Il decalogo per la prevenzione cardiovascolare secondaria

Data 26 luglio 2006
Categoria cardiovascolare

Le nuove linee guida sulla prevenzione cardiovascolare secondaria dell'AHA/ACC.

L'American Heart Association (AHA) e l'American College of Cardiology (ACC) hanno dato alle stampe le nuove linee guida sulla prevenzione cardiovascolare secondaria, aggiornando quelle del 2001. Queste nuove raccomandazioni si applicano ai pazienti con cardiopatia ischemica, arteriopatie periferiche, aorto-aterosclerosi, malattia aterosclerotica carotidea.

Ecco le raccomandazioni principali:

1.Fumo
E' necessario smettere completamente di fumare e non esporsi al fumo passivo. Di aiuto possono essere i farmaci (nicotina, bupropione) e la partecipazione a specifici programmi di lotta al fumo

2. Controllo della pressione
L'obiettivo è ridurre la pressione a valori inferiori a 140/90 mmHg; per i diabetici e i nefropatici il target è inferiore a 130/80mmHg.
Va consigliato un sano stile di vita (controllo del peso corporeo, aumento dell'attività fisica, moderare gli alcolici, ridurre il sodio, aumentare il consumo di frutta e verdura fresche e ridurre i grassi animali). La terapia farmacologica dovrebbe prevedere come farmaci di prima scelta i beta-bloccanti e/o gli aceinibitori con l'eventuale aggiunta di altri farmaci come i tiazidici se necessario

3. Controllo dei lipidi
Il colesterolo LDL deve essere ridotto a valori inferiori a 100 mg/dL. In alcuni pazienti (per esempio quelli con cardiopatia ischemica) può essere preferibile ridurre il colesterolo LDL a valori inferiori a 70 mg/dL.
Se i trigliceridi sono > 200 mg/dL il colesterolo non-HDL deve essere portato a valori inferiori a 130 mg/dL. Le misure da adottare si basano sulla dieta (riduzione dei grassi saturi, degli acidi grassi trans e del colesterolo), aumento della assunzione di fibre (> 10 g/die) e di vegetali conteneti stanoli e steroli (2 g/die); aumento del consumo di acidi grassi omega 3 tramite pesce o farmaci (1 g/die). Quando queste misure non sono sufficienti a ridurre il colesterolo LDL ai valori target si deve ricorrere ai farmaci. Oltre alle classiche statine altri farmaci che possono
essere usati sono la niacina e i fibrati. Se i trigliceridi sono superiori a 500 mg/dL la niacina e i fibrati sono i farmaci di scelta per ridurre il rischio di pancreatite

4. Attività fisica
Attivita' fisica moderata di tipo aerobico dovrebbe essere praticata per 30-60 minuti al giorno almeno per 5 giorni alla settimana (preferibilmente 7 giorni/settimana)

5.Peso
Il BMI dovrebbe essere mantenuto tra 18,5 e 24,9 kg/m2 mentre la circonferenza addominale dovrebbe essere inferiore a 102 cm nell'uomo e a 88 cm nella donna

6. Trattamento del diabete
L'obiettivo per l'emoglobina glicata dovrebbe essere inferiore al 7%, da ottenere con modificazioni dello stile di vita e terapia farmacologica.
Di particolare importanza il trattamento dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia

7. Terapia antitrombotica
L'aspirina dovrebbe essere somministrata alla dose di 75-162 mg/die, indefinitivamente, in tutti i pazienti in cui non è controindicata.
Dopo un by-pass coronarico l'aspirina dovrebbe essere iniziata entro 48 ore alla dose di 100-325 mg allo scopo di ridurre il rischio di stenosi del by-pass. Dosi più elevate di 162 mg/die possono essere mantenute per circa un anno. Dopo una sindrome coronarica acuta oppure dopo un intervento di angioplastica con posizionamento di stent l'asa dovrebbe essere associato al clopidogrel (75 mg/die) per 12 mesi.
Il warfarin è la terapia di scelta nei pazienti con fibrillazione o flutter atriale cronici o parossistici o dopo un infarto miocardico con fibrillazione atriale o trombo ventricolare. L'INR deve essere mantenuto tra 2 e 3. L'associazione di warfarn con asa e/o clopidogel deve essere attentamente monitorata in quanto aumenta il rischio emorragico

8. Bloccanti del sistema renina-angiotensina-aldosterone
Gli aceinibitori dovrebbero essere usati, a meno che non siano controindicati, nei pazienti con frazione di eiezione inferiore al 40%, negli ipertesi, nei diabetici e nei nefropatici e comunque presi in considerazione in tutti i pazienti. Gli ARB (antagonisti del recettore dell'angiotensina II) possono essere usati in alternativa agli aceinibitori quando questi non sono tollerati oppure in combinazione ad essi in caso di disfunzione sistolica ventricolare sinistra.

L'aldosterone è indicato nei pazienti con post-infarto che non abbiano una significativa disfunzione renale o iperpotassiemia e che già ricevono aceinibitori e betabloccanti, in quelli che hanno una frazione di eiezione inferiore al 40%, diabete o scompenso cardiaco

9.Beta-bloccanti
I betabloccanti, se non controindicati, dovrebbero essere somministati ai soggetti con pregresso infarto, con sindrome coronarica acuta, con disfunzione ventricolare sinistra con/senza sintomi di scompenso cardiaco; in tutti gli altri casi dovrebbero essere presi in considerazione se non controindicati

10. Vaccinazione antinfluenzale
Viene raccomandata in tutti i pazienti con patologie cardiovascolari

Ref:
Circulation. 2006; 113: 2363-2372

Commento di Renato Rossi

Queste nuove linee guida non aggiungono sostanzialmente nulla di nuovo a quanto già era noto, anche se rispetto a quelle precedenti recepiscono i risultati di alcuni recenti studi. In realtà le malattie cardiovascolari sono state negli ultimi anni oggetto di innumerevoli occasioni di aggiornamento per i medici (corsi, congressi, publicazioni, eventi ECM, ecc.) per cui non si può parlare di vere novità se non per i più distratti. Il pregio maggiore è quello di aver accorpato le raccomandazioni in un unico documento che fornisce una sintesi dello stato dell'arte.
Le principali novità, comunque, mi sembrano le seguenti:
- anche il fumo passivo viene considerato un fattore di rischio da combattere
- insieme all'uso dei farmaci viene enfatizzato il ruolo della dieta e della attività fisica, mezzi altrettanto importanti per conseguire benefici clinici
- il target di colesterolo LDL più appropriato per alcuni pazienti potrebbe essere ulteriormente ridotto a 70 mg/dL
- gli aceinibitori possono essere utili anche in pazienti coronaropatici a rischio meno elevato
- dopo un intervento di angioplastica con posizionamente di stent all'asa va associato il clopidogrel per 12 mesi
- le indicazioni all'uso dell'aldosterone diventano più estese
- la vaccinazione antinfluenzale dovrebbe essere praticata a tutti i pazienti con patologie cardiovascolari

Gli autori delle linee guida sottolineano che i pazienti con patologia cardiovascolare sono milioni e con l'invecchiamento della popolazione essi sono destinati ad aumentare ancora. In effetti si tratta di soggetti che dovranno vivere per anni con le loro malattie e purtroppo siamo ancora lontani dall'offrire a tutti un trattamento ottimale, come è stato dimostrato da vari studi.
Persino soggetti che hanno avuto un infarto miocardico (quindi un evento traumatizzante sia fisicamente che psicologicamente) continuano a fumare, a non praticare attività fisica, a mangiare troppo e male, non riescono a raggiungere i target consigliati di pressione e di colesterolemia. Evidentemente cambiare le proprie abitudini di vita è molto difficile. Ci si può chiedere però se non ci sia qualche responsabilità dei medici, che non conoscono o non applicano abbastanza le linee guida internazionali. Una parte di responsabilità probabilmente esiste, ma non va dimenticato il grave problema della compliance. Attualmente i pazienti cardiovascolari vengono trattati con cocktail farmacologici sempre più complicati. La numerosità dei farmaci assunti è inversamente proporzionale alla aderenza ai trattamenti e direttamente proporzionale agli effetti collaterali: più farmaci si usano maggiori sono le interazioni che si producono nell'organismo (molte imperfettamente conosciute e prevedibili) e maggiori sono gli effetti avversi.
E' del tutto compresibile quindi che molti pazienti sospendano i trattamenti o li assumano in modo non continuativo e/o ottimale (per esempio autoriducendo il dosaggio) per sottrarsi ad effetti collaterali più o meno gravi e che in qualche caso possono ridurre notevolmente la qualità di vita. Si pensi per esempio a quanto può provocare un miscuglio di 3-4 antipertensivi (astenia, deficit erettile, ipotensione ortostatica, ecc.) a cui si deve aggiungere l'antiaggregante, la statina, il PPI per proteggere lo stomaco e via di questo passo. Per dirla con Ivan I'llic si può pensare che il paziente smette i farmaci come estremo gesto di ribellione nel tentativo di non sentirsi un perenne malato sotto l'occhio costante del microscopio e dello scienziato.
A noi medici il difficile compito di mediare per arrivare a compromessi accettabili tra le ragioni della EBM e quelle altrettanto valide dei pazienti.