

Gestione dei pazienti ad alto rischio CV in Medicina generale

Sintesi operativa

Un concetto nuovo

Siamo abituati a considerare i differenti sottogruppi di pazienti a rischio: soggetti con infarto, con arteriopatia periferica, con ictus, ad alto rischio secondo l'algoritmo Cuore, ecc. Questo approccio è scarsamente funzionale alla medicina generale, accentua il fenomeno della delega allo specialista e, soprattutto, non ha un razionale scientifico e professionale. E' necessario quindi considerare i soggetti ad alto rischio CV come un unico gruppo sufficientemente omogeneo ai fini degli interventi preventivi.

Chi sono i pazienti ad alto rischio CV

Si considerano ad alto rischio CV i pazienti con almeno una delle seguenti caratteristiche

- 1) presenza di malattia cardiovascolare manifesta*
- 2) danno renale (GFR stimata < 60 ml/min e/o micro/macroalbuminuria-adequatamente accertate e riconfermate)
- 3) diabete mellito di tipo 2
- 4) ipertensione arteriosa con diagnosi ECGrafica d'ipertrofia ventricolare sinistra
- 5) rischio stimato con algoritmo Progetto Cuore $\geq 20\%$ a dieci anni

Si ricorda che sono ad alto rischio CV i soggetti che presentano anche un solo fattore di rischio estremamente elevato, come livelli di colesterolemia ≥ 300 mg/dl** o PA $\geq 180/110$ mmHg. In questi casi l'intervento prioritario è rappresentato dalla correzione del fattore di rischio in questione.

Si ricorda inoltre che l'elenco sopra riportato non è esaustivo di tutte le tipologie di pazienti ad alto rischio CV (ad esempio non vengono citate l'ipertensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra non rilevabile elettrocardiograficamente, lo scompenso cardiaco, le dislipidemie familiari, il diabete di tipo 1 con altri fattori di rischio o complicanze microangiopatiche), ma, a giudizio del gruppo di lavoro e in base all'analisi delle LG e della letteratura scientifica, è funzionale ad una strategia unica di prevenzione CV, particolarmente adatta alla MG italiana.

* *coronaropatia nota (infarto miocardico, procedure di rivascolarizzazione coronarica, angina pectoris), - ictus cerebri/TIA (di origine aterosclerotica), - arteriopatia periferica (patologia aterosclerotica- stenotica, occlusiva, aneurismatica- dell'aorta e delle arterie, con esclusione delle coronarie)*

**valore da ricontrollare dopo opportune modifiche stili vita; in questi casi considerare sempre la possibilità di dislipidemie familiari

Quanti sono i pazienti ad alto rischio CV

Ogni MMG con 1000 pazienti assiste più 100 pazienti con queste caratteristiche (non tutti già riconosciuti come tali). E' immediatamente evidente la responsabilità professionale e la mole di lavoro che ciò implica.

Qual è il ruolo del MMG

In sintesi si può affermare che esiste un consenso generale su i seguenti punti:

- il MMG deve stabilire con il paziente (ed i familiari) una strategia preventiva condivisa
- il MMG deve affrontare la gestione del paziente ad alto rischio CV in modo strutturato ed organizzato
- il compito può essere svolto in modo autonomo in caso di basso rischio, stabilità clinica e buon controllo dei fattori di rischio
- la consulenza specialistica è da attivarsi al bisogno in caso d'instabilità, o, in modo programmato (con periodicità da stabilirsi caso per caso), in caso di rischio particolarmente elevato e/o di diabete mellito e/ insufficienza renale di stadio IV.

Cosa fare in pratica

Identificare i soggetti ad alto rischio

- soggetti di età ≥ 40 anni senza patologia CV: calcolo del rischio CV globale (algoritmo Progetto Cuore) almeno ogni 5 anni
- soggetti diabetici e/o ipertesi: valutazione periodica di creatininemia (e successiva stima del filtrato glomerulare con apposite formule di calcolo), della micro-macroalbuminuria e dalla presenza d'ipertrofia ventricolare sinistra all'ECG

Ridurre la comparsa di eventi CV

- PA < 140/90 mmHg (< 130/80 mmHg se diabete e/o insufficienza renale e/o patologia CV nota con associato danno d'organo)*:
- LDL colesterolo < 100mg/dl*
- ASA (se non controindicato) per tutti i pazienti** (se ASA controindicato usare altri antiaggreganti piastrinici):
- ACE-I/ ARBS (se non controindicati) : tutti i pazienti con frazione d'ieiezione \leq 40% e/o con ipertensione e/o danno renale/ipertrofica ventricolare sinistra
- interventi sistematici di primo livello per la cessazione del fumo
- "prescrizione" di attività fisica di almeno 30' la maggior parte dei giorni della settimana
- fornire materiale educativo scritto sulle corrette abitudini alimentari

*utilizzare appieno la politerapia

**per quanto riguarda l'utilizzo di ASA nei pazienti ad alto rischio per la sola presenza di diabete mellito, le prove di efficacia non sono ancora univoche

Monitorare i fattori di rischio

- misurazione di PA (almeno ogni sei mesi se controllata adeguatamente)
- determinazione di colesterolo LDL (almeno annualmente se controllato adeguatamente)
- indagare l'abitudine al fumo (e la disponibilità a smettere) ad ogni contatto con i pazienti fumatori
- valutare il BMI in tutti i pazienti diabetici e circonferenza vita almeno ogni 6 mesi
- valutare il livello di attività fisica

Migliorare continuità ed aderenza terapeutica

- focalizzare l'attenzione nel periodo immediatamente successivo all'inizio di una nuova terapia o alla sua modifica (i primi 30-90 giorni sono cruciali)
- spiegare i motivi della terapia, fornire istruzioni sul da farsi in caso di effetti indesiderati; se necessario coinvolgere i care-givers
- fornire uno schema scritto della terapia (con il minor numero possibili di somministrazioni nel corso della giornata)
- assicurarsi della comprensione delle istruzioni
- programmare controlli a breve
- in caso di politerapie complesse o prevedibili difficoltà consigliare l'uso dei dispenser
- se opportuno fornire suggerimenti su come non dimenticarsi dell'assunzione dei farmaci

Obiettivi

	Livello minimo da raggiungere*	Livello ideale
Prevalenza pazienti ad alto rischio CCV	10%	13%
Pazienti ad alto rischio CCV con dato abitudine al fumo registrato	90%	100%
Pazienti con alto rischio CCV con almeno una registrazione di pressione arteriosa	70%	100%
Pazienti con ultimo valore registrato di pressione arteriosa \leq 140/90 mmHg	70%	100%
Pazienti con alto rischio CCV con almeno una registrazione di colesterolo LDL	70%	90%
Pazienti con ultimo valore di colesterolo LDL < 100 mg/dl	50%	70%
Pazienti con alto rischio CCV in terapia con antiaggreganti piastrinici/TAO**	70%	90%
Pazienti con alto rischio CCV e in terapia con ACE-Inibitori/Sartani	70%	90%

*I tempi necessari per il raggiungimento di questi obiettivi possono variare a seconda delle condizioni locali

**Queste percentuali sono state calcolate nell'ipotesi che i pazienti diabetici con almeno un fattore aggiuntivo di rischio CV abbiano l'indicazione alla terapia con ASA a basso dosaggio; le evidenze in proposito sono però ancora incomplete e si attende la conclusione di studi in corso per avere la conferma definitiva di questa indicazione e, quindi, di livelli così elevati di prescrizione di ASA

Come organizzarsi

I punti fondamentali sono

- riconoscere il problema e stabilire una strategia strutturata e un'adeguata organizzazione del lavoro
- identificare agevolmente i pazienti ad alto rischio CV
- estrarre indicatori di qualità che permettano di valutare i nostri risultati professionali e d'individuare dove intervenire per migliorare
- in particolare discutere il più precocemente possibile (il primo mese è cruciale) e ripetutamente nel tempo con paziente e familiari la necessità di continuità ed aderenza terapeutica (la politerapia è altamente efficace); fornire istruzioni scritte sullo schema terapeutico; fornire istruzioni chiare in caso di effetti indesiderati
- verificare periodicamente continuità ed aderenza terapeutica
- fornire un supporto al cambiamento stile di vita: minimal advice per fumo, esercizio fisico, alimentazione

Dove trovare supporti professionali per la pratica quotidiana

L'intero documento, i supporti professionali e gli approfondimenti si trovano al seguente indirizzo web www.simg.it

Conclusioni:

- ***migliorare l'intervento preventivo nei pazienti ad alto rischio CV è un'urgenza e la medicina generale può dare un contributo fondamentale.***
- ***è necessario un approccio strutturato rivolto all'intero gruppo dei pazienti ad alto rischio CV***
- ***l'utilizzo di indicatori e standard di qualità è uno strumento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi preventivi e, quindi, per garantire ai pazienti i livelli di cura di cui hanno bisogno***