La prevenzione cardiovascolare nelle donne

Data 20 dicembre 2007
Categoria cardiovascolare

Sono state pubblicate le nuove linee guida dell'American Heart Association sulla prevenzione cardiovascolare nelle donne.

L'American Heart Associaztion (AHA) ha pubblicato le nuove linee guida sulla prevenzione cardiovascolare nelle donne. La prima novità è che la valutazione del rischio cardiovascolare non dovrebbe più essere fatta usando lo score di Framingham, che limita il calcolo del rischio a soli 10 anni, ma una stratificazione che prevede tre fasce, secondo lo schema che segue:

Altorischio:
1. coronaropatia nota
2. malattia cerebrovascolare o periferica
3. aneurisma aorta addominale
4. uremia terminale o nefropatia cronica
5. diabete
6. rischio calcolato con lo score di Framingham >= 20%

Arischio:
1. uno o più fattori di rischio (fumo, inattività fisica, errate abitudini dietetiche, obesità, soprattutto adiposità centrale, storia di malattia cardiovascolare prima dei 55 anni in un familiare maschio e dei 65 anni in un familiare femmina, ipertensione, dislipidemia)
2. evidenza di malattia vascolare subclinica (per esempio calcificazioni coronariche)
3. sindrome metabolica
4. scarsa capacità di esercizio al treadmill test e/o ridotto recupero della frequenza cardiaca dopo sforzo

Rischioottimale:
1. nessun fattore di rischio, rischio calcolato con lo score di Framingham inferiore al 10%, stile di vita sano.

Di seguito invece le principali raccomandazioni.

Fumo
Smettere di fumare ed evitare il fumo passivo

Attività fisica
Almeno 30 minuti di attività fisica moderata-intensa (per esempio camminare a passo spedito) la maggior parte o, meglio, tutti i giorni della settimana; per le donne che devono devono perdere peso l'attività deve durare da 60 a 90 minuti al giorno.

Dieta
La dieta deve essere ricca in frutta e verdura, grano integrale, fibre; consumare pesce, specialmente olio di pesce, almeno 2 volte alla settimana; limitare i grassi saturi e i cibi ricchi di colesterolo; un solo drink alcolico al giorno; ridurre il consumo di sodio.

Omega3
Nelle donne con cardiovasculopatia deve essere considerata la somministrazione di acidi grassi omega 3 (da 850 a 1000 mg/die), mentre da 2 a 4 grammi deve essere la dose per le donne con ipertrigliceridemia.

Depressione
Screenare per la depressione le donne con malattia cardiovascolare e trattare se il caso

Pressione arteriosa
Cercare di arrivare ad una pressione inferiore a 120/80 mmHg attraverso un corretto stile di vita (dieta, attività fisica). I farmaci sono indicati per valori >= 140/90 o 130/80 in caso di nefropatia cronica o diabete. I tiazidici dovrebbero far parte di un regime antipertensivo a meno che non siano controindicati o non vi siano indicazioni specifiche per altri farmaci. Nelle donne ad alto rischio il trattamento iniziale dovrebbe prevedere un betabloccante e/o un aceinibitore/sartano con l'aggiunta di un tiazidico se non si arriva al valore desiderato.

Lipidi plasmatici
Attraverso un corretto stile di vita si dovrebbe cercare di arrivare a valori di colesterolo LDL inferiori a 100 mg/dL, HDL superiori a 50 mg/dL, colesterolo non HDL (colesterolo totale meno HDL) inferiore a 130 mg/dL. I farmaci ipolipemizzanti dovrebbero essere usati per ridurre il colesterolo LDL al di sotto di 100 mg/dL nelle donne ad alto rischio; in quelle a rischio molto elevato si consiglia un target di 70 mg/dL, da raggiungere anche con l'associazione di più farmaci.
Nelle donne a rischio il colesterolo LDL dovrebbe essere inferiore a 130 mg/dL. Nelle donne che abbiano multipli fattori di rischio utilizzare una terapia farmacologica se LDL superiore a 160 mg/dL anche se il rischio calcolato con lo score di Framingham è inferiore al 10% a 10 anni.
Utilizzare farmaci se LDL persiste superiore a 190 mg/dL anche in assenza di altri fattori di rischio.
Utilizzare niacina o fibrati se il colesterolo HDL è basso o il colesterolo non HDL è elevato in donne ad alto rischio dopo che si è raggiunto il target di LDL. Utilizzare niacina o fibrati anche nelle donne con multipli fattori di rischio e un rischio secondo Framingham compreso tra 10% e 20% se HDL basso o colesterolo non HDL elevato.

Diabete
Si dovrebbe arrivare a raggiungere valori di glicoemoglobina inferiori a 7% senza significative ipoglicemie.

Aspirina

Nelle donne sane che hanno meno di 65 anni l'uso routinario dell'asa non viene raccomandato.
L'asa dovrebbe essere usato (a meno di controindicazioni) alle dosi comprese tra 75 md/die e 325 mg/die nelle donne ad alto rischio; se l'asa non è tollerato si deve passare al clopidogrel.
L'asa dovrebbe essere considerato anche nelle donne a rischio o sane che abbiano più di 65 anni (da 81 a 100 mg ogni altro giorno) se la pressione è controllata e si ritiene che i benefici sulla prevenzione dell'infarto e dell'ictus superano i rischi emorragici e nelle donne con meno di 65 anni se i benefici di prevenzione dell'ictus ischemico superano i rischi dellaterapia.

Betabloccanti

A meno che non siano controindicati i betabloccanti dovrebbero essere usati nelle donne con infarto miocardico, sindrome coronarica acuta o disfunzione ventricolare sinistra con/senza segni o sintomi di scompenso cardiaco.

Aceinibitori/sartani

Gli aceinibitori dovrebbero essere usati dopo un infarto miocardico, nello scompenso cardiaco e se vi è una frazione di eiezione ventricolare sinistra inferiore al 40%, nel diabete. In caso di intolleranza agli aceinibitori usare un sartano.

Antialdosteronici

Vanno usati dopo in infarto miocardico se non vi è una disfunzione renale o iperkaliemia in donne che stanno già ricevendo aceinibitore e betabloccante ed hanno una frazione di eiezione inferiore al 40% con scompenso cardiaco sintomatico.

Terapie non raccomandate

Non sono raccomandate per la prevenzione cardiovascolare le seguenti terapie: terapia ormonale per la menopausa (estrogeni e modulatori selettivi degli estrogeni), supplementi vitaminici antiossidanti, acido folico con/senza vitamina B12.

Fonte:

Mosca L et al. for the Expert Panel/Writing Group. AHA Guideline.
Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women:Update 2007
Circulation published online Feb 19, 2007. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.181546

Commento di Renato Rossi

Queste nuove linee guida riprendono precetti già noti ma prevedono anche alcune novità.
Per esempio non consigliano più di usare solo lo score di Framingham per calcolare il rischio cardiovascolare. Se è comprensibile la preoccupazione degli autori di ben individuare il rischio personale di ogni donna in un paese in cui obesità, diabete, ipertensione stanno diventando una vera e propria epidemia, sembra francamente eccessivo definire a rischio una donna senza altri fattori se non per esempio la sedentarietà. Vale soprattutto la pena di considerare attentamente che in altre popolazioni a minor rischio cardiovascolare (come per esempio quella italiana) l'applicazione rigida di un metodo siffatto porterebbe a definire a rischio e magari a trattare farmacologicamente una parte notevole della popolazione femminile, con benefici molto dubbi.
Un secondo punto da considerare è la raccomandazione di usare l'aspirina anche in donne sane maggiori di 65 anni se si ritiene che i benefici superino i rischi. Questa raccomandazione si basa essenzialmente sui risultati di uno studio in cui furono arruolate quasi 40.000 donne sane (età >= 45 anni), randomizzate ad aspirina 100 mg a giorni alterni o placebo, seguite per 10 anni. L'end-point primario era costituito dal primo evento cardiovascolare maggiore (infarto miocardico non fatale, stroke non fatale, decesso cardiovascolare). Alla fine dello studio un evento cardiovascolare maggiore si verificò in 477 donne del gruppo trattato con aspirina e in 522 nel gruppo trattato con placebo (differenza non significativa del 9%; RR 0.91; 95%CI 0.80-1.03; P = 0.13). Per quanto riguarda i singoli end-points si ebbe una riduzione statisticamente significativa dello stroke del 17% (RR 0.83; 95%CI 0.69-0.99; P = 0.04), soprattutto grazie ad una riduzione del 24% di stroke ischemico (RR 0.76; 95%CI 0.63-0.93; P = 0.009) e ad un aumento non significativo dello stroke emorragico (RR 1.24; 95%CI 0.82-1.87; P = 0.31). Non si notarono differenze statisticamente significative per quanto riguarda l'infarto e i decessi cardiovascolari. Nel gruppo aspirina si ebbe un aumento statisticamente significativo del 40% di emorragie gastrointestinali richiedenti trasfusioni (RR 1.40; 95%CI 1.07-1.83; P = 0.02). L'analisi per sottogruppi dimostrò che l'asa riduceva significativamente il rischio di eventi cardiovascolari maggiori, stroke ischemico e infarto nelle donne anziane (>= 65 anni).
La raccomandazione sembrerebbe quindi basata su convincenti dati di letteratura. In realtà si dovrebbe dire chiaramente che lo studio ha dato esito negativo in quanto l'end-point primario è risultato non ridotto rispetto al placebo. Basare le conclusioni solo su singoli end-point dell'outcome composto e su analisi per sottogruppi suddivisi in base all'età può essere poco prudente in quanto la significatività statistica evidenziata potrebbe essere un gioco del caso , tanto più che nel gruppo aspirina si ebbe un aumento delle emorragie gastrointestinali gravi non indifferente. Qualche dubbio è lecito: per esempio una valutazione costo/efficacia dell'aspirina nelle donne in prevenzione primaria conclude che nelle anziane a rischio cardiovascolare moderato l'asa potrebbe essere utile ma le evidenze disponbili sono limitate e derivano solo da un trial.
Infine un terzo punto merita menzione, ed è quello che riguarda i target di colesterolo da raggiungere, ma su questo specifico aspetto si rimanda ad una pillola di approfondimento .

Referenze

1.

Ridker PM et al. A Randomized Trial of Low-Dose Aspirin in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. N Engl J Med 2005 Mar 31; 352: 1293-1304
2. Le analisi per sottogruppi
3. Pignone M et al. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women
A Cost-Utility Analysis. Arch Intern Med. 2007 Feb 12;167:290-295.
4. Sono giustificati i target di colesterolo consigliati dalle linee guida?