

**COMUNICADO DE LAS TRES SOCIEDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA,**  
**SEMERGEN, semFYC y SEMG,**  
**SOBRE LAS DIFERENCIAS POR AUTONOMÍAS PARA PRESCRIBIR**  
**NOVEDADES EN TERAPÉUTICA CARDIOVASCULAR**

Aunque hace más de un año que disponemos en España de la posibilidad de uso de los nuevos anticoagulantes orales para la prevención de ictus en la fibrilación auricular no valvular, las tres Sociedades de Atención Primaria, SEMERGEN, semFYC y SEMG, observamos con preocupación que el modelo de prescripción sigue siendo diferente entre comunidades autónomas (CC. AA.), sobre todo en cuanto al papel que se le reconoce al médico de Familia para la realización del informe y posterior visado de inspección.

El problema del visado no solo afecta a este grupo de fármacos. Las Sociedades Científicas de Atención Primaria venimos reivindicando desde hace tiempo lo obsoleto de este procedimiento en un modelo de Atención Primaria que ha demostrado su eficiencia desde hace más de 25 años.

El paradigma de los nuevos anticoagulantes no es más que un ejemplo rotundo de la obsolescencia del sistema actual, que impide a los médicos de Familia de determinadas CC. AA. la posibilidad de indicar y prescribir un tratamiento que supone una de las mayores innovaciones recientes en terapéutica cardiovascular y, lo que es más grave, priva a sus pacientes del beneficio del tratamiento, con las implicaciones clínicas y de pronóstico que esto conlleva.

El marco normativo para la indicación de uso de estos nuevos fármacos (en la actualidad, *dabigatrán* y *rivaroxabán*) ha quedado bien definido en un exhaustivo documento realizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios<sup>1</sup> que coincide con las recomendaciones de un gran número de CC. AA. La gran mayoría de los pacientes que podrían beneficiarse de estos tratamientos son los que no tienen posibilidad de monitorización del INR, en cuyos casos, por tanto, se desestima el tratamiento con anticoagulantes orales (ACO) clásicos, y aquellos a los que no es posible mantener un control estable de la anticoagulación en unos mínimos aceptables. Para

ambos grupos es evidente que no utilizar las nuevas alternativas disponibles supone un problema ético de gran calado, ya que priva al paciente del evidente beneficio de la anticoagulación, cuando esté indicada. A menudo, estos pacientes han recibido tratamientos alternativos poco tranquilizadores, bien por su falta de evidencia o bien por su escaso beneficio, como las heparinas de bajo peso molecular (a dosis variables), o la antiagregación (opción que no debiera utilizarse en la actualidad).

Además de suponer una infravaloración preocupante respecto a otros colegas, en cuanto a que nos referimos a un tratamiento que hasta ahora nos correspondía, (conviene recordar que el seguimiento y gestión del paciente se realiza en AP en más del 75% de los casos), se da la circunstancia de que es el médico de Familia quien antes y mejor puede percibir y valorar las situaciones de mal control mencionadas, entre otros motivos, por su proximidad al paciente, por el papel hasta ahora asumido en la creciente descentralización de la anticoagulación en los Servicios de Atención Primaria, y por disponer de los registros clínicos necesarios.

No creemos que los responsables de los Servicios Sanitarios de hasta siete CC. AA. consideren menos capacitados a sus propios profesionales respecto a los de Madrid, Cataluña, País Vasco, Galicia, Andalucía... Sería un agravio comparativo inaceptable para estos facultativos (sin olvidar la destacada e importante labor de enfermería), que durante más de una década han demostrado su competencia en este campo, en el que estamos convencidos de que debe seguir desempeñando un papel central, que además incluye el de moderador y contenedor del gasto en el contexto actual, tal y como recoge el marco normativo vigente.

La Atención Primaria es el ámbito idóneo para racionalizar la prescripción y priorizar a los pacientes que, inicialmente, podrían ser los mejores candidatos al tratamiento, de una manera progresiva y con las precauciones necesarias. No creemos que sea necesario ni aconsejable sobrecargar más aún a otros especialistas (cardiólogos, internistas, neurólogos, geriatras) con la toma de una decisión terapéutica que le corresponde al médico de Familia. Del mismo modo, sí creemos que debe ser el propio médico de Familia el que, basándose en su criterio profesional, derive a determinados pacientes a estos especialistas, si el caso lo necesitara.



**\*Para más información, gabinetes de prensa de SEMERGEN (Guillermo Castilla / 617.905.069), SEMG (Mario Braier / 629.532.600) y semFYC (Luis Pardo / 626.97.84.20)**

*1.- Criterios y Recomendaciones generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales en prevención de ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Informe de Utilidad Terapéutica UT/V1/26062012. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 24 de septiembre de 2012.*