

## Artículo comentado del mes de octubre de 2025

Grupo de lípidos y riesgo cardiovascular de la SEEN

**Artículo comentado:** *Lp(a) testing for the primary prevention of cardiovascular disease in high-income countries: a cost-effectiveness analysis*

**Autores del artículo:** Jedidiah I. Morton, Florian Kronenberg, Magdalena Daccord, Nicola Bedlington, Marius Geanta, Tobias Silberzahn, Zhenyue Chen, Jean-Luc Eisele, Bogi Eliasen, Mariko Harada-Shiba, Marc Rijken, Albert Wiegman, George Thanassoulis, Pia R. Kamstrup, Iñaki Gutierrez-Ibarluzea, Pablo Coral, Raul D. Santos, Erik Stroes, Michal Vrablik, Gerald F. Watts, Christie M. Ballantyne, Samia Mora, Børge G. Nordestgaard, Kausik K. Ray, Stephen J. Nicholls, Zanfina Ademi, On behalf of the Lp(a) International Taskforce (ITF) initiative.

**Citación (Revista):** Atherosclerosis 2025 Oct:409:120447.

**DOI:** [10.1016/j.atherosclerosis.2025.120447](https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2025.120447)

[https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(25\)01345-0/fulltext](https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(25)01345-0/fulltext)

**Autor del comentario:** Javier García Fernández, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos del estudio:** Evaluar la relación coste-efectividad de la determinación de lipoproteína(a) [Lp (a)] en prevención primaria para mejorar la estratificación de riesgo cardiovascular y optimizar estrategias preventivas.

**Población de estudio:** Se incluyeron 10.000 adultos de 40 a 69 años de edad sin enfermedad cardiovascular previa, seleccionados de *UK Biobank*, representativos de una cohorte de prevención primaria con riesgo basal moderado.

**Resultados:** El 19,9 % de la muestra presentó Lp(a)  $\geq 50$  mg/dL, lo que motivó la intensificación terapéutica con estatina de alta intensidad (atorvastatina 80 mg) y tratamiento antihipertensivo si TAS  $> 140$  mmHg. Esta estrategia evitó 82 infartos de miocardio, 13 ictus y 26 muertes por cada 10.000 personas. El ICER (Razón de coste-efectividad incremental) fue de 12.134 \$/QALY en Australia y -3.491 £/QALY en Reino Unido, mientras que el SICER (Razón de coste-efectividad incremental desde la perspectiva social) fue de -3.934 \$/QALY y -10.314 £/QALY, respectivamente. En el caso de España, la estrategia mostró un perfil especialmente favorable, con un ICER de -2.513 €/QALY y un SICER de -6.871 €/QALY, lo que se traduce en un ahorro estimado de 1,75 millones de euros por cada 10.000 personas cribadas, combinando costes directos e indirectos. Los resultados fueron consistentes en los análisis de sensibilidad y escenarios alternativos (ver Figura 1).

**Limitaciones:** La utilización de un modelo basado en datos de una cohorte británica (individuos de raza blanca), el sesgo de “voluntarios sanos” del *UK Biobank* y el hecho de que sólo se

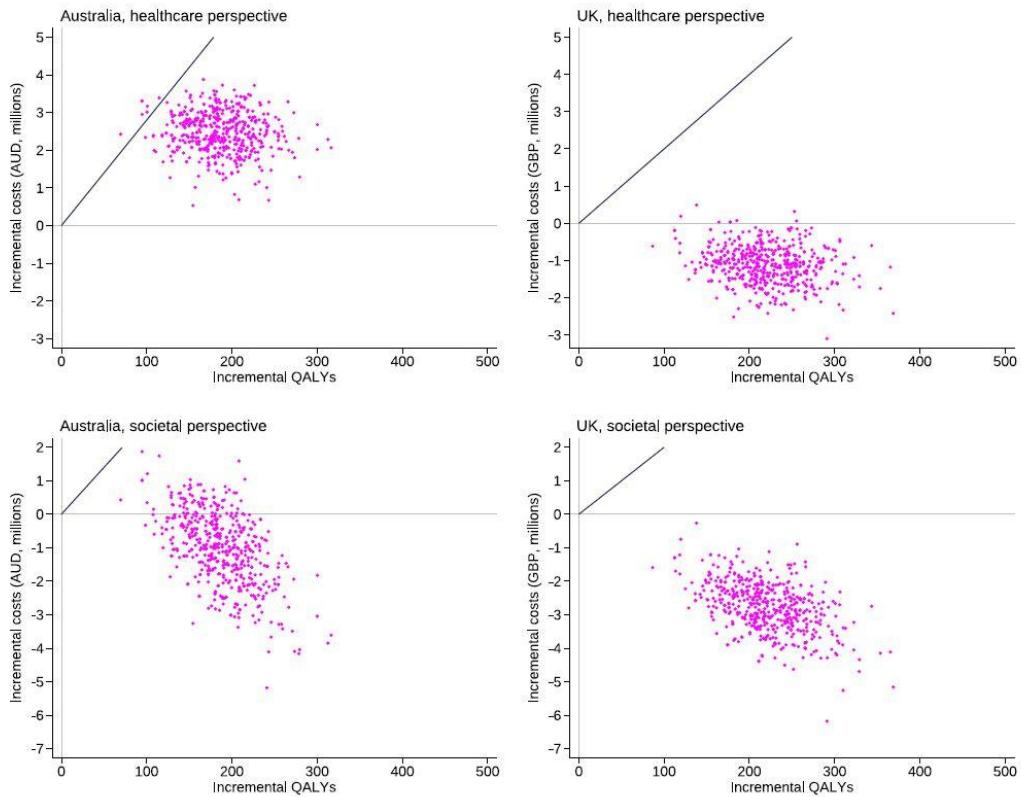
consideraran infarto de miocardio e ictus como eventos cardiovasculares, podrían subestimar el impacto total. Además, el análisis se fundamenta en un modelo de simulación con una estructura epidemiológica basada en datos causales de aleatorización mendeliana y no en evidencia procedente de ensayos clínicos aleatorizados.

**Conclusiones principales y opinión personal:** La medición única de Lp(a) permite reclasificar el riesgo cardiovascular y optimizar el tratamiento preventivo, con impacto clínico y económico favorable, incluido específicamente en España. Aun sin terapias específicas, su determinación es una herramienta valiosa para mejorar la prevención cardiovascular.

**Aplicabilidad clínica y perspectivas de investigación derivadas del estudio:** La incorporación de Lp(a) en estrategias de cribado poblacional podría mejorar la eficiencia preventiva y reducir la carga de enfermedad cardiovascular. Se precisan estudios en poblaciones de diferentes geografías, en edades más tempranas y en diversos entornos sanitarios.

**Resumen para la población general:** Una simple analítica para medir Lp(a) podría identificar a personas con mayor riesgo de infarto o ictus, incluso si no tienen otros factores de riesgo aparentes. Detectarlos a tiempo permite instaurar un tratamiento precoz y prevenir complicaciones cardiovasculares futuras, todo ello además de forma rentable para el sistema sanitario.

**Fecha: 25/10/25.**



**Figura 1** (En el artículo: *Fig. 3. Results of the probabilistic sensitivity analysis for Lp(a) testing (intervention) compared to standard of care (control) in a common cost-effectiveness plane for each country*).

**Comentario de Figura 1:** Plano de coste-efectividad para la determinación de Lp(a) en prevención primaria. Cada punto representa una simulación del análisis probabilístico. El eje X muestra los QALYs ganados y el eje Y los costes incrementales frente a la práctica habitual. Los puntos situados por debajo de la línea diagonal indican escenarios coste-efectivos (por debajo del umbral de disposición a pagar), y los situados por debajo de cero en el eje Y representan ahorro económico. La mayoría de las simulaciones se concentran en el cuadrante inferior derecho, lo que refleja que la estrategia es coste-efectiva en Australia y coste-ahorradora en Reino Unido, especialmente desde la perspectiva social.