



MAURICIO SRIYCKY

Foto de familia de la reunión mantenida la semana pasada por la Fundación HF en el Ministerio de Sanidad. En primera fila, en el centro, Pedro Mata, Javier Castrodeza -secretario general de Sanidad- y Jose Antonio Rubio Mielgo, ex vocal de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Senado y uno de los principales impulsores de la estrategia.

“Ya ha llegado la hora de que España tenga una estrategia de hipercolesterolemia familiar (HF), una patología que causa tres millones de años de vida perdidos”. Así ha resumido a DIARIO MÉDICO Pedro Mata, presidente de la Fundación HF, su impresión tras la reunión mantenida la pasada semana en el Ministerio de Sanidad con representantes de diez autonomías (Andalucía, Baleares, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia y País Vasco, que representan al 75 por ciento de la población española) para plantear la necesidad de esta estrategia.

Se trata de un proyecto largamente acariciado por la fundación (ver DM del 22-XII-2014) y que, según Mata, podría cristalizar en la próxima reunión del Consejo Interterritorial, prevista para después del verano.

Desde luego, llega cargado de evidencia. Por un lado, “cumple todos los criterios de la OMS para establecer un cribado sistemático, tanto por su prevalencia (ver cuadro) como porque se expresa desde el nacimiento y afecta a la mitad de la familia, tiene diagnóstico genético de certeza y existe un tratamiento eficaz para prevenir la enfermedad cardiovascular prematura”.

Por otro, el recurso más potente de la fundación: el registro español de hipercolesterolemia familiar, *Safeheart* (acrónimo de *Spanish Familial Hipercolesterolemia Cohort Study*), que recoge una cohorte prospectiva a largo plazo de ámbito nacional en una población de HF diagnosticada molecularmente con y sin enfermedad cardiovascular previa. Participan centros especializados de 28 hospitales del Sistema Nacional de Salud, cerca del 50 por ciento de los pacientes son seguidos en la

atención primaria, y contiene datos desde 2004.

Ya se han reclutado unos 4.800 sujetos, incluidos niños y adolescentes, pertenecientes a 855 familias. Aproximadamente el 73 por ciento son pacientes con HF diagnosticados molecularmente y, el resto, familiares no afectados. El tiempo medio de seguimiento es de 7 años.

Gracias a este registro, único en el mundo, ha sido posible desarrollar un algoritmo que estima el riesgo de desarrollar un episodio cardiovascular (CV) en personas con HF. El modelo predictivo, cuya utilidad se publicó en *Circulation* y de la que informó este periódico (ver DM del 31-V-2017), permite calcular con una precisión del 85 por ciento el riesgo de sufrir un evento cardiovascular mortal o no mortal a 5 y 10 años, lo que, en opinión de Mata, “supone una herramienta muy potente para los decisores”.

#### COSTE-EFECTIVIDAD

Por si esto fuera poco, la fundación ha dado respuesta a un requerimiento que la Dirección General de Salud Pública del Ministerio le hizo hace tres años: un análisis de viabilidad económica. El resultado, publicado en *Journal of Clinical Lipidology*, es contundente: “El coste de una estrategia nacional de detección de la HF es socialmente aceptable en cualquiera de los escenarios posibles”, explica Pablo Lázaro, autor principal del estudio. O, lo que es lo mismo, se mire por donde se mire, una estrategia de este tipo resulta coste-efectiva.

“Cada año de aplicación permitiría detectar un 10 por ciento de casos, lo que supondría que, en los diez años siguientes, se evitarían 847 infartos y 203 muertes -un evento cardiovascular por cada 6 HF detectadas en mayores de 18

años-, incrementando en 767 los años de vida ajustados por calidad (AVAC)”, añade.

Esto, traducido a costes, supone, eso sí, un fuerte desembolso de inicio, dado que los diagnósticos supondrían una inversión de 1,4 millones de euros y los tratamientos, 30 millones. Los eventos cardiovasculares evitados reducirían los costes de atención en 9 millones de euros.

Hasta aquí, el cálculo directo. Pero el gran valor del análisis de Lázaro está en los costes indirectos: la aplicación de la estrategia

evitaría en torno a 200.000 días de productividad laboral perdidos, sólo en pacientes -sin considerar cuidadores y familiares- y ajustados por tasa de paro. Estos días se traducen en 25 millones de euros, a los que se suman los cerca de 9 de la asistencia sanitaria. La cuenta es sencilla: “El coste social neto de aplicar la estrategia es un ahorro de más de tres millones de euros”, concluye Lázaro.

Y eso, contando sólo con los eventos cardiovasculares evitados, que suponen el 90 por ciento de las complicaciones circulatorias causadas por la HF. El resto, accidentes cerebrovasculares y complicaciones arteriales periféricas, no han sido tenidas en cuenta en el estudio, “por lo que, si se incluyeran, los datos serían aún más favorables”.

#### DETECCIÓN

Con todas estas armas bajo el brazo, la Fundación HF está dando a Ministerio y autonomías la estrategia prácticamente hecha. Se sustentaría sobre un programa que incremente la detección de la patología: “En España, sólo están diagnosticados un 20 por ciento de los casos. No es poco: el único país del mundo con mayor porcentaje de diagnósticos es Holanda, pero eso no significa que no se pueda hacer más”, afirma Mata.

Se trataría de una estrategia transversal: “Los pacientes pueden ser detectados desde cualquier punto de atención: unidades de riesgo cardiovascular, Urgencias, Cardiología... Sin embargo, la mayor parte de los pacientes es asintomático, por lo que resulta fundamental la implicación de la atención primaria”.

Los criterios clínicos de la HF están bien definidos; si un paciente cumple seis o más de estos criterios, se le realizaría un test genético para diagnosticar la enferme-

dad. Si es positivo, se analizaría a los familiares, dado que el 50 por ciento de los parientes en primer grado y el 25 por ciento de los de segundo grado tendrán la enfermedad. Por ello, por cada caso *índice* se detectaría a una media de entre 5 y 8 pacientes.

Una ayuda extra para encontrar esos casos *índice*, a juicio de Mata, sería “aprovechar que los sistemas están informatizados para introducir una alerta que avise al médico cuando un paciente supere los 300 miligramos/decilitro de colesterol total, por ejemplo”.

#### CONCIENCIACIÓN

Con tan abrumadora información, resulta difícil negarse. En opinión de Mata, el resultado de la reunión fue positivo: “Los representantes autonómicos se han llevado muy buena impresión”. Varias regiones realizan ya test genéticos para detectar la HF, pero sólo una lo aplica en atención primaria: Castilla y León, con un programa de cribado en cascada con buenos resultados (ver DM del 8-I-2010) que puso en marcha el entonces director general de Salud Pública de la región y hoy secretario general de Sanidad, Javier Castrodeza.

Sin embargo, tal y como se plasmó en la jornada, varias autonomías se han convencido para poner en marcha programas similares en primaria, independientemente de que la estrategia se apruebe en el Consejo Interterritorial.

Así, Madrid valora realizarlo en breve, según afirmó durante la clausura del acto el consejero de Sanidad, Jesús Sánchez Martos. Por su parte, La Rioja lo incluirá en su próximo plan de salud, en 2018, y Andalucía mostró interés en hacerlo, por lo que la fundación se reunirá tras el verano con representantes de la Consejería de Salud y hospitales.

#### PREVALENCIA

1 por cada  
**250-300**  
personas

#### AFECTADOS

Más de  
**150.000**  
personas

#### DIAGNÓSTICOS

Aproximadamente  
**30.000**  
personas

#### ESPERANZA VIDA

**20-30**  
años por debajo  
de la media