

doi: 10.60103/phc.v27.e879

Artículos Originales · Original Articles

Coordinación entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad de Von Willebrand

Von Willebrand disease. Coordination between levels of healthcare

Información

Fechas:

Recibido: 07/12/2024

Aceptado: 19/03/2025

Publicado: 04/04/2025

Correspondencia:

María Ángeles Ocaña-Gómez
mocagom@gobiernodecanarias.org

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó ningún conflicto de interés.

Financiación:

Esta publicación no ha recibido ninguna ayuda o financiación.

Congresos o reuniones científicas donde se ha presentado el trabajo.

XIII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, Santa Cruz de Tenerife, España. 2, 3 y 4 de noviembre de 2023.

Autorías

Jorge Esquivel-Negrín¹  0000-0003-2373-1976

María Isabel Peris-Fernaud²  0009-0005-6760-7610

María Ángeles Ocaña-Gómez¹  0009-0004-0995-7818

Mario Ríos-De-Paz²

María Dolores De-Dios-García²

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Servicio de Farmacia, Santa Cruz de Tenerife, España.

²Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Servicio de Hematología y Hemoterapia, Unidad de Coagulopatías, Santa Cruz de Tenerife, España.

Contribución de autorías

Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

Cómo citar este trabajo

Esquivel-Negrín J, Peris-Fernaud MI, Ocaña-Gómez MA, Ríos-De-Paz M, De-Dios-García MD. Coordinación entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad de Von Willebrand. Pharm Care Esp. 2025;27:e879. doi: 10.60103/phc.v27.e879

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Von Willebrand (EvW), el trastorno hemorrágico congénito más frecuente, precisa una atención coordinada entre atención primaria y la unidad de coagulopatías de referencia para garantizar un diagnóstico adecuado y un manejo farmacoterapéutico seguro en estos pacientes. Objetivo: estudiar la concordancia entre los registros de atención primaria (AP) y atención especializada (AE), y subsanar las discrepancias encontradas.

Método: Estudio en dos fases. Fase 1: estudio retrospectivo de los registros diagnósticos y tratamientos de AP de pacientes con EvW censados a 1 de septiembre de 2023 en una unidad de coagulopatías. Se analizaron diagnósticos, prescripción de fármacos con riesgo hemorrágico y antecedentes de sangrado en el ámbito de AP. Fase 2 (octubre/2023–octubre/2024): se contactó con AP para la subsanación de información imprecisa y ajuste de tratamientos.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes (59% mujeres, edad media: 37,6 años). Un 64,2% tenía registrado el diagnóstico de EvW en AP, un 15,1% diagnósticos imprecisos y un 20,7% no estaba registrado. Ocho pacientes (7,55%) tenían prescritos AINE no selectivos, (tres sin registro diagnóstico en AP). Tras la intervención por vía telefónica o correo electrónico, las discrepancias se redujeron un 32,7% (del 35,8% al 3,1%), pero la falta de un sistema de comunicación entre niveles asistenciales telemático y protocolizado bidireccional impidió alcanzar el 0%.

Conclusiones: La mejora de la comunicación entre niveles de asistencia sanitaria redujo discrepancias, pero es necesario establecer sistemas que superen las barreras organizativas y logísticas que frenan la comunicación entre profesionales en pro de la seguridad del paciente.

Palabras clave: Enfermedades de von Willebrand; Coagulopatías; Niveles de Atención de Salud.

ABSTRACT

Introduction: Von Willebrand disease (VWD), the most common congenital bleeding disorder, requires coordinated care between primary care and coagulation referral unit to ensure proper diagnosis and safe pharmacotherapeutic management in these patients. Objective: to study the concordance between primary care and specialised care records, and to correct the discrepancies found.

Method: A two-phase study was performed. Phase 1: review of diagnostic and treatment records for patients with VWD registered on September 1, 2023 in a coagulation unit. Diagnoses, prescription of bleeding-risk drugs, and history of bleeding in Primary Care setting were analysed. Phase 2 (October 2023–October 2024): primary care was contacted to correct inaccurate information and adjust treatments.

Results: A total of 106 patients (59% female, mean age 37.6 years) were included. A diagnosis of VWD was recorded in PC in 64.2%, vague diagnoses in 15.1% and 20.7% were not recorded. Eight patients (7.55%) were prescribed non-selective NSAIDs (three with no recorded diagnosis in Primary Care). After intervention by telephone or e-mail, discrepancies were reduced by 32.7% (from 35.8% to 3.1%), but the lack of a two-way telematic and protocolised communication system between care levels prevented reaching 0%.

Conclusions: Improved communication between levels of care reduced discrepancies, but systems need to be put in place to overcome organisational and logistical barriers to communication between professionals in the interest of patient safety.

Key Words: von Willebrand Diseases; Blood Coagulation Disorders; Intersectoral Collaboration.

Acrónimos:

AE: Atención especializada

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo

AP: Atención primaria

APTT: Tiempo de tromboplastina parcial activada

EvW: Enfermedad de von Willebrand

FVIII: Factor VIII

FvW: Factor von Willebrand

RNM: Resultados negativos asociados a la medicación

Introducción

La enfermedad de von Willebrand (EvW) es la diátesis hemorrágica hereditaria más frecuente, con una prevalencia mundial estimada del 1% (aproximadamente 1 de cada 1.000 casos son sintomáticos). En España, se ha estimado una prevalencia de 122 casos por cada millón de habitantes.⁽¹⁾ Se caracteriza por un déficit cualitativo/cuantitativo del factor von Willebrand (FvW) y es una entidad muy heterogénea con manifestaciones clínicas variables. Puede afectar a ambos sexos, aunque es más frecuente en mujeres.⁽²⁾

El FvW es una glicoproteína multimérica y multifuncional susceptible a alteraciones genéticas hereditarias, que dan lugar a varios tipos y subtipos, los cuales condicionan la clínica y el diagnóstico. Actualmente, la clasificación más aceptada distingue tres tipos principales (1, 2 y 3) y cuatro subtipos (2A, 2B, 2N y 2M). La deficiencia cuantitativa del FvW puede ser parcial (tipo 1) o total (tipo 3), mientras que los defectos cualitativos (tipo 2) afectan a diversas funciones como la adhesión al factor VIII de la coagulación (FVIII), o a la glicoproteína 1b en las plaquetas. Las variantes 1, 2A, 2B y 2M presentan herencia autosómica dominante, mientras que las variantes 3 y 2N son autosómicas recesivas.⁽²⁾

El amplio espectro de síntomas hemorrágicos dificulta el diagnóstico. La sospecha diagnóstica se basa en los antecedentes familiares y el historial de sangrados, los cuales pueden presentarse en diversas situaciones y afectar a distintos niveles, como en la piel y mucosas (epistaxis, gingivorragia, metrorragia), en el post-quirúrgico, tras extracciones dentales, o durante la menstruación.⁽³⁾

El diagnóstico se confirma en el ámbito hospitalario, en centros con unidades o consultas de coagulación, y requiere la integración de pruebas de laboratorio con la clínica hemorrágica del paciente. La sospecha se confirma mediante pruebas de laboratorio que incluyen hemograma con recuento y morfología plaquetaria, hemostasia (fundamentalmente el tiempo de tromboplastina parcial activada, APTT), tiempo de obturación plaquetaria, pruebas de coagulación especial (estudio de FvW y FVIII), y finalmente el estudio genético. Este último permite la clasificación en tipos y subtipos, confirma fenotipos dudosos y proporciona información predictiva o pronóstica, según el tipo de mutación y la presencia de inhibidores.⁽²⁻⁴⁾

En ocasiones, el diagnóstico supone un verdadero desafío, debido a la complejidad de algunos subtipos, especialmente el 2. Además, diversos factores pueden alterar los niveles de FvW como la edad (particularmente en el periodo neonatal y en pacientes de edad avanzada), el estrés asociado a la venopunción, sangrados activos, cirugías, enfermedades agudas (como infecciones), ejercicio, fármacos (anticonceptivos, terapia hormonal sustitutiva), embarazo, alteraciones tiroideas, presencia de anticuerpos anti-FvW y el grupo sanguíneo O.^(3,4)

La EvW tiene un impacto negativo en la calidad de vida, afectando principalmente a las mujeres debido a las menorragias y otros problemas obstétricos que aumentan la carga de la enfermedad. El diagnóstico a menudo se retrasa varios años tras los primeros episodios hemorrágicos. En pacientes con sangrados menstruales abundantes y ferropenia, esta demora se asocia con mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad. También en el caso de pacientes pediátricos, la EvW merma la calidad de vida de pacientes y cuidadores. La implementación de protocolos de profilaxis podría mejorar la calidad de vida de estos pacientes.^(5,6)

La EvW constituye una enfermedad rara e infradiagnosticada, por lo que los esfuerzos encaminados para conocer la enfermedad, acelerar el diagnóstico y facilitar el tratamiento, resultan clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

La comunicación entre los servicios hospitalarios y comunitarios es esencial para identificar rápidamente la necesidad de derivar a los pacientes a centros especializados ante un evento hemorrágico grave y para dar recomendaciones de profilaxis o rápida actuación en caso de sangrados no amenazantes. Además, es crucial que los profesionales sanitarios fuera del ámbito hematológico tengan acceso a la información diagnóstica, para evitar decisiones clínicas que puedan comprometer la hemostasia, especialmente en relación con fármacos como antiinflamatorios no esteroideos (AINE) no selectivos, antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes, que aumentan el riesgo hemorrágico en estos pacientes si no se usan bajo supervisión adecuada.^(7,8)

Objetivos

1. Evaluar la concordancia entre los registros diagnósticos de la historia clínica de atención primaria (AP) y atención especializada (AE) en pacientes con EvW registrados en la unidad de coagulopatías de un centro de referencia
2. Identificar y revisar las discrepancias diagnósticas entre los registros de AP y AE. Implementar una intervención dirigida a la corrección de diagnósticos imprecisos y a la optimización de la farmacoterapia en el ámbito de AP.

Métodos

Fases del estudio

Estudio ambispectivo llevado a cabo en dos fases.

Fase 1: carácter descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de EvW censados a 1 de septiembre de 2023 en la unidad de coagulopatías del centro. Se revisaron los diagnósticos y tratamientos registrados en AP.

Fase 2: etapa prospectiva llevada a cabo entre octubre de 2023 y octubre de 2024, en la que se contactó con la directiva y/o el médico responsable del centro de salud de cada paciente subsidiario de intervención para la subsanación de diagnósticos imprecisos en AP y modificación de farmacoterapia cuando fuese necesario, aportando los informes y resultados de prueba pertinentes desde la unidad de coagulopatías.

Ámbito de actuación

Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. La unidad de coagulopatías de este hospital de tercer nivel actúa como centro de referencia en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, cubriendo una población próxima al millón de habitantes.

Selección de sujetos

La selección de pacientes se realizó por muestreo no probabilístico, incluyendo de manera consecutiva la totalidad de pacientes que cumpliesen como criterio de inclusión estar censados en la unidad de coagulopatías a 1 de septiembre de 2023 con diagnóstico de EvW.

El censo incluye pacientes diagnosticados en el propio centro de referencia tras la creación del censo, así como pacientes históricos que aportaron informes y antecedentes familiares.

Herramientas informáticas utilizadas

La recopilación de datos clínicos y analíticos se realizó a través de los programas de historia clínica electrónica de la Comunidad Autónoma de Canarias (Drago AE para el ámbito de atención hospitalaria y Drago AP para el ámbito de atención primaria) donde se incluyen históricos de informes y resultados de pruebas diagnósticas.

Los datos fueron recogidos en hojas de cálculo de Microsoft Excel de forma codificada para su anonimización.

Variables

- Variables demográficas: sexo, edad.
- Variables clínicas: registro en AP de diagnóstico de trastornos de la coagulación y grado de concordancia con el censo de coagulopatías del hospital, prescripción o no de AINE no selectivos, anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios, descripción de eventos de sangrado en el historial de AP.

Procedimientos y materiales utilizados

Se revisaron los registros de los pacientes incluidos en el censo de EvW de la unidad de coagulopatías, utilizando la plataforma Drago AP. En los casos

en que el diagnóstico no estuviera correctamente registrado en AP, se consultaron las historias clínicas en Drago AE para confirmar que la sospecha diagnóstica se hubiera validado mediante pruebas de coagulación especial en el centro de referencia.

Cuando se detectaron discrepancias entre los diagnósticos de AP y AE, o en la prescripción de fármacos que aumentan el riesgo hemorrágico, se contactó a la dirección médica o al médico responsable del centro de salud para corregir los registros. Además, se enviaron informes a los centros que no disponían de la información actualizada.

En los pacientes del censo En los pacientes cuyo diagnóstico confirmado no estaba reflejado en Drago AE, se revisaron las pruebas realizadas y los informes correspondientes, para actualizar el censo de la unidad de coagulopatías.

Resultados

Se incluyeron 106 pacientes (edad media de 37,6 años [rango: 7-92 años]). Un 59% de pacientes eran mujeres (63). En cuanto a los registros diagnósticos de la historia clínica de atención primaria (AP), solo el 64,2% (68 pacientes) tenían el diagnóstico de EvW adecuadamente registrado. Un 15,1% (16 pacientes) se presentaba como un registro impreciso de trastornos de coagulación (como "alteración de la coagulación" o "hemofilia"), mientras que un 20,7% (22 pacientes) no tenía recogido ningún diagnóstico relacionado con alteraciones de la coagulación. Ver Figura 1.

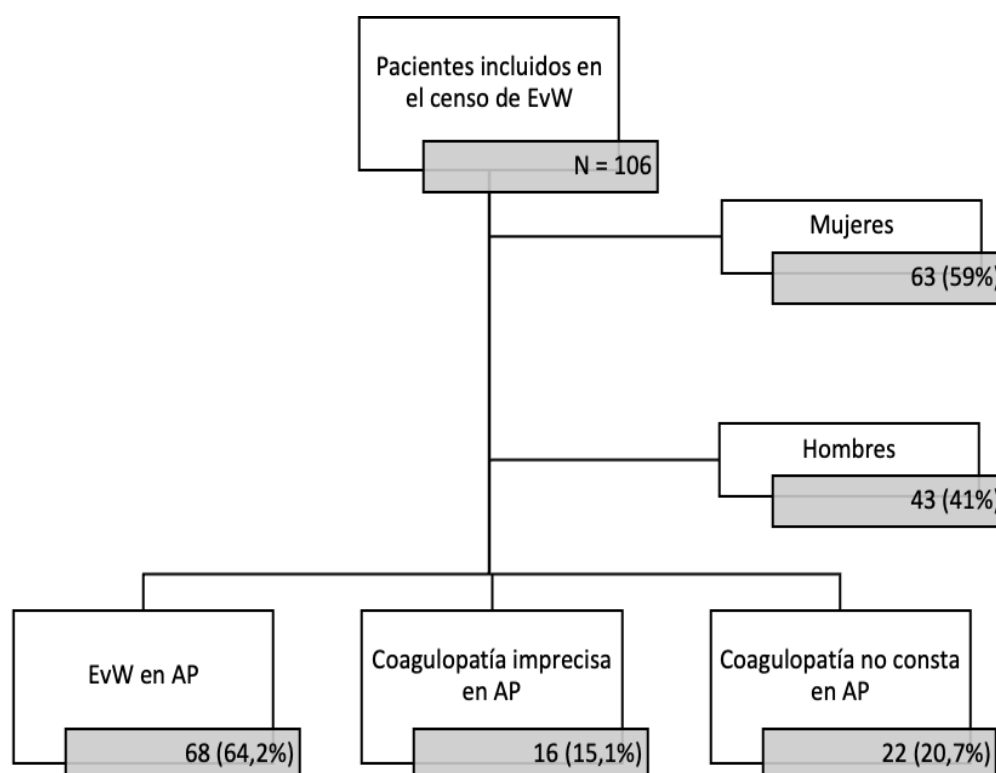


Figura 1. Situación de concordancia entre niveles asistenciales de los pacientes censados en la unidad de coagulopatías con enfermedad de Von Willebrand.

En cuanto a los antecedentes hemorrágicos del historial de AP, seis pacientes (5,66%) habían sido atendidos por eventos de sangrado en este nivel asistencial, de los cuales 5 tenían el diagnóstico de EvW adecuadamente registrado. Respecto a la prescripción de medicamentos de seguimiento estrecho por el riesgo hemorrágico que conllevan, no se detectó ningún caso de prescripción de anticoagulantes ni antiagregantes. Sin embargo, ocho pacientes (7,55%) tenían prescritos AINE no selectivos. De estos, tres tenían el diagnóstico de EvW registrado, dos tenían un diagnóstico impreciso de coagulopatía, y en 3 casos, los fármacos fueron prescritos sin conocimiento de la comorbilidad EvW por parte de los profesionales de AP. Los AINE detectados en los planes de tratamiento fueron ibuprofeno (seis pacientes), dexketoprofeno y naproxeno sódico (cada uno en un paciente). No obstante, en ninguno de los casos de prescripción de AINE en AP coincidía con los pacientes atendidos en este ámbito por eventos hemorrágicos.

Con estos resultados, se procedió a la segunda fase del estudio, centrada en los pacientes con discrepancias entre los registros de AE y AP (38 pacientes). Dos pacientes fueron excluidos de esta fase: uno por fallecimiento por causa no relacionada con EvW, y otro por recibir cobertura sanitaria externa a la seguridad social, a través de los sistemas de mutualismo administrativo gestionados por aseguradoras privadas, por lo que realmente carece de un centro único de referencia en AP con el que cruzar los datos.

De los 36 pacientes finalmente incluidos en esta fase, en primer lugar se revisó el historial y las pruebas complementarias registradas en Drago AE. Se detectó que en seis casos (16,7%), que además eran de los que no tenían ningún registro de trastornos de coagulación en AP, la sospecha de EvW había sido descartada en el centro de referencia tras la realización de pruebas de coagulación especial, por lo que fueron excluidos del censo de EvW.

Para el resto de pacientes, se procedió a contactar con sus centros de referencia de AP para subsanar las discrepancias entre estos y los registros de la unidad de coagulopatías. A pesar de ser el farmacéutico de AE, como miembro de la unidad de coagulopatías, quien detecta las discrepancias inicialmente, la no existencia de un circuito protocolizado de contacto con los farmacéuticos de AP o con los propios prescriptores de AP, hizo necesaria la intervención de los médicos del servicio de hematología para contactar con los prescriptores de AP. A través de llamadas telefónicas y correos electrónicos dirigidos a los médicos responsables de cada paciente, o a la dirección médica en caso de no lograr contactarse con los prescriptores (tras 2 intentos por cada vía de comunicación), se informó de las discrepancias detectadas y en un plazo de 14 días se comprobó que la información había sido actualizada en los registros de AP. Se logró corregir la información en el 75% de los casos (27 pacientes). Los informes correspondientes fueron enviados a AP para que toda la información relevante quedara registrada en las historias clínicas. Sin embargo, no fue posible corregir las discrepancias en 3 casos

(8,3%) ante la imposibilidad de contacto telefónico o falta de respuesta a los correos electrónicos, por lo que el diagnóstico no pudo corregirse (Figura 2). En estos pacientes, uno tenía como diagnóstico “coagulopatía”, otro “eritrocitosis”, y el tercero no tenía ningún registro relacionado con alteraciones de la hemostasia.

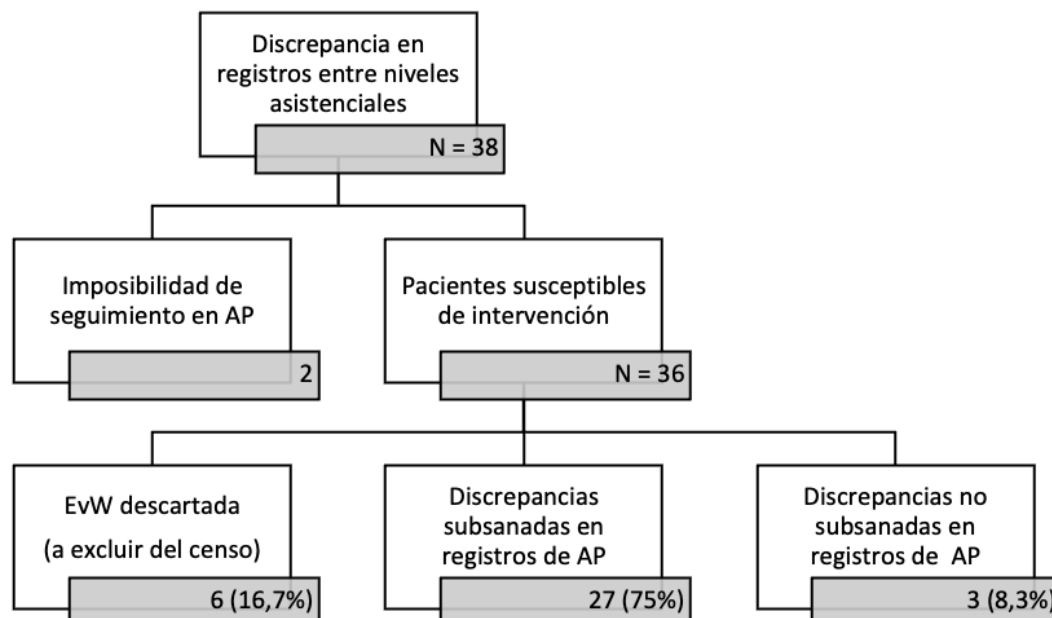


Figura 2. Resultados del estudio tras la intervención sobre las historias discrepantes entre niveles asistenciales.

Discusión

Tras las intervenciones realizadas, el censo de pacientes con EvW en la unidad de coagulopatías se redujo de 106 a 98 a 1 de noviembre de 2024, sin incluir nuevos pacientes durante el proceso.

El grado de disonancia entre los registros de AE y AP se redujo notablemente, pasando del 35,8% (38/106) al 3,1% (3/98), lo que representa una mejora de 32,7 puntos porcentuales en la precisión de los registros entre los diferentes niveles asistenciales.

Diversos estudios han demostrado que la mejora en la coordinación entre niveles asistenciales no solo optimiza la calidad y continuidad de la prestación asistencial entre ámbitos como el de la atención primaria, la atención especializada o la atención sociosanitaria, sino que también contribuye a la eficiencia del sistema de salud, evitando duplicidades en procedimientos diagnósticos, reduciendo tiempos de espera y mejorando la experiencia del paciente.⁽⁹⁾

Algunos trabajos como el realizado por el grupo de coordinación entre niveles de la comarca del Garraf (Barcelona) han consultado directamente a los profesionales sanitarios acerca de los principales limitantes encontrados para la coordinación entre niveles asistenciales, siendo los más referidos los relacionados con la comunicación entre profesionales sanitarios.⁽¹⁰⁾ En nues-

tra experiencia, estos han sido precisamente uno de los principales escollos para resolver la falta de información compartida entre niveles asistenciales, al carecer de un sistema telemático y protocolizado bidireccional que permita las consultas desde la AE hacia la AP. En el caso de enfermedades crónicas y de baja prevalencia como la EvW, es esencial que la comunicación entre los profesionales sanitarios responsables de estos pacientes sea lo más fluida posible para garantizar no sólo un correcto manejo de la patología por parte del servicio de referencia, sino para que la asistencia que se lleve a cabo en niveles como AP o el ámbito de urgencias sea eficaz y segura, especialmente en lo relativo al manejo farmacoterapéutico o quirúrgico urgente de estos pacientes, dado que la EvW puede condicionarlo. En este estudio, fue la existencia de una unidad multidisciplinar donde participan los servicios de hematología y farmacia de AE, la que permitió superar el inconveniente de no disponer de un sistema de comunicación desde la farmacia hospitalaria con AP.

Es relevante destacar que las dificultades relacionadas con la información compartida son más frecuentemente señaladas por los profesionales de AE en los estudios sobre coordinación entre niveles asistenciales. Esto se debe a que el manejo en las consultas hospitalarias, especialmente en las primeras, requiere acceder con mayor frecuencia a la información proveniente de AP para una historia clínica completa.⁽¹⁰⁾ Esta integración es igualmente esencial para los profesionales de AP. No obstante, cuando el paciente es derivado a AE, el seguimiento puede interrumpirse prematuramente, dejando sin registrar en AP hallazgos relevantes. Aunque el estudio facilitó la comunicación mediante teléfono y correo electrónico, esta vía no fue completamente eficaz en todas las intervenciones. La disponibilidad de un teléfono y un correo electrónico de contacto ha supuesto en este estudio la existencia de una vía para la comunicación desde AE hacia AP, pero no ha sido eficaz en el 100% de las intervenciones pretendidas. Si bien existe un sistema telemático que permite las interconsultas de AP hacia AE, pero requiere que sea AP quien inicie la comunicación, lo que limita su efectividad en la atención integral de los pacientes.

Los resultados de las intervenciones realizadas en la población de pacientes con EvW reduce el riesgo de resultados negativos asociados a la medicación (RNM) al evitar la prescripción de fármacos con potencial hemorrágico en pacientes susceptibles. En este sentido, la prescripción de fármacos con riesgo hemorrágico sin la debida supervisión puede tener consecuencias graves, especialmente cuando los pacientes acceden a medicamentos de venta libre. Otro aspecto que podría ser objetivo de futuros estudios e intervenciones para la integración asistencial es la implantación de más farmacéuticos de atención primaria para la revisión de tratamientos y de educación sanitaria a pacientes y a otros profesionales de AP, que se ha demostrado eficaz en la prevención de RNM y en mejorar la eficiencia del sistema.⁽¹¹⁾

La integración asistencial es clave para que los pacientes con EvW reciban una atención sanitaria continua y de calidad. Sin embargo, esta integración debe superar barreras organizativas y depender del adecuado uso de recursos, como la implementación de medidas tecnológicas y la asignación de personal en áreas críticas.

Conclusiones

El estudio reveló que existe un importante grado de discrepancias entre los registros de AP y AE en la población de pacientes con EvW, a pesar de tratarse de una enfermedad crónica relativamente frecuente pese a su baja prevalencia y potencialmente grave.

Persisten barreras para lograr una concordancia plena entre ambos ámbitos y conseguir una atención integral minimizando el riesgo de prescripción de fármacos inadecuados desde servicios ajenos a la consulta de coagulopatías.

Con acciones sencillas se logró una notable mejoría en los registros, reduciendo al mínimo las discrepancias halladas. Al lograr que la mayoría de pacientes con EvW tuvieran reflejado este diagnóstico en sus historiales de AP, se incrementó la seguridad de los pacientes.

Bibliografía

1. Batlle J, Perez-Rodriguez A, Pinto JC, Fraga EL, Rodriguez-Trillo Tch A, Fernanda Lopez-Fernandez M. Diagnosis and management of von Willebrand disease in Spain. *Semin Thromb Hemost*. 2011;37(5):503–10. doi: 10.1055/s-0031-1281036.
2. Fogarty H, Doherty D, O'Donnell JS. New developments in von Willebrand disease. *Br J Haematol*. 2020;191(3):329–39. DOI: 10.1111/bjh.16681.
3. Weyand AC, Flood VH. Von Willebrand Disease: Current Status of Diagnosis and Management. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2021; 35(6):1085–101. doi: 10.1016/j.hoc.2021.07.004.
4. Colonne CK, Reardon B, Curnow J, Favaloro EJ. Why is Misdiagnosis of von Willebrand Disease Still Prevalent and How Can We Overcome It? A Focus on Clinical Considerations and Recommendations. *J Blood Med*. 2021;12:755–68. doi: 10.2147/JBM.S266791.
5. Govorov I, Ekelund L, Chaireti R, Elfvinge P, Holmström M, Bremme K, et al. Heavy menstrual bleeding and health-associated quality of life in women with von Willebrand's disease. *Exp Ther Med*. 2016 May;11(5):1923–9. doi: 10.3892/etm.2016.3144.
6. VanderMeulen H, Arya S, Nersesian S, Philbert N, Sholzberg M. What have we learned about the patient's experience of von Willebrand disease? A focus on women. *Hematol Am Soc Hematol Educ Progr*. 2022;2022(1):631–6. doi: 10.1182/hematología.2022000391.

- 7.** Merz LE, AbdelHameid D, Kanaan DM, Farah S, Manzo P, Connell NT. Anticoagulation and antiplatelet agent use among patients with von Willebrand disease and cardiac disease. *Blood Adv.* 2024;8(9):2244–7. doi: 10.1182/bloodadvances.2023012348.
- 8.** Driver B, Marks DC, van der Wal DE. Not all (N)SAID and done: Effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and paracetamol intake on platelets. *Res Pract Thromb Haemost.* 2020 Jan;4(1):36–45. DOI: 10.1002/rth2.12283.
- 9.** Naharro Máñez AM, Tárraga López PJ. Innovando en gestión asistencial: análisis del modelo de integración primaria, especializada y sociosanitaria. *Med Gen y Fam (edición Digit [Internet].* 2016;5(4):149–54. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-general-familia-edicion-digital--231-articulo-innovando-gestion-asistencial-analisis-del-S1889543316300081>
- 10.** Allepuz A, Gallardo C, Perona M. Coordinación entre niveles asistenciales: ¿qué priorizan los profesionales? *Atención Primaria [Internet].* 2012;44(9):568–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-coordinacion-entre-niveles-asistenciales-que-S0212656712002065>
- 11.** Herrero Domínguez-Berrueta MC, Muñoz-García M, Delgado-Silveira E, Martín-Aragón S, Gangoso Feroso A. Primary care pharmacist-led medication review in older adult patients in coordination with general practitioners: an observational retrospective cohorts study. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2023;13:100390. doi: 10.1016/j.rcsop.2023.100390.