Tu Lp(a) y tu colesterol

La lipoproteína(a) no se puede bajar: viene en los genes y no cambia con lo que comas. Por eso, cuanto más alta la tengas, **más importa bajar lo que sí está en tu mano: el colesterol**.

LA ESCALA, PELDAÑO A PELDAÑO

Cuanto más alta, más fino hay que hilar con el colesterol

Menos de 75	nmol/L · menos de 30 mg/dL	● Normal

No te suma riesgo. Tu colesterol se mira como el de cualquiera: según tu edad, tu tensión, si fumas y el resto de tu analítica.

`LDL < 116` `No-HDL < 146` `HDL > 40 · > 50`

75 – 125	nmol/L · 30 – 50 mg/dL	● Zona gris

Empieza a contar, pero poco. Se mira junto a lo demás: si además tienes tensión alta, azúcar, kilos de más o fumas, se aprieta el colesterol.

`LDL < 100` `No-HDL < 130` `HDL > 40 · > 50`

125 – 250	nmol/L · 50 – 100 mg/dL	● Alta

Aquí está una de cada cinco personas. Suma riesgo por su cuenta, y como esa parte no se puede quitar, el listón del colesterol baja: lo que en otro sería «normal», en ti se queda corto.

`LDL < 100, mejor cerca de 70` `No-HDL < 130` `HDL > 40 · > 50`

250 – 430	nmol/L · 100 – 180 mg/dL	● Muy alta

Riesgo claramente aumentado, sobre todo si empezó pronto. Suele hacer falta tratamiento además de la alimentación, y conviene que lo lleve un cardiólogo o un endocrino.

`LDL < 70` `No-HDL < 100` `HDL > 40 · > 50`

Más de 430	nmol/L · más de 180 mg/dL	● Extrema

Poco frecuente. Se maneja con la misma exigencia que un colesterol familiar hereditario, y conviene mirar la Lp(a) a hermanos, padres e hijos.

`LDL < 55` `No-HDL < 85` `HDL > 40 · > 50`

Mi Lp(a)	Mi LDL hoy	Mi objetivo de LDL	Fecha

Esto es orientativo. Tu objetivo exacto de colesterol lo pone tu médico, porque además de la Lp(a) cuentan tu edad, tu tensión, el tabaco, el azúcar y si ya has tenido algún problema de corazón. Aquí ves en qué dirección va tu caso, y por qué. Los laboratorios que no cuantifican por encima de 240 o 430 escriben «>240»: en ese caso, sitúate en el peldaño superior.

Por qué importa, y qué hacemos

POR QUÉ IMPORTA TANTO

Una balanza con un plato bloqueado

La lipoproteína(a) es un tipo de colesterol que llevas de fábrica: te viene en los genes, se hereda, se mide **una sola vez en la vida** y no cambia con lo que comas ni con lo que peses. Ese plato de la balanza está bloqueado.

El otro plato sí se mueve: el colesterol LDL, la tensión, el tabaco, el peso, el azúcar. Como no podemos aligerar el primero, **bajamos más el segundo**. Eso es todo lo que significa que tu objetivo de colesterol sea más exigente que el de otra persona con la misma analítica.

Lo que sí está demostrado

−20 %

de riesgo cardiovascular por cada **40 mg/dL** que baja el LDL, y el efecto se mantiene mientras siga bajo. Es la palanca con más evidencia que tenemos.

Y empezar pronto suma

Años × cifras

La exposición es acumulativa. Bajar el LDL a los 40 rinde bastante más que hacerlo a los 60, porque cuenta todo el tiempo que la arteria pasa sin castigo.

LAS PREGUNTAS DE SIEMPRE

Lo que se pregunta todo el mundo

- **¿Puedo bajarla comiendo mejor?** No. Ni con dieta, ni perdiendo peso, ni con suplementos. Quien te diga lo contrario te está vendiendo algo.
- **¿Entonces para qué me cuido?** Porque el riesgo total es la suma, y todo lo demás sí responde. Bajar el LDL, la tensión y dejar el tabaco compensan buena parte de lo que la Lp(a) añade.
- **¿Hay que repetir el análisis?** La Lp(a) no: basta medirla una vez en la vida adulta. Lo que sí se repite es el colesterol, que es lo que nos dice si el plan funciona.
- **¿Y mi familia?** Al heredarse, hermanos, padres e hijos tienen cerca de un 50 % de posibilidades de tenerla alta. Con un análisis salen de dudas para siempre.
- **¿No hay una pastilla para bajarla?** Todavía no. El primer gran ensayo (pelacarsen, septiembre de 2026) sí consiguió bajarla, pero no redujo los infartos. Siguen en marcha otros fármacos. Por eso hoy lo que funciona es apretar todo lo demás.

MIENTRAS TANTO

Lo que hacemos nosotros

- Bajar el LDL y el no-HDL con la pauta: menos grasa saturada, más fibra, legumbre, frutos secos y pescado.
- Si puedes, pide también la **apoB**: cuenta las partículas que dañan la arteria —incluida la propia Lp(a)— y con Lp(a) alta retrata tu riesgo mejor que el LDL solo.
- Cuidar la tensión con la sal medida.
- Bajar peso y grasa abdominal, que arrastran a los triglicéridos.
- Moverte: fuerza dos o tres días por semana y caminar a diario.
- Y el tabaco, si lo hay: es lo que más multiplica el riesgo de una Lp(a) alta.

Sobre el HDL: es el colesterol «bueno» y conviene tenerlo por encima de 40 mg/dL en hombres y de 50 en mujeres, pero no es un objetivo que se persiga con tratamiento: subirlo a propósito con fármacos no ha evitado infartos en los estudios. Sube solo cuando se mueve el resto —peso, ejercicio, dejar de fumar—. El que de verdad se persigue es el LDL, y su primo el no-HDL (todo el colesterol menos el bueno), que es el más fiable cuando los triglicéridos están altos.

Documento informativo de la consulta de dietética de José Sebastián Pérez · Técnico Superior en Dietética · Antropometrista ISAK 2. No sustituye a tu médico ni cambia el tratamiento que te haya puesto. Umbrales de 75 y 125 nmol/L y prevalencia según la National Lipid Association (2024); los tramos de 250 y 430 nmol/L son una graduación propia para orientar. Objetivos de colesterol según la guía ESC/EAS de dislipemias (2019, mantenidos en la actualización de 2025). Resultado del ensayo Lp(a)HORIZON con pelacarsen: comunicado de Novartis de 4 de septiembre de 2026 (8.323 pacientes; no alcanzó el objetivo principal).