



1426 - ¿ESTAMOS INCORPORANDO LA LIPOPROTEÍNA(A) EN LA VALORACIÓN DE PACIENTES CON RIESGO VASCULAR?

David Fernández de Velasco Pérez¹, Juan Gabriel Sánchez Cano¹, Pablo César Gálvez García¹, Fernando Moreno Márquez¹, Francisco José García Iñigo², María Boufounas², Alberto Redruello Alonso² y Carlos Guijarro Herraiz¹

¹Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España. ²Análisis clínicos, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España.

Resumen

Objetivos: La lipoproteína(a) [Lp(a)] es agente causal independiente para el desarrollo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (EVA)^{1,2}. Diversos consensos (SEA, EAS, ACC) recomiendan la determinación de Lp(a) al menos una vez en la vida en la valoración de RV. A pesar de que 1/5 de la población presenta Lp(a) elevada, su medición es poco frecuente (1-2%)¹. **Objetivos:** evaluar la evolución de las solicitudes de Lp(a) en un hospital de segundo nivel y su distribución por especialidades.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal de las peticiones de Lp(a) solicitadas entre 2020 y 2024 en un hospital de segundo nivel (400 camas, población y unos 200.000 habitantes). Se analizó la distribución por servicios clínicos y la evolución temporal de las solicitudes. Se compararon mediante un test de proporciones el porcentaje de peticiones de Lp(a) con respecto al total de solicitudes de colesterol entre el año 2020 y el año 2024 y mediante el test de entropía de Shannon se buscaron cambios en la distribución de dichas peticiones entre servicios.

Resultados: Se registraron 4.963 determinaciones de Lp(a); un 0,9% de las determinaciones de colesterol (543.743). El porcentaje de peticiones de Lp(a) con respecto al total de solicitudes de colesterol entre el año 2020 (0,3%) y el año 2024 (1,5%) mostró una diferencia absoluta del 1,21% (IC95%: 1,13%-1,29%; $p < 0,0001$) y un incremento relativo de más tres veces la proporción de solicitudes de Lp(a) al final del periodo estudiado (Z: 3,17; IC95%: 2,84-3,54). Entre servicios, las peticiones más numerosas correspondieron a Endocrinología (n = 1,018), Cardiología (n = 934), Medicina Interna (n = 838) y Urgencias (n = 461). La participación de otros servicios fue testimonial (fig. 1). Cardiología y M interna fueron responsables de la mayoría de las peticiones en los años 2020-2023, con un número relativamente estable y un aumento importante en 2024. La entropía de Shannon calculada para los cinco principales servicios mostró una tendencia creciente entre 2020 y 2024, hacia una distribución más equilibrada de las peticiones de Lp(a) (-0,00896, $p = 0,0671$) durante el periodo analizado.



Figura 1

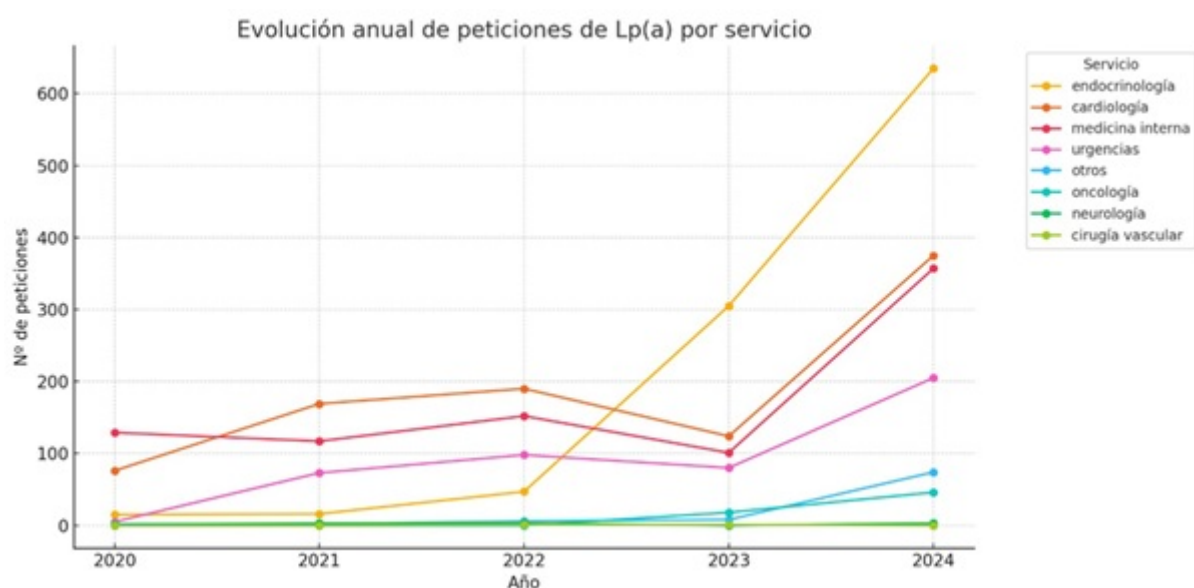


Figura 2

Conclusiones: El uso de Lp(a) ha aumentado notablemente en los últimos cinco años. Medicina Interna, Cardiología y Endocrinología han liderado la incorporación de Lp(a) en su práctica clínica, con una tendencia temporal a una distribución de solicitudes más homogénea entre los principales servicios solicitantes. Algunas especialidades que atienden a pacientes de alto riesgo vascular muestran escasa sensibilidad al valor de la determinación de Lp(a).

Bibliografía

1. Kronenberg F, Bedlington N, Ademi Z, Geantı M, Silberzahn T, Rijken M, et al. The Brussels International Declaration on Lipoprotein(a) Testing and Management. *Atherosclerosis*. 2025;382:119218. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2025.119218
2. Clarke R, Peden JF, et al. Genetic variants associated with Lp(a) and coronary disease. *N Engl J Med*. 2009;361:2518-28.

3. Nordestgaard BG, Chapman MJ, et al. Lipoprotein(a) as a cardiovascular risk factor: EAS consensus panel statement. *Eur Heart J*. 2010;31:2844-53.
4. Grundy SM, et al. 2018 AHA/ACC guideline on the management of blood cholesterol. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73:e285-e350.
5. Lipoprotein(a) Concentrations and Risk of Cardiovascular Disease *N Engl J Med*. 2022;387(10):899-910. doi:10.1056/NEJMoa2205233