

Respuesta de los autores



Author's reply

Sr. Director:

Nuestro reciente editorial¹ es el documento de posicionamiento de las 3 Sociedades Científicas de Atención Primaria frente a un problema mayor que afecta de forma directa a la competencia y perfil profesional del médico de familia después de 30 años de implantación del modelo de atención primaria en nuestro país, con clara repercusión sobre la calidad de la atención a nuestros pacientes.

No recordamos, al menos en los últimos años, una discriminación tan llamativa entre médicos de atención primaria que trabajan para un mismo sistema sanitario público, y también entre estos y distintos especialistas hospitalarios, que afecta a un tratamiento farmacológico relevante en el que hasta ahora, en la mayoría de las comunidades autónomas, el médico de familia ha tenido un papel de responsabilidad, junto a los especialistas en hematología.

No se comprende cómo, por mal entendidos criterios economicistas (siempre a corto plazo) algunas comunidades autónomas deciden dejar al margen de la toma de decisiones sobre este tratamiento al médico de familia, precisamente el que tiene la clave en la mayoría de los casos (mal control con los anticoagulantes clásicos, falta de acceso a la monitorización...) para valorar realmente qué pacientes van a obtener un mayor beneficio con los nuevos anticoagulantes orales (NACO). En la comunidad científica y en concreto en el ámbito cardiovascular hay pocas dudas de que estos agentes suponen una auténtica innovación en terapéutica, aportando valor sobre lo ya existente, con el respaldo de una evidencia científica amplia y robusta que continúa aumentando². Las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de mayor prestigio internacional como NICE³ y SIGN⁴ en Europa y CHEST⁵ en EE. UU. no dejan lugar a la duda. En nuestro entorno, el Sistema Nacional de Salud, el Informe de Posicionamiento Terapéutico de la Agencia Española del Medicamento⁶ define perfectamente las situaciones clínicas para su utilización, más allá de las indicaciones admitidas por las agencias reguladoras. Es en la traslación a las comunidades autónomas y en la aplicación heterogénea del visado de inspección, donde se produce el problema.

La misión de las sociedades científicas en este caso de atención primaria, incluye no permitir que se aparte a los médicos de familia de lo que es su perfil y responsabilidad directa, más aún mirando a la comunidad y a sus pacientes, destacando el control del paciente crónico. Solo una mirada muy sesgada puede hacer una lectura distinta de este hecho y desviar el principal foco de atención de manera un tanto perversa.

Insistimos una vez más en la necesidad de terminar con una barrera administrativa (no clínica) obsoleta, el visado de inspección, que en el caso de los NACO sirva para aumentar las diferencias de forma notable entre regiones, incluso entre distritos o áreas sanitarias, que por el mero hecho de

vivir en uno u otro lugar (y muchos pacientes cambian de residencia por meses...), pueden tener o no acceso a un tratamiento que supone un cambio de paradigma en la prevención de ictus en pacientes con fibrilación auricular (FA) no valvular.

El ictus, y por lo tanto su prevención, suponen un problema de salud absolutamente mayor, que ocupa los primeros lugares entre las causas de muerte, de discapacidad severa (primera causa en adultos) y de demencia, con un coste personal, familiar y social de enorme magnitud. Se puede establecer la discusión en términos científicos de superioridad o no inferioridad en eficacia frente a los antivitamina K en el global de pacientes con FA no valvular, de lo que aportan en seguridad de uso (reducción de la hemorragia intracraneal), o sobre los cambios en el modelo de gestión del paciente crónico anticoagulado. Pero no es discutible su indicación en los pacientes mal controlados con la anticoagulación clásica. En este terreno no vamos a hacer concesiones y hemos de aludir al compromiso ético del médico de familia ante su paciente, por mucho que algunos intenten mirar para otro lado.

Bibliografía

1. Lobos Bejarano JM, Polo García J, Vargas Ortega D. El médico de familia antelas barreras en la prescripción de los nuevos anticoagulantes orales: heterogeneidad, inequidad y confusión. Posicionamiento de las Sociedades Científicas de Atención Primaria en España. *Aten Primaria*. 2014;46:1-3.
2. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: A meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2014;383:955-62.
3. NICE technology appraisal guidance 249. Dabigatran etexilate for the prevention of stroke and systemic embolism in atrial fibrillation, 2012.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention of stroke in patients with atrial fibrillation. A guideline for primary care. 2014.
5. You JJ, Singer DE, Howard PA, Lane DA, Eckman MH, Fang MC, et al., American College of Chest Physicians. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141 Suppl 2:e531S-75S.
6. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (Ministerio de Sanidad, España). Informe de Posicionamiento Terapéutico. Criterios y recomendaciones generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales (NACO) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular [23 Dic 2013].

José M. Lobos Bejarano^{a,*}, José Polo García^b
y Diego Vargas Ortega^c

^a Coordinador Grupo de Trabajo Cardiovascular,
en representación de semFYC

^b Vicepresidente, en representación de SEMERGEN

^c En representación de la SEMG

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmlobos@gmail.com
(J.M. Lobos Bejarano).