



Lp(a)ert:

información práctica sobre la Lp(a)

Todo lo que debes saber sobre Lp(a) en tu día a día: información basada en el Consenso sobre Lp(a) de la SEA.

ESCANEA EL QR
para acceder al consenso



1 ¿Qué es la Lp(a)?

- La **lipoproteína(a)** es una partícula estructuralmente similar al c-LDL, aunque única al incorporar una apolipoproteína(a) que es determinada genéticamente, y que le confiere un mayor efecto proaterogénico, proinflamatorio y protrombótico.
- La Lp(a) elevada aumenta el **riesgo de enfermedad CV** y de **estenosis valvular aórtica**, independientemente de los niveles de c-LDL.
- Medir la Lp(a) permite **identificar** pacientes con mayor riesgo CV y **reclasificar** correctamente su riesgo.

2 ¿Cuándo determinar la Lp(a) por primera vez?

La Lp(a) está mayormente determinada genéticamente y es bastante estable a lo largo de la vida. Se determina a partir de una **muestra de sangre**, sin necesidad de ayuno.

Se recomienda **determinar la Lp(a) al menos una vez en la vida**, preferentemente en la primera valoración del riesgo CV.

Se debe de realizar de manera inmediata si:

- Enfermedad vascular aterosclerótica (prevención secundaria)
- Estenosis aórtica calcificada (<65 años)
- Hipercolesterolemia familiar (confirmada o sospechada)
- Familiares de primer grado con Lp(a) elevada
- Historia familiar de ECV precoz de causa desconocida
- Pobre respuesta a estatinas (\downarrow c-LDL <20%)

3 ¿Cuándo repetir la determinación?

En general, no es necesario repetir la determinación de Lp(a)

Se puede considerar una determinación de confirmación en:

- Valores muy elevados
- Dudas sobre el método analítico
- Insuficiencia renal avanzada o síndrome nefrótico
- Primera determinación en infancia o embarazo
- Disfunción tiroidea o hepática significativa
- Sepsis o inflamación aguda
- Valores limítrofes medidos en situaciones no estables

La repetición es obligada en pacientes tratados con fármacos que reducen la Lp(a)
(ver sección 7 “Tratamiento actual”)



4 Aumento de riesgo CV por rangos de Lp(a)

Interpretación clínica orientativa:

- <30 mg/dl (<75 nmol/l) → **Riesgo no significativo**
- 30–50 mg/dl → **Zona gris (contextualizar con otros FRCV)**
- 50–100 mg/dl → **Riesgo moderadamente aumentado**
- 100–200 mg/dl → **Riesgo alto**
- >200 mg/dl (>400 nmol/l) → **Riesgo muy alto (equivalente a HF en objetivos de c-LDL a partir de 180 mg/dL)**

La relación entre Lp(a) y riesgo cardiovascular es continua, aunque se usen categorías por utilidad clínica

5 Integración en el riesgo global (SCORE2)

El riesgo CV real de un paciente está infraestimado si no se incorpora la Lp(a).

Modelo simplificado de corrección del RCV:

Escanea para acceder a la calculadora de riesgo



Multiplicar el riesgo SCORE2 por:

- Lp(a) <50 mg/dl → **No corregir**
- 50-100 mg/dl → **x1.5**
- 100-200 mg/dl → **x2**
- >200 mg/dl → **x3**

En los pacientes en **prevención secundaria**, la Lp(a) elevada confiere también un riesgo adicional por lo que puede ser tomada en cuenta para la **identificación de pacientes de riesgo CV extremo** en los que pueden plantearse objetivos más ambiciosos de control de c-LDL (< 40 mg/dl).

6 Reducción adicional de c-LDL según edad y niveles de c-LDL*

¿Qué reducción adicional de c-LDL necesitamos para intentar compensar el riesgo de Lp(a) elevada hasta disponer de terapias específicas?

Esta reducción depende del tiempo expuesto, por lo que debería corregirse por edad.

Lp(a) mg/dL	Lp(a) nmol/L	Percentil Lp(a)	Intensificación de la reducción del c-LDL (mg/dL)			
			≥30 años	≥40 años	≥50 años	≥60 años
9	20	50	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
30	70	75	8	8	12	15
50	120	83	15	19	23	31
75	170	90	23	27	35	42
100	220	94	31	35	46	58
125	270	98	39	46	58	73
150	320	99	46	54	66	89

* Adaptado del Consenso.

7 Tratamiento actual

El **tratamiento dirigido a PCSK9** reduce la Lp(a) alrededor del 26%, aunque esta reducción es clínicamente poco relevante (indicación no aprobada para este uso únicamente). Las **estatinas** pueden elevar ligeramente la Lp(a), pero su efecto sobre el c-LDL lo compensa. Existen terapias altamente efectivas en la reducción de la Lp(a) en **desarrollo clínico**, en ensayos en Fase III².

Abreviaturas: c-LDL, colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; CV, cardiovascular; ECV, enfermedad cardiovascular; LDL, lipoproteínas de baja densidad; Lp(a), lipoproteína(a); PCSK9, proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9; RCV, riesgo cardiovascular.

Referencias: 1. Delgado-Lista J, et al. Clin Investig Arterioscler. 2024; 36: 243-266. 2. Ray KK, et al. N Engl J Med. 2020; 382: 1507-1519.



Es el momento de **medir la Lp(a)** en tus pacientes:

- ✓ Es sencillo
- ✓ Es fiable
- ✓ Aporta gran valor



sea
Sociedad Española
de Arteriosclerosis

Con la colaboración de:

NOVARTIS