

Rastreo poblacional con lipoproteína(a) en prevención primaria cardiovascular: una estrategia costoefectiva y potencialmente costoahorradora en determinados sistemas de salud

Delfina Cecilia Ghezzi Prota

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires

Comentado de:

Morton JI, Kronenberg F, Daccord M, et al. *Atherosclerosis*. 2025;409:120447. PMID: [41101894](#)
DOI: [10.1016/j.atherosclerosis.2025.120447](#)¹

Resumen estructurado

Objetivo

Evaluar la costoefectividad de la medición de lipoproteína(a) [Lp(a)] en población sin enfermedad cardiovascular, analizando si su uso permite mejorar la prevención primaria mediante la reclasificación del riesgo y la intensificación del tratamiento, en comparación con el estándar de atención actual.

Diseño, población y lugar

Los autores realizaron un estudio de costoutilidad mediante un modelo de microsimulación de Markov, con cálculo de ciclos anuales, desde el ingreso al modelo rastreando la ocurrencia de eventos cardiovasculares (infarto de miocardio y accidente cerebrovascular) incidentes y recurrentes. Se llevó a cabo a través de una cohorte simulada de 10.000 individuos entre 40 y 69 años sin enfermedad cardiovascular previa, seleccionados del UK Biobank (Reino Unido).

El análisis principal se realizó para Australia y el Reino Unido, con adaptaciones a otros países de altos ingresos (Europa, Canadá y Estados Unidos).

Métodos

El análisis se llevó a cabo desde la perspectiva del sistema de salud y también desde una perspectiva social, incluyendo los costos indirectos. Los autores emplearon resultados en años de vida ajustados por calidad (QALY, por sus iniciales en inglés) y calcularon la razón de costoefectividad incremental (ICER, por sus iniciales en inglés).

Fue comparado el cuidado estándar propuesto por guías de práctica clínica europeas frente a una estrategia que agrega la medición de Lp(a). En esta última, los pacientes con valores elevados (≥ 105 nmol/L o ≥ 50 mg/dL) eran reclasificados como de alto riesgo e iniciaban tratamiento intensivo con estatinas y antihipertensivos. La evidencia de eficacia estuvo basada en datos epidemiológicos y estudios de aleatorización mendeliana.

Medición de costos y resultados

Los autores incluyeron costos directos (pruebas, tratamientos, eventos cardiovasculares) e indirectos (pérdida de productividad). Los resultados fueron expresados en QALY y eventos evitados (infarto, ACV, muerte). Los costos fueron expresados en dólares australianos 2023 para Australia y en libras esterlinas 2023 para el Reino Unido, con descuentos anuales del 5% y del 3,5%, respectivamente. El horizonte del modelo se extendió hasta los 85 años de cada individuo simulado.

Resultados principales

El testeo de Lp(a) permitió modificar el tratamiento en aproximadamente el 20% de los pacientes, lo que se asoció con una reducción de eventos cardiovasculares y de mortalidad. En el Reino Unido, la estrategia resultó más efectiva y menos costosa que la atención estándar, observándose ganancias de 255 QALY con disminución de los costos sanitarios. En Australia se observaron ganancias de 217 QALY con un ICER de 12.134 dólares australianos de 2023 por QALY (considerado costoefectivo). Desde la perspectiva social, esta estrategia generó ahorro económico en ambos países (85 dólares por persona en Australia y 263 libras por persona en el Reino Unido). Los resultados fueron consistentes en distintos subgrupos y en los análisis de sensibilidad.

Conclusiones

La medición de Lp(a) en prevención primaria es una estrategia costoefectiva e incluso costoahorrativa en los países mencionados, ya que permite identificar pacientes de mayor riesgo y optimizar su tratamiento, reduciendo la carga de enfermedad cardiovascular.

Financiamiento y conflictos de interés del artículo fuente

Estudio financiado por FH Europe Foundation. Los autores reportaron múltiples conflictos de interés relacionados con la industria farmacéutica.

Comentario

La Lp(a) es una partícula lipoproteica similar a la partícula de LDL que contiene una glicoproteína adicional, la apolipoproteína(a), unida covalentemente a la apolipoproteína B-100. Sus concentraciones están determinadas genéticamente en más del 90%, y las concentraciones elevadas constituyen un factor de riesgo causal y frecuente para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica y la estenosis valvular aórtica².

La guía ACC/AHA (por las iniciales en inglés del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón) publicada en 2026 recomienda medir la Lp(a) al menos una vez en todos los adultos. Esta recomendación se basa en evidencia de calidad moderada, proveniente principalmente de estudios observacionales³. Asimismo la actualización de las guías europeas de dislipemias establece que se debe considerar la medición de Lp(a) al menos una vez en la vida de cada adulto, idealmente junto con el primer perfil lipídico. Destaca su utilidad en personas con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura y en pacientes con riesgo cardiovascular intermedio⁴. En Argentina, el Consenso de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Argentina de Cardiología recomienda medir la Lp(a) al menos una vez en la vida. No obstante, los resultados económicos de este estudio no establecen la costoefectividad de su implementación en nuestro sistema sanitario⁵.

Esta prueba puede resultar particularmente útil en aquellos pacientes con riesgo intermedio, es decir, individuos en quienes la indicación de iniciar o intensificar medidas terapéuticas no resulta claramente definida mediante las herramientas convencionales de estratificación del riesgo

cardiovascular. En este contexto, esta estrategia contribuye a la reclasificación del riesgo y favorece la toma de decisiones clínicas. En septiembre de 2026 se anunció que el primer ensayo de desenlaces cardiovasculares con un fármaco específicamente reductor de Lp(a) (pelacarsen, en prevención secundaria) no alcanzó su desenlace primario⁶. Dado que aún no existen tratamientos específicos comercializados para reducir la Lp(a), el beneficio principal del rastreo se centraría en redefinir el riesgo global para ajustar de forma más agresiva las metas de c-LDL e intensificar las medidas preventivas tradicionales.

Cabe destacar que entre las fortalezas, el estudio simula ambas estrategias (testear Lp(a) vs. atención habitual) sobre la misma cohorte de 10.000 personas, por lo que no hay confusión entre grupos como ocurriría en un estudio observacional. Además, utiliza datos individuales reales de UK Biobank, con la distribución real de Lp(a) y de los factores de riesgo, y clasifica el riesgo con un score validado (SCORE-2). El efecto de la Lp(a) se estima mediante aleatorización mendeliana, lo que reduce la confusión propia de las asociaciones puramente observacionales. Por último, incluye un análisis de sensibilidad probabilístico y de escenarios, cuyos resultados se mantuvieron consistentes y que muestran de forma explícita la incertidumbre de los parámetros en el plano de costoefectividad.

En cuanto a la posibilidad de aplicar esta estrategia en nuestro contexto sanitario nacional, el concepto general podría resultar aplicable, sin embargo, una limitación es que los resultados de costoefectividad obtenidos en otros países no pueden trasladarse de manera directa ya que la organización del sistema de salud de cada país modifica la relación entre costos y resultados sanitarios de esta estrategia. Asimismo, cabe destacar que el modelo no incluyó posibles daños como los efectos adversos del tratamiento intensivo, el sobretratamiento o los costos del rastreo familiar. Por último, la implementación de esta estrategia requiere no solo la disponibilidad de la prueba, sino la capacidad del sistema para garantizar el acceso terapéutico y un seguimiento adecuado.

Conclusión de la comentadora

La determinación de Lp(a) una vez en la vida se perfila como una estrategia clínicamente razonable y potencialmente costoefectiva para optimizar la estratificación del riesgo cardiovascular en prevención primaria. Su determinación adquiere especial relevancia clínica cuando permite modificar la estimación o el manejo del riesgo, así como en individuos con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de la autora

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específico. La autora declaró no poseer conflictos de interés.

Declaración de uso de inteligencia artificial

En la preparación de este manuscrito fueron utilizados grandes modelos de lenguaje para la corrección ortográfica y sintáctica.

Historial del artículo

Recibido el 30/06/2026, aceptado el 11/10/2026 y publicado el 26/10/2026.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el

Comité Editorial de Evidencia.

Licencia

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

(CC BY-NC-SA 4.0)

Imagen de portada

Imagen elaborada por el comité Editorial de Evidencia con asistencia de Gemini (Google, octubre 2026).

Referencias

1. Morton JI, Kronenberg F, Daccord M, et al. Lp(a) International Taskforce (ITF) initiative. Lp(a) testing for the primary prevention of cardiovascular disease in high-income countries: a cost-effectiveness analysis. *Atherosclerosis*. 2025;409:120447. PMID: [41101894](#) DOI: [10.1016/j.atherosclerosis.2025.120447](#)
2. Nordestgaard BG, Langsted A. Lipoprotein(a) and cardiovascular disease. *Lancet*. 2024;404(10459):1255-64. PMID: [39278229](#) DOI: [10.1016/S0140-6736\(24\)01308-4](#)
3. Blumenthal RS, Morris PB, Gaudino M, et al. 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Dyslipidemia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2026;87(19):2624-2757. PMID: [41824590](#) DOI: [10.1016/j.jacc.2025.11.016](#).
4. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2025;46(42):4359-4378. PMID: [40878289](#) DOI: [10.1093/eurheartj/ehaf190](#). Erratum en: *Eur Heart J*. 2026;47(6):697. DOI: [10.1093/eurheartj/ehaf1036](#)
5. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Prevención Cardiovascular. *Rev Argent Cardiol*. 2023; 91(Supl 3): 1-190. Available from: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2024/05/COMPLETO-F-19.pdf>
6. Novartis. Novartis announces Lp(a)HORIZON Phase III topline results for pelacarsen in patients with elevated Lp(a) and established cardiovascular disease (CVD) [Internet]. Basel: Novartis; 2026 Sep 4. Available from: <https://www.novartis.com/news/media-releases/novartis-announces-lpahorizon-phase-iii-topline-results-pelacarsen-patients-elevated-lpa-and-established-cardiovascular-disease-cvd>