

El Plan Nacional de Detección precoz de la HF es coste-efectivo

Uno de los objetivos clave de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar se ha alcanzado: la aportación reducida para todos los fármacos que necesitan tomar de forma crónica los pacientes que padecen esta enfermedad. No obstante, sigue pendiente la reclamación al ministerio de un Plan Nacional de Detección Precoz.

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar ha alcanzado uno de sus objetivos fundamentales: la aportación reducida para todos los fármacos que necesitan tomar de forma crónica los pacientes que padecen esta enfermedad. Sigue pendiente la reclamación al ministerio de un Plan Nacional de Detección Precoz, que ahora sólo se lleva a cabo en algunas comunidades. Los resultados obtenidos de un análisis coste-efectividad publicado recientemente en la *Revista Española de Cardiología* respaldan su puesta en marcha.

Los especialistas autonómicos han hecho hasta hoy unos 5.000 análisis genéticos, con un porcentaje de detección del 65%. Más de la mitad de los diagnósticos positivos han tenido lugar pasados los 50 años, lo que tiene evidentes implicaciones sanitarias y económicas, pues el beneficio sanitario en años de vida ganados es mayor cuanto antes se diagnostica la enfermedad.

La esperanza de vida para un varón de 20 años con hipercolesterolemia familiar (HF) heterocigótica tratado con estatinas desde los 20 años es de 70,6 años. Su esperanza de vida sin ese tratamiento sería de 65,6

años. Para una mujer, las cifras son de 77,2 años sin tratamiento y 82,3 con tratamiento.

Los datos económicos también apoyan la estrategia de cribado genético a los familiares directos de personas diagnosticadas de HF como una alternativa eficiente frente al no cribado. El coste medio del cribado por cada nuevo caso diagnosticado es de 1.447 euros. Las estimaciones indican que se evitarían 26 infartos agudos de miocardio (IAM) por cada 100 personas tratadas con estatinas entre los 18 y los 60 años. “Por lo tanto, el ahorro de los IAM evitados por persona diagnosticada (1.384 euros) compensa en buena parte el coste del tratamiento”, dice el estudio. No ocurre lo mismo con el coste del tratamiento, cuyo coste medio (sumando dos visitas anuales al especialista) asciende a los 4.529 euros.

Dividir el coste total incremental por los años de vida ganados suma nuevas pesas a la alternativa de cribar la enfermedad. Según este coeficiente, un programa de cribado genético a familiares de primer grado de pacientes diagnosticados de HF supondría invertir 3.423 euros por cada año de vida ganado.

La calidad de vida supone el mayor coste que presenta la osteoporosis

A pesar de que el impacto económico que conlleva la osteoporosis se cifre en 37.000 millones de euros en los países de la UE, el coste real que supone esta patología en pérdida de calidad y esperanza de vida se cifra en el doble. Según estiman los expertos, resulta necesaria una mayor involucración del Sistema Nacional de Salud.

Actualmente, se estima que el coste directo de la osteoporosis en los países de la UE es de 37.000 millones de euros anuales, y el indirecto en 8.000 millones. Pero el profesor Beng Jönsson ha cifrado el impacto económico de la pérdida de calidad y esperanza de vida en el doble, como se observó en un estudio realizado en Suecia.

El economista y consultor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aseguró que de los estudios nacionales existentes, se puede inferir que el coste de la osteoporosis en términos DALY (años sin discapacidad ajustados por calidad de vida) es superior al ocasionado por cánceres y enfermedades crónicas. Así, defendió una mayor colaboración entre paciente y médico para disminuir los riesgos y señaló que “habría que revisar la definición tradicional para la detección precoz que se ha basado en la densitometría ósea, cuando hay una disponibilidad limitada de DXA”, por este motivo apostó por el FRAX que estima el riesgo de fractura a los 10 años, para saber qué pacientes se deben tratar.

Otro de los problemas para calibrar el impacto económico



de la osteoporosis es que “los tratamientos no se cumplen de forma óptima”. Para el experto, “las farmacéuticas deben seguir desarrollando nuevas oportunidades de tratamiento, pero el grave problema al que nos enfrentamos es que estos tratamientos no se usan de forma óptima en el sistema de asistencia sanitaria”. La responsabilidad es del sistema nacional de salud, que debe “trabajar en conjunto y de forma global para tratar la enfermedad”.

Aún así, señaló que el motivo principal por el que los pacientes dejan la medicación son los efectos secundarios. “Si no hay dolor y lo tomas como prevención no ven los beneficios a corto plazo, sino solo los efectos secundarios”.