

Viene a sustituir a los métodos de estratificación norteamericanos

El 'Procam' establece un nuevo modelo en riesgo cardiovascular

Los cardiólogos o médicos de atención primaria ya pueden dar a sus pacientes un pronóstico de riesgo de mortalidad cardiovascular adaptado al ámbito europeo y especialmente de España. El estudio *Procam*, al

igual que lo hizo en su día el *Framingham* en Estados Unidos, especifica un plazo de diez años las posibilidades de sufrir infarto agudo de miocardio, según han expuesto en Barcelona sus promotores.

T. G. PACANOWSKI. Barcelona

La estratificación del riesgo coronario puede ser válida con el modelo *Procam*, de la International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease, realizado en colaboración con la Sociedad Internacional de Arteriosclerosis. Para Rafael Carmena, catedrático de Medicina de la Universidad de Valencia, que ha

Asmann, de la Universidad alemana de Münster, una guía promovida por estas instituciones, "la estratificación del riesgo debe ser rápida y sencilla, basada en factores de riesgo y marcadores que nos permitan clasificar con eficacia para mejorar la prevención y el seguimiento del paciente".

El estudio principal de este grupo es el denominado *Procam* y ha sido promovi-

do especialmente desde la Universidad de Münster.

Este trabajo, publicado ahora por Prous Editores, refleja que en muchos pacientes de alto riesgo y sin enfermedad coronaria clínicamente aparente, el riesgo de un infarto de miocardio es igual o incluso más alto que el de las personas con antecedentes con infarto de miocardio. Por ello, la trayectoria en la praxis clínica

ha pasado de la dicotomía entre prevención primaria y secundaria, a la consideración del riesgo real o absoluto expresado en términos de tasa anual de acontecimientos.

Conocer el perfil

Si bien la mayoría de las pruebas son asequibles, existen otras más sofisticadas que serían deseables, sobre todo las relacionadas



Rafael Carmena y Gerd Assmann, autores del Procam.

con el diagnóstico por la imagen; de todos modos, es un objetivo complicado de alcanzar por el momento. Igualmente, la valoración del óxido nítrico es un elemento todavía que se debe definir exactamente en toda la cascada isquémica, ha indicado Carmena.

El aumento de los ictus y de las complicaciones vasculares "hace que cada vez sea más necesario identificar y conocer el perfil del paciente que se presenta en urgencias con infarto de miocardio o de prevenirlo", ha subrayado el catedrático. Hasta ahora, el cálculo de riesgo coronario a diez años se ha basado tradicionalmente en el modelo de la ecuación de *Framingham*, derivado del conocido estudio efectuado en esa localidad estadounidense, pero Europa y, sobre todo, el Sur del continente, tiene unas peculiaridades diferenciadas y exige cálculos más específicos. El *Procam* se ha consensuado con organismos internacionales, inclui-

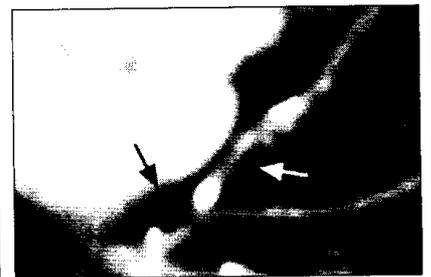
da la OMS. La predicción del riesgo a diez años es un objetivo elevado cuando la probabilidad de infarto es más del 20 por ciento.

"El infarto agudo de miocardio es la principal causa de mortalidad coronaria; sin embargo, la insuficiencia cardíaca congestiva está emergiendo como una causa importante de mortalidad futura", ha añadido Rafael Carmena.

Ocho factores

La puntuación de riesgo *Procam* estima el riesgo de desarrollar en los próximos diez años un infarto de miocardio mortal o no mortal, o de muerte súbita de origen coronario. El método establece ocho factores de riesgo: edad, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, hábito tabáquico, diabetes mellitus, infarto de miocardio antes de los 60 años en un familiar de primer grado y presión arterial sistólica. Cada factor se subdivide en categorías con su puntuación respectiva.

PRESINTOMÁTICOS



Tomografía computarizada de arterias coronarias.

El empleo de los algoritmos de riesgo descritos en la guía *Procam* identifica una población de pacientes asintomáticos con riesgo alto de enfermedad coronaria. Estos individuos, según los datos del estudio, deberían clasificarse como pacientes presintomáticos con aterosclerosis subclínica. En muchos de tales pacientes, el infarto de miocardio se origina a partir de una trombosis en el lugar de las llamadas lesiones causantes, que se caracterizan por un núcleo rico en lípidos con o sin áreas de calcificación. Habitualmente causan sólo una estenosis del 30 al 60 por ciento del diámetro.

Como muestra la angiografía, estos casos tienen a menudo lesiones no calcificadas y diversos grados de calcificación coronaria.