



‘Más allá del colesterol’ en el 46º Congreso de SEMI y 39º de SADEMI

Médicos internistas avisan de que la lipoproteína A puede causar infartos, ictus y la muerte y que se debe medir al menos una vez en la vida a todas las personas

- La LP(A) es un marcador de riesgo cardiovascular que apenas se ha medido al no disponer de herramientas para su control y tratamiento que sí habrá en los próximos años.
- La lipoproteína A o LP(A) es mucho más nociva que la LDL y un agente causal de la enfermedad arterioesclerótica que puede provocar eventos cardiovasculares mayores.
- Está determinada en un 90% genéticamente y podría ser el trastorno genético más común en la especie humana, incluso más frecuente que la hipercolesterolemia familiar.
- Una determinación de la LP(A) como parte del perfil lipídico debería hacerse a toda la población al menos una vez en la vida para ver si se tiene riesgo bajo, medio o alto.

25 de noviembre de 2025. – Los médicos internistas avisan de que, más allá de medir los factores clásicos del perfil lipídico, se debe medir también la lipoproteína A o LP(A), que es un potente agente causal de la enfermedad arterioesclerótica cardiovascular y que produce eventos cardiovasculares mayores, como los infartos de miocardio, los accidentes cerebrovasculares (ACV) y las muertes súbitas. En consecuencia, la LP(A) es un marcador de riesgo cardiovascular y debería medirse al menos una vez en la vida, a todas las personas, para conocer si la tienen en niveles de riesgo bajo, medio o alto.

Los médicos internistas hacen esta advertencia con motivo de la Mesa Redonda “Más allá del Colesterol Lo que todo internista debe saber sobre la LP(A)”, que tendrá lugar en el 46º [Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna](#) (SEMI) y el 39º Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI), del 26 al 28 de noviembre en Córdoba. Moderará esta sesión el Dr. José López Miranda, del Servicio de Medicina Interna, del Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba, experto en este área, al igual que los ponentes invitados Dr. José Luis Díaz, del Servicio de Medicina Interna, del

Más información y gestión de entrevistas: Montse Llamas montse@alaoeste.com 636 82 02 01 / Sonia Joaniquet sonia@alaoeste.com 663 84 89 16 / Paulina Calderon paulina@alaoeste.com 637 90 86 40



Complejo Hospitalario A Coruña; el Dr. Carlos Guijarro Herráiz, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Alcorcón (Madrid); y el Dr. Javier Delgado Lista, del Servicio de Medicina Interna, del Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba.

“La lipoproteína es la proteína más aterógena que se conoce. Es cinco veces más aterógena que la LDL, que es la lipoproteína “mala”; la HDL la lipoproteína buena; la LPA es una lipoproteína “supenociva”. Es una forma peculiar de LDL a la que se le une una proteína nueva más pequeña, la apolipoproteína B (ApoB), de la LDL, que hace que se metabolice esa LDL. Pues bien, la LP(A) actúa impidiendo que esa LDL se metabolice normalmente; sería como tomar la LDL y ponerle un capuchón para así impedir que se metabolice con normalidad”, explica el Dr. López Miranda.

La LDL es un factor etiológico de la enfermedad arterioesclerótica cardiovascular, mientras que la LP(A) es un factor causal. *“La LDL está involucrada patogénicamente en esta enfermedad, es decir, la causa y, además, hemos demostrado que, si la reducimos y conseguimos bajar sus niveles, se previene la enfermedad. En cambio, en el caso de la LPA hemos demostrado lo primero, es decir, que causa la enfermedad, pero nos falta demostrar que, bajándola, por medios de intervención, con fármacos, no aparezca la enfermedad o que aparezca con menor probabilidad. Por eso es un factor causal y no es un factor etiológico todavía”, expone el Dr. López Miranda.*

Actualmente, hay tres ensayos clínicos en marcha, cuyos resultados permitirán conocer si la LP(A) también es un factor etiológico, como la LDL. *“No son factores de riesgo, son causa, lo que es mucho más importante”, puntualiza el Dr. López Miranda.*

Los niveles de LP(A) elevados (por encima de 100 mg/dl) son causa de eventos cardiovasculares mayores, como los infartos o los ictus, que pueden aumentar significativamente, pasando de un riesgo de 20-25% a un 60%. Además de las enfermedades cardiovasculares, la LP(A) también está relacionada con **estenosis de la válvula aórtica**, que puede requerir cirugía, y, en menor medida, con **insuficiencia cardíaca**.

Herencia genética

La LP(A) está determinada en un 90% genéticamente. *“Cuando dispongamos de toda la evidencia científica necesaria, estimamos que, probablemente, será el trastorno genético más frecuente de la especie humana. Los síndromes de LP(A) en un 90% con trasfondo*



*genético, de genes que se heredan uno del padre y otro de la madre, **representan al 1% de la población.** El trastorno hasta ahora más frecuente era la hipercolesterolemia familiar, enfermedad autosómica dominante, ya que, si un padre tiene hijos, teniendo él hipercolesterolemia familiar, sus hijos tienen un 50% de probabilidad de heredar el gen defectuoso de la hipercolesterolemia familiar. Y eso que era el trastorno más frecuente, la hipercolesterolemia familiar, representa 1 de cada 250, y en el caso de la LP(A) estamos hablando de un trastorno mucho más frecuente que este”, detalla el Dr. López Miranda.*

Determinación del riesgo y recomendaciones

La medición de la lipoproteína LP(A) debería realizarse al menos una vez en la vida, ya que es un factor de riesgo cardiovascular importante. Esta prueba se puede incluir en cualquier análisis de perfil lipídico, añadiendo la determinación de LP(A), y es muy accesible, con un costo de solo 3 euros. Sin embargo, aún no se realiza de manera rutinaria en la mayoría de los sistemas sanitarios debido a que **la ciencia avanza lentamente, y, hasta ahora, no se disponía de herramientas para tratarla.** Aunque se descubrió hace décadas, el tratamiento de LP(A) no era posible, mientras que para el LDL (colesterol "malo") ya había terapias efectivas.

Hoy en día, **existen fármacos en fase avanzada de investigación que podrían reducir los niveles de LP(A) en un 90-95%.** Los estudios clínicos en curso, como los ensayos Horizon, Ocean y Claim, podrían ofrecer soluciones en los próximos 2-3 años para pacientes con niveles de LP(A) elevados (más de 100 mg/dl), reduciendo esos niveles a menos de 20 mg/dl.

El riesgo asociado a la LP(A) varía según sus niveles en sangre. El objetivo es mantener los niveles por debajo de 30 mg/dl. Entre 30 y 50 mg/dl, el riesgo es intermedio; por encima de 180 mg/dl, el riesgo se considera muy alto. Se sabe que el 1% de la población tiene niveles superiores a 180 mg/dl y que, entre el 20-30%, tiene un riesgo intermedio.

Aunque la medicación específica para LP(A) está en desarrollo y en fases muy avanzadas, controlar los factores de riesgo es crucial. Una dieta saludable, aunque no reduzca directamente LP(A), puede mejorar otros factores relacionados con la aterosclerosis. Además, **es fundamental controlar el LDL, la hipertensión, la diabetes y evitar el tabaquismo en pacientes con LP(A) elevada.**

Programa científico: www.congresosemi.com/semi2025

Más información y gestión de entrevistas: Montse Llamas montse@alaoeste.com 636 82 02 01 / Sonia Joaniquet sonia@alaoeste.com 663 84 89 16 / Paulina Calderon paulina@alaoeste.com 637 90 86 40



Sobre el 46º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)-39º Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

Más de 2.300 médicos internistas participarán en este [congreso](#) en el Centro de exposiciones, ferias y convenciones de Córdoba. Es el evento médico-científico de referencia de la Medicina Interna española. Entre los principales ejes temáticos del Congreso, figuran: novedades diagnósticas y terapéuticas en el manejo de la insuficiencia cardíaca y el riesgo vascular; en enfermedades infecciosas; en diabetes, obesidad y nutrición; en EPOC; en enfermedades autoinmunes y minoritarias; en enfermedad tromboembólica venosa; en alcoholismo; en cronicidad, pluripatología y abordaje del paciente de edad avanzada; en osteoporosis; en hospitalización a domicilio, asistencia compartida, cuidados paliativos, sedación paliativa y atención al final de la vida; en ecografía clínica; en inteligencia artificial y *big data* médico, telemedicina y eHealth, entre otros temas de relevancia; así como sobre el papel del médico internista, como especialista en el abordaje integral del paciente crónico, complejo y/o pluripatológico que ingresa en el hospital.

Sobre la Sociedad Española de Medicina Interna (Sociedad Española de Medicina Interna)

La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) integra a más de 8.000 médicos internistas de toda España. Entre sus objetivos prioritarios, se encuentran el de potenciar la investigación en este campo, así como aunar los esfuerzos de los distintos grupos de trabajo que conforman parte de la Sociedad. En la actualidad, son un total de 21 los grupos o subgrupos monográficos de patologías prevalentes o áreas de interés dentro de la Medicina Interna, especialidad médica que se define por la visión global del paciente y desempeña un papel central en la atención a los pacientes crónicos complejos. Para más información, visita www.fesemi.org y sigue su actualidad en [Twitter](#), [Facebook](#), [LinkedIn](#) e [Instagram](#).

Más información y gestión de entrevistas: Montse Llamas montse@alaoeste.com 636 82 02 01 / Sonia Joaniquet sonia@alaoeste.com 663 84 89 16 / Paulina Calderon paulina@alaoeste.com 637 90 86 40