

Resultados de la interpretación

Fecha: 01.06.2026

Usuario: Hombre, 45 años



evallume.com

Tipo de análisis

Perfil lipídico en ayunas.

Tabla resumen de resultados

Indicador	Resultado	Referencia (del formulario)	Estado
Colesterol total	275 mg/dL	< 200 mg/dL	ALTO
Colesterol LDL	178 mg/dL	< 100 mg/dL	ALTO
Colesterol HDL	31 mg/dL	> 40 mg/dL en hombres	BAJO
Colesterol no-HDL	244 mg/dL	< 130 mg/dL	ALTO
Triglicéridos	301 mg/dL	< 150 mg/dL	ALTO

Interpretación de desviaciones

Colesterol total — 275 mg/dL

- **Significado clínico:** está **elevado**. Por sí solo no permite estimar todo el riesgo, pero junto con LDL **alto**, HDL **bajo** y triglicéridos altos sugiere un perfil lipídico aterogénico.
- **Posibles causas:** exceso de peso abdominal, dieta rica en grasas saturadas/azúcares/alcohol, sedentarismo, resistencia a la insulina, hipotiroidismo, predisposición familiar.

Colesterol LDL — 178 mg/dL

- **Significado clínico:** LDL claramente **elevado**. Puede favorecer la formación de placas de aterosclerosis en arterias coronarias, cerebrales y periféricas.
- **Posibles causas:** dieta, sobrepeso abdominal, factores genéticos, hipotiroidismo, diabetes/prediabetes, enfermedades hepáticas o renales.
- Dado que refiere falta de aire al subir escaleras y hormigueo/molestia torácica **bajo** estrés, es importante valorar riesgo cardiovascular de forma prioritaria.

Colesterol HDL — 31 mg/dL

- **Significado clínico:** HDL **bajo** en hombre. Se asocia a mayor riesgo cardiovascular, especialmente cuando coexiste con triglicéridos altos y obesidad abdominal.
- **Posibles causas:** sedentarismo, tabaquismo si existiera, exceso de peso, resistencia a la insulina, dieta rica en carbohidratos refinados, hipertrigliceridemia.

Colesterol no-HDL — 244 mg/dL

- **Significado clínico:** está muy **elevado**. El no-HDL incluye LDL y otras partículas aterogénicas; es especialmente útil cuando los triglicéridos están elevados.
- **Posibles causas:** similares a LDL **alto** y triglicéridos altos: sobrepeso abdominal, alteraciones del metabolismo de carbohidratos, dieta, alcohol, predisposición genética.

Triglicéridos — 301 mg/dL

- **Significado clínico:** elevados. Este nivel aumenta el riesgo cardiovascular y puede asociarse a hígado graso, resistencia a la insulina o diabetes/prediabetes. El riesgo de pancreatitis suele preocupar más con cifras mucho más altas, especialmente >500 mg/dL.
- **Posibles causas:** exceso de carbohidratos simples, alcohol, obesidad abdominal, diabetes/prediabetes, hipotiroidismo, algunos medicamentos, hígado graso.

Evaluación integral

El perfil muestra una **dislipidemia mixta aterogénica**: LDL **alto**, no-HDL **alto**, triglicéridos altos y HDL **bajo**. En un hombre de 45 años con sobrepeso abdominal, ronquidos fuertes, falta de aire con esfuerzo y molestias torácicas **bajo** estrés, esto puede asociarse a:

- Mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Posible resistencia a la insulina / síndrome metabólico.
- Posible apnea obstructiva del sueño, especialmente por ronquidos fuertes y obesidad abdominal.
- Posible hígado graso metabólico.
- Necesidad de descartar cardiopatía isquémica si hay síntomas con esfuerzo o estrés.

No se puede emitir un diagnóstico definitivo solo con estos datos, pero el conjunto requiere valoración médica.

Análisis adicionales recomendados

- **Glucosa en ayunas y hemoglobina glicosilada HbA1c** — para descartar diabetes o prediabetes.
- **Insulina en ayunas / índice HOMA-IR** — si el médico lo considera, para valorar resistencia a la insulina.

- **Perfil hepático: ALT, AST, GGT, bilirrubina, fosfatasa alcalina** — por relación entre triglicéridos altos, sobrepeso abdominal e hígado graso.
- **TSH y T4 libre** — para descartar hipotiroidismo como causa secundaria de dislipidemia.
- **Creatinina, eGFR y análisis de orina con albuminuria** — valoración renal y riesgo cardiovascular.
- **Apolipoproteína B ApoB** — útil para cuantificar partículas aterogénicas, especialmente con triglicéridos altos.
- **Lipoproteína(a)** — recomendable al menos una vez en la vida para estimar riesgo cardiovascular genético.
- **Presión arterial y perímetro abdominal** — para evaluar síndrome metabólico.
- **Electrocardiograma en reposo** — por síntomas torácicos y disnea de esfuerzo.
- **Prueba de esfuerzo / ecocardiograma / valoración cardiológica** — según criterio médico, por falta de aire al subir escaleras y molestias torácicas con estrés.
- **Estudio de sueño o poligrafía respiratoria** — por ronquidos fuertes y sobrepeso abdominal, para descartar apnea obstructiva del sueño.

A qué médico acudir

- **Médico de atención primaria o internista** — para valoración inicial, cálculo de riesgo cardiovascular global y búsqueda de causas secundarias.
- **Cardiólogo** — recomendado por LDL **alto** junto con síntomas de falta de aire al esfuerzo y molestias torácicas **bajo** estrés.
- **Endocrinólogo** — si se confirma prediabetes/diabetes, resistencia a la insulina, obesidad metabólica o hipotiroidismo.
- **Especialista en sueño / neumólogo / otorrinolaringólogo** — si persisten ronquidos fuertes, pausas respiratorias nocturnas, somnolencia diurna o sospecha de apnea del sueño.
- **Nutricionista clínico** — para plan de pérdida de peso y reducción de triglicéridos/LDL.

Recomendaciones generales

1. No retrasar la valoración médica.

Por la combinación de perfil lipídico alterado y síntomas con esfuerzo/estrés, conviene solicitar cita médica próximamente.

2. Consultar de urgencia si aparece dolor/opresión en el pecho que dura más de 5–10 minutos, se irradia a brazo/mandíbula/espalda, se acompaña de sudor frío, náuseas, mareo, falta de aire intensa o sensación de desmayo.

3. Pérdida de peso abdominal.

Una reducción del 5–10% del peso puede mejorar triglicéridos, HDL, presión arterial y metabolismo de la glucosa.

4. Dieta cardioprotectora:

5. Reducir grasas saturadas: embutidos, carnes grasas, mantequilla, bollería, ultraprocesados.
6. Evitar grasas trans.
7. Reducir azúcar, bebidas azucaradas, pan blanco, dulces y harinas refinadas.
8. Limitar alcohol; con triglicéridos de 301 mg/dL es especialmente importante.
9. Aumentar verduras, legumbres, cereales integrales, frutos secos sin sal, aceite de oliva, pescado.
10. Priorizar proteínas magras.

11. Actividad física progresiva.

Objetivo habitual: al menos 150 minutos/semana de ejercicio aeróbico moderado más fuerza 2 días/semana. Pero por sus síntomas de falta de aire y molestia torácica, es prudente recibir valoración médica antes de iniciar ejercicio intenso.

12. Tratamiento farmacológico.

Con LDL de 178 mg/dL y no-HDL de 244 mg/dL, es probable que el médico valore tratamiento hipolipemiante, como estatinas u otras opciones, según riesgo cardiovascular global y antecedentes. No debe iniciarse ni suspenderse medicación sin indicación médica.

Importante: Esta descodificación es preliminar. Los valores de referencia se toman de tu formulario. Para un diagnóstico consulta a un médico.

Aviso importante

Esta interpretación tiene fines exclusivamente informativos y no constituye asesoramiento médico, diagnóstico ni recomendación de tratamiento. Los resultados deben ser revisados por un médico cualificado teniendo en cuenta tu historial clínico.