



**CRITERIOS DE CALIDAD  
EN EL PACIENTE EN  
TRATAMIENTO CON  
ANTICOAGULANTES EN  
FANV Y ETEV**



**Director**

Fernando Caballero Martínez

**Comité Científico Asesor**

Santiago Álvarez Montero

Francisco Javier Campos Lucas

Emilio Cervera Barba

Cristina García de Leonardo Mena

Diana Monge Martín

Antonio Pérez-Caballer Pérez

© 2018 Editorial UFV  
Universidad Francisco de Vitoria  
Ctra. Pozuelo-Majadahonda, km 1, 800  
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)  
Tel.: (+34) 91 351 03 03  
editorial@ufv.es  
www.editorialufv.es

Primera edición: abril de 2018

ISBN edición digital: 978-84-16552-54-2

Este libro ha sido sometido a una revisión ciega por pares.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y ss. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.



Esta editorial es miembro de UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

Este libro puede incluir enlaces a sitios web gestionados por terceros y ajenos a EDITORIAL UFV que se incluyen solo con finalidad informativa. Las referencias se proporcionan en el estado en que se encuentran en el momento de la consulta de los autores, sin garantías ni responsabilidad alguna, expresas o implícitas, sobre la información que se proporcione en ellas.

Impreso en España - *Printed in Spain*

## ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN	Página 2
OBJETIVOS	Página 2
MÉTODO	Página 2
APLICABILIDAD	Página 5
INDICADORES DE CALIDAD EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR	Página 6
INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA PROFUNDA	Página 24
ABREVIATURAS	Página 46
BIBLIOGRAFÍA	Página 47

## JUSTIFICACIÓN

Existen muchos motivos que justifican el impulso de este proyecto: la manifiesta variabilidad actual, no justificada científicamente, en el funcionamiento y resultados entre distintos dispositivos asistenciales, la tendencia necesaria hacia la competitividad positiva (clínica, organizativa, científica,...) entre unidades clínicas, las crecientes exigencias de los usuarios y de las autoridades sanitarias para garantizar la calidad y seguridad de los cuidados sanitarios, sin olvidar la obligación ética de cada profesional para optimizar continuamente los servicios que presta y conseguir los niveles más altos de calidad con los recursos disponibles.

A lo largo de los últimos años, las organizaciones sanitarias han experimentado notables avances tecnológicos aplicados a la práctica asistencial. Esta tecnología creciente ha producido que la atención sanitaria sea cada vez más compleja y que los profesionales sanitarios tengan que enfrentarse de manera constante a la incertidumbre en la valoración de las distintas opciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento en la atención a los pacientes. Todo ello en un contexto de exceso de información, en algunos casos de dudosa calidad científica y metodológica.

Esta incertidumbre, cuando no puede ser explicada a través del conocimiento científico existente, se traduce en variabilidad en el funcionamiento y resultados entre distintos dispositivos asistenciales. En este contexto, parece imprescindible impulsar proyectos que permitan la comparación competitiva mediante benchmarking y la mejora continua de las organizaciones a través de la definición de estándares de práctica idónea.

## OBJETIVO

- Identificar y priorizar criterios objetivos que permitan generar medidas comparables de calidad asistencial entre servicios y dispositivos similares implicados en el control de pacientes en tratamiento con anticoagulantes, con la finalidad de promover los procesos de mejora continua de la asistencia sanitaria prestada.

## MÉTODO

Para garantizar la viabilidad del proyecto, su rigor metodológico y la adecuación de sus resultados a las necesidades planteadas se establecieron fases de trabajo claramente definidas:

## Fase 1. Identificación y validación de criterios.

De forma estandarizada se emplearon las siguientes definiciones de:

- Criterio: aquella condición que debe cumplir la práctica asistencial para ser considerada de calidad.
- Indicador: forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa un criterio.
- Estándar: grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad. Los estándares de calidad determinan el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador.

En una fase preliminar, se creó un grupo de trabajo profesional responsable del proyecto denominado *Grupo Impulsor de Calidad Asistencial (GICA)*. Para ello, se convocó a un equipo reducido de profesionales expertos con demostrada capacidad de liderazgo, representatividad del colectivo y motivación intrínseca por la tarea que iniciaban.

### **Comité Científico (GICA)**

Dr. Thomas Andre Brouzet.

*Servicio de Cardiología. Hospital Clinica Vistahermosa de Alicante Asisa.*

Dr. Ignasi Duran

*Servicio de Cardiología. Hospital Dexeus Quiron de Barcelona.*

Dr. Emilio Fajardo Molina

*Director Médico. Hospital Vithas Granada Ntra. Sra. de la Salud*

Dr. José Manuel Fuentes.

*Hospital NISA Pardo de Aravaca. Madrid*

Dr. Bernardo José Galmes Sureda

*Unidad de Trombosis y Hemostasia. Hospital Clínica Rotger de Palma.*

Dr. Federico Orsetti

*Servicio de Medicina Interna. Hospital La Vega Murcia Asisa.*

Dr. Jesús Palomo Álvarez

*Servicio de Cardiología. Hospital HM Puerta del Sur. Madrid*

Dra. Nieves Pérez Ríos

*Servicio de Hematología. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.*

Dr. Antonio Reche García

*Servicio de Hematología. Hospital NISA Sevilla Aljarafe.*

Dr. Alberto Romero Casanova

*Servicio de Hematología. Hospital Clinica Vistahermosa de Alicante Asisa.*

Dr. José Manuel Sánchez Torres

*Servicio de Urgencias. Hospital Quirón Sevilla*

A continuación, mediante consenso de este grupo revisor, se procede a la validación de los criterios de calidad, y sus correspondientes indicadores y estándares. Para ello, con la orientación de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), materializada en el apoyo metodológico del Dr. José Joaquín Mira Solves y el Dr. Emilio

Ignacio García, se propusieron y revisaron los diferentes aspectos definitorios de calidad para cada una de las áreas clínicas relacionadas con el proceso del paciente anticoagulado, teniendo en cuenta su adaptación al contexto de la clínica privada, las evidencias disponibles y, en su ausencia, el criterio experto de los panelistas.

Para este fin se seleccionó un método de trabajo presencial asegurando una discusión estructurada y el posterior consenso o no de los criterios de calidad propuestos.

## Fase 2. Selección y revisión de criterios

De la suma de prioridades y discusión final de resultados de esta reunión de trabajo se procedió a la elaboración definitiva del Informe final. Este documento incluyó un listado definitivo de criterios consensuados para ser validados en la siguiente fase, a distancia, por todos los miembros de GICA.

Las tareas desarrolladas en esta fase fueron:

- Revisión crítica de los indicadores por bloques de procesos
- Circulación electrónica de aportaciones.
- Consenso y priorización de propuestas.
- Limitación de propuestas.
- Criterios: evidencia, viabilidad, factibilidad.

## Fase 3. Guía de aplicación de criterios

Una vez procesadas y analizadas las respuestas del panel de expertos GICA, se procede al análisis y diseño de una ficha específica para cada criterio, contando además en esta fase con el apoyo de un asesor científico externo al proceso y experto en cada una de las dos áreas clínicas de trabajo, el Dr. Esteban López de Sa en el área de Fibrilación Auricular No Valvular y la Dra. Alicia Lorenzo para el área de Enfermedad Tromboembólica Venosa.

Tras análisis de viabilidad de acuerdo al sistema de información sanitaria disponible en el Sistema Nacional de Salud, se propusieron los criterios que se consideraron más adecuados para monitorizar cada uno de los criterios seleccionados.

Los indicadores se definen mediante fichas inspiradas en el modelo utilizado por la *Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)* en su propuesta de indicadores de calidad para hospitales del SNS publicado en 2012. Cada ficha de indicador siguió el siguiente índice de contenidos: título, definición, fórmula, justificación, exclusiones o aclaraciones, tipo de indicador, fuente/s de información, nivel objetivo o aceptable y bibliografía del estándar de referencia.

Para la validación de indicadores, el grupo revisor debe realizar un análisis de los indicadores propuestos y definidos en las fichas, tomando en consideración los siguientes atributos:

- Confiabilidad: las fuentes de información disponibles para medir el indicador debían proporcionar confianza y estar libres de sesgos.
- Validez: el indicador debía tener la capacidad de medir realmente lo que se deseaba medir y no otros fenómenos.
- Accesibilidad: la información debía ser susceptible de ser consultada.
- Oportunidad: la información debía estar disponible y actualizada en el momento en que se necesitara.
- Practicidad: su monitorización debía ser simple y, en la medida de lo posible, automatizada.
- Sensibilidad: el indicador debía ser capaz de detectar cambios relevantes en el grado de adecuación de la atención sanitaria prestada.
- Alcance: el indicador debía sintetizar el mayor número posible de factores que afectaran al estándar de referencia. En lo posible, se debía explorar el máximo de proceso evaluado con el menor número de indicadores posible.

## APLICABILIDAD

Finalizada la guía de aplicación, se propone para su implantación futura, el desarrollo de reuniones locales explicativas del proyecto y de la guía en sí, así como la presentación de una herramienta informática de registros de calidad, que resulte útil y cómoda y que permita registrar toda la información on-line, disponiendo de ella en cualquier momento, con exportación de datos y obtención de informes inmediatos.

De esta forma, los servicios participantes podrán conocer sus resultados y compararse con la media de los hospitales similares a ellos, además, podrán conocer el método de trabajo de los servicios que mejores resultados obtienen en los distintos indicadores, pudiendo de esta forma, establecer dinámicas que les ayuden a mejorar.

A partir de los criterios de calidad asistencial definidos se podrá:

- Diseñar un protocolo estandarizado del proceso asistencial en pacientes anticoagulados, con criterios objetivos de medida que permita la mejora continua de la asistencia sanitaria prestada.
- Reducir la variabilidad clínica no justificada, aumentar la satisfacción de las necesidades de pacientes y profesionales y cambiar la cultura organizacional hacia el fomento de la mejora continua.
- Ayudar al sistema a analizar el flujo de pacientes anticoagulados en el hospital.

# INDICADORES DE CALIDAD

## EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR



## INDICADORES DE CONTEXTO

Los indicadores de este primer bloque, denominado de contexto, permiten establecer comparaciones de los resultados en el resto de indicadores entre los centros en función del perfil de los pacientes atendidos.

INDICADOR DE CONTEXTO	CT 01
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Severidad atendida</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Las guías internacionales están de acuerdo en adoptar el CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc como escala para medir el riesgo tromboembólico de los pacientes en FANV. Se ha determinado que el nivel de 2 o más sería aquel en el que los paciente están en riesgo alto	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc $\geq$ 2 con FANV/ Número total de pacientes con FANV X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Contexto	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Es conocido que los pacientes con FANV y un CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc de 2 o más es del 5% anual y esto disminuye con la administración de anticoagulantes orales</p> <p>Se entiende por FANV la FA en ausencia de prótesis valvular, estenosis mitral moderada-grave y enfermedad valvular reumática.</p> <p>Se recomienda medir los casos anualmente.</p> <p>Se recomienda disponer de un programa que calcule directamente el CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (1,2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lip GYH, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJGM. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Chest. 2010;137(2):263-272.</li> <li>• Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 2012;33(21):2719-2747.</li> </ul>	

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los siguientes indicadores corresponden al criterio de seguridad del paciente. Se trata de indicadores que reflejan el compromiso de las instituciones por ofrecer una atención llevando a cabo una correcta gestión de los riesgos inherentes a la prestación sanitaria y una adecuada utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE	SP 01
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR:</b> Cambio de tratamiento de AVK a ACOD en pacientes de alto riesgo de sangrado	
<b>DEFINICIÓN:</b> El mejor perfil de seguridad de los nuevos anticoagulantes orales en cuanto al sangrado permite que estos pacientes con alto riesgo sean candidatos al cambio de tratamiento	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con AVK con una puntuación HAS-BLED > 3 en quienes se ha cambiado tratamiento a ACOD / Número total de pacientes atendidos en el centro en el mismo período con una puntuación HAS-BLED > 3 X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Proceso	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> los ACOD tienen mejor perfil de seguridad en cuanto al sangrado  Varios de los factores de riesgo embólico también son de riesgo hemorrágico, pero hay que diferenciar el contexto de ambos. Por ejemplo, en la HTA aunque esté controlado es factor riesgo embólico, sin embargo solo es factor hemorrágico cuando no lo está.  Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 75%	
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (2,4) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, Hindricks G, Kirchhof P, ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. <i>Eur Heart J.</i> 2012;33:2719–2747.</li> <li>• Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJGM, Lip GYH. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. <i>Chest.</i> 2010;138:1093–1100.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 02</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Disponibilidad de recursos diagnósticos</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> : El inicio del tratamiento en pacientes con FANV es una medida de la eficacia en el proceso diagnóstico	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con FANV atendidos en el centro en las primeras 48 horas tras primer diagnóstico con estudio completo de coagulación, creatinina, función hepática / Número total de pacientes con sospecha o diagnóstico de FANV atendidos al menos una vez en el centro en el mismo período de tiempo X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Proceso	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> En pacientes con FANV disminuye el riesgo cuanto antes iniciemos el tratamiento</p> <p>Se entiende por estudio completo de coagulación la medición de la tasa de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina activada y el tiempo de sangría (TS)</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > del 90%	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Diener H-C, Hacke W, Oldgren J, Sinnaeve P, Camm AJ, Kirchhof P, Advisors. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. <a href="#">Europace</a>. 2015 Oct;17(10):1467-507.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 03</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Eventos tromboembólicos en tratamiento con TAO</b>	
<p><b>DEFINICIÓN:</b> El objetivo principal de la anticoagulación en la FANV es la prevención de las complicaciones tromboembólicas</p> <p>La calidad de la anticoagulación viene determinada por su reducción.</p>	
<p><b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con TAO que sufren un episodio tromboembólico / Número total de pacientes en tratamiento con TAO X 100.</p>	
<p><b>INDICADOR DE:</b> Resultado</p>	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Los nuevos anticoagulantes presentan un mayor beneficio absoluto en aquellos centros en los que no se consigue un buen grado de control con AVK. Se incluyen en la fórmula como episodios tromboembólicos: ACV o AIT, infarto de miocardio, embolismo pulmonar, embolismo periférico.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales.</p>	
<p><b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> &lt;2.5%</p>	
<p><b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.</p>	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 04</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Eventos hemorrágicos en tratamiento con TAO</b>	
<p><b>DEFINICIÓN:</b> El principal evento adverso de la anticoagulación en la FANV es son las complicaciones hemorrágicas.</p> <p>La calidad de la anticoagulación viene determinada por su reducción.</p>	
<p><b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con TAO que sufren un accidente hemorrágico / Número total de pacientes en tratamiento con TAO X 100.</p>	
<p><b>INDICADOR DE:</b> Resultado</p>	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Los nuevos anticoagulantes presentan un mayor beneficio absoluto en aquellos centros en los que no se consigue un buen grado de control con AVK.</p> <p>Se considera accidente hemorrágico (intracraneal o de cualquier otro tipo) siempre que el paciente requiere ingreso hospitalario o transfusión u otro tratamiento.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<p><b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> &lt;2.5%</p>	
<p><b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.</p>	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 05</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Complicación tromboembólica tras cardioversión</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Los pacientes intervenidos por cardioversión eléctrica deben seguir un control estricto del control de anticoagulación.	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con complicación tromboembólica en los tres meses siguientes a la cardioversión/Número total de pacientes sometidos a cardioversión en el mismo periodo de tiempo x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> El periodo donde existe mayor tasa de complicaciones tromboembólicas es en los meses siguientes a una cardioversión. En este periodo es donde se debe ser más estricto en el control de la anticoagulación.</p> <p>Se recomienda no hacer cardioversión eléctrica en enfermos en FA con una duración superior a 48 horas si no están al menos cuatro semanas con nivel óptimo de coagulación o previo a realización de eco transesofágico.</p> <p>Este indicador reflejaría el grado de control de la anticoagulación previo a la cardioversión eléctrica, así como el despistaje de trombo intracavitarios previos al procedimiento.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> <1%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (2,6,7)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, Hindricks G, Kirchhof P, ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 2012;33:2719–2747.</li> <li>• January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC, Conti JB, Ellinor PT, Ezekowitz MD, Field ME, Murray KT, Sacco RL, Stevenson WG, Tchou PJ, Tracy CM, Yancy CW, ACC/AHA Task Force Members. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. Circulation. 2014;130:2071–2104.</li> <li>• Steinberg BA, Kim S, Fonarow GC, Thomas L, Ansell J, Kowey PR, Mahaffey KW, Gersh BJ, Hylek E, Naccarelli G, Go AS, Reiffel J, Chang P, Peterson ED, Piccini JP. Drivers of hospitalization for patients with atrial fibrillation: Results from the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF). Am Heart J. 2014;167:735–742.e2.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 06</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Recidiva de FA tras cardioversión</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> La recurrencia de FA en los pacientes a los tres meses siguientes a una cardioversión eléctrica es un indicador de tratamiento antiarrítmico inapropiado o cardioversiones inadecuadas.	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en los que recidiva FANV en los tres meses siguientes a una cardioversión eléctrica / Número total de pacientes que han sido sometidos a cardioversión eléctrica en el mismo periodo de tiempo x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Dado que no existe evidencia científica de que la estrategia de control de ritmo sea superior a la estrategia de control de frecuencia es necesario conocer el número de recidivas de FA en pacientes sometidos a cardioversiones en este periodo de tiempo</p> <p>Es un indicador de cardioversiones inadecuadas o tratamiento antiarrítmico inapropiado</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 30%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (2,6,7)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, Hindricks G, Kirchhof P, ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 2012;33:2719–2747.</li> <li>• January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC, Conti JB, Ellinor PT, Ezekowitz MD, Field ME, Murray KT, Sacco RL, Stevenson WG, Tchou PJ, Tracy CM, Yancy CW, ACC/AHA Task Force Members. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. Circulation. 2014;130:2071–2104.</li> <li>• Steinberg BA, Kim S, Fonarow GC, Thomas L, Ansell J, Kowey PR, Mahaffey KW, Gersh BJ, Hylek E, Naccarelli G, Go AS, Reiffel J, Chang P, Peterson ED, Piccini JP. Drivers of hospitalization for patients with atrial fibrillation: Results from the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF). Am Heart J. 2014;167:735–742.e2.</li> </ul>	

## ACTIVACIÓN DEL PACIENTE

La implicación del paciente en su autocuidado es un factor decisivo del éxito terapéutico y minimiza los riesgos asociados a los tratamientos con AVK o con ACOD. Por esta razón, una adecuada pauta terapéutica incluye la activación del paciente capacitándole para afrontar situaciones cotidianas y el empleo correcto de la medicación, incluyendo persistencia y adherencia al tratamiento. Los siguientes indicadores reflejan en qué medida se logran estos objetivos.

CRITERIO: ACTIVACIÓN DEL PACIENTE	AC 01
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Estratificación del riesgo de los pacientes atendidos</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Las guías de práctica clínica recomienda que todos los pacientes con FANV sean evaluados mediante escalas de riesgo embólico y hemorrágico. Se recomienda el empleo de la escala CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc y HAS BLED	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con FA registrados en el centro con indicación de variables personales y clínicas relevantes y con estratificación del riesgo mediante escala (CHADS <sub>2</sub> , CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc o HAS BLED) / Número total de pacientes con FA atendidos en el centro X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Proceso	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Se admite que en algunos casos para disponer de toda la información completa para realizar las escalas de riesgo es necesario realizar más de una visita Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> 95%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (1,9,10) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, et al: Refining Clinical Risk Stratification for prediction stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: The Euroheart Survey on atrial fibrillation. Chest 2010; 137(2):263-272</li> <li>• Lip GY, Frison L, Halperin JL, Lane DA; Identifying patients of high risk for stroke despite anticoagulation: a comparison of contemporary stroke risk stratification schemes in an anticoagulated atrial fibrillation cohort. Stroke 2010; 41(12):2731-8</li> <li>• Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, Sinnaeve P, Camm AJ, Kirchhof P. EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary. Eur Heart J. 2013;34:2094–2106.</li> </ul>	



<b>CRITERIO: ACTIVACIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>AC 02</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Anulación cardioversión con AVK</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Pacientes tratados con AVK y con indicación de cardioversión que no pueden someterse a intervención por no encontrarse en rango de INR	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes tratados con AVK en los que se anula cardioversión por no encontrarse en rango de INR en pacientes / Número total de pacientes tratados con AVK en los que tiene indicada cardioversión x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Proceso	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Coeficiente entre el número de suspensiones de cardioversión y el volumen de pacientes fuera de rango INR de por incumplimiento terapéutico o por características del fármaco.</p> <p>En el denominador de la fórmula se contabilizan pacientes con tratamiento de AVK e indicación de cardioversión, se produzca esta o no por encontrarse en rango de INR. Deben excluirse otros motivos de anulación si los hubiera.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 25%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (11,12)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connolly SJ, Pogue J, Eikelboom J, Flaker G, Commerford P, Franzosi MG, Healey JS, Yusuf S, ACTIVE W Investigators. Benefit of oral anticoagulant over antiplatelet therapy in atrial fibrillation depends on the quality of international normalized ratio control achieved by centers and countries as measured by time in therapeutic range. <i>Circulation</i>. 2008;118:2029–2037.</li> <li>• Pokorney SD, Simon DN, Thomas L, Fonarow GC, Kowey PR, Chang P, Singer DE, Ansell J, Blanco RG, Gersh B, Mahaffey KW, Hylek EM, Go AS, Piccini JP, Peterson ED, Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF) Investigators. Patients’ time in therapeutic range on warfarin among US patients with atrial fibrillation: Results from ORBIT-AF registry. <i>Am Heart J</i>. 2015;170:141–148, 148.e1.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: ACTIVACIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>AC 03</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Anulación de cardioversión en paciente tratados con ACOD</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Pacientes tratados con ACOD y con indicación de cardioversión que no pueden someterse a intervención por no haber tenido adherencia al tto	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes tratados con ACOD en los que se anula cardioversión por incumplimiento terapéutico del paciente / Número total de pacientes tratados con ACOD en los que tiene indicada cardioversión x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Proceso	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Coeficiente entre el número de suspensiones de cardioversión y el volumen de pacientes que hayan manifestado incumplimiento terapéutico</p> <p>En el denominador de la fórmula se contabilizan pacientes tratados con ACOD e indicación de cardioversión, se produzca esta o no por incumplimiento terapéutico del paciente. Deben excluirse otros motivos de anulación de la intervención si los hubiera.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> <5%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (11,12)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connolly SJ, Pogue J, Eikelboom J, Flaker G, Commerford P, Franzosi MG, Healey JS, Yusuf S, ACTIVE W Investigators. Benefit of oral anticoagulant over antiplatelet therapy in atrial fibrillation depends on the quality of international normalized ratio control achieved by centers and countries as measured by time in therapeutic range. <i>Circulation</i>. 2008;118:2029–2037.</li> <li>• Pokorney SD, Simon DN, Thomas L, Fonarow GC, Kowey PR, Chang P, Singer DE, Ansell J, Blanco RG, Gersh B, Mahaffey KW, Hylek EM, Go AS, Piccini JP, Peterson ED, Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF) Investigators. Patients' time in therapeutic range on warfarin among US patients with atrial fibrillation: Results from ORBIT-AF registry. <i>Am Heart J</i>. 2015;170:141–148, 148.e1.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: ACTIVACIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>AC 04</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Educación Sanitaria</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Los pacientes en tratamiento anticoagulante deben recibir documentación con información sobre el tratamiento, su importancia para el control de la enfermedad, así como efectos secundarios u otro tipo de interacciones	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con FA en tratamiento con AVK o con ACOD a quienes se entrega documento con indicaciones terapéuticas y plan tratamiento / Número total de pacientes en tratamiento con AVK o con ACOD X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Proceso	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES</b></p> <p>Toda recomendación terapéutica con AVK debe de incluir las interacciones farmacológicas y alimenticias así como la recomendación de INR en la que se debe mantener</p> <p>Importancia de la adherencia en ambos casos</p> <p>Debe ser realizado por el especialista de referencia del paciente.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 95%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (10,13,14)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, Sinnaeve P, Camm AJ, Kirchhof P. EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary. Eur Heart J. 2013;34:2094–2106.</li> <li>• Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). La calidad de la atención sanitaria. Recomendaciones para el manejo seguro del paciente con nuevos anticoagulantes orales (NACO) [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2015/02/414-pacientes-nuevos-anticoagulantes-oraes.pdf">http://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2015/02/414-pacientes-nuevos-anticoagulantes-oraes.pdf</a></li> <li>• National Clinical Guideline Centre (UK). Atrial Fibrillation: The Management of Atrial Fibrillation [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 [cited 2015 Sep 24]. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248059/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248059/</a></li> </ul>	

<b>CRITERIO: ACTIVACIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>AC 05</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Persistencia al tratamiento</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Pacientes que tienen adherencia continuada al tratamiento	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con FA persistentes en el tratamiento con AVK o con ACOD / Número total de pacientes con FA en tratamiento con AVK o con ACOD x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Proceso	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> <p>Consideramos no persistente aquel que abandona el tratamiento por un periodo mayor de 30 días.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 90%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (13,15) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). La calidad de la atención sanitaria. Recomendaciones para el manejo seguro del paciente con nuevos anticoagulantes orales (NACO) [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2015/02/414-pacientes-nuevos-anticoagulantes-orales.pdf">http://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2015/02/414-pacientes-nuevos-anticoagulantes-orales.pdf</a></li> <li>• Kneeland PP, Fang MC. Current issues in patient adherence and persistence: focus on anticoagulants for the treatment and prevention of thromboembolism. Patient Prefer Adherence. 2010;4:51–60.</li> </ul>	

## RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE

Este conjunto de indicadores de resultado reflejan la efectividad y eficiencia terapéuticas y permiten realizar comparaciones entre centros dentro del sistema de benchmarking definido.

CRITERIO: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE	RS 01
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR:</b> Adecuación del tratamiento con AVK o con ACOD	
<b>DEFINICIÓN:</b> Los pacientes con riesgo tromboembólico deben recibir tratamiento anticoagulante	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con indicación de anticoagulación que están siendo tratados con AVK o con ACOD / Número total de pacientes diagnosticados de FANV X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Proceso	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Las guías de prácticas clínica recomiendan anticoagulación en pacientes con FANV y con <math>CHA_2DS_2-VASc \geq 1</math></p> <p>Se excluyen mujeres &lt; 65 años sin otros factores de riesgo tromboembólico asociados</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> 95%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, Hindricks G, Kirchhof P, ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. <i>Eur Heart J.</i> 2012;33:2719–2747.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE</b>	<b>RS 02</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Capacidad de respuesta para iniciar tratamiento</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> El tiempo transcurrido desde que se tiene un primer contacto con el pacientes hasta que se inicia el tratamiento con anticoagulantes	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con FANV que inician tratamiento antes de las 72 horas desde el primer contacto/ Número total de pacientes con FANV en tratamiento con anticoagulantes X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> La fórmula indica el tiempo en horas transcurrido desde que tiene lugar el primer contacto con ese paciente hasta que se inicia el tratamiento con anticoagulantes. El tiempo máximo recomendado es de 72 horas. Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 95%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (2,6,10) <ul style="list-style-type: none"><li>• Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, Hindricks G, Kirchhof P, ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 2012;33:2719–2747.</li><li>• January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC, Conti JB, Ellinor PT, Ezekowitz MD, Field ME, Murray KT, Sacco RL, Stevenson WG, Tchou PJ, Tracy CM, Yancy CW, ACC/AHA Task Force Members. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. Circulation. 2014;130:2071–2104.</li><li>• Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, Sinnaeve P, Camm AJ, Kirchhof P. EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary. Eur Heart J. 2013;34:2094–2106.</li></ul>	

<b>CRITERIO: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE</b>	<b>RS 03</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Capacidad de respuesta para cardioversión</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> El tiempo transcurrido desde que se realiza la indicación para cardioversión hasta que se produce la intervención	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes a los que se le realiza cardioversión antes de 45 días desde su indicación / Número total de pacientes con indicación de cardioversión X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>La fórmula indica el tiempo en días transcurrido desde que tiene lugar la indicación de cardioversión con ese paciente hasta que se realiza la intervención.</p> <p>El tiempo máximo recomendado es de 45 días.</p> <p>El porcentaje de éxito de cardioversión es menor cuanto más tiempo transcurra</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 90%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (2,6,10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, Hindricks G, Kirchhof P, ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 2012;33:2719–2747.</li> <li>• January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC, Conti JB, Ellinor PT, Ezekowitz MD, Field ME, Murray KT, Sacco RL, Stevenson WG, Tchou PJ, Tracy CM, Yancy CW, ACC/AHA Task Force Members. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. Circulation. 2014;130:2071–2104.</li> <li>• Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, Sinnaeve P, Camm AJ, Kirchhof P. EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary. Eur Heart J. 2013;34:2094–2106.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE</b>	<b>RS 04</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Nivel de control de pacientes con AVK</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Porcentaje de permanencia del INR en rango terapéutico en pacientes en tratamiento con AVK	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con AVK con permanencia en rango terapéutico (INR) / Número de pacientes en tratamiento con AVK X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Según Rosendaal se considera permanencia en rango aquel paciente cuyas determinaciones presentan un INR en niveles adecuados el 65% o más del tiempo de tratamiento Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones cuatrimestrales	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> ≥75%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (5,12,16) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25]; Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> <li>• Pokorney SD, Simon DN, Thomas L, Fonarow GC, Kowey PR, Chang P, Singer DE, Ansell J, Blanco RG, Gersh B, Mahaffey KW, Hylek EM, Go AS, Piccini JP, Peterson ED, Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF) Investigators. Patients' time in therapeutic range on warfarin among US patients with atrial fibrillation: Results from ORBIT-AF registry. Am Heart J. 2015;170:141–148, 148.e1.</li> <li>• Rosendaal F, Cannegieter S, Van Der Meer F, Briet E. A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy. Thromb Haemostas 1993;69(3):236–239.</li> </ul>	



CRITERIO: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE	RS 05
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Satisfacción del paciente</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Satisfacción con respecto a la atención recibida del paciente en tratamiento con TAO	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes satisfechos con la atención y resultado del tratamiento (cardioversión, tratamiento con fármacos AVK o ACOD) recibido / Número total de pacientes en tratamiento x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Se considera paciente satisfecho si la Encuesta de satisfacción SAFUCA tiene un resultado positivo</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> ≥ 70%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica. Encuesta de opinión.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (5, 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> <li>• González, R. S., Baonza, M. Y., Majada, A. C., García-Borrás, J. F., Nido, R. Á., &amp; Linares, E. B. (2004). Adaptación transcultural de un cuestionario para medir la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral. <i>Atención primaria</i>, 34(7), 353-359.</li> </ul>	

# INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

## INDICADOR DE CONTEXTO

Los indicadores de este primer bloque, denominado de contexto, permiten establecer comparaciones de los resultados en el resto de indicadores entre los centros en función del perfil de los pacientes atendidos.

INDICADOR DE CONTEXTO	CT 01
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR:</b> Incidencia paciente atendido en el centro	
<b>DEFINICIÓN:</b> Índice de sospecha	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con diagnóstico confirmado de ETEV atendidos en el centro / Número total de pacientes con sospecha y/o diagnóstico de ETEV atendidos al menos una vez en el centro X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Contexto	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>El índice de sospecha no es igual en función de la patología del paciente.</p> <p>Se espera una mayor incidencia en centros que atiendan un mayor porcentaje de pacientes oncológicos.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (18,19)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, Domenech P, Lecumberri R, Escribano P, et al. National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism. Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR). Society Española Internal Medicine (SEMI). Spanish Society of Thrombosis and Haemostasis (SETH). Spanish Society of Cardiology (ESC). Spanish Society of Medicine Accident and Emergency (SEMES). Spanish Society of Angiology and Surgery Vascular (SEACV). Arch Bronconeumol. 2013;49(12):534-47.</li> <li>• Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J. 2014;35(43):3033-69, 3069a - 3069k.</li> </ul>	

<b>INDICADOR DE CONTEXTO</b>	<b>CT 02</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Pacientes en tratamiento con ACOD</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Perfil de utilización de productos innovadores en la ETEV	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con ETEV en tratamiento con ACOD/ Número total de pacientes con ETEV tratados farmacológicamente en el centro X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Contexto	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>El perfil de seguridad así como la comodidad de los ACOD hacen que su uso debiera ser preferente.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (18,20,21)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, Domenech P, Lecumberri R, Escribano P, et al. National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism. Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR). Society Española Internal Medicine (SEMI). Spanish Society of Thrombosis and Haemostasis (SETH). Spanish Society of Cardiology (ESC). Spanish Society of Medicine Accident and Emergency (SEMES). Spanish Society of Angiology and Surgery Vascular (SEACV). Arch Bronconeumol. 2013;49(12):534-47.</li> <li>• Castellucci LA, Cameron C, Le Gal G, Rodger MA, Coyle D, Wells PS, et al. Clinical and safety outcomes associated with treatment of acute venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2014;312(11):1122-35.</li> <li>• Tagalakis V, Patenaude V, Kahn SR, Suissa S. Treatment patterns of venous thromboembolism in a real-world population: the Q-VTE study cohort. Thromb Res. 2014; 134(4):795-802.</li> </ul>	

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los siguientes indicadores corresponden al criterio de seguridad del paciente. Se trata de indicadores que reflejan el compromiso de las instituciones por ofrecer una atención llevando a cabo una correcta gestión de los riesgos inherentes a la prestación sanitaria y una adecuada utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE	SP 01
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Eventos tromboembólicos en tratamiento con AVK</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> El objetivo principal de la anticoagulación en la ETEV es la prevención de la aparición de nuevas complicaciones tromboembólicas, así como la progresión de trombosis venosa de extremidades a embolia pulmonar.	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con AVK que sufren un episodio tromboembólico / Número total de pacientes en tratamiento con AVK X 100.	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Se incluyen en la fórmula como episodios tromboembólicos: Tromboembolismo pulmonar o tromboembolismo venoso de extremidades. Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 2.5%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (5,20) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> <li>• Castellucci LA, Cameron C, Le Gal G, Rodger MA, Coyle D, Wells PS, et al. Clinical and safety outcomes associated with treatment of acute venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2014; 312(11):1122-35.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 02</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Eventos tromboembólicos en tratamiento con ACOD</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> El objetivo principal de la anticoagulación en la ETEV es la prevención de la aparición de nuevas complicaciones tromboembólicas, así como la progresión de trombosis venosa de extremidades a embolia pulmonar.	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con ACOD que sufren un episodio tromboembólico / Número total de pacientes en tratamiento con ACOD X 100.	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b>  Se incluyen en la fórmula como episodios tromboembólicos: Tromboembolismo pulmonar o tromboembolismo venoso de extremidades.  Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 2.5%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (5,20)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> <li>• Castellucci LA, Cameron C, Le Gal G, Rodger MA, Coyle D, Wells PS, et al. Clinical and safety outcomes associated with treatment of acute venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2014;312(11):1122-35.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 03</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Eventos tromboembólicos en tratamiento con HBPM</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> El objetivo principal de la anticoagulación en la ETEV es la prevención de la aparición de nuevas complicaciones tromboembólicas, así como la progresión de trombosis venosa de extremidades a embolia pulmonar.	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con HBPM que sufren un episodio tromboembólico / Número total de pacientes en tratamiento con HBPM X 100.	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b>  Se incluyen en la fórmula como episodios tromboembólicos: Tromboembolismo pulmonar o tromboembolismo venoso de extremidades.  Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 2.5%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (5,20)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> <li>• Castellucci LA, Cameron C, Le Gal G, Rodger MA, Coyle D, Wells PS, et al. Clinical and safety outcomes associated with treatment of acute venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2014;312(11):1122-35.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 04</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Eventos hemorrágicos en tratamiento con AVK</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> El uso de anticoagulantes conlleva riesgo de eventos hemorrágicos graves	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con AVK que sufren hemorragia/ Número total de pacientes en tratamiento con AVK X 100.	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b>  Se considera accidente hemorrágico grave en pacientes no quirúrgicos la hemorragia mortal y / o hemorragia sintomática en un área u órgano crítico, como intracraneal, intraespinal, intraocular, retroperitoneal, intraarticular o pericárdico, o intramuscular con síndrome compartimental y / o el sangrado que provoca una caída en el nivel de hemoglobina de 2 g / dl (1,24 mmol / L) o más, o que conduce a la transfusión de dos o más unidades de sangre total o glóbulos rojos.  Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales.	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 3.5%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA: (5,20,22)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencin-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencin-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> <li>• Castellucci LA, Cameron C, Le Gal G, Rodger MA, Coyle D, Wells PS, et al. Clinical and safety outcomes associated with treatment of acute venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2014;312(11):1122-35.</li> <li>• Schulman S, Kearon C, Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. J Thromb Haemost. 2005;3(4):692-4.</li> </ul>	



<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 05</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Eventos hemorrágicos en tratamiento con ACOD</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> El uso de anticoagulantes conlleva riesgo de eventos hemorrágicos graves	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con ACOD que sufren hemorragia/ Número total de pacientes en tratamiento con ACOD X 100.	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Se considera accidente hemorrágico grave en pacientes no quirúrgicos la hemorragia mortal y / o hemorragia sintomática en un área u órgano crítico, como intracraneal, intraespinal, intraocular, retroperitoneal, intraarticular o pericárdico, o intramuscular con síndrome compartimental y / o el sangrado que provoca una caída en el nivel de hemoglobina de 2 g / dl (1,24 mmol / L) o más, o que conduce a la transfusión de dos o más unidades de sangre total o glóbulos rojos.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 3.5%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA: (5,20,22)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> <li>• Castellucci LA, Cameron C, Le Gal G, Rodger MA, Coyle D, Wells PS, et al. Clinical and safety outcomes associated with treatment of acute venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2014;312(11):1122-35.</li> <li>• Schulman S, Kearon C, Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. J Thromb Haemost. 2005;3(4):692-4.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 06</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Eventos hemorrágicos en tratamiento con HBPM</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> El uso de anticoagulantes conlleva riesgo de eventos hemorrágicos graves	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con HBPM que sufren hemorragia/ Número total de pacientes en tratamiento con HBPM X 100.	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Se considera accidente hemorrágico grave en pacientes no quirúrgicos la hemorragia mortal y / o hemorragia sintomática en un área u órgano crítico, como intracraneal, intraespinal, intraocular, retroperitoneal, intraarticular o pericárdico, o intramuscular con síndrome compartimental y / o el sangrado que provoca una caída en el nivel de hemoglobina de 2 g / dl (1,24 mmol / L) o más, o que conduce a la transfusión de dos o más unidades de sangre total o glóbulos rojos.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 3.5%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA: (5,20,22)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridapaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridapaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> <li>• Castellucci LA, Cameron C, Le Gal G, Rodger MA, Coyle D, Wells PS, et al. Clinical and safety outcomes associated with treatment of acute venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2014;312(11):1122-35.</li> <li>• Schulman S, Kearon C, Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. J Thromb Haemost. 2005;3(4):692-4.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 07</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Sospecha diagnóstica</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Sospecha de pacientes con ETEV en el Centro	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con sospecha ETEV que acuden al centro con nivel sospecha establecida mediante escala Wells o Ginebra / Número total de pacientes con sospecha y/o diagnóstico de ETEV que acuden al centro X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b>  El índice de sospecha varía en función del tipo de paciente Las escalas de Wells y Ginebra ayudan a predeterminar la posibilidad de que se confirme el diagnóstico de trombosis.  Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 80%	
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (18)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, Domenech P, Lecumberri R, Escribano P, et al. National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism. Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR). Society Española Internal Medicine (SEMI). Spanish Society of Thrombosis and Haemostasis (SETH). Spanish Society of Cardiology (ESC). Spanish Society of Medicine Accident and Emergency (SEMES). Spanish Society of Angiology and Surgery Vascular (SEACV). Arch Bronconeumol. 2013; 49(12):534-47.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 08</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Reingresos</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Tromboembolismos secundarios a hospitalización	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes tratados por otro motivo con ETEV post-ingreso hospitalario en las cuatro semanas posteriores al alta / Número total de pacientes con ETEV x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>En función del tipo de patología el riesgo de trombosis tras intervención quirúrgica o procesos médicos es alto. Una adecuada política de prevención de trombosis es necesaria en las distintas especialidades.</p> <p>En el caso de que los reingresos superen el nivel objetivo establecido, se recomienda un seguimiento para comprobar si son pacientes que procedían de tratamiento médico o quirúrgico, y en su caso, comprobar si el paciente había recibido indicación de profilaxis.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 30%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (23,24,25)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicolaidis AN, Fareed J, Kakkar AK, Comerota AJ, Goldhaber SZ, Hull R, et al. Prevention and treatment of venous thromboembolism--International Consensus Statement. <i>Int Angiol.</i> 2013;32(2):111-260.</li> <li>• Ginés Escolar Albaladejo, Javier García Frade, M<sup>a</sup> Fernanda López Fernández, Vanessa Roldán Schilling. Guía sobre los anticoagulantes orales de acción directa (Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia/Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia). [cited 2016 Jan 22]; Available from: <a href="http://www.seth.es/images/files/guia-nuevos-anticoagulantes-orales.pdf">http://www.seth.es/images/files/guia-nuevos-anticoagulantes-orales.pdf</a></li> <li>• Cunningham R1, Murray A, Byrne JS, Hammond L, Barry M, Mehigan D, Sheehan S. Venous thromboembolism prophylaxis guideline compliance: a pilot study of augmented medication charts. <i>Ir J Med Sci.</i> 2015 Jun;184(2):469-74.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 09</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Adecuación terapéutica</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Selección de fármaco y dosis adecuada al fenotipo del paciente	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con ACOD con correcta dosificación considerando edad, peso, tratamiento coadyuvante, función renal (creatinina) / Número de pacientes en tratamiento con ACOD X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Lo ideal sería realizar este parámetro para las distintas opciones terapéuticas, pero en la práctica clínica habitual no se dispone del test de Rosendaal (TTR) y respecto a la HBPM pocas veces se especifica el peso del paciente en el informe.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 95%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (18,19,26)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, Domenech P, Lecumberri R, Escribano P, et al. National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism. Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR). Society Española Internal Medicine (SEMI). Spanish Society of Thrombosis and Haemostasis (SETH). Spanish Society of Cardiology (ESC). Spanish Society of Medicine Accident and Emergency (SEMES). Spanish Society of Angiology and Surgery Vascular (SEACV). Arch Bronconeumol. 2013;49(12):534-47.</li> <li>• Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J. 2014;35(43):3033-69, 3069a - 3069k.</li> <li>• Wells PS, Forgie MA, Rodger MA. Treatment of venous thromboembolism. JAMA. 2014;311(7):717-28.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 10</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Mortalidad</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Mortalidad por recurrencia de ETEV	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes que fallecen en el primer mes tras diagnóstico de ETEV atribuida a enfermedad tromboembólica /Número total de pacientes diagnosticados de ETEV x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Se considera la tasa en los primeros tres meses tras diagnóstico</p> <p>Del objetivo aceptable se excluye la mortalidad en las primeras 48 horas y la mortalidad por hemorragia.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 1%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (27)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tagalakis V, Patenaude V, Kahn SR, Suissa S. Incidence of and mortality from venous thromboembolism in a real-world population: the Q-VTE Study Cohort. Am J Med. 2013;126(9):832.e13-21.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>SP 11</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Mortalidad</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Mortalidad por hemorragia tras diagnóstico de ETEV	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes que fallecen en el primer mes tras diagnóstico de ETEV atribuida a hemorragia / Número total de pacientes con diagnóstico de ETEV x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Se considera la tasa en los primeros tres meses tras diagnóstico Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> < 1%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN</b> Documentación clínica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (27) <ul style="list-style-type: none"><li>• Tagalakis V, Patenaude V, Kahn SR, Suissa S. Incidence of and mortality from venous thromboembolism in a real-world population: the Q-VTE Study Cohort. Am J Med. 2013;126(9):832.e13-21.</li></ul>	

## ACTIVACIÓN DEL PACIENTE

La implicación del paciente en su autocuidado es un factor decisivo del éxito terapéutico y minimiza los riesgos asociados a los tratamientos. Por esta razón, una adecuada pauta terapéutica incluye la activación del paciente capacitándole para afrontar situaciones cotidianas y el empleo correcto de la medicación, incluyendo persistencia y adherencia al tratamiento. Los siguientes indicadores reflejan en qué medida se logran estos objetivos.

CRITERIO: ACTIVACIÓN DEL PACIENTE	AC 01
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR:</b> Estratificación del riesgo hemorrágico de los pacientes atendidos	
<b>DEFINICIÓN:</b> Las guías de práctica clínica recomiendan valorar el riesgo hemorrágico en los pacientes anticoagulados.	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con ETEV registrados en el centro con estratificación del riesgo hemorrágico mediante escala / Número total de pacientes con ETEV atendidos en el centro X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Proceso	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Se admite que en algunos casos para disponer de toda la información completa para realizar las escalas de riesgo es necesario realizar más de una visita.</p> <p>Aunque no hay ninguna escala totalmente válida, se recomienda el empleo de alguna de ellas en particular RIETE.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 60%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (1, 9, 10, 28)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, et al: Refining Clinical Risk Stratification for prediction stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: The Euroheart Survey on atrial fibrillation. Chest 2010; 137(2):263-272.</li> <li>• Lip GY, Frison L, Halperin JL, Lane DA; Identifying patients of high risk for stroke despite anticoagulation: a comparison of contemporary stroke risk stratification schemes in an anticoagulated atrial fibrillation cohort. Stroke 2010; 41(12):2731-8.</li> <li>• Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, Sinnaeve P, Camm AJ, Kirchhof P. EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary. Eur Heart J. 2013;34:2094–2106.</li> <li>• Piovella C, Dalla Valle F, Trujillo-Santos J, Pesavento R, López L, Font L, et al. Comparison of four scores to predict major bleeding in patients receiving anticoagulation for venous thromboembolism: findings from the RIETE registry. Intern Emerg Med. 2014;9(8):847-52.</li> </ul>	



<b>CRITERIO: ACTIVACIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>AC 02</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Adecuación del Informe de Alta</b>	
<p><b>DEFINICIÓN:</b> Interpretar si el episodio trombótico ha sido secundario a alguna causa o no, conlleva diferente duración del tratamiento anticoagulante, por lo que es imprescindible tratar de identificar y registrar el factor causal (inmovilización, trombofilia previa, cirugía previa, neoplasia, viajes prolongados, anticonceptivos orales u otros tratamiento hormonales y embarazo)</p>	
<p><b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con diagnóstico de ETEV en tratamiento en el centro en quienes se ha registrado como idiopática o secundaria en el informe de alta / Número total de pacientes con ETEV atendidos en el centro X 100</p>	
<p><b>INDICADOR DE:</b> Proceso</p>	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Determinar si ha habido algún factor causal ayuda a determinar el tiempo de tratamiento de ese paciente.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<p><b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE: &gt; 97%</b></p>	
<p><b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.</p>	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (29)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• White RH. Identifying risk factors for venous thromboembolism. Circulation. 2012;125(17):2051-3.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: ACTIVACIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>AP 03</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Indicación de Seguimiento</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> El seguimiento de los pacientes con ETEV se recomienda por la tasa de complicaciones tanto hemorrágicas como recurrencias tromboembólicas.	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes con ETEV a los que se les indica un seguimiento específico / Número total de pacientes con ETEV atendidos en el centro X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Proceso	
<b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b> Dado que la duración del tratamiento no es indefinida en muchos pacientes se recomienda un seguimiento en una unidad específica para decidir duración y valorar posibles complicaciones Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 95%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA: (26,29)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wells PS, Forgie MA, Rodger MA. Treatment of venous thromboembolism. JAMA. 2014;311(7):717-28.</li> <li>• White RH. Identifying risk factors for venous thromboembolism. Circulation. 2012;125(17):2051-3.</li> </ul>	

## RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE

Este conjunto de los indicadores de resultado reflejan la efectividad y eficiencia terapéuticas y permiten realizar comparaciones entre centros dentro del sistema de benchmarking definido.

CRITERIO: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE	RS 01
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Confirmación diagnóstica</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Confirmación diagnóstica de pacientes con ETEV en el Centro	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes diagnosticados de ETEV / Número total de pacientes con sospecha de ETEV establecida mediante escala Wells o Ginebra X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>El índice de sospecha varía en función del tipo de paciente. Las escalas de Wells y Ginebra ayudan a predeterminar la posibilidad de que se confirme el diagnóstico de trombosis.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 85%	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA: (18,30,31)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, Domenech P, Lecumberri R, Escribano P, et al. National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism. Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR). Society Española Internal Medicine (SEMI). Spanish Society of Thrombosis and Haemostasis (SETH). Spanish Society of Cardiology (ESC). Spanish Society of Medicine Accident and Emergency (SEMES). Spanish Society of Angiology and Surgery Vascular (SEACV). Arch Bronconeumol. 2013; 49(12):534-47.</li> <li>• Van der Hulle T, Dronkers CEA, Huisman MV, Klok FA. Current standings in diagnostic management of acute venous thromboembolism: Still rough around the edges. Blood Rev. 16 de julio de 2015</li> <li>• Righini M, Le Gal G, Bounameaux H. Venous thromboembolism diagnosis: unresolved issues. Thromb Haemost. 2015;113(6):1184-92.</li> </ul>	

<b>CRITERIO: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE</b>	<b>RS 02</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Capacidad de respuesta diagnóstica</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> El tiempo entre que el paciente consulta y la obtención de una prueba objetiva que confirme el diagnóstico	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes diagnosticados de ETEV en menos de 48 horas / Número total de pacientes diagnosticados de ETEV x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Como punto inicial se considera el primer contacto del paciente con cualquier profesional sanitario en el centro. La fórmula indica el tiempo en horas transcurrido desde que tiene lugar el primer contacto con ese paciente hasta que es realizado el diagnóstico de ETEV.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> > 90%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Documentación clínica.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (30,31)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Van der Hulle T, Dronkers CEA, Huisman MV, Klok FA. Current standings in diagnostic management of acute venous thromboembolism: Still rough around the edges. Blood Rev. 16 de julio de 2015;</li> <li>• Righini M, Le Gal G, Bounameaux H. Venous thromboembolism diagnosis: unresolved issues. Thromb Haemost. 2015;113(6):1184-92.</li> </ul>	

CRITERIO: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE	RS 03
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Efectividad terapéutica. Nivel de control de pacientes con AVK</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Porcentaje de permanencia del INR en rango terapéutico en pacientes en tratamiento con AVK	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes en tratamiento con AVK con permanencia en rango terapéutico (INR) / Número de pacientes en tratamiento con AVK X 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Según Rosendaal se considera permanencia en rango aquel paciente cuyas determinaciones presentan un INR en niveles adecuados el 65% o más del tiempo de tratamiento</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones cuatrimestrales</p> <p>Se recomienda medir los casos anualmente.</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> ≥75%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN</b> Documentación clínica. Periodo de Cálculo: últimos 12 meses	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (5,16,32,33)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> <li>• Rosendaal F, Cannegieter S, Van Der Meer F, Briet E. A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy. <i>Thromb Haemostas</i> 1993;69(3):236–239.</li> <li>• Mearns ES, Kohn CG, Song J-S, Hawthorne J, Meng J, White CM, et al. Meta-analysis to assess the quality of international normalized ratio control and associated outcomes in venous thromboembolism patients. <i>Thromb Res</i>. 2014;134(2):310-9.</li> <li>• Kooistra H a. M, Gebel M, Sahin K, Lensing AWA, Meijer K. Independent predictors of poor vitamin K antagonist control in venous thromboembolism patients. Data from the EINSTEIN-DVT and PE studies. <i>Thromb Haemost</i>. 2015;114(6).</li> </ul>	

<b>CRITERIO: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE</b>	<b>RS 04</b>
<b>DENOMINACIÓN DEL INDICADOR: Satisfacción del paciente</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Satisfacción con respecto a la atención recibida del paciente con ETEV	
<b>FÓRMULA:</b> Número de pacientes satisfechos con la atención recibida/ Número total de pacientes x 100	
<b>INDICADOR DE:</b> Resultado	
<p><b>JUSTIFICACIÓN, EXCLUSIONES o ACLARACIONES:</b></p> <p>Se considera paciente satisfecho cuando todos los ítems de Cuestionario de Satisfacción del Paciente con ETEV están valorados como bien o muy bien.</p> <p>Periodo de Cálculo: se recomiendan mediciones anuales</p>	
<b>NIVEL OBJETIVO O ACEPTABLE:</b> ≥ 70%	
<b>FUENTE INFORMACIÓN:</b> Encuesta de opinión.	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b> (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25];Available from: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencin-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencin-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/</a></li> </ul>	

### Cuestionario de Satisfacción del Paciente con ETEV

	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal
Amabilidad y respeto en el trato del personal del hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información verbal y/o escrita que le han dado sobre qué es la ETEV y lo que le pasa a Vd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información verbal y/o escrita de lo que debía hacer en casa tras el alta del hospital para recuperarse y potenciar la rehabilitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información verbal y/o escrita sobre los servicios sanitarios y comunitarios a los que debía acudir tras el alta hospitalaria para recuperarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidades para poder hablar con el médico cuando lo ha necesitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La preocupación del personal porque Vd. estuviera bien atendido en todo momento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfacción con el resultado del tratamiento que ha seguido en el hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Abreviaturas

ACOD	Anticoagulantes orales de acción directa
ACV	Accidente cardiovascular
AIT	Accidente isquémico transitorio
AVK	Antagonistas de la vitamina K
CHAD-S <sub>2</sub>	Escala de riesgo tromboembólico basado en : Insuficiencia cardíaca, Historia de Hipertensión, Edad y presencia de Ictus previo
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	Escala de riesgo tromboembólico basado en : Insuficiencia cardíaca, Historia de Hipertensión, Edad >75, presencia de Ictus previo, enfermedad vascular, edad entre 65 y 74 y sexo femenino
CTPA CT	Angiograma pulmonar
ETE	Ecocardiografía transesofágica
EDEV	Enfermedad tromboembólica venosa
FA	Fibrilación auricular
FANV	Fibrilación auricular no valvular
HAS BLED:	Escala de riesgo de sangrado basada en la regla nemotécnica: Hypertension, Abnormal renal and liver function, Stroke, Bleeding, Labile INRs, Elderly, Drugs or alcohol
INR	Cociente Internacional Normalizado
TAO	Tratamiento anticoagulantes orales
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TVP	Tromboembolismo venoso profundo



## Bibliografía

1. Lip GYH, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJGM. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. *Chest*. 2010;137:263–272.
2. Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, Hindricks G, Kirchhof P, ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J*. 2012;33:2719–2747.
3. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Diener H-C, Hacke W, Oldgren J, Sinnaeve P, Camm AJ, Kirchhof P, Advisors. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace*. 2015 Oct;17(10):1467-507..
4. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJGM, Lip GYH. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*. 2010;138:1093–1100.
5. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (Sadeca), Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral [Internet]. [cited 2015 Sep 25]; Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/Indicadores-de-calidad-y-seguridad-para-la-atencion-a-pacientes-con-tratamiento-anticoagulante-oral/>
6. January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC, Conti JB, Ellinor PT, Ezekowitz MD, Field ME, Murray KT, Sacco RL, Stevenson WG, Tchou PJ, Tracy CM, Yancy CW, ACC/AHA Task Force Members. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2014;130:2071–2104.
7. Steinberg BA, Kim S, Fonarow GC, Thomas L, Ansell J, Kowey PR, Mahaffey KW, Gersh BJ, Hylek E, Naccarelli G, Go AS, Reiffel J, Chang P, Peterson ED, Piccini JP. Drivers of hospitalization for patients with atrial fibrillation: Results from the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF). *Am Heart J*. 2014;167:735–742.e2.

8. Lip GYH, Laroche C, Ioachim PM, Rasmussen LH, Vitali-Serdoz L, Petrescu L, Darabantiu D, Crijs HJGM, Kirchhof P, Vardas P, Tavazzi L, Maggioni AP, Boriani G. Prognosis and treatment of atrial fibrillation patients by European cardiologists: one year follow-up of the EURObservational Research Programme-Atrial Fibrillation General Registry Pilot Phase (EORP-AF Pilot registry). *Eur Heart J*. 2014;35:3365–3376.
9. Lip GYH, Frison L, Halperin JL, Lane DA. Identifying patients at high risk for stroke despite anticoagulation: a comparison of contemporary stroke risk stratification schemes in an anticoagulated atrial fibrillation cohort. *Stroke*. 2010;41:2731–2738.
10. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, Sinnaeve P, Camm AJ, Kirchhof P. EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary. *Eur Heart J*. 2013;34:2094–2106.
11. Connolly SJ, Pogue J, Eikelboom J, Flaker G, Commerford P, Franzosi MG, Healey JS, Yusuf S, ACTIVE W Investigators. Benefit of oral anticoagulant over antiplatelet therapy in atrial fibrillation depends on the quality of international normalized ratio control achieved by centers and countries as measured by time in therapeutic range. *Circulation*. 2008;118:2029–2037.
12. Pokorney SD, Simon DN, Thomas L, Fonarow GC, Kowey PR, Chang P, Singer DE, Ansell J, Blanco RG, Gersh B, Mahaffey KW, Hylek EM, Go AS, Piccini JP, Peterson ED, Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF) Investigators. Patients' time in therapeutic range on warfarin among US patients with atrial fibrillation: Results from ORBIT-AF registry. *Am Heart J*. 2015;170:141–148, 148.e1.
13. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). La calidad de la atención sanitaria. Recomendaciones para el manejo seguro del paciente con nuevos anticoagulantes orales (NACO) [Internet]. [cited 2015 Sep 25]; Available from: <http://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2015/02/414-pacientes-nuevos-anticoagulantes-orales.pdf>
14. National Clinical Guideline Centre (UK). Atrial Fibrillation: The Management of Atrial Fibrillation [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 [cited 2015 Sep 24]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248059/>
15. Kneeland PP, Fang MC. Current issues in patient adherence and persistence: focus on anticoagulants for the treatment and prevention of thromboembolism. *Patient Prefer Adherence*. 2010;4:51–60.
16. Rosendaal F, Cannegieter S, Van Der Meer F, Briet E. A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy. *Thromb Haemostas* 1993;69(3):236–239.

17. González, R. S., Baonza, M. Y., Majada, A. C., García-Borrás, J. F., Nido, R. Á., & Linares, E. B. (2004). Adaptación transcultural de un cuestionario para medir la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral. *Atención primaria*, 34(7), 353-359.
18. Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, Domenech P, Lecumberri R, Escribano P, et al. National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism. Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR). Society Española Internal Medicine (SEMI). Spanish Society of Thrombosis and Haemostasis (SETH). Spanish Society of Cardiology (ESC). Spanish Society of Medicine Accident and Emergency (SEMES). Spanish Society of Angiology and Surgery Vascular (SEACV). *Arch Bronconeumol*. 2013;49(12):534-47.
19. Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J*. 2014;35(43):3033-69, 3069a - 3069k.
20. Castellucci LA, Cameron C, Le Gal G, Rodger MA, Coyle D, Wells PS, et al. Clinical and safety outcomes associated with treatment of acute venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014;312(11):1122-35.
21. Tagalakis V, Patenaude V, Kahn SR, Suissa S. Treatment patterns of venous thromboembolism in a real-world population: the Q-VTE study cohort. *Thromb Res*. 2014;134(4):795-802.
22. Schulman S, Kearon C, Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. *J Thromb Haemost*. 2005;3(4):692-4.
23. Nicolaidis AN, Fareed J, Kakkar AK, Comerota AJ, Goldhaber SZ, Hull R, et al. Prevention and treatment of venous thromboembolism--International Consensus Statement. *Int Angiol*. 2013;32(2):111-260.
24. Ginés Escolar Albaladejo, Javier García Frade, M<sup>a</sup> Fernanda López Fernández, Vanessa Roldán Schilling. Guía sobre los anticoagulantes orales de acción directa (Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia/Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia). [cited 2016 Jan 22]. Available from: <http://www.seth.es/images/files/guia-nuevos-anticoagulantes-orales.pdf>
25. Cunningham R, Murray A, Byrne JS, Hammond L, Barry M, Mehigan D, et al. Venous thromboembolism prophylaxis guideline compliance: a pilot study of augmented medication charts. *Ir J Med Sci*. 2015;184(2):469-74.

26. Wells PS, Forgie MA, Rodger MA. Treatment of venous thromboembolism. *JAMA*. 2014;311(7):717-28.
27. Tagalakis V, Patenaude V, Kahn SR, Suissa S. Incidence of and mortality from venous thromboembolism in a real-world population: the Q-VTE Study Cohort. *Am J Med*. 2013;126(9):832.e13-21.
28. Piovella C, Dalla Valle F, Trujillo-Santos J, Pesavento R, López L, Font L, et al. Comparison of four scores to predict major bleeding in patients receiving anticoagulation for venous thromboembolism: findings from the RIETE registry. *Intern Emerg Med*. 2014;9(8):847-52.
29. White RH. Identifying risk factors for venous thromboembolism. *Circulation*. 2012;125(17):2051-3.
30. Van der Hulle T, Dronkers CEA, Huisman MV, Klok FA. Current standings in diagnostic management of acute venous thromboembolism: Still rough around the edges. *Blood Rev*. 16 de julio de 2015;
31. Righini M, Le Gal G, Bounameaux H. Venous thromboembolism diagnosis: unresolved issues. *Thromb Haemost*. 2015;113(6):1184-92.
32. Mearns ES, Kohn CG, Song J-S, Hawthorne J, Meng J, White CM, et al. Meta-analysis to assess the quality of international normalized ratio control and associated outcomes in venous thromboembolism patients. *Thromb Res*. 2014;134(2):310-9.
33. Kooistra H a. M, Gebel M, Sahin K, Lensing AWA, Meijer K. Independent predictors of poor vitamin K antagonist control in venous thromboembolism patients. Data from the EINSTEIN-DVT and PE studies. *Thromb Haemost*. 2015;114(6).