en salud de no conseguir un estado de coagulación estable en los pacientes.

A continuación se describe y esquematiza el proceso que siguen los pacientes una vez han sido diagnosticados de FA:

El diagnóstico de FA se puede hacer por diferentes profesionales sanitarios entre los que destacan el MAP, enfermera, cardiología, neurología, medicina interna y urgencias. Una vez el paciente es diagnosticado de FA, se le pasa a evaluar el riesgo embólico mediante la escala CHA2DS2-VASC. Si éste da un valor superior o igual a 2 en varones y 3 en mujeres<sup>3,</sup> se recomienda prescribir tratamiento anticoagulante oral, siendo los antagonistas de la vitamina K (AVK) el tratamiento de primera elección. En caso de que el paciente cumpla los criterios de prescripción de los anticoagulantes orales de acción directa (ACODs), el médico correspondiente solicita el visado para la autorización. Los pacientes con tratamiento con AVK, una vez presentan los valores de su INR estables, el médico que ha iniciado el tratamiento puede optar por derivarlo a AP, para que éste realice su seguimiento,



o bien, le realiza el seguimiento él mismo. En caso de que a un paciente no se le consiga estabilizar el INR en un periodo mínimo de 6 meses y que presente buen cumplimiento terapéutico, se puede proceder a cambiar a un tratamiento con un ACOD o bien ser derivado al servicio de hematología para su estabilización. Si éste no consigue su estabilización, puede proceder al cambio de tratamiento. Una vez el paciente sigue el tratamiento con un ACOD, en atención primaria se le cita periódicamente (2-3 veces al año) para hacer un seguimiento y refuerzo de la educación sanitaria.

Dependiendo de cada territorio o sector en Cataluña, el rol de atención primaria, hematología o cardiología en las diferentes fases del proceso difiere. A pesar de que la tendencia actual es que atención primaria vaya adquiriendo un rol más relevante en el proceso de atención al paciente con FA, todavía hoy, se detecta una variabilidad importante en el modelo de atención a los pacientes, entendiendo por ello, la ruta que siguen los pacientes por el sistema, el nivel asistencial donde se presta la atención y los agentes y/o profesionales sanitarios que intervienen en el proceso.

El resultado es que en Cataluña, dependiendo del sector o área sanitaria, la atención está organizada de forma diferente. Responde a los modelos de atención que han ido surgiendo en base al histórico, o a la oferta instalada, o bien por la fuerza y relevancia de determinados agentes y servicios. Se desconocen los **resultados en salud y coste-efectividad de cada intervención**, **impidiendo identificar cuál es la práctica que resulta en una mayor eficiencia**, satisfacción y mejoría de los resultados en salud de los pacientes con FA atendidos por el sistema sanitario público catalán.

**b.** El s**eguimiento y monitorización** de la coagulación también presenta **variabilidad** en Cataluña, si bien, el objetivo marcado por la administración es que sea una **responsabilidad** de **atención primaria**.

El seguimiento y monitorización de los pacientes anticoagulados es un **elemento crítico para asegurar la eficacia** de los tratamientos anticoagulantes. Los pacientes con **AVK** requieren del control y seguimiento del INR y de la adherencia al tratamiento mientras que los **ACODs**, al presentar un efecto predecible no requieren de una monitorización regular de la coagulación<sup>3</sup> pero si requieren del control de la adherencia al fármaco y de la administración de la dosis adecuada para asegurar la eficacia del tratamiento.

Al igual que en la confirmación diagnóstica, en el **seguimiento y monitorización** de pacientes anticoagulados también se detecta una **variabilidad importante** en Cataluña en cuanto a los agentes que realizan dicha función. A pesar de ello, la administración junto con el principal proveedor de atención primaria en Cataluña (ICS) y atendiendo a criterios de coste-efectividad, han decidido que sea **atención primaria** quien se responsabilice de esta función, tanto en los pacientes con tratamiento con AVK como con ACODs.

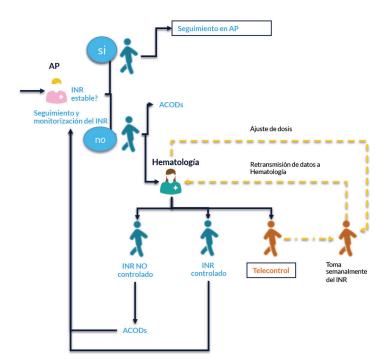
21

En el caso de los AVK, tradicionalmente el segumiento se había hecho en las unidades de tratamiento anticoagulantes y progresivamente se está desplazando a atención primaria, que en estos momentos realiza el seguimiento y monitorización de aproximadamente el 80% de los pacientes anticoagulados según datos del ICS. Pero este movimiento está siendo más lento de lo esperado, principalmente, por las resistencias que están emergiendo. La falta de confianza de algunos profesionales en la toma de decisiones derivada de la falta de formación y experiencia en el manejo de estos pacientes es una de las principales barreras para que atención primaria asuma esta función.

Adicionalmente se han identificado otras iniciativas donde la **corresponsabilización del paciente con tratamien- to anticoagulante con AVK en la gestión de su coagulación** cobra importancia:

#### a. Telecontrol:

Es una iniciativa piloto financiada por el sistema sanitario catalán que plantea una alternativa al seguimiento y monitorización del nivel de INR presencial. En estos momentos se encuentra en fase de evaluación para su despliegue.



La intervención consiste en dotar a los pacientes de un dispositivo que les permite medirse el INR con la periodicidad descrita en el protocolo y transmitan la información al médico correspondiente. Éste, una vez recibida la información del estado de coagulación del paciente, le responde con un mensaje indicando la pauta posológica a seguir.

#### b. Autocontrol

Otra variante del seguimiento y monitorización son las iniciativas de autocontrol que traspasan toda la responsabilidad al paciente con tratamiento anticoagulante con AVK. En este caso el paciente realiza periódicamente la determinación del INR y en base a un protocolo, se va autoajustando la dosis de AVK.

Esta iniciativa se identifica especialmente en pacientes expertos, con un nivel elevado de conocimiento sobre su patología y condición. A diferencia de la de Telecontrol, ésta intervención no está incluida en la financiación pública y corre, en su caso, por cuenta del paciente.

En los pacientes tratados con ACODs, al no requerir una variable de medición del nivel de coagulación como puede ser el INR para los AVKs, se hace más notable la necesidad de asegurar la adherencia al tratamiento del paciente a través de su seguimiento y refuerzo del empoderamiento del paciente periódico. Por tanto se detecta la necesidad de explorar nuevos modelos de atención que promuevan la adherencia al tratamiento.

Al igual que en el apartado anterior, la **obtención de datos de proveedores diferentes para evaluar los modelos de atención** en el seguimiento y monitorización en Cataluña para conocer que modelo consigue mejores resultados en términos de adherencia y estabilización del INR, es una tarea pendiente y necesaria.

c. En relación al tratamiento farmacológico, no se están cumpliendo los criterios y recomendaciones de prescripción de los ACODs que establece el IPT.

Los ACODs han supuesto una innovación terapéutica en el campo de la anticoagulación, pero su introducción está siendo más lenta que en el resto de países de la Unión Europea (EU) para la indicación en la prevención del ictus y embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV). La existencia de una alternativa terapéutica eficaz como son los AVKs, ha hecho que se requiera un análisis en profundidad de los beneficios e inconvenientes de la nueva terapia (ACODs) frente a la existente (AVK) que ha sido materia de amplia discusión en las agencias reguladoras españolas<sup>8</sup>.

Las diferencias entre España y el resto de países de la EU recaen en que **los ACODs están financiados para un** mayor número de indicaciones clínicas que en España, como son la embolia pulmonar o la trombosis venosa profunda; y por otro, en el caso de pacientes con FA no valvular, su prescripción está sujeta a condiciones menos restrictivas<sup>9</sup>. De hecho las **sociedades científicas en España insisten en la conveniencia de utilización de los ACODs como primera línea de tratamiento** en la prevención del ictus y embolia sistémica en pacientes con FA no valvular tal y como se especifica en las Guías de Práctica Clínica<sup>13.</sup>

El Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), definido por la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), que es quien, a través de los "Criterios y Recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular establece, en base a criterios de eficacia, seguridad y costes las recomendaciones de uso para los ACODs, identificando aquellos pacientes en los que las ventajas de estos nuevos tratamientos son mayores. Asimismo, contempla el impacto presupuestario de la sustitución de los AVK por los ACODs, que aconseja disponer de un análisis que identifique los grupos de pacientes prioritarios para estos tratamientos y permita así establecer una estrategia nacional para su uso en el Sistema Nacional de Salud en las indicaciones autorizadas<sup>12.</sup> Para ello, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través del visado, establece los criterios en que los ACODs pueden estar sujetos a la financiación a cargo del Sistema Nacional de Salud.

Estos criterios y recomendaciones, posteriormente, han sido adoptados total o parcialmente por las CCAA en la elaboración de sus respectivas recomendaciones. En el caso concreto de Cataluña<sup>14</sup>, los criterios que se establecen para la prescripción de los ACODs son más restrictivos que el IPT del Ministerio, siendo éstos recomendaciones de uso, sin que se impida o restrinja su prescripción.

Uno de los criterios de prescripción de los ACODs, recogido tanto en el IPT del MSSSI<sup>8</sup> como la adaptación realizada en Cataluña<sup>14</sup>, buscan dar respuesta a uno de los principales problemas que presentan los AVK: la dificultad de mantener los niveles de INR dentro del rango terapéutico recomendado a pesar de presentar un buen cumplimiento terapéutico para reducir el riesgo de ictus. En este sentido, los citados criterios recogen que para aquellos pacientes con INR fuera de rango de buen control se puede realizar cambio de tratamiento a un ACOD. Sin embargo, este cambio no se está produciendo al ritmo deseado a tenor de las cifras mostradas anteriormente (28,7% de pacientes con INR en mal control)<sup>5</sup>.

Se distinguen diferentes barreras/limitaciones en la prescripción de los ACODs en diferentes niveles:

- a. Barreras en la prescripción de ACODs a nivel general:
  - Barreras administrativas como la solicitud de visado, la autorización de la prescripción, entre otros.
  - Barreras de proceso en el cálculo automático del TRT, extracción de datos poblacionales de pacientes con un TRT>65% y validación de la prescripción de los ACODs.

#### b. Barreras en la prescripción de ACODs en el ámbito de atención primaria:

- La falta de confianza y seguridad de los profesionales sanitarios para realizar el cambio de AVK a ACODs en los casos requeridos que se asocia principalmente a la falta de conocimiento y el grado de confianza de los estudios publicados sobre los ACODs.
- La **falta de la formación** para que el profesional adquiera la capacitación y el conocimiento suficiente para no incurrir en errores.
- Dudas sobre la seguridad de los ACODs y los efectos secundarios derivados de su utilización (hemorragias gastrointestinales).

#### c. Barreras en el ámbito de la mesogestión:

- Dificultades para la obtención de datos agregados a nivel poblacional de los pacientes anticoagulados con AVK que se encuentran fuera de rango terapéutico.
- Dificultades para realizar el análisis y seguimiento de los datos resultantes de la atención a pacientes anticoagulados. Lo que significa que se desconoce a nivel poblacional cual es el dato agregado de los pacientes con tiempo en rango terapéutico en buen control y por tanto, no se pueden poner medidas correctoras desde el ámbito de la mesogestión con el objetivo de mejorar este indicador.
- Falta de consenso sobre el método de medición del Tiempo en Rango Terapéutico (TRT), aunque parece que el método Rosendal sería el más apropiado para este caso.
- Necesidad de desarrollo de una funcionalidad en los sistemas de información que permita la extracción automática de los datos agregados a nivel poblacional con independencia del proveedor de salud que provengan.
- d. Los estudios de evaluación de los fármacos deberían incluir además de los de costeefectividad frente a al tratamiento estándar, el impacto en el modelo de atención en el que se dispensa el fármaco y sus costes y/o el impacto en variables de seguridad clínica.

Los estudios de eficacia generalmente centran sus evaluaciones en el impacto del fármaco en las variables clínicas de estudio en condiciones ideales, controladas y experimentales. Adicionalmente, suelen presentar estudios de coste-efectividad frente al tratamiento estándar incorporando evaluaciones con datos de la práctica real. Sin embargo se detectan otro tipo de evaluaciones que van más allá del coste-beneficio del fármaco que deberían tenerse en cuenta. A modo de ejemplo, el modelo de atención asociado a la prescripción del fármaco, es decir, el coste personal sanitario, los recursos asociados, los desarrollos informáticos, el tiempo, el coste del fármaco, etc. o incluso estudios comparativos del impacto en seguridad del fármaco, teniendo en cuenta el coste asociado a las complicaciones derivadas de cada fármaco.

Pero la materialización de evaluaciones de modelos de atención integrada es difícil en Cataluña debido a la atomización de proveedores que pertenecen a diferentes organizaciones. En este sentido resulta complejo poder **obtener los datos a nivel de paciente asociados a la actividad clínica**. El Departament de Salut está realizando esfuerzos en esta dirección, pero requiere de mucho tiempo, esfuerzo y recursos para poder disponer de un sistema de información que permita extraer datos en tiempo real de los pacientes con independencia de que proveedor/es les haya atendido. Todo apunta, que por parte de los diferentes agentes, sería muy positivo poder acelerar este proceso.

# e. La adherencia al tratamiento y el empoderamiento del paciente son claves en el abordaje de la FA.

Los pacientes con FA anticoagulados pasan a estar en una situación de "hemofilia artificial" y por tanto, aspectos asociados al estilo de vida, alimentación, interacciones, efectos secundarios, son de vital importancia para evitar situaciones de riesgo que pueden poner en riesgo su salud especialmente en los pacientes en tratamiento con AVK.

En este sentido, asegurar la adherencia al tratamiento y fomentar el empoderamiento de estos pacientes son líneas de trabajo clave en ambos tipos de tratamiento (AVK y ACODs), a cuyo desarrollo pueden contribuir diferentes agentes (administración, asociaciones, farmacias comunitarias, industria farmacéutica) y de forma complementaria alineados en la búsqueda de un objetivo común. A modo de ejemplo, las asociaciones de pacientes por su conocimiento experto en la gestión de su enfermedad, o las farmacias comunitarias a través del sistema personalizado de dosificación (SDP) u otras herramientas que persigan el mismo fin.

En el caso de la FA se detecta que la colaboración con **asociaciones de pacientes para la formación y educación de pacientes anticoagulados** se identifica como una oportunidad para que, junto con la administración puedan ayudar en esa labor. Una línea de colaboración similar también se detecta con las **farmacias**, **especialmente para asegurar el cumplimiento terapéutico y la adherencia de estos pacientes**, así como apoyarse en herramientas como el sistema personalizado de dosificación (SDP) u otras herramientas que puedan sumar a mejorar la adherencia.

#### Abordaje individual. Seguimiento

Marco conceptual para el abordaje de un problema de salud.



En la fase de seguimiento se han ubicado las intervenciones de atención aguda y rehabilitación del ictus que se han identificado en la fase exploratoria y de diagnóstico que se están desarrollando hoy en Cataluña, por ser la principal complicación de la FA, no siendo ésta la única

#### a. El código ictus y el Teleictus: ejemplos de mejora continua de la atención al ictus

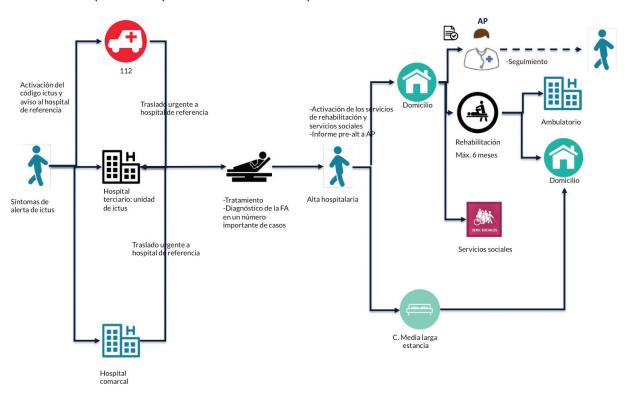
La atención al ictus se viene trabajando en Cataluña desde el año 2005, momento en el que, la administración catalana establece como prioridad la actuación de la atención a los pacientes con **evento agudo de ictus con el objetivo de disminuir la mortalidad y las secuelas derivadas de ésta, tanto a nivel cognitivo como funcional.** 

#### a. Código ictus

Toda la Comunidad Autónoma trabaja bajo el protocolo de código ictus, de modo que existen unos hospitales de referencia para abordar y tratar a los pacientes con ictus, dónde son derivados en caso de presentar síntomas de sospecha de ictus.

Se genera un código único, denominado "código ictus" para alertar de un caso de sospecha de ictus. A partir de este momento y conscientes de la importancia de responder cuanto antes a estos pacientes, se activan los hospitales de referencia que disponen unidades de ictus y a los cuales se derivan todos los pacientes del área de referencia de dicho hospital para dar respuesta en el menor tiempo posible.

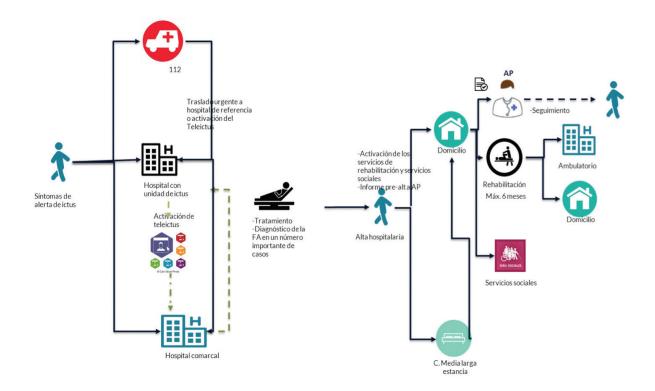
A continuación se presenta el proceso de la atención al paciente con ictus:



#### **b.** Teleictus

Haciendo uso de las nuevas tecnologías, se ha puesto en marcha una iniciativa llamada **Teleictus**, que permite a través de videoconferencias y transmisión de imagen (TAC), establecer comunicación con 12 hospitales comarcales con una guardia centralizada formada por neurólogos vasculares expertos con el objetivo de tratar rápidamente al paciente con ictus agudo y minimizar los desplazamientos. En caso de que requiera una intervención más compleja, el paciente es derivado a un centro de referencia.

Bajo este protocolo, cuando un paciente accede a un hospital que no dispone unidad de ictus (comarcal), se activa la comunicación telemática con una unidad de ictus de referencia. A partir de este momento, los profesionales del hospital en el que se encuentra el paciente junto con los profesionales de la unidad de ictus discuten el posible tratamiento. Determinadas actuaciones, como es el tratamiento tromboembolítico, se pueden realizar en el hospital comarcal, tutorizado por la unidad de ictus, evitando así un desplazamiento del paciente y acortando el tiempo de actuación. En caso de que requiera una intervención más compleja, el paciente es derivado de urgencia



a la unidad de ictus. Existe una guardia centralizada donde se derivan todas las consultas y desde ahí van dirigiendo las actuaciones con el objetivo de minimizar los desplazamientos.

Aun siendo los resultados de atención al paciente con ictus positivos en la mayoría de indicadores asociados al proceso, se sigue **innovando con el objetivo de disminuir la ventana de tiempo para actuar sobre el ictus y minimizar las secuelas.** 

**b.** La coordinación con servicios sociales, una asignatura pendiente en el abordaje al paciente después de padecer un ictus (post-ictus).

A pesar de disponer de un buen sistema de atención a los pacientes con ictus, existen áreas de mejora especialmente en la **coordinación con servicios sociales y los servicios de rehabilitación**. Ambos adquieren importancia en el manejo de este tipo de pacientes ya que condicionan la evolución del estado funcional y cognitivo del paciente.

Estos servicios se activan una vez el paciente se encuentra estable en el hospital, y en función de las secuelas funcionales que presenta se le presta rehabilitación en el domicilio, ambulatoria o se le traslada a un centro de media larga estancia. En paralelo se establece la coordinación con servicios sociales y con atención primaria.

Un aspecto de mejora detectado es el acceso y los tiempos de espera de la rehabilitación. A pesar de existir heterogeneidad en los proveedores y en la respuesta que éstos ofrecen, se identifica como una mejora la disminución de los tiempos para el inicio de la rehabilitación, que como se ha comentado anteriormente, es un punto crítico para la evolución del paciente.

La falta de recursos sociales y los tiempos requeridos para activar los protocolos de dependencia, dificulta el dar el alta hospitalaria al paciente, aumentando así su estancia media hospitalaria. Este hecho no sólo tiene un impacto sanitario sino también para el paciente, ya que se aumenta la probabilidad de infecciones nosocomiales que, en pacientes de estas características, pueden resultar de extrema gravedad.

27

# **Conclusiones**

Por tanto se detecta la necesidad de desarrollar un tejido social en el ámbito comunitario capaz de ofrecer los servicios que precisa un paciente post-ictus.

- 1. Se detecta la necesidad de disponer de una visión común que alinee a todos los actores que participan en el abordaje de la FA en torno a un marco amplio de trabajo que recoja desde la promoción y la prevención primaria hasta el seguimiento de un paciente con ictus.
  - Esta visión común permitirá alinear las intervenciones actuales, detectar espacios para el desarrollo de otras nuevas y canalizar los esfuerzos de los diferentes agentes en una única dirección, para lograr un mayor impacto en resultados poblacionales e individuales del conjunto de actividades que se implementen. Asimismo facilitará la colaboración y el trabajo conjunto entre agentes.
- 2. Se detecta la falta de espacios de trabajo conjunto, estructurados y continuados entre agentes complementarios para la definición e implementación de intervenciones, especialmente de sensibilización y concienciación dirigidas a dar a conocer la FA como un factor de riesgo importante en el debut del ictus y a seguir profundizando en las consecuencias del ictus y su potencial preventivo. A modo de ejemplo, administración, asociaciones, farmacia comunitaria e industria farmacéutica, etc.
  - En este sentido, se identifican áreas de mejora en el diagnóstico de la FA (20% de los personas con FA no están diagnosticadas)<sup>2,8</sup> que requieren avanzar en la implementación de las intervenciones orientadas a incrementar el diagnóstico temprano. Las intervenciones existentes no consiguen un impacto sistémico. Todas ellas se encuentran en estadios iniciales de implementación y despliegue o bien, son proyectos piloto. Por tanto los resultados de dichas intervenciones son discretos, no alcanzando reducir la cifra de los aproximadamente 36.000 personas no diagnosticadas de FA en Cataluña<sup>7</sup>.
- 3. Del mismo modo, existe recorrido de mejora en el desarrollo de espacios de trabajo conjuntos en los diferentes sectores, para la definición e implementación de los modelos de cuidados para la gestión y manejo clínico de pacientes con FA, en los que participan los diferentes niveles asistenciales (ámbito de atención primaria y hospitalario), las diferentes disciplinas sanitarias que intervienen en el manejo de un paciente con FA y el nivel de la mesogestión que puede ayudar a crear mejores condiciones para la implementación, en cada sector, de los diferentes modelos de cuidados.
  - Asimismo se detecta la necesidad de **evaluar los modelos de atención y gestión de pacientes de una forma integral** para identificar los que están dando mejores resultados en salud, satisfacción del paciente y coste-efectividad, para en su caso, dar respuesta a las incógnitas existentes en torno a la gestión de pacientes con FA, o transferir o desplegar dichos modelos a otras zonas o territorios de Cataluña.
- 4. Conviene avanzar en la creación de un contexto receptivo para la implementación de los tratamientos anticoagulantes más indicados siguiendo las recomendaciones del IPT. En Cataluña existen alrededor de 30.000 personas anticoaguladas con FA que no tienen los niveles de INR en rango terapéutico<sup>11.</sup> A pesar de que el manejo y control de la fibrilación auricular presenta un recorrido de años importante, no se está consiguiendo mejorar los resultados de pacientes anticoagulados con datos de buen control. Habiendo una alternativa farmacológica (ACODs) que permite estabilizar el estado de coagulación de estos pacientes y en consecuencia, disminuir el riesgo de ictus, no se está realizando dicha sustitución farmacológica.
  - Se sugiere abordar una línea de trabajo de ámbito poblacional que priorice la reducción del riesgo de estos 30.000 pacientes, sustituyendo los AVK por los ACODs al objeto de disminuir la variabilidad y mejorar la seguridad clínica de estos pacientes. Para ello urge evaluar las **barreras** existentes en la prescripción de los ACODs, siendo éstas de índole **administrativo**, **económicas y de formación**.

Se hace especial hincapié en **profundizar en la formación de los profesionales** sanitarios en el manejo de pacientes anticoagulados desde el inicio de su formación, tanto en el manejo, seguimiento y adhrencia de los AVK, la adecuación farmacológica de los ACODs y la adherencia al tratamiento. Asimismo, se requiere abrir **líneas de investigación para evaluar la adherencia de los ACODs** y **definir los modelos de atención al paciente que permitan mejorar los resultados de adherencia**.

5. El empoderamiento del paciente anticoagulado y la mejora de su adherencia al tratamiento son dos líneas de trabajo con recorrido de mejora. En este sentido, se sugiere explorar nuevos modelos de atención que ayuden al paciente a adquirir un mayor rol en el manejo de su condición, conocer aquellas iniciativas que consiguen mejores resultados de adherencia, o cuál es la frecuencia de seguimiento idónea que consigue un mayor control del INR.

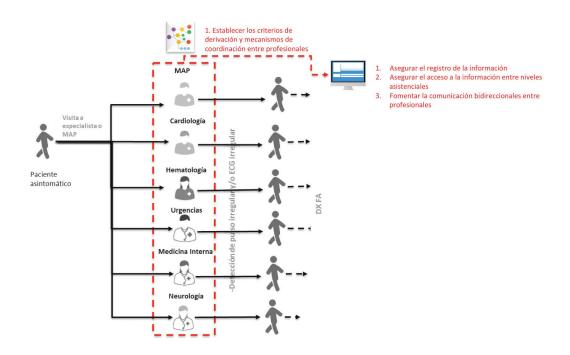
Se abre una línea de trabajo muy interesante para **explorar con las opciones que ofrecen hoy las nue- vas tecnologías (e-health).** 

Se detecta la necesidad de **trabajar para que el nivel de atención primaria asuma un rol más activo y** lidere este espacio de exploración de proyectos en la línea indicada.

**6.** Se constata la necesidad **de seguir desarrollando tejido social suficiente**, que esté capacitado para dar respuesta en tiempo y forma a las necesidades de los pacientes que han presentado un ictus, ya que condiciona la evolución clínica del paciente, calidad de vida y los costes actuales del sistema sanitario, que a veces se ve obligado a retener por más tiempo del necesario a estos pacientes en entornos muy costos y poco favorables para ellos (aumento de los días de hospitalización).

# **Anexo** I

**a** Mejoras detectadas en las intervenciones del abordaje poblaciónal en la detección temprana:

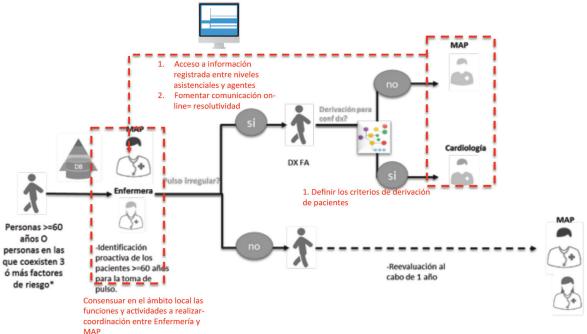


#### 1. Mejoras en la ruta de la detección oportunista de la fibrilación auricular

Se detecta la necesidad de definir el circuito del paciente, acordar los criterios de derivación y mecanismos de comunicación bidireccional entre profesionales, asegurar el registro de información y acceso de información entre niveles.

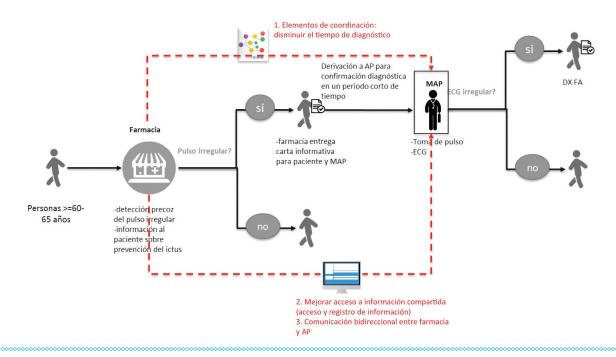
#### 2. Mejoras en la ruta asistencial de la FA en Cataluña: Screening planificado en personas mayores de 60 años

Se identifican áreas de mejora en la distribución y acuerdo de las actividades a realizar entre el médico y la enfermera y/o administrativo, para la detección precoz. Mejorar el acceso a la información registrada entre niveles



<sup>\*</sup>Diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, ictus isquémico/AIT previo de causa desconocida o indeterminada.

asistenciales, fomentar la comunicación entre agentes y en la definición de criterios de derivación a cardiología, ya sea para confirmación diagnóstica como para la selección del tratamiento.



# 3. Mejoras en la ruta de Pren-te el pols: intervención piloto con la involucración de las oficinas de farmacia comunitaria en la detección oportunista del pulso irregular

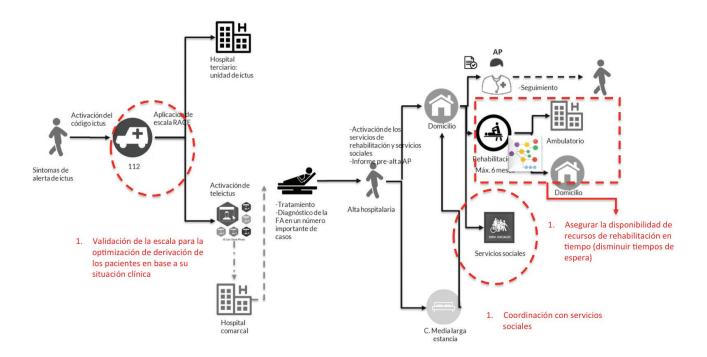
Las áreas de mejora detectadas son: mejorar el acceso a información compartida entre AP y oficinas de farmacia comunitarias, la comunicación bidireccional entre agentes, y mejorar vía la definición de elementos de coordinación para minimizar el tiempo para la confirmación diagnóstica.

#### **b.** Mejoras detectadas en el proceso de atención del manejo clínico de los pacientes con FA:

Se constatan aspectos de mejora en el establecimiento de criterios para la pauta y acciones de seguimiento en los pacientes tratados con ACODs, así como fortalecer el empoderamiento de pacientes desde el sistema sanitario y en colaboración con las asociaciones de pacientes, como referencia de pacientes expertos.

Además se resalta la necesidad de potenciar los mecanismos de comunicación bidireccional entre profesionales sanitarios, especialmente entre AP y hematología para fomentar la resolutividad en AP.

Por último, se detecta un área de mejora clara en la adherencia al tratamiento y la necesidad de integrar a las farmacias comunitarias en el proceso de seguimiento (fomento de la comunicación bidireccional entre AP y farmacias, e implementación de mecanismos o herramientas para fomentar la adherencia).



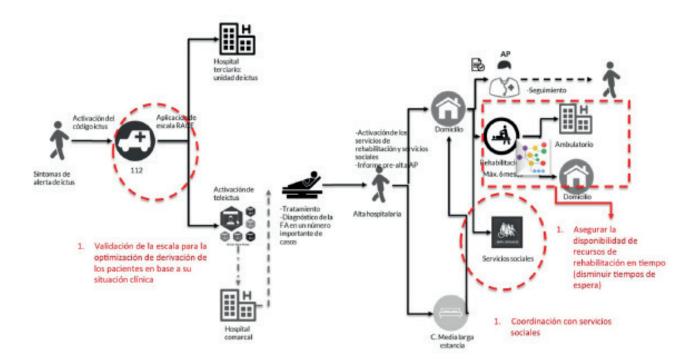
#### c Mejoras en la atención al ictus:

Se está llevando a cabo un **estudio para validar la escala RACE**, que es una escala neurológica simple y rápida creada para valorar pacientes con ictus agudo a nivel prehospitalario. Esta escala ayuda al servicio de emergencias en la derivación del paciente a una unidad de ictus o a un hospital comarcal con teleictus, ya que detecta los casos con una alta probabilidad de tener una oclusión arterial de gran vaso, candidatos por tanto a ser tratados con técnicas endovasculares en centros terciarios de ictus.

31

Otra mejora que se ha incorporado en la atención al paciente con ictus es la **incorporación de forma sistemática del diagnóstico de FA**, es decir, a todos los pacientes con ictus se les mira si presentan fibrilación auricular y en su caso se les prescribe el tratamiento correspondiente.

Finalmente, se detectan mejoras en la atención al paciente post-ictus en la **coordinación con servicios sociales y en la disminución de los tiempos de espera de la rehabilitación.** 



#### Glosario

ACODs: Anticoagulantes Orales de Acción Directa

**AEMPS:** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

AP: Atención Primaria

AVK: Antagonista de la Vitamina K

ECG: Electrocardiograma

FA: Fibrilación Auricular

FANV: Fibrilación Auricular No Valvular

INR: International Normalized Ratio

MAP: Médico de Atención Primaria

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

IPT: Informe de Posicionamiento Terapéutico

**TAO:** Terapia Anticoagulante Oral

TRT: Tiempo en Rango Terapéutico

SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria

33

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Lobos, JM, Barrientos, S, Castellanos, A, Decisiones clave en Atención Primaria. Programa DCAP. Anticoagulación en fibrilación auricular. SEMFYC
- 2. Pérula de Torres LA, et al. Validación de la toma de pulso arterial en atención primaria para la detección de fibrilación auricular y otros transtornos del ritmo cardíaco en mayores de 65 años. Semergen, 2016
- 3. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. Rev Esp Cardiol. 2016;70(1):43.e1-e84.
- 4. Lobos-Bejarano JM, et al. Características de los pacientes y abordaje terapéutico de la fibrilación auricular en atención primaria en España: Estudio FIATE. Med Clin (Bar). 2013
- 5. J. Álvarez. Mortalidad hospitalaria por ictus. Rev Esp Cardiol. 2008;61(10):1007-9
- 6. http://www.observatoriodelictus.com/index.php/que-es-un-ictus?showall=&start=1
- 7. Ruta assistencial de la fibril·lació auricular a Catalunya. Julio 2014.
- 8. JL clua-Espuny, I Lechuga-Duran, R Bosch-Princep, A Roso-Llorach, A Panisello-Tafalla, J Lucas-Noll, C López-Pablo, L Queralt-Tomas, E Giménez-Garcia, N González-Rojas, M Gallofré López. Prevalencia de la fibrilación auricular desconocida y la no tratada con anticoagulantes. Estudio AFABE. Rev Esp Cardiol. 2013:66(7):545-552
- 9. P Kirchhof, b Ammentorp, H Darius, R De Caterina, JY Le Heuzey, RJ Shcilling, J Schmitt, JL Zamorano. Management of atrial fibrilation in seven European countries after the publication of the 2010 ESC Guidelines on atrial fibrillation: primary results of the PREvention of thromboemolic events –European Registry in Atrial Fibrillation (PREFER in AF). Europace Advance Access published October 1, 2013.
- M Anguita Sánchez, V Bertomeu Martínez, A Cequier Fillat (Grupo CALIFA). Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia de mal control y factores asociados. Rev Esp Cardiol. 2015:68(9):761-768
- 11. Maneig del risc trombòtic en la fibril·lació auricular a l'atenció primaria de l'ICS. Nota d'avaluació asistencial del grup d'Avaluació Estratègica (SIDIAP). 01/2015.
- 12. Informe de posicionamiento terapéutico UT\_ACOD/V5/21112016. Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. 21 noviembre de 2016.
- 13. Informe sobre anticoagulación oral y la reversión del tratamiento en pacientes con fibrilación auricular. Situación actual, posicionamientos y posibles alternativas. eDS. Revista española de economía de la salud. Vol 12. Num 2. May 2017.
- 14. http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=327

