

Autocontrol domiciliario del
tratamiento anticoagulante oral
con antagonistas de la vitamina
K: evaluación de aceptabilidad
y coste-efectividad

Home self-management of oral
anticoagulation therapy with
vitamin K antagonists:
evaluation of acceptability and
cost-effectiveness

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



Autocontrol domiciliario del tratamiento anticoagulante oral con antagonistas de la vitamina K: evaluación de aceptabilidad y coste-efectividad

Home self-management of oral anticoagulation therapy with vitamin K antagonists: evaluation of acceptability and cost-effectiveness

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2026

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:

<https://www.katalogoak.euskadi.eus/katalogobateratua>

Edición: 2026

Internet: www.euskadi.eus/publicaciones

Edita: Ministerio de Sanidad
Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Composiciones RALI, S.A.
Costa, 12-14 — 48010 Bilbao

NIPO: 133-26-041-5 (Ministerio de Sanidad)

Autocontrol domiciliario del tratamiento anticoagulante oral con antagonistas de la vitamina K: evaluación de aceptabilidad y coste-efectividad. Eva Reviriego-Rodrigo, Juan Carlos Bayón Yusta, Lorea Galnares-Cordero. Vitoria-Gasteiz. Ministerio de Sanidad/Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2026

1 archivo pdf; (Informes, Estudios e Investigación)

NIPO: 133-26-041-5 (Ministerio de Sanidad)

Este documento ha sido realizado por OSTEBA en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS el 23 de junio de 2023.

Para citar este informe:

Reviriego-Rodrigo E, Bayón Yusta JC, Galnares-Cordero L. Autocontrol domiciliario del tratamiento anticoagulante oral con antagonistas de la vitamina K: evaluación de aceptabilidad y coste-efectividad. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2026.
Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.

Índice de autores/as

Reviriego-Rodrigo, Eva. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba), Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF), Bilbao, España.

Bayón Yusta, Juan Carlos. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba), Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF), Bilbao, España.

Galnares-Cordero, Lorea. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba), Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF), Bilbao, España.

Revisión del Informe

González Fernández, María Elena. Enfermera responsable de la Consulta Externa de Anticoagulación, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España. Miembro de la Asociación Nacional de Enfermería Hematológica (ANEH).

Fernández Mosteirín, Nuria. Sección de Trombosis y Hemostasia, Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. Miembro de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH).

Aibar López, Josefa. Asociación de Pacientes Cardiacos y Anticoagulados Portuenses (ACAP), entidad miembro de la Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN). Paciente. Cádiz, España.

Revuelta Perea, Juan. Asociación de Pacientes Cardiacos y Anticoagulados Portuenses (ACAP), entidad miembro de la Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN). Cuidador. Cádiz, España.

Blanco Ávila, José Luís. Secretario de la Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN), Madrid, España.

Declaración de conflictos de intereses

Los/las autores/as y revisores/as externos/as declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con este informe de evaluación.

Desarrollo del proyecto

Desarrollo científico y coordinación técnica: Reviriego-Rodrigo, Eva (Osteba-BIOEF).

Evaluación económica: Bayón Yusta, Juan Carlos (Osteba-BIOEF).

Documentación: Galnares-Cordero, Lorea (Osteba-BIOEF).

Coordinación y gestión administrativa: Leunda-Iñurritegui, Anaitz (Osteba-BIOEF).

Edición y difusión: Leunda-Iñurritegui, Anaitz y Galnares-Cordero, Lorea (Osteba-BIOEF).

Autor/a para correspondencia

Eva Reviriego Rodrigo: ereviriego@bioef.eus
osteba@bioef.eus

Índice

Índice de tablas y figuras	11
Abreviaturas	13
Resumen Estructurado	15
Laburpen egituratua	19
Structured Summary	23
I. Introducción	27
I.1. Antecedentes	27
I.2. Descripción de la tecnología a estudio: terapia con antagonistas de la vitamina K y limitaciones del seguimiento convencional	28
I.3. Automonitorización domiciliaria del tratamiento anticoagulante oral	29
I.4. Justificación del informe	30
II. Alcance y objetivos	31
III. Metodología	32
III.1. Revisión sistemática de la evidencia científica	32
III.2. Preguntas de investigación	33
III.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica	34
III.4. Criterios de inclusión y exclusión	35
III.5. Selección de estudios	37
III.6. Evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo	38
III.7. Extracción y síntesis de datos	39
III.8. Participación de pacientes	39
IV. Resultados	41
IV.1. Selección de estudios para el objetivo 1	41
IV.1.2. Características de los estudios incluidos	42
IV.1.3. Estudios desde la perspectiva de pacientes	43
IV.1.3.1. Descripción de los estudios	43
IV.1.3.2. Calidad metodológica y riesgo de sesgo	53
IV.1.3.3. Síntesis de resultados	56
IV.1.4. Estudios desde la perspectiva de profesionales	59
IV.1.4.1. Descripción de los estudios	59
IV.1.4.2. Calidad metodológica y riesgo de sesgo	60

IV.1.4.3.	Síntesis de resultados	61
IV.1.5.	Estudios con perspectiva combinada de pacientes y profesionales	62
IV.1.5.1.	Descripción de los estudios	62
IV.1.5.2	Calidad metodológica y riesgo de sesgo	64
IV.1.5.3.	Síntesis de resultados	64
IV.1.6.	Interpretación transversal de resultados	65
IV.2.	Selección de estudios para el objetivo 2	67
IV.2.1.	Resultados de la búsqueda bibliográfica	67
IV.2.2.	Descripción de los estudios incluidos	68
IV.2.3.	Calidad de la evidencia de los estudios de evaluación económica	79
IV.2.4.	Resultados de los estudios de evaluación económica	81
V.	Discusión	90
V.1.	Perspectiva de pacientes y profesionales	90
V.2.	Evaluación económica	94
VI.	Conclusiones generales	97
VII.	Referencias	99
VIII.	Anexos	103
Anexo VIII. 1.	Estrategias de búsqueda	103
	Perspectiva de pacientes y profesionales	103
	Estudios de costes	126
Anexo VIII.2.	Listado de artículos excluidos	134
Tabla VIII.2.1.	Artículos excluidos sobre perspectiva de pacientes y profesionales	134
Tabla VIII.2.2.	Artículos excluidos sobre coste-efectividad	159
Anexo VIII.3.	Tabla de características de los estudios incluidos sobre perspectiva de pacientes y profesionales	161
Anexo VIII.4.	Tablas de evaluación de la calidad/riesgo de sesgo de los estudios incluidos sobre perspectiva de pacientes y profesionales	174
Anexo VIII.4.1.	Estudios con perspectiva de pacientes	174
Anexo VIII.4.2.	Estudios con perspectiva de profesionales	204
Anexo VIII.4.3.	Estudios con perspectiva de pacientes y profesionales	206

Índice de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1.	Criterios de selección de los estudios sobre la perspectiva de pacientes y profesionales	35
Tabla 2.	Criterios de selección de los estudios sobre costes	36
Tabla 3.	Características de los estudios de EE incluidos	75
Tabla 4.	Valoración de la calidad de los estudios de EE incluidos	80
Tabla 5.	Resultados de los estudios de EE incluidos	84

Figuras

Figura 1.	Diagrama de flujo. Pacientes y profesionales.	42
Figura 2.	Diagrama de flujo. Eficiencia	67

Abreviaturas

ACOD	Anticoagulantes orales de acción directa
ACV	Accidente cerebrovascular
AE	Atención especializada
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AP	Atención primaria
AVAC	Años de vida ajustados por calidad
AVK	Antagonistas de la Vitamina K
BNI	Beneficio neto incremental
CADTH	<i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i>
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CEA	<i>Cost-Effectiveness Analysis</i>
CISNS	Consejo Interterritorial del SNS
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPAF	Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del SNS
CPAMS	Servicios de anticoagulación liderados por farmacéuticos/as comunitarios/as (<i>Community Pharmacist–Led Anticoagulation Management Services</i>)
DASS	<i>Duke Anticoagulation Satisfaction Scale</i>
EE	Evaluación económica
ETS	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
FA	Fibrilación Auricular
FLC	Fichas de Lectura Crítica
HIC	Hemorragia intracraneal
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
IC	Intervalo de confianza

INR	Índice internacional normalizado (<i>International Normalized Ratio</i>)
MA	Metaanálisis
NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence</i>
PICO	<i>Population, Intervention, Comparison, Outcome</i>
POC	Punto de atención (<i>Point of Care</i>)
POCT	Pruebas en el punto de atención (<i>Point-of-Care Testing</i>)
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PSM	Autotratamiento (<i>Patient Self-Management</i>)
PST	Autoanálisis (<i>Patient Self-Testing</i>)
RCEI	Ratio coste-efectividad incremental
RR	Riesgo relativo
RS	Revisión sistemática
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUS	<i>System Usability Scale</i>
TAO	Tratamiento Anticoagulante Oral
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
THB	<i>Thai Baht</i> (moneda de Tailandia)
TTR	Tiempo en rango terapéutico (<i>Time in Therapeutic Range</i>)
TVP	Trombosis Venosa Profunda
UC	Atención habitual (<i>usual care</i>)
VA	Departamento de Asuntos de los Veteranos (<i>U.S. Department of Veterans Affairs</i>)

Resumen Estructurado

Título: Autocontrol domiciliario del tratamiento anticoagulante oral con antagonistas de la vitamina K: evaluación de aceptabilidad y coste-efectividad.

Autores: Reviriego-Rodrigo E., Bayón Yusta JC., Galnares-Cordero L.

Palabras clave: antagonistas de la vitamina K, autocontrol, índice internacional normalizado, aceptabilidad, coste-efectividad.

Fecha: 2026

Páginas: 210

Referencias: 35

Lenguaje: castellano, y resumen disponible en castellano, euskera e inglés.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en España. Entre ellas, la fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente y se asocia a un elevado riesgo de eventos tromboembólicos, especialmente ictus isquémico, así como a un aumento de la mortalidad y la discapacidad a largo plazo. En España, la prevalencia de FA no valvular se sitúa en torno al 4,4 % en la población mayor de 40 años y aumenta de forma marcada con la edad.

El tratamiento anticoagulante oral (TAO) con antagonistas de la vitamina K (AVK) continúa siendo una estrategia fundamental de prevención secundaria en pacientes con FA no valvular y en otros grupos de alto riesgo tromboembólico, como personas portadoras de prótesis valvulares mecánicas o pacientes con valvulopatía reumática, especialmente en aquellos contextos en los que los anticoagulantes orales de acción directa no están indicados. No obstante, el seguimiento convencional del tratamiento con AVK presenta limitaciones relevantes relacionadas con la necesidad de monitorización frecuente del índice internacional normalizado (INR), la carga asistencial y las dificultades para mantener un control terapéutico óptimo.

El autocontrol domiciliario del tratamiento anticoagulante, basado en el uso de coagulómetros portátiles, ha demostrado mejorar el tiempo en rango terapéutico y reducir la mortalidad y los eventos tromboembólicos, sin aumentar el riesgo hemorrágico, además de asociarse a una mayor autonomía y satisfacción de pacientes. Sin embargo, pese a la solidez de la evidencia clínica, la implantación de estos programas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) es heterogénea y variable entre territorios. En este contexto, resulta necesario evaluar aspectos clave para la toma de decisiones, como la experiencia

y aceptabilidad de pacientes y profesionales y el impacto económico de estos modelos de seguimiento.

Objetivos

1. Identificar y sintetizar las expectativas, preferencias, barreras y facilitadores, así como la satisfacción y las experiencias de pacientes y profesionales respecto a los programas de autocontrol domiciliario del tratamiento anticoagulante oral con antagonistas de la vitamina K, en sus modalidades de autoanálisis o autotratamiento (PST/PSM).

2. Analizar la relación coste-efectividad de los programas de autocontrol domiciliario del tratamiento anticoagulante oral con antagonistas de la vitamina K, mediante autoanálisis o autotratamiento (PST/PSM).

Metodología

Se realizó una revisión sistemática siguiendo los principios metodológicos de las revisiones rápidas de evaluación de tecnologías sanitarias, con el objetivo de identificar y sintetizar evidencia relevante para la toma de decisiones en el SNS, abordando de forma diferenciada la experiencia y aceptabilidad de los programas de autocontrol domiciliario del TAO con AVK y su evaluación económica (EE).

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica estructurada en bases de datos de revisiones sistemáticas y literatura primaria (HTA International Database, Cochrane Library, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO y CEA Registry), complementada con búsqueda manual de referencias y sistemas de alertas bibliográficas. Se incluyeron estudios publicados en los últimos diez años, en inglés o castellano.

Para el análisis de la experiencia y aceptabilidad, se seleccionaron estudios que evaluaran percepciones, satisfacción, barreras y facilitadores desde la perspectiva de pacientes y/o profesionales en programas domiciliarios de autoanálisis o autotratamiento (PST/PSM del TAO con AVK). De forma paralela, se incluyeron estudios de EE para el análisis de la relación coste-efectividad de estos programas en comparación con el seguimiento convencional. La selección se realizó conforme a criterios PICO y documentando el proceso mediante un diagrama PRISMA.

La calidad metodológica se evaluó mediante fichas de lectura crítica adaptadas al diseño de cada estudio y, en el caso de los estudios cualitativos, con apoyo adicional de la herramienta CASP. Los datos se extrajeron mediante formularios estandarizados y se sintetizaron mediante una síntesis narrativa estructurada, integrando resultados cualitativos y cuantitativos.

Análisis económico: ☒ SI ☐ NO **Opinión de Expertos:** ☒ SI ☐ NO

Resultados

Se incluyeron 17 estudios publicados entre 2015 y 2025 que analizan la experiencia, aceptabilidad y percepción de pacientes y/o profesionales en programas de autocontrol del TAO con AVK. Predominaron los estudios observacionales y cualitativos, realizados mayoritariamente en Europa, e incluyeron a personas adultas en tratamiento crónico con warfarina o acenocumarol.

Desde la perspectiva de pacientes, la evidencia disponible, de calidad metodológica global moderada, muestra una alta aceptabilidad de los programas de autocontrol (PST/PSM) del INR. Los estudios describen beneficios consistentes en términos de mayor autonomía y autoeficacia, reducción de la carga del seguimiento convencional y mejoras percibidas en la calidad de vida, condicionados por la disponibilidad de formación estructurada y soporte clínico y técnico continuado. Las principales barreras identificadas se relacionan con dificultades en la facilidad de uso y en la accesibilidad tecnológica, inseguridad inicial ante el autocontrol y factores de equidad, como el coste de dispositivos y la alfabetización digital y sanitaria, especialmente relevantes en población de mayor edad.

Desde la perspectiva de los/las profesionales, se identifican barreras organizativas y formativas que condicionan una implantación segura y sostenible de los programas de autocontrol del TAO con AVK, incluyendo la financiación, la ausencia de protocolos estandarizados y la coordinación asistencial. El estudio que integra ambas perspectivas subraya la necesidad de equilibrar la autonomía del/de la paciente con una supervisión profesional adecuada y circuitos estructurados de apoyo y seguimiento.

Los estudios de EE incluidos muestran que el autocontrol domiciliario del INR, mediante PST/PSM, en pacientes adultos/as en TAO con AVK, se asocia a una mayor efectividad clínica, medida en años de vida ajustados por calidad, en comparación con la monitorización convencional en el ámbito asistencial. En tres de los cuatro estudios analizados, el autocontrol presentó tanto una efectividad incremental positiva como un incremento moderado de los costes, mientras que en uno de ellos resultó ser una intervención dominante, al combinar una mayor efectividad con una reducción de los costes. Los análisis de sensibilidad determinísticos univariantes realizados indicaron que los resultados fueron robustos ante variaciones razonables de los parámetros, identificándose como factores clave el riesgo relativo de eventos tromboembólicos

y la frecuencia de las pruebas. Por último, de acuerdo con los análisis de sensibilidad probabilísticos realizados, la probabilidad de que la intervención analizada fuese coste-efectiva varía entre el 71 % y el 80 %.

Conclusiones

- Se incluyeron 17 estudios (2015–2025), mayoritariamente observacionales y cualitativos, que analizan la experiencia y aceptabilidad del PST/PSM del tratamiento anticoagulante con AVK en contextos de práctica clínica real.
- El PST/PSM es, en general, bien aceptado por pacientes y se asocia con una experiencia positiva, especialmente en términos de comodidad, autonomía y satisfacción.
- Los programas de PST/PSM contribuyen a reducir la carga del tratamiento, principalmente mediante la disminución de desplazamientos y una mejor integración del control del INR en la vida cotidiana, con mejoras percibidas en calidad de vida.
- El aumento de autonomía, control y autoeficacia es un beneficio central del PST/PSM, aunque el grado de responsabilidad asumido varía entre pacientes y requiere enfoques individualizados.
- La seguridad percibida depende de la formación estructurada y del apoyo profesional accesible, especialmente en las fases iniciales del programa.
- Las tecnologías de apoyo son generalmente bien aceptadas cuando son intuitivas e integradas en los circuitos asistenciales, aunque persisten barreras técnicas, digitales y de accesibilidad.
- El autotratamiento no es adecuado para todos/as los/las pacientes y debe considerarse una opción gradual y no universal.
- Existen barreras relevantes de equidad y organización, especialmente relacionadas con costes, financiación, protocolos y coordinación asistencial.
- Aunque la calidad metodológica es predominantemente moderada, los resultados son consistentes y relevantes para orientar la implementación del PST/PSM en el SNS.
- La evidencia disponible indica que el autocontrol domiciliario del INR, mediante autoanálisis o autotratamiento, en pacientes con TAO con AVK puede ser una alternativa coste-efectiva frente al control convencional del INR en atención primaria, especializada o clínicas de anticoagulación.

Laburpen egituratua

Izenburua: K bitaminaren antagonistekin egindako ahotiko tratamendu antikoagulatzailearen etxeko autokontrola: onargarritasunaren eta kostu-eraginkortasunaren ebaluazioa.

Egileak: Reviriego-Rodrigo E., Bayón Yusta JC., Galnares-Cordero L.

Gako-hitzak: K bitaminaren antagonistak, autokontrola, nazioarteko ratio normalizatua onargarritasuna, kostu-eraginkortasuna.

Data: 2026

Orrialde-kopurua: 210

Erreferentziak: 35

Hizkuntza: gaztelania eta laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez.

Sarrera

Gaixotasun kardiobaskularrak dira oraindik ere gaixotze- eta heriotza-kausa nagusietako bat Espainian. Horien artean, fibrilazio aurikularra (FA) da arritmia-rik ohikoena, eta gertaera tronboembolikoak izateko arrisku handiarekin lotzen da, iktus iskemikoa bereziki, bai eta, epe luzera, heriotza-tasa eta desgaitasuna handitzearekin ere. Espainian, FA ez-balbularraren prebalentzia % 4,4 ingurukoa da 40 urtetik gorako herritarren artean, eta nabarmen handitzen da adinean gora joan ahala.

K bitaminaren antagonistekin (AVK) egindako ahotiko tratamendu antikoagulatzaileak (ATA) oinarritzko prebentzio-estrategia izaten jarraitzen du FA ez-balbularra duten pazienteentzat eta arrisku tronboemboliko handia duten beste talde batzuentzat, hala nola protesi balbular mekanikoak dituztenentzat edo balbulopatia erreumatikoa duten pazienteentzat, eta, bereziki, eragin zuzeneko ahotiko antikoagulatzaileak aholkatuta ez daudenetan. Hala ere, AVK bidezko tratamenduaren jarraipen konbentzionalak muga handiak ditu; izan ere, maiz monitorizatu behar da Nazioarteko Ratio Normalizatua (INR), karga asistentziala eragiten du eta zaila da kontrol terapeutiko optimoa mantentzea.

Frogatuta dago tratamendu antikoagulatzailearen etxeko autokontrolak, koagulometro eramangarrien erabileran oinarrituta, hobetu egiten duela barruti terapeutikoan emandako denbora, eta hilkortasuna eta gertaera tronboembolikoak murrizten dituela, hemorragia-arriskua handitu gabe; gainera, handiagoak izaten dira pazienteen autonomia eta gogobetetasuna. Hala ere, ebidentzia klinikoa sendoa izan arren, lurraldeen artean modu heterogeneo eta aldakorrean ezarri izan dira programa horiek Osasun Sistema Nazionalean (OSN).

Testuinguru horretan, erabakiak hartzeko funtsezko alderdiak ebaluatu behar dira, hala nola pazienteen eta profesionalen esperientzia eta onargarritasuna eta jarraipen-eredu horien eragin ekonomikoa.

Helburuak

1. Identifikatzea eta laburtzea zein diren paziente eta profesionalek dituzten itxaropen, lehentasun, oztopo eta bideratzaileak AVK egindako ATA etxeko autokontrolaren inguruan —autoanalisi- edo autokudeaketa-modalitateetan (PST/PSM)—.

2. Aztertzea zer-nolako kostu-eraginkortasun erlazioa dagoen AVK egindako ATA etxeko autokontrolako programetan —PST/PSMren bidez—.

Metodologia

Osasun-teknologiak ebaluatzeko berrikuspen azkarren printzipio metodologikoei jarraituz, berrikuspen sistematiko bat egin zen, OSN-ean erabakiak hartzeko ebidentzia garrantzitsua identifikatzeko eta sintetizatzeko, eta bereizita jorratu ziren, batetik, AVKrekin egindako ATArekin etxeko autokontrol-programen esperientzia eta onargarritasuna eta, bestetik, haien ebaluazio ekonomikoa (EE).

Bilaketa bibliografiko egituratu bat egin zen berrikuspen sistematikoen eta lehen mailako literaturaren datu-baseetan (HTA International Database, Cochrane Library, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO eta CEA Registry), eta, haren osagarri, eskuz bilatu ziren erreferentziak eta alerta-sistema bibliografikoak. Azken hamar urteetan ingelesez edo gaztelaniaz argitaratutako azterlanetan egin zen bilaketa.

Esperientzia eta onargarritasuna aztertzeko, AVKrekin egindako ATArekin PST/PSMrako etxeko programetan pazienteek eta profesionalek dituzten pertzepzioak, gogobetetasuna, oztopoak eta bideratzaileak ebaluatzen dituzten azterlanak hautatu ziren. Aldi berean, EE-ari buruzko azterlanak ere bildu ziren, programa horiek jarraipen konbentzionalarekin alderatuta zuten kostu-eraginkortasun erlazioa aztertzeko. PICO irizpideen arabera egin zen hautaketa, eta PRISMA diagrama baten bidez dokumentatu zen prozesua.

Azterketa bakoitzaren diseinura egokitutako irakurketa kritikoko fitxen bidez ebaluatu zen kalitate metodologikoa, eta, azterlan kualitatiboen kasuan, CASP tresnaren laguntza gehigarria erabili zen. Datuak formulario estandarizatuen bidez atera ziren, eta laburpen narratibo egituratu baten bidez laburbildu ziren, emaitza kualitatiboak eta kuantitatiboak uztartuz.

Analisi ekonomikoa: **BAI** EZ

Adituen iritzia: **BAI** EZ

Emaitzak

AVKrekin egindako ATArek autokontrol-programetako pazienteek eta profesionalak dituzten esperientzia, onargarritasuna eta pertzepzioa aztertzen dituzten eta 2015 eta 2025 bitartean argitaratu ziren 17 azterlan bildu ziren. Behaketazko azterlanak eta azterlan kualitatiboak izan ziren nagusi, batez ere Europan egindakoak, eta warfarina edo azenokumarol bidezko tratamendu kronikoa daukaten pertsona helduak sartu ziren.

Pazienteen ikuspegiari dagokionez, eskura dagoen ebidentziak erakusten duenez —kalitate metodologiko orokorra neurritzeko da—, pazienteek onargarritasun handia dute INRaren autokontrol-programen inguruan (PST/PSM). Azterlanek deskribatzen dituzten onuren artean daude autonomia eta autoeraginkortasun handiagoa eskuratzen direla, karga murrizten dela jarraipen konbentzionalarekin alderatuta eta hobekuntzak hautematen direla bizi-kalitatean; faktore baldintzatzaileak dira prestakuntza egituratua eta euskarri kliniko eta tekniko jarraitua eduki behar direla. Identifikatu diren oztopo nagusien artean ikusi dira, besteak beste, zailtasunak izatea erabiltzeko eta iragarritasun teknologikoa izateko, hasieran segurtasunik ez izatea autokontrola egiteko, eta ekitate-faktoreak, hala nola gailuen kostua eta alfabetatze digital eta sanitarioa, bereziki garrantzitsuak adineko biztanleen artean.

Profesionalen ikuspegitik, antolaketa- eta prestakuntza-oztopoak identifikatu dira, eta horiek baldintzatu egiten dute modu seguru eta jasangarrian ezartzea AVKrekin egindako ATArek autokontrol-programak; beste oztopo batzuk finantzaketa, protokolo estandarizaturik eza eta asistentzia-koordinazioa dira. Bi ikuspegiak integratzen dituen azterlanak azpimarratzen du orekatu egin behar direla, batetik, pazientearen autonomia eta, bestetik, ikuskapen profesional egokia eta laguntza- eta jarraipen-zirkuitu egituratuak.

EE-ari buruzko azterlanek erakusten dute AVKrekin egindako ATA duten paziente helduen INRaren etxeko autokontrolak —PST/PSMren bidez— eraginkortasun kliniko handiagoa izaten duela, kalitatez doitutako bizitza urteetan neurtuta, asistentzia-eremuko monitorizazio konbentzionalarekin alderatuta. Aztertutako lau azterketetatik hirutan, eraginkortasun inkremental positiboa eta kostuen igoera neurritsua izan zituen autokontrolak; horietako batean, berriz, esku-hartze nagusia izan zen, eraginkortasun handiagoa eta kostuen murrizketa lortu baitziren. Aldagai bakarreko sentikortasun-analisi deterministikoek adierazi zuten emaitzak sendoak izan zirela parametroen arrazoizko aldaketen aurrean, eta funtsezko faktore gisa identifikatu ziren gertaera tronboemboliken arrisku erlatiboa eta proben maiztasuna. Azkenik, sentikortasun-analisi probalistikoen arabera, % 71 eta % 80 artekoa da aztertutako esku-hartzea kostuaren aldetik eraginkorra izateko probabilitatea.

Ondorioak

- AVKrekin egindako tratamendu antikoagulatzailaren PST/PSMren esperientzia eta onargarritasuna praktika kliniko errealeko testuinguruetan aztertzen duten 17 azterlan bildu ziren (2015–2025).
- Pazienteek, oro har, ondo onartzen dute PST/PSM, eta esperientzia positiboarekin lotzen da, batez ere erosotasunari, autonomiari eta gogobetetasunari begira.
- PST/PSM programek tratamenduaren karga murrizten laguntzen dute, batez ere joan-etorriak gutxiagotzen direlako eta eguneroko bizitzan hobeto txertatzen delako INRaren kontrola, eta horrek hobekuntzak dakartza bizi-kalitatean.
- Autonomia, kontrola eta autoeraginkortasuna handitzea da PST/PSMren onura nagusia, nahiz eta onartutako erantzukizun-maila ezberdina izaten den pazienteen artean eta, ondorioz, banaka aztertu behar diren kasuak.
- Hautematen den segurtasunari dagokionez, prestakuntza egituratuaren eta eskura duten laguntza profesionalaren araberakoa izaten da, bereziki programaren hasierako faseetan.
- Laguntza-teknologiak, oro har, ondo onartzen dira intuitiboak direnean eta laguntza-zirkuituetan integratuta daudenean, baina oztopo teknikoak, digitalak eta irisgarritasunekoak ere badaude.
- PSMa ez da egokia paziente guztientzat, eta aukera mailakatutzat eta ez-unibertsaltzat hartu behar da.
- Ekitate- eta antolaketa-oztopo nabarmenak ere badaude, batez ere kostuekin, finantzaketarekin, protokoloekin eta asistentzia-koordinazioarekin lotutakoak.
- Kalitate metodologikoa nagusiki neurritsua bada ere, emaitzak sendoak eta garrantzitsuak dira PST/PSM ezartzeko OSN-ean.
- Eskura dagoen ebidentziak adierazten du AVKrekin egindako ATA duten pazienteen INRaren etxeko autokontrola —PST/PSMren bidez— alternatiba eraginkorra izan daitekeela kostuaren aldetik, lehen mailako arretan, arreta espezializatuan edo antikoagulazio-kliniketan egiten den INRaren kontrol konbentzionalarekin alderatuta.

Structured Summary

Title: Home self-monitoring of oral anticoagulant therapy with vitamin K antagonists: evaluation of acceptability and cost-effectiveness.

Authors: Reviriego-Rodrigo E., Bayón Yusta JC., Galnares-Cordero L.

Keywords: vitamin K antagonists, self-monitoring, international normalized ratio acceptability, cost-effectiveness.

Date: 2026

Pages: 210

Number of references: 35

Languages: Spanish, and abstract available in Spanish, Basque and English.

Introduction

Cardiovascular diseases are among the primary causes of morbidity and mortality in Spain. Among them, atrial fibrillation (AF) is the most common type of arrhythmia. This condition is associated with a high risk of thromboembolic events, especially ischaemic stroke, as well as an elevated risk of long-term disability and death. In Spain, the prevalence of non-valvular AF is about 4.4% in people over 40 years old and increases markedly with age.

Oral anticoagulant therapy (OAT) with vitamin K antagonists (VKAs) remains a key strategy for secondary prevention in patients with non-valvular AF and other groups at high risk of thromboembolic events, such as mechanical heart valve carriers and/or rheumatic heart valve disease patients, in particular in cases in which direct oral anticoagulants are contraindicated. However, conventional monitoring of VKA therapy has significant limitations related to the need for frequent international normalised ratio (INR) checks, and difficulties in maintaining optimal therapeutic control, as well as the associated healthcare burden.

Home self-monitoring of anticoagulant therapy, based on the use of point-of-care coagulometer devices, has been shown to increase time in therapeutic range and reduce mortality and thromboembolic events, without heightening the risk of bleeding, as well as being associated with greater patient autonomy and satisfaction. Nevertheless, despite the robust clinical evidence available, the deployment of these programmes in the Spanish National Health System is heterogeneous, varying between regions. In this context, it is necessary to evaluate key considerations for decision-making, such as patients'

and health professionals' experiences with and acceptance of these approaches to patient self-testing and/or self-management (PST/PSM) of therapy and their economic impact.

Objectives

1. To identify and synthesise expectations, preferences, barriers and facilitators as well as levels of satisfaction and experiences among patients and health professionals regarding home self-monitoring programmes for OAT with VKAs involving PST/PSM.
2. To assess the cost-effectiveness of home self-monitoring programmes for OAT with VKAs, using PST/PSM.

Methods

A systematic review was performed in accordance with the methodological principles of rapid reviews in health technology assessment. The objective was to identify and synthesise key evidence to support decision-making in the context of the Spanish National Health System, by separately addressing people's experiences with and acceptance of home self-monitoring programmes for OAT with VKAs and their economic implications.

A structured literature search was carried out in databases that include systematic reviews and primary studies (HTA International Database, Cochrane Library, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO and CEA Registry). This was complemented by manual searching and journal alert systems. The review included studies published in the last ten years, in English or Spanish.

For the analysis of experiences and acceptability, studies were selected that assessed the perceptions, satisfaction, barriers and facilitators of home PST/PSM for OAT with VKAs from the perspective of patients and/or health professionals. Additionally, economic evaluation studies comparing the cost-effectiveness of these programmes with that of conventional monitoring were included. The selection was conducted in accordance with the Population, Intervention, Comparison, and Outcome (PICO) criteria, and the process was documented using a Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) flow diagram.

The methodological quality was assessed using critical appraisal forms tailored to the design of each study and, in the case of the qualitative studies, supported by the Critical Appraisal Skills Programme (CASP) tool. The data were extracted using standardised forms and summarised using a structured narrative synthesis, bringing together both qualitative and quantitative results.

Economic analysis: **YES** NO **Expert opinion:** **YES** NO

Results

A total of 17 studies published between 2015 and 2025 were included. These analysed patients' and/or health professionals' experiences with and acceptance and perception of self-monitoring programmes for OAT with VKAs. The majority were observational and qualitative studies, mostly carried out in Europe, and included adults on long-term treatment with warfarin or acenocoumarol.

From the perspective of patients, the available evidence, which is of moderate overall quality, shows a high level of acceptability of INR self-monitoring (PST/PSM). Research shows consistent benefits in terms of greater self-independence and self-efficacy, a lower healthcare burden than with conventional monitoring, and greater self-perceived quality of life, provided structured training and continuous clinical and technical support are available. The main barriers identified were related to difficulties in the use of and access to technological devices, an initial lack of confidence in self-monitoring, and equity factors, such as the cost of devices and digital and health literacy, especially among older people.

From the perspective of healthcare professionals, organizational and training barriers were identified that are critical for the safe and sustainable implementation of self-monitoring programmes for OAT with VKAs, including funding, standardized protocols, and healthcare coordination. The study that analysed both perspectives highlights the need for a balance between patients' independence and proper supervision by health professionals, and for structured pathways of support and follow-up.

The economic evaluation studies indicate that home self-monitoring of INR, through PST/PSM, in adult patients receiving OAT with VKAs, is associated with greater clinical effectiveness, as measured in quality-adjusted life years, than conventional monitoring in healthcare settings. In three out of the four studies analysed, self-monitoring showed positive incremental effectiveness as well as a moderate increase in costs, while the other study found it to be the dominant intervention, with greater effectiveness and cost savings. Deterministic univariate sensitivity analyses indicated that the results were robust to reasonable variations in the parameters, with the relative risk of thromboembolic events and the frequency of the tests identified being key factors. Finally, probabilistic sensitivity analysis indicated that the likelihood of the intervention being cost-effective ranged from 71% to 80%.

Conclusions

- A total of 17 studies were included (2015–2025), mostly observational and qualitative in nature, analysing experiences with and acceptance of PST/PSM of OAT with VKAs in real clinical practice.
- PST/PSM is in general well accepted by patients, and associated with a positive experience, especially in terms of convenience, independence and satisfaction.
- PST/PSM programmes help to reduce treatment burden, especially in terms of fewer patient journeys and a better integration of INR monitoring into daily life, with perceived improvements in quality of life.
- Greater independence, control and self-efficacy are the primary advantages of PST/PSM, although the level of responsibility assumed varies between patients and requires individualised approaches.
- The perception of safety depends on structured training and access to professional support, especially in the initial stages of the programme.
- Support technologies are generally well accepted when they are intuitive and integrated into care pathways, although there still are technical, digital and accessibility barriers
- Patient self-monitoring is not suitable for all patients and should be introduced gradually and not in all cases.
- Significant barriers remain in terms of equity and organisation, especially regarding costs, funding, protocols and healthcare coordination.
- Although the methodological quality is predominantly moderate, the results are consistent and relevant for guiding the implementation of PST/PSM in the Spanish National Health System.
- The available evidence indicates that home self-monitoring of INR, through PST/PSM in patients on OAT with VKAs, may be a cost-effective option compared to conventional monitoring of INR in primary or specialised healthcare settings or anticoagulation clinics.

I. Introducción

I.1. Antecedentes

Complicaciones tromboembólicas

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en España y en Europa. Entre ellas, la fibrilación auricular (FA) constituye la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica. En España, la prevalencia de FA no valvular se ha estimado en torno al 4,4 % en la población mayor de 40 años, aumentando de forma progresiva con la edad hasta alcanzar aproximadamente el 18 % en las personas mayores de 80 años (1).

La FA no valvular se asocia a un incremento sustancial del riesgo de eventos tromboembólicos, en particular de ictus isquémico, así como a un aumento de la mortalidad y de la discapacidad a largo plazo. En este contexto, la anticoagulación oral constituye una intervención clave para la prevención secundaria de estos eventos.

Asimismo, determinados grupos de pacientes presentan un riesgo tromboembólico elevado y requieren anticoagulación oral a largo plazo. Entre ellos se incluyen las personas portadoras de prótesis valvulares mecánicas, pacientes con valvulopatía reumática -especialmente aquellos/as con estenosis mitral moderada o grave- y otras situaciones clínicas como la trombosis venosa profunda (TVP) o el tromboembolismo pulmonar (TEP). En estos escenarios, el tratamiento anticoagulante oral (TAO) con antagonistas de la vitamina K (AVK) continúa siendo una estrategia fundamental de prevención secundaria, especialmente en aquellos contextos en los que otras alternativas terapéuticas no están indicadas o no han demostrado eficacia o seguridad suficientes (1).

Número de pacientes en tratamiento anticoagulante oral

En España, el TAO con AVK sigue teniendo un peso relevante en la práctica clínica. En pacientes con FA no valvular, un análisis basado en un modelo económico estimó una cohorte hipotética de aproximadamente 595 000 personas de 65 o más años tratadas con AVK, fundamentalmente con acenocumarol y, en menor medida, con warfarina (1). El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de la FA permiten anticipar un crecimiento del número de pacientes candidatos/as a anticoagulación en los próximos años.

Aunque la introducción de los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) ha ampliado las opciones terapéuticas disponibles, los AVK siguen siendo el tratamiento de elección en pacientes con prótesis valvulares mecánicas, estenosis mitral y otras situaciones clínicas específicas en las que los ACOD no están indicados o no están financiados. En este contexto, garantizar un control estable, seguro y equitativo del tratamiento con AVK constituye un objetivo prioritario para el Sistema Nacional de Salud (SNS) (1).

I.2. Descripción de la tecnología a estudio: terapia con antagonistas de la vitamina K y limitaciones del seguimiento convencional

El tratamiento con AVK se caracteriza por una estrecha ventana terapéutica y por una elevada variabilidad interindividual, influida por factores genéticos, interacciones farmacológicas, variabilidad dietética y comorbilidades. Por este motivo, resulta imprescindible la monitorización periódica del índice internacional normalizado (INR) y el ajuste individualizado de la dosis, con el fin de mantener un equilibrio adecuado entre eficacia antitrombótica y seguridad hemorrágica.

El modelo de seguimiento convencional, basado en determinaciones periódicas del INR en laboratorios hospitalarios o en atención primaria (AP), presenta diversas limitaciones. Entre las más relevantes se encuentran la necesidad de desplazamientos frecuentes por parte de los/las pacientes, la sobrecarga asistencial en consultas y laboratorios, así como los costes indirectos asociados a ausencias laborales o a la dependencia de las personas cuidadoras. Estas limitaciones pueden contribuir a un control subóptimo del tratamiento, con periodos prolongados fuera del rango terapéutico y un incremento del riesgo de complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas (1).

En este contexto, se ha puesto de manifiesto la necesidad de explorar modelos alternativos de seguimiento del tratamiento anticoagulante que sean más flexibles, accesibles y resilientes, y que permitan mejorar la calidad del control del INR y reducir la carga asistencial asociada al seguimiento convencional (1).

I.3. Automonitorización domiciliaria del tratamiento anticoagulante oral

El desarrollo de coagulómetros portátiles para la determinación del INR en el punto de atención (POC, por sus siglas en inglés) ha permitido que los/las pacientes puedan realizar el control del TAO en el domicilio mediante una punción capilar, con obtención inmediata de resultados. Este avance ha dado lugar a dos modalidades diferenciadas de seguimiento del tratamiento con AVK (2-5):

- Autoanálisis (PST, por sus siglas en inglés): el/la paciente mide el INR en su domicilio y comunica el resultado al equipo sanitario, que se encarga del ajuste de la dosis.
- Autotratamiento (PSM, por sus siglas en inglés): tras recibir una formación estructurada, el paciente mide su INR y ajusta la dosis del tratamiento siguiendo algoritmos previamente validados, con posibilidad de consultar al equipo sanitario en caso de duda o incidencia (2-5).

La evidencia acumulada procedente de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas (RS) indica que estos modelos de seguimiento se asocian a un mejor control de la anticoagulación, reflejado en un aumento significativo del tiempo en rango terapéutico (2-4). Asimismo, se ha observado una reducción de la mortalidad global y de los eventos tromboembólicos mayores en comparación con el seguimiento convencional, sin que se evidencie un incremento del riesgo hemorrágico (2-5).

Además de los beneficios clínicos, los programas de PST/PSM se asocian a una mayor autonomía, satisfacción y percepción positiva por parte de pacientes, especialmente cuando se acompañan de programas de formación estructurada y apoyo profesional accesible (3,5).

En el contexto español, la implantación de programas de automonitorización del TAO es heterogénea y no está sistemáticamente documentada. Aunque desde algunos Servicios de Salud se han desarrollado iniciativas y se han publicado manuales de procedimiento, la disponibilidad y el acceso a estos modelos de seguimiento varían entre comunidades autónomas, lo que genera una notable variabilidad territorial (5).

La revisión sistemática realizada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) en 2013 recopiló de forma exhaustiva la evidencia clínica disponible, concluyendo con un alto grado de certeza que el autocontrol del TAO con AVK mejora la supervivencia y reduce

los eventos tromboembólicos, sin aumentar el riesgo de hemorragia (5). Dada la solidez y consistencia de esta evidencia clínica, el presente informe no reevalúa la eficacia ni la seguridad de estas intervenciones, sino que se centra en aspectos menos explorados y clave para la toma de decisiones: la experiencia y aceptabilidad de pacientes y profesionales, así como el impacto económico de estos programas en el SNS.

I.4. Justificación del informe

Pese a la existencia de una evidencia clínica robusta que respalda la eficacia y seguridad del autocontrol del TAO, su implantación en el SNS es heterogénea, tanto en términos de acceso como de modelos organizativos y criterios de implementación. Esta variabilidad, junto con la ausencia de una implantación homogénea, plantea incertidumbres relevantes para la toma de decisiones en el ámbito del SNS.

En este contexto, se identificó la necesidad de ampliar la evaluación más allá de la eficacia clínica -ya ampliamente demostrada-, incorporando otros elementos críticos para la toma de decisiones, como la aceptabilidad, la satisfacción y las barreras percibidas por pacientes y profesionales, así como el impacto económico y la relación coste-efectividad de estos programas en el contexto del SNS.

El presente informe surge a petición de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF), en el proceso de identificación y priorización de necesidades de evaluación que se lleva a cabo para conformar el Plan de Trabajo Anual de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS). Tiene como finalidad aportar evidencia rigurosa y contextualizada, con el objetivo de orientar decisiones informadas relativas a los programas de autocontrol del TAO en el SNS.

II. Alcance y objetivos

Alcance y personas usuarias del informe

Alcance

El alcance del presente informe incluye una RS de la evidencia disponible sobre los programas de autocontrol domiciliario del TAO con AVK en población adulta con indicación de anticoagulación crónica.

La evaluación comprende:

- La síntesis de evidencia sobre la perspectiva de pacientes y profesionales sanitarios/as, incluyendo expectativas, preferencias, experiencias, aceptabilidad, satisfacción, así como barreras y facilitadores para la implementación de estos programas.
- La evaluación de la eficiencia, mediante el análisis de la relación coste-efectividad de los programas de autocontrol domiciliario en comparación con el control clínico convencional.

Personas usuarias del informe

Este informe de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) se dirige a la CPAF, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Asimismo, se contempla como personas usuarias potenciales del informe:

- Servicios de hematología y unidades de anticoagulación.
- Profesionales de AP.
- Sociedades científicas relacionadas con la trombosis y la hemostasia.
- Profesionales de gestión sanitaria y responsables de planificación y organización de servicios.
- Asociaciones de pacientes con indicación de anticoagulación crónica.

Objetivos

1. Identificar y sintetizar las expectativas, preferencias, barreras y facilitadores, así como la satisfacción y las experiencias de pacientes y profesionales respecto a los programas de autocontrol domiciliario del TAO con AVK, en sus modalidades de PST/PSM.

2. Analizar la relación coste-efectividad de los programas de autocontrol domiciliario del TAO con AVK, mediante PST/PSM.

III. Metodología

III.1. Revisión sistemática de la evidencia científica

Se realizaron dos RS complementarias, acordes con los objetivos del informe, con el fin de identificar, evaluar y sintetizar la evidencia relevante para la toma de decisiones sobre la implementación de programas de autocontrol domiciliario del TAO con AVK en el contexto del SNS.

Por un lado, se llevó a cabo una RS de la evidencia sobre aceptabilidad y experiencia de pacientes y profesionales en programas de autocontrol domiciliario, que incluyen PST y el PSM. Esta revisión tuvo como objetivo identificar y sintetizar las percepciones, expectativas, barreras y facilitadores asociados a la implementación de estos programas en la práctica clínica.

Para analizar el coste-efectividad de los programas de autocontrol en personas adultas con TAO, se realizó una RS de estudios de evaluación económica (EE) con la finalidad de proveer información objetiva para avalar la toma de decisiones y favorecer la incorporación de estos programas en la práctica clínica.

Ambas revisiones compartieron un marco metodológico común que incluyó las siguientes etapas:

- búsqueda bibliográfica estructurada en fuentes prefijadas;
- selección rigurosa de estudios conforme a criterios paciente, intervención, comparador y resultados (PICO), adaptados a la naturaleza de cada objetivo;
- evaluación crítica de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo;
- extracción sistemática de los datos relevantes;
- y síntesis estructurada de los resultados.

Para la definición de las estrategias de búsqueda, los objetivos del informe se transformaron en preguntas de investigación estructuradas en formato PICO, lo que permitió delimitar con precisión los conceptos clave y orientar de manera sistemática la identificación de la literatura relevante.

III.2. Preguntas de investigación

El informe aborda dos preguntas de investigación complementarias, formuladas a partir de un marco PICO común, adaptado a la naturaleza de cada objetivo (experiencia/aceptabilidad y EE):

Pregunta 1. Perspectiva de pacientes y profesionales

¿Cuáles son las experiencias, expectativas, preferencias, barreras y facilitadores percibidos por pacientes y profesionales en relación con los programas de autocontrol domiciliario del TAO con AVK?

Pregunta 2. Evaluación económica

¿Son los programas de autocontrol domiciliario del TAO con AVK, mediante PST/PSM del INR, coste-efectivos en comparación con el seguimiento clínico convencional en el ámbito asistencial?

Marco PICO

Población

Personas adultas en tratamiento crónico con fármacos anticoagulantes orales AVK: acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®).

Intervención

Programas de autocontrol domiciliario del INR en pacientes en TAO con AVK, que incluyen PST o PSM.

Comparador

Seguimiento clínico convencional del TAO realizado en el ámbito asistencial.

En los estudios centrados en la experiencia y aceptabilidad, la presencia de comparador no fue un requisito obligatorio.

Resultados

1. Experiencia y aceptabilidad de pacientes y profesionales: satisfacción, expectativas, barreras y facilitadores, carga percibida del tratamiento, confianza, autoeficacia, preferencias, impacto percibido en la vida cotidiana y experiencia en el uso de tecnologías digitales asociadas a el autocontrol.

2. Evaluación económica: efectividad incremental, coste incremental, ratio coste-efectividad incremental (RCEI) y beneficio neto incremental (BNI).

III.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

De acuerdo con el protocolo, se diseñaron dos búsquedas bibliográficas diferenciadas en función del tipo de resultados de interés.

a) Experiencia y aceptabilidad de pacientes y profesionales

Se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada para identificar estudios que evaluaran la aceptabilidad y la experiencia del autocontrol (PST/PSM) domiciliario del TAO con AVK en las siguientes bases de datos:

- Bases de datos de RS: HTA International Database y Cochrane Library.
- Bases de datos generales: Medline (PubMed) y Embase (OvidWeb), mediante el uso de filtros específicos.
- Bases de datos especializadas: CINAHL (EBSCOHost) y PsycINFO (OvidWeb), mediante el uso de filtros específicos.

La búsqueda se ejecutó en mayo de 2025 e incluyó términos en lenguaje libre y controlado relacionados, entre otros, con *anticoagulants* y *self-care*. Se limitaron los resultados a estudios publicados en los últimos 10 años y en idioma inglés o castellano.

Este proceso se complementó con la revisión manual de las referencias bibliográficas de los estudios incluidos para identificar trabajos no recuperados en las búsquedas automatizadas. Asimismo, se establecieron alertas mensuales en las bases de datos principales (Medline y Embase) con el fin de identificar nuevos estudios hasta el cierre del informe.

La estrategia de búsqueda se adaptó a cada base de datos y las ecuaciones completas se describen en el Anexo VIII.1.

b) Evaluación económica

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica estructurada para la identificación de estudios sobre coste-efectividad de los programas de autocontrol del INR en pacientes con tratamiento con fármacos anticoagulantes orales AVK en las siguientes bases de datos de literatura médica:

- Bases de datos de RS: *HTA International Database*.
- Bases de datos generales: Medline (PubMed) y Embase (OvidWeb), mediante el empleo de filtros específicos.
- Bases de datos especializadas: *CEA registry*.

La búsqueda fue ejecutada en noviembre de 2025. La estrategia incluía, entre otros, los siguientes términos en lenguaje libre y controlado: *anticoagulants*

y *self-care*. Los estudios se limitaron a aquellos publicados en los últimos 10 años, y cuyo idioma fuera inglés o castellano.

Este proceso se completó con la revisión manual de las referencias de los trabajos incluidos con la finalidad de localizar aquellos estudios no recuperados en las búsquedas automatizadas. Se establecieron alertas mensuales en las bases de datos principales (Medline y Embase), con el objetivo de identificar nuevos estudios que se publicasen antes de la edición de este documento.

La estrategia de búsqueda se adaptó a cada una de las bases de datos siguiendo las estructuras detalladas que se pueden consultar en el Anexo VIII.1.

III.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de selección se establecieron a partir de las siguientes tablas PICO.

Tabla 1. Criterios de selección de los estudios sobre la perspectiva de pacientes y profesionales

Elemento	Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
P (Población)	Personas adultas en tratamiento crónico con AVK (acenocumarol o warfarina) por indicaciones clínicas, entre otras, prótesis valvulares mecánicas, valvulopatía reumática (p. ej., estenosis mitral), fibrilación auricular crónica, cardiopatía isquémica, miocardiopatía dilatada o prevención secundaria de TVP/TEP.	Población pediátrica; pacientes tratados/as exclusivamente con ACOD; estudios en los que no sea posible identificar o desagregar los resultados correspondientes a la población de interés.
I (Intervención)	Programas de autocontrol domiciliario del INR en pacientes en TAO con AVK, que incluyan PST o PSM, habitualmente mediante el uso de coagulómetros portátiles.	Programas exclusivamente presenciales; intervenciones formativas sin control domiciliario real del INR; estudios en los que la intervención no implique autocontrol o seguimiento descentralizado del tratamiento anticoagulante.

.../...

.../...

Elemento	Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
C (Comparador)	Seguimiento clínico convencional del TAO realizado en el ámbito asistencial. No obligatorio en estudios centrados exclusivamente en aceptabilidad, experiencia o percepción.	Comparadores no relacionados con el seguimiento del TAO o sin relevancia clínica para la evaluación del autocontrol.
O (Resultados)	Resultados reportados desde la perspectiva de pacientes y/o profesionales, incluyendo aceptabilidad, satisfacción, barreras y facilitadores, carga del tratamiento, confianza, autoeficacia, preferencias, calidad de vida, impacto percibido, relación asistencial y experiencia con el uso de la tecnología.	Estudios que no reporten resultados desde la perspectiva de pacientes y/o profesionales.
Diseño	RS, estudios cualitativos, estudios cuantitativos con cuestionarios de experiencia, estudios observacionales, estudios mixtos y estudios de implementación.	Revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos sin datos completos y estudios clínicos centrados exclusivamente en resultados clínicos sin medidas de experiencia o percepción.

Tabla 2. Criterios de selección de los estudios sobre costes

Aspectos	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Población	Personas adultas en tratamiento crónico con AVK (acenocumarol o warfarina) por indicaciones clínicas, entre otras, prótesis valvulares mecánicas, valvulopatía reumática (p. ej., estenosis mitral), fibrilación auricular crónica, cardiopatía isquémica, miocardiopatía dilatada o prevención secundaria de TVP/TEP.	Población pediátrica; pacientes tratados/as exclusivamente con ACOD; pacientes con tratamiento a corto plazo con fármacos anticoagulantes orales AVK.

.../...

.../...

Aspectos	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Intervención	Programas de autocontrol domiciliario del INR en pacientes en TAO con AVK, que incluyan PST o PSM, habitualmente mediante el uso de coagulómetros portátiles.	Programas exclusivamente presenciales; intervenciones formativas sin control domiciliario real del INR; estudios en los que la intervención no implique autocontrol o seguimiento descentralizado del tratamiento anticoagulante.
Comparador	Seguimiento clínico convencional del TAO realizado en el ámbito asistencial (AP, atención especializada (AE) o clínicas especializadas en el control de la anticoagulación).	Comparadores no relacionados con el seguimiento del TAO o sin relevancia clínica para la evaluación del autocontrol.
Variables de resultados	Efectividad incremental, coste incremental, RCEI y BNI.	Estudios que no reflejen las variables de resultados señaladas o que no permitan su cálculo.
Tipos de estudios	Estudios de EE completos (estudios coste-efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio, coste-consecuencia y de minimización de costes). Se incluyen tanto EE completas desarrolladas en paralelo a estudios primarios (por ejemplo, ensayos clínicos) como modelos económicos.	Estudios de EE no completos como estudios de coste y análisis de impacto presupuestario. Revisiones sistemáticas de EE. Protocolos de estudios sin resultados, resúmenes de congresos, cartas al editor, artículos de discusión o editoriales

III.5. Selección de estudios

La gestión y el cribado de los estudios se realizaron mediante la herramienta en línea Rayyan (6). El proceso de selección se desarrolló en dos fases consecutivas, aplicando de forma sistemática los criterios de inclusión y exclusión definidos a partir del esquema PICO previamente establecido.

La selección de los estudios se realizó de forma sistemática a partir de los resultados de la búsqueda bibliográfica. En una primera fase se evaluaron los títulos y resúmenes identificados, y en una segunda fase se revisaron los textos completos de los estudios considerados potencialmente relevantes. La inclusión o exclusión de los estudios se llevó a cabo de acuerdo con los criterios de selección previamente definidos.

Se elaboraron tablas descriptivas de los estudios incluidos y excluidos, indicando en este último caso los motivos de exclusión. El proceso de selección se documentó mediante un diagrama de flujo conforme a la declaración PRISMA, que recoge el número de registros identificados, incluidos y excluidos en cada fase del cribado.

III.6. Evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo

La selección de las herramientas para la evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo se realizó en función del diseño de los estudios incluidos, de acuerdo con la guía metodológica para informes rápidos de ETS de la RedETS (7), el protocolo del informe y las recomendaciones recientes para la realización de síntesis cualitativas rápidas (8).

En concreto, se emplearon las siguientes herramientas:

- RS y metaanálisis (MA), ensayos clínicos aleatorizados (ECA), estudios observacionales y estudios de EE: Fichas de Lectura Crítica (FLC 3.0) de Osteba (9).
- Estudios cualitativos: lista de comprobación *CASP Qualitative Checklist* (10).

De acuerdo con las recomendaciones de Booth *et al.* (8) para revisiones cualitativas rápidas, se priorizaron los estudios con mayor riqueza y profundidad de los datos, y la evaluación de la calidad metodológica se orientó principalmente a la identificación de limitaciones metodológicas relevantes, más que a la exclusión de estudios basada en umbrales rígidos de calidad.

En todos los estudios incluidos se identificaron y documentaron de forma sistemática los dominios evaluados, y se realizó una valoración de la calidad metodológica. Esta valoración se acompañó de notas interpretativas destinadas a contextualizar el impacto potencial de las limitaciones metodológicas sobre la solidez de los hallazgos, tanto en el análisis de los resultados relativos a la experiencia, aceptabilidad y percepción de pacientes y profesionales como en la interpretación de los resultados económicos.

III.7. Extracción y síntesis de datos

Extracción de datos

La extracción de datos se realizó de forma sistemática utilizando el formulario de la herramienta FLC 3.0(9). De forma complementaria, se emplearon formularios estandarizados de extracción, adaptados a los dos objetivos del informe: 1) la experiencia y aceptabilidad de pacientes y profesionales, y 2) la EE de los programas de autocontrol.

Los formularios de extracción recogieron la siguiente información:

- **Datos generales del estudio:** autoría, año de publicación, país o contexto de realización, periodo de estudio, diseño y objetivo del estudio.
- **Pregunta de investigación y características metodológicas:** población de estudio, tipo de intervención, tipo de comparador, beneficios, costes, fuente beneficio, fuente costes, perspectiva del análisis, horizonte temporal, medida de resultados, tasa de descuento, modelo y análisis de sensibilidad.
- **Variables relacionadas con la experiencia y aceptabilidad** (objetivo 1): percepciones, satisfacción, preferencias, barreras y facilitadores, carga percibida, confianza, autoeficacia, impacto en la vida cotidiana y experiencia en el uso de tecnologías o herramientas digitales asociadas a el autocontrol.
- **Variables de EE** (objetivo 2): desenlaces de beneficio y de costes, desenlaces incrementales, RCEI y análisis de sensibilidad.
- **Resultados principales y conclusiones:** principales hallazgos reportados por los/las autores/as en relación con los objetivos del estudio, así como conclusiones e implicaciones señaladas.

Síntesis de los datos

Los resultados se sintetizaron mediante una síntesis narrativa estructurada, diferenciando los hallazgos correspondientes a la experiencia y aceptabilidad de pacientes y profesionales de aquellos relativos a la eficiencia económica de los programas PST/PSM.

III.8. Participación de pacientes

La participación de pacientes en la elaboración del presente informe se llevó a cabo siguiendo el algoritmo para la participación de pacientes en

informes de ETS desarrollado por la RedETS (11). De acuerdo con dicho algoritmo, se implementaron dos estrategias complementarias de participación de pacientes. En primer lugar, se realizó una RS centrada específicamente en la perspectiva de pacientes y profesionales sobre los programas de autocontrol del TAO con AVK, con el objetivo de identificar evidencia cualitativa y cuantitativa relacionada con la experiencia, la aceptabilidad, la satisfacción, las barreras y los facilitadores percibidos.

En segundo lugar, una vez elaborado el borrador final del informe, se invitó a asociaciones de pacientes relacionadas con la temática objeto de evaluación a revisar dicho borrador con carácter previo a su publicación. Esta fase de revisión tuvo como finalidad recoger comentarios y aportaciones desde la perspectiva de pacientes, especialmente en relación con la claridad, relevancia y utilidad de los contenidos, así como con la interpretación de los resultados y las conclusiones del informe.

La información derivada de ambas estrategias se tuvo en cuenta en la redacción final del informe, contribuyendo a reforzar la pertinencia, la transparencia y la orientación a las necesidades de las personas usuarias del SNS.

IV. Resultados

IV.1. Selección de estudios para el objetivo 1

La búsqueda bibliográfica identificó 1.461 referencias, que fueron cribadas por título y resumen mediante la plataforma Rayyan. Tras este primer filtrado, 180 estudios fueron seleccionados para lectura a texto completo. De estos, 163 artículos fueron posteriormente excluidos por no cumplir los criterios de inclusión previamente definidos. Finalmente, 17 estudios cumplieron los criterios establecidos y se incluyeron en la síntesis cualitativa, centrada en la aceptabilidad y experiencia de pacientes y/o profesionales con programas de TAO con AVK. El proceso detallado de selección de estudios se presenta en la Figura 1.

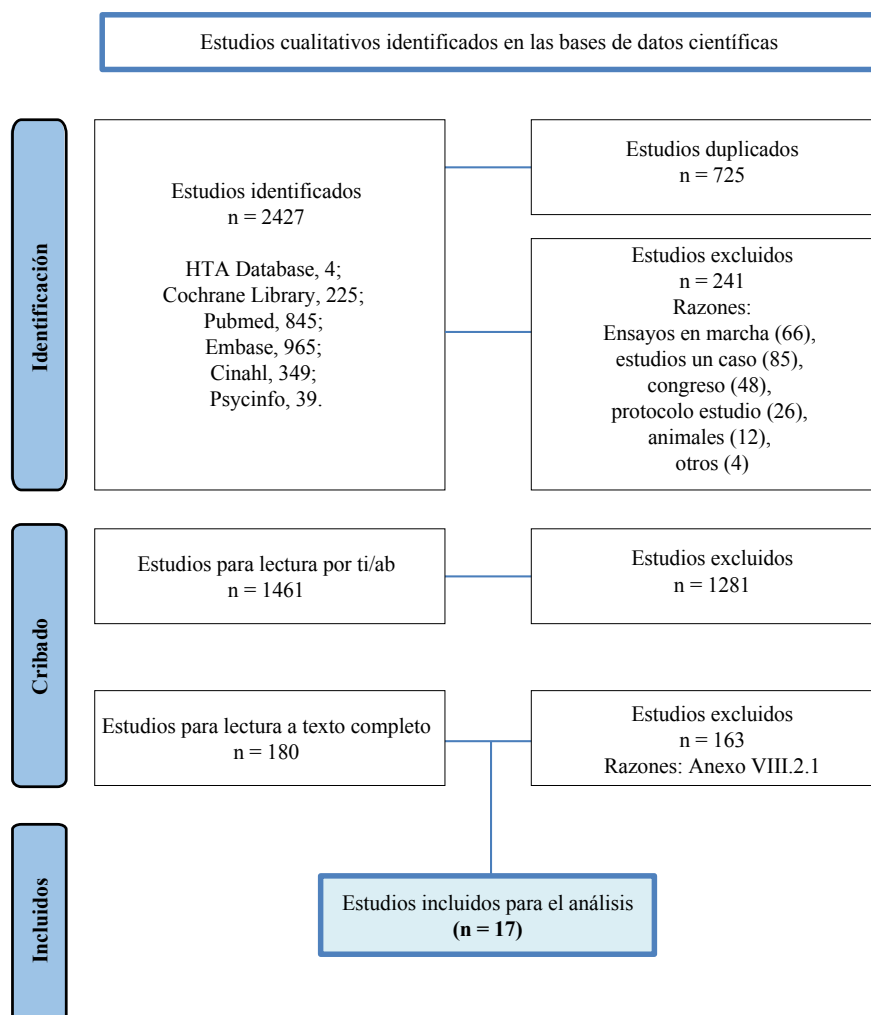


Figura 1. Diagrama de flujo. Pacientes y profesionales.

IV.1.2. Características de los estudios incluidos

Se incluyeron 17 estudios publicados entre 2015 y 2025 que aportan evidencia sobre la experiencia, aceptabilidad y percepción de pacientes y/o profesionales en programas de autocontrol del TAO con AVK (12–28).

Las principales características de los estudios incluidos fueron las siguientes: predominio de estudios observacionales, seguidos de estudios cualitativos primarios (entrevistas semiestructuradas y grupos focales), una RS cualitativa rápida y un único ECA. La mayoría de los estudios se realizaron en países europeos (Reino Unido, Irlanda, Noruega, Islandia, Italia y España), junto con estudios procedentes de Estados Unidos, Turquía y Canadá. La población incluida estuvo formada por personas adultas en tratamiento crónico con warfarina o acenocumarol. Las intervenciones evaluadas incluyeron PST o PSM, programas estructurados de educación y capacitación, herramientas digitales (registros en línea y aplicaciones móviles), telemonitorización o comunicación remota y el uso de coagulómetros portátiles. Los comparadores consistieron fundamentalmente en la atención habitual (UC, por sus siglas en inglés) en clínicas de anticoagulación, seguimiento hospitalario o en centros de salud, si bien varios estudios emplearon diseños pre-post sin grupo control. Los resultados analizados abarcaron aceptabilidad y satisfacción, adherencia, empoderamiento y autoeficacia, carga del tratamiento, calidad de vida, barreras y facilitadores percibidos, así como aspectos organizativos del servicio.

Asimismo, los 17 estudios incluidos aportan evidencia desde distintas perspectivas. Quince estudios se centraron exclusivamente en la perspectiva de pacientes (12, 14, 16–28), uno analizó de forma específica la experiencia de profesionales sanitarios (13) y un estudio integró la perspectiva de pacientes y profesionales, correspondiente a una RS cualitativa rápida (15).

El Anexo VIII.3 resume las características principales de los estudios incluidos, organizadas según el esquema PICO. La síntesis de resultados se presenta en tres bloques diferenciados: (1) estudios basados en la perspectiva de pacientes, (2) estudios centrados en la perspectiva de profesionales y (3) estudios que integran la perspectiva de ambos grupos. En cada bloque se presenta la descripción de los estudios, la evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo, así como el análisis e interpretación de los principales hallazgos.

IV.1.3. Estudios desde la perspectiva de pacientes

IV.1.3.1. Descripción de los estudios

Se analizaron quince estudios que exploran la experiencia, aceptabilidad, satisfacción y percepción de pacientes incluidos/as en programas de autocontrol del TAO con AVK (12, 14, 16–28). Estos estudios corresponden mayoritariamente a diseños observacionales desarrollados en condiciones de

práctica clínica real, complementados por estudios cualitativos y un ECA que incorporan resultados centrados en la experiencia de paciente.

Todos los estudios comparten un enfoque explícito en la perspectiva de pacientes, analizando dimensiones relacionadas con la autonomía, la carga del tratamiento, la calidad de vida, la seguridad percibida, la satisfacción, el uso de tecnología y la relación con los/las profesionales sanitarios/as.

A continuación, se presenta una descripción sintética de cada uno de los quince estudios, ordenados por año de publicación, destacando el contexto, el tipo de intervención y los principales resultados relacionados con experiencia, aceptabilidad y satisfacción. La síntesis integrada de los hallazgos se presenta posteriormente en la sección IV.3.3, organizada en dominios temáticos.

Dahle-Andersen *et al.*, 2025 (Noruega) (12)

Estudio cualitativo basado en tres grupos focales con 16 pacientes adultos/as (N = 16) en TAO crónico con warfarina, que realizaban PSM del INR tras completar un programa estructurado de formación impartido por Noklus. Las principales indicaciones clínicas fueron prótesis valvulares mecánicas, trombofilia y enfermedad cardiovascular.

Los/las pacientes describieron una mejoría notable de la calidad de vida, con menor estrés asociado a las visitas médicas y una mayor sensación de libertad para organizar la vida cotidiana y viajar. El autocontrol se vivió como una forma de empoderamiento, al favorecer un rol más activo en el manejo del tratamiento y un mayor conocimiento del propio cuerpo y de los factores que influyen en el INR, lo que incrementó la confianza y la sensación de control. La formación proporcionada por Noklus se percibió como una base sólida de conocimientos y un elemento clave para adquirir seguridad, junto con la posibilidad de repetir mediciones y el acceso fácil a profesionales sanitarios/as en caso de dudas. No obstante, asumir una mayor responsabilidad sobre la anticoagulación también se consideró un reto, especialmente en las fases iniciales, y algunos/as participantes reconocieron no realizar de forma sistemática los controles de calidad del instrumento, lo que podría comprometer la seguridad del tratamiento. El estudio sugiere que el autocontrol no es adecuado para todos/as los/las pacientes y subraya la importancia de una selección cuidadosa, una formación exhaustiva y un apoyo continuado para garantizar su aceptabilidad y uso seguro.

Gee *et al.*, 2022 (Reino Unido) (14)

Estudio observacional transversal basado en cuestionarios que incluyó 71 pacientes adultos/as (N = 71) en tratamiento con AVK, participantes en un programa de PST domiciliario del INR, desarrollado en el contexto de la

pandemia por COVID-19. Las indicaciones clínicas correspondieron principalmente a patologías cardiovasculares crónicas que requieren anticoagulación a largo plazo.

Los/las pacientes expresaron una experiencia ampliamente positiva, destacando un aumento de la seguridad, comodidad y tranquilidad al evitar desplazamientos a centros sanitarios durante la pandemia. El PST se asoció asimismo con una mayor sensación de autonomía y control sobre el tratamiento con warfarina y con una integración más sencilla del manejo anticoagulante en la vida diaria. Entre los principales facilitadores se señalaron la simplicidad del dispositivo, la formación inicial y el apoyo del equipo clínico, mientras que las barreras se relacionaron con dificultades técnicas iniciales y la necesidad de apoyo para ganar confianza en el procedimiento. En conjunto, los resultados indican una alta aceptabilidad del PST y un impacto positivo en la percepción de seguridad y comodidad durante la pandemia.

Yıldırım & Bayık-Temel (2020, Turquía) (16)

ECA que incluyó 36 pacientes adultos/as (N = 36) en TAO con warfarina, asignados/as a un programa de PSM del tratamiento con apoyo domiciliario de enfermería (n = 18) o a seguimiento convencional (n = 18), durante un periodo de 12 meses. Las indicaciones clínicas incluyeron patologías cardiovasculares crónicas.

La intervención combinó formación intensiva, uso de coagulómetro portátil en el domicilio y visitas domiciliarias periódicas realizadas por personal de enfermería, integrando un acompañamiento educativo y clínico continuo. Aunque el diseño es cuantitativo, el estudio incorpora de forma sistemática resultados relacionados con la experiencia de paciente, como satisfacción con el tratamiento, autoeficacia, confianza en la gestión del tratamiento y percepción de seguridad. Los/las pacientes del grupo PSM mostraron mejoras significativas en satisfacción, comportamientos de autocontrol y percepción subjetiva de salud, junto con beneficios emocionales (menor ansiedad y mayor seguridad) y prácticos (mayor autonomía y reducción de desplazamientos). Además, se observaron mejores resultados clínicos, con mayor tiempo en rango terapéutico, lo que refuerza la relación entre apoyo profesional estructurado y experiencia positiva.

Vall Vargas *et al.*, 2020 (España) (17)

Estudio piloto de factibilidad con diseño pre-post que incluyó 15 pacientes adultos/as (N = 15) en TAO con AVK, principalmente por prótesis valvulares mecánicas, trombofilias y tromboembolismo venoso. El estudio evaluó un programa de autocontrol domiciliario del INR, que PST y PSM tras una formación individual estructurada, con seguimiento telemático desde la consulta.

Tras la intervención, los/las pacientes realizaron autocontrol semanal del INR con ajuste autónomo de dosis. Se observó una mejora significativa en todas las dimensiones de experiencia evaluadas mediante el cuestionario de Sawicki, incluyendo mayor satisfacción con el tratamiento, incremento de la autoeficacia, reducción del estrés, menor impacto del tratamiento en la vida diaria y mejora de las relaciones sociales. Asimismo, se redujo de forma relevante el tiempo dedicado a controles presenciales. El estudio aporta evidencia de que el autocontrol domiciliario, apoyado por enfermería y herramientas tecnológicas, mejora la experiencia global de paciente.

Van Beek *et al.*, 2019 (Estados Unidos) (18)

Proyecto de mejora de la calidad que incluyó 105 pacientes adultos/as (N = 105) en tratamiento con warfarina, distribuidos/as en tres grupos: PST domiciliario del INR (n = 20), seguimiento en laboratorio (n = 68) y seguimiento en clínica (n = 17). Las indicaciones clínicas incluyeron FA, prótesis valvulares, tromboembolismo venoso y antecedentes de eventos trombóticos.

Los/las pacientes del grupo domiciliario realizaron PST semanal mediante un dispositivo portátil y comunicaron los resultados por vía electrónica dentro del circuito asistencial. La satisfacción se evaluó mediante la *Duke Anticoagulation Satisfaction Scale* (DASS). Los resultados mostraron una mayor satisfacción global en el grupo de PST, especialmente en la reducción de cargas e inconvenientes asociados al tratamiento, sin diferencias en el tiempo en rango terapéutico ni aumento de eventos adversos. El estudio muestra que el PST domiciliario mejora la experiencia del/de la paciente y es percibido como una alternativa más conveniente y menos gravosa que el seguimiento convencional.

Smáradóttir *et al.*, 2018 (Islandia) (19)

Este estudio incluyó 18 pacientes adultos/as (N = 18) en TAO crónico con warfarina, con indicaciones como válvulas cardíacas mecánicas, tromboembolismo venoso y FA de alto riesgo. El estudio combinó entrevistas semiestructuradas y pruebas de facilidad de uso accesibilidad, incluyendo cuatro participantes en pruebas en entorno controlado y 14 pacientes en una prueba de campo domiciliario de cuatro meses, para evaluar la experiencia de uso de una aplicación móvil de apoyo al PSM del INR. La evaluación de la calidad se realizó sobre el componente cualitativo del estudio.

Los/las pacientes utilizaron la aplicación *Warfarin Guide* como herramienta de apoyo para el registro de resultados, el cálculo de dosis y el seguimiento del tratamiento. A través de las pruebas de facilidad de uso y accesibilidad y de la prueba de campo, los/las participantes valoraron

positivamente la utilidad de la aplicación, destacando su contribución al empoderamiento, la claridad de los gráficos de INR y tiempo en rango terapéutico (TTR, por sus siglas en inglés) y la comodidad de los recordatorios. La aplicación fue percibida como segura y alineada con la práctica clínica, al basarse en guías nacionales. La facilidad de uso alcanzó un nivel alto (*System Usability Scale* [SUS] = 85). Se identificaron barreras relacionadas con aspectos de la interfaz y problemas técnicos menores, y se sugirieron mejoras como la sincronización automática con el dispositivo y la exportación de datos. El estudio concluye que la aplicación aumenta la satisfacción y facilita el autocontrol del tratamiento anticoagulante.

Barcellona *et al.*, 2018 (Italia) (20)

Estudio observacional que analizó la experiencia de 92 pacientes adultos/as (N = 92) en tratamiento con AVK (warfarina o acenocumarol), con indicaciones como FA, prótesis valvulares mecánicas, tromboembolismo venoso y síndrome antifosfolípido, que pasaron del seguimiento convencional en un centro especializado de trombosis al autocontrol domiciliario del INR (PST) mediante coagulómetro portátil.

El estudio recogió información sobre satisfacción, calidad de vida, percepción de seguridad y aceptación del dispositivo mediante cuestionarios estructurados. Los resultados mostraron una satisfacción claramente superior con el autocontrol frente al seguimiento convencional (85 frente a 36 %), junto con una mejora percibida de la calidad de vida en la mayoría de los/las participantes (87 %). Los/as pacientes valoraron especialmente la rapidez del procedimiento, la comodidad del control en domicilio y la mayor autonomía para gestionar el tratamiento, así como una sensación de seguridad comparable o superior a la del seguimiento en el centro, sin aumento de preocupación por eventos adversos.

El coste de los consumibles fue identificado como una barrera relevante, percibido como medio–alto por la mayoría de los/las pacientes; no obstante, el 75 % consideró que el beneficio obtenido compensaba el gasto. Una proporción relevante de pacientes rechazó el cambio a ACOD, expresando preferencia por continuar con el PST. En conjunto, el estudio concluye que el PST domiciliario mejora sustancialmente la experiencia de paciente, la percepción de control y la calidad de vida.

Grogan *et al.*, 2017 (Irlanda) (21)

Estudio transversal multicéntrico basado en cuestionarios, que incluyó 25 pacientes adultos/as (N = 25) en tratamiento con warfarina por indicaciones como FA, tromboembolismo venoso y prótesis valvulares mecánicas, que

realizaban PST domiciliario del INR con comunicación remota de resultados al equipo clínico. El estudio exploró la experiencia, la satisfacción y la percepción de seguridad del PST, así como la confianza de los/las pacientes para progresar hacia la PSM de la dosificación.

Los/las pacientes describieron una experiencia globalmente positiva, destacando la comodidad del modelo, la reducción de desplazamientos y la integración más sencilla del seguimiento del INR en la vida cotidiana. La mayoría manifestó sentirse segura con el PST, especialmente cuando el programa incluía formación inicial clara y acceso a apoyo profesional para resolver incidencias o dudas. La confianza en las propias mediciones y en el sistema de comunicación remota emergió como un factor determinante para considerar la transición hacia el PSM. No obstante, algunos/as participantes refirieron inseguridad inicial, especialmente ante resultados fuera de rango y en relación con la dependencia del soporte clínico. En conjunto, los resultados indican que el PST es ampliamente aceptado y percibido como seguro cuando se acompaña de formación adecuada y de un canal de comunicación fiable con el equipo clínico.

Kuljis *et al.*, 2017 (Reino Unido) (22)

Estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas con 17 pacientes adultos/as (N = 17) en TAO con warfarina, por indicaciones como FA, trombosis previa y prótesis valvulares, que utilizaban tecnologías de apoyo para el PST del INR y, en algunos casos, para el PSM.

Los/las participantes describieron el autocontrol como una fuente de autonomía, independencia y flexibilidad, valorando especialmente la reducción de visitas presenciales y la posibilidad de adaptar el seguimiento del tratamiento a la vida personal y laboral. El proceso de aprendizaje progresivo permitió a muchos/as pacientes adquirir un mayor conocimiento sobre su tratamiento y sobre los factores que influyen en la variabilidad del INR.

El estudio identificó barreras y tensiones relevantes, como el miedo inicial a cometer errores, dificultades técnicas en el uso de los dispositivos y el coste de los consumibles. La responsabilidad de ajustar la dosis fue vivida de forma ambivalente: positiva para algunos/as pacientes y estresante para otros/as. El acceso a apoyo profesional accesible, formación adecuada y comunicación fluida se identificó como un elemento clave para garantizar una experiencia positiva y segura del autocontrol domiciliario del TAO.

McCahon *et al.*, 2016 (Reino Unido) (23)

Estudio observacional de cohorte con 83 pacientes adultos/as (N = 83) en tratamiento con warfarina, principalmente por FA, tromboembolismo

venoso y prótesis valvulares, que evaluó la utilidad de un registro online para el PST del INR. El análisis combinó resultados clínicos (estabilidad del INR y concordancia de registros) con variables de experiencia de paciente, incluyendo satisfacción, percepción de seguridad y facilidad de uso del sistema digital.

Los/las pacientes valoraron positivamente el uso del registro *online*, destacando su facilidad de uso, su utilidad para el seguimiento longitudinal del INR y la sensación de mayor control sobre el tratamiento. La plataforma permitió una comunicación más estructurada con el equipo clínico y reforzó la percepción de seguridad durante el autocontrol. El sistema mostró una alta concordancia entre los datos introducidos por los/las pacientes y los registros del dispositivo, sin efectos negativos relevantes sobre la estabilidad del INR. Desde la perspectiva de pacientes, el registro digital contribuyó a mejorar la organización del tratamiento y la experiencia global del seguimiento anticoagulante. El estudio sugiere que las herramientas digitales de apoyo pueden aumentar la aceptabilidad y la confianza en el PST cuando se integran adecuadamente en los circuitos asistenciales.

Tompson *et al.*, 2016 (Reino Unido) (24)

Estudio cualitativo basado en 26 entrevistas en profundidad (N = 26) a pacientes en tratamiento con warfarina por indicaciones como trombosis previa, prótesis valvulares mecánicas, FA y síndrome antifosfolípido, que realizaban PST domiciliario del INR en el contexto del sistema sanitario inglés. El estudio se centró en el impacto del autofinanciamiento del coagulómetro y de los consumibles sobre la experiencia del/de la paciente, con especial atención a aspectos de equidad y toma de decisiones.

Los/las pacientes describieron el coste económico como un factor decisivo que condiciona el acceso al PST, su continuidad y la experiencia global del autocontrol. La necesidad de autofinanciar el dispositivo y las tiras generó ansiedad, especialmente durante el periodo de aprendizaje, y llevó a algunos/as pacientes a priorizar el uso del autocontrol para evitar “desperdiciar” recursos económicos. El estudio pone de manifiesto una percepción de inequidad derivada de la disponibilidad desigual de financiación pública, que obliga a algunos/as pacientes a negociar con profesionales sanitarios/as o a asumir costes personales elevados. A pesar de estas barreras, muchos/as participantes consideraron que los beneficios del PST -mayor autonomía, flexibilidad y tranquilidad- compensaban el esfuerzo económico. El coste actúa así de forma ambivalente: como barrera de acceso y como elemento motivador para perseverar, afectando a la aceptabilidad y sostenibilidad del modelo.

Tompson *et al.*, 2015 (Reino Unido) (25)

Estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas con 26 pacientes adultos/as (N = 26) en tratamiento con warfarina, por indicaciones como FA, trombosis previa y prótesis valvulares, que participaban en programas de PST del INR y, en algunos casos, PSM de la dosificación en un contexto real de práctica clínica.

Los/las pacientes describieron el autocontrol como un proceso inicialmente exigente, marcado por dificultades técnicas, ansiedad ante los primeros resultados y dudas sobre cómo interpretarlos y actuar en consecuencia. Durante esta fase inicial, el uso de múltiples tiras, los fallos técnicos y la responsabilidad percibida generaron frustración y estrés. Con el tiempo y la experiencia acumulada, la mayoría desarrolló mayor confianza y competencia, integrando progresivamente el autocontrol en sus rutinas cotidianas.

La relación con el equipo clínico emergió como un elemento central de la experiencia. Los/las pacientes se sintieron más seguros cuando percibían formación presencial adecuada, continuidad asistencial y acceso a apoyo oportuno, especialmente ante resultados fuera de rango. Por el contrario, la falta de apoyo estructurado o la dificultad para obtener consejo generaron inseguridad y, en algunos casos, decisiones autónomas no planificadas. El estudio destaca también el papel de la familia como apoyo informal clave durante el aprendizaje y subraya que la aceptabilidad y sostenibilidad del PST/PSM dependen de formación estructurada, apoyo profesional continuado y una definición clara de responsabilidades compartidas.

Pogge *et al.*, 2015 (Estados Unidos) (26)

Estudio piloto de factibilidad para evaluar la efectividad y aceptabilidad del PST domiciliario del INR en pacientes de edad avanzada, incluyendo 19 pacientes adultos/as mayores (N = 19) en tratamiento con warfarina, con indicaciones como FA, tromboembolismo venoso y antecedentes de ictus. El estudio analizó tanto resultados clínicos (TTR) como variables relacionadas con la experiencia de paciente.

Los/las pacientes mayores de 65 años que realizaron PST reportaron altos niveles de satisfacción, destacando la claridad de las explicaciones recibidas, la confianza en el consejo profesional y la percepción de que el PST domiciliario ofrecía ventajas frente al modelo tradicional en clínica. Los/las participantes valoraron especialmente la rapidez en la obtención de resultados, la comodidad del control en domicilio y la mayor sensación de seguridad en el manejo del tratamiento anticoagulante.

Entre las barreras identificadas, el coste económico emergió como el principal obstáculo para iniciar el PST, seguido de la complejidad del proceso de incorporación y los requisitos de formación. El estudio también mostró que no todos/as los/las pacientes eran candidatos/as adecuados/as, identificándose limitaciones relacionadas con deterioro cognitivo, problemas físicos o dificultades de aprendizaje. En conjunto, los resultados sugieren que el PST es aceptable y factible en población mayor seleccionada, siempre que exista una adecuada evaluación de elegibilidad, formación estructurada y apoyo continuado.

Money *et al.*, 2015 (Reino Unido) (27)

Estudio transversal comparativo que incluyó 42 pacientes adultos/as (N = 42) en tratamiento con warfarina, principalmente por FA y tromboembolismo venoso, para analizar las percepciones, expectativas y experiencia de pacientes que realizaban PST domiciliario del INR frente a pacientes en seguimiento convencional en clínica. Para ello, utilizaron instrumentos validados (SERVQUAL y ChQ) que evalúan la calidad percibida del servicio, la satisfacción y las expectativas de paciente.

Los/las pacientes en PST mostraron expectativas elevadas respecto a la calidad del servicio y la atención recibida, pero percibieron que el modelo asistencial no respondía plenamente a sus necesidades, especialmente en dimensiones como fiabilidad, empatía, elementos tangibles y capacidad de respuesta. En comparación con los/las pacientes atendidos/as en consulta, las personas usuarias de PST describieron un modelo de comunicación más distante y asincrónico, generando discrepancias entre expectativas y experiencia real del servicio.

A pesar de estas limitaciones, los/las pacientes en PST otorgaron un mayor valor a la participación en la toma de decisiones y al grado de elección sobre su cuidado, reflejando una orientación más marcada hacia la autonomía y el autocontrol. Los resultados sugieren que, para optimizar la experiencia de paciente en PST/PSM, los servicios deberían reforzar mecanismos de interacción rápida, personalizada y bidireccional.

Jenner *et al.*, 2015 (Francia) (28)

Estudio cuasiexperimental con diseño pre-post para evaluar un programa educativo estructurado de PSM del tratamiento anticoagulante en 44 pacientes adultos/as (N = 44) con FA en tratamiento con warfarina, en el contexto de un sistema integrado de atención sanitaria.

La intervención consistió en una sesión formativa presencial de dos horas, material educativo estructurado y un algoritmo de ajuste de dosis, con acceso

a resultados de INR a través de una plataforma digital segura. El estudio analizó la experiencia de paciente en relación con el proceso formativo, la adquisición de conocimientos y la aceptación del PSM como modelo de seguimiento.

Los/las pacientes que completaron el programa mostraron altos niveles de satisfacción y confianza, manifestando sentirse preparados/as para gestionar su tratamiento y ajustar la dosis de warfarina de manera autónoma. La mayoría percibió una mejor comprensión de su terapia anticoagulante y consideró que el algoritmo de ajuste era claro y fácil de utilizar. El entorno digital facilitó la comunicación con el personal sanitario, aunque introdujo barreras relacionadas con competencias tecnológicas que limitaron la participación de algunos/as pacientes. Aquellas personas que rechazaron incorporarse al programa eran, en general, de mayor edad y con mayor carga de enfermedad, lo que sugiere perfiles de menor aceptabilidad inicial. El estudio concluye que la formación estructurada y el acompañamiento profesional son factores facilitadores clave para la adopción del PSM.

IV.1.3.2. Calidad metodológica y riesgo de sesgo

N.º	Título	Autoría/Año	Diseño	Calidad
1	Self-management of INR – a focus group study	Dahle-Andersen et al., 2025 (12)	Estudio cualitativo mediante grupos focales	Moderada-alta
2	Keeping warfarin patients safe during the COVID-19 pandemic: review of an INR self-testing programme	Gee et al., 2022 (14)	Estudio observacional descriptivo	Moderada
3	The Effect of Nurse Home-Support Program on Self-Management of Patients Receiving Oral Anticoagulation (Warfarin) Therapy	Yildirim & Bayik-Temel, 2020 (16)	ECA	Alta
4	Effectiveness of a self-management programme in the treatment of antithrombin K oral anticoagulants. A feasibility study.	Vall Vargas et al., 2020 (17)	Estudio observacional pre-post (piloto de factibilidad)	Moderada
5	Implementation of home-based international normalized ratio testing in adult patients treated with warfarin	Van Beek et al., 2019 (18)	Estudio observacional comparativo no aleatorizado	Moderada
6	User Evaluation of a Smartphone Application for Anticoagulation Therapy	Smáradóttir et al., 2018 (19)	Estudio observacional de métodos mixtos	Moderada
7	Portable coagulometer for vitamin K-antagonist monitoring: the patients' point of view	Barcellona et al., 2018 (20)	Estudio observacional pre-post con cuestionario	Moderada
8	The patients' perspective of international normalized ratio self-testing, remote communication of test results and confidence to move to self-management	Grogan et al., 2017 (21)	Estudio observacional transversal (encuesta)	Moderada

.../...

.../...

N.º	Título	Autoría/Año	Diseño	Calidad
9	Technology-assisted self-testing and management of oral anticoagulation therapy: a qualitative patient-focused study	Kuljis et al., 2017 (22)	Estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas)	Moderada
10	Assessing the utility of an online registry for patients monitoring their own warfarin therapy	McCahon et al., 2016 (23)	Estudio observacional prospectivo	Moderada
11	Impact of self-funding on patient experience of oral anticoagulation self-monitoring: a qualitative study	Tompson et al., 2016 (24)	Estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas)	Moderada
12	Supporting patients to self-monitor their oral anticoagulation therapy: recommendations based on a qualitative study of patients' experiences	Tompson et al., 2015 (25)	Estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas)	Moderada
13	A Pilot Study to Evaluate Effectiveness of INR Self-Testing in Elderly Patients	Pogge et al., 2015 (26)	Estudio piloto observacional retrospectivo (pre-post)	Moderada
14	Patient perceptions and expectations of an anticoagulation service: a quantitative comparison study of clinic-based testers and patient self-testers	Money et al., 2015 (27)	Estudio observacional comparativo transversal	Moderada
15	An Education Program for Patient Self-Management of Warfarin	Jenner et al., 2015 (28)	Estudio observacional prospectivo pre-post	Moderada

De acuerdo con lo descrito en la sección metodológica (III.6), la calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó mediante herramientas específicas según el diseño del estudio: la herramienta FLC 3.0 de RedETS para los estudios observacionales y el ensayo clínico, y el CASP *Qualitative Checklist* para los estudios cualitativos basados en entrevistas o grupos focales (9–10).

En conjunto, los quince estudios que analizan la perspectiva de pacientes presentan una calidad metodológica predominantemente moderada, considerada adecuada para los objetivos de exploración de la experiencia, aceptabilidad y percepción de los programas de PST y PSM del TAO con AVK en condiciones de práctica clínica real.

El estudio cualitativo de Dahle-Andersen *et al.* (2025) alcanzó una calidad moderada–alta, al presentar un objetivo claramente definido, un diseño coherente basado en grupos focales y un análisis riguroso que incluyó codificación doble, triangulación entre personas investigadoras y validación con participantes (12). No obstante, la reflexividad limitada y la inclusión de pacientes altamente motivados/as y con formación previa restringen la transferibilidad de los hallazgos a poblaciones menos seleccionadas.

Los estudios observacionales de Gee *et al.* (2022), Vall Vargas *et al.* (2020), Van Beek *et al.* (2019), Pogge *et al.* (2015) y Jenner *et al.* (2015) mostraron una calidad metodológica moderada, condicionada principalmente por tamaños muestrales reducidos, ausencia de aleatorización y, en algunos casos, falta de grupos control formales (14, 17, 18, 26, 28). Estas limitaciones son especialmente relevantes en estudios piloto, proyectos de mejora y evaluaciones educativas, donde los efectos observados pueden verse influidos por la motivación de las personas participantes, la alfabetización sanitaria y el nivel de apoyo recibido durante la intervención.

Los estudios con componente cualitativo de Smáradóttir *et al.* (2018), Kuljis *et al.* (2017), Thompson *et al.* (2016) y Thompson *et al.* (2015) presentaron diseños adecuados para explorar en profundidad la experiencia de paciente, con análisis temático sistemático y presentación clara de los resultados (19, 22, 24, 25). Sin embargo, compartieron limitaciones relacionadas con tamaños muestrales pequeños, selección de pacientes con experiencia previa en PST/PSM y una reflexividad insuficientemente desarrollada, lo que limita la generalización de los hallazgos.

Los estudios observacionales de Grogan *et al.* (2017) y Money *et al.* (2015) aportaron evidencia cuantitativa relevante sobre satisfacción, expectativas, confianza y preferencias de pacientes (21, 27). No obstante, presentan limitaciones inherentes a su diseño, como la dependencia de medidas autoinformadas, el posible sesgo de participación y la ausencia de seguimiento longitudinal, lo que restringe la interpretación causal de los resultados.

El único ECA, realizado por Yıldırım y Bayık-Temel (2020), aportó un mayor rigor metodológico y resultados robustos (16). Sin embargo, la aplicabilidad de la experiencia descrita se ve limitada por tratarse de un contexto altamente protocolizado y con un elevado nivel de apoyo profesional, lo que puede no reflejar la práctica clínica habitual.

Finalmente, algunos estudios -especialmente *Tompson et al.* (2016), *Money et al.* (2015) y *Pogge et al.* (2015)- incorporaron de forma explícita consideraciones sobre equidad, accesibilidad y coste, reforzando la relevancia de sus hallazgos para la toma de decisiones en contextos reales (24, 27, 26). No obstante, estos mismos factores condicionan la extrapolación de los resultados a poblaciones con menor nivel socioeconómico, menor alfabetización digital o mayor fragilidad clínica.

En conjunto, aunque los estudios presentan limitaciones metodológicas propias de diseños cualitativos y observacionales, aportan evidencia consistente, complementaria y coherente sobre la experiencia de pacientes con PST/PSM, especialmente en relación con la autonomía, la calidad de vida, la carga del tratamiento, el uso de tecnología, las barreras económicas y la percepción del apoyo sanitario (12–28).

Los *checklists* completos de evaluación de la calidad se presentan en el Anexo VIII.4.

IV.1.3.3. Síntesis de resultados

En conjunto, la evidencia disponible indica que, desde la perspectiva de pacientes, los programas de PST y PSM del TAO con AVK se asocian con mayor autonomía, satisfacción y percepción de mejora de la calidad de vida, así como con una reducción de la carga del tratamiento en comparación con el seguimiento convencional. No obstante, una experiencia positiva, segura y sostenible depende de la existencia de formación estructurada, apoyo profesional continuado, accesibilidad tecnológica y condiciones de equidad, elementos clave para la implementación del autocontrol del INR en la práctica clínica real.

A pesar de la heterogeneidad de los diseños, contextos y modalidades de intervención, los resultados muestran una alta coherencia temática, lo que permite identificar patrones comunes y dimensiones transversales en la experiencia de paciente. Los resultados se organizan en siete dominios temáticos, que reflejan dimensiones recurrentes y transversales de la experiencia de paciente.

1. Autonomía, empoderamiento y percepción de control

La mayoría de los estudios describe un incremento de la autonomía y del empoderamiento del/de la paciente, asociado a un rol más activo en el manejo del tratamiento y a un mayor conocimiento del propio cuerpo y de los factores que influyen en la variabilidad del INR (12, 16, 17, 19, 22, 25). Este efecto es especialmente marcado en los programas de PSM, donde los/las pacientes asumen también el ajuste de dosis, aunque el PST contribuye de forma relevante a la percepción de control.

No obstante, la asunción de responsabilidades puede generar inseguridad o ansiedad inicial, particularmente durante la fase de aprendizaje o ante resultados fuera de rango, lo que subraya la importancia de un acompañamiento progresivo y adaptado a las capacidades individuales.

2. Mejora de la calidad de vida y reducción de la carga del tratamiento

De forma consistente, los estudios señalan que el PST y el PSM se asocian con una reducción de la carga del tratamiento, especialmente en términos de desplazamientos, tiempo dedicado a controles presenciales y rigidez organizativa del seguimiento convencional. Estos beneficios se traducen en una mejor integración del control del INR en la vida cotidiana, mayor flexibilidad para viajar o trabajar, reducción del estrés asociado a controles frecuentes y una percepción global de mejora de la calidad de vida, aspectos especialmente valorados por pacientes con tratamiento anticoagulante crónico (12, 14, 17, 18, 20, 21, 22).

3. Aceptabilidad y satisfacción global

La aceptabilidad del PST/PSM es elevada en los estudios, con altos niveles de satisfacción global reportados por pacientes. Esta satisfacción se asocia a la comodidad del modelo domiciliario, la continuidad del tratamiento y la percepción de un mayor control personal (21,27).

No obstante, se observan diferencias individuales relevantes relacionadas con las expectativas, la necesidad de apoyo profesional y la tolerancia a la responsabilidad inherente al autocontrol. Estos hallazgos subrayan la importancia de una oferta flexible y adaptada a distintos perfiles de pacientes, evitando enfoques homogéneos.

4. Importancia de la formación y del apoyo profesional

La formación estructurada emerge como un elemento central para la aceptabilidad y sostenibilidad del PST y el PSM en todos los estudios analizados. Los/las pacientes valoran positivamente los programas que combinan formación

práctica, materiales claros y acceso al equipo clínico para resolver dudas o incidencias (12, 14, 16, 17, 21, 25). La confianza en el dispositivo y en los resultados obtenidos tiende a aumentar con la experiencia acumulada. El apoyo profesional accesible actúa como un factor de seguridad, refuerza la confianza en las propias mediciones y reduce el estrés asociado a la responsabilidad del autocontrol. En ausencia de este apoyo, se describen experiencias de inseguridad y decisiones autónomas no planificadas, especialmente en contextos con comunicación limitada. Varios estudios describen inseguridad inicial, ansiedad ante valores inesperados del INR o dudas sobre la correcta realización de la prueba, especialmente en fases tempranas o cuando el contacto con profesionales es limitado (22,24). La transición desde PST hacia PSM no es uniforme: algunos/as pacientes prefieren mantener apoyo clínico continuo o sistemas de recomendación de dosis, lo que indica que el autocontrol completo no resulta adecuado ni deseable para todos los perfiles.

5. Papel de la tecnología como facilitador y fuente de barreras

Las herramientas tecnológicas (coagulómetros portátiles, registros *online* y aplicaciones móviles) son percibidas mayoritariamente como facilitadores del autocontrol, al mejorar la organización del tratamiento, el seguimiento longitudinal del INR y la comunicación con el sistema sanitario (18, 19, 20, 23). No obstante, los estudios también identifican barreras técnicas, problemas relacionados con la facilidad de uso y necesidades de apoyo adicional, especialmente en pacientes con menor alfabetización digital. La tecnología resulta más aceptable cuando se integra de forma sencilla en los circuitos asistenciales y se acompaña de soporte técnico adecuado (23,27).

6. Seguridad percibida y selección de pacientes

En general, los/las pacientes describen una alta percepción de seguridad con el PST y el PSM, especialmente cuando existen protocolos claros, formación adecuada y acceso a apoyo profesional (14, 18, 20, 21). Sin embargo, varios estudios coinciden en que el autocontrol no es adecuado para todos/as los/las pacientes, señalando la necesidad de una selección cuidadosa basada en motivación, capacidad cognitiva, habilidades técnicas y situación clínica (12, 16, 26). La falta de cumplimiento sistemático de algunos procedimientos, como los controles de calidad del dispositivo, pone de relieve la importancia de mecanismos de seguimiento y refuerzo para garantizar la seguridad del tratamiento.

7. Barreras económicas, equidad y sostenibilidad

El coste económico del coagulómetro y de los consumibles emerge como una barrera relevante en varios estudios, condicionando el acceso, la continuidad y la experiencia global del autocontrol (20, 24, 26, 27). La autofinanciación

puede generar ansiedad y percepción de inequidad, especialmente en sistemas sanitarios con cobertura desigual. No obstante, muchos/as pacientes consideran que los beneficios del PST/PSM compensan el esfuerzo económico, lo que refleja una valoración positiva del modelo, aunque introduce desigualdades potenciales que deben considerarse en la planificación de programas.

Asimismo, se describen limitaciones relacionadas con la alfabetización sanitaria, la edad y la competencia digital. No obstante, los estudios piloto en población mayor sugieren que el PST/PSM puede ser aceptable en pacientes cuidadosamente seleccionados/as, siempre que se acompañe de formación adecuada y soporte continuado (26).

En conjunto, la evidencia muestra que los programas de PST y PSM son bien aceptados por los/las pacientes y se asocian con beneficios claros en términos de calidad de vida, autonomía y reducción de la carga del tratamiento, siempre que se implementen con formación estructurada, apoyo profesional continuo y criterios adecuados de selección. Las barreras identificadas -técnicas, organizativas y económicas- subrayan la necesidad de un diseño cuidadoso y equitativo para garantizar su seguridad, sostenibilidad y aplicabilidad en la práctica clínica real.

La evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo de los estudios incluidos se presenta de forma detallada en el Anexo VIII.4.

IV.1.4. Estudios desde la perspectiva de profesionales

IV.1.4.1. Descripción de los estudios

El estudio de Magon *et al.* (2023) es un estudio cualitativo descriptivo y exploratorio, basado en un grupo focal semiestructurado con seis profesionales de enfermería italianas con experiencia en la atención a pacientes anticoagulados/as en distintos ámbitos asistenciales (hospitalario, AP y sociosanitario). El objetivo fue explorar la experiencia, percepciones y actitudes de las profesionales respecto a la implementación del PST y PSM del TAO en la práctica clínica real (13).

El análisis de los datos se realizó mediante un enfoque híbrido deductivo-inductivo, combinando categorías identificadas previamente en la literatura con el análisis emergente del discurso profesional. Se aplicaron dos ciclos de codificación con análisis de contenido, utilizando *software* cualitativo (NVivo), triangulación entre investigadoras y validación con participantes (*member checking*), lo que permitió identificar categorías temáticas coherentes y conceptualmente sólidas.

Desde la perspectiva profesional, el PST y el PSM se describen como modelos potencialmente beneficiosos para determinados perfiles de pacientes, al favorecer la autonomía, la adherencia y una mejor integración del tratamiento anticoagulante en la vida cotidiana. No obstante, las profesionales subrayan que su implementación segura requiere una selección cuidadosa de pacientes, formación estructurada previa y la existencia de mecanismos claros de supervisión clínica. En este sentido, la redistribución de responsabilidades asociada al autocontrol se percibe de forma ambivalente: aunque puede reducir visitas presenciales y optimizar el seguimiento, también genera preocupaciones relacionadas con la seguridad del tratamiento, la fiabilidad de las mediciones, el cumplimiento de los controles de calidad y la correcta interpretación de los resultados, especialmente en el contexto del PSM.

Asimismo, el estudio pone de relieve barreras organizativas y estructurales que condicionan la adopción del PST/PSM, como la ausencia de protocolos estandarizados, la variabilidad entre centros, la falta de políticas claras de financiación de los dispositivos y las dificultades para integrar estos modelos en los circuitos asistenciales existentes. Las participantes destacan la necesidad de roles profesionales bien definidos, canales de comunicación accesibles y un modelo de responsabilidad compartida entre pacientes y profesionales.

En conjunto, el estudio refleja una actitud profesional generalmente favorable pero prudente hacia el PST/PSM, condicionada a la existencia de estructuras organizativas sólidas que garanticen la seguridad y sostenibilidad del tratamiento.

IV.1.4.2. Calidad metodológica y riesgo de sesgo

N.º	Título	Autoría/Año	Diseño	Calidad
1	<i>Barriers to self-monitoring implementation in the oral anticoagulated population</i>	Magon <i>et al.</i> , 2023 (13)	Cualitativo (grupo focal; análisis de contenido)	Moderada

El estudio de Magon *et al.* (2023) presenta una calidad metodológica moderada, adecuada para explorar en profundidad la experiencia y percepciones de profesionales sanitarios/as respecto al PST/PSM.

El estudio cuenta con objetivos claramente definidos, un diseño metodológico coherente con el enfoque exploratorio y un proceso analítico riguroso. La transcripción íntegra del grupo focal, la codificación sistemática en dos ciclos, la triangulación entre investigadoras, el cálculo del acuerdo entre codificadores y la validación con participantes refuerzan la credibilidad y consistencia de los hallazgos (13).

Entre las principales limitaciones se incluyen el tamaño muestral reducido, la posible autoselección de profesionales con mayor interés o experiencia previa en PST/PSM y una reflexividad limitada respecto a la influencia de las investigadoras en la interpretación de los resultados. Asimismo, la transferibilidad de los hallazgos puede verse restringida por el contexto específico del sistema sanitario italiano.

Pese a estas limitaciones, el estudio aporta evidencia cualitativa relevante y complementaria a la perspectiva de pacientes, especialmente en relación con aspectos organizativos, de seguridad y de implementación del PST/PSM en la práctica clínica real.

La evaluación detallada de la calidad metodológica se presenta en el Anexo VIII.4.2.

IV.1.4.3. Síntesis de resultados

Desde la perspectiva de los/las profesionales sanitarios/as, el PST y el PSM se conciben como modelos asistenciales con potencial valor añadido, pero cuya adopción genera una tensión constante entre los beneficios esperados y los requisitos necesarios para garantizar la seguridad del tratamiento. Esta tensión atraviesa todo el discurso profesional y condiciona su aceptación y viabilidad en la práctica clínica real.

De forma consistente, las profesionales reconocen que el PST/PSM puede favorecer la autonomía del/de la paciente, reducir la necesidad de controles presenciales y contribuir a una utilización más eficiente de los recursos sanitarios. Sin embargo, estos beneficios se interpretan como contingentes, es decir, dependientes de que existan condiciones organizativas, formativas y de supervisión adecuadas. En ausencia de estas condiciones, el autocontrol se percibe como una fuente potencial de riesgo más que como una oportunidad de mejora asistencial.

Un eje central de la síntesis es la selección de pacientes como factor crítico de éxito. Las profesionales coinciden en que el PST/PSM no constituye una intervención universal, sino una opción apropiada únicamente para perfiles específicos, en los que confluyan motivación, capacidades cognitivas y tecnológicas suficientes, alfabetización sanitaria adecuada y un contexto social favorable. Desde esta perspectiva, la equidad no se interpreta como acceso indiscriminado, sino como adecuación del modelo al perfil del/de la paciente, evitando tanto la exclusión injustificada como la inclusión insegura.

Asimismo, los resultados ponen de manifiesto que el PST/PSM no sustituye el seguimiento clínico, sino que transforma su naturaleza. El paso

de un modelo presencial a uno de supervisión indirecta exige redefinir responsabilidades, establecer protocolos claros y disponer de canales de comunicación ágiles que permitan intervenir ante incidencias o resultados fuera de rango. La falta de estas estructuras se identifica como un elemento que incrementa la inseguridad profesional y limita la aceptación del modelo.

Desde una perspectiva organizativa, la ausencia de estandarización, la variabilidad entre centros y la carga asociada a la supervisión remota emergen como factores que influyen directamente en la sostenibilidad del PST/PSM. Estos elementos explican una actitud profesional globalmente favorable pero prudente, condicionada a la existencia de políticas claras de financiación, protocolos compartidos, formación específica y modelos colaborativos entre niveles asistenciales.

En conjunto, la síntesis de resultados muestra que los/las profesionales valoran el PST/PSM como una estrategia potencialmente beneficiosa, pero subrayan que su implementación segura y sostenible requiere marcos organizativos sólidos, criterios rigurosos de selección y un acompañamiento profesional continuado, sin los cuales los beneficios percibidos pueden verse neutralizados por riesgos asistenciales y desigualdades en el acceso.

La evaluación detallada de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo se presenta en el Anexo VIII.4.

IV.1.5. Estudios con perspectiva combinada de pacientes y profesionales

IV.1.5.1. Descripción de los estudios

Herington *et al.* (2021, CADTH Rapid Qualitative Review)

Revisión cualitativa rápida elaborada por la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), que sintetiza evidencia procedente de cinco publicaciones cualitativas y de métodos mixtos, con el objetivo de explorar las experiencias y percepciones tanto de pacientes como de profesionales sanitarios/as en relación con modelos de pruebas en el punto de atención (POCT, por sus siglas en inglés) del INR en personas con TAO.

La revisión incluyó estudios publicados entre 2010 y 2021 y analizó dos modalidades principales de control descentralizado del INR:

- el PST domiciliario del INR, y
- los servicios de gestión de la anticoagulación liderados por farmacéuticos comunitarios (CPAMS, *por sus siglas en inglés*).

En conjunto, los estudios incluidos abarcaron a 43 pacientes con TAO que realizaban PST, siete pacientes usuarios/as de CPAMS, y 49 profesionales sanitarios/as (principalmente personal de farmacia comunitaria, además de personal médico y de enfermería implicado en CPAMS). Las indicaciones clínicas más frecuentes fueron FA, tromboembolismo venoso, trombofilias y otras patologías asociadas a riesgo trombótico.

Desde la perspectiva de pacientes, el PST fue descrito como una estrategia generalmente valorada por su conveniencia, reducción de desplazamientos y mayor flexibilidad para integrar el control del INR en la vida cotidiana, especialmente en contextos de enfermedad intercurrente o viajes. Muchos/as pacientes manifestaron una mayor sensación de autonomía y control, aunque esta experiencia se vivió de forma ambivalente: junto a la libertad percibida, emergieron sentimientos de presión, responsabilidad y temor a perder el derecho a continuar con el autocontrol en caso de resultados fuera de rango. En algunos casos, la revisión identifica conductas de autotratamiento no formalizado o comunicación selectiva de resultados, motivadas por el deseo de preservar el acceso al PST.

Los/las pacientes también expresaron preocupación por la limitación del contacto personalizado con personal sanitario, especialmente cuando la comunicación se reducía al envío de valores de INR sin retroalimentación clínica detallada. Las dificultades técnicas iniciales, la obtención de la muestra capilar y el aprendizaje del uso del coagulómetro fueron fuentes frecuentes de ansiedad, particularmente en fases tempranas del programa.

Desde la perspectiva de los/las profesionales, los modelos de control descentralizados fueron considerados globalmente positivos, tanto el PST como los CPAMS, al mejorar la accesibilidad y reducir tiempos de espera. El personal de farmacia comunitaria implicado en CPAMS se percibió a sí mismo como bien situado para ofrecer este tipo de atención, destacando su cercanía al/a la paciente y su conocimiento del tratamiento anticoagulante. No obstante, subrayó la necesidad de formación continuada, supervisión clínica, protocolos claros y recursos suficientes, así como preocupaciones relacionadas con la carga asistencial, la financiación y la gestión de pacientes con INR inestable.

En conjunto, la revisión pone de manifiesto que las experiencias de pacientes y profesionales son en gran medida convergentes en cuanto a los beneficios percibidos del control descentralizado del INR, pero también revela tensiones compartidas en torno a la seguridad, la redistribución de responsabilidades, el grado de autonomía adecuado y la necesidad de apoyo profesional estructurado.

IV.1.5.2 Calidad metodológica y riesgo de sesgo

N.º	Título	Autoría/Año	Diseño	Calidad
1	<i>Point-of-Care Testing of INR...</i> (CADTH Review)	Herington <i>et al.</i> , 2021 (15)	Revisión cualitativa (síntesis temática)	Alta

La revisión cualitativa rápida de Herington *et al.* presenta una calidad metodológica global alta. El proceso de búsqueda y selección de estudios está claramente descrito, con criterios explícitos y un enfoque sistemático orientado a estudios cualitativos y de métodos mixtos.

Las publicaciones incluidas muestran, en general, una confianza moderada a alta, aunque la revisión identifica limitaciones recurrentes en los estudios primarios, como tamaños muestrales pequeños, heterogeneidad en los diseños, variabilidad en la profundidad del análisis cualitativo y, en algunos casos, una conexión incompleta entre datos empíricos y análisis interpretativo. Asimismo, la revisión reconoce una limitada exploración de determinantes sociales, equidad y contextos de vulnerabilidad.

A pesar de estas limitaciones, la revisión aporta una síntesis coherente y bien fundamentada de la evidencia disponible y resulta metodológicamente sólida para identificar patrones transversales y áreas críticas en la implementación del PST y los CPAMS.

IV.1.5.3. Síntesis de resultados

La revisión cualitativa rápida de CADTH pone de manifiesto que el autocontrol del TAO mediante POCT del INR (incluyendo el PST domiciliario y los CPAMS) no constituye únicamente una intervención técnica, sino un proceso complejo de naturaleza relacional, organizativa y educativa.

Desde la perspectiva de pacientes, el PST se asocia con mayor autonomía, comodidad y flexibilidad, al reducir desplazamientos y facilitar la integración del control del INR en la vida cotidiana. Sin embargo, esta autonomía se vive como un proceso progresivo de aprendizaje y asunción de responsabilidades, que puede generar ambivalencia: junto a la sensación de control, emergen episodios de ansiedad ante resultados fuera de rango y preocupaciones relacionadas con la pérdida de acceso al programa de autocontrol.

Desde la perspectiva de los/las profesionales sanitarios/as, el PST y los modelos comunitarios como los CPAMS son valorados positivamente cuando se garantiza la seguridad clínica, la trazabilidad de los resultados y una supervisión adecuada. Los/las profesionales reconocen el potencial de estos modelos para mejorar la accesibilidad y optimizar recursos, pero subrayan la

necesidad de formación continuada, criterios claros de competencia y mecanismos de apoyo estructurados, especialmente en contextos de supervisión a distancia.

Un hallazgo transversal es que la autonomía del/de la paciente no equivale a independencia total. Tanto pacientes como profesionales coinciden en que el éxito del autocontrol del INR depende de relaciones de confianza, comunicación bidireccional accesible y disponibilidad de apoyo profesional oportuno, especialmente ante incidencias técnicas o valores fuera de rango. En este sentido, los CPAMS aparecen como un modelo intermedio bien valorado, al combinar rapidez en la obtención de resultados con un mayor grado de personalización del consejo clínico y proximidad asistencial.

Finalmente, la revisión identifica barreras organizativas relevantes -financiación, carga de trabajo, disponibilidad de protocolos y soporte técnico- que condicionan de forma decisiva la viabilidad y sostenibilidad de estos modelos a mayor escala. En ausencia de estructuras organizativas sólidas, existe el riesgo de sobrecarga profesional, inseguridad clínica y desigualdades en el acceso.

En conjunto, la evidencia integrada sugiere que los modelos de POCT del INR pueden mejorar la experiencia y aceptabilidad del tratamiento anticoagulante tanto para pacientes como para profesionales, siempre que se implementen como intervenciones organizadas, con formación estructurada, apoyo continuado y una clara definición de roles y responsabilidades compartidas.

La evaluación detallada de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo de los estudios incluidos se presenta en el Anexo VIII.4.

IV.1.6. Interpretación transversal de resultados

La evidencia procedente de estudios desde la perspectiva de pacientes y profesionales sanitarios/as muestra una elevada convergencia en los beneficios percibidos del PST y del PSM del TAO con AVK, junto con tensiones compartidas en torno a la seguridad, la redistribución de responsabilidades y la sostenibilidad organizativa.

Desde la perspectiva de pacientes, el PST y el PSM se asocian de forma consistente con una mejora de la experiencia del tratamiento, caracterizada por mayor autonomía, reducción de la carga del seguimiento convencional y mejor integración del control del INR en la vida cotidiana. Los/las pacientes valoran especialmente la flexibilidad, la disminución de desplazamientos y la

sensación de control personal, aunque reconocen inseguridad inicial y la necesidad de apoyo profesional, especialmente en fases tempranas o ante resultados fuera de rango.

Desde la perspectiva de los/las profesionales sanitarios/as, el PST/PSM se percibe como un modelo potencialmente beneficioso para determinados perfiles de pacientes y para la optimización de recursos asistenciales, pero que exige condiciones claras para su implementación segura. Los/las profesionales enfatizan la importancia de la selección adecuada de pacientes, la formación estructurada, la definición de roles y la existencia de protocolos y canales de comunicación eficaces. Las principales preocupaciones se centran en la fiabilidad de las mediciones, el cumplimiento de los controles de calidad y la supervisión clínica a distancia.

Los estudios muestran que los beneficios del autocontrol se acompañan de una reconfiguración de responsabilidades que genera ambivalencia: los/las pacientes ganan autonomía, pero asumen una mayor carga de responsabilidad; los/las profesionales reducen visitas presenciales, pero mantienen la responsabilidad última de garantizar la seguridad del tratamiento. En este contexto, emerge con claridad que la autonomía del/de la paciente no equivale a independencia total y que la relación de confianza y el acompañamiento profesional accesible son elementos críticos para el éxito del modelo.

De forma transversal, las perspectivas de pacientes y profesionales coinciden en que el PST/PSM no es adecuado para todos/as los/las pacientes y que su aceptabilidad y seguridad dependen de factores individuales (motivación, capacidad cognitiva, alfabetización sanitaria y digital), organizativos (protocolos, recursos, tiempo profesional) y contextuales (financiación, accesibilidad y equidad). Asimismo, la tecnología se percibe como un facilitador clave cuando es fiable, intuitiva y bien integrada en los circuitos asistenciales, pero también como una posible fuente de barreras si no se acompaña de soporte técnico y clínico adecuado.

En conjunto, la evidencia transversal sugiere que el PST y el PSM deben concebirse como intervenciones complejas, cuyo impacto sobre la experiencia del tratamiento depende tanto de los beneficios intrínsecos del autocontrol como del diseño organizativo y relacional del modelo asistencial en el que se implementan.

IV.2. Selección de estudios para el objetivo 2

IV.2.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos electrónicas identificó 460 estudios como potencialmente relevantes. Una vez eliminadas las referencias duplicadas, se identificaron 356 para su lectura por título y resumen. Excluidos aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión, se seleccionaron 14 referencias para su lectura a texto completo. De estas se seleccionaron cuatro estudios para el análisis de su calidad y síntesis de la evidencia. (Figura 2).

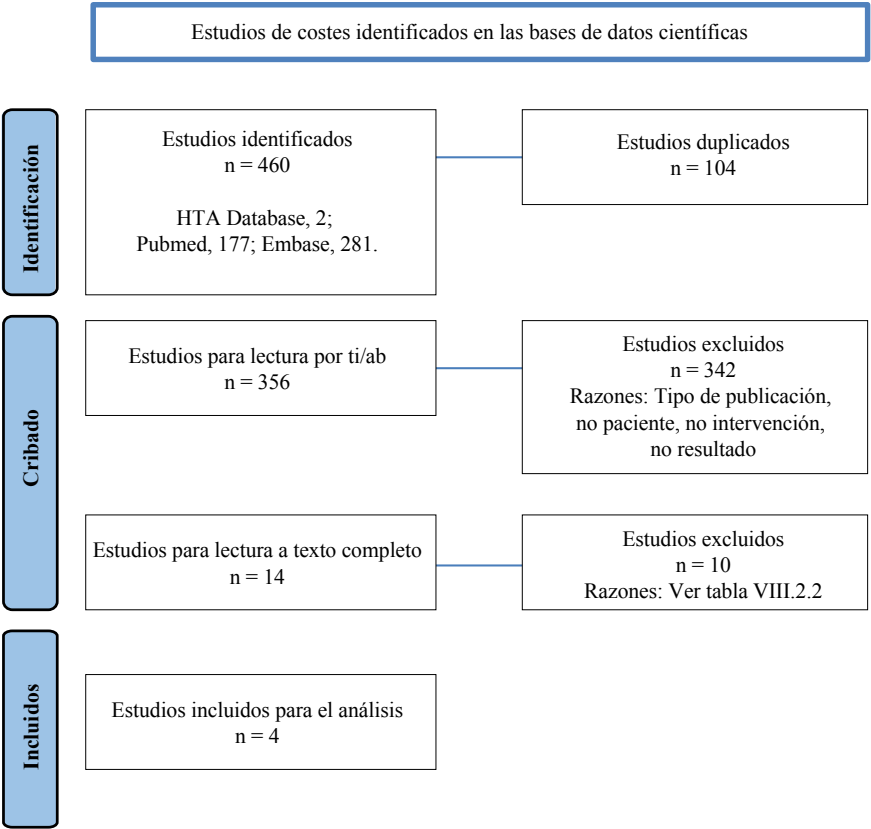


Figura 2. Diagrama de flujo. Eficiencia

En la tabla VIII.2.2. se presenta una relación de los artículos excluidos en el cribado a texto completo y las razones principales para su exclusión.

IV.2.2. Descripción de los estudios incluidos

Características de los estudios seleccionados.

La revisión de la evidencia sobre la eficiencia proporcionó para el análisis cuatro estudios realizados en el Reino Unido en el año 2015 (29), Tailandia en el 2018 (30), EE. UU. en el 2016 (31) y Rumanía en el 2018 (32). El objetivo general fue evaluar el coste-efectividad del autocontrol, mediante PST o PSM, para el manejo del INR en pacientes en TAO con AVK frente a la alternativa estándar de control de la anticoagulación, bien en AP o AE o clínicas especializadas.

El tipo de paciente evaluado fue de personas con AF o prótesis valvular mecánica que requirieron tratamiento prolongado con anticoagulantes orales AVK (warfarina) (29,31), o pacientes que recibieron TAO con warfarina (30) o acenocumarol (32) a largo plazo.

Todos los estudios realizaron análisis de coste-utilidad desde la perspectiva del SNS. En uno además se incluyó la perspectiva de los Servicios Sociales Personales de Reino Unido (29) y en otro la perspectiva social (30). Se adoptaron distintos horizontes temporales, el de toda la vida en el estudio de Kantito *et al.* (30), de 10 años en el de Sharma *et al.* (29), de cinco años en el de Paveliu *et al.* (32) y de dos años en el de Phibbs *et al.* (31). En todos los estudios los costes y beneficios se ajustaron temporalmente, en tres (29-32) al 3 % y en uno (29) al 3,5 %.

En tres estudios (29,30,32) se desarrolló un modelo analítico, modelo de Markov, para evaluar los costes y beneficios a largo plazo de las intervenciones analizadas. El modelo de Sharma *et al.* (29) fue diseñado para evaluar el coste-efectividad del autocontrol (PST y PSM) mediante dispositivos POC (CoaguChek XS). El modelo, simuló la ocurrencia de los siguientes eventos adversos: accidente cerebrovascular (ACV) isquémico (leve, no incapacitante, y grave incapacitante o mortal), embolia sistémica, hemorragia leve y hemorragia grave (hemorragia intracraneal (HIC), incluyendo ACV hemorrágico, hemorragia gastrointestinal y otras) a lo largo del tiempo. La embolia sistémica y la hemorragia leve se trataron como un evento transitorio dentro del modelo. Los estados de salud del modelo fueron seis: AF y prótesis valvular mecánica estable, tras ACV leve, tras ACV grave, tras HIC grave y tras ACV hemorrágico grave y muerte. El modelo incorporó las vías de atención que siguen las personas en la UC, el seguimiento estándar en AP o

AE (en una proporción del 66,45 y 33,55 %, respectivamente), y las vías propuestas para el autodiagnóstico y el autocontrol (en una proporción del 50 y 50 %, respectivamente). Este simuló las transiciones entre los distintos estados de salud en un ciclo trimestral. Los datos para completar el modelo se derivaron de una RS sobre la eficacia clínica realizada por los/las autores/as del estudio, de otras revisiones pertinentes para informar los parámetros claves del modelo, de fuentes de datos sobre costes y de costes estimados por personal clínico experto.

Kantito *et al.* (30) desarrollaron un modelo para capturar los costes y beneficios a largo plazo de la gestión del INR mediante el PST con dispositivos POC (CoaguChek XS) frente a UC y frente a clínicas especializadas. En el modelo se especificaron seis estados de salud: no tromboembolismo no hemorragia, tromboembolismo, hemorragia grave, secuelas de tromboembolismo, secuela de hemorragia grave y muerte. En el caso base una cohorte hipotética de 1000 pacientes de 45 años que requieren tratamiento a largo plazo con warfarina entraron en el modelo que simuló las transiciones entre los distintos estados en un ciclo de tres meses. Los datos de efectividad del modelo se extrajeron de la literatura y de bases de datos tailandesas, también utilizadas estas como fuentes para los costes.

Paveliu *et al.* (32) desarrollaron un modelo para evaluar el coste-efectividad del PST domiciliario mediante dispositivos POC (CoaguChek XS) frente al método clásico de determinación del INR. El modelo se compuso de cuatro estados de salud: no complicaciones, eventos hemorrágicos graves, eventos trombóticos graves y muerte. Del análisis se excluyeron los ACV trombóticos o hemorrágicos leves. La transición entre los distintos estados de salud se realizó en ciclos anuales. Utilizaron como fuentes de datos de efectividad la literatura y la opinión de personas expertas y de costes, bases de datos de instituciones públicas.

En un estudio (31) la EE se realizó en paralelo al ensayo clínico THINRS (prospectivo, aleatorizado y abierto) para evaluar el coste-utilidad de la monitorización domiciliar mediante PST del INR frente al manejo de alta calidad en clínicas especializadas. Los datos del ensayo se recopilaban en 28 centros médicos con clínicas de anticoagulación del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) que cumplieran las directrices de atención de alta calidad en clínicas especializadas, esto es, un servicio de anticoagulación centralizado y especializado, integrado por personal de enfermería y/o personal farmacéutico bajo la supervisión de personal médico que se encargaban de la educación del/de la paciente, la supervisión, la coordinación y las decisiones rutinarias sobre la dosificación. Los datos de los archivos de la VA se utilizaron como fuente para los costes.

En todos los estudios el beneficio se valoró en años de vida ajustados por calidad (AVAC). En el estudio de Sharma *et al.* (29) utilizaron ponderaciones de utilidad que reflejaban la deseabilidad de los estados de salud (0 equivalía a la muerte y 1 a la salud plena) para ajustar el tiempo transcurrido en los diferentes estados del modelo. Para ACV grave y leve, hemorragia grave e HIC aplicaron varios de los valores de utilidad empleado en el modelo utilizado para informar al NICE TA256. Para los estados “tras ACV leve y grave”, se identificaron valores basados en las respuestas del cuestionario EQ-5D de personas que habían sufrido un ACV en Reino Unido. Se asumió aplicar para los ACV isquémicos menores y mayores las mismas utilidades que para los estados dependientes e independientes tras una HIC. Por último, el valor de utilidad para las personas con FA o prótesis valvulares mecánicas estables se tomó como el valor EQ-5D de referencia de pacientes inscritos/as en el ensayo SMART. Las utilidades asociadas a los eventos agudos se aplicaron durante los tres meses posteriores al evento, mientras que para los estados posteriores al evento con morbilidad continua asociada, se aplicaron las utilidades de estado de salud adecuadas para todos los ciclos posteriores transcurridos en dichos estados. Se utilizaron correcciones de medio ciclo.

Kantito *et al.* (30) estimaron los AVAC para cada estado de salud a partir de una revisión de la literatura. Un estudio sobre la calidad de vida medida mediante el SF-36 en pacientes tailandeses/as con ictus reflejó la utilidad para la tromboembolismo. Los valores de utilidad para la hemorragia extracraneal y la HIC, se adoptaron de un estudio realizado en occidente y se ponderaron por la proporción de dichos eventos. Los valores de utilidad de las secuelas de la tromboembolismo y la hemorragia, se obtuvieron de otros dos estudios. Para reflejar la población tailandesa, se utilizó la utilidad de pacientes después de un ACV (EQ-5D ~ 0) en el contexto tailandés para el análisis de sensibilidad. Por último, estimaron la utilidad de pacientes sin complicaciones que tomaban warfarina.

Por su parte, en Phibbs *et al* (31) midieron la calidad de vida mediante el cuestionario HUI-3 en el momento base y en las visitas trimestrales de estudio de pacientes y solo incluyeron las diferencias en AVAC durante los dos primeros años de seguimiento para todos/as los/las pacientes de los que se disponía de datos.

Por último, Paveliu *et al.* (32) ajustaron el tiempo transcurrido en los diferentes estados de salud del modelo de acuerdo con el nivel de utilidad respectivo que refleja la calidad de vida para los diferentes estados de salud, siendo 1 un estado de salud perfecta y 0 la muerte. Las utilidades para el estado inicial y las complicaciones graves las obtuvieron de la literatura y los AVAC se calcularon utilizando las utilidades al inicio del seguimiento, después de

seis meses y 12 meses. Solo se utilizaron las utilidades asociadas a complicaciones graves (ictus trombótico, ictus isquémicos transitorios y embolia pulmonar). A falta de estudios nacionales y según la opinión de las personas expertas consultadas, se asumió que el valor de las utilidades no diferiría de las que se aplicaban en Reino Unido. El modelo no incluyó los ACV hemorrágicos o tromboembolismos menores, considerando que las utilidades para todo un año no diferían de la etapa «sin complicaciones», ya que el/la paciente podía recuperarse por completo.

Con respecto a los costes, Sharma *et al.* (29) calcularon los costes directos sanitarios de la atención estándar de control de la anticoagulación en AP y AE y de la automonitorización. Para el cómputo de los costes de UC (coste de los reactivos, lancetas, tiempo enfermería, tiempo administración, consumibles de oficina, y equipo compartido) el uso anual de recursos necesarios para la monitorización en AP se estimó para 20 visitas por año y el tiempo del personal de enfermería empleado en las visitas en 15 minutos. Además, para el cálculo del coste variable por paciente asociado al seguimiento en un entorno de atención secundaria se asumió que el 33 % de los costes de seguimiento en este entorno fueran fijos y no se vieran influidos por los cambios en el número de personas sometidas a seguimiento. Para la estimación de los costes de la telemonitorización (coste de la automonitorización, dispositivo, consumibles, evaluaciones rutinarias semestrales, de personal sanitario, formación, coste medicamento, costes eventos adversos) se asumió una frecuencia de 35 PST por año (cada 10,42 días). El dispositivo, cuyo coste se obtuvo de la empresa fabricante, se trató como una inversión de capital por lo que se anualizó a lo largo de su vida útil prevista (cinco años) para proporcionar un coste anual/trimestral equivalente de uso. Además, se estimó que tres cuartas partes de los dispositivos fueron reutilizados por otro/a paciente en situaciones donde el/la paciente interrumpe la automonitorización. Se asumió que el coste anual de los consumibles fuese igual al número de pruebas realizadas anualmente por el coste por tira reactiva, suministrada por la empresa fabricante, y que se utilizarían dos tiras reactivas más al año para cotejar cada dispositivo con una máquina de calidad garantizada de la clínica. El control de calidad de los aparatos de automonitorización se aceptó que se realizase en citas clínicas semestrales, en la clínica o consulta local de anticoagulantes donde se inició el autocontrol. El tiempo que el personal sanitario dedicaba al autocontrol (cinco minutos) se basó en opinión de personas expertas. Se asumió que todas las personas automonitorizadas comunicarían todos y cada uno de los resultados de las pruebas a través de una línea telefónica específica, y que personal de enfermería comprobaría y registraría posteriormente los resultados de cada paciente, para luego volver a llamar al/a la paciente con instrucciones para mantener o modificar su dosis de warfarina. En lo referente al coste de

formación se asumió que las personas que realizaban PST necesitarían dos horas de formación individualizada, mientras que aquellas que pasaban al PSM recibirían cuatro horas de formación individualizada antes de comenzar. No se computó el coste de la warfarina ya que se asumió que la cantidad y su coste no variaba significativamente entre las intervenciones comparadas. Por último, los costes de los eventos adversos se adaptaron de los utilizados en el modelo en el que se basa el informe NICE TA256. Los costes se calcularon en libras esterlinas (£) de 2011-12.

Por su parte Kantito *et al.* (30) computaron en su análisis los costes directos médicos (costes de los eventos tromboembólicos, hemorrágicos, de las secuelas y de los servicios hospitalarios) y los costes directos no médicos (coste del transporte y adicionales de alimentación). Se excluyeron los costes indirectos para evitar la doble contabilización. El coste del INR en para la UC se calculó para una frecuencia de las visitas al hospital en un periodo de tres meses, no incluyéndose el coste de la warfarina porque los costes probablemente serían similares entre los grupos y el efecto relativamente pequeño. El coste del manejo del INR para la clínica especializada incluyó el coste de establecimiento de la clínica y de seguimiento, calculados en función de las visitas a la clínica en tres meses. El coste de establecimiento solo se incluyó en el primer año del modelo. Además, se calculó el coste de los servicios. El coste del manejo del PST, realizado en clínica especializada, incluyó el coste de los dispositivos POC, de formación (estos computados solo durante el primer año) y seguimiento. Todos los costes se calcularon teniendo en cuenta la frecuencia del PST y las visitas al hospital en un periodo de tres meses. Por último, los costes del manejo de las secuelas incluyeron los costes de rehabilitación y cuidados. Todos los costes se convirtieron al valor de 2015 utilizando el índice de precios al consumo de la asistencia médica. Para las comparaciones entre países, los valores monetarios en baht tailandés (THB) se convirtieron a dólares estadounidenses (\$) utilizando un tipo de cambio de 1 \$ ~ 35,55 THB.

En el estudio de Phibbs *et al.* (31) se calcularon los costes directos sanitarios de las intervenciones a análisis. Para el coste en clínica especializada se computaron los costes hospitalarios por ingresos graves, otros costes hospitalarios, costes de AP y costes de farmacia ambulatoria. Para el coste de la monitorización domiciliaria mediante PST se calculó además de los anteriores, el coste del dispositivo, de los suministros y de la formación, el seguimiento y la evaluación. Todos los costes fueron ajustados de acuerdo con el índice de precios al consumo a \$ de 2013 excepto los correspondientes al dispositivo y a las tiras reactivas porque se observó una disminución de su precio en el tiempo probablemente debido al aumento de su demanda.

Por último, en el modelo de Paveliu *et al.* (32) los costes incluidos fueron los asociados al control de pacientes sometidos/as a tratamiento con AVK (coste del personal de medicina de familia, de los consumibles, de los laboratorios por determinar el INR) y a los costes por el tratamiento de los eventos adversos (trombosis y hemorragias) derivados del tratamiento con AVK (acenocumarol). Además, se computaron los costes derivados del seguimiento a pacientes crónicos/as, una consulta en el ambulatorio cada seis meses y el coste de 12 pruebas anuales de INR. No se incluyó el pago per cápita al personal de medicina de familia al ser computado por igual en las intervenciones comparadas. Para el cálculo del coste del PST/PSM, se tuvo en cuenta una consulta con una persona especialista en atención ambulatoria, una vez cada seis meses. Se consideró que la formación para el uso del dispositivo no supondría ningún coste adicional y que sería impartida por el personal de ventas de la empresa distribuidora. El coste de las pruebas de PST/PSM realizadas con los sistemas CoaguChek fue facilitado por la empresa proveedora.

En los cuatro estudios (29-32) los resultados se presentaron en términos de un análisis coste-utilidad, es decir, en coste por AVAC ganado generado por una estrategia frente a la otra. En todos ellos se obtuvo la efectividad y coste incremental entre las estrategias analizadas y la RCEI, calculada como el cociente entre el coste y la efectividad incremental.

Se realizaron análisis de sensibilidad determinísticos, probabilísticos y de escenarios para entender cómo la incertidumbre y las variaciones en los parámetros de entrada afectaban los resultados. Sharma *et al.* (29) exploraron el impacto de adoptar horizontes temporales superiores a 10 años en los resultados, de modificar la proporción entre AP y AE en UC, la división proporcional entre las intervenciones activas (PST, PSM), el riesgo basal de tromboembolismo y los riesgos relativos asociados con el PST y el PST. Además, consideraron escenarios de minimización de costes (suponiendo un número igual de pruebas con autocontrol y UC, y equivalencia en los efectos). Por último, para expresar la incertidumbre de las estimaciones de los parámetros en el caso base de la relación coste-efectividad realizaron un análisis de sensibilidad probabilístico. Por su parte Kantito *et al.* (30) llevaron a cabo un análisis de sensibilidad univariante, en el que modificaron todas las probabilidades de transición incluidas, la efectividad del PST, la frecuencia de la prueba y los parámetros de las utilidades y costes, y un análisis de sensibilidad probabilístico para abordar la incertidumbre en las hipótesis. Además, realizaron un análisis coste-efectividad para un escenario en el que se incorporaron las pérdidas de productividad dentro del modelo. Phibbs *et al.* (31) para comprobar los efectos de los resultados ante cambios en las diferencias de costes, las ganancias del HUI-3, el tiempo de amortización de los costes

del dispositivo y los cambios en el coste del dispositivo y los suministros para las pruebas, llevaron a cabo un análisis de sensibilidad determinístico univariante. Además, incluyeron los costes de desplazamiento de los/las pacientes como costes directos no médicos en otro análisis y dividieron la muestra en pacientes con y sin prótesis valvular mecánica, y según la duración del tratamiento con warfarina al inicio del estudio. Además, mediante la técnica de *bootstrapping* dotaron de un enfoque probabilístico al análisis de sensibilidad. Por último, Paveliu *et al.* (32) realizaron un análisis de sensibilidad probabilístico para un umbral de aceptabilidad de 30 000 €/AVAC ganado.

En la tabla 3 se recogen las principales características de los estudios de EE incluidos en el análisis.

Tabla 3. Características de los estudios de EE incluidos

Autor/a, año y lugar	Tipo de estudio	Objetivo	Pregunta de investigación	Fuentes de información	Método
Sharma P et al. 2015 Reino Unido (29)	Análisis coste-utalidad	Evaluar el coste-efectividad del autocontrol (PST en personas que reciben tratamiento a largo plazo con AVK como alternativa a UC de control de la anticoagulación	Población: Pacientes con FA o una válvula cardiaca mecánica que requieran tratamiento prolongado con AVK. Intervención: Autocontrol (PST 50 %, PSM 50 %) del control anticoagulante mediante coagulómetros en el POC. Comparador: UC: monitorización estándar en AP (66,45 %) y secundaria (33,55 %). Beneficios: AVACs. Costes Costes acumulados de la asistencia sanitaria y social.	Efectividad y costes: El modelo se completó utilizando datos derivados de una RS sobre la eficacia clínica, otras revisiones pertinentes para informar los parámetros clave (p. ej. los riesgos iniciales), fuentes habituales de datos sobre costes y estimados por personal clínico experto.	Perspectiva del análisis: La del SNS y los servicios sociales personales. Horizonte temporal: 10 años. Moneda y año: 2011–2012, £. Ajuste temporal: 3,5 % para costes y AVAC. Modelización: Modelo de Markov. Análisis de Sensibilidad: Determinístico univariante y probabilístico.

.../...

.../...

Autor/a, año y lugar	Tipo de estudio	Objetivo	Pregunta de investigación	Fuentes de información	Método
Kantito Set al. 2018 Tailandia (30)	Análisis coste- utilidad	Evaluar el coste- efectividad del PST para el manejo del INR en comparación aUC o la atención en la clínica especializada de anticoagulación.	Población: Pacientes de 45 años que requieren tratamiento con warfarina por indicaciones a largo plazo. Intervención: PST para el manejo del INR. Comparador: UC o en clínica de anticoagulación Beneficios: AVACs Costes: Costes médicos directos (tromboembolismo, hemorragias, secuelas, servicios hospitalarios) y costes no médicos directos (transporte, adicionales de alimentación)	Efectividad: Literatura y bases de datos tailandesas. Costes: Bases de datos tailandesas, empresa sistema de PST.	Perspectiva del análisis: Sociedad y sistema sanitario. Horizonte temporal: Toda la vida. Moneda y año: \$ de 2015. Ajuste temporal: Costes y resultados al 3 %. Modelización: Modelo de Markov. Análisis de Sensibilidad: Determinístico univariante y probabilístico.

.../...

.../...

Autor/a, año y lugar	Tipo de estudio	Objetivo	Pregunta de investigación	Fuentes de información	Método
Phibbs CS et al/ 2016. EE. UU. (31)	Análisis coste- utilidad	El objetivo principal fue realizar un análisis coste- utilidad de la monitorización domiciliaria mediante PST del/ de la paciente del INR frente al manejo de alta calidad en una clínica especializada.	Población: Pacientes con FA o una válvula cardiaca mecánica, o ambas, que requieren tratamiento con warfarina por un periodo indeterminado. Intervención: Monitorización domiciliaria mediante PST para el control del INR. Comparador: Control del INR en clínica especializada. Beneficios: AVACs. Costes: Costes directos sanitarios (coste medidor, suministros, formación, monitorización y evaluación, hospitalización, AP, etc.).	Efectividad: ECA THINRS. Costes: Los costes y los recursos obtuvieron de los cuidados de los archivos centralizados del VA.	Perspectiva del análisis: Del sistema sanitario. Horizonte temporal: Dos años. Moneda y año: \$ de 2013. Ajuste temporal: Costes y utilidades al 3 %. Modelización: No. Análisis de Sensibilidad: Determinístico univariante, probabilístico (<i>bootstrapping</i>) y escenarios.

.../...

.../...

Autor/a, año y lugar	Tipo de estudio	Objetivo	Pregunta de investigación	Fuentes de información	Método
Paveliu MS et al. 2018 Rumanía (32)	Análisis coste- utilidad	Evaluar coste- efectividad de la automonitorización domiciliar de la anticoagulación con dispositivos especiales en comparación con el método clásico de determinación del INR.	Población: Pacientes con 65años de media que reciben TAO. Intervención: Automonitorización domiciliar para la determinación del INR. Comparador: UC prestada por personal de medicina de familia y especialistas en centros ambulatorios. Beneficios: AVACs. Costes: Costes directos sanitarios de ambas alternativas (del dispositivo, de los consumibles, del personal especialista, de la prueba, de la medicación).	Efectividad y costes: Literatura, opinión de personas expertas, datos epidemiológicos y de costes proporcionados por instituciones públicas.	Perspectiva del análisis: Del sistema sanitario. Horizonte temporal: 5 años. Moneda y año: € de 2015. Ajuste temporal: Costes y utilidades al 3 %. Modelización: Modelos de Markov. Análisis de Sensibilidad: Probabilístico.

IV.2.3. Calidad de la evidencia de los estudios de evaluación económica

En la tabla 4 queda reflejada la calidad de la evidencia de los cuatro estudios de EE (29-32) incluidos en el informe, calidad analizada mediante la herramienta de FLC 3.0 (9). La calidad de la evidencia de tres estudios se consideró alta (29, 30, 32), y media en uno (31).

Analizados los diferentes dominios de las FLC, se observó que el dominio método fue evaluado como “parcialmente” en un estudio (31), el dominio conflicto de interés fue evaluado como “no” en uno (32) y el dominio validez externa como “parcialmente” en dos (29, 32) y “no” en los otros dos (30,31). El dominio métodos se clasificó como “parcialmente” en el estudio de Phibbs *et al.* (31) porque no se describieron con claridad los costes que medían cada uno de los estados de salud del modelo. Con respecto al dominio conflicto de intereses, en el estudio de Paveliu *et al.* (32) se clasificó con “no” porque no se indicó si los hubo o no y porque no se señaló si el estudio fue o no financiado. Por último, la validez externa se clasificó como “parcialmente” en el estudio de Sharma *et al.* (29) porque el análisis se desarrolló en paralelo al ensayo clínico THINRS y las fuentes de costes fueron bases de datos de Reino Unido y en el estudio de Paveliu *et al.* (32) porque los datos de efectividad se derivaron de la literatura y de opinión de personas expertas y los de costes de bases de datos propias de Rumanía. Realizar un estudio de EE con base en un ensayo clínico puede suponer que la validez externa de sus resultados no sea buena, porque estos suelen ser aplicables solo para ese ensayo o para contextos sanitarios muy similares a los del ensayo, debido a que la población y los centros sanitarios en los que se llevan a cabo suelen estar controlados y sometidos a un protocolo restrictivo. Que los costes se obtengan de fuentes propias de los países en donde se realizan los estudios puede implicar que no sean aplicables a contextos sanitarios diferentes. Los resultados de los estudios de Kantito *et al.* (30) y Phibbs *et al.* (31) no tuvieron validez externa debido a que se hicieron en dos sistemas sanitarios de salud, Talilandia y EE. UU., muy diferentes al español.

Tabla 4. Valoración de la calidad de los estudios de EE incluidos

Ref	Pregunta	Métodos	Resultados	Conclusiones	Conflicto de intereses	Validez externa	Calidad del estudio
Sharma P <i>et al.</i> , 2015 (29)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcialmente	Alta
Kantito S <i>et al.</i> , 2018 (30)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Alta
Phibbs <i>et al.</i> , 2016 (31)	Sí	Parcialmente	Sí	Sí	Sí	No	Media
Paveliu <i>et al.</i> , 2018 (32)	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Parcialmente	Alta

IV.2.4. Resultados de los estudios de evaluación económica

En tres estudios (29-32), se observó que el coste y la efectividad incremental fueron superiores para el autocontrol, mediante PST o PSM, para el manejo del INR en pacientes en TAO con AVK en comparación con la alternativa estándar de control de la anticoagulación, bien en AP, AE o clínica especializada, mientras que en uno (32), el coste incremental fue menor y la efectividad incremental mayor.

Sharma *et al.* (29), para el caso base analizado en el que se comparó el autocontrol (proporción de 50 % de PST y 50 % de PSM) del INR mediante coagulómetros en POC frente su monitoreo en AP y AE (proporción 66,45 % y 33,55 %, respectivamente), obtuvieron un coste incremental igual a 2 £, una efectividad incremental igual a 0,028 AVAC y un RCEI igual a 71 £/AVAC ganado.

Por su parte, Kantito *et al.* (30), cuando compararon la gestión del INR mediante PST con dispositivos POC frente a UC, obtuvieron, para la perspectiva del sistema sanitario, un coste incremental, una efectividad incremental y un RCEI igual a 3581 \$, 0,874 AVAC y 4099 \$/AVAC ganado, respectivamente, y para la perspectiva social igual a 2566 \$, 0,874 AVAC y 3625 \$/AVAC ganado, respectivamente. Cuando se comparó frente a clínica especializada, para la perspectiva del sistema sanitario, el coste incremental, la efectividad incremental y el RECI fue igual a 1060\$, 0,161 AVAC y 6581 \$/AVAC ganado, respectivamente, y para la perspectiva social igual a 592 \$, 0,161 AVAC y 3676 \$/AVAC ganado, respectivamente.

En el estudio de Phibbs *et al.* (31), en el que se comparó la monitorización domiciliaria mediante PST de INR frente a su manejo en una clínica especializada, el coste incremental fue de 974 \$, la efectividad incremental de 0,175 AVAC y el RCEI de 5566 \$/AVAC ganado.

Por último, en el estudio de Paveliu *et al.* (32), en el que se comparó el autocontrol domiciliario mediante dispositivos en POC frente al método clásico de detección del INR, el coste incremental fue igual a -68 € y la efectividad incremental igual a 0,09 AVAC, es decir, el autocontrol fue una intervención dominante frente a UC.

Análisis de sensibilidad

Los análisis de sensibilidad determinísticos univariantes realizados en los estudios indicaron que el riesgo relativo (RR) de los eventos de tromboembolismo asociados a la automonitorización, así como a la frecuencia

en la realización de la automonitorización, son los parámetros que más pueden influir en que la intervención de automonitorización, mediante PST o PSM, para el manejo del INR en pacientes en TAO con AVK sea coste-efectiva frente a la alternativa estándar de control de la anticoagulación, bien en AP, AE o clínica especializada. Los análisis de sensibilidad determinístico señalaron que la probabilidad de que el autocontrol fuese coste-efectiva en comparación con la alternativa estándar varió entre un 71 y un 80 % para distintas disponibilidades a pagar.

Sharma *et al.* (29) señalaron que ante cambios individuales dentro de rangos factibles en los parámetros riesgo basal de eventos tromboembólicos y el efecto relativo de la automonitorización sobre estos eventos, claves para el análisis coste-efectividad, los resultados del modelo se mantuvieron sólidos, excepto cuando un riesgo basal de eventos tromboembólicos del 1,15 % se combinó con un RR asociado con el PSM de 0,69 o con un RR asociado con la PST de 0,84, en cuyo caso el RCEI superó el umbral de disponibilidad a pagar de 30 000 £/AVAC ganado. Además, se observó que cuando el PSM fue del 100 % esta fue una intervención dominante, mientras que cuando el PST fue del 100 % esta no fue coste-efectiva. Cuando el horizonte temporal se extendió a 20 y 30 años el autocontrol fue la intervención dominante frente al control en AP y AE. Por último, se calculó que para una disponibilidad a pagar de 20 000 £/AVAC ganado, la probabilidad de que el autocontrol fuese coste-efectivo fue del 80 %.

Por otro lado, Kantito *et al.* (30) indicaron que, cuando se comparó el PST con la UC, las variables analizadas en el análisis de sensibilidad univariante que más influencia tuvieron sobre el RCEI fueron: la eficacia del PST en la hemorragia (RR 1,032) y en el tromboembolismo (RR 0,981), la edad de inicio del PST (60 años), la frecuencia con que se realizó el PST (12 veces cada tres meses), y la tasa de descuento (6 %). Cuando se comparó frente a la clínica especializada, las variables más influyentes en el RCEI fueron: la frecuencia con que se realizó el PST (12 veces cada tres meses), las visitas al hospital (tres veces cada tres meses), la edad de inicio del PST (60 años), la eficacia del PST en el tromboembolismo (RR 1,29) y la tasa de descuento (6 %). Los valores señalados para estas variables implicaron que el PST no fuese costo-efectivo frente a UC y clínica especializada para un umbral de disponibilidad a pagar de 160 000 THB/AVAC ganado. El análisis de sensibilidad probabilístico realizado señaló una probabilidad de que el PST fuese coste-efectiva frente al UC del 71 % y frente a la clínica especializada del 51,9 %, para una disponibilidad a pagar de 160 000 THB/AVAC ganado.

En el estudio de Phibbs *et al.* (31) se observó que el aumento de la diferencia de costes en una desviación estándar, que el periodo de amortización

del medidor fuese superior a cinco años, que se incluyesen los gastos de desplazamiento de pacientes, que los/las pacientes tuvieron una prótesis valvular mecánica o solo FA, o que tomaran warfarina más o menos de doce meses, no implicó cambios en la tendencia de los resultados obtenidos en el caso base, es decir, estos se observaron robustos. Además, se obtuvo que realizar el autocontrol dos veces a la semana o cada cuatro semanas era una intervención dominante frente al manejo en clínica especializada.

Para finalizar, Paveliu *et al.* (32) llevaron a cabo un análisis de sensibilidad probabilístico el cual indicó que para una disponibilidad a pagar de 30 000 €/AVAC ganado la probabilidad de que el autocontrol (PST) fuese coste-efectiva en comparación con UC fue del 75 %.

En la tabla 5 se recogen los resultados de los estudios de EE incluidos en el análisis.

Tabla 5. Resultados de los estudios de EE incluidos

Autor/a, año y lugar	Efectividad	Coste	Efectividad incremental	Coste incremental	RCEI	Análisis de sensibilidad
Sharma P et al. 2015 Reino Unido (29)	Caso base: 50 % PST y 50 % PSM vs. monitoreo estándar: Monitoreo estándar: 5,479 AVAC Automonitorización: 5,507 AVAC	Caso base: 50 % PST y 50 % PSM vs. monitoreo estándar: Monitoreo estándar: 7324 £ Automonitorización: 7326 £	Caso base: 50 % PST y 50 % PSM vs. monitoreo estándar: 0,028 AVAC	Caso base: 50 % PST y 50 % PSM vs. monitoreo estándar: 2 £	Caso base: 50 % PST y 50 % PSM vs. monitoreo estándar: 71 £/AVAC ganado	100 % PSM vs. monitoreo estándar: Coste incremental: -930 £ Efectividad incremental: 0,056 AVAC. RCEI: dominante. 100 % PST vs. monitoreo estándar: Coste incremental: 934 £ Efectividad incremental: 0,000 AVAC. RCEI: 2 811 298 £/ AVAC ganado. 50-50 % entre PST y PSM vs. monitoreo estándar, pero aplicando estimaciones de RR agrupadas para toda la automonitorización en su conjunto. Coste incremental: -582 £ Efectividad incremental: 0,054 AVAC. RCEI: dominante. 60 % PST, 40 % PSM vs. monitoreo estándar: Coste incremental: 188 £ Efectividad incremental: 0,022 AVAC. RCEI: 8401 £/AVAC ganado. 40 % PST, 60 % PSM vs. monitoreo estándar:

.../...

.../...

Autor/a, año y lugar	Efectividad	Coste	Efectividad incremental	Coste incremental	RCEI	Análisis de sensibilidad
						Coste incremental: -184 £ Efectividad incremental: 0,033 AVAC. RCEI: dominante. Riesgo basal de eventos de tromboembolismo= 1,15 % Coste incremental: 246 £ Efectividad incremental: 0,017 AVAC. RCEI: 14 089 £/AVAC ganado. RR de eventos de tromboembolismo asociados con el autotratamiento = 0,69 (PST = 0,99 según el caso base): Coste incremental: 271 £ Efectividad incremental: 0,016 AVAC. RCEI: 16 702 £/AVAC ganado. RR de eventos de tromboembolismo asociados con automonitorización en su conjunto = 0,84 (aplicado a las pruebas de PST y PSM): Coste incremental: 259 £ Efectividad incremental: 0,017 AVAC. RCEI: 15 350 £/AVAC ganado.

.../...

.../...

Autor/a, año y lugar	Efectividad	Coste	Efectividad incremental	Coste incremental	RCEI	Análisis de sensibilidad
						Riesgo base de eventos de tromboembolismo = 1,15 %, RR asociado con PSM = 0,69 Coste incremental: 428 £ Efectividad incremental: 0,010 AVAC. RCEI: 45 012 £/AVAC ganado. Riesgo base de eventos de tromboembolismo = 1,15 %, RR asociado con PST = 0,84: Coste incremental: 419 £ Efectividad incremental: 0,010 AVAC. RCEI: 42 086 £/AVAC ganado. Horizonte temporal de 20 años: Coste incremental: -374 £ Efectividad incremental: 0,077 AVAC. RCEI: dominante. Horizonte temporal 30 años: Coste incremental: -378 £ Efectividad incremental: 0,104 AVAC. RCEI: dominante.

.../...

.../...

Autor/a, año y lugar	Efectividad	Coste	Efectividad incremental	Coste incremental	RCEI	Análisis de sensibilidad
						Análisis de sensibilidad probabilístico: Para un umbral de disponibilidad a pagar de 20 000 £/AVAC ganado la probabilidad de que automonitorización (50 % PST y 50 % PSM) vs. monitoreo estándar sea coste-efectivo es aproximadamente del 80 %.
Kantito S <i>et al.</i> 2018 Tailandia (30)	PST vs. UC PST: 10,930 AVAC UC: 10,056 AVAC PST vs. clínica especializada PST: 10,727 AVAC Clínica especializada: 10,566 AVAC	PST vs. UC <i>Perspectiva Sistema sanitario</i> PST: 6907 \$ UC: 3326 \$ <i>Perspectiva social</i> PST: 7423 \$ UC: 4257 \$	PST vs. UC: 0,874 AVAC PST vs. clínica especializada: 0,161 AVAC	PST vs. UC <i>Perspectiva Sistema sanitario</i> 3581 \$ <i>Perspectiva social</i> 2566 \$	PST vs. UC <i>Perspectiva Sistema sanitario</i> 4099 \$/AVAC ganado <i>Perspectiva social</i> 3625 \$/AVAC ganado	Análisis de sensibilidad probabilístico: Para una disponibilidad a pagar de 160 000 THB/AVAC ganado, la probabilidad de que PST vs. UC y PST vs. clínica especializada sean coste-efectivos es del 74,1 y del 51,9 %, respectivamente.

.../...

.../...

Autor/a, año y lugar	Efectividad	Coste	Efectividad incremental	Coste incremental	RCEI	Análisis de sensibilidad
		PST vs. clínica especializada <i>Perspectiva Sistema sanitario</i> PST: 7034 \$ UC: 5974 \$ <i>Perspectiva social</i> PST: 7571 \$ UC: 6979 \$		PST vs. clínica especializada <i>Perspectiva Sistema sanitario</i> 1060 \$ <i>Perspectiva social</i> 592 \$	PST vs. clínica especializada <i>Perspectiva Sistema sanitario</i> 6581 \$/AVAC ganado <i>Perspectiva social</i> 3676 \$/AVAC ganado	Análisis de sensibilidad univariante: De las 32 variables analizadas se observa que la eficacia del PST en la hemorragia y el tromboembolismo, la edad de inicio del PST, la frecuencia de los PST y las visitas al hospital, y la tasa de descuento eran los factores que más influían en el RCEI.
Phibbs CS et al. 2016 EE. UU (31)	PST semanal vs. HQACM (clínica especializada en anticoagulación) PST: 1,226 AVAC HQACM: 1,051	PST semanal vs. HQACM PST: 33 460 \$ HQACM: 32 484 \$	PST semanal vs. HQACM 0,175 AVAC	PST semanal vs. HQACM 974 \$	PST semanal vs. HQACM 5566 \$/AVAC ganado	Análisis de sensibilidad univariante: <i>Para un aumento de la diferencia de costes en una desviación estándar:</i> RCEI: 14 381 \$/AVAC ganado <i>Cuando los costes del medidor se amortizan a lo largo de los cinco años:</i> RCEI: 2477 \$/AVAC ganado. <i>Cuando se incluyen los gastos de desplazamiento de pacientes como coste directo no médico:</i> RCEI: 4914 \$/AVAC ganado.

.../...

.../...

Autor/a, año y lugar	Efectividad	Coste	Efectividad incremental	Coste incremental	RCEI	Análisis de sensibilidad
						Para pacientes con una válvula cardíaca mecánica: RCEI: 2753 \$/AVAC ganado. Para pacientes que solo tienen FA: RCEI: 6641 \$ /AVAC ganado. Para pacientes que han tomado warfarina durante menos de 12 meses al inicio del estudio: RCEI: 8584 \$/AVAC ganado. Para pacientes que han tomado warfarina durante más de 12 meses: RCEI: 5041 \$/AVAC ganado.
Paveliu MS et al. 2018 Rumania (32)	Automonitorización: 3,07 AVACs UC: 2,99 AVACs	Automonitorización: 938 € UC: 1006 €	0,09 AVAC	-68 €	Dominante	Análisis de sensibilidad probabilístico: Para una disponibilidad a pagar de 30 000 €/AVAC ganado la probabilidad de que la automonitorización sea coste-efectiva vs. UC es del 75 %.

V. Discusión

V.1. Perspectiva de pacientes y profesionales

Esta revisión sintetiza la evidencia publicada entre 2015 y 2025 sobre la aceptabilidad y la experiencia de pacientes y profesionales en programas de autocontrol del TAO con AVK (12-28).

Los resultados de esta revisión deben interpretarse en el contexto actual del manejo de la anticoagulación en el SNS. La introducción de los ACOD ha ampliado las opciones terapéuticas disponibles para la anticoagulación oral y ha modificado el patrón de utilización de los AVK en distintas indicaciones. No obstante, los AVK continúan desempeñando un papel relevante en la práctica clínica, particularmente en determinadas situaciones en las que los ACOD no están recomendados o se consideran menos adecuados.

En línea con los informes de posicionamiento terapéutico elaborados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), los ACOD constituyen una alternativa a los AVK en varias indicaciones de anticoagulación oral, aunque los AVK continúan utilizándose en determinados perfiles de pacientes y situaciones clínicas específicas. Muchos/as de estos/estas pacientes requieren tratamientos anticoagulantes prolongados o de por vida y un seguimiento estrecho del INR. En este contexto, estrategias como el autocontrol del TAO (PST/PSM) pueden contribuir a optimizar el control del tratamiento, mejorar la calidad de vida de pacientes y reducir la carga asistencial asociada al seguimiento convencional (33,34).

En conjunto, los resultados muestran que, desde la perspectiva de pacientes, el PST/PSM se asocia de forma consistente con una mayor autonomía y sensación de control sobre el tratamiento, una reducción de la carga asociada al seguimiento convencional -en términos de desplazamientos, tiempos y dependencia del sistema sanitario- y una elevada satisfacción global, especialmente cuando estos modelos se implementan con formación estructurada y soporte profesional accesible.

Estos hallazgos se reproducen de forma coherente en diferentes contextos asistenciales, incluyendo programas estructurados, práctica clínica habitual, uso de herramientas digitales y situaciones excepcionales como la pandemia de COVID-19. Esta consistencia narrativa sugiere que los beneficios experienciales del PST/PSM dependen menos del tipo específico de tecnología utilizada y más del contexto organizativo, relacional y de soporte clínico en el que se integran los programas, siempre que se garantice un funcionamiento técnico adecuado.

No obstante, la evidencia también pone de manifiesto que la experiencia positiva no es universal y está condicionada por las características de los/las pacientes y por el modo de implementación de los programas. Especialmente en las fases iniciales, algunos estudios describen incertidumbre, ansiedad ante resultados fuera de rango o dificultades técnicas relacionadas con la obtención de la muestra capilar, el mantenimiento del dispositivo, la realización de controles de calidad o el uso de aplicaciones digitales.

De forma transversal, emergen determinantes relevantes de equidad y accesibilidad, como el coste de los dispositivos y consumibles, la alfabetización sanitaria y digital, o la fragilidad clínica, que pueden limitar el acceso o condicionar la experiencia del autocontrol. En este sentido, algunos/as pacientes pueden requerir el apoyo de familiares o personas cuidadoras para realizar correctamente los controles o para interpretar los resultados, lo que pone de relieve la importancia de considerar también el papel del entorno familiar en el diseño e implementación de estos programas.

La evidencia procedente de la perspectiva profesional -aunque limitada a un único estudio cualitativo- refuerza estos resultados al situar la implantación del PST/PSM en un marco de barreras estructurales: la financiación y reembolso insuficientes, la ausencia de protocolos estandarizados, la indefinición de roles, las dificultades de coordinación interprofesional y la falta de formación específica. La ausencia de estos elementos compromete la escalabilidad del modelo de forma segura y sostenible.

En este sentido, los hallazgos sugieren que el PST/PSM debe interpretarse como una intervención compleja, en la que el componente tecnológico -coagulómetros portátiles, aplicaciones móviles o registros *online*- constituye solo uno de los elementos del modelo asistencial. La aceptabilidad y la experiencia positiva no dependen de un único factor, sino de la interacción entre la capacidad, motivación y preferencias de pacientes; la formación estructurada y el acompañamiento profesional; la existencia de circuitos asistenciales y roles claramente definidos; y las condiciones de accesibilidad y equidad del sistema en el que se implementa el programa.

La evidencia converge hacia un paradigma de “autonomía supervisada”. Los/las pacientes valoran la independencia y la flexibilidad asociadas al PST/PSM, pero la confianza -tanto de pacientes como de profesionales- se sostiene cuando existe un sistema visible de soporte, supervisión clínica, control de calidad del dispositivo y canales de comunicación accesibles. La transición desde PST a PSM aparece como un continuo, y no como una dicotomía: mientras algunos/as pacientes desean asumir la dosificación y la toma de decisiones, otros/as prefieren mantener distintos grados de apoyo clínico. Este hallazgo tiene implicaciones directas para el diseño de itinerarios escalonados

y personalizados de capacitación, coherentes con un enfoque de atención centrada en la persona y con la evaluación de intervenciones complejas en el ámbito de la ETS.

En la práctica clínica, la implementación de programas de automonitorización o autocontrol del TAO suele articularse en torno a consultas o unidades de anticoagulación en las que el papel del personal de enfermería especializada resulta central. Estos/as profesionales participan en la selección de pacientes candidatos/as, la formación en el uso de los dispositivos, la evaluación de las competencias necesarias para el autocontrol y el seguimiento clínico y educativo de pacientes. La evidencia internacional sugiere que los mejores resultados en términos de control del INR, seguridad del tratamiento y satisfacción de pacientes se obtienen cuando estos programas se desarrollan en el marco de modelos organizativos estructurados, con protocolos normalizados y programas escalonados que pueden incluir el PST como primer nivel y el PSM en pacientes que, tras un proceso de formación y evaluación de competencias, están capacitados/as para asumir el autocontrol completo del tratamiento.

Los comentarios procedentes de la revisión externa realizada por representantes de pacientes subrayan también que la implementación efectiva de programas de automonitorización y autocontrol del TAO debe apoyarse en tres elementos clave: una adecuada selección y formación de pacientes y/o de las personas responsables de su cuidado, la disponibilidad de apoyo profesional para el seguimiento clínico y la resolución de incidencias, y la garantía técnica del correcto funcionamiento de los dispositivos utilizados, incluyendo los controles de calidad recomendados. Asimismo, las asociaciones de pacientes pueden desempeñar un papel relevante en la difusión de información, el apoyo entre iguales y la promoción de iniciativas formativas que faciliten la implantación de estos programas.

En todos los estudios incluidos, el PST/PSM se apoya en herramientas tecnológicas, al menos en forma de coagulómetros portátiles, y en varios casos también mediante plataformas digitales, registros *online* o aplicaciones móviles. En los artículos que describen con mayor detalle estos componentes digitales, se observa un potencial claro para mejorar la experiencia de pacientes mediante registros estructurados, seguimiento longitudinal, retroalimentación clínica y una mayor sensación de seguridad y continuidad asistencial. Sin embargo, estos beneficios coexisten con barreras prácticas relacionadas con la facilidad de uso, el mantenimiento del dispositivo, los controles técnicos y las competencias digitales requeridas. La digitalización actúa como facilitador cuando aporta un valor tangible -simplificación de tareas, mejora de la comunicación y reducción de la incertidumbre- y cuando existe soporte técnico

y clínico adecuado; por el contrario, puede convertirse en una barrera cuando incrementa la complejidad del proceso o desplaza hacia el/la paciente responsabilidades adicionales sin apoyo suficiente. Ninguno de los estudios sugiere que la tecnología, por sí sola, pueda compensar déficits organizativos, formativos o de soporte profesional.

Un hallazgo transversal es que el PST/PSM puede amplificar desigualdades si el acceso depende de la autofinanciación de dispositivos o si los criterios de elegibilidad favorecen perfiles con mayor alfabetización, recursos económicos o apoyo familiar. La evidencia cualitativa pone de relieve tensiones entre la “autonomía como beneficio” y la “autonomía como carga”, especialmente cuando los/las pacientes perciben presión por mantener resultados adecuados o temor a perder el acceso al programa en ausencia de soporte suficiente.

En población de mayor edad, los estudios sugieren que la edad, por sí sola, no constituye un criterio excluyente para el PST/PSM. La viabilidad depende de una selección adecuada, una formación adaptada y un soporte continuado. Desde una perspectiva de ETS, estos hallazgos subrayan la necesidad de considerar explícitamente políticas de financiación y reembolso, medidas de apoyo a la alfabetización sanitaria y digital, y criterios de elegibilidad transparentes y revisables, que eviten excluir sistemáticamente a poblaciones vulnerables sin ofrecer alternativas asistenciales.

Aunque la evidencia desde la perspectiva profesional es limitada, los resultados disponibles no contradicen, sino que refuerzan, los patrones identificados desde la experiencia de los/las pacientes. Los/las profesionales reconocen beneficios potenciales del PST/PSM -mejor continuidad asistencial, mayor autonomía del/de la paciente y posible reducción de la carga asistencial-, pero señalan como condición necesaria la existencia de protocolos claros, formación específica, coordinación entre niveles asistenciales y financiación adecuada. La seguridad del PST/PSM se configura así no solo como una cuestión clínica, sino también organizativa y relacional, basada en la confianza bidireccional, la trazabilidad de los procesos y la claridad en la asignación de responsabilidades.

La mayoría de los estudios incluidos presentan una calidad metodológica moderada. Las limitaciones más frecuentes incluyen tamaños muestrales reducidos, selección de pacientes motivados/as y con buena capacidad funcional o cognitiva, ausencia de comparadores robustos y dependencia de medidas autoinformadas. No obstante, la fortaleza de la evidencia reside en la convergencia temática observada entre estudios, contextos y metodologías, que aporta una señal consistente y conceptualmente coherente sobre los dominios experienciales clave: autonomía, carga del tratamiento, seguridad percibida, tecnología, apoyo profesional y equidad.

Asimismo, la heterogeneidad de los diseños de estudio, los contextos asistenciales y los componentes de las intervenciones limita la comparabilidad directa entre los estudios incluidos. Además, el predominio de estudios realizados en contextos europeos y en muestras de pacientes seleccionados/as puede infrarrepresentar la experiencia de personas con menor alfabetización sanitaria o digital, menor acceso a recursos tecnológicos o mayor vulnerabilidad social. Además, parte de la evidencia procede de sistemas sanitarios con modelos de financiación y organización del PST/PSM diferentes al del SNS, lo que puede limitar la transferibilidad directa de algunos resultados. No obstante, los factores identificados como facilitadores -entre ellos la formación estructurada de pacientes, la disponibilidad de soporte profesional accesible, la definición clara de criterios de selección y la financiación adecuada de dispositivos y consumibles- parecen ser relevantes en distintos contextos organizativos y sanitarios.

Desde una perspectiva analítica, la evidencia permite identificar condiciones de implementación asociadas a una experiencia aceptable y segura del PST/PSM: formación estructurada y proporcional al nivel de autocontrol, soporte profesional accesible, protocolos claros y definición de roles, soporte técnico y de calidad del dispositivo, e integración explícita de consideraciones de equidad vinculadas a financiación y accesibilidad. Asimismo, se identifica la necesidad de que futuras investigaciones incorporen evaluaciones longitudinales de experiencia, utilicen instrumentos validados y analicen de forma específica el impacto del PST/PSM en términos de equidad y en poblaciones con mayor vulnerabilidad o multimorbilidad.

V.2. Evaluación económica

En esta RS se identificaron cuatro estudios de EE completos (29-32) en los que se examinó un procedimiento de automonitorización domiciliaria, mediante PST o PSM, para el manejo del INR en pacientes en TAO a largo plazo con AVK (acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®) frente a la alternativa estándar de control del INR en el ámbito asistencial: AP o AE o clínica especializada.

La calidad de la evidencia de estos fue calificada como alta en tres (29,30, 32) y media en uno (31). Que este se clasificase con calidad media es debido a que el dominio método fue evaluado como “parcialmente” al no describirse con claridad los costes que medían cada uno de los estados de salud del modelo. Aunque el estudio de Paveliu *et al.* (32) se clasificó como de calidad alta, en él no se indicó si hubo o no conflicto de intereses ni si fue o no financiado, lo cual podría bajar un poco la confianza en los resultados que obtuvieron.

A pesar de la heterogeneidad observada entre los estudios de EE incluidos en esta revisión, debida a que se llevaron a cabo en sistemas sanitarios diferentes, en base a modelos analíticos de Markov diferentes, basados en fuentes de datos de costes y efectividad propias para los países en donde se realizaron, lo que dio lugar a costes y medidas de efectividad (AVAC) diferentes, los resultados de estos señalaron que la implantación de un procedimiento de automonitorización domiciliaria, mediante PST o PSM, para el manejo del INR en pacientes en TAO a largo plazo con AVK implicó una efectividad incremental mayor y un coste incremental superior en tres (29-31) o inferior en uno (32) en comparación con a la alternativa estándar de control del INR en el ámbito asistencial: AP o AE o clínica especializada. Para los estudios en los que la ganancia en efectividad se obtuvo a un coste mayor, los RCEI calculados para los casos base fueron inferiores a los umbrales coste efectividad incremental comúnmente aceptados en los países en los que se llevaron a cabo. Así, en el estudio de Sharma *et al.* (29) para un umbral coste-efectividad incremental de 30 000 £/AVAC ganado el RCEI fue de 71 £/AVAC ganado; en el de Kantito *et al.* (30) para un umbral de 4500 \$/AVAC ganado el RCEI fue de 4099 \$/ AVAC ganado cuando el comparador fue la UC y la perspectiva fue la del sistema sanitario, de 3625 \$/ AVAC ganado cuando el comparador fue la UC y la perspectiva fue social, de 6581 \$/AVAC ganado cuando el comparador fue la clínica especializada y la perspectiva fue la del sistema sanitario, y de 3676 \$/AVAC ganado cuando el comparador fue la clínica especializada y la perspectiva fue social; y en el de Phibbs *et al.* (31) para un umbral de 50 000 \$/AVAC ganado el RCEI fue de 5566 \$/AVAC ganado.

Los análisis de sensibilidad determinísticos univariantes llevados a cabo en los estudios incluidos indicaron que los resultados señalados fueron bastante robustos a las modificaciones analizadas en los valores de las variables utilizadas para su cálculo y que los parámetros que más pudieron influir sobre los RCEI obtenidos fueron el RR de los eventos tromboembólicos asociados a la automonitorización, así como a la frecuencia en la realización de la automonitorización. Las variaciones en los valores analizados en los análisis de sensibilidad hicieron que el procedimiento de automonitorización domiciliaria, mediante PST o PSM, para el manejo del INR en pacientes en TAO a largo plazo con AVK fuese o no coste-efectivo en comparación a la alternativa estándar de control del INR en el ámbito asistencial. Los análisis de sensibilidad probabilístico realizados en tres estudios (29, 30, 32) señalaron que para disponibilidades a pagar de 20 000 £, 160 000 THB y 30 000 € por AVAC ganado, la probabilidad de que la intervención de automonitorización analizada fuese coste-efectiva fue del 80, 71 y 75 %, respectivamente,

Con base en los resultados obtenidos en los estudios incluidos en esta revisión parece viable presuponer que el autocontrol domiciliario, mediante

PST o PSM, para el manejo del INR en pacientes en TAO a largo plazo con AVK (acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®)) puede ser coste-efectiva frente a la alternativa estándar de control del INR en el ámbito asistencial: AP o AE o clínica especializada. Ahora bien, dado que estos se realizaron en contextos sanitarios diferentes al español, hay que preguntarse si los resultados de coste-efectividad obtenidos en ellos son generalizables, es decir, si las conclusiones obtenidas en un contexto pueden aplicarse directamente a contextos locales, en este caso al del SNS español, sin modificaciones sustanciales. Poner García-Pérez L. *et al.* (35) llevaron a cabo un estudio publicado en 2026 con el objetivo de analizar la posibilidad de generalización de las EE extranjeras al sistema sanitario español, definiéndose esta como la concordancia en las decisiones basadas en la comparación de los RCEI y los umbrales de rentabilidad entre países. Como conclusión obtuvieron que los resultados de coste-efectividad extranjeros, en particular los de los países de la zona euro (como Francia, Alemania e Italia) y de Reino Unido, a menudo pueden ser transferibles y proporcionar información útil para la toma de decisiones en España, aunque esta conclusión estuvo limitada para la evaluación de medicamentos. De acuerdo con este estudio, parece razonable suponer que, de los cuatro estudios incluidos en la revisión, los resultados de los realizados en Reino Unido y Rumanía (zona euro) por Sharma *et al.* (29) y Paveliu *et al.* (32), respectivamente, podrían ser aplicables al contexto sanitario español.

VI. Conclusiones generales

- Se incluyeron 17 estudios publicados entre 2015 y 2025 que aportan evidencia sobre la experiencia, aceptabilidad y percepción de pacientes y/o profesionales en programas de autocontrol del TAO con AVK, en sus modalidades de PST y PSM. La evidencia procede mayoritariamente de estudios observacionales y cualitativos realizados en condiciones de práctica clínica habitual, principalmente en el contexto europeo.
- En conjunto, los programas de PST/PSM muestran una alta aceptabilidad por parte de los/las pacientes y se asocian con una experiencia global positiva, especialmente en términos de comodidad, autonomía, satisfacción y reducción de la carga asociada al seguimiento convencional, siempre que se implementen con formación estructurada y apoyo profesional accesible.
- El autocontrol domiciliario contribuye de forma consistente a una mejor integración del control del INR en la vida cotidiana, mediante la disminución de desplazamientos y visitas presenciales, una mayor flexibilidad organizativa y una percepción de mejora de la calidad de vida relacionada con el tratamiento.
- El aumento de la autonomía, el control percibido y la autoeficacia constituye uno de los principales beneficios del PST/PSM. No obstante, este proceso es heterogéneo y progresivo, y no todos los/las pacientes desean ni toleran el mismo grado de responsabilidad, lo que refuerza la necesidad de criterios de selección individualizada y de modelos de seguimiento flexibles.
- El autocontrol completo del tratamiento (PSM no es adecuado para todos los/las pacientes. La transición desde PST a PSM debe concebirse como un proceso gradual, opcional y adaptable, y no como un objetivo universal, manteniendo distintos niveles de supervisión clínica según las necesidades y preferencias del/de la paciente.
- La seguridad percibida del PST/PSM está estrechamente vinculada a la calidad de la formación inicial, a la experiencia acumulada y a la disponibilidad de apoyo profesional, especialmente durante las fases iniciales del programa y ante resultados fuera de rango.
- Los programas de PST/PSM se apoyan necesariamente en herramientas tecnológicas, al menos en forma de coagulómetros portátiles, y en algunos casos mediante registros digitales o aplicaciones móviles. Estas tecnologías son generalmente bien aceptadas cuando son fiables,

intuitivas e integradas en los circuitos asistenciales, si bien las barreras técnicas y de alfabetización digital pueden limitar la elegibilidad y la experiencia de determinados perfiles de pacientes.

- Se identifican barreras relevantes de equidad y accesibilidad, especialmente cuando el coste de los dispositivos y consumibles recae en los/las pacientes. El componente económico, junto con la alfabetización sanitaria y digital y la fragilidad clínica, condiciona el acceso, la adherencia y la sostenibilidad de los programas de PST/PSM.
- Desde la perspectiva de los/las profesionales sanitarios/as la implantación del PST/PSM se ve condicionada por factores organizativos, como la ausencia de protocolos estandarizados, la falta de mecanismos de financiación y reembolso, la variabilidad territorial y la insuficiente coordinación entre niveles asistenciales. No obstante, los/las profesionales muestran una actitud favorable cuando existen garantías de seguridad, formación adecuada y definición clara de roles y responsabilidades.
- Aunque la calidad metodológica de los estudios incluidos es predominantemente moderada, los resultados son consistentes y convergentes, aportando información relevante para orientar la implementación del PST/PSM en contextos reales de práctica clínica.
- Para una implementación aceptable y sostenible del PST/PSM en el SNS, resulta imprescindible abordar de forma integrada los aspectos clínicos, organizativos, tecnológicos y de equidad, adaptando los programas a la diversidad de perfiles de pacientes y contextos asistenciales.
- De la RS realizada de estudios de EE, se desprende que el autocontrol domiciliario, mediante PST/PSM, para el manejo del INR en pacientes en TAO a largo plazo con AVK (acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®)) puede ser coste-efectiva frente a la alternativa estándar de control del INR en el ámbito asistencial: AP o AE o clínica especializada.

VII. Referencias

- (1) Barrios V, Cinza-Sanjurjo S, Gavín O, Egocheaga I, Burgos-Pol R, Soto J, et al. Cost and burden of poor anticoagulation control with vitamin K antagonists in patients with nonvalvular atrial fibrillation in Spain. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2021;74(9):773-80. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2020.06.033. Epub 2020 Sep 24. PMID: 32980294.
- (2) Heneghan C, Ward A, Perera R, Bankhead C, Fuller A, Stevens R, et al. Self-monitoring of oral anticoagulation: systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Lancet*. 2012;379(9813):322-34. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61294-4. Epub 2011 Nov 30. Erratum in: *Lancet*. 2012 Mar 24;379(9821):1102. PMID: 22137798.
- (3) Heneghan CJ, Garcia-Alamino JM, Spencer EA, Ward AM, Perera R, Bankhead C, Alonso Coello P, Fitzmaurice D, Mahtani KR, Onakpoya IJ. Self-monitoring and self-management of oral anticoagulation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jul 5;7(7):CD003839. doi: 10.1002/14651858.CD003839.pub3. PMID: 27378324; PMCID: PMC8078378.
- (4) Bloomfield HE, Krause A, Greer N, Taylor BC, MacDonald R, Rutks I, et al. Meta-analysis: effect of patient self-testing and self-management of long-term anticoagulation on major clinical outcomes. *Ann Intern Med*. 2011;154(7):472-82. doi: 10.7326/0003-4819-154-7-201104050-00005. PMID: 21464349.
- (5) Llanos Méndez A. Efectividad de la automonitorización y autocontrol del tratamiento con anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2013.
- (6) Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*. 2016; 5:110. doi: 10.1186/s13643-016-0384-4. PMID: 27919275; PMCID: PMC5139140.
- (7) Grupo para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias. Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. (Informes, estudios e investigación).
- (8) Booth A, Sommer I, Noyes J, et al. Rapid reviews methods series: guidance on rapid qualitative evidence synthesis. *BMJ Evid Based Med*. 2024 May 22;29(3):194-200. doi: 10.1136/bmjebm-2023-112620. PMID: 38355285; PMCID: PMC11137447.
- (9) López de Argumedo M, Reviriego E, Gutiérrez A, Bayón JC. Actualización del Sistema de Trabajo Compartido para Revisiones Sistemáticas de la Evidencia Científica y Lectura Crítica (Plataforma FLC 3.0). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2017. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.

- (10) Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.
- (11) Toledo-Chávarri A, Gagnon MP, Álvarez-Pérez Y, Perestelo-Pérez L, Triñanes Pego Y, Serrano Aguilar P; Patient Involvement Interest Group of the Spanish Network for Health Technology Assessment of the National Health System (RedETS). Development of a decisional flowchart for meaningful patient involvement in Health Technology Assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2020. Dec 3; 37: e3. doi: 10.1017/S0266462320001956.
- (12) Dahle-Andersen AE, Lunde Å, Søltnes MH, Sølvik UØ. Self-management of INR - a focus group study. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2025 May 7;145(6). English, Norwegian. doi: 10.4045/tidsskr.24.0336. PMID: 40366049.
- (13) Magon A, Arrigoni C, Durante A, Falchi C, Dellafiore F, Stievano A, Caruso R. Barriers to self-monitoring implementation in the oral anticoagulated population: A qualitative study. *Int J Nurs Pract*. 2023. Feb; 29(1):e13095. doi: 10.1111/ijn.13095. Epub 2022 Aug 15. PMID: 35971277.
- (14) Gee E, Pol A, Kittoe K, Coker F, Speed V. Keeping warfarin patients safe during the COVID-19 pandemic: review of an INR self-testing programme. *Br J Nurs*. 2022 Feb 10;31(3):142-146. doi: 10.12968/bjon.2022.31.3.142. PMID: 35152746.
- (15) Herington E, MacDougall D. Point-of-Care Testing of International Normalized Ratios for People on Oral Anticoagulants: A Rapid Qualitative Review [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2021 Mar. PMID: 34255446.
- (16) Yıldırım JG, Bayık Temel A. The Effect of Nurse Home-Support Program on Self-Management of Patients Receiving Oral Anticoagulation (Warfarin) Therapy. *Florence Nightingale J Nurs*. 2020 Mar 6;28(1):13-22. doi: 10.5152/FNJN.2020.19020. PMID: 34263181; PMCID: PMC7968461.
- (17) Vall Vargas A, Altes Hernandez A, Arnau A, Constans Cots M, Gallart Fernández-Puebla A, de Juan Pardo MÁ. Effectiveness of a self-management programme in the treatment of antivitamin K oral anticoagulants. A feasibility study. *Med Clin (Barc)*. 2020 May 22;154(10):388-393. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2019.06.016. Epub 2019 Sep 2. PMID: 31488260.
- (18) Van Beek A, Bowers M, Hall B, Meyer B. Implementation of home-based international normalized ratio testing in adult patients treated with warfarin. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2019 Nov 21; 33(7):563-569. doi: 10.1097/JXX.0000000000000339. PMID: 31764397.
- (19) Smaradottir B, Martinez S, Borycki E, Loudon G, Kushniruk A, Jortveit J, Fensli R. User Evaluation of a Smartphone Application for Anticoagulation Therapy. *Stud Health Technol Inform*. 2018; 247: 466-470. PMID: 29678004.

- (20) Barcellona D, Mastino D, Marongiu F. Portable coagulometer for vitamin K-antagonist monitoring: the patients' point of view. *Patient Prefer Adherence*. 2018 Aug 22; 12: 1521-1526. doi: 10.2147/PPA.S164680. PMID: 30197503; PMCID: PMC6112808.
- (21) Grogan A, Coughlan M, Prizeman G, O'Connell N, O'Mahony N, Quinn K, McKee G. The patients' perspective of international normalized ratio self-testing, remote communication of test results and confidence to move to self-management. *J Clin Nurs*. 2017 Dec;26(23-24):4379-4389. doi: 10.1111/jocn.13767. Epub 2017 Apr 18. PMID: 28231618.
- (22) Kuljis J, Money AG, Perry M, Barnett J, Young T. Technology-assisted self-testing and management of oral anticoagulation therapy: a qualitative patient-focused study. *Scand J Caring Sci*. 2017 Sep;31(3):603-617. doi: 10.1111/scs.12374. Epub 2016 Aug 8. PMID: 27500499.
- (23) McCahon D, Baker JM, Murray ET, Fitzmaurice DA. Assessing the utility of an online registry for patients monitoring their own warfarin therapy. *J Clin Pathol*. 2016 Apr;69(4):331-6. doi: 10.1136/jclinpath-2015-203168. Epub 2015 Oct 30. PMID: 26519487.
- (24) Tompson A, Heneghan C, Sutton S, Fitzmaurice D, Ward A. Impact of self-funding on patient experience of oral anticoagulation self-monitoring: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016 Dec 23; 6(12): e013123. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013123. PMID: 28011812; PMCID: PMC5223672.
- (25) Tompson A, Heneghan C, Fitzmaurice D, Sutton S, Harrison S, Ward A. Supporting patients to self-monitor their oral anticoagulation therapy: recommendations based on a qualitative study of patients' experiences. *Br J Gen Pract*. 2015 Jul; 65(636): e438-46. doi: 10.3399/bjgp15X685645. Epub 2015 Jun 15. PMID: 26077266; PMCID: PMC4484944.
- (26) Pogge E. A Pilot Study to Evaluate Effectiveness of INR Self-Testing in Elderly Patients. *Consult Pharm*. 2015 Dec;30(12):720-7. doi: 10.4140/TCP.n.2015.720. PMID: 26671272.
- (27) Money AG, Barnett J, Kuljis J, Duffin D. Patient perceptions and expectations of an anticoagulation service: a quantitative comparison study of clinic-based testers and patient self-testers. *Scand J Caring Sci*. 2015 Dec;29(4):662-78. doi: 10.1111/scs.12195. Epub 2015 Feb 16. PMID: 25684404; PMCID: PMC4964929.
- (28) Jenner KM, Simmons BJ, Delate T, Clark NP, Kurz D, Witt DM. An Education Program for Patient Self-Management of Warfarin. *Perm J*. 2015 Fall;19(4):33-8. doi: 10.7812/TPP/14-246. PMID: 26517434; PMCID: PMC4625992.
- (29) Sharma P, Scotland G, Cruickshank M, Tassie E, Fraser C, Burton C, Croal B, Ramsay CR, Brazzelli M. Is self-monitoring an effective option for people receiving long-term vitamin K antagonist therapy? A systematic review and economic evaluation. *BMJ Open*. 2015 Jun 25; 5(6):e007758. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007758.

- (30) Kantito S, Saokaew S, Yamwong S, Vathesatogkit P, Katekao W, Sritara P, Chaiyakunapruk N. Cost-effectiveness analysis of patient self-testing therapy of oral anticoagulation. *J Thromb Thrombolysis*. 2018 Feb;45(2):281-290. doi: 10.1007/s11239-017-1588-8.
- (31) Phibbs CS, Love SR, Jacobson AK, Edson R, Su P, Uyeda L, Matchar DB; writing for the THINRS Executive Committee and Site Investigators. At-Home Versus In-Clinic INR Monitoring: A Cost-Utility Analysis from The Home INR Study (THINRS). *J Gen Intern Med*. 2016 Sep;31(9):1061-7. doi: 10.1007/s11606-016-3700-8. Epub 2016 May 27. PMID: 27234663; PMCID: PMC4978674.
- (32) Paveliu MS, Lorenzovici L, Tudore C. Oral anticoagulant treatment with antivitamin K in Romania. A cost-effectiveness analysis of using INR home testing devices. 2018 Jan;66(2):358-364.
- (33) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de posicionamiento terapéutico IPT-229. Anticoagulantes orales directos (ACOD) en el tratamiento y prevención secundaria del tromboembolismo venoso. Madrid: AEMPS; 2020. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es>
- (34) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de posicionamiento terapéutico IPT-230. Anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Madrid: AEMPS; 2020. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es>
- (35) García-Pérez L, Abásolo-Alessón I, Negrín-Hernández MÁ. Exploring the Generalizability of Foreign Cost-Effectiveness Analysis to Spain Using Data From a Scoping Review of Multinational Studies. *Pharmacoeconomics*. 2026 Jan; 44(1): 43-60. doi: 10.1007/s40273-025-01541-9.

VIII. Anexos

Anexo VIII. 1. Estrategias de búsqueda

Perspectiva de pacientes y profesionales

Fecha de búsqueda: mayo 2025

HTA Database

Anticoagulantes

- 1 "Anticoagulants"[mh]
- 2 "Anticoagulants"[mhe]
- 3 (anticoagul* OR antithrombo*)[title]
- 4 (anticoagul* OR antithrombo*)[abs]
- 5 (thrombin AND inhibit*)[title]
- 6 (thrombin AND inhibit*)[abs]
- 7 "Warfarin"[mh]
- 8 "Warfarin"[mhe]
- 9 (warfarin* OR coumadin*)[title]
- 10 (warfarin* OR coumadin*)[abs]
- 11 "Acenocoumarol"[mh]
- 12 "Acenocoumarol"[mhe]
- 13 (acenocoum* OR sintrom* OR synthrom*)[title]
- 14 (acenocoum* OR sintrom* OR synthrom*)[abs]
- 15 "Vitamin K"[mhe]
- 16 "Vitamin K"[mh]
- 17 ("vitamin k")[title]
- 18 ("vitamin k")[abs]

- 19 (antagon* OR inhibit*)[title]
- 20 (antagon* OR inhibit*)[abs]
- 21 #18 OR #17 OR #16 OR #15
- 22 #20 OR #19
- 23 #22 AND #21
- 24 (vka OR vkas)[title]
- 25 (vka OR vkas)[abs]
- 26 #25 OR #24 OR #23 OR #14 OR #13 OR #12 OR #11 OR #10 OR
#9 OR #8 OR #7 OR #6 OR #5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1 249

Autocontrol

- 27 "Self Administration"[mh]
- 28 "Self Administration"[mhe]
- 29 "Self Care"[mh]
- 30 "Self Care"[mhe]
- 31 "Self Medication"[mh]
- 32 "Self Medication"[mhe]
- 33 "Self Report"[mh]
- 34 "Self Report"[mhe]
- 35 "Self-Assessment"[mh]
- 36 "Self-Assessment"[mhe]
- 37 "Self-Control"[mh]
- 38 "Self-Control"[mhe]
- 39 "Self-Examination"[mh]
- 40 "Self-Examination"[mhe]
- 41 "Self-Management"[mh]
- 42 "Self-Management"[mhe]
- 43 "Self-Testing"[mh]
- 44 "Self-Testing"[mhe]

45	(self-administrat* OR self-care OR self-medicat* OR self-report* OR self-assess* OR self-control* OR self-exam* OR self-manag* OR self-test* OR self-monitor* OR self-measur* OR self-sampl* OR "home care" OR "home monitor*" OR "home diagnos*" OR "home test*" OR "home sampl*" OR "home medicat*" OR "home manag*" OR "home measur*" OR "home assess*") [title]	
46	(self-administrat* OR self-care OR self-medicat* OR self-report* OR self-assess* OR self-control* OR self-exam* OR self-manag* OR self-test* OR self-monitor* OR self-measur* OR self-sampl* OR "home care" OR "home monitor*" OR "home diagnos*" OR "home test*" OR "home sampl*" OR "home medicat*" OR "home manag*" OR "home measur*" OR "home assess*") [abs]	
47	"Point-of-Care Testing" [mh]	
48	"Point-of-Care Testing" [mhe]	
49	"Point-of-Care Systems" [mh]	
50	"Point-of-Care Systems" [mhe]	
51	(point-of-care) [title]	
52	(point-of-care) [abs]	
53	#52 OR #51 OR #50 OR #49 OR #48 OR #47 OR #46 OR #45 OR #44 OR #43 OR #42 OR #41 OR #40 OR #39 OR #38 OR #37 OR #36 OR #35 OR #34 OR #33 OR #32 OR #31 OR #30 OR #29 OR #28 OR #27	425
54	#53 AND #26	19
55	#54 (2015 to 2025)	4
56	#55 (English; Spanish)	4

Cochrane Library

Anticoagulantes

- #1 MeSH descriptor: [Anticoagulants] explode all trees
- #2 (anticoagul* OR antithrombo*):ti, ab, kw
- #3 (thrombin AND inhibit*): ti, ab, kw
- #4 MeSH descriptor: [Warfarin] explode all trees
- #5 (warfarin* OR coumadin*): ti, ab, kw

- #6 MeSH descriptor: [Acenocoumarol] explode all trees
- #7 (acenocoum* OR sintrom* OR synthrom*): ti, ab, kw
- #8 MeSH descriptor: [Vitamin K] explode all trees and with qualifier(s):
[antagonists & inhibitors - AI]
- #9 ("vitamin k" AND (antagon* OR inhibit*)): ti, ab, kw
- #10 (vka OR vkas): ti, ab, kw
- #11 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR
#9 OR #10 23865

Autocontrol

- #12 MeSH descriptor: [Self Administration] explode all trees
- #13 MeSH descriptor: [Self Medication] explode all trees
- #14 MeSH descriptor: [Self Report] explode all trees
- #15 MeSH descriptor: [Self-Examination] explode all trees
- #16 MeSH descriptor: [Self-Control] explode all trees
- #17 MeSH descriptor: [Self-Assessment] explode all trees
- #18 MeSH descriptor: [Self-Testing] explode all trees
- #19 MeSH descriptor: [Self-Management] explode all trees
- #20 MeSH descriptor: [Self Care] explode all trees
- #21 (self-administrat* OR self-care OR self-medicat* OR self-report* OR
self-assess* OR self-control* OR self-exam* OR self-manag* OR
self-test* OR self-monitor* OR self-measur* OR self-sampl*):
ti,ab,kw
- #22 (home NEXT (care OR monitor* OR diagnos* OR test* OR sampl*
OR medicat* OR manag* OR measur* OR assess*)):ti,ab,kw
- #23 MeSH descriptor: [Point-of-Care Systems] explode all trees
- #24 MeSH descriptor: [Point-of-Care Testing] explode all trees
- #25 (point-of-care):ti,ab,kw
- #26 #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR
#19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 95285
- #27 #11 AND #26 619

#28	#27 with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Dec 2025, in Cochrane Reviews	4
#29	#27 with Publication Year from 2015 to 2025, in Trials	308
#30	#28 OR #29	312

RS estudios cualitativos

- #31 (meta-synthesis OR metasynthesis OR meta-ethno* or metaethno* OR meta-narrat* or metanarrat* OR meta-stud* or metastud* OR meta-summar* or metasummar*):ti,ab,kw
- #32 ((qualitative or mix-method* or mixed-method* or integrative) NEXT (review or reviews or overview or overviews or stud*)):ti,ab,kw

Estudios cualitativos

- #33 MeSH descriptor: [Empirical Research] explode all trees
- #34 MeSH descriptor: [Grounded Theory] explode all trees
- #35 MeSH descriptor: [Qualitative Research] explode all trees
- #36 MeSH descriptor: [Hermeneutics] explode all trees
- #37 MeSH descriptor: [Focus Groups] explode all trees
- #38 MeSH descriptor: [Interview] explode all trees
- #39 MeSH descriptor: [Interviews as Topic] explode all trees
- #40 MeSH descriptor: [Self Report] explode all trees
- #41 MeSH descriptor: [Surveys and Questionnaires] explode all trees
- #42 MeSH descriptor: [Health Care Surveys] explode all trees
- #43 MeSH descriptor: [Patient Reported Outcome Measures] explode all trees
- #44 MeSH descriptor: [Narration] explode all trees
- #45 MeSH descriptor: [Personal Narrative] explode all trees
- #46 MeSH descriptor: [Personal Narratives as Topic] explode all trees
- #47 MeSH descriptor: [Observation] explode all trees
- #48 MeSH descriptor: [Research Report] explode all trees

- #49 MeSH descriptor: [Sampling Studies] explode all trees
- #50 MeSH descriptor: [Cluster Analysis] explode all trees
- #51 MeSH descriptor: [Anthropology, Cultural] explode all trees
- #52 MeSH descriptor: [Ethnology] explode all trees
- #53 (self-report* OR selfreport* OR interview* OR discussion* OR questionnaire* OR survey* OR qualitative* OR narrat*):ti,ab,kw
- #54 (focus NEXT group*):ti,ab,kw
- #55 (verbal NEXT communicat*):ti,ab,kw
- #56 ((empirical OR experimental OR integrative) NEXT (research OR method*)):ti,ab,kw
- #57 (observat* OR hermeneutic OR hermeneutics):ti,ab,kw
- #58 (grounded NEXT (theor* OR stud* OR research* OR analys*)):ti,ab,kw
- #59 ((research OR investigative OR summary OR progress OR field) NEXT (report or reports)):ti,ab,kw
- #60 (field NEXT (note* OR record* OR stud* OR research* OR work*)):ti,ab,kw
- #61 (fieldnote* OR field-note* OR fieldwork* OR field-work*):ti,ab,kw
- #62 (saml* NEXT (stud* OR analys* OR probabilit*)):ti,ab,kw
- #63 (cluster* OR ethnograph* OR ethnolog*):ti,ab,kw

Expectativas pacientes

- #64 MeSH descriptor: [Attitude to Health] explode all trees
- #65 MeSH descriptor: [Patient Acceptance of Health Care] explode all trees
- #66 MeSH descriptor: [Patient Compliance] explode all trees
- #67 MeSH descriptor: [Patient Participation] explode all trees
- #68 MeSH descriptor: [Patient Satisfaction] explode all trees
- #69 MeSH descriptor: [Patient Preference] explode all trees
- #70 ((patient* OR client* OR participant* OR user* OR consumer* OR individual*) NEXT (participat* OR involve* OR empower* OR engage* OR activat*

OR accept* OR complianc* OR noncomplianc* OR adhere*
 OR nonadhere* OR satisfaction* OR satisfied* OR prefer*
 OR attitude* OR adopt* OR aware* OR barrier* OR belie*
 OR centered OR centred OR choice* OR collaboration*
 OR consent* OR concern* OR convenien* OR decision*
 OR desire* OR expectati* OR experience* OR feedback
 OR feeling* OR input* OR intent* OR need* OR opinion*
 OR perception* OR perceiv* OR perspective* OR react*
 OR value* OR view* OR will* OR testimon*
 OR stor*)):ti,ab,kw

248398

Perspectivas profesionales

- #71 MeSH descriptor: [Attitude of Health Personnel] explode all trees
- #72 MeSH descriptor: [Health Personnel] explode all trees
- #73 MeSH descriptor: [Physicians] explode all trees
- #74 MeSH descriptor: [Cardiologists] explode all trees
- #75 #72 OR #73 OR #74
- #76 (experience* OR perspective* OR involve* OR prefer* OR percept*
 OR input* OR opinion* OR testimon* OR attitude* OR
 role*)):ti,ab,kw
- #77 #75 AND #76
- #78 ((physician OR physicians OR practitioner OR practitioners OR
 clinician OR clinicians OR "care provider" OR "care providers" OR
 cardiologist OR cardiologists OR hematologist OR hematologists)
 NEXT (experience* OR perspective* OR involve* OR prefer* OR
 percept* OR input* OR opinion* OR testimon* OR attitude* OR
 role*)):ti,ab,kw

Otros

- #79 (barrier OR barriers OR facilitator OR facilitators OR enabler OR
 enablers OR motivator OR motivators):ti,ab,kw
- #80 #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37
 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44
 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51
 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58
 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65

OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #77	
OR #78 OR #79	650345
#81 #30 AND #80	226

Medline, vía Pubmed

Anticoagulantes

- #1 Search: "Anticoagulants"[Mesh] OR anticoagul*[Title/Abstract] OR antithrombo*[Title/Abstract] OR ((thrombin[Title/Abstract] AND inhibit*[Title/Abstract]))
- #2 Search: "Warfarin"[Mesh] OR warfarin*[Title/Abstract] OR coumadin*[Title/Abstract]
- #3 Search: "Acenocoumarol"[Mesh] OR acenocoum*[Title/Abstract] OR sintrom*[Title/Abstract] OR synthrom*[Title/Abstract]
- #4 Search: "Vitamin K/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR ("vitamin k"[Title/Abstract] AND (antagon*[Title/Abstract] OR inhibit*[Title/Abstract])) OR vka[Title/Abstract] OR vkas[Title/Abstract]
- #5 Search: #1 OR #2 OR #3 OR #4 217,909

Autocontrol

- #6 Search: "Self Care"[Mesh] OR "Self Administration"[Mesh] OR "Self Medication"[Mesh] OR "Self-Testing"[Mesh] OR "Self-Examination"[Mesh] OR "Self-Control"[Mesh] OR "Self-Assessment"[Mesh] OR "Self-Management"[Mesh]
- #7 Search: self-care[Title/Abstract] OR self-administrat*[Title/Abstract] OR self-medocat*[Title/Abstract] OR self-test*[Title/Abstract] OR self-monitor*[Title/Abstract] OR self-control*[Title/Abstract] OR self-manag*[Title/Abstract] OR self-measur*[Title/Abstract] OR self-assess*[Title/Abstract] OR self-sampl*[Title/Abstract] OR "home care"[Title/Abstract] OR "home monitor*"[Title/Abstract] OR "home diagnos*"[Title/Abstract] OR "home test*"[Title/Abstract] OR "home sampl*"[Title/Abstract] OR "home medicat*"[Title/Abstract] OR "home manag*"[Title/Abstract] OR "home measur*"[Title/Abstract] OR "home assess*"[Title/Abstract]
- #8 Search: "Point-of-Care Systems"[Mesh] OR "Point-of-Care Testing"[Mesh] OR point-of-care[Title/Abstract]
- #9 Search: #6 OR #7 OR #8 258,973

- #10 Search: #5 AND #9 2,410
- #11 Search: #10 Filters: from 2015 – 2025 1,137
- #12 Search: #11 Filters: English, Spanish 1,104

RS estudios cualitativos

- #12 #Search: (qualitative[Title/Abstract] OR mix-method[Title/Abstract] OR mix-methods[Title/Abstract] OR integrative[Title/Abstract]) AND (review[Title/Abstract] OR reviews[Title/Abstract] OR overview[Title/Abstract] OR overviews[Title/Abstract] OR stud*[Title/Abstract])
- #13 Search: meta-synthesis[Title/Abstract] OR metasynthesis[Title/Abstract] OR "meta synthesis" [Title/Abstract] OR meta-ethno*[Title/Abstract] OR metaethno*[Title/Abstract] OR "meta ethno*" [Title/Abstract] OR meta-narrat*[Title/Abstract] OR metanarrat*[Title/Abstract] OR "meta narrat*" [Title/Abstract] OR meta-stud*[Title/Abstract] OR metastud*[Title/Abstract] OR "meta stud*" [Title/Abstract] OR meta-summar*[Title/Abstract] OR metasummar*[Title/Abstract] OR "meta summar*" [Title/Abstract]
- #14 Search: #12 OR #13 351,405

Estudios cualitativos

- #15 Search: "Empirical Research"[Mesh] OR "Grounded Theory"[Mesh] OR "Qualitative Research"[Mesh] OR "Hermeneutics"[Mesh]
- #16 Search: "Focus Groups"[Mesh]
- #17 Search: "Interviews as Topic"[Mesh] OR "Interview"[Publication Type]
- #18 Search: "Self Report"[Mesh] OR self-report*[Title/Abstract] OR selfreport*[Title/Abstract]
- #19 Search: "Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR "Health Care Surveys"[Mesh]
- #20 Search: "Patient Reported Outcome Measures"[Mesh]
- #21 Search: "Narration"[Mesh] OR "Personal Narrative"[Publication Type] OR "Personal Narratives as Topic"[Mesh] OR "Observation"[Mesh] OR "Research Report"[Mesh] OR "Sampling Studies"[Mesh] OR "Cluster Analysis"[Mesh]

- #22 Search: "Anthropology, Cultural"[Mesh] OR "Ethnology"[Mesh]
- #23 Search: interview*[Title/Abstract] OR discussion*[Title/Abstract]
OR questionnaire*[Title/Abstract] OR survey*[Title/Abstract]
- #24 Search: "focus group*" [Title/Abstract] OR (focus[Title/Abstract]
AND group*[Title/Abstract])
- #25 Search: qualitative[Title/Abstract]
- #26 Search: narrat*[Title/Abstract] OR (verbal[Title/Abstract] AND
communicat*[Title/Abstract])
- #27 Search: (empirical[Title/Abstract] OR experimental[Title/Abstract]
OR integrative[Title/Abstract]) AND (research[Title/Abstract] OR
method*[Title/Abstract])
- #28 Search: observat*[Title/Abstract] OR hermeneutic[Title/Abstract]
OR hermeneutics[Title/Abstract]
- #29 Search: grounded[Title/Abstract] AND (theor*[Title/Abstract] OR
stud*[Title/Abstract] OR research*[Title/Abstract] OR analys*[Title/
Abstract])
- #30 Search: (research[Title/Abstract] OR investigative[Title/Abstract] OR
summary[Title/Abstract] OR progress[Title/Abstract] OR field[Title/
Abstract]) AND (report[Title/Abstract] OR reports[Title/Abstract])
- #31 Search: ((field[Title/Abstract] AND (note*[Title/Abstract] OR
record*[Title/Abstract] OR stud*[Title/Abstract] OR research*[Title/
Abstract] OR work*[Title/Abstract])) OR fieldnote*[Title/Abstract]
OR field-note*[Title/Abstract] OR fieldwork*[Title/Abstract] OR
field-work*[Title/Abstract])
- #32 Search: sampl*[Title/Abstract] AND (stud*[Title/Abstract] OR
analys*[Title/Abstract] OR probabilit*[Title/Abstract])
- #33 Search: cluster*[Title/Abstract] OR ethnograph*[Title/Abstract] OR
ethnolog*[Title/Abstract]
- #34 Search: #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20
OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27
OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR 33 7,745,554

Expectativas pacientes

- #35 Search: "Attitude to Health"[Mesh] OR "Patient Acceptance of
Health Care"[Mesh] OR "Patient Compliance"[Mesh] OR "Patient

Participation"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Preference"[Mesh]

#36 Search: ("Patients"[Mesh] OR patient*[Title/Abstract] OR client*[Title/Abstract] OR participant*[Title/Abstract] OR user*[Title/Abstract] OR consumer*[Title/Abstract] OR individual*[Title/Abstract]) AND (participat*[Title/Abstract] OR involve*[Title/Abstract] OR empower*[Title/Abstract] OR engage*[Title/Abstract] OR activat*[Title/Abstract] OR accept*[Title/Abstract] OR complian*[Title/Abstract] OR noncomplian*[Title/Abstract] OR adhere*[Title/Abstract] OR nonadhere*[Title/Abstract] OR satisfaction*[Title/Abstract] OR satisfied*[Title/Abstract] OR prefer*[Title/Abstract] OR attitude*[Title/Abstract] OR adopt*[Title/Abstract] OR aware*[Title/Abstract] OR barrier*[Title/Abstract] OR belie*[Title/Abstract] OR centered[Title/Abstract] OR centred[Title/Abstract] OR choice*[Title/Abstract] OR collaboration*[Title/Abstract] OR consent*[Title/Abstract] OR concern*[Title/Abstract] OR decision*[Title/Abstract] OR desire*[Title/Abstract] OR expectati*[Title/Abstract] OR experience*[Title/Abstract] OR feedback[Title/Abstract] OR feeling*[Title/Abstract] OR need*[Title/Abstract] OR opinion*[Title/Abstract] OR perception*[Title/Abstract] OR perceiv*[Title/Abstract] OR perspective*[Title/Abstract] OR view*[Title/Abstract] OR testimon*[Title/Abstract] OR stor*[Title/Abstract] OR value*[Title/Abstract] OR willingness[Title/Abstract] OR input*[Title/Abstract] OR convenien*[Title/Abstract] OR intent*[Title/Abstract] OR react*[Title/Abstract])

#37 Search: #35 OR #36 6,741,341

Perspectivas profesionales

#38 Search: "Attitude of Health Personnel"[Mesh]

#39 Search: ("Health Personnel"[Mesh] OR "Physicians"[Mesh] OR "Cardiologists"[Mesh] OR physician[Title/Abstract] OR physicians[Title/Abstract] OR practitioner[Title/Abstract] OR practitioners[Title/Abstract] OR clinician[Title/Abstract] OR clinicians[Title/Abstract] OR "care provider*" [Title/Abstract] OR cardiologist*[Title/Abstract] OR hematologist*[Title/Abstract]) AND (experience*[Title/Abstract] OR perspective*[Title/Abstract] OR involve*[Title/Abstract] OR prefer*[Title/Abstract] OR

	percept*[Title/Abstract] OR input*[Title/Abstract] OR opinion*[Title/Abstract] OR testimon*[Title/Abstract])	
#40	Search: #38 OR #39	577,260
Otros		
#41	Search: barrier[Title] OR barriers[Title] OR facilitator[Title] OR facilitators[Title] OR enabler[Title] OR enablers[Title] OR motivator[Title] OR motivators[Title]	90,811
#42	Search: #14 OR #34 OR #37 OR #40 OR #41	12,095,325
#43	Search: #12 AND #42	855
#44	Search: "Congresses as Topic"[MeSH Terms] OR "Congress"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "News"[Publication Type]	
#45	Search: #43 NOT #44	845

Embase, vía OvidWeb

Anticoagulantes

1	anticoagulant agent/	
2	(anticoagul* or antithrombo*).ab,ti.	
3	(thrombin adj2 inhibit*).ab,ti.	
4	warfarin/	
5	(warfarin* or coumadin*).ab,ti.	
6	acenocoumarol/	
7	(acenocoum* or sintrom* or synthrom*).ab,ti.	
8	vitamin K group/	
9	(antagonist* or inhibitor*).ab,ti.	
10	8 and 9	
11	(vka or vkas).ab,ti.	
12	("vitamin k" adj2 (antagonist* or inhibitor*)).ab,ti.	
13	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 10 or 11 or 12	384977

Autocontrol

- 14 self medication/ or self-testing/ or self monitoring/ or self evaluation/
or self administration test/ or self care/ or self control/ or self exami-
nation/
- 15 (self-administrat* or self-care or self-medicat* or self-report* or
self-assess* or self-control* or self-exam* or self-manag* or self-
test* or self-monitor* or self-measur* or self-sampl*).ab,ti.
- 16 (home adj2 (care or monitor* or diagnos* or test* or sampl* or
medicat* or manag* or measur* or assess*)).ab,ti.
- 17 "point of care system"/ or "point of care testing"/
- 18 point-of-care.ab,ti.
- 19 14 or 15 or 16 or 17 or 18 671372
- 20 13 and 19 5925
- 21 limit 20 to yr="2015 - 2025"
- 22 limit 21 to (english or spanish)
- 23 limit 22 to conference abstracts
- 24 22 not 23 2124

RS estudios cualitativos

- 25 ((qualitative or mix-method or mix-methods or integrative) adj2
(review or reviews or overview or overviews or stud*)).ab,ti.
- 26 (meta-synthesis or metasynthesis or "meta synthesis" or meta-ethno*
or metaethno* or "meta ethno*" or meta-narrat* or metanarrat* or
"meta narrat*" or meta-stud* or metastud* or "meta stud*" or
meta-summar* or metasummar* or "meta summar*").ab,ti.
- 27 25 or 26 136007

Estudios cualitativos

- 28 empirical research/
- 29 grounded theory/
- 30 qualitative research/
- 31 hermeneutics/
- 32 interview/

- 33 questionnaire/
- 34 health care survey/
- 35 self report/ or interpersonal communication/
- 36 patient-reported outcome/
- 37 verbal communication/
- 38 observational method/
- 39 narrative/
- 40 ethnography/ or cultural anthropology/ or ethnology/
- 41 cluster analysis/
- 42 participant observation/ or direct observation/ or group dynamics/
- 43 (interview* or discussion* or questionnaire* or survey* or qualitative or narrat*).ab,ti.
- 44 (verbal adj2 communicat*).ab,ti.
- 45 ((focus or dynamic*) adj2 group*).ab,ti.
- 46 "focus group* ".ab,ti.
- 47 "group dynamic* ".ab,ti.
- 48 ((empirical or experimental or integrative) adj2 (research or method*)).ab,ti.
- 49 (observat* or hermeneutic or hermeneutics).ab,ti.
- 50 (grounded adj2 (theor* or stud* or research* or analys*)).ab,ti.
- 51 ((research or investigative or summary or progress or field) adj2 (report or reports)).ab,ti.
- 52 (field adj2 (note* or record* or stud* or research* or work*)).ab,ti.
- 53 (fieldnote* or field-note* or fieldwork* or field-work*).ab,ti.
- 54 (sampl* adj2 (stud* or analys* or probabilit*)).ab,ti.
- 55 (self-report* or selfreport*).ab,ti.
- 56 (cluster* or ethnograph* or ethnolog*).ab,ti.
- 57 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 6586633

Expectativas pacientes

- 58 attitude to health/
- 59 patient attitude/
- 60 patient compliance/
- 61 patient participation/
- 62 patient satisfaction/
- 63 patient preference/
- 64 health attitudes/
- 65 patient/
- 66 (participat* or involve* or empower* or engage* or activat* or accept* or complianc* or noncomplianc* or adhere* or nonadhere* or satisfaction* or satisfied* or prefer* or attitude* or adopt* or aware* or barrier* or belie* or centered or centred or choice* or collaboration* or consent* or concern* or convenien* or decision* or desire* or expectati* or experience* or feedback or feeling* or input* or intent* or need* or opinion* or perception* or perceiv* or perspective* or react* or value* or view* or willing* or testimon* or stor*).ab,ti.
- 67 65 and 66
- 68 ((patient* or client* or participant* or user* or consumer* or individual*) adj2 (participat* or involve* or empower* or engage* or activat* or accept* or complianc* or noncomplianc* or adhere* or nonadhere* or satisfaction* or satisfied* or prefer* or attitude* or adopt* or aware* or barrier* or belie* or centered or centred or choice* or collaboration* or consent* or concern* or convenien* or decision* or desire* or expectati* or experience* or feedback or feeling* or input* or intent* or need* or opinion* or perception* or perceiv* or perspective* or react* or value* or view* or willing* or testimon* or stor*).ab,ti.
- 69 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 67 or 68 2773343

Perspectivas profesionales

- 70 health care personnel/
- 71 clinician/ or physician/

72	cardiologist/	
73	hematologist/	
74	70 or 71 or 72 or 73	
75	(experience* or perspective* or involve* or prefer* or percept* or input* or opinion* or testimon* or attitude* or role*).ab,ti.	
76	74 and 75	
77	((physician or physicians or practitioner or practitioners or clinician or clinicians or "care adj2 provider*" or cardiologist or cardiologists or hematologist or hematologists) adj2 (experience* or perspective* or involve* or prefer* or percept* or input* or opinion* or testimon* or attitude* or role*)).ab,ti.	
78	health personnel attitude/	
79	physician attitude/	
80	76 or 77 or 78 or 79	456970
Otros		
81	(barrier or barriers or facilitator or facilitators or enabler or enablers or motivator or motivators).ti.	110786
82	27 or 57 or 69 or 80 or 81	8604021
83	24 and 82	1061
84	limit 83 to ("clinical trial (clinicaltrials.gov)" or conference abstract or conference paper or "conference review" or editorial or erratum or letter or note)	
85	83 not 84	965

Cinahl, vía EBSCOHost

Anticoagulantes

S1	MH "Anticoagulants"
S2	XB anticoagul* OR antithrombo*
S3	XB thrombin AND inhibit*
S4	MH "Warfarin"
S5	XB warfarin* OR coumadin*

S6 XB acenocoum* OR sintrom* OR synthrom*
 S7 MH "Vitamin K/AI"
 S8 XB "vitamin k" AND (antagon* OR inhibit*)
 S9 XB vka OR vkas
 S10 (S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9)
 44.682

Autocontrol

S11 MH "Self Report" OR MH "Self-Testing" OR MH "Self-Management" OR MH "Self Medication" OR MH "Self-Diagnosis" OR MH "Self Care" OR MH "Self Assessment"
 S12 XB self-administrat* OR self-care OR self-medicat* OR self-report* OR self-assess* OR self-control* OR self-exam* OR self-manag* OR self-test* OR self-monitor* OR self-measur* OR self-sampl*
 S13 XB "home care" OR "home monitor*" OR "home diagnos*" OR "home test*" OR "home sampl*" OR "home medicat*" OR "home manag*" OR "home measur*" OR "home assess*"
 S14 MH "Point-of-Care Testing"
 S15 XB point-of-care
 S16 (S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15) 284.482
 S17 S16 AND S10 913
 S18 S16 AND S10

01/01/2015 - 31/12/2025

english

spanish 443

RS estudios cualitativos

S19 XB (qualitative or mix-method* or mixed-method* or integrative) AND (review or reviews or overview or overviews or stud*)
 S20 XB meta-synthesis OR metasynthesis OR meta-ethno* or metaethno* OR meta-narrat* or metanarrat* OR meta-stud* or metastud* OR meta-summar* or metasummar*
 S21 S20 OR S19

Estudios cualitativos

- S22 MH "Empirical Research" OR MH "Grounded Theory" OR MH "Qualitative Studies" OR (MH "Phenomenology" OR MH "Phenomenological Research") OR MH "Interviews" OR (MH "Questionnaires" OR MH "Health Perceptions Questionnaire") OR (MH "Surveys" OR MH "Survey Research")
- S23 (MH "Patient-Reported Outcomes" OR MH "Self Report") OR (MH "Observational Methods" OR MH "Participant Observation") OR MH "Narratives" OR MH "Focus Groups" OR MH "Sampling Methods" OR MH "Cluster Analysis" OR (MH "Field Notes" OR MH "Field Studies")
- S24 (MH "Anthropology" OR MH "Anthropology, Cultural") OR MH "Ethnographic Research" OR (MH "Ethnology" OR MH "Ethnological Research")
- S25 XB self-report* OR selfreport* OR interview* OR discussion* OR questionnaire* OR survey* OR qualitative* OR narrat*
- S26 XB focus AND group*
- S27 XB verbal AND communicat*
- S28 XB (empirical OR experimental OR integrative) AND (research OR method*)
- S29 XB observat* OR hermeneutic OR hermeneutics
- S30 XB grounded AND (theor* OR stud* OR research* OR analys*)
- S31 XB (research OR investigative OR summary OR progress OR field) AND (report OR reports)
- S32 XB field AND (note* OR record* OR stud* OR research* OR work*)
- S33 XB fieldnote* OR field-note* OR fieldwork* OR field-work*
- S34 XB sampl* AND (stud* OR analys* OR probabilit*)
- S35 XB cluster* OR ethnograph* OR ethnolog*
- S36 S35 OR S34 OR S33 OR S32 OR S31 OR S30 OR S29 OR S28 OR S27 OR S26 OR S25 OR S24 OR S23 OR S22

Expectativas pacientes

- S37 MH "Attitude to Health" OR MH "Patient Attitudes"
- S38 (MH "Patient Participation" OR MH "Patient Preference" OR MH "Patient Satisfaction" OR MH "Patient Compliance") OR (MH "Patient Participation" OR MH "Consumer Participation")
- S39 MH "Patients" OR TI (patient* OR client* OR participant* OR user* OR consumer* OR individual*) OR AB (patient* OR client* OR participant* OR user* OR consumer* OR individual*)
- S40 XB participat* OR involve* OR empower* OR engage* OR activat* OR accept* OR complianc* OR noncomplianc* OR adhere* OR nonadhere* OR satisfaction* OR satisfied* OR prefer* OR attitude* OR adopt* OR aware* OR barrier* OR belie* OR centered OR centred OR choice* OR collaboration* OR consent* OR concern* OR convenien* OR decision* OR desire* OR expectati* OR experience* OR feedback OR feeling* OR input* OR intent* OR need* OR opinion* OR perception* OR perceiv* OR perspective* OR react* OR value* OR view* OR will* OR testimon* OR stor*
- S41 S39 AND S40
- S42 S41 OR S38 OR S37

Perspectivas profesionales

- S43 MH "Attitude of Health Personnel"
- S44 MH "Health Personnel" OR MH "Medical Staff" OR MH "Expert Clinicians" OR MH "Physicians" OR MH "Cardiologists"
- S45 XB physician OR physicians OR practitioner OR practitioners OR clinician OR clinicians OR "care provider" OR "care providers" OR cardiologist OR cardiologists OR hematologist OR hematologists
- S46 S45 OR S44
- S47 XB experience* OR perspective* OR involve* OR prefer* OR percept* OR input* OR opinion* OR testimon* OR attitude* OR role*
- S48 S46 AND S47
- S49 S43 OR S48

Otros

S50 XB barrier OR barriers OR facilitator OR facilitators OR enabler OR enablers OR motivator OR motivators

S51 S50 OR S49 OR S42 OR S36 OR S21 3.038.881

S52 S51 AND S18
349

Psycinfo, vía OvidWeb

Anticoagulantes

- 1 exp Anticoagulant Drugs/
- 2 anticoagulant.mp.
- 3 anticoagulants.mp.
- 4 (anticoagul* or antithrombo*).ab,ti.
- 5 (thrombin adj2 inhibit*).ab,ti.
- 6 (warfarin* or coumadin*).ab,ti.
- 7 (acenocoum* or sintrom* or synthrom*).ab,ti.
- 8 ("vitamin k" adj2 (antagonist* or inhibitor*)).ab,ti.
- 9 (vka or vkas).ab,ti.
- 10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 2408

Autocontrol

- 11 exp Self-Administered Tests/ or exp Self-Care/ or exp Self-Management/ or exp Self-Control/ or exp "Self-Examination (Medical)"/ or exp Self-Medication/ or exp Self-Analysis/ or exp Self-Evaluation/ or exp Self-Monitoring/ or exp Self-Report/
- 12 (self-administrat* or self-care or self-medicat* or self-report* or self-assess* or self-control* or self-exam* or self-manag* or self-test* or self-monitor* or self-measur* or self-sampl*).ab,ti.
- 13 (home adj2 (care or monitor* or diagnos* or test* or sampl* or medicat* or manag* or measur* or assess*)).ab,ti.
- 14 point-of-care.ab,ti.

15	point-of-care.mp.	
16	11 or 12 or 13 or 14 or 15	267124
17	10 and 16	92
18	limit 17 to yr="2015 - 2025"	46
19	limit 18 to (english or spanish)	45

Filtros estudios cualitativos

20	limit 19 to ("0400 empirical study" or "0410 experimental replication" or "0600 field study" or "0700 interview" or "0750 focus group" or 1600 qualitative study)	37
----	---	----

RS estudios cualitativos

21	((qualitative or mix-method or mix-methods or integrative) adj2 (review or reviews or overview or overviews or stud*)).ab,ti.
22	(meta-synthesis or metasynthesis or "meta synthesis" or meta-ethno* or metaethno* or "meta ethno*" or meta-narrat* or metanarrat* or "meta narrat*" or meta-stud* or metastud* or "meta stud*" or meta-summar* or metasummar* or "meta summar*").ab,ti.

Estudios cualitativos

23	qualitative methods/ or focus group/ or grounded theory/ or narrative analysis/ or semi-structured interview/ or empirical methods/ or interviews/ or mixed methods research/ or observation methods/
24	questionnaires/ or general health questionnaire/ or surveys/
25	hermeneutics/
26	patient reported outcome measures/
27	verbal communication/
28	ethnography/ or anthropology/ or ethnology/
29	"sampling (experimental)"/
30	self-report/
31	cluster analysis/
32	participant observation/ or direct observation/ or group dynamics/

- 33 (interview* or discussion* or questionnaire* or survey* or qualitative or narrat*).ab,ti.
- 34 (verbal adj2 communicat*).ab,ti.
- 35 ((focus or dynamic*) adj2 group*).ab,ti.
- 36 "focus group* ".ab,ti.
- 37 "group dynamic* ".ab,ti.
- 38 experimental methods/
- 39 ((empirical or experimental or integrative) adj2 (research or method*)).ab,ti.
- 40 (observat* or hermeneutic or hermeneutics).ab,ti.
- 41 (grounded adj2 (theor* or stud* or research*)).ab,ti.
- 42 ((research or investigative or summary or progress or field) adj2 (report or reports)).ab,ti.
- 43 (field adj2 (note* or record* or stud* or research* or work*)).ab,ti.
- 44 (fieldnote* or field-note* or fieldwork* or field-work*).ab,ti.
- 45 (sampl* adj2 (stud* or analys* or probabilit*)).ab,ti.
- 46 (self-report* or selfreport*).ab,ti.
- 47 (cluster* or ethnograph* or ethnolog*).ab,ti.

Expectativas pacientes

- 48 health attitudes/ or attitudes/ or public health attitudes/
- 49 client attitudes/ or client satisfaction/
- 50 treatment compliance/ or client participation/
- 51 preferences/
- 52 patients/
- 53 (participat* or involve* or empower* or engage* or activat* or accept* or complianc* or noncomplianc* or adhere* or nonadhere* or satisfacti* or satisfied* or prefer* or attitude* or adopt* or aware* or barrier* or belie* or centered or centred or choice* or collaboration* or consent* or concern* or convenien* or decision* or desire* or expectati* or experience* or feedback or feeling* or input* or intent* or need*

	or opinion* or perception* or perceiv* or perspective* or react* or value* or view* or willing* or testimon* or stor*).ab,ti.	
54	52 and 53	
55	((patient* or client* or participant* or user* or consumer* or individual*) adj2 (participat* or involve* or empower* or engage* or activat* or accept* or complianc* or noncomplianc* or adhere* or nonadhere* or satisfaction* or satisfied* or prefer* or attitude* or adopt* or aware* or barrier* or belie* or centered or centred or choice* or collaboration* or consent* or concern* or convenien* or decision* or desire* or expectati* or experience* or feedback or feeling* or input* or intent* or need* or opinion* or perception* or perceiv* or perspective* or react* or value* or view* or willing* or testimon* or stor*)).ab,ti.	
<i>Perspectivas profesionales</i>		
56	health personnel attitudes/	
57	health personnel/	
58	clinicians/ or medical personnel/ or physicians/	
59	exp General Practitioners/	
60	57 or 58 or 59	
61	(experience* or perspective* or involve* or prefer* or percept* or input* or opinion* or testimon* or attitude* or role*).ab,ti.	
62	60 and 61	
63	((physician or physicians or practitioner or practitioners or clinician or clinicians or "care adj2 provider*" or cardiologist or cardiologists or hematologist or hematologists) adj2 (experience* or perspective* or involve* or prefer* or percept* or input* or opinion* or testimon* or attitude* or role*)).ab,ti.	
<i>Otros</i>		
64	(barrier or barriers or facilitator or facilitators or enabler or enablers or motivator or motivators).ti.	
65	21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 54 or 55 or 56 or 62 or 63 or 64	2056416
66	19 and 65	36

Estudios de costes

Fecha de búsqueda: noviembre 2025

HTA International Database

Anticoagulantes

- 1 "Anticoagulants"[mh]
- 2 "Anticoagulants"[mhe]
- 3 (anticoagul* OR antithrombo*)[title]
- 4 (anticoagul* OR antithrombo*)[abs]
- 5 (thrombin AND inhibit*)[title]
- 6 (thrombin AND inhibit*)[abs]
- 7 "Warfarin"[mh]
- 8 "Warfarin"[mhe]
- 9 (warfarin* OR coumadin*)[title]
- 10 (warfarin* OR coumadin*)[abs]
- 11 "Acenocoumarol"[mh]
- 12 "Acenocoumarol"[mhe]
- 13 (acenocoum* OR sintrom* OR synthrom*)[title]
- 14 (acenocoum* OR sintrom* OR synthrom*)[abs]
- 15 "Vitamin K"[mhe]
- 16 "Vitamin K"[mh]
- 17 ("vitamin k")[title]
- 18 ("vitamin k")[abs]
- 19 (antagon* OR inhibit*)[title]
- 20 (antagon* OR inhibit*)[abs]
- 21 #18 OR #17 OR #16 OR #15
- 22 #20 OR #19

- 23 #22 AND #21
- 24 (vka OR vkas)[title]
- 25 (vka OR vkas)[abs]
- 26 #25 OR #24 OR #23 OR #14 OR #13 OR #12 OR #11
OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 OR #6 OR #5 OR #4 OR #3
OR #2 OR #1

253

Autocontrol

- 27 "Self Administration"[mh]
- 28 "Self Administration"[mhe]
- 29 "Self Care"[mh]
- 30 "Self Care"[mhe]
- 31 "Self Medication"[mh]
- 32 "Self Medication"[mhe]
- 33 "Self Report"[mh]
- 34 "Self Report"[mhe]
- 35 "Self-Assessment"[mh]
- 36 "Self-Assessment"[mhe]
- 37 "Self-Control"[mh]
- 38 "Self-Control"[mhe]
- 39 "Self-Examination"[mh]
- 40 "Self-Examination"[mhe]
- 41 "Self-Management"[mh]
- 42 "Self-Management"[mhe]
- 43 "Self-Testing"[mh]
- 44 "Self-Testing"[mhe]
- 45 (self-administrat* OR self-care OR self-medicat* OR self-report* OR
self-assess* OR self-control* OR self-exam* OR self-manag* OR
self-test* OR self-monitor* OR self-measur* OR self-sampl* OR
"home care" OR "home monitor*" OR "home diagnos*" OR "home
test*" OR "home sampl*" OR "home medicat*" OR "home manag*" OR
"home measur*" OR "home assess*")[title]

- 46 (self-administrat* OR self-care OR self-medicat* OR self-report* OR
self-assess* OR self-control* OR self-exam* OR self-manag* OR
self-test* OR self-monitor* OR self-measur* OR self-sampl* OR
"home care" OR "home monitor*" OR "home diagnos*" OR "home
test*" OR "home sampl*" OR "home medicat*" OR "home manag*" OR
"home measur*" OR "home assess*")[abs]
- 47 "Point-of-Care Testing"[mh]
- 48 "Point-of-Care Testing"[mhe]
- 49 "Point-of-Care Systems"[mh]
- 50 "Point-of-Care Systems"[mhe]
- 51 (point-of-care)[title]
- 52 (point-of-care)[abs]
- 53 #52 OR #51 OR #50 OR #49 OR #48 OR #47 OR #46
OR #45 OR #44 OR #43 OR #42 OR #41 OR #40 OR #39
OR #38 OR #37 OR #36 OR #35 OR #34 OR #33 OR #32
OR #31 OR #30 OR #29 OR #28 OR #27 440
- 54 #53 AND #26 20

Costes

- 55 "Economics"[mh]
- 56 "Fees and Charges"[mh]
- 57 "Budgets"[mh]
- 58 "Models, Economic"[mh]
- 59 "Cost Allocation"[mh]
- 60 "Cost Control"[mh]
- 61 "Cost of Illness"[mh]
- 62 "Cost Savings"[mh]
- 63 "Cost Sharing"[mh]
- 64 "Cost-Benefit Analysis"[mh]
- 65 "Cost-Effectiveness Analysis"[mh]
- 66 "Costs and Cost Analysis"[mh]

67	"Decision Trees"[mh]	
68	"Monte Carlo Method"[mh]	
69	"Markov Chains"[mh]	
70	(economic* or cost* or pric* or expenditur* or expens* or financ* or fee or fees or modelization)[title]	
71	(economic* or cost* or pric* or expenditur* or expens* or financ* or fee or fees or modelization)[abs]	
72	("decision tree")[title]	
73	("decision tree")[abs]	
74	(decision* AND (tree* OR analys* OR model*))[title]	
75	(decision* AND (tree* OR analys* OR model*))[abs]	
76	(financial and impact*)[title]	
77	(financial and impact*)[abs]	
78	("monte carlo" or markov)[title]	
79	("monte carlo" or markov)[abs]	
80	#79 OR #78 OR #77 OR #76 OR #75 OR #74 OR #73 OR #72 OR #71 OR #70 OR #69 OR #68 OR #66 OR #65 OR #64 OR #63 OR #62 OR #61 OR #60 OR #59 OR #58 OR #57 OR #56 OR #55	6204
81	#54 AND #80	12
82	#81 (2015 to 2025)	2
83	#82 (English; Spanish)	2

Medline, vía Pubmed

Anticoagulantes

- #1 Search: "Anticoagulants"[Mesh] OR anticoagul*[Title/Abstract] OR antithrombo*[Title/Abstract] OR (thrombin[Title/Abstract] AND inhibit*[Title/Abstract]))
- #2 Search: "Warfarin"[Mesh] OR warfarin*[Title/Abstract] OR coumadin*[Title/Abstract]
- #3 Search: "Acenocoumarol"[Mesh] OR acenocoum*[Title/Abstract] OR sintrom*[Title/Abstract] OR synthrom*[Title/Abstract]

#4 Search: "Vitamin K/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR ("vitamin k"[Title/Abstract] AND (antagon*[Title/Abstract] OR inhibit*[Title/Abstract])) OR vka[Title/Abstract] OR vkas[Title/Abstract]

#5 Search: #1 OR #2 OR #3 OR #4 221,981

Autocontrol

#6 Search: "Self Care"[Mesh] OR "Self Administration"[Mesh] OR "Self Medication"[Mesh] OR "Self-Testing"[Mesh] OR "Self-Examination"[Mesh] OR "Self-Control"[Mesh] OR "Self-Assessment"[Mesh] OR "Self-Management"[Mesh]

#7 Search: self-care[Title/Abstract] OR self-administrat*[Title/Abstract] OR self-medicat*[Title/Abstract] OR self-test*[Title/Abstract] OR self-monitor*[Title/Abstract] OR self-control*[Title/Abstract] OR self-manag*[Title/Abstract] OR self-measur*[Title/Abstract] OR self-assess*[Title/Abstract] OR self-sampl*[Title/Abstract] OR "home care"[Title/Abstract] OR "home monitor*"[Title/Abstract] OR "home diagnos*"[Title/Abstract] OR "home test*"[Title/Abstract] OR "home sampl*"[Title/Abstract] OR "home medicat*"[Title/Abstract] OR "home manag*"[Title/Abstract] OR "home measur*"[Title/Abstract] OR "home assess*"[Title/Abstract]

#8 Search: "Point-of-Care Systems"[Mesh] OR "Point-of-Care Testing"[Mesh] OR point-of-care[Title/Abstract]

#9 Search: #6 OR #7 OR #8 268,314

#10 Search: #5 AND #9 2,464

Costes

#11 Search: "Economics"[Mesh] OR "Fees and Charges"[Mesh] OR "Budgets"[Mesh]

#12 Search: "Models, Economic"[Mesh]

#13 Search: "Costs and Cost Analysis"[Mesh] OR "Cost Allocation"[Mesh] OR "Cost-Benefit Analysis"[Mesh] OR "Cost Control"[Mesh] OR "Health Care Costs"[Mesh] OR "Health Expenditures"[Mesh]

#14 Search: "Decision Trees"[Mesh] OR "Monte Carlo Method"[Mesh] OR "Markov Chains"[Mesh]

- #15 Search: cost*[Title/Abstract] OR economic*[Title/Abstract] OR
 pric*[Title/Abstract] OR expenditure*[Title/Abstract] OR
 expense*[Title/Abstract] OR fee[Title/Abstract] OR fees[Title/
 Abstract] OR modelization[Title/Abstract] OR budget*[Title/
 Abstract] OR financ*[Title/Abstract]
- #16 Search: decision*[Title/Abstract] AND (tree*[Title/Abstract] OR
 analys*[Title/Abstract] OR model*[Title/Abstract])
- #17 Search: decision-tree*[Title/Abstract]
- #18 Search: "monte carlo"[Title/Abstract] OR markov[Title/
 Abstract]
- #19 Search: #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16
 OR #17 OR #18 2,386,214
- #20 Search: #10 AND #20 439
- #21 Search: #20 Filters: from 2015 – 2025 197
- #22 Search: #21 Filters: English, Spanish 196

Excluidos por tipo estudio

- #23 Search: "Congresses as Topic"[MeSH Terms] OR
 "Congress"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR
 "Comment"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR
 "Surveys and Questionnaires"[MeSH Terms] OR "Health
 Surveys"[MeSH Terms] OR "Health Care Surveys"[MeSH Terms]
 OR "News"[Publication Type]
- #24 Search: #22 NOT #23 177

Embase, vía OvidWeb

Anticoagulantes

- 1 anticoagulant agent/
- 2 (anticoagul* or antithrombo*).ab,ti.
- 3 (thrombin adj2 inhibit*).ab,ti.
- 4 warfarin/
- 5 (warfarin* or coumadin*).ab,ti.
- 6 acenocoumarol/

7	(acenocoum* or sintrom* or synthrom*).ab,ti.	
8	vitamin K group/	
9	(antagonist* or inhibitor*).ab,ti.	
10	8 and 9	
11	("vitamin k" adj2 (antagonist* or inhibitor*)).ab,ti.	
12	(vka or vkas).ab,ti.	
13	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 10 or 11 or 12	397220

Autocontrol

14	Self-Administered Tests/ or Self-Care/ or Self-Management/ or Self-Control/ or "Self-Examination (Medical)"/ or Self-Medication/ or Self-Analysis/ or Self-Evaluation/ or Self-Monitoring/ or Self-Report/	
15	(self-administrat* or self-care or self-medicat* or self-report* or self-assess* or self-control* or self-exam* or self-manag* or self-test* or self-monitor* or self-measur* or self-sampl*).ab,ti.	
16	(home adj2 (care or monitor* or diagnos* or test* or sampl* or medicat* or manag* or measur* or assess*)).ab,ti.	
17	"point of care system"/ or "point of care testing"/	
18	point-of-care.ab,ti.	
19	14 or 15 or 16 or 17 or 18	751425
20	13 and 19	6427
21	limit 20 to yr="2015 -Current"	3805
22	limit 21 to (english or spanish)	3762
23	limit 22 to ("clinical trials (clinicaltrials.gov)" or conference abstracts)	
24	22 not 23	2261
25	limit 24 to (books or chapter or "clinical trial (clinicaltrials.gov)" or conference abstract or conference paper or "conference review" or data paper or editorial or erratum or letter or note or short survey or tombstone)	
26	24 not 25	2080

Costes

- 27 economics/ or health economics/
- 28 "cost utility analysis"/ or "cost benefit analysis"/ or "health care cost"/
or "cost"/ or "cost effectiveness analysis"/ or "cost control"/ or
"program cost effectiveness"/
- 29 (economic* or cost* or pric* or expenditur* or expens* or financ* or
fee or fees or modelization).ab,ti.
- 31 "decision tree"/
- 32 Monte Carlo method/
- 33 Markov chain/
- 34 (decision* adj2 (tree* or analys*)).ab,ti.
- 35 "decision-tree*".ab,ti.
- 36 (financial adj2 impact*).ab,ti.
- 38 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35
or 36 or 37 2634738
- 39 26 and 38 281

Anexo VIII.2. Listado de artículos excluidos

Tabla VIII.2.1. Artículos excluidos sobre perspectiva de pacientes y profesionales

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón
1	Evaluation of the Patient-Self-Testing Model for Warfarin Management in Patients Undergoing Mechanical Heart Valve Replacement in China: a Non-Randomized, Multi-Center, Controlled Clinical Trial	Wang <i>et al.</i> , 2025	No reportan resultado Ensayo clínico solo vs. PSM), pero con clínica (TTR, según resultados de expertos profesionales
2	Adherence to Anticoagulation and its Relation with Medication Beliefs, Self-Efficacy, and Side Effects in Patients with Newly-Diagnosed Atrial Fibrillation	van der Horst <i>et al.</i> , 2025	Población no relevante datos AVK
3	Factors influencing nurses' knowledge and competence in warfarin-drug and nutrient interactions and patient counseling practices	Subih <i>et al.</i> , 2025	Intervención no relevante autocontrol TAO
4	Augmenting Engagement in Decentralized Clinical Trials for Atrial Fibrillation: Development and Implementation of a Programmatic Architecture	Omole <i>et al.</i> , 2025	Población no relevante datos AVK
5	Nurse-Led Multicomponent Behavioral Activation Intervention for Patients With Atrial Fibrillation: A Randomized Controlled Trial	Li <i>et al.</i> , 2025	Población no relevante datos AVK
6	Unlocking Urban India's Awareness of Oral Anticoagulation: Implications for Healthcare Education	Kotte <i>et al.</i> , 2025	Población no relevante datos AVK
7	Patient self-management of warfarin therapy - a long-term follow up study	Hall <i>et al.</i> , 2025	Resultados no relevantes
8	Effectiveness of a technological tool associated with pharmaceutical guidance in hospital discharge of patients using warfarin	Gonçalves <i>et al.</i> , 2025	Intervención no relevante autocontrol TAO
9	Determinants associated with activation in patients with oral anticoagulant treatment: A cross-sectional study	Vall-Vargas <i>et al.</i> , 2024	No incluye resultados profesionales solo clínicos de INR/T
10	Factors affecting target INR levels in homebound and ambulatory patients who use warfarin	Tuncer <i>et al.</i> , 2024	Intervención no relevante autocontrol TAO
11	Modelling anticoagulation and health-related quality of life in those with atrial fibrillation: a secondary analysis of AFFIRM	Stulberg <i>et al.</i> , 2024	Población no relevante datos AVK

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión	Criterio principal de exclusión
12	An evaluation of the impact of the Lambeth PCN pharmacist anticoagulation skills development project...The Royal Pharmaceutical Society Annual Conference, November 8, 2024, London, United Kingdom	Shuker <i>et al.</i> , 2024	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK	
13	Effectiveness of a self-management program for anticoagulated patients to improve their knowledge about treatment and time in therapeutic range	Romero-Arana <i>et al.</i> , 2024	Otros - Duplicado	
14	The quality of pharmacist-led community warfarin management across 2 provinces in Canada: A cross-sectional observational study	Morrison <i>et al.</i> , 2024	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK	
15	Description of self-care behaviours in patients with non-valvular atrial fibrillation on oral anticoagulant therapy: a scoping review	Magon <i>et al.</i> , 2024	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK	
16	Un acuerdo en la anticoagulación: experiencias de las necesidades durante el uso de esta terapia	Coral Arévalo <i>et al.</i> , 2024	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO	
17	A qualitative study evaluating provider perceptions of implementing warfarin patient self-management in the United States healthcare system	Wilson <i>et al.</i> , 2023	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK	
18	The role of anticoagulation clinics needs to be reassessed to include follow up of patients on direct oral anticoagulants	Tripodi <i>et al.</i> , 2023	No aborda autocontrol de AVK ni experiencia de pacientes o profesionales, se centra en organización de clínicas y disponibilidad de test	

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
19	Patterns of oral anticoagulant use and outcomes in Asian patients with atrial fibrillation: a post-hoc analysis from the GLORIA-AF Registry	Romiti <i>et al.</i> , 2023	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK
20	Tools for Assessing Patients' Knowledge of Their Anticoagulation Therapy	Puentes-Mojica <i>et al.</i> , 2023	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
21	Interference in point-of-care international normalized ratio monitoring in patients with lupus anticoagulant is correlated with anti-β2-glycoprotein I antibody titers	Noordermeer <i>et al.</i> , 2023	Fiabilidad técnica POCT, sin resultados de experiencia
22	Health-related quality of life and willingness to pay measurement among patients on warfarin in Thailand	Kulthanachairojana <i>et al.</i> , 2023	No aborda autocontrol
23	Engagement of atrial fibrillation patients with the AF-EduApp, a new mobile application to support AF management	Knaepen <i>et al.</i> , 2023	App FA con mezcla anticoagulante oral (incluye ACODs); no centrado en AVK-PSM/PST
24	Comparison of the International Normalized Ratio Between a Point-of-Care Test and a Conventional Laboratory Test: the Latter Performs Better in Assessing Warfarin-Induced Changes in Coagulation Factors	Kim <i>et al.</i> , 2023	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
25	The Value of Anticoagulation Management Combining Telemedicine and Self-Testing in Cardiovascular Diseases: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Huang <i>et al.</i> , 2023	MA de telemedicina/PST sin resultados de experiencia; revisión

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
26	Self-reported adherence to direct oral anticoagulants versus warfarin therapy in a specialized thrombosis service-a cross-sectional study of patients in a Canadian Health Region	Bonsu <i>et al.</i> , 2023	Adherencia ACOD vs. warfarina; no automonitorización ni educación en AVK
27	Construction and Validation of a Protocol Targeting Patients on Oral Anticoagulation with Warfarin	Barbosa	Educación/emponderamiento, no INR PSM
28	Design, rationale, and baseline characteristics of a randomized controlled trial evaluating a mobile relational agent to enhance atrial fibrillation self-care	Althouse <i>et al.</i> , 2023	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK
29	Decentralization and Virtualization of INR-based Anticoagulation Control During the COVID-19 Pandemic	Almesned <i>et al.</i> , 2023	Intervención no es automonitorización/autocontrol AVK en domicilio, sino virtualización de clínicas con INR en centros de salud. Resultados de satisfacción y adherencia no aplicables directamente
30	Position Statement on In-hospital/Clinic Point-of-care Coagulation Testing for Anticoagulation Monitoring in Saudi Arabia	Al Ayoubi <i>et al.</i> , 2023	Intervención no relevante - No automonitorización/autocontrol TAO
31	Feasibility and usability of a mobile health tool on anticoagulation management for patients with atrial fibrillation: a pilot study	Zhang <i>et al.</i> , 2022	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK
32	Measuring Mobile Phone Application Usability for Anticoagulation from the Perspective of Patients, Caregivers, and Healthcare Professionals	Wang <i>et al.</i> , 2022	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
33	Perceptions of patients and healthcare providers on patient education to improve oral anticoagulant management	Wang <i>et al.</i> , 2022	No aborda automonitorización/autocontrol de AVK; estudio cualitativo sobre educación general en anticoagulantes (AVK y ACOD)
34	Oral anticoagulant adherence and switching in patients with atrial fibrillation: A prospective observational study	Salmasi <i>et al.</i> , 2022	No aborda PST/PSM (solo adherencia/satisfacción con medicación, mezcla AVK y ACODs)
35	Smartphone Apps for Managing Antithrombotic Therapy: Scoping Literature Review	Praus <i>et al.</i> , 2022	Intervención no relevante - No automonitorización/autocontrol TAO
36	The anticoagulation length of therapy and risk of new adverse events in venous thromboembolism (ALTERNATIVE) study: Design and survey results	Portugal <i>et al.</i> , 2022	Intervención no relevante - No automonitorización/autocontrol TAO
37	Prevalence and factors associated with psychological distress among patients on warfarin at the Uganda Heart Institute, Mulago Hospital	Naisanga <i>et al.</i> , 2022	Intervención no relevante - No automonitorización/autocontrol TAO
38	Sex-related differences in self-reported treatment burden in patients with atrial fibrillation	Mihajlovic	Perspectiva en anticoagulación AVK pero sin programa de automonitorización; fuera de PICO estricto
39	Warfarin monitoring and interference by lupus anticoagulant in patients with antiphospholipid syndrome	Jepsen <i>et al.</i> , 2022	Resultado (válida técnica, no experiencia/ aceptabilidad).
40	Combining portable coagulometers with the Internet: A new model of warfarin anticoagulation in patients following mechanical heart valve replacement	Huang	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
41	CoaguChek® XS versus standard laboratory prothrombin time for anticoagulant monitoring in patients with antiphospholipid syndrome	Fonseca <i>et al.</i> , 2022	Solo validez técnica del dispositivo (sin resultados de experiencia)
42	Multicomponent intervention in Elderly Patients Anticoagulated with Vitamin K Antagonists that were admitted to home care after hospital admission...21st International Conference on Integrated Care (Virtual), May 1-31, 2021	Ferré <i>et al.</i> , 2022	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
43	Educational Needs of People Living with Atrial Fibrillation: A Qualitative Study	Ferguson <i>et al.</i> , 2022	La población no es "personas adultas en tratamiento crónico con AVK", sino pacientes con FA en general; aunque aborda educación, no está dirigido específicamente a AVK ni a automonitorización
44	Clinical Outcomes of Different Warfarin Self-Care Strategies: A Systematic Review and Network Meta-Analysis	Dhippayom <i>et al.</i> , 2022	Aunque estudia autocontrol con AVK y compara con control clínico, los resultados se centran únicamente en eficacia clínica (TTR, eventos, mortalidad) y no incluyen experiencia de pacientes o profesionales
45	Effect of an interactive, educational app about venous thromboembolism and anticoagulation on patient satisfaction: a randomized controlled trial	de Winter <i>et al.</i> , 2022	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK, Intervención no relevante - No automonitorización/autocontrol TAO
46	Bleeding associated with self-medication in warfarin users: A prospective observational study in Ijuí (Brazil)	Colet <i>et al.</i> , 2022	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
47	Geriatric Conditions Are Associated With Decreased Anticoagulation Use in Long-Term Care Residents With Atrial Fibrillation	Zhang <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
48	Self-management of patients with heart valve replacement and its clinical outcomes: a systematic review	Zandi <i>et al.</i> , 2021	Resultado no relevante - Solo desenlaces clínicos
49	Association between transportation barriers and anticoagulation control among an inner-city, low-income population: A prospective observational cohort study	Yan <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
50	Language proficiency and warfarin-related adverse events in older immigrants and Canadian residents: a population-based cohort study	Wijeratne <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
51	Benefit of Self-Managed Anticoagulation in Patients with Left Ventricular Assist Device	Vogeler <i>et al.</i> , 2021	Población distinta (dispositivo de asistencia ventricular) y resultados centrados en eficacia clínica (TTR), sin aportar coste-efectividad ni aceptabilidad/experiencia de pacientes según el protocolo
52	Self-report instruments for assessing adherence to warfarin therapy: a systematic review	Vianna <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
53	Therapeutic quality control in a regional thrombosis center: The effect of changing the target intensity of anticoagulation with vitamin K antagonists	van 't Land <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
54	Bias and uncertainty of the International Normalized Ratio determined with a whole blood point-of-care prothrombin time test device by comparison to a new International Standard for thromboplastin	van den Besselaar <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
55	How confident are pharmacists in providing pharmaceutical care on anticoagulants? A cross-sectional, self-administered questionnaire study in Borneo, Malaysia	Tan <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
56	Impact of pharmacists' training on oral anticoagulant counseling: A randomized controlled trial	Showande <i>et al.</i> , 2021	No autocontrol del TAO con AVK.
57	International Normalized Ratio Test Frequency in Left Ventricular Assist Device Patients Affects Anticoagulation Quality and Adverse Events	Schiöglhofer <i>et al.</i> , 2021	Analiza TTR, prueba de tiempo de protrombin, eventos hemorrágicos, trombóticos y neurológicos. Son desenlaces clínicos, no resultados de experiencia pacientes o profesionales.
58	Factors Affecting Medication Adherence in Patients with Mechanical Heart Valves Taking Warfarin: The Role of Knowledge on Warfarin, Medication Belief, Depression, and Self-Efficacy	Park <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
59	Development and usability testing of a mobile health game application for older adults on warfarin	Opoku-Agyemang <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
60	Oral health-related quality of life in anticoagulated patients with warfarin treatment: A cross-sectional study	Moreno-Drada <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
61	Evaluating the knowledge of moroccan patients regarding their oral anticoagulant treatment admitted in cardiology and cardiovascular surgery units	Latt <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
62	Barriers and facilitators for optimizing oral anticoagulant management: Perspectives of patients, caregivers, and providers	Holbrook <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
63	Quality of life in patients with nonvalvular atrial fibrillation treated with oral anticoagulants	Gabilondo <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
64	Effectiveness of the Alfalfa App in Warfarin Therapy Management for Patients Undergoing Venous Thrombosis Prevention and Treatment: Cohort Study	Cao <i>et al.</i> , 2021	Resultado no relevante – Solo desenlaces clínicos/ económicos
65	Health literacy of patients on oral anticoagulation treatment- individual and social determinants and effect on health and treatment outcomes	Cabellos-García <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
66	Impact of an oral anticoagulation self-monitoring and self-management program in patients with mechanical heart valve prosthesis	Blanch <i>et al.</i> , 2021	Resultado no relevante - Solo desenlaces clínicos
67	Patient satisfaction with community pharmacist-led anticoagulation management services and its relationship with patient characteristics in New Zealand	Beyene <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
68	Long-term adherence to direct acting oral anticoagulants and the influence of health beliefs after switching from vitamin-K antagonists: Findings from the Switching Study	Bartoli-Abdou <i>et al.</i> , 2021	La intervención ya no es sobre AVK ni autocontrol, sino sobre adherencia a ACOD tras el cambio de tratamiento. Aunque incluye medidas de experiencia (creencias, satisfacción, adherencia), la población no cumple PICO (pacientes no permanecen en AVK)
69	Sense of Coherence and Quality of Life in Patients Treated with Antivitamin K Oral Anticoagulants: A Cross-Sectional Study	Anguas-Gracia <i>et al.</i> , 2021	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
70	An Analysis of Perceived and Actual Anticoagulant Knowledge among Independent Pharmacy Patients	Ware <i>et al.</i> , 2020	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK - Intervención no relevante - No automonitorización/autocontrol TAO
71	Heterogeneity in Preferences for Anti-coagulant Use in Atrial Fibrillation: A Latent Class Analysis	van Til <i>et al.</i> , 2020	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
72	Can nurses help improve self-care of patients living with atrial fibrillation? A focus group study exploring patients' disease knowledge gaps	Toscos <i>et al.</i> , 2020	No estudia autocontrol del TAO con AVK
73	Self-reported therapy adherence and predictors for nonadherence in patients who switched from vitamin K antagonists to direct oral anticoagulants	Toorop <i>et al.</i> , 2020	No automonitorización/autocontrol del tratamiento con AVK
74	30 years on warfarin: a patient's perspective	Smith <i>et al.</i> , 2020	Narrativa personal (<i>patient story</i>) sobre experiencia con warfarina y PST. No es un estudio de investigación con metodología sistemática

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
75	Evaluation of the clinical and safety outcomes of face-to-face vs a telephonic model of a pharmacist-led outpatient anticoagulation service	Saw <i>et al.</i> , 2020	Solo resultados clínicos, sin experiencia
76	Evaluation of a program of pharmaceutical counseling for French patients on oral anticoagulant therapy	Roseau <i>et al.</i> , 2020	No aborda PST/PSM (programa educativo, mezcla AVK y ACODs)
77	Patients' satisfaction associated with portable coagulometers for warfarin monitoring: a cross-sectional study	Riva <i>et al.</i> , 2020	No describe autocontrol por parte de pacientes en su domicilio, sino monitoreo con dispositivos POC (CoaguChek XS Plus), pero en clínicas comunitarias, manejados por profesionales
78	Drive-Through Model for Anticoagulation Clinics During the COVID-19 Pandemic	Rezaei Bookani <i>et al.</i> , 2020	No evalúa directamente experiencia, satisfacción ni aceptabilidad del autocontrol; se limita a describir la logística y el modelo <i>drive-through</i> durante la pandemia, sin aportar resultados cualitativos o cuantitativos sobre la perspectiva de pacientes o profesionales
79	Minor bleeding affects the level of knowledge in patients with atrial fibrillation on oral anticoagulant therapy	Metzger-Gumiela <i>et al.</i> , 2020	Aunque incluye población tratada con AVK, el objetivo es evaluar la relación entre sangrados menores y nivel de conocimiento/adherencia, no la aceptabilidad o experiencia vinculada a automonitoreo/autocontrol
80	Self-reported risk of stroke and factors associated with underestimation of stroke risk among older adults with atrial fibrillation: The SAGE-AF study	Mehawej <i>et al.</i> , 2020	No estudia autocontrol del TAO con AVK

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
81	Determinants of health-related quality of life: a cross-sectional investigation in physician-managed anticoagulated patients using vitamin K antagonists	Magon <i>et al.</i> , 2020	Aunque aporta evidencia muy útil sobre calidad de vida, conocimientos, creencias y alfabetización en salud en pacientes con AVK, está limitado a los que reciben manejo clínico convencional y no aborda el autocontrol del TAO
82	Telemedicine-based specialized care improves the outcome of anticoagulated individuals with venous thromboembolism-results from the thrombEVAL study	Keller <i>et al.</i> , 2020	Excluido (telemedicina con AVK, resultados clínicos, sin experiencia/aceptabilidad)
83	Comparative effects of telemedicine and face-to-face warfarin management: A systematic review and network meta-analysis	Dhippayom <i>et al.</i> , 2020	RS y MA de eficacia clínica (TTR, eventos), sin resultados de experiencia de pacientes/profesionales
84	Thrombosis centres and AVKs monitoring in COVID-19 pandemic	Barcellona <i>et al.</i> , 2020	Excluido (población e intervención relevantes, pero diseño y resultados no cumplen)
85	Implications for incorporating home international normalized ratio into practice: Perspective from an interdisciplinary team	Adelman <i>et al.</i> , 2020	Revisión narrativa/opinión. No aporta datos primarios sistemáticos sobre automonitorización AVK
86	Subtherapeutic Anticoagulation Control under Treatment with Vitamin K-Antagonists-Data from a Specialized Coagulation Service	Prochaska <i>et al.</i> , 2019	No evalúa experiencia/aceptabilidad
87	A systematic review and meta-analysis of supplemental education in patients treated with oral anticoagulation	Paquette <i>et al.</i> , 2019	Aunque aporta evidencia sobre la educación suplementaria en pacientes anticoagulados (incluyendo AVK), no estudia autocontrol del TAO con AVK

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
88	Associations between anticoagulant treatment pathways and self-reported harms in patients recently diagnosed with venous thromboembolism	Pan <i>et al.</i> , 2019	Intervención no relevante - No automonitorización/ autocontrol TAO
89	Relationship between anticoagulant medication adherence and satisfaction in patients with stroke	Oliveira-Kumakura <i>et al.</i> , 2019	Relevancia contextual en adherencia/satisfacción
90	Characteristics of software used in self-management of vitamin K antagonist therapy: A systematic review	Naderi Haji <i>et al.</i> , 2019	No aporta datos primarios sobre experiencia de pacientes/profesionales, sino un análisis técnico de programas
91	Differences in the quality of oral anticoagulation therapy with vitamin K antagonists in German GP practices - results of the cluster-randomized PICANT trial (Primary Care Management for Optimized Antithrombotic Treatment)	Mertens <i>et al.</i> , 2019	Aborda autocontrol de AVK pero solo con resultados clínicos, no experiencia/aceptabilidad
92	Long-term effectiveness and safety of self-management of oral anticoagulants in real-world settings	Menéndez-Jándula <i>et al.</i> , 2019	Estudia PSM con AVK, pero solo con resultados clínicos, sin experiencia/aceptabilidad
93	A prospective, multi-center cohort study: investigating the ability of warfarin-treated patients to predict their INR	McNamara <i>et al.</i> , 2019	Estudio de percepción de INR en pacientes con AVK, sin autocontrol
94	Impact of an electronic medium delivery of warfarin education in a low income, minority outpatient population: a pilot intervention study	Heinrich <i>et al.</i> , 2019	No incluye autocontrol del INR
95	Are Older Adults Willing to Consider New Strategies to Reduce Stroke Risk?	Grande <i>et al.</i> , 2019	Población no relevante - Otros anticoagulantes sin datos AVK - Intervención no relevante - No automonitorización/autocontrol TAO

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
96	Home Management of Warfarin Treatment Through a Real-Time Supervised Telemedicine Solution: A Randomized Controlled Trial	Brasen et al., 2019	Ensayo clínico de autocontrol AVK (PST vs. PSM), pero centrado en eficacia clínica y carga asistencial, sin resultados de experiencia de pacientes/profesionales
97	American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: optimal management of anticoagulation therapy	Witt et al., 2018	Guía (no acepta PICO de aceptabilidad)
98	Adherence, knowledge, and perception about oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation at high risk for thromboembolic events after radiofrequency ablation	Smet et al., 2018	Adherencia y percepciones de anticoagulantes orales, sin automonitorización (mayoría ACODs)
99	Validation of knowledge and adherence assessment tools among patients on warfarin therapy in a Saudi hospital anticoagulant clinic	Shilbayeh et al., 2018	Validación de herramientas de conocimiento/adherencia en clínica hospitalaria, sin automonitorización
100	Adherence to Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: An Australian Survey	Obamiro et al., 2018	Encuesta <i>online</i> sobre adherencia a anticoagulantes orales en FA, mayoría ACODs, sin automonitorización
101	Interventions and Strategies to Improve Oral Anticoagulant Use in Patients with Atrial Fibrillation: A Systematic Review of Systematic Reviews	Ng et al., 2018	Overview de RS; automonitorización incluida pero solo con desenlaces clínicos, sin aceptabilidad
102	Anticoagulation Knowledge Tool (AKT): Further evidence of validity in the Italian population	Magon et al., 2018	Validación de instrumento, no autocontrol

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
103	Anticoagulant Preferences and Concerns among Venous Thromboembolism Patients	Lutsey <i>et al.</i> , 2018	No evalúa automonitorización del TAO con AVK
104	Barriers and facilitators to medication adherence: A qualitative study with general practitioners	Kvarnström <i>et al.</i> , 2018	No trata autocontrol del TAO con AVK, sino adherencia general desde la perspectiva de personal de medicina de familia.
105	Qualitative study of patient experiences of responsibility in warfarin therapy	Gillespie <i>et al.</i> , 2018	Seguimiento convencional en clínicas (no automonitorización)
106	Management of warfarin therapy: A new point-of-care monitoring service by community pharmacists in India	Deepalakshmi <i>et al.</i> , 2018	Se centra en un servicio de monitorización en farmacia comunitaria, no en autocontrol del TAO por pacientes
107	Therapeutic itinerary: Trajectory for resolution of adverse events of patients using warfarin in Southern Brazil	Colet <i>et al.</i> , 2018	Describe itinerarios terapéuticos y resolución de eventos adversos en pacientes con warfarina, pero no aborda autocontrol del TAO con AVK
108	Relation between health literacy, self-care and adherence to treatment with oral anticoagulants in adults: a narrative systematic review	Cabellos-García <i>et al.</i> , 2018	Aunque trata de autocuidado y adherencia en pacientes con AVK, no aborda autocontrol del TAO
109	Factors influencing medication knowledge and beliefs on warfarin adherence among patients with atrial fibrillation in China	Zhao <i>et al.</i> , 2017	No hay autocontrol, solo adherencia a warfarina
110	The relationship between knowledge, health literacy, and adherence among patients taking oral anticoagulants for stroke thromboprophylaxis in atrial fibrillation	Rolls <i>et al.</i> , 2017	No aborda PST/PSM (mezcla AVK y ACODs, sin subgrupo)

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
111	Pharmacists' confidence when providing pharmaceutical care on anticoagulants, a multinational survey	Papastergiou <i>et al.</i> , 2017	Se centra en confianza y formación de personal de farmacia en anticoagulación, sin relación con automonitorización del TAO con AVK
112	Patients' perspectives of self-testing when using anticoagulant therapy	McKee <i>et al.</i> , 2017	<i>Abstract/conference report</i>
113	Does a complex intervention increase patient knowledge about oral anticoagulation? - a cluster-randomised controlled trial	Maikranz <i>et al.</i> , 2017	No es un programa de PSM
114	Using Artificial Intelligence to Reduce the Risk of Nonadherence in Patients on Anticoagulation Therapy	Labovitz <i>et al.</i> , 2017	Evalúa adherencia con anticoagulantes (principalmente ACODs) mediante app de inteligencia artificial, no autocontrol del TAO con AVK
115	Mobile Health Technology for Atrial Fibrillation Management Integrating Decision Support, Education, and Patient Involvement: mAF App Trial	Guo <i>et al.</i> , 2017	Ensayo sobre app móvil para adherencia, satisfacción y calidad de vida en pacientes con FA (mayoría con ACODs), no autocontrol del TAO con AVK
116	Barriers and enablers to adherence to anticoagulation in heart failure with atrial fibrillation: patient and provider perspectives	Ferguson <i>et al.</i> , 2017	El estudio no evalúa un programa de autocontrol, sino barreras generales de adherencia
117	New survey shows nearly 80% of patients on warfarin want to self-monitor	Bray <i>et al.</i> , 2017	Diseño no elegible

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
118	Barriers and facilitators to reducing frequent laboratory testing for patients who are stable on warfarin: a mixed methods study of de-implementation in five anticoagulation clinics	Barnes <i>et al.</i> , 2017	Trata de implementación de controles frecuentes en clínica para pacientes estables con warfarina, pero no de autocontrol del TAO con AVK
119	Survey shows patients on warfarin willing to self-monitor: A survey by the Atrial Fibrillation Association shows that 86% of patients currently treated with warfarin would consider self-monitoring to avoid frequent clinic visits	Bray <i>et al.</i> , 2017	Duplicado
120	Comparing the effectiveness of pharmacist-managed warfarin anticoagulation with other models: a systematic review and meta-analysis	Zhou <i>et al.</i> , 2016	Esta RS se centra en manejo farmacéutico de warfarina. Aunque menciona algún ensayo de PSM, no evalúa de forma específica el autocontrol del TAO ni los resultados de experiencia (aceptabilidad, barreras, preferencias)
121	[Validation of satisfaction questionnaire ACTS in outpatients with atrial fibrillation treated with oral anticoagulants in Spain. ALADIN Study]	Suárez <i>et al.</i> , 2016	No aborda autocontrol de AVK. Estudia satisfacción mediante cuestionarios (ACTS, SAT-Q, EQ-5D) en pacientes con FA tratados con AVK o ACOD
122	Frequency and Determinants of Adherence to Oral Anticoagulants in Stroke Patients with Atrial Fibrillation in Clinical Practice	Polymeris <i>et al.</i> , 2016	Estudio observacional sobre adherencia a anticoagulantes (78 % ACOD, 22 % AVK), sin automonitorización del TAO
123	Venous thromboembolism in the elderly	Ploenes	No aborda automonitorización/autocontrol TAO
124	Medication beliefs and self-reported adherence-results of a pharmacist's consultation: A pilot study	Ostbring <i>et al.</i> , 2016	Ninguno

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
125	Can pharmacogenetics help patients under chronic treatment with coumarin anticoagulants?	López <i>et al.</i> , 2016	Revisión narrativa de farmacogenética en AVK. No aborda autocontrol ni experiencia de pacientes/profesionales
126	Feasibility Study of a Mobile Health Intervention for Older Adults on Oral Anticoagulation Therapy	Lee <i>et al.</i> , 2016	Es el mismo estudio piloto del programa MASS. Aporta datos de satisfacción y conocimiento, pero no evalúa autocontrol del INR con AVK
127	A project to improve the management of patients on warfarin in a primary care setting through the introduction of a POC analysis	Karlsson <i>et al.</i> , 2016	Estudio de mejora organizativa en AP (POC en consulta). No evalúa autocontrol del TAO
128	Differences in attitude, education, and knowledge about oral anticoagulation therapy among patients with atrial fibrillation in Europe: result of a self-assessment patient survey conducted by the European Heart Rhythm Association	Hernández Madrid <i>et al.</i> , 2016	Encuesta multinacional sobre educación, conocimiento y adherencia en pacientes con FA anticoagulados (AVK y ACODs). No aborda autocontrol del TAO con AVK
129	Knowledge gaps in patients with atrial fibrillation revealed by a new validated knowledge questionnaire	Desteghe <i>et al.</i> , 2016	No evalúa experiencia/aceptabilidad - Intervención no relevante (cuestionario de conocimiento, no automonitorización)
130	Attitudes toward anticoagulant treatment among nonvalvular atrial fibrillation patients at high risk of stroke and low risk of bleed	Criviera <i>et al.</i> , 2016	No cumple con la intervención (no estudia autocontrol del TAO con AVK).

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
131	Patient satisfaction with extended-interval warfarin monitoring	Carris <i>et al.</i> , 2016	Aunque evalúa satisfacción de pacientes en tratamiento con warfarina, la intervención fue "monitoreo en clínica con intervalos extendidos", no autocontrol del TAO en domicilio
132	Patients' attitude and knowledge about oral anticoagulation therapy: results of a self-assessment survey in patients with atrial fibrillation conducted by the European Heart Rhythm Association	Amara <i>et al.</i> , 2016	Encuesta multinacional sobre actitudes y conocimientos de pacientes con FA anticoagulados (AVK + ACODs). No estudia autocontrol del TAO con AVK
133	Implementation and outcomes of a pharmacist-managed clinical video telehealth anticoagulation clinic	Singh <i>et al.</i> , 2015	No intervención (no automonitoreo)
134	Good quality of oral anticoagulation treatment in general practice using international normalised ratio point of care testing	Løkkegaard <i>et al.</i> , 2015	La intervención no es automonitoreo por el paciente, sino control en la consulta mediante POCT, y además carece de comparador con el modelo convencional
135	Effective and Safe Management of Oral Anticoagulation Therapy in Patients Who Use the Internet-Accessed Telecontrol Tool SintromacWeb	Ferrando <i>et al.</i> , 2015	Aunque la población y la intervención son correctas (automonitoreo con AVK en casa con POC y telecontrol), los resultados se centran en eficacia clínica y seguridad (TTR, sangrados, trombosis), sin reportar directamente aceptabilidad, confianza, satisfacción o barreras
136	Underuse of oral anticoagulation for individuals with atrial fibrillation in a nursing home setting in france: Comparisons of resident characteristics and physician attitude	Bahri <i>et al.</i> , 2015	Intervención no relevante - No automonitoreo/ autocontrol TAO

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
137	Implementation and evaluation of a warfarin patient self-management (PSM) program among experienced patients in a U.S. academic health system	Fleming <i>et al.</i> , 2023	No incluye resultados directos de experiencia de pacientes
138	Programa educativo para la mejora de conocimientos y del rango terapéutico para pacientes anticoagulados autocontrolados	Romero-Arana <i>et al.</i> , 2025	No evalúa experiencia, aceptabilidad ni percepción de pacientes o profesionales; el estudio se centra en una intervención formativa hospitalaria y en resultados de conocimiento y control del INR
139	Qualitative study of patients' and clinicians' experiences of an educational intervention for warfarin therapy control in atrial fibrillation in Thailand	Jiraporncharoen <i>et al.</i> , 2025	Estudio cualitativo centrado en la experiencia de una intervención educativa sobre warfarina; no evalúa programas de automonitorización/ autocontrol del INR (PST/PSM) ni la experiencia del uso de coagulómetros o del control domiciliario
140	A Mobile Application for Anticoagulation Management in Patients After Heart Valve Replacement: A Usability Study	Xia Yuan <i>et al.</i> , 2024	Estudio centrado en la usabilidad y aceptación de una aplicación móvil de apoyo a la anticoagulación; no evalúa la experiencia de programas de automonitorización o autocontrol del INR (PST/PSM) como modelo asistencial
141	Empowering patients to self-control and self-management of anticoagulant therapy	Andreja Hrovat Bukovšek <i>et al.</i> , 2024	No PST/PSM como objeto de evaluación. Estudio educativo (pre-post) centrado en empoderamiento; no evalúa la experiencia, aceptabilidad o percepción de la automonitorización/autocontrol del INR como intervención domiciliaria

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
142	I just didn't want to trust it at all ⁱⁱⁱ : Atrial fibrillation patient's treatment experience of rivaroxaban and warfarin	Sly <i>et al.</i> , 2022	Estudio cualitativo sobre la experiencia de pacientes con anticoagulantes (warfarina y ACOD), sin evaluación de programas de automonitorización o autocontrol del INR (PST/PSM)
143	Virtual Education for Patient Self-Testing for Warfarin Therapy Is Effective During the COVID-19 Pandemic	Price <i>et al.</i> , 2022	Estudio centrado en resultados clínicos (TTR, INR) y comparación de modalidades de formación para PST; no evalúa experiencia, aceptabilidad ni percepción de pacientes o profesionales
144	Oral anticoagulants: a systematic overview of reviews on efficacy and safety, genotyping, self-monitoring, and stakeholder experiences	Khouja <i>et al.</i> , 2022	Revisión paraguas de RS; no aporta datos primarios sobre experiencia, aceptabilidad o percepción de pacientes/profesionales en programas de automonitorización o autocontrol del INR (PST/PSM)
145	Performance of the microINR Point-of-Care System Used by Self-Testing Patients: A Multicenter Clinical Trial	Refaai <i>et al.</i> , 2021	Estudio centrado en la validación técnica y usabilidad de un coagulómetro para PST; no evalúa la experiencia, aceptabilidad o percepción de pacientes sobre la automonitorización/ autocontrol del TAO
146	A Systematic Review on Mobile Health Applications' Education Program for Patients Taking Oral Anticoagulants	Jang <i>et al.</i> , 2021	RS; no aporta datos primarios sobre experiencia, aceptabilidad o percepción de pacientes/profesionales en programas de automonitorización o autocontrol del INR (PST/PSM).

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
147	Can clinical pharmacists utilize telehealth to double the safety and efficacy of oral anticoagulation while reducing health care costs and improving patient satisfaction in patients with atrial fibrillation?	Bussey <i>et al.</i> , 2021	No PST/PSM: control del INR gestionado por profesionales (personal de farmacia), sin automonitorización domiciliar ni autocontrol del tratamiento; estudio de modelización, sin resultados de experiencia de pacientes
148	In-home Compared With In-Clinic Warfarin Therapy Monitoring in Mechanical Heart Valves: A Population-Based Study	van Zyl <i>et al.</i> , 2020	Estudio observacional centrado en resultados clínicos (TTR y eventos); no evalúa experiencia, aceptabilidad ni percepción de pacientes o profesionales sobre la automonitorización/ autocontrol del INR (PST/PSM)
149	Comparative efficacy and safety of warfarin care bundles and novel oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation: a systematic review and network meta-analysis	Ng <i>et al.</i> , 2020	RS con MA en red centrada en eficacia y seguridad de estrategias de anticoagulación; no aporta datos primarios sobre experiencia, aceptabilidad o percepción de pacientes/profesionales en programas de automonitorización o autocontrol del INR (PST/PSM).
150	Quality of Warfarin Therapy and Quality of Life are Improved by Self-Management for Two Years	Søvik <i>et al.</i> , 2019	Aunque implementa autocontrol del INR con AVK, el estudio se centra en resultados cuantitativos y en una medida genérica de calidad de vida, sin analizar aceptabilidad, satisfacción, barreras, facilitadores, carga del tratamiento, experiencia tecnológica ni otros resultados desde la perspectiva de pacientes o de profesionales

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
151	Effect of Self-Management Program on Self-efficacy and Medication Adherence in Patients with Mechanical Heart Valve: a Randomized Clinical Trial	Javan <i>et al.</i> , 2019	Estudio educativo (ensayo clínico) centrado en autoeficacia y adherencia; no evalúa programas de automonitorización o autocontrol domiciliario del INR (PST/PSM) ni la experiencia de pacientes con el PST o ajuste autónomo del tratamiento.
152	Implementation and evaluation of a pharmacist-led electronic visit program for diabetes and anticoagulation care in a patient-centered medical home	Hawes <i>et al.</i> , 2018	Estudio cualitativo centrado en la experiencia de pacientes en la toma de decisiones sobre anticoagulación oral (warfarina y ACOD); no evalúa la experiencia de programas de automonitorización o autocontrol del INR (PST/PSM).
153	PORTALS: design of an innovative approach to anticoagulation management through eHealth	Talboom-Kamp <i>et al.</i> , 2017	Artículo de protocolo de estudio (sin resultados). No aporta datos empíricos sobre experiencia, aceptabilidad o percepción de pacientes/profesionales en programas de automonitorización o autocontrol del INR (PST/PSM).
154	Self-management of Warfarin: An Approach to Increase Patient Engagement in Care	Milner <i>et al.</i> , 2017	Artículo descriptivo de implementación de un programa de autocontrol del tratamiento con warfarina; presenta resultados clínicos y de proceso, pero no evalúa de forma sistemática la experiencia, aceptabilidad o percepción de pacientes o profesionales

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
155	Educational and behavioural interventions for anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation	Clarksmith <i>et al.</i> , 2017	RS (Cochrane) sobre intervenciones educativas y conductuales en anticoagulación; no aporta datos primarios sobre experiencia, aceptabilidad o percepción de pacientes o profesionales en programas de automonitorización o autocontrol del INR (PST/PSM)
156	Oral anticoagulation with vitamin K inhibitors and determinants of successful self-management in primary care	Tamayo Aguirre <i>et al.</i> , 2016	Estudio cuasi-experimental centrado en competencia técnica, control del INR, complicaciones y calidad de vida medida de forma cuantitativa. No explora la experiencia vivida del autocontrol, ni la aceptabilidad, percepciones, barreras, facilitadores o relación asistencial desde la perspectiva de pacientes o profesionales
157	Predictors of anticoagulation quality in 15 834 patients performing patient self-management of oral anticoagulation with vitamin K antagonists in real-life practice: a survey of the International Self-Monitoring Association of Orally Anticoagulated Patients	Schaefer <i>et al.</i> , 2016	Estudio observacional centrado en la calidad del control anticoagulante y en la identificación de predictores clínicos y organizativos en pacientes en PSM/PST. No evalúa experiencia, aceptabilidad, percepciones, barreras, facilitadores ni otros resultados experienciales desde la perspectiva de pacientes o profesionales

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
158	Does distance modify the effect of self-testing in oral anticoagulation?	Rose <i>et al.</i> , 2016	Análisis secundario de un ensayo clínico centrado en resultados clínicos, control del INR y evaluación del efecto de la distancia a la atención. La satisfacción se mide de forma cuantitativa y secundaria, sin análisis de la experiencia del autocontrol, aceptabilidad, percepciones, barreras o facilitadores
159	Patient knowledge of anticoagulant treatment does not correlate with treatment quality	Nybo <i>et al.</i> , 2016	No evalúa automonitorización ni autocontrol domiciliario del INR. Estudio centrado en educación y conocimiento sobre AVK y su relación con la estabilidad del INR. No incluye coagulómetro, PST/PSM ni resultados de experiencia de pacientes o profesionales
160	Home management of INR in the public health system: feasibility of self-manage of oral anticoagulation and long-term performance of individual POC devices in determining INR	da Silva Saraiva <i>et al.</i> , 2016	Estudio observacional centrado en educación y conocimiento sobre el tratamiento con AVK y su relación con la estabilidad del INR (TTR). La PST/PSM no es la intervención evaluada ni el objeto de análisis. No incluye resultados de experiencia, aceptabilidad o percepción de pacientes o profesionales

.../...

.../...

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
161	Self-management of warfarin therapy	Solvik <i>et al.</i> , 2015	Estudio longitudinal centrado en resultados clínicos y de proceso (TTR, variabilidad del INR, valores extremos) y en la evaluación de un programa de entrenamiento para el autocontrol del tratamiento con warfarina. No analiza de forma sistemática la experiencia de pacientes, aceptabilidad, percepciones, barreras o facilitadores del autocontrol domiciliario
162	The clinical effectiveness and cost-effectiveness of point-of-care tests (CoaguChek system, INRatio2 PT/INR monitor and ProTime Microcoagulation system) for the self-monitoring of the coagulation status of people receiving long-term vitamin K antagonist therapy, compared with standard UK practice...	Sharma <i>et al.</i> , 2015	Informe de ETS basado en RS de ensayos clínicos y evaluación económica. Objetivo centrado en la efectividad clínica y la coste-efectividad de dispositivos de automonitorización del INR. No aporta datos primarios sobre experiencia, aceptabilidad o percepción de pacientes o profesionales
163	Is self-monitoring an effective option for people receiving long-term vitamin K antagonist therapy? A systematic review and economic evaluation	Sharma <i>et al.</i> , 2015	RS de ECA y EE. No aporta datos primarios sobre experiencia, aceptabilidad o percepción de pacientes o profesionales en relación con la automonitorización/autocontrol del INR. Diseño secundario y resultados centrados en efectividad clínica y coste-efectividad

Tabla VIII.2.2. Artículos excluidos sobre coste-efectividad

N.º	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
-----	--------	------------------	------------------------------

.../...

.../...

Nº	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
1	Budget Impact of Increasing Market Share of Patient Self-Testing and Patient Self-Management in Anticoagulation.	Stevanović J, 2016.	Análisis de impacto presupuestario
2	The clinical effectiveness and cost-effectiveness of point-of-care tests (CoaguChek system, INRatio2 PT/INR monitor and ProTime Microcoagulation system) for the self-monitoring of the coagulation status of people receiving long-term vitamin K antagonist therapy, compared with standard UK practice: systematic review and economic evaluation.	Sharma P, 2015	Compara el coste-efectividad de diferentes dispositivos de automonitorización
3	Cost Effectiveness of Patient Self-Managed Warfarin Compared with Direct Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: An Economic Evaluation in a Danish Healthcare Sector Setting.	Raubak SM, 2022	Compara frente a nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, etc.)
4	Cost-benefit analysis of VKA versus NOAC treatment in German patients with atrial fibrillation utilizing patient self-testing.	Diel R, 2019	Compara frente a nuevos ACOD (dabigatrán, etc)
5	Cost-effectiveness analysis of dabigatran and anticoagulation monitoring strategies of vitamin K antagonist.	Carles M, 2015	Compara frente a dabigatrán
6	Cost-effectiveness of warfarin care bundles and novel oral anticoagulants for stroke prevention in patients with atrial fibrillation in Thailand.	Ng SS, 2020	Compara frente a nuevos ACOD (dabigatrán, etc.)

.../...

.../...

Nº	Título	Primer/a autor/a	Razón principal de exclusión
7	Cost-Utility and Budget Impact Analysis of Implementing Anticoagulation Clinics and Point-of-Care Monitoring Devices in Anticoagulated Patients in Argentina.	Garay OU, 2022	Compara clínicas anticoagulación con y sin automonitorización con el método tradicional de laboratorio. No autocontrol por el/la paciente
8	Economic evaluation of a randomized controlled trial of pharmacist-supervised patient self-testing of warfarin therapy.	Gallagher J, 2015	Análisis de costes
9	Security and cost comparison of INR self-testing and conventional hospital INR testing in patients with mechanical heart valve replacement.	Chen QL, 2015	Análisis de costes

Anexo VIII.3. Tabla de características de los estudios incluidos sobre perspectiva de pacientes y profesionales

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
-------------	--------	------	--------	---------------	------------------	----------------	---	-----------------------

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Dahle-Andersen et al., 2025	<i>Self-management of INR – a focus group study</i>	Noruega	Estudio cualitativo mediante grupos focales	Personas adultas (≥ 18 años) en TAO a largo plazo con AVK (warfarina), que realizan autotratamiento del INR	PSM mediante coagulómetro portátil tras programa estructurado de formación (Noklus)	No comparador formal (experiencia previa con seguimiento convencional descrita de forma retrospectiva)	Mejora de la calidad de vida, reducción del estrés, mayor sensación de libertad y autonomía, aumento de confianza y sensación de dominio, mayor conocimiento del propio cuerpo; aparición de responsabilidad percibida y algunas dificultades técnicas y de adherencia a controles del dispositivo	Pacientes

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Magon et al., 2023	<i>Barriers to self-monitoring in the oral anticoagulated population: A qualitative study</i>	Italia	Estudio cualitativo descriptivo (grupo focal; enfoque deductivo-inductivo)	Personal de enfermería con experiencia en TAO (N = 6)	Implementación del PST/PSM del TAO con AVK	No aplica	Identificación de barreras organizativas (falta de protocolos, financiación de POC1, escasa colaboración interprofesional) e individuales (bajo conocimiento profesional, carencias formativas, baja alfabetización sanitaria y compromiso de pacientes). Variabilidad clínica no justificada percibida.	Profesionales sanitarios (enfermería)

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Gee <i>et al.</i> , 2022	<i>Keeping warfarin patients safe during the COVID-19 pandemic: review of an INR self-testing programme</i>	Reino Unido	Estudio observacional descriptivo / revisión de programa (implementación en práctica clínica)	Personas adultas en tratamiento con warfarina (AVK) para FA, válvula mecánica u otras indicaciones, durante la pandemia COVID-19	Automonitorización domiciliar del INR mediante PST con coagulómetro portátil (CoaguChek XS), con formación estructurada, controles de calidad y soporte por clínicas de anticoagulación	Seguimiento previo habitual en clínica de anticoagulación (control presencial del INR)	Alta satisfacción de pacientes; percepción de mayor control, autonomía y comodidad; reducción de desplazamientos y ansiedad durante la pandemia; dificultades iniciales en la obtención de la muestra y estrés en algunos/as pacientes; necesidad de soporte continuo.	Pacientes

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Herrington et al., 2021 (CADTH)	<i>Point-of-Care Testing of International Normalized Ratios for People on Oral Anticoagulants: A Rapid Qualitative Review</i>	Canadá	Revisión cualitativa rápida (síntesis temática de estudios cualitativos y mixtos)	Pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (warfarina u otros AVK); personal de farmacia comunitaria; personal médico de AP; personal de enfermería	Pruebas de INR en el punto de atención: PST domiciliario y CPAMS	Control convencional del INR en laboratorio o AP/hospitalaria	PST percibido como liberador (autonomía, flexibilidad) pero también generador de carga, ansiedad y temor a perder el acceso; preocupación por falta de atención personalizada y soporte clínico; CPAMS valorado por rapidez, accesibilidad y contacto directo; profesionales destacan necesidad de formación, supervisión y recursos adecuados	Pacientes y profesionales
Yildirim & Bayik-Temel, 2020	<i>The Effect of Nurse Home-Support Program on Self-Management of Patients Receiving Oral Anticoagulation (Warfarin) Therapy</i>	Turquía	ECA	Personas adultas (> 18 años) en tratamiento crónico con warfarina por FA o prótesis valvular mecánica, con alto riesgo hemorrágico (HAS-BLED ≥ 3)	Programa domiciliario de apoyo de enfermería para PSM, con formación estructurada, visitas domiciliarias y uso de coagulómetro portátil	UC hospitalaria con control del INR en consultas externas	Mejora significativa de la satisfacción con el tratamiento, aumento del TTR, reducción del riesgo hemorrágico y de eventos tromboembólicos, mejora de conductas de autocuidado y percepción de salud	Pacientes

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Vall Vargas et al., 2020	<i>Effectiveness of a self-management programme in the treatment of antithrombotic K oral anticoagulants. A feasibility study</i>	España	Estudio observacional pre-post (piloto de factibilidad)	Personas adultas (> 18 años) con TAO con AVK, seguimiento hospitalario previo y mal control del INR	Programa de autocontrol del TAO con formación individual estructurada, autocontrol del INR mediante coagulómetro portátil y seguimiento virtual	Control convencional del INR en consulta hospitalaria (fase preintervención)	Mejora significativa en todas las dimensiones de calidad de vida (satisfacción, autoeficacia, estrés, limitaciones diarias y alteraciones sociales); reducción del tiempo dedicado a controles y desplazamientos; mayor percepción de control y autonomía del tratamiento	Pacientes
Van Beek et al., 2019	<i>Implementation of home-based international normalized ratio testing in adult patients treated with warfarin</i>	EE. UU.	Estudio observacional comparativo	Personas adultas en tratamiento crónico con warfarina que requieren control periódico del INR	PST domiciliario del INR mediante coagulómetro portátil, con formación estructurada y seguimiento por clínica de anticoagulación	Control del INR en clínica de anticoagulación o laboratorio	Mayor satisfacción global en el grupo de PST domiciliaria; reducción significativa de la carga y de las molestias percibidas asociadas al seguimiento en clínica; y mayor percepción de comodidad y menor carga del tratamiento	Pacientes

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Smáradóttir et al., 2018	<i>User Evaluation of a Smartphone Application for Anticoagulation Therapy</i>	Islandia	Estudio observacional mixto (evaluación de facilidad de uso + estudio de campo)	Personas adultas en tratamiento con warfarina para válvulas mecánicas, FA de alto riesgo o enfermedad tromboembólica venosa; pacientes con experiencia previa en automonitorización del INR	Uso de la aplicación móvil <i>Warfarin Guide</i> como sistema de apoyo al PSM del INR (registro de INR, recomendación de dosis, recordatorios, gráficos y acceso a guías clínicas)	Manejo habitual con formularios en papel y guías clínicas estándar (sin aplicación)	Aplicación valorada como útil y aceptable; alta accesibilidad; mejora de la autonomía, apoyo a la toma de decisiones y sensación de empoderamiento; beneficios en el registro y visualización del INR; barreras relacionadas con la facilidad de uso inicial, pequeños errores técnicos y necesidad de mejoras funcionales	Pacientes
Barcellona et al., 2018	<i>Portable coagulometer for vitamin K-antagonist monitoring: the patients' point of view.</i>	Italia	Estudio observacional pre-post con cuestionario	Pacientes adultos/as en tratamiento crónico con AVK (acenocumarol o warfarina) por FA, prótesis valvulares mecánicas, TVP/TEP y otras indicaciones	PSM domiciliario del INR mediante coagulómetro portátil, con comunicación telenáutica con centro de trombosis	Monitorización convencional del INR en centro de trombosis	Alta satisfacción con el PST domiciliario; mejora percibida de la calidad de vida; mayor comodidad y menor preocupación por efectos adversos; reducción de la carga del seguimiento presencial; el coste de tiras es percibido como medio-alto pero aceptable por el beneficio en calidad de vida	Pacientes

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Kuljis et al., 2017	<i>Technology-assisted self-testing and management of oral anticoagulation therapy: a qualitative patient-focused study.</i>	Reino Unido	Estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas, análisis temático)	17 pacientes adultos/as en tratamiento con AVK, incluidos en un programa de PST del INR en una clínica de anticoagulación de un hospital universitario del Reino Unido	PST domiciliario del INR y manejo asistido de la anticoagulación mediante coagulómetro portátil (CoaguChek®), con formación inicial y apoyo telefónico periódico desde la clínica	No aplica (sin comparador formal; análisis de la experiencia dentro del modelo de PST)	Se identifican cuatro temas principales: rol de la clínica, motivaciones para el autocontrol, percepción de la tecnología y sentido de responsabilidad. Los/as pacientes describen mayor autonomía, control y flexibilidad, pero también carga y presiones asociadas a la responsabilidad sobre el INR, necesidad de apoyo clínico claro, deseo de más información sobre decisiones de dosificación y cierta sensación de aislamiento si el contacto con la clínica es escaso	Pacientes

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Grogan et al., 2017	<i>The patients' perspective of international normalized ratio self-testing, remote communication of test results and confidence to move to self-management.</i>	Irlanda	Estudio observacional transversal (encuesta)	Personas adultas en tratamiento con warfarina que realizan PST domiciliario del INR	PST domiciliario del INR mediante dispositivo POC, con apoyo de personal de enfermería y sistemas de comunicación remota	No aplicable (sin comparador formal)	Alta satisfacción global; percepción de mayor autonomía y libertad; elevada confianza en el sistema de PST; reducción de cargas asociadas al seguimiento convencional (desplazamientos, tiempo); necesidad percibida de mayor soporte estructurado y acceso a grupos de apoyo	Pacientes

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Tompson et al., 2016	<i>Impact of self-funding on patient experience of oral anticoagulation self-monitoring: a qualitative study.</i>	Reino Unido	Estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas; análisis temático)	Personas adultas en tratamiento con AVK (warfarina) que realizan automonitoreo del INR.	Autocontrol domiciliario del INR (PST/PSM) con dispositivo y consumibles	No comparador formal (exploración experiencial; contraste implícito con control en clínica)	La autofinanciación condiciona fuertemente la experiencia: mejora la autonomía, comodidad y reducción de la carga del control en clínica, pero genera ansiedad por el coste, especialmente durante el aprendizaje (alto consumo de tiras), resentimiento por la provisión desigual de dispositivos y malestar al negociar con profesionales. La inversión económica refuerza el sentido de propiedad, compromiso y perseverancia, actuando como barrera frente al abandono. Se identifican claras implicaciones de equidad en el acceso	Pacientes

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
McCahon et al., 2016	<i>Assessing the utility of an online registry for patients monitoring their own warfarin therapy</i>	Reino Unido	Estudio observacional prospectivo	Personas adultas (> 18 años) en tratamiento con warfarina que realizan PST y/o PSM del INR	Uso de un registro online de autorreporte para registrar INR, dosis de warfarina y eventos adversos durante 12 meses	No comparador formal	Alta aceptabilidad del registro online: 66 % lo consideró fácil de usar; 71 % dispuesto a continuar registrando datos; baja necesidad de soporte técnico; alta percepción de utilidad y buena experiencia de uso	Pacientes
Tompson et al., 2015	<i>Supporting patients to self-monitor their oral anticoagulation therapy: recommendations based on a qualitative study of patients' experiences</i>	Reino Unido	Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas	Personas adultas en tratamiento con AVK(TAO) que realizan automonitorización del INR y continúan tras 12 meses	Automonitorización domiciliar del INR mediante PST con coagulómetros portátiles; el PSM no era una práctica generalizada	No aplica (no comparativo)	Experiencia global mayoritariamente positiva tras una fase inicial de dificultades técnicas; reducción de la carga de visitas presenciales; esfuerzo cognitivo y emocional para interpretar resultados; necesidad variable de PSM de dosis; importancia del soporte profesional, formación consistente y apoyo informal (familia); tensiones ante resultados fuera de rango y acceso irregular a asesoramiento	Pacientes

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Pogge et al., 2015	<i>A Pilot Study to Evaluate Effectiveness of INR Self-Testing in Elderly Patients.</i>	EE. UU.	Estudio piloto observacional retrospectivo (pre-post)	Pacientes ≥ 65 años en TAO con AVK, seguidos en una clínica de anticoagulación (n = 20)	PST domiciliario del INR mediante coagulómetro portátil, con formación previa y seguimiento desde clínica de anticoagulación	Control convencional del INR en clínica (antes de PST)	Alta satisfacción de los/las pacientes con el PST. Percepción de mejor calidad global del seguimiento frente al control en clínica. La mayoría recomendaría el PST a otras personas. El coste se identifica como principal barrera para el acceso y la adopción del modelo	Pacientes
Money et al., 2015	<i>Patient perceptions and expectations of an anticoagulation service: a quantitative comparison study of clinic-based testers and patient self-testers</i>	Reino Unido	Estudio observacional comparativo transversal	Pacientes adultos/as en TAO: 103 PST/PSM y 87 pacientes con control en clínica	Autocontrol del INR (PST/PSM) con apoyo tecnológico	Control del INR en clínica	Los PST/PSM presentan mayores expectativas de calidad del servicio que su percepción real; mayor valor otorgado a la capacidad de elección; brecha entre expectativas y experiencia asistencial; necesidad de interacción personalizada y apoyo continuado	Pacientes

.../...

.../...

Autoría/Año	Título	País	Diseño	Población (P)	Intervención (I)	Comparador (C)	Resultados centrados en experiencia (O)	Perspectiva principal
Jenner et al., 2015	<i>An Education Program for Patient Self-Management of Warfarin.</i>	EE. UU.	Estudio observacional prospectivo, intervención única, antes-después (pre-post)	Pacientes adultos/as con FA en tratamiento con warfarina, candidatos/as a PSM	Programa educativo estructurado para PSM de warfarina (sesión presencial de 2 horas + algoritmo de dosificación + acceso <i>online</i> a resultados de INR)	Sin comparador formal (comparación pre-post dentro del mismo grupo)	Mejora significativa de la competencia percibida y objetiva para el PSM; aumento de la confianza para ajustar dosis; alta percepción de preparación para el PSM; elevada comodidad para cambiar dosis de forma autónoma tras la formación	Pacientes

Anexo VIII.4. Tablas de evaluación de la calidad/riesgo de sesgo de los estudios incluidos sobre perspectiva de pacientes y profesionales

Anexo VIII.4.1. Estudios con perspectiva de pacientes

Evaluación de la calidad – CASP (estudios cualitativos)

Referencia: Dahle-Andersen A.E. *et al.*, 2025. *Self-management of INR – a focus group study.*

Diseño: Cualitativo (tres grupos focales) con pacientes entrenados/as en PSM.

Nº	Pregunta	Respuesta	Notas
1	¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	El estudio define claramente su objetivo: explorar las experiencias de pacientes que realizan PSM del INR, centrándose en percepciones, beneficios, retos y significado del autocontrol en la vida cotidiana tras completar un programa estructurado de formación (Noklus).
2	¿Es adecuada la metodología cualitativa?	Sí	El enfoque cualitativo es adecuado para comprender experiencias, percepciones y significados asociados al autocontrol/ autotratamiento del tratamiento anticoagulante, un fenómeno complejo y dependiente del contexto.
3	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	El uso de grupos focales permite explorar experiencias compartidas, contrastar opiniones entre participantes y profundizar en dimensiones sociales y emocionales del autocontrol. El diseño es coherente con el objetivo exploratorio.
4	¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Las personas participantes fueron seleccionadas entre pacientes que habían completado con éxito el programa de formación Noklus, lo que garantiza experiencia directa con el PSM. Se describe el proceso de invitación, los criterios de inclusión, las condiciones clínicas y la duración del autocontrol. La muestra es variada en edad e indicación.

.../...

.../...

Nº	Pregunta	Respuesta	Notas
5	¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Se describen con claridad: • el número de grupos focales (3), • el número total de participantes (n = 16), • la duración de las sesiones, • el uso de una guía semiestructurada, • la grabación y transcripción literal de las sesiones.
6	¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el personal investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Parcial	Los/las autores/as describen la experiencia profesional del personal investigador en anticoagulación, pero no profundizan suficientemente en cómo esta posición pudo influir en la recogida, análisis e interpretación de los datos. La reflexividad está presente de forma limitada.
7	¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	El estudio cuenta con aprobación ética, consentimiento informado de los/las participantes y medidas de confidencialidad adecuadas.
8	¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	El análisis se realizó mediante análisis de contenido con enfoque híbrido (deductivo-inductivo), con: • codificación por dos investigadoras, • discusión de discrepancias, • triangulación, • verificación de resultados con participantes (<i>member checking</i>). Estos elementos refuerzan la credibilidad y la consistencia del análisis.
9	¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	Los resultados se organizan en temas y subtemas bien definidos, ilustrados con citas textuales representativas, que permiten vincular los hallazgos con los datos originales.
10	¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí	El estudio aporta evidencia relevante sobre: • autonomía y autoeficacia, • impacto en la vida cotidiana, • responsabilidad percibida, • tensiones entre libertad y seguridad, • necesidades de apoyo técnico y clínico. Sus hallazgos son útiles para el diseño e implementación de programas de autocontrol del INR centrados en el/la paciente.

Calidad metodológica: Moderada–Alta

Evaluación de la calidad – CASP (estudios cualitativos)

Referencia: Kuljis J. *et al.*, 2017. *Technology-assisted self-testing and management of oral anticoagulation therapy: a qualitative patient-focused study.*

Diseño: Estudio cualitativo basado en entrevistas con pacientes que utilizan tecnologías de apoyo para PST/PSM.

Nº	Pregunta	Respuesta	Notas
1	¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	Analizar experiencia con tecnologías de apoyo al autocontrol.
2	¿Es adecuada la metodología cualitativa?	Sí	Adecuada para explorar experiencia compleja.
3	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	Entrevistas en profundidad.
4	¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Parcial	Participantes motivados/as y con experiencia tecnológica.
5	¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Entrevistas semiestructuradas.
6	¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el personal investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Parcial	No se discute influencia del personal investigador.
7	¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	Consideraciones éticas descritas.
8	¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	Análisis temático sistemático.
9	¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	Presentación clara y bien estructurada.
10	¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí	Aporta implicaciones para diseño de servicios.

Calidad metodológica Moderada

Evaluación de la calidad – CASP (estudios cualitativos)

Referencia: *Tompson A. et al., 2016. Impact of self-funding on patient experience of oral anticoagulation self-monitoring: a qualitative study.*

Diseño: Estudio cualitativo mediante entrevistas en profundidad con pacientes que autofinancian el autocontrol del INR.

Nº	Pregunta	Respuesta	Notas
1	¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	Analizar impacto del coste en la experiencia de pacientes.
2	¿Es adecuada la metodología cualitativa?	Sí	Explora inequidades y experiencia subjetiva.
3	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	Entrevistas en profundidad.
4	¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Parcial	Pacientes con capacidad económica; sesgo de equidad.
5	¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Entrevistas grabadas y transcritas.
6	¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el personal investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Parcial	Reflexión limitada.
7	¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	Consentimiento informado.
8	¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	<i>Framework analysis</i> estructurado.
9	¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	Resultados bien organizados.
10	¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Parcial	Aplicable con cautela por sesgo socioeconómico.

Calidad metodológica Moderada

Evaluación de la calidad – CASP (estudios cualitativos)

Referencia: **Tompson A. *et al.*, 2015.** *Supporting patients to self-monitor their oral anticoagulation therapy: recommendations based on a qualitative study of patients' experiences*

Diseño: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas; *framework analysis*.

Nº	Pregunta	Respuesta	Notas
1	¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	Explorar necesidades de apoyo en PST.
2	¿Es adecuada la metodología cualitativa?	Sí	Experiencia y procesos de apoyo.
3	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	Entrevistas + análisis estructurado.
4	¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Parcial	Pacientes con experiencia en PST.
5	¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Metodología bien descrita.
6	¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el personal investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Parcial	Reflexividad limitada.
7	¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	Aprobación ética descrita.
8	¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	<i>Framework analysis</i> riguroso.
9	¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	Presentación clara y coherente.
10	¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí	Resultados útiles para diseño de servicios.

Calidad metodológica Moderada

Estudios observacionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Gee et al., 2022 <i>Keeping warfarin patients safe during the COVID-19 pandemic: review of an INR self-testing programme.</i>	Diseño: Estudio observacional descriptivo con diseño pre-post. Objetivos: Evaluar la experiencia de pacientes, la aceptabilidad, la seguridad y el control del INR tras la implementación de un programa de PST domiciliario durante la pandemia.	Población: Pacientes adultos/as en tratamiento con warfarina incluidos/as en un programa de automonitorización del INR. Exposición: PST domiciliaria del INR con dispositivo POCT y soporte remoto. Efectos clínicos: Mantenimiento de INR dentro de rango terapéutico. Ausencia de incremento de eventos adversos graves. Alta satisfacción y aceptabilidad del programa.	Número de sujetos/grupo: 71 pacientes entrenados/as inicialmente. 65 % (46/71) completaron la encuesta de experiencia. Características cohorte expuesta: Pacientes seleccionados/as con capacidad para realizar PST y seguimiento remoto. Características cohorte no expuesta: No aplica (diseño pre-post).	El programa de automonitorización domiciliaria del INR permitió mantener un control anticoagulante adecuado. Se observó una mejora estadísticamente significativa del TTR tras la introducción del PST, así como una reducción del 39 % en las citas no asistidas. No se observaron señales de aumento de eventos adversos graves durante el periodo de seguimiento.	El PST domiciliario del INR fue aceptable y bien valorado por los/as pacientes, permitió mantener el control anticoagulante y ofreció una alternativa segura y conveniente durante la pandemia.	Moderada Estudio observacional descriptivo pre-post sin grupo control, con posible sesgo de selección y limitada generalización. No obstante, los hallazgos son coherentes, clínicamente plausibles y relevantes para evaluar aceptabilidad y experiencia de pacientes.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
	Localización y periodo de realización: Reino Unido; periodo de implementación durante la pandemia COVID-19 (2020–2021).		Factor de exposición: Participación en programa de PST domiciliario. Tipo de comparación: Antes/después (pre–post), sin grupo control concurrente. Periodo de seguimiento: Durante la vigencia del programa COVID-19. Pérdidas (n.º/grupo): No se describen pérdidas sistemáticas; algunos/as pacientes requirieron apoyo adicional o discontinuaron el PST por dificultades técnicas.	Los/las pacientes reportaron alta satisfacción y aceptabilidad del PST, especialmente en relación con la reducción de desplazamientos y la continuidad asistencial durante la pandemia. La mayoría de participantes consideraron el uso del dispositivo POCT fácil y manejable, tras una formación inicial básica. No se describieron problemas relevantes de seguridad clínica asociados al cambio de modelo asistencial.		

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
				El programa facilitó la continuidad del control del INR en un contexto de restricciones de acceso a servicios sanitarios presenciales.		

Estudios Observacionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Vall Vargas et al., 2020 <i>Effectiveness of a self-management programme in the treatment of antithrombin K oral anticoagulants. A feasibility study.</i>	Diseño: Estudio piloto de factibilidad con diseño pre-post. Objetivos: Evaluar la factibilidad, aceptabilidad y efectos preliminares de un programa de autocontrol del INR basado en formación estructurada. Localización y período de realización: España; período no especificado con exactitud (estudio piloto).	Población: Pacientes adultos/as en tratamiento crónico con AVK. Exposición: Programa de PSM del INR con formación individualizada. Efectos clínicos: • Mejora del TTR. • Mejora de la calidad de vida relacionada con el tratamiento. • Alta aceptabilidad del programa.	Número de sujetos/grupo: 15 pacientes (único grupo). Características cohorte expuesta: Pacientes seleccionados/as, con capacidad cognitiva y funcional para autocontrol. Características cohorte no expuesta: No aplica. Factor de exposición: Participación en programa de PSM. Tipo de comparación: Antes/después (pre-post).	Tras la intervención, se observó una mejora del TTR respecto a la situación basal. Los/las pacientes mostraron una mejora significativa en la calidad de vida relacionada con el tratamiento anticoagulante, especialmente en las dimensiones de autonomía, carga del tratamiento y satisfacción. El programa de autocontrol fue considerado factible y aceptable por la mayoría de participantes.	El programa de autocontrol fue factible y bien aceptado, con mejoras en calidad de vida y control del INR en pacientes seleccionados/as.	Moderada Limitada por tamaño muestral reducido y ausencia de grupo control.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
			Periodo de seguimiento: Corto plazo (duración del programa). Pérdidas (n.º/ grupo): No descritas o mínimas.	No se registraron eventos adversos graves relacionados con el autocontrol durante el periodo de seguimiento. La intervención permitió identificar que la formación estructurada es un componente clave para el correcto desempeño del autocontrol.		

Ensayo Clínico Aleatorizado

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Yildirim J.G., Bayik-Temel A. <i>The Effect of Nurse Home-Support Program on Self-Management of Patients Receiving Oral Anticoagulation (Warfarin) Therapy.</i>	Diseño: ECA, paralelo, con seguimiento de 12 meses. Objetivos: Evaluar el efecto de un programa estructurado de apoyo domiciliario de enfermería sobre el autocontrol del tratamiento con warfarina, considerando resultados clínicos y variables de experiencia de pacientes. Localización y período de realización: Hospital universitario de Izmir, Turquía. Período: enero 2013 – enero 2015.	Población: Personas adultas ≥ 18 años en tratamiento con warfarina por FA o prótesis valvular mecánica. Tratamiento ≥ 6 meses y HAS-BLED ≥ 3. Exclusiones: edad > 80 años, deterioro cognitivo, discapacidad física relevante, problemas visuales graves, insuficiencia cardíaca inestable, cáncer u hospitalización prolongada. Intervención (grupo experimental): Programa PSM con soporte domiciliario de enfermería. Formación individualizada teórico-práctica (8–12 horas).	Número participantes/grupo: • Aleatorizados: 36 (18 PSM + 18 control). • Analizados: 36 (sin pérdidas posteriores a la aleatorización). Intervención grupo experimental: Programa de autocontrol + soporte domiciliario de enfermería (educación intensiva + visitas a domicilio + supervisión + MI + Modelo 5A Intervención grupo control: UC en consulta hospitalaria. Método de enmascaramiento: No se aplicó enmascaramiento (no viable debido a la naturaleza educativa de la intervención).	Efectos clínicos beneficiosos (principales resultados): 1. Control del INR en rango (40,3 %) (19 %) → Diferencia altamente significativa ($\chi^2 = 81,15$, $p < 0,001$). 2. Satisfacción con anticoagulación (DASS) el grupo PSM ($p < 0,001$). • Empeoramiento/no cambio en el control. 3. Riesgo de sangrado (HAS-BLED) significativo (3,33 → 2,0; $p < 0,001$). • Control: sin cambios significativos. 4. Complicaciones menores: 4 en PSM vs. 7 en control. • Complicaciones mayores: 0 en PSM vs. 3 en control.	El programa de soporte domiciliario de enfermería mejora significativamente la capacidad de autocontrol, la satisfacción con la anticoagulación, el control del INR en rango terapéutico y reduce tanto el riesgo de sangrado como las complicaciones tromboembólicas. El PSM es seguro, eficaz y potencialmente escalable si se acompaña de formación estructurada y apoyo profesional continuado.	Alta. Fortalezas: aleatorización adecuada, seguimiento completo, instrumentos validados y análisis estadístico transparente. Limitaciones: muestra pequeña, unicéntrica y ausencia de enmascaramiento, inherente al diseño educativo.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
		Educación en medicación, dieta, autocontrol del INR y manejo de complicaciones. Demostración y supervisión del uso de coagulómetro portátil. Visitas domiciliarias periódicas (entrevista motivacional + modelo Modelo 5A (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) Supervisión médica hospitalaria. Medición del INR semanal o cada 2-3 semanas. Comparador (grupo control) Atención hospitalaria habitual: • Controles ambulatorios presenciales.	Pérdidas posaleatorización: 0 pacientes (todos/as completaron el seguimiento).	• Ictus: 0 en PSM vs. 1 en control. • RR = 0.45 (IC 95 % 0.30-0.68; p < 0,01) → reducción clara de riesgo. 5. Autocontrol y calidad percibida de salud (GHP) • Mejoras significativas en PSM en comparación con control (p < 0,001). Efectos adversos: Menores en el grupo PSM (menos hemorragias y ninguna complicación mayor).		

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
		• INR mediante venopunción. • Ajuste de dosis por el personal médico. • Contacto limitado a visitas inicial y final. Resultados analizados: • Comparador (grupo control) • Atención hospitalaria habitual: • Controles ambulatorios presenciales. • INR mediante venopunción. • Ajuste de dosis por el personal médico. • Contacto limitado a visitas inicial y final. Tiempo de seguimiento: 12 meses.				

Estudios Observacionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Van Beek et al., 2019 <i>Implementation of home-based international normalized ratio testing in adult patients treated with warfarin</i>	Diseño: Estudio observacional comparativo tipo cohorte no aleatorizada (proyecto de mejora de calidad). Objetivos: Comparar satisfacción del paciente, control del INR y eventos adversos entre pacientes con PST domiciliario y control convencional. Localización y periodo de realización: EE. UU.; programa de implementación clínica.	Población: Pacientes adultos/as en tratamiento con warfarina. Exposición: PST domiciliario del INR con POCT. Efectos clínicos: • Mayor satisfacción del/de la paciente (DASS). • Control del INR comparable o superior. • Sin aumento de eventos adversos.	Número de sujetos/grupo: 105 pacientes. Características cohorte expuesta: Pacientes en programa de PST domiciliario. Características cohorte no expuesta: Pacientes con control convencional en clínica/laboratorio. Factor de exposición: Uso de PST domiciliario del INR. Tipo de comparación: Comparación concurrente entre grupos (PST vs. UC).	Los/las pacientes incluidos/as en el programa de PST domiciliario presentaron niveles de satisfacción del programa de PST significativamente mayores que aquellos seguidos mediante control convencional, medidos mediante la DASS. El control del INR en el grupo de PST fue comparable o superior al del grupo con seguimiento en clínica o laboratorio.	El PST domiciliario del INR se asocia a mayor satisfacción del/de la paciente y mantiene un control anticoagulante adecuado, siendo una alternativa viable al seguimiento convencional.	Moderada Limitada por ausencia de aleatorización y posible sesgo de selección.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
			Periodo de seguimiento: Durante el período de implementación del programa. Pérdidas (n.º/ grupo): No descritas.	No se observaron diferencias relevantes en la incidencia de eventos adversos entre los grupos. Los/las pacientes valoraron positivamente la comodidad, flexibilidad y reducción de la carga asistencial asociadas al PST domiciliario. El modelo se mostró viable en el contexto de un programa de implementación clínica.		

Estudios observacionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Smáradóttir et al., 2018 <i>User Evaluation of a Smartphone Application for Anticoagulation Therapy.</i>	Diseño: Enfoque de métodos mixtos que combina pruebas de facilidad de uso en laboratorio y un estudio de campo domiciliario con recogida de datos cuantitativos y cualitativos.	Población: Pacientes adultos/as en tratamiento anticoagulante con warfarina (válvulas mecánicas, enfermedad tromboembólica venosa, FA de alto riesgo), con experiencia previa en autocontrol del INR. Exposición: Uso de la aplicación móvil <i>Warfarin Guide</i> , un sistema de apoyo a la decisión clínica para el autocontrol del INR, utilizado junto con guías clínicas nacionales en papel.	Número de sujetos/grupo: Pruebas de usabilidad en laboratorio: n = 4 Estudio de campo domiciliario: n = 14 Tipo de comparación: No comparativo formal. Comparación implícita con el manejo previo basado en formularios en papel y guías clínicas estándar. Periodo de seguimiento: Hasta 4 meses en el estudio de campo.	Resultados centrados en experiencia / aceptabilidad Alta usabilidad (SUS medio = 85, considerado “excelente”). Aplicación percibida como útil, clara y facilitadora del autotratamiento. Mejora de la autonomía, apoyo a la toma de decisiones y empoderamiento del/de la paciente. Valoración positiva de las funciones de visualización del INR, recordatorios y acceso a información clínica.	La aplicación móvil <i>Warfarin Guide</i> es aceptable, usable y percibida como útil para apoyar el autotratamiento del tratamiento anticoagulante con warfarina. Refuerza el empoderamiento del/de la paciente, aunque requiere validación adicional y mejoras técnicas antes de su implementación a gran escala.	Moderada Tamaño muestral pequeño, diseño no comparativo, pero metodología bien descrita y coherente con el objetivo de evaluación de usabilidad.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
	Objetivos: Evaluar la utilidad, facilidad de uso y aceptación de la aplicación móvil <i>Warfarin Guide</i> como sistema de apoyo al autocontrol del INR en pacientes en tratamiento con warfarina.		Pérdidas (n.º/ grupo): No se describen pérdidas relevantes; tasa de respuesta a cuestionarios del 93 % (13/14).	Identificación de barreras menores: errores técnicos puntuales, necesidad de mejoras funcionales y adaptación a distintos dispositivos.		

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
	Localización y periodo de realización: Noruega (Universidad de Agder y hospital local). Pruebas de usabilidad: octubre–noviembre de 2016. Estudio de campo: febrero–junio de 2017 (4 meses).					

Estudios observacionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Barcellona D et al., 2018 <i>Portable coagulometer for vitamin K-antagonist monitoring: the patients' point of view.</i>	Diseño: Estudio observacional pre-post (antes-después), no aleatorizado, con comparación intra-sujeto. Objetivos: Evaluar la satisfacción, el impacto psicológico y la calidad de vida de los/las pacientes con TAO con AVK durante el control convencional del INR y tras el paso a PST domiciliario.	Población: Pacientes adultos/as en TAO con AVK (acenocumarol o warfarina) por diversas indicaciones clínicas (FA, prótesis valvulares mecánicas, TVP/TEP, etc.). Exposición: PST domiciliario del INR mediante coagulómetro portátil, con transmisión de resultados y ajuste de dosis supervisado por profesionales del centro de trombosis.	Número de sujetos/grupo: Total: 92 pacientes. Subgrupo con comparación pre-post ≥ 6 meses en ambos periodos: 82 pacientes Tipo de comparación: Comparación intraindividual entre: Control convencional del INR en centro de trombosis. PST domiciliario del INR.	Resultados centrados en experiencia / aceptabilidad • 85 % de los/las pacientes se mostraron “muy” o “completamente” satisfechos/as con el PST domiciliario, frente al 36 % con el control convencional. • El 87 % percibió una mejora clara de la calidad de vida durante el periodo de PST. • Menor preocupación por los efectos secundarios y mayor sensación de seguridad y tranquilidad. • El coste de las tiras reactivas fue considerado medio-alto por el 89 %, aunque el 75 % lo consideró aceptable en relación con la mejora de calidad de vida.	El PST domiciliario del INR mediante coagulómetro portátil se asocia a una mayor satisfacción, mejora de la calidad de vida y buena adherencia al tratamiento, sin comprometer la seguridad clínica. Puede considerarse una alternativa válida al control convencional del INR y, en determinados perfiles de pacientes, una alternativa a los ACOD.	Moderada Principales limitaciones Diseño observacional no aleatorizado. Ausencia de grupo control independiente. Uso de cuestionario no validado. Posible sesgo de selección (pacientes motivados/as y seleccionados/as para PST).

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
	Comparar el TTR y la aparición de eventos adversos entre ambos periodos de seguimiento. Localización y periodo de realización: Centro de trombosis universitario, Cagliari (Italia).		Periodo de seguimiento: Seguimiento longitudinal; comparación retrospectiva de ambos periodos en los/las mismos/as pacientes. Pérdidas (n.º/ grupo): No se describen pérdidas relevantes.	• El 68 % de los/las pacientes rechazó cambiar a ACOD por preferir continuar con el PST del INR. Efectos clínicos • Mayor TTR durante el PST frente al control convencional (77 vs. 71 %; $p < 0,0001$). • No se observaron diferencias estadísticamente significativas en eventos trombóticos o hemorrágicos entre ambos periodos.		

Estudios observacionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Grogan <i>et al.</i> , 2017	<i>The patients' perspective of international normalized ratio self-testing, remote communication of test results and confidence to move to self-management.</i>	Explorar la experiencia, satisfacción, confianza y disposición de los/las pacientes a transitar del PST al PSM del INR.	Diseño: Estudio transversal mediante cuestionario autoadministrado. Localización y período: Reino Unido; período no especificado con precisión. Población: Pacientes adultos/as en tratamiento con warfarina incluidos/as en programas de PST del INR, algunos/as en transición hacia PSM. Exposición: Participación en un programa de PST domiciliario del INR con comunicación remota de resultados.	Los/las pacientes reportaron altos niveles de satisfacción con el PST y con los sistemas de comunicación remota de resultados. Se observó un elevado grado de confianza en la realización del PST y en la interpretación de los resultados del INR.	El PST del INR es bien aceptado por los/las pacientes y se asocia a altos niveles de satisfacción y confianza. La transición hacia el autocontrol completo es percibida como deseable por algunos/as pacientes, pero no es uniforme, y depende del nivel de confianza, experiencia previa y disponibilidad de apoyo profesional.	Moderada Limitada por diseño transversal, ausencia de grupo comparador, posible sesgo de selección y uso de medidas autoinformadas.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
			Factor de exposición: PST del INR y uso de comunicación remota con el servicio de anticoagulación. Tipo de comparación: No aplica (estudio transversal, sin grupo comparador). Período de seguimiento: No aplica	Una proporción relevante de pacientes manifestó disposición a transitar hacia el PSM, aunque otros/as prefirieron mantener apoyo profesional en la toma de decisiones. La confianza y la experiencia previa con PST se asociaron positivamente con la intención de avanzar hacia PSM.		

Estudios observacionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
McCahon et al., 2016	Assessing the utility of an online registry for patients monitoring their own warfarin therapy	Evaluar la utilidad de un registro <i>online</i> para apoyar el seguimiento del tratamiento anticoagulante con warfarina desde la perspectiva de pacientes, incluyendo control del INR, seguridad y satisfacción.	Diseño: Estudio observacional prospectivo tipo cohorte, basado en un registro <i>online</i> . Localización y período: Reino Unido; seguimiento aproximado de 12 meses. Población: Pacientes adultos/as en tratamiento con warfarina que realizan automonitorización del INR. Exposición: Uso de un registro <i>online</i> para introducir y gestionar resultados de INR en el contexto de PST/PSM.	El uso del registro <i>online</i> permitió un seguimiento sistemático del INR y facilitó la comunicación de resultados. Los/las pacientes mantuvieron un control del INR adecuado durante el periodo de seguimiento, sin incremento de eventos adversos relacionados con el tratamiento anticoagulante.	Los registros <i>online</i> pueden constituir una herramienta útil y aceptable para apoyar el autocontrol del INR en pacientes tratados/as con warfarina, contribuyendo a un control anticoagulante adecuado y a una experiencia positiva del/de la paciente, siempre que se dirijan a pacientes con suficiente alfabetización digital.	Moderada Limitada por la ausencia de grupo comparador, posible sesgo de selección hacia usuarios/as digitales y uso de medidas autoinformadas para variables de experiencia.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
			Factor de exposición: Participación activa en un sistema digital de registro y seguimiento del INR. Tipo de comparación: No aplica (cohorte única, sin grupo control concurrente). Período de seguimiento: Hasta 12 meses. Pérdidas (n.º/grupo): No descritas de forma detallada.	Los/las participantes expresaron un alto grado de satisfacción con el uso de la plataforma, valorando especialmente la sensación de seguridad y el acceso continuado a sus datos. El sistema fue percibido como una herramienta útil para reforzar la adherencia y la confianza en el autocontrol.		

Estudios observacionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Pogge <i>et al.</i> , 2015	<i>A Pilot Study to Evaluate Effectiveness of INR Self-Testing in Elderly</i>	Evaluar la efectividad, aceptabilidad y seguridad del PST del INR en pacientes de edad avanzada tratados/as con AVK.	Diseño: Estudio observacional piloto retrospectivo. Localización y periodo: EE. UU.; período no especificado. Población: Pacientes ≥ 65 años en TAO con AVK. Exposición: PST domiciliario del INR PST mediante dispositivo POCT. Factor de exposición: Participación en programa de PST.	Los/las pacientes incluidos/as mantuvieron un control adecuado del INR durante el período de seguimiento, sin incremento de eventos adversos graves. El PST fue bien aceptado por pacientes mayores/as, seleccionados/as, quienes valoraron positivamente la comodidad y la reducción de desplazamientos. No se identificaron problemas relevantes de seguridad asociados al PST en esta población.	El PST puede ser una opción efectiva y aceptable en pacientes de edad avanzada cuidadosamente seleccionados/as, siempre que cuenten con capacidad funcional y apoyo adecuado. Los resultados apoyan la viabilidad del PST en mayores, aunque no son generalizables a toda la población anciana.	Moderada Limitada por diseño retrospectivo, tamaño muestral reducido, ausencia de grupo control y sesgo de selección hacia pacientes mayores con buen estado funcional.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
			Tipo de comparación: No aplica (cohorte única). Periodo de seguimiento: Variable, según registros clínicos. Pérdidas (n.º/ grupo): No descritas.			

Estudios observacionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Money et al., 2015	<i>Patient perceptions and expectations of an anticoagulation service: a quantitative comparison study of clinic-based testers and patient self-testers.</i>	Comparar percepciones, expectativas y satisfacción con el servicio de anticoagulación entre pacientes que realizan PST del INR PSTy pacientes seguidos/as mediante control convencional en clínica.	Diseño: Estudio transversal comparativo mediante cuestionarios estructurados. Localización y período: Francia; período no especificado con precisión. Población: Pacientes adultos/as en TAO con AVK. Exposición: Modelo de seguimiento del INR (PST domiciliario vs. control en clínica). Factor de exposición: Participación en PST frente a seguimiento convencional en clínica de anticoagulación. Tipo de comparación: Comparación concurrente entre dos grupos (PST vs. UC).	Los/las pacientes en PST mostraron, en general, mayores niveles de satisfacción y expectativas más positivas respecto al servicio de anticoagulación, especialmente en relación con comodidad, flexibilidad y reducción de molestias asociadas al seguimiento.	El PST del INR se asocia a una experiencia del/ de la paciente más favorable en términos de satisfacción y expectativas respecto al servicio, si bien las preferencias varían según las necesidades individuales y el valor otorgado al contacto profesional. Los resultados subrayan la importancia de ofrecer modelos de seguimiento flexibles y centrados en el/ la paciente.	Moderada Limitada por diseño transversal, ausencia de aleatorización, posible confusión entre grupos y uso de medidas autoinformadas.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
			Periodo de seguimiento: No aplica (medición transversal). Pérdidas (n.º/grupo): No descritas.	Las diferencias entre grupos se relacionaron principalmente con la percepción de carga del tratamiento y la organización del servicio, más que con aspectos clínicos. Los/las pacientes en control convencional valoraron positivamente la supervisión profesional directa, aunque reportaron mayor interferencia del seguimiento en la vida diaria.		

Estudios observacionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Jenner <i>et al.</i> , 2015	<i>An Education Program for Patient Self-Management of Warfarin.</i>	Evaluar el impacto de un programa educativo estructurado en la capacidad de los/las pacientes para realizar autocontrol/ autotratamiento del tratamiento anticoagulante con warfarina.	Diseño: Estudio piloto de intervención educativa con diseño pre-post, sin grupo control. Localización y periodo: Francia; período no especificado. Población: Pacientes adultos/as en tratamiento con warfarina. Exposición: Programa educativo para PSM del INR. Factor de exposición: Participación en programa de formación estructurada.	Tras la intervención, los/las pacientes mostraron una mejora en conocimientos relacionados con la anticoagulación y mayor confianza para realizar el autocontrol del INR. El programa fue bien aceptado y percibido como útil para adquirir habilidades prácticas y comprensión del tratamiento. No se notificaron problemas relevantes de seguridad durante el período de seguimiento.	Los programas educativos estructurados son un componente clave para capacitar a los/las pacientes en el autocontrol del tratamiento anticoagulante y favorecer una experiencia positiva del PSM, aunque los resultados deben interpretarse con cautela por el diseño del estudio.	Moderada Limitada por diseño pre-post sin grupo control, tamaño muestral reducido y posible efecto motivacional asociado a la intervención educativa.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
			Tipo de comparación: Antes/después (pre–post). Período de seguimiento: Corto plazo tras la intervención. Pérdidas (n.º/ grupo): No descritas.			

Anexo VIII.4.2. Estudios con perspectiva de profesionales

Referencia: **Magon A, et al.** *Barriers to self-monitoring implementation in the oral anticoagulated population: A qualitative study.*

Diseño: Estudio cualitativo basado en un grupo focal con 6 profesionales de enfermería.

Herramienta de evaluación: CASP *Qualitative Checklist*.

Nº	Pregunta	Respuesta
1	¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí. El estudio establece explícitamente como objetivo identificar las barreras percibidas por enfermeras italianas para la implementación de programas de autocontrol del TAO (PST/PSM).
2	¿Es adecuada la metodología cualitativa?	Sí. El enfoque cualitativo mediante grupo focal es apropiado para explorar percepciones, experiencias compartidas y barreras organizativas y profesionales.
3	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí. Se utiliza un diseño cualitativo descriptivo con análisis de contenido híbrido deductivo-inductivo, coherente con el objetivo exploratorio del estudio.
4	¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Parcialmente. Se empleó un muestreo intencional de enfermeras asistentes a un curso formativo en el norte de Italia, lo que puede introducir sesgo de selección y limitar la transferibilidad de los resultados.
5	¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí. Grupo focal moderado por investigadora experta; guión basado en revisión bibliográfica; grabación íntegra y transcripción completa de las sesiones.
6	¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el personal investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Parcialmente. El estudio reconoce la reflexividad, pero la moderadora contaba con experiencia previa en anticoagulación, lo que podría haber influido en las interacciones y en el discurso del grupo.

.../...

Nº	Pregunta	Respuesta
7	¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí. Aprobación por comité ético, obtención de consentimiento informado y medidas de anonimización de los datos.
8	¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí. Codificación en dos ciclos, análisis híbrido deductivo–inductivo, triangulación entre investigadoras y validación de resultados mediante <i>member checking</i> .
9	¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí. Los resultados se presentan de forma estructurada (barreras organizativas, profesionales y relacionadas con los/las pacientes) y se apoyan en citas textuales representativas.
10	¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí, con cautela. Los hallazgos son relevantes para sistemas sanitarios públicos donde el PST/PSM está infraimplementado, aunque su transferibilidad está condicionada por el contexto específico y el perfil de las participantes.

Calidad metodológica: Moderada

Anexo VIII.4.3. Estudios con perspectiva de pacientes y profesionales

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Herrington E., MacDougall D. <i>Point-of-Care Testing of International Normalized Ratios for People on Oral Anticoagulants: A Rapid Qualitative Review</i>	Diseño: Revisión cualitativa rápida. Objetivos: Explorar las experiencias, expectativas y percepciones de pacientes y profesionales sanitarios/as en relación con: el PST domiciliario del INR, y los modelos de gestión de la anticoagulación liderados por personal de CPAMS.	Población: Personas en tratamiento con anticoagulantes orales que realizan PST; pacientes atendidos/as en CPAMS; personal farmacéutico, médico, de enfermería involucrado en CPAMS y atención al INR. Intervención: PST domiciliario del INR con coagulómetro portátil (principalmente CoaguChek). Comparación: No aplica (síntesis cualitativa).	Fuentes de información: estudios cualitativos primarios y contenidos digitales (entrevistas, análisis temático y blogs). Búsqueda: hasta enero de 2021. Registros identificados: 426. Estudios incluidos: 5 publicaciones correspondientes a 4 estudios primarios (3 sobre PST y 2 sobre CPAMS).	N.º de estudios incluidos: 5 Resultados: El PST es percibido por los/las pacientes como una práctica liberadora y facilitadora de autonomía, pero también como una fuente potencial de ansiedad, especialmente ante el temor de perder el acceso al autocontrol.	La revisión muestra una experiencia ambivalente del PST y de los modelos CPAMS: mejoran la autonomía, la accesibilidad y la satisfacción, pero generan preocupaciones relacionadas con la seguridad, el soporte clínico y la personalización del cuidado.	Alta. Métodos transparentes y análisis riguroso. Limitaciones: heterogeneidad de fuentes y síntesis realizada por una única persona revisora.

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
	Localización y período: Canadá; búsqueda hasta enero 2021; 426 registros identificados.	Resultados analizados: Autonomía, seguridad, personalización del cuidado, relación profesional-paciente, accesibilidad, formación y recursos profesionales.	Evaluación de calidad: criterios de credibilidad, confirmabilidad, dependabilidad y transferibilidad según Krefting (1991), equivalentes a conceptualmente a CASP.	Algunos/as pacientes ocultan o demoran resultados por temor a restricciones del programa. Se identifican quejas sobre la falta de personalización del seguimiento clínico en algunos modelos. Los CPAMS son valorados positivamente por su accesibilidad, rapidez y orientación centrada en el/la paciente.	La implantación de modelos de POCT para INR requiere protocolos claros, supervisión estructurada y recursos suficientes para garantizar seguridad, equidad y sostenibilidad.	

.../...

.../...

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
				Los/las profesionales consideran viables los modelos CPAMS, pero destacan la necesidad de recursos, formación continuada y supervisión clínica adecuada.		

