



Algunas comunidades ponen límites al uso de Pradaxa

- Tres sociedades médicas denuncian las diferencias autonómicas en su prescripción
- Algunas autonomías han variado la responsabilidad de manejo de los anticoagulados

DAVID MARTÍN
Alicante

Algunas comunidades autónomas han cambiado los protocolos de manejo de los pacientes en tratamiento crónico de anticoagulación tras la autorización de la nueva indicación de Pradaxa (dabigatrán DCI). Esta es la denuncia que la Sociedad Española de Cardiología (SEC), la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la semana pasada para alertar de las diferencias existentes entre comunidades autónomas a la hora de prescribir el anticoagulante de Boehringer Ingelheim.

En este sentido, mientras que en Galicia, Andalucía, País Vasco y Cataluña, el médico de familia puede indicar este tratamiento, con el pertinente informe clínico ya que es un fármaco que precisa visado de inspección, en otras autonomías el médico de atención primaria no puede realizar estas prescripciones y se exige que el informe sea realizado por el especialista hospitalario. En la práctica esto supone que se deba derivar a los pacientes al ámbito hospitalario, con la demora en la instauración del tratamiento que ello conlleva.

Según estas sociedades científicas, actualmente, se estima que en España hay cerca de medio millón de pacientes que siguen un tratamiento de anticoagulación por padecer una fibrilación auricular. De ellos, según los expertos al menos un 20 por ciento podría ser "considerado para cambiar su tratamiento" hacia dabigatrán a consecuencia, por ejemplo de "un mal control con los anticoagulantes clásicos". Precisamente la utiliza-



Mientras que en Galicia, Andalucía, País Vasco y Cataluña, el médico de familia puede indicar este tratamiento, en otras autonomías es necesario derivar al hospital.

ción de Pradaxa facilita de manera muy importante el manejo, control y seguridad de los pacientes en tratamiento de anticoagulación.

Un paso atrás

Para las sociedades firmantes del manifiesto, "esta nueva situación supone un paso atrás y una visible desconfianza en la competencia y capacidad de coordinación de los profesionales actualmente involucrados en este proceso". Y es que, desde "hace años" el médico de atención primaria es el "principal responsable del seguimiento y control" de estos pacientes. Pero en esta nueva situación, las sociedades científicas firmantes consideran que hay "una visible desconfianza en la competencia y capacidad de coordinación" de estos profesionales.

Además, consideran que la "imposibilidad de prescripción" de dabigatrán por los médicos de atención primaria "carece de fundamento" y perjudica gravemente al paciente que "para un mero trámite burocrático" se esté retrasando un tratamiento claramente indicado para él, y se mantenga expuesto a un riesgo embólico innecesario. Y, por último, denuncian las desigualdades, por barreras geográficas, que se producen en nuestro país en el acceso a los medicamentos.

Por todo ello, y para evitar el malestar y confusión que la situación está creando en pacientes y profesionales, estas sociedades científicas se han puesto a disposición de las autoridades para colaborar en la optimización de la terapia de anticoagulación.

Dabigatrán cumple con la farmacoconomía

Una vez que dabigatrán DCI había demostrado su superioridad clínica y la efectividad frente a los tratamientos actuales en la prevención de ictus en los pacientes con fibrilación auricular, tenía por delante otro reto: el de la eficiencia. Pero los estudios llevados a cabo tanto en España como fuera de nuestras fronteras, como es en el caso del NICE inglés, que recomendó su uso, demuestran que el uso de Pradaxa en sus indicaciones aprobadas resulta eficiente en el uso de los recursos.

Un estudio presentado en la I reunión conjunta de SemFYC y SEC celebrada en Alicante a principios de diciembre, cifró en 17.581 euros por año de vida ajustado por calidad (AVAC) el coste incremental de tratar a pacientes con riesgo de ictus con Pradaxa en compara-

ción con un tratamiento con warfarina. En el caso de la comparación con la pauta terapéutica más habitual en nuestro país (acenocumarol DCI, ácido acetilsalicílico o no reciben tratamiento), el coste por AVAC se reduce y se estima en solo 14.118 euros. Según convención internacional, se considera que el ratio de coste-efectividad es adecuado siempre que sea inferior a 30.000 euros por AVAC.

Además, según el modelo analizado, la utilización de este producto de Boehringer Ingelheim, permitiría ahorrar para el sistema 911.000 euros por cada 10.000 pacientes tratados en España con dabigatrán en comparación con el tratamiento habitual. Un ahorro debido, principalmente, a la reducción del número de ictus y la discapacidad provocada por los mismos.