

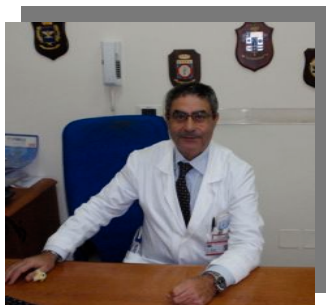
**Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico - Bari**

U.O.C. Cardiologia Ospedaliera *“Luigi Colonna”*



Con la collaborazione di Paolo Colonna e Angela Guglielmi

Dott. Riccardo Guglielmi



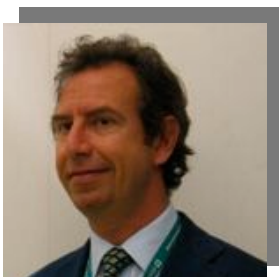
In servizio dal 1979 nella U.O.C. di Cardiologia Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, specialista in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare e Cardioangiochirurgia, è stato consulente presso il Ministero della Difesa e dell'Economia e Finanze. Esperto in Cardiologia dello Sport e Cardiologia Forense ha svolto incarichi aziendali di rilevanza come responsabile di struttura semplice, distinguendosi per l'attività formativa e di aggiornamento, per la produzione scientifica e per l'attività didattica. Dall'1 settembre 2013 ha le funzioni apicali di Direttore medico di struttura complessa

Dott.ssa Angela Guglielmi



Psicologa e Psicoterapeuta è iscritta all'Ordine degli Psicologi di Bari. Incaricata e responsabile di progetti, autrice di pubblicazioni scientifiche, ha partecipato presso l'ARES Puglia al tavolo tecnico regionale progetto IMA rete SCA. Collabora con l'Istituto Nazionale per la Chirurgia dell'Obesità - ISCA Istituto Sant'Ambrogio di Milano per consulenze psicologiche e valutazioni psicodinamiche.

Dott. Paolo Colonna



In servizio presso l'U.O.C. di Cardiologia Ospedaliera dell'Azienda Policlinico di Bari è autore di numerose pubblicazioni scientifiche e svolge attività didattica e formativa. Responsabile del laboratorio Ecocardiografia di Alta Specialità è Presidente Nazionale della Società Italiana di Ecocardiografia.

“Infarto del miocardio . Dopo l’ospedale il ritorno a casa”

A cura di Riccardo Guglielmi* con la collaborazione di Paolo Colonna** e Angela Guglielmi***

*Direttore U.O.C. Cardiologia Ospedaliera Azienda Policlinico Bari

** Responsabile Laboratorio Ecocardiografia di alta specialità U.O.C. Cardiologia Ospedaliera

*** Psicologa e Psicoterapeuta Bari

Capitolo I

Presentazione

Le malattie cardiovascolari rappresentano la causa di morbilità e mortalità statisticamente più rilevante nei paesi occidentali. Un trend d’incremento costante è stato osservato nell’ultimo decennio, anche se da pochi anni, grazie alla prevenzione, la tendenza sembra in fase di riduzione. Sono patologie di grande impatto sulla popolazione sia nell’espressione clinica acuta sia in quella cronica. La quantità e la qualità di vita dell’individuo sono modificate. Notevole è il consumo di risorse. Alto è il costo sociale. L’attuale crisi economica, la perdita del lavoro, la disoccupazione, la rottura dei consolidati modelli di vita sociale e familiare creano situazioni di disagio psicologico che esaltano gli effetti dei fattori del rischio cardiovascolare. La perdita di risorse nelle famiglie crea anche sostanziali modifiche nelle abitudini alimentari; tabagismo, meno acquisti di frutta e verdura, ricorso a cibi precotti o già pronti per l’uso, poche fibre e più grassi contribuiscono allo sviluppo dell’obesità, del diabete e dell’arteriosclerosi. I medici osservano una maggiore prevalenza di malattia coronarica in pazienti sempre più giovani. Dopo la dimissione ospedaliera compaiono problematiche cliniche e psicologiche, le cui cause possono essere legate alla poco efficace comunicazione medico-paziente, alle mancanze organizzative delle strutture sanitarie del territorio, alle lungaggini e alle inefficienze burocratiche, in questo periodo ingigantite dalla continua riduzione di risorse economiche e umane e dall’inappropriatezza dei comportamenti, da parte dei medici, per ricorso a una medicina sempre più difensiva. Il cittadino colpito da un attacco cardiaco, senza tante ipocrisie di facciata, è paragonabile al reduce di guerra che è lasciato solo ad affrontare le limitazioni che una patologia così grave inevitabilmente impone. Tutte queste considerazioni, mi hanno spinto a fornire, attraverso moderne modalità di comunicazione, articoli su riviste cartacee ed on line, social network, informazioni pratiche e consigli utili, il tutto naturalmente descritto con semplicità, facilità di comprensione e magari con un pizzico d’ironia, non solo per i pazienti cardiopatici e i loro familiari, ma per tutti quelli che credono nella prevenzione e che vogliono “aver a cuore il proprio cuore”. L’entusiasmo, personale e dei collaboratori, i consigli di amici giornalisti, la ferma volontà di dare adeguate risposte ai pazienti, hanno creato le condizioni per la realizzazione di un progetto intitolato **“Infarto del miocardio. Dopo l’ospedale il ritorno a casa”** .

La pubblicazione consta di capitoli, o meglio le “istruzioni per l’uso” per una corretta gestione, nella tranquillità dell’abitazione, del post infarto o di una malattia coronarica. Obiettivo è raggiungere l’utenza per fare opera di prevenzione attraverso una moderna e interattiva modalità di comunicazione. Nei capitoli è dato spazio ai fattori di rischio coronarico, alle terapie farmacologiche e alle indagini diagnostiche. Particolare cura è stata rivolta agli aspetti psicologici, alle abitudini di vita, ai consigli nutrizionali e a tutte le problematiche concernenti, l’attività lavorativa e il tempo libero, dallo sport alla socializzazione e all’attività sessuale. La leggerezza e la

semplicità con cui sono trattati degli argomenti dell'opera favorisce curiosità nell'utenza e stimola la richiesta di approfondimenti. Il dialogo e l'interattività tra paziente e medico è la base per la corretta gestione del post infarto.



Premesse. Dalla teoria alla pratica

L'infarto è la conseguenza dell'ostruzione di uno o più vasi coronarici e della mancata ossigenazione di una parte del muscolo cardiaco. Genetica, ipercolesterolemia, ipertensione, fumo, stress, sono i fattori di rischio principali che favoriscono la formazione della placca aterosclerotica e la trombosi coronarica. La tempestività delle cure, la rivascolarizzazione con trombolisi o angioplastica primaria, hanno agito significativamente sulla prognosi riducendo la mortalità e le complicanze, ma è fondamentale pensare al post-infarto sia per prevenzione secondaria, impedire che accada un nuovo episodio, sia per annullare gli "effetti collaterali" dell'evento acuto. Il corretto iter terapeutico e riabilitativo favorirà appieno il reinserimento lavorativo e sociale del paziente, tanto che i moderni orientamenti della cardiologia forense associano all'infarto acuto del miocardio, se ben trattato, il concetto di inabilità temporanea e non permanente. Tutto sembra essere giusto e perfetto in un ambiente protetto come l'ospedale, ma una volta ritornati a casa il paziente si ritrova solo con se stesso. Insorgono problematiche che saranno di facile risoluzione solo se si è ben informati.

Tutti gli sforzi sono concentrati sull'apparato cardiovascolare e si tralasciano, specie nella fase sub-acuta, quando il paziente è stato dimesso dall'ospedale e ritorna a casa, gli aspetti psicologici, per mancanza di assistenza specifica diretta e per inadeguata formazione degli operatori sanitari. L'infartuato, che spesso ha assistito passivamente alle manovre rianimatorie in terapia intensiva o ha visto morire il vicino di letto, comincia a temere direttamente per la propria vita. Nella prima settimana pensa che non sarà più quello di prima. Immagina ridotte le capacità lavorative e di conseguenza le possibilità di produrre benessere per se stesso e per i propri cari, si vede limitato sessualmente ed ha il terrore di praticare qualsiasi attività fisica. Un infarto porta con sé notevoli conseguenze sul tono dell'umore e le sensazioni più comuni sono: la paura, la collera e la depressione.

Si ha paura che l'attacco possa ritornare e naturalmente si pensa di essere sempre in condizioni elevate di rischio. Ogni minimo dolore toracico, o una piccola mancanza di respiro, crea una grande preoccupazione e genera ansia. Tutto ciò è normale e non esistono soluzioni se non quella di non tardare a riprendere la propria vita normale. Solo il passare del tempo, il riprendere le abitudini, tuttavia corrette da un miglioramento dello stile di vita e da un drastico intervento sui fattori di rischio coronarico, ridurrà, ansia e paura. Il senso di depressione è normale nelle persone colpite da un attacco di cuore, ma questa è una condizione facilmente superabile.

L'80%-90% di persone colpite da infarto ritorna a lavorare entro 2/3 mesi valutando sia l'importanza del danno cardiaco sia il tipo di lavoro. Tutti i pazienti possono riprendere una normale vita di relazione sociale e un'attività sportiva.

L'esercizio fisico, se fatto regolarmente, migliora la resistenza agli sforzi, abbassa la pressione sanguigna, allevia lo stress e mantiene sotto controllo il peso. Un programma di esercizi per il cuore può cominciare già in ospedale in riabilitazione. Una volta a casa bisognerà continuare gli esercizi fisici.

Istruzioni per l'uso: la regola delle tre **A**

Recenti ricerche affermano che, dopo l'infarto, il rischio di depressione aumenta di ben tre volte durante i mesi successivi all'evento acuto.

Dopo l'ospedale, il ritorno a casa del paziente infartuato rappresenta una situazione da gestire con molto impegno, tolleranza e amore da parte dei familiari e dei medici curanti per ottenere un ripristino completo del potenziale di salute nel convalescente. La fase di partenza è sempre la più impegnativa ma con semplici tre sforzi sarà possibile un viaggio tranquillo e sereno.

Il primo sforzo sarà quello di impegnarsi ad **"aiutare il proprio cuore"** considerando che la guarigione inizia da se stessi e dalle persone che sono vicine.

Dopo un infarto è necessario riprendere l'entusiasmo per la vita pensando a obiettivi raggiungibili e significativi. La malattia cardiaca non solo influisce sulla propria vita ma anche su quella della propria famiglia. Sostenersi a vicenda è importante. A casa non sono infrequenti "dolori" in sede pettorale sinistra o destra. Sono algie considerate aspecifiche, muscolari, in quanto non hanno rapporto con sforzi fisici o emozioni, sono di durata variabile, dai pochi secondi a qualche minuto, non limitano le normali attività. L'unico problema è quello di generare ansia e paura. Basta pensare che non sono paragonabili per intensità e durata al dolore che è stato causa del ricovero. Sono costanti nel primo mese.

Il secondo sforzo sarà quello di **"accettare la propria condizione"**

Una volta accettata la propria condizione diventerà più facile attuare dei cambiamenti che serviranno per mantenersi in salute.

Il terzo sforzo sarà quello di **"acquisire sicurezza"**

Importante è rendersi conto dei propri progressi e dei traguardi raggiunti.

In questa fase ricordarsi sempre della regola delle tre A: **aiutare, accettare, acquisire.**

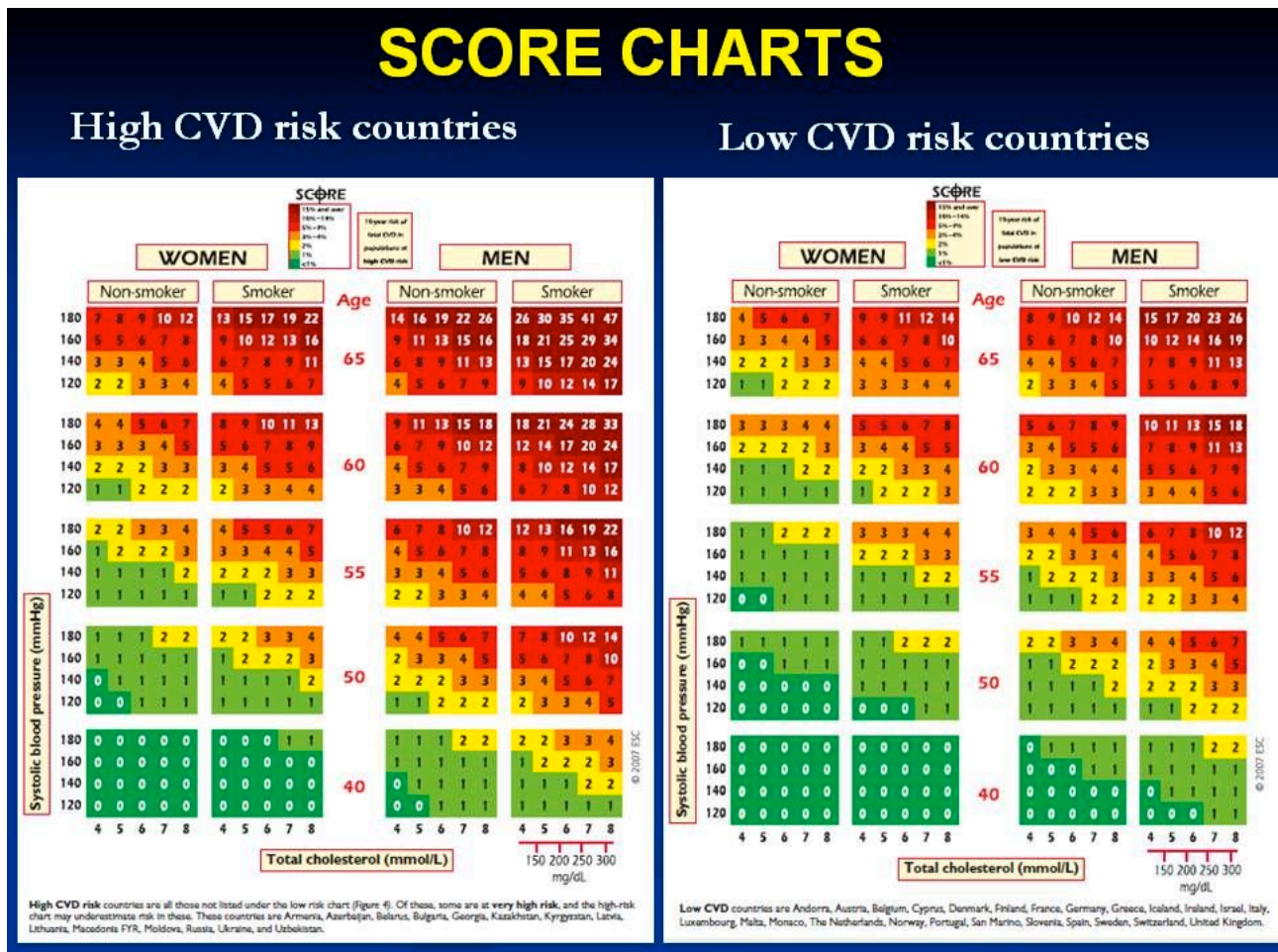
Nel cuore del rischio cardiovascolare



I **fattori di rischio cardiovascolare** sono specifiche condizioni, per esempio alterazioni di alcuni parametri di laboratorio o modificazioni dello stile di vita, che risultano statisticamente correlate ad una malattia cardiovascolare e che pertanto si ritiene possano concorrere alla sua patogenesi. Non sono i veri agenti causali della coronaropatia, ma indicatori di probabilità di comparsa. La loro assenza non esclude la comparsa della malattia, ma la presenza di uno di essi, e ancor di più la copresenza di più fattori legati fra loro, ne aumenta notevolmente il rischio d'insorgenza e di sviluppo.

Per questo motivo, in anni più recenti è stato introdotto il concetto di **rischio cardiovascolare globale** che non tiene in considerazione la gravità del singolo fattore, bensì valuta l'effetto cumulativo dei tanti fattori di rischio. L'aggiunta di uno o più indicatori di rischio fa moltiplicare la possibilità di insorgenza della patologia e la riduzione, anche piccola dei valori numerici inciderà significativamente sulla discesa globale del rischio. In questo modo è stato possibile costruire delle tabelle dette carte del rischio cardiovascolare, che attraverso un punteggio (*score*) indicano la probabilità di andare incontro, entro un dato numero di anni, a un evento cardiovascolare in base alla concomitanza di più fattori e alla loro severità. Pertanto, indicando alcune variabili, età, colesterolemia, pressione arteriosa sistolica, abitudine tabagica, diabete, genere, è possibile calcolare un profilo di rischio, valutabile nel tempo e specifico per quel paziente. E' importante sottolineare che la valutazione del Rischio cardiovascolare globale con le "carte" è destinato alla

popolazione generale che non è stata colpita da infarto del miocardio e che i pazienti con storia di infarto sono tutti da considerare a rischio elevato. Questo concetto ha la sua rilevanza per le scelte terapeutica. Le ultime linee guida della società europea di cardiologia per il trattamento delle dislipidemie considerano ad alto rischio non solo i pazienti con cardiopatia ischemica nota, ma anche pazienti con diabete tipo 2 o tipo 1 con microalbuminuria. L'insufficienza renale cronica è una condizione di alto rischio. Per tutti gli altri le carte SCORE sono un utile modello di riferimento valutativo.



La comunità scientifica descrive il **rischio intrinseco all'età** con la previsione che la cardiopatia coronarica possa, nel terzo millennio, avere valore di epidemia e in medicina si considera anche il **rischio residuo** per quei soggetti che, pur trattati correttamente, continuano ad avere eventi avversi. Non basta la scarsa "compliance" della terapia e il mancato raggiungimento dei bersagli prefissati, le vere cause sono da ricercare nella biodiversità e nel cambiamento continuo degli stili di vita. Questi saranno i nuovi riferimenti per la ricerca e le campagne di comunicazione nei prossimi anni.

Per ridurre il rischio d'insorgenza delle malattie cardiovascolari non dobbiamo solo continuare ad abbassare i valori dei parametri di laboratorio, colesterolo e glicemia per esempio, per ottenere il risultato. E' necessario che la medicina del territorio, accanto ai farmaci, prescriva comportamenti virtuosi, idonei stili di vita come l'educazione alimentare e l'implementazione dell'esercizio fisico sin dai primi anni di vita. Nell'ultimo decennio la curva di riduzione di questi eventi e della mortalità in particolare, ha subito un notevole rallentamento negli adulti, ma non nelle fasce d'età più giovanili, dove si è addirittura assistiti a un'inversione di tendenza.

Secondo la **World Health Organization** più dei tre quarti delle morti per cause cardiovascolari potrebbero essere prevenute con un adeguato cambiamento nello stile di vita e l'adozione di misure di prevenzione



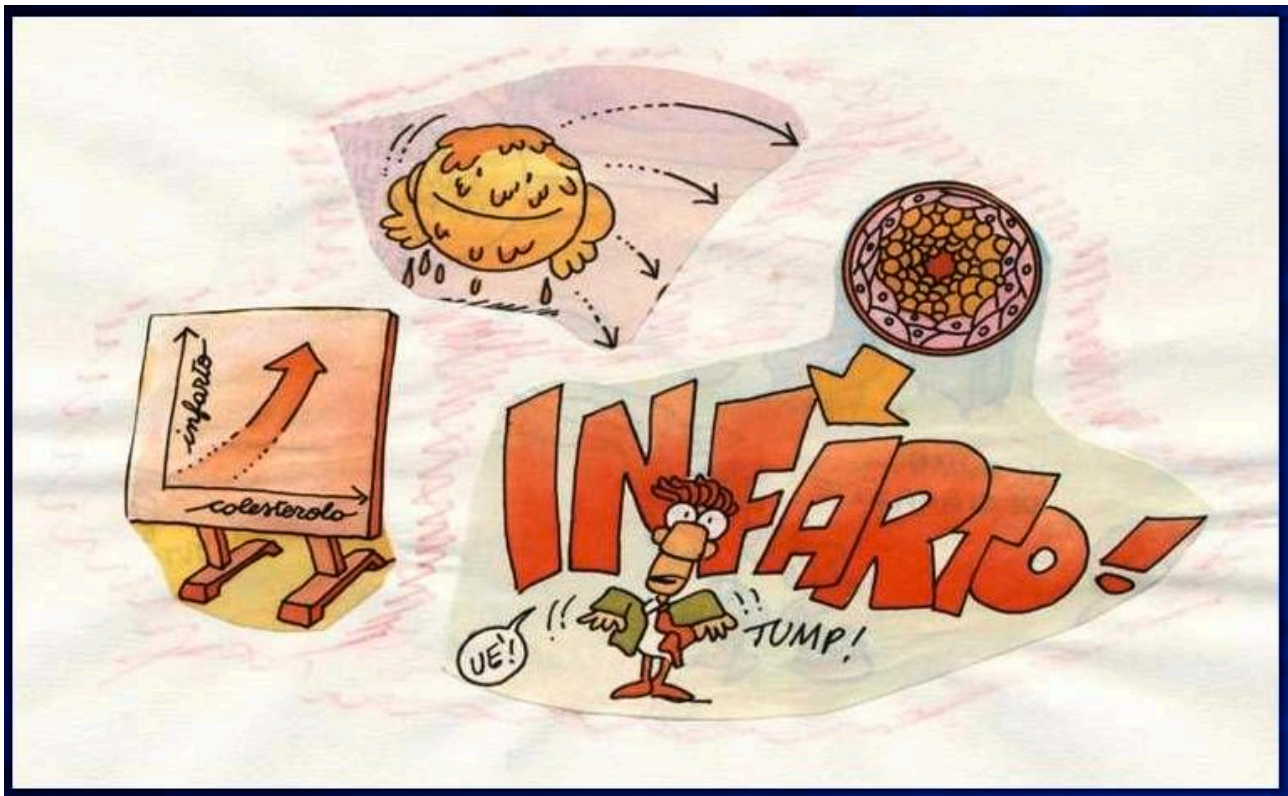
I fattori di rischio, giorno per giorno in aumento, sono distinti in modificabili e non modificabili. Colesterolo, trigliceridi e glicemia, ipertensione arteriosa, tabagismo, cattiva alimentazione, inquinamento ambientale, stress e depressione, sedentarietà sono i fattori di rischio che possono essere modificati con intervento farmacologico e appropriati stili di vita. Biodiversità e differenza di genere, ereditarietà oggi non sono modificabili, forse lo saranno nel futuro con interventi di ingegneria sul codice genetico.

Colesterolo re tra i fattori di rischio cardiovascolare e killer sempre in agguato. Questione di buono e cattivo

La parola *colesterolo* proviene dal greco *chole* (bile) e *steros* (solido), ed è stata utilizzata per la prima volta nel 1894. La sua presenza era già stata riscontrata nei calcoli della cistifellea dal lontano 1784. L'uomo produce, per biosintesi autonoma, la maggior parte del colesterolo necessario; negli adulti tra 1 e 2 grammi al giorno. Solo una piccola parte (in media 0,1 fino 0,3, massimo 0,5 grammi) è assunta con l'alimentazione. La maggior parte del metabolismo del colesterolo avviene nel fegato. Il colesterolo è un ingrediente essenziale della membrana cellulare di tutte le cellule animali. Crescita e divisione cellulare non sono possibili senza colesterolo. Rappresenta la sostanza base per la sintesi degli ormoni steroidei come cortisone, testosterone, estradiolo. Il colesterolo prodotto nel fegato viene impiegato in buona parte per la produzione di bile, che emulsionando i grassi alimentari, li rende assorbibili dall'intestino. Senza la bile non potremmo avere l'assorbimento d'importanti sostanze come le vitamine D e A.

Il colesterolo e i trigliceridi, come tutti i grassi, non sono solubili nel sangue e per il trasporto ematico devono essere imballati con aggregati proteici. Si formano le lipoproteine, classificate per densità. Le più note sono le VLD, ricche di trigliceridi, le HDL e le LDL sono ricche di colesterolo.

Il colesterolo è il fattore di rischio più importante per l'insorgenza dell'aterosclerosi coronarica. Esiste rapporto diretto tra aumento della colesterolemia infarto e mortalità per malattie cardiovascolari, come dimostrato dalle evidenze epidemiologiche.



L'aterosclerosi inizia anche nei primi anni di vita. Le autopsie dei piloti americani morti in Vietnam avevano dimostrato la presenza di placche aterosclerotiche nelle coronarie, confermando anche il rapporto tra stress e malattie coronariche.

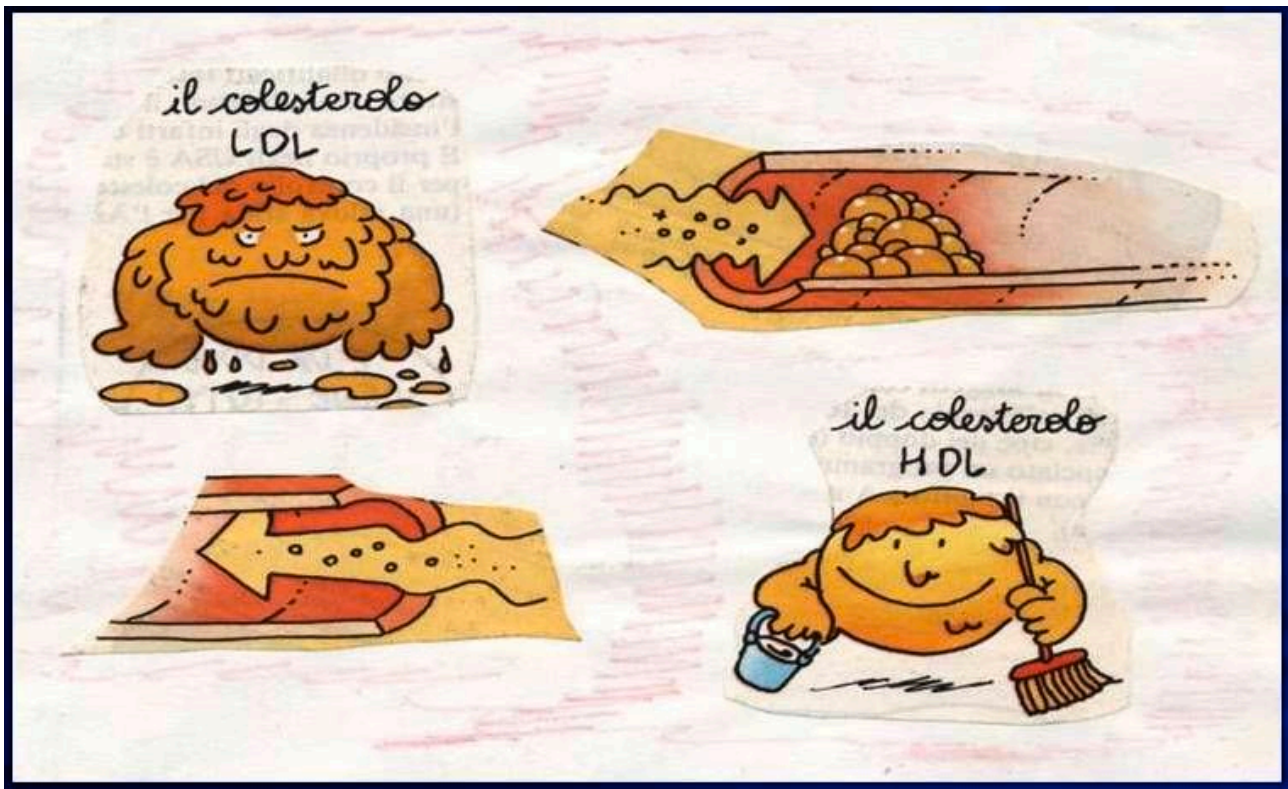


Ma il colesterolo non è tutto cattivo.

Le LDL (che sono un prodotto del metabolismo delle VLDL di sintesi epatica) trasportano il colesterolo dal fegato ai tessuti, dove viene utilizzato per una varietà di processi; quando però le LDL sono presenti in concentrazioni eccessive, il loro accumulo nella parete arteriosa promuove lo sviluppo dell'aterosclerosi. Di conseguenza l'ipercolesterolemia da LDL rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per le malattie cardiovascolari.

Al contrario, le HDL sono responsabili del "trasporto inverso" del colesterolo, cioè lo rimuovono dai tessuti, se in eccesso e lo trasportano al fegato. Di qui viene eliminato nel lume intestinale in parte come sali biliari e in parte come colesterolo libero. Le HDL svolgono quindi una funzione protettiva sullo sviluppo delle malattie cardiovascolari. Un eccesso di colesterolo HDL è pertanto un fattore favorevole.

Comunemente le LDL sono identificate con il colesterolo cattivo, le HDL con il colesterolo buono.

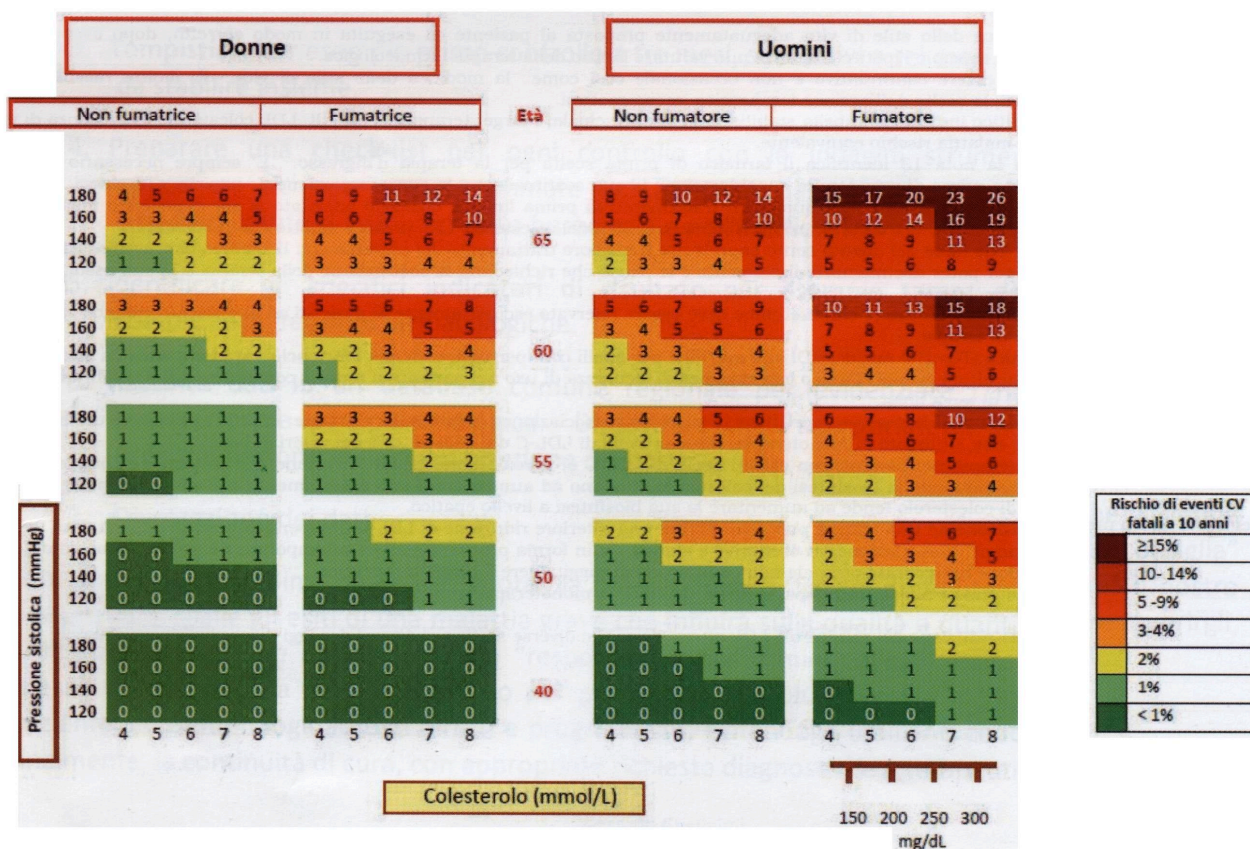


Dal 1984 la comunità scientifica ha cominciato a definire i livelli di colesterolo. Dall'iniziale generico 240 mg/dl di colesterolo totale, nei soggetti con più di 40 anni, subito sostituito dal valore 200, agli attuali, e sicuramente più bassi valori, **rapportati esclusivamente al Colesterolo LDL, quello cattivo**. Le evidenze, in seguito raccolte, hanno chiarito che è impossibile parlare di valori "normali" di colesterolo. Oggi si preferisce invece parlare di valori "ottimali" di colesterolo in rapporto al "rischio cardiovascolare globale" del singolo soggetto, cioè il rischio calcolato tenendo conto dell'insieme dei singoli fattori di rischio presenti. Il valore del Colesterolo totale è importante ai fini valutativi per la carta del rischio, quello LDL ha due funzioni: la prima nello screening per l'analisi lipidica e completa la stima del rischio, la seconda per monitorare il target di abbassamento, una volta iniziato il trattamento farmacologico.

Secondo le attuali linee guida internazionali questi sono i valori consigliati:

1. Pazienti con rischio moderato Colesterolo LDL <115
2. Pazienti con rischio alto Colesterolo LDL <100
3. Pazienti con rischio molto alto (incluso i cardiopatici ed i diabetici): Colesterolo LDL <70

Carta del rischio

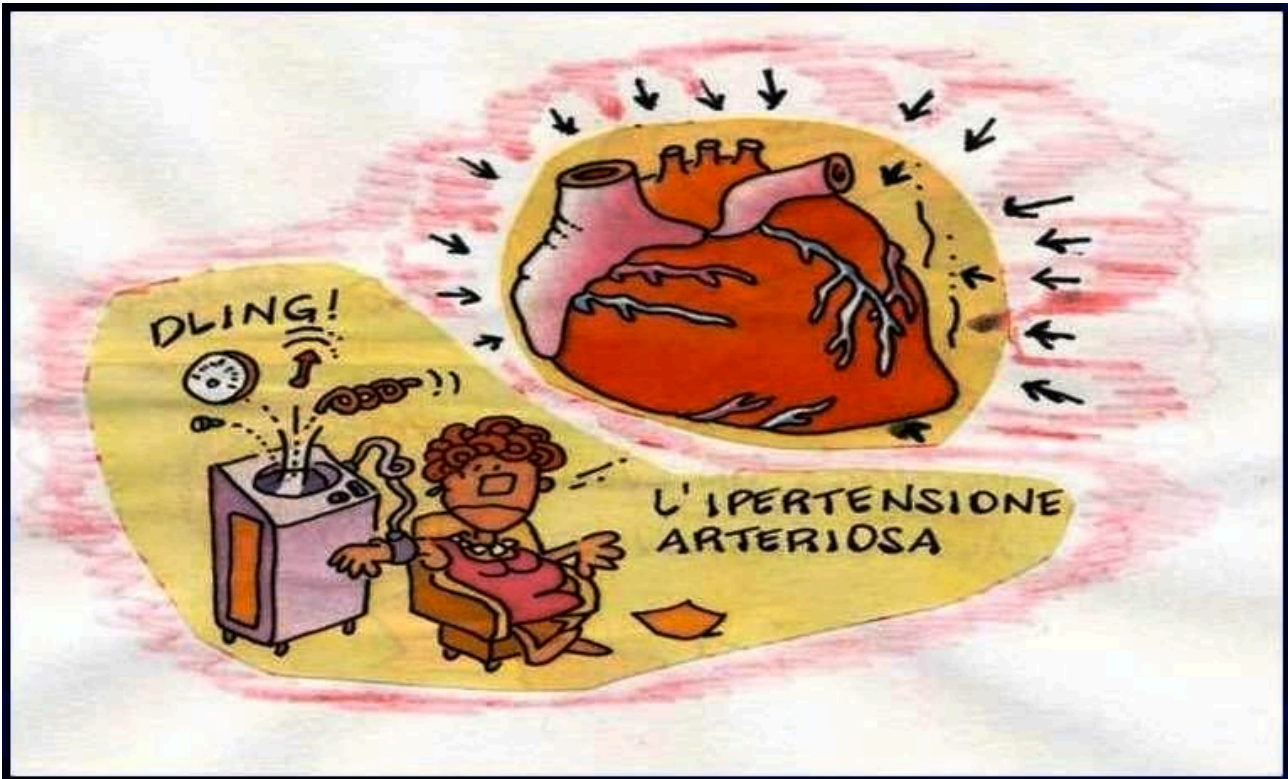


La presenza di alti livelli di HDL (>60 mg/dl) costituisce un fattore protettivo, per cui si parla di fattore di rischio negativo e si sottrae un'unità al numero dei fattori di rischio del soggetto in esame. Attualmente si preferisce ricorrere alle carte del rischio cardiovascolare, cosicché è possibile risalire ai valori ideali di colesterolemia in base alla percentuale di rischio di sviluppare un evento cardiovascolare fatale a distanza di 10 anni. I soggetti che hanno un rischio a 10 anni del 10% o superiore sono considerati equivalenti ai soggetti con cardiopatia ischemica, per i quali è consigliata una colesterolemia di 100 mg/dl di LDL o meno, preferibilmente di 70 mg/dl o meno.

Alimentazione, esercizio fisico sono indispensabili per raggiungere il bersaglio di meno 70mg/dl di LDL ma bisogna sempre aggiungere alla terapia le statine, simvastatina, atorvastatina, rosuvastatina, che bloccano la sintesi endogena del colesterolo e hanno effetto protettivo sulla parete delle arterie. Quando non si riesce a raggiungere il "target" di 70 per le LDL aggiungere un'altra molecola, l'ezetimibe. Più basse sono le LDL, meno recidive d'infarto e meno ospedalizzazioni sono osservate nel post infarto. "The lower, the better" come dicono gli anglosassoni.

In definitiva il colesterolo è il fattore di rischio più importante per l'insorgenza dell'aterosclerosi coronarica. E' re e killer sempre in agguato, ma non facciamo dell'erba tutto un fascio. E' anche questione di buono e cattivo.

Controlla la Pressione Arteriosa



La pressione arteriosa è il prodotto tra l'azione di pompa del cuore, la gittata cardiaca e la resistenza dei vasi sanguigni attraverso cui il sangue scorre. Un valore troppo alto determina un maggior lavoro per il cuore, aumento del consumo di ossigeno, ipertrofia delle pareti del ventricolo sinistro e in seguito dilatazione delle camere ventricolari. L'ipertensione arteriosa è un importante fattore di rischio delle malattie cardiovascolari (infarto miocardio, ictus).

Anche nel post infarto è importante la normalizzazione della pressione arteriosa. L'ipertensione arteriosa è un problema sociale, poiché oltre il 20% della popolazione italiana soffre d'ipertensione arteriosa, ma solo il 70% ne è consapevole; non tutti quelli che sanno di essere ipertesi si affidano a un medico, solo il 50% assume terapia anti-ipertensiva. Solo il 30% di chi assume la terapia, raggiunge la normalizzazione della pressione arteriosa.

Controllare la pressione arteriosa in autonomia con l'automisurazione è molto importante. I dati potranno essere comunicati al medico curante per gli eventuali aggiustamenti della terapia.

In ospedale è stato valutato il danno d'organo, naturalmente con le indagini diagnostiche, elettrocardiogramma, ecocardiogramma e lo studio della funzionalità renale. Anche il rilevamento dello spessore delle pareti carotidiche non è da trascurare. La scelta del farmaco è fondamentale.

Gli Ace inibitori, enalapril, ramipril, captopril, agiscono anche nella prevenzione del rimodellamento cardiaco, le modificazioni della geometria del ventricolo sinistro, successive all'infarto. I beta bloccanti, metoprololo, carvedilolo, sono anche utili nella prevenzione e nel trattamento delle aritmie e dell'insufficienza cardiaca. In caso di effetti collaterali da Ace inibitori, per esempio la tosse, far ricorso ai Sartani. Nei casi più refrattari aggiungere i Calcio antagonisti. Oltre ai farmaci sono indispensabili alimentazione a basso contenuto di sodio, attività fisica e riduzione del peso corporeo.

La raccomandazione è mantenere la pressione arteriosa sistolica a meno di 140 mmHg nella popolazione generale di pazienti con ipertensione di grado 1 o 2 e rischio cardiovascolare totale basso o moderato. Questa raccomandazione deve essere applicata anche ai pazienti ipertesi anziani. Nel caso specifico del paziente infartuato o diabetico la raccomandazione delle linee guida è di ridurre la PA almeno a 130/80 mmHg. Valori alti della pressione arteriosa nel post infarto favoriscono l'insorgenza di aritmie, disturbi del circolo cerebrale, insufficienza renale e la comparsa dei segni di insufficienza cardiaca, affanno ed edemi agli arti inferiori.

Per l'automisurazione della pressione arteriosa servirsi di sfigmomanometri digitali automatici. Sono semplici e pratici da usare e in questo periodo rappresentano gli strumenti più adatti per la misurazione domiciliare della pressione. Questi strumenti sono costituiti da un bracciale collegato a un misuratore provvisto di monitor; il gonfiaggio della camera d'aria contenuta nel bracciale avviene automaticamente e, nella fase successiva, lo strumento rileva i valori di pressione massima e minima che sono visualizzati sul monitor. Questi strumenti sono in grado di fornire valori pressori piuttosto precisi e si può affermare che rappresentano un buon compromesso fra la praticità d'uso e l'accuratezza nella misurazione, a condizione che il loro corretto funzionamento sia periodicamente verificato (almeno due volte l'anno).

Il consiglio è un controllo giornaliero, negli ipertesi in trattamento, possibilmente sempre al mattino. Buona la posizione seduta, con braccio appoggiato e disteso. E' indispensabile serenità ed essere lontani da sollecitazioni esterne. Consigliabile eseguire tre misurazioni e fare una media tra le ultime due. Non sospendere o modificare la terapia senza aver prima consultato il medico curante. Un efficace trattamento dell'ipertensione arteriosa riduce sensibilmente il reinfarto, l'ictus e l'insufficienza cardiaca.

Pillole di saggezza su fumo, stress, diabete, esercizio fisico

Fumo



Smettere di fumare, specialmente dopo un infarto del miocardio, è la cosa più importante che debba essere fatta. È stato dimostrato che il fumo aumenta il rischio di malattia coronarica di due o tre volte rispetto a chi non fuma. Il fumo di sigaretta e il consumo di tutti i prodotti a base di tabacco sono cause di malattie cardiovascolari, polmonari, tumorali e di morte. Tutti gli elementi contenuti nella sigaretta sono dannosi. I prodotti di combustione del tabacco e della carta sono cancerogeni, il monossido di carbonio crea cattiva ossigenazione del sangue, la nicotina effetti sull'apparato cardiovascolare e nervoso. Da problemi immediati, tipo affanno e fiato corto, a problemi duraturi per il danno su tutti gli organi e gli apparati. Il fumo compromette anche la funzione sessuale. Allontanare il tabagismo dalla propria vita è un obiettivo raggiungibile; qualche sacrificio per ottenere grandi benefici nel futuro. Il fumo non deve essere un inquilino nella casa di chi è convalescente per una malattia coronarica.

Fumo analogico e fumo digitale

Smettere di fumare è un obiettivo importante, raggiungibile con la buona volontà e con l'aiuto di modi comunicativi efficaci e pertanto non dovrebbe essere tralasciata, vista anche l'attualità dell'argomento, la descrizione del "fumo digitale" con la sigaretta elettronica, rilevando i vantaggi e gli svantaggi. Se usata sapientemente da tutti i fumatori, la sigaretta digitale rappresenta un valido mezzo per ridurre il consumo di quelle tradizionali, le sigarette analogiche. Svapare, come nel gergo corrente è identificato il fumare da sigaretta elettronica, porta numerosi vantaggi. Il principale è che la sigaretta elettronica non contiene le 4800 sostanze chimiche, 69 delle quali sicuramente cancerogene. Le percentuali di nicotina, scalari, sono sempre in quantità minore rispetto alla tradizionale sigaretta. Il fumo elettronico, non emette cattivi odori, anzi innumerevoli sono i gusti e le profumazioni, non produce cenere e di conseguenza non sporca gli ambienti. I denti non si ricoprono della patina giallastra, meno sostanze pericolose negli alveoli polmonari e nel circolo. La voce riprende tono, aumenta la riserva respiratoria e si ha più voglia di fare sport. Svapare

costa un quarto rispetto a fumare: dai circa 2000 euro/anno che un fumatore di un pacchetto di sigarette al giorno spende, si passa ai 500 euro per chi usa la sola sigaretta elettronica.

Pochi sono gli svantaggi rispetto ai citati vantaggi: ricarica della batteria, pulizia giornaliera di atomizzatori e filtri, il peso maggiore rispetto alla sigaretta tradizionale e la fuoriuscita dei liquidi.

Le criticità riguardano il sistema della vendita. Un liquido che contiene nicotina deve essere venduto in farmacia, meglio con ricetta medica, anche se un recente provvedimento ministeriale prevede che l'accesso all'acquisto sia vietato ai minori. Purtroppo le previste tassazioni determineranno aumento dei prezzi di vendita. La lotta al fumo farà diminuire gli introiti derivanti dalle accise nazionali e regionali, ma determina un grande risparmio per la ridotta prevalenza delle malattie cardiovascolari, respiratorie e oncologiche.

Il messaggio finale è che il fumo digitale fa meno male di quello analogico tradizionale, ma la vera sicurezza è data dallo smettere e per i fumatori incalliti: continuate a fumare, anzi a svapare e alla fine dell'anno sarete più ricchi di 1500 euro.

Stress



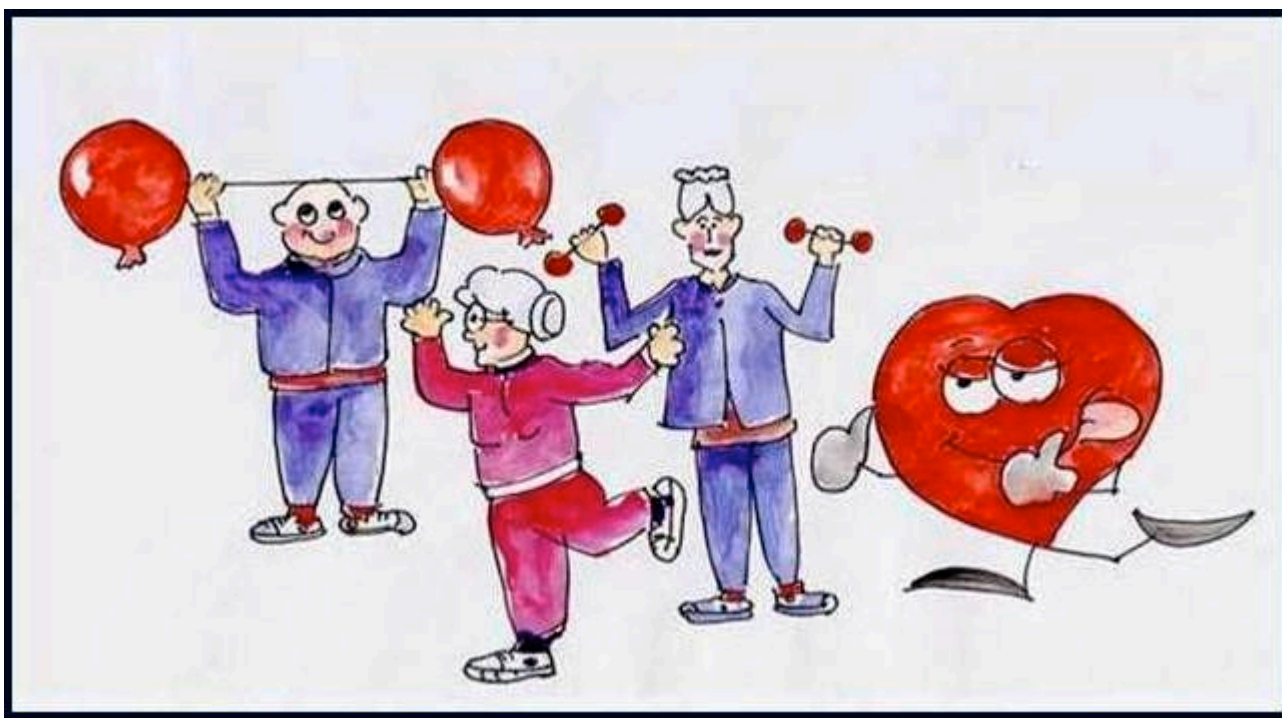
Lo stress cronico può far aumentare il ritmo cardiaco e la pressione arteriosa e può contribuire a danneggiare le pareti delle arterie. Per riuscire a tenere sotto controllo le situazioni stressanti può essere utile usare semplici tecniche di rilassamento per esempio ascoltare buona musica, leggere un bel libro e fare esercizi rilassanti di allungamento muscolare.

Lo stress stimola la componente simpatica del sistema neurovegetativo e ormonale. Maggiore liberazione di sostanze simpatico mimetiche, adrenalina, noradrenalina, epinefrina. La corteccia surrenale produce più cortisolo e cortisone, l'ipotalamo aumenta la produzione di serotonina, la tiroide quella di tiroxina. Aumenta la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca. Il rilascio di epinefrina può essere determinato da una qualunque causa che crei tensioni o situazioni di particolare impegno fisico o mentale. Lo stress continuo ha un effetto negativo sulla salute e per tale motivo bisogna ridurre al minimo e gestire al meglio le situazioni stressanti. Nel post infarto lo squilibrio del sistema neurovegetativo può innescare la comparsa di aritmie, pericolo sempre presente nel post infarto.

Diabete

Il diabete è una malattia genetica che impedisce il corretto ingresso del glucosio nelle cellule e il suo metabolismo. Altera la funzione dell'endotelio le cui cellule tappezzano il lume dei vasi e crea alterazioni a carico delle arterie di grosso e piccolo calibro. Anche le guaine nervose sono interessate dal fenomeno e come complicanza spesso si osservano casi di neuropatie. Il diabete e la ridotta tolleranza glucidica, tipica nella sindrome polimetabolica, creano anche alterazioni del metabolismo dei grassi. Aumenta colesterolo e trigliceridi favorendo così il successivo sviluppo di aterosclerosi nelle coronarie. E' importante controllare frequentemente la glicemia e stare attenti sulla quantità di zuccheri che si assume con il cibo.

Esercizio fisico



Bisogna sfatare la credenza del riposo assoluto. La riabilitazione inizia durante la degenza. Una buona riabilitazione agirà positivamente sul rimodellamento del cuore dopo un evento acuto. Chi svolge attività fisica in modo regolare si stanca sempre meno ed è in grado di fare sempre di più. Scegliere sempre attività che piace e aumentare il ritmo in modo graduale. Variare il tipo di esercizio. In caso di sovrappeso o presenza di patologie osteoarticolari orientarsi verso il nuoto o la bicicletta, per esercitare meno pressione sulle articolazioni. Quando si passeggia evitare terreni sconnessi. Un consiglio ai soggetti pigri. Non è mai troppo tardi per iniziare o riprendere l'attività fisica. E' corretto eseguire esercizi di potenziamento muscolare, dopo il necessario riscaldamento, tapis roulant o cyclette per quindici minuti. Maggiore attenzione per "la ginnastica". Scegliere esercizi a corpo libero, calistenici e di allungamento muscolare. Esercizi sbagliati o poco indicati possono determinare seri danni all'organismo. La durata del training fisico è fondamentale, specie per chi ha superato gli "anta". Importante è non eccedere. Consigliati venti, trenta minuti al giorno o un'ora a di alterni, quindi massimo tre ore complessive la settimana per chi ha mantenuto una buona capacità funzionale. Nessun problema per la presenza di ipertensione arteriosa. L'esercizio fisico migliora la funzione cardio-circolatoria ed è anche consigliato nel soggetto iperteso. L'attività fisica permette anche di essere più inclini a seguire un corretto stile alimentare e a smettere di fumare.

Per anni l'esercizio fisico è stato visto importante ma non determinante ai fini preventivi. A scuola l'ora di matematica o di latino aveva più peso specifico rispetto a quella di educazione fisica. Oggi le evidenze scientifiche hanno rivalutato l'importanza dell'attività fisica per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, oncologiche e per il benessere psicologico. Il messaggio chiave che emerge dalle ultime linee guida della prevenzione, 2012, è che: " la regolare attività fisica e il programma di esercizio aerobico si associano a una diminuzione della mortalità cardiovascolare".

Il ruolo dell'esercizio fisico alla luce delle nuove linee guida ESC/EAS 2011 per la gestione delle dislipidemie. Osservazioni cliniche, psicologiche e medico legali

The role of physical exercise in the light of the new guidelines ESC/EAS 2011 for the management of dyslipidemia. Clinical, psychological and forensic observations

Riccardo Guglielmi*, Paolo Colonna**, Angela Guglielmi***, Sirio Simplicio****, Massimo Piccioni*****, Mattia Nisi*****, Donato Vittore*****

Recentissimo articolo che tratta sul Giornale Italiano di Cardiologia Pratica il ruolo dell'esercizio fisico anche nei pazienti infartuati.

La terapia medica



Il razionale della terapia, per una corretta gestione del paziente convalescente da una malattia coronarica, si fonda su cinque punti fondamentali:

1. Impedire l'aggregazione delle piastrine
2. Frenare il rimodellamento del ventricolo sinistro
3. Agire sulla funzione endoteliale per rallentare l'aterosclerosi coronarica e stabilizzare le placche aterosclerotiche
4. Controllare l'insorgenza di aritmie
5. Ripristinare la riserva coronarica agendo direttamente sul calibro dei vasi coronarici

Il trattamento terapeutico dei primi tre punti è comune in tutti i pazienti convalescenti. Gli ultimi due prevedono variabilità secondo i casi.

1. Impedire l'aggregazione delle piastrine

I principali farmaci anti aggreganti appartengono a due famiglie. La prima è rappresentata dall'acido acetilsalicilico, Cardioaspirina, che a basso dosaggio, 75-100mg ha solo funzione antiaggregante e non antiinfiammatoria, la seconda dal gruppo delle tienopiridine, Ticlopidina, Clopidogrel, Prasugrel e Ticagrelor. L'antiaggregazione può essere normale, con un solo farmaco, per esempio Cardioaspirina o doppia con due farmaci, Cardioaspirina più Clopidogrel o uno dei due nuovi antiplastrinici Prasugrel e Ticagrelor.

Durante la degenza ospedaliera l'infarto è frequentemente trattato con trombolisi o con angioplastica coronarica e impianto di stent. Dopo l'inserzione di uno stent, sia esso tradizionale (BMS) o medicato (DES), è essenziale assumere la doppia terapia antiaggregante piastrinica per un congruo periodo, stabilito dal cardiologo curante. La doppia antiaggregazione dovrà essere di almeno un anno, specialmente se lo stent è medicato.

La mancata aderenza a questa terapia può provocare gravissime conseguenze, per esempio l'occlusione dello stent e, di conseguenza, il reinfarto. Gli antiaggreganti piastrinici sono farmaci che servono a contrastare la naturale tendenza delle piastrine a "aggregarsi" tra loro; questo meccanismo fisiologico, indispensabile per arrestare la fuoriuscita di sangue dopo una ferita, in alcuni casi deve essere contrastato, in modo da impedire la formazione di coaguli (trombi) all'interno delle arterie e, nel caso del cuore, delle coronarie. Lo stent impiantato nella coronaria è

individuato come un "corpo estraneo" dal nostro organismo perché può facilitare la formazione di trombi nel vaso. Negli ultimi anni sono stati ampiamente sperimentati, ed ora routinariamente utilizzati in associazione alla Cardioaspirina, i farmaci antiplastrinici di nuova generazione: Prasugrel e Ticagrelor. Essi sono più potenti e/o più rapidi nell'insorgenza dell'azione e contrastano efficacemente la temibilissima richiusura acuta della coronaria dopo angioplastica con stent. Vanno usati in tutti i soggetti che non mostrano un elevato rischio di sanguinamento. E' essenziale attenersi scrupolosamente alle indicazioni del proprio cardiologo riguardo alla durata della doppia antiaggregazione: un'interruzione precoce potrebbe avere come conseguenza l'infarto! Pertanto, nel caso in cui si renda eventualmente necessario modificare questa terapia, ad esempio in caso di interventi chirurgici importanti, è indispensabile concordare ogni modifica della cura col proprio cardiologo. **NON SOSPENDERE NE' MODIFICARE MAI DI PROPRIA INIZIATIVA QUESTA TERAPIA!** Un monito da tenere sempre presente, e purtroppo spesso disatteso: l'estrazione dentale non deve modificare il trattamento antiaggregante.

2. Prevenire il rimodellamento del ventricolo sinistro

Le cellule miocardiche colpite da infarto vanno incontro a un processo di necrosi e sono sostituite da tessuto connettivale, come per la cicatrizzazione di una normale ferita. La cicatrice altera la geometria delle camere ventricolari, il tessuto vicino si ipertrofizza e con il passare dei mesi e degli anni diminuisce la capacità contrattile. Nelle ultime fasi il rimodellamento del ventricolo determina anche una dilatazione della cavità con aggravamento della funzione contrattile. Per prevenire e ritardare gli effetti negativi del rimodellamento si prescrivono i farmaci della famiglia degli ACE-inibitori, Captopril, Enalapril, Ramipril, Zofenopril. Queste molecole hanno effetto ipotensivo e il dosaggio deve essere adeguato ai valori della pressione arteriosa. Come effetto collaterale si osserva, con una percentuale del 5%, la tosse. In conclusione gli ACE-inibitori fanno prevenzione per il rimodellamento.

3. Agire sulla funzione endoteliale per rallentare l'aterosclerosi coronarica e stabilizzare le placche aterosclerotiche

L'intervento farmacologico si attua con l'uso delle statine, molecole idonee alla riduzione dei valori del colesterolo ematico. Questi farmaci esercitano azione diretta protettiva sulle cellule endoteliali, le "piastrelle" che tappezzano i vasi. Le statine hanno dimostrato riduzione della mortalità, dell'insufficienza cardiaca, delle aritmie, delle recidive di infarto e della restenosi coronarica. E' importante raggiungere il bersaglio, il target del meno 70 mg/dl di LDL, il colesterolo cattivo. Risultato ottenibile con dosaggio adeguato di Simvastatina 40 mg/di. Se la Simvastatina non è capace di raggiungere il target prefissato usare statine di maggiore efficacia come l'Atorvastatina o la Rosuvastatina. Se anche con queste molecole non si raggiunge il target di meno 70 mg/dl di LDL, associare alla statina una nuova molecola, l'Ezetimibe.

4. Controllare l'insorgenza di aritmie

L'ischemia, il rimodellamento, l'ipertrofia e la dilatazione determinano l'insorgenza delle aritmie, alcune delle quali, tachicardie ventricolari e fibrillazione ventricolare, sono letali. I farmaci usati per prevenire l'insorgenza delle aritmie sono i Beta bloccanti. Si raccomanda di protrarre la terapia

per almeno 2-3 anni, per tutti i pazienti con storia di infarto. Alcuni betabloccanti sono in grado di ridurre il rischio di ricadute. Non interrompere la terapia improvvisamente: un comportamento simile potrebbe aggravare le condizioni e favorire un nuovo episodio di infarto al miocardio. Tra i più usati il Metoprololo, il Nebivololo, il Carvedilolo. Sono farmaci da usare con cautela nei soggetti asmatici.

5. Ripristinare la riserva coronarica agendo direttamente su calibro dei vasi coronarici

In caso di ridotta riserva coronarica, vasi con flusso ridotto, compare l'angina, il fastidioso e pericoloso dolore retrosternale. In questo caso usare farmaci che dilatano il circolo coronarico, per esempio i nitrati anche sotto forma di cerotti transdermici. Recentemente la terapia si è arricchita di una nuova molecola, la Ranazolina, sostanza che agisce interferendo con l'attività di canali speciali presenti sulla superficie della cellula cardiaca, i canali calcici dipendenti dal sodio. Ranazolina riduce la quantità di ioni di calcio che entrano nelle cellule e la riduzione del flusso di calcio aiuta il cuore a rilassarsi. Il risultato finale è miglioramento del flusso sanguigno verso il muscolo cardiaco e maggiore controllo dell'angina pectoris.

La terapia ideale per il sig. Mario Rossi



Questo è l'esempio pratico di un'ipotetica prescrizione terapeutica consigliata al paziente Mario Rossi, dimesso dall'ospedale dopo un infarto acuto del miocardio. I primi due farmaci sono indicati per impedire l'aggregazione delle piastrine ed evitare l'ostruzione di un vaso coronarico dopo una procedura di rivascolarizzazione. L'atorvastatina è, insieme alla rosuvastatina, la statina più efficace per agire sulla funzione endoteliale e portare a "target" i valori delle LDL. L'enalapril, ace-inibitore, agisce positivamente per la prevenzione del rimodellamento del ventricolo sinistro. Il metoprololo, molecola betabloccante, è

indicato nella profilassi delle aritmie. Gli omega 3, oltre alla funzione protettiva sull'endotelio, agiscono sul metabolismo dei trigliceridi e ne riducono i valori ematici. La metformina è usata nel diabete, frequentemente associato alle patologie coronariche. Il lansoprazolo è prescritto per proteggere lo stomaco dallo stress causato dall'episodio acuto infartuale e dall'azione diretta lesiva, sulla mucosa gastrica, dalle molte compresse giornalmente assunte. Infine il cavasin o la trinitrina, farmaci che devono sempre "accompagnare" ogni paziente convalescente da sindrome coronarica. Queste molecole, della famiglia dei nitrati, devono essere somministrate esclusivamente per via sublinguale, solo in caso d'insorgenza improvvisa di un episodio anginoso.

Ma prima della prescrizione terapeutica, durante la visita medica, è utile portare sempre l'elenco dei farmaci assunti, copiare tutti gli esami eseguiti durante l'anno, creare una lista di domande da porre al medico e fornire notizie idonee per eventuali intolleranze o allergie.

La presenza nella terapia medica degli antiaggreganti, Aspirina, Clopidogrel o Prasugrel o Ticagrelor pone sempre interrogativi quando il nostro paziente ha bisogno di eseguire cure odontoiatriche o interventi chirurgici per l'eventuale rischio emorragico. E' bene ripetere che non bisogna mai sospendere tale terapia di propria iniziativa. Avisare sempre il cardiologo curante che saprà adeguare la terapia antiaggregante secondo le linee guida, il tipo di stent e l'intervento chirurgico.

Un consiglio pratico è quello di fornirsi di una **lavagnetta** da appendere in casa su cui scrivere la terapia. Familiari e pazienti avranno sempre sott'occhio tutti i farmaci da assumere nella giornata e quando. Una volta ripresa l'attività lavorativa e sociale procurarsi un **portapillole** da caricare ogni mattina con tutte le compresse necessarie nella giornata. Uscire sempre con una piccola e pratica **card**, da portare sempre con sé, in modo da poter fornire ai chiunque avesse bisogno le generalità, un recapito telefonico e le informazioni fondamentali dello stato di salute, diabete, pregresso infarto e terapia.

Dott. Riccardo GUGLIELMI
CARDIOLOGO

Bari, 09/03/2013

Sig. Mario Rossi a. 62

Eeguire sotto stretto controllo medico la seguente terapia

Pr/ ACIDO ACETILSALICILICO (CARDIOASPIRINA) 100 mg cp
S. 1 cp dopo pranzo

Pr/ CLOPIDOGREL (Es. PLAVIX) cp
S. 1 cp ore 8 per sei mesi

Pr/ ATORVASTATINA 40 mg cp
S. 1 cp ore 20

Pr/ ENALAPRIL 5 mg cp
S. 1 cp ore 8

Pr/ LANSOPRAZOLO 20 mg cp
S.1 cp ore 8

Pr/ OMEGA POLIENOICI cp
S. 1 cp ore 18

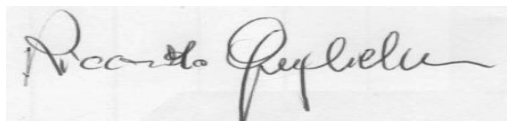
Pr/ METOPROLOLO 100 mg (Es. SELOKEN) cp
S. mezza cp / di controllando i valori della pressione arteriosa

Pr/ METFORMINA CLORIDRATO cp
S. mezza cp a colazione, 1 cp a pranzo ed a cena controllando i valori glicemici

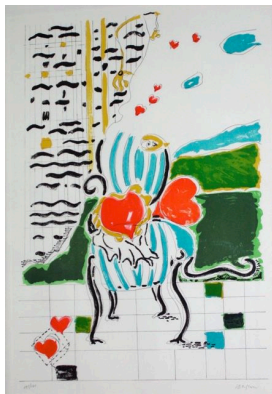
Pr/ ISOSORBIDE DINITRATO (Es. CARVASIN 5 mg) cp
S. 1 cp da sciogliere sotto la lingua in caso di dolore al petto

INDICAZIONI: Controllo cardiologico tra un mese.

Riccardo Guglielmi



I controlli e alcune indagini diagnostiche sono necessarie



Dopo circa un mese di sana convalescenza il nostro Sig. Mario Rossi è bene che si sottoponga a un controllo clinico ed elettrocardiografico presso il suo cardiologo di fiducia con il quale deve aver creato un dialogo già dopo la dimissione ospedaliera. E' fondamentale questo primo incontro, non solo per la verifica clinica dello stato generale, ma soprattutto per programmare i controlli futuri. Gli obiettivi di questo primo controllo sono:

1. acquisizione risultati esami ematochimici
2. counseling e controllo dei fattori di rischio cardiovascolare
3. titolazione farmaci per verificare l'aderenza alla terapia medica
4. prescrizione dell'attività fisica
5. programmazione della ripresa lavorativa

Con l'elettrocardiogramma si evidenzierà l'evoluzione dei segni dell'infarto, la presenza di aritmie, e il progresso della cicatrizzazione, mentre l'ecocardiogramma ci permetterà di controllare la capacità contrattile tramite il calcolo della frazione di eiezione E.F. Un valore di E.F. inferiore al 45% - 40% è indice di scarsa capacità contrattile del ventricolo sinistro, preludio per l'insufficienza cardiaca. Altro dato importante ai fini della prognosi è il riscontro ecocardiografico d'insufficienza valvolare mitralica. Compito fondamentale del cardiologo curante è la prescrizione non solo dei farmaci ma quella di comportamenti appropriati.

Per un infarto complicato già durante la fase ospedaliera è bene programmare una registrazione elettrocardiografica per ventiquattro ore, Holter, ed eventualmente un test da sforzo. Dopo questo controllo il nostro Mario Rossi avrà pian piano ripreso le attività sociali e lavorative e sarà più attento a non ricadere nelle situazioni che hanno preceduto l'evento acuto.

Successivo controllo a 6 mesi dalla per:

1. valutazione clinica e ECG
2. verifica aderenza stile di vita
3. verifica compliance farmacologica
4. controllo fattori di rischio CV
5. acquisizione risultati esami ematochimici
6. counseling con questionario psicologico specifico
7. esame ecocardiografico

Altro controllo ambulatoriale a 12 mesi dalla Sindrome Coronarica Acuta (SCA) . Anche in questo caso:

1. valutazione clinica e ECG
2. verifica aderenza stile di vita
3. verifica compliance farmacologica ed eventuale sospensione doppia antiaggregazione
4. controllo fattori di rischio CV
5. acquisizione risultati esami ematochimici
6. counseling
7. ecocardiografia: se FEVs < 40-45 % alla dimissione
8. programmazione successivo follow-up

9. verifica degli indicatori di risultato per esempio, qualità di vita, target delle LDL, frazione di eiezione, non ospedalizzazioni e non complicanze.

Dopo questi tre controlli è passato un anno dall'evento acuto. Il paziente a basso rischio di eventi (asintomatico, con normale funzione vs, assenza di valvulopatie di rilievo, con rivascolarizzazione completa) non ha bisogno di follow-up strutturato. In questo caso il sig. Mario Rossi dovrà sempre porre attenzione al controllo dei fattori di rischio. Per gli altri pazienti, meno fortunati, calendario personalizzato sulla base del rischio clinico e delle problematiche specifiche (angina residua, scompenso cardiaco, aritmie...). In questo caso programmare indagini diagnostiche più specifiche, eco stress, scintigrafia e coronarografia.

In conclusione buona volontà, fiducia nella ripresa, controlli clinici periodici, aderenza alla terapia e alle indagini richieste permetteranno che si riprenda appieno il potenziale di salute residuo e che l'eventuale inidoneità per il lavoro e il tempo libero sia stata temporanea e non definitiva.

Capitolo XI

Abitudini di vita ed attività sessuale



Modificare le proprie abitudini di vita non è semplice e richiede impegno a lungo termine. Il paziente convalescente, dopo un infarto o un problema cardiologico, deve necessariamente cambiare il proprio stile di vita per migliorarne qualità e quantità. Con l'aiuto del proprio cardiologo di fiducia questo diventa un processo automatico, determinato dalla grande possibilità che il paziente ha di potersi rimettere in gioco. Il processo di

cambiamento purtroppo non è quasi mai immediato e diretto. Ansia, depressione, depersonalizzazione sino alle crisi di identità, in questo periodo, sono sempre dietro l'angolo. Cambiare le proprie abitudini, a cominciare dai rituali quotidiani, fumare durante il lavoro, bere alcol quando si esce a cena con gli amici, si può e si deve. Obiettivo è rielaborare una nuova immagine di sé.

La strategia per raggiungere un simile obiettivo è :

1. non fare troppe cose insieme
2. premiarsi per i risultati raggiunti
3. utilizzare il sostegno offerto dal medico

La tattica consiste nel fare sempre queste cose semplici ma importanti:

- Assumere costantemente i farmaci prescritti
- Pianificare una dieta sana
- Ridurre lo stress imparando a rilassarsi
- Fare attività fisica regolarmente
- Smettere di fumare
- Tenere sotto controllo la pressione arteriosa
- Controllare la glicemia
- Tenere basso i livelli di colesterolo
- Eseguire controlli cardiologici periodici

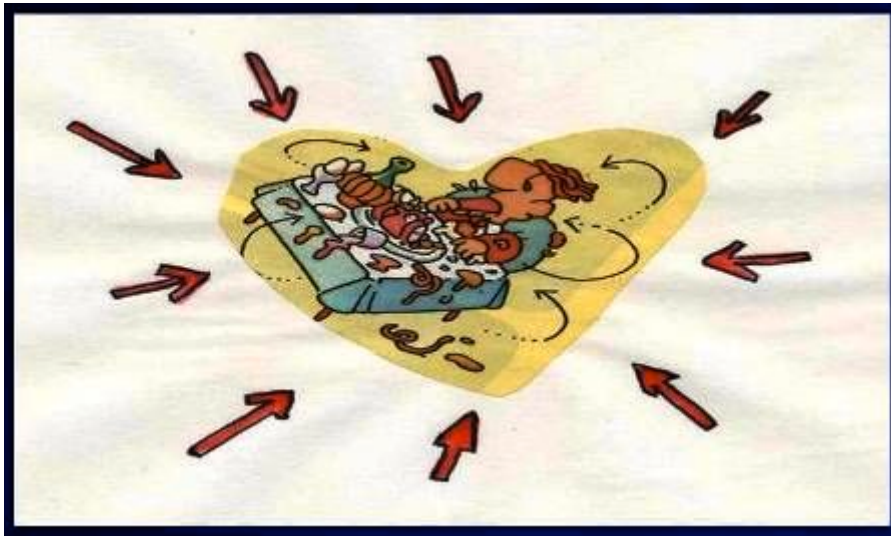


Molti si chiedono se sesso e infarto sono conciliabili tra loro. L'attività sessuale è una "abitudine di vita" importante e significativa per la ripresa psicologica, proprio perché, come l'esercizio fisico, il buon cibo, il potere e la meditazione favoriscono la produzione delle endorfine, i mediatori chimici che aumentano il piacere, la sensazione di benessere e l'autostima.

Un rapporto sessuale, in assenza di particolari stress

emotivi, se effettuato con il partner abituale, non rappresenta uno sforzo fisico importante. Durante il rapporto, il cuore aumenta la sua capacità lavorativa del 50% e la pressione arteriosa sale del 30-50%. Per tale motivo dopo un episodio ischemico cardiaco non vi sono controindicazioni a riprendere un normale attività sessuale tuttavia se dopo l'infarto sono insorti scompensi cardiaci, angina da sforzo e soprattutto a riposo, aritmie, prove da sforzo positive, il cardiologo si vedrà costretto a sconsigliare l'attività sessuale. Ma non "sine die": solo fino a quando tutta la situazione cardiovascolare sarà tornata normale. E' importante il tempo totale dedicato al rapporto sessuale ed evitare tutto ciò che può intensificare la carica emotiva. Come sempre nella coppia è importante la complicità. Spesso la moglie, o la compagna, si trasforma in madre. Mai atteggiamenti di rifiuto o di iperprotezione con l'inconscio pensiero che l'attività sessuale possa in qualche modo peggiorare il nuovo equilibrio cardiocircolatorio.

E per finire: tutti a tavola

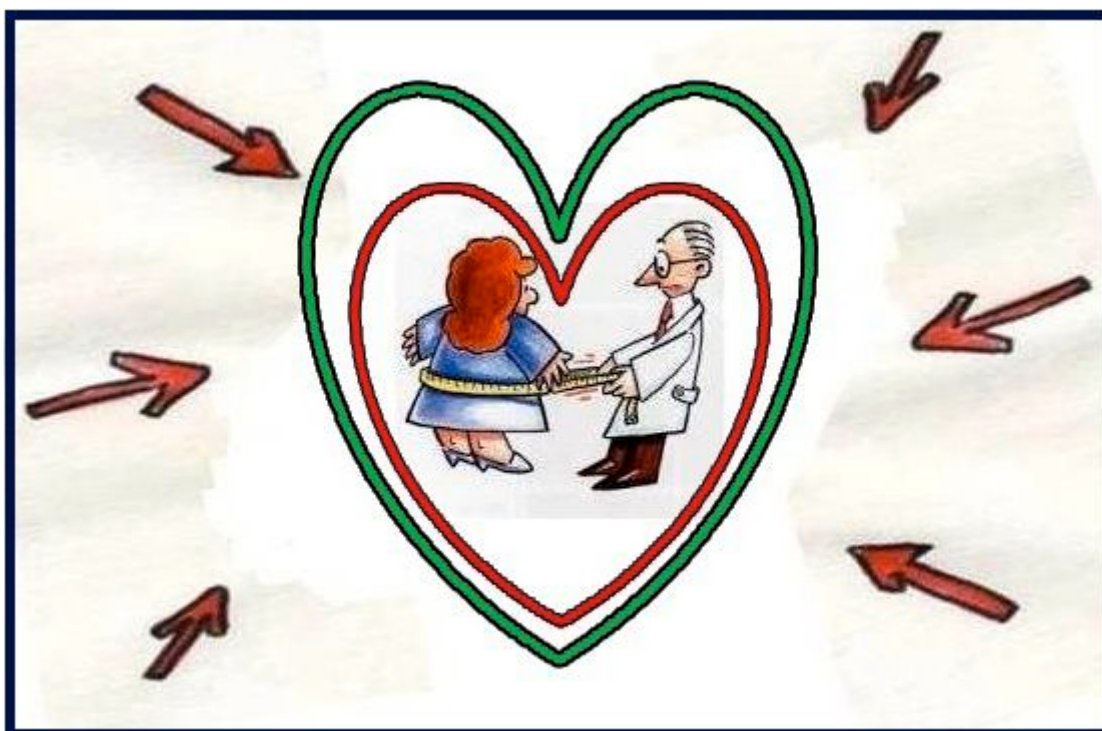


Attenzione particolare deve essere posta all'alimentazione. Quando il peso corporeo aumenta, il cuore lavora di più. Smaltire i chili superflui facendo ginnastica e modificando l'alimentazione riduce in definitiva il lavoro cardiaco e incide positivamente sui fattori modificabili di rischio cardiovascolare. E' consigliabile pesarsi ogni mattina e soprattutto monitorare due importanti parametri: la circonferenza addominale e l'indice di massa corporea.

L'accumulo adiposo nella parte interna dell'addome, rappresenta un fattore di rischio indipendente per le patologie cardiovascolari, per il diabete e per la mortalità in genere. Il metodo più semplice per valutare la percentuale di grasso viscerale è misurare la circonferenza a livello dell'addome. Per definizione, essa rappresenta la circonferenza minima tra la gabbia toracica e l'ombelico con il soggetto in piedi e con i muscoli addominali rilassati.

La circonferenza addominale si valuta con un comune nastro metrico, non elastico, posto a livello della vita, secondo un piano orizzontale parallelo al pavimento. La vita rappresenta la parte più stretta dell'addome e normalmente si trova appena sopra la porzione superiore del bordo laterale della cresta iliaca. Qualora tale zona non fosse ben evidente, la misura è presa a livello dell'ombelico.

E' molto importante mantenere in orizzontale il nastro metrico ed evitare di stringerlo eccessivamente o mantenerlo troppo allentato; l'addome deve inoltre essere spoglio da vestiti. Si tratta di un metodo indiretto ma pratico, economico e dotato di una discreta attendibilità. In alternativa, dati molto più accurati e sicuramente più costosi, si ottengono tramite valutazione con risonanza magnetica, Tac ed ecografia.



La circonferenza addominale, rilevata secondo il procedimento appena descritto, assume significato diverso in relazione all'età e al sesso dell'esaminato. In particolare, per un individuo adulto: valori superiori a 94 cm nell'uomo e a 80 cm nella donna sono indice di obesità viscerale e si associano a un "rischio moderato".

Valori superiori a 102 cm nell'uomo e a 88 cm nella donna sono associati a un "rischio accentuato".

Il secondo parametro di valutazione è il BMI (body mass index) o IMC (indice di massa corporea). Si ottiene dividendo il peso per il quadrato dell'altezza, quindi l'unità di misura è Kg/cm². Fra 18,5 e 24,9 si è in condizione di normopeso. L'organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato questa classificazione dei differenti valori di BMI negli adulti: sovrappeso da 25 a 30, obesità se superiore a 30.

La dieta e l'attività fisica riducono il colesterolo. L'esercizio fisico dovrebbe avere un ruolo importante in qualsiasi programma di riduzione del colesterolo. L'esercizio fisico non solo aiuta a ridurre il colesterolo elevato ma anche altri fattori di rischio delle malattie cardiache come l'ipertensione e l'obesità. Il cibo è la fonte primaria di un eccesso di colesterolo e grassi nel tuo organismo.

Allora cosa mangiare?

Questi sono i consigli semplici da seguire:

1. Grassi: tutti i grassi devono essere limitati
2. Carni: pollo, tacchino, coniglio, vitello e manzo magro, bresaola, speck
3. Prodotti caseari e uova: latte scremato, yogurt magro, formaggi magri (ricotta), albume d'uovo
4. Pesce: ogni tipo di pesce bollito, in umido o al forno
5. Frutta, verdura e legumi: ogni tipo di ortaggi e verdure fresche
6. Cereali: pasta, riso e orzo
7. Dolcificanti: dolcificanti acalorici
8. Bevande: the, bevande dietetiche

E cosa non mangiare?

1. Grassi: burro, lardo, strutto, margarina
2. Carni: carni grasse, frattaglie, cotechino, wurstel, salsicce, salumi, mortadella, coppa
3. Prodotti caseari e uova: latte intero, crema, panna, yogurt intero, formaggi ricchi di grassi (formaggi stagionati, mascarpone)
4. Pesce: caviale
5. Frutta, verdura e legumi: purea di patate, frutta sciroppata e secca (ad eccezione di poche mandorle o noci per l'effetto antiossidante)
6. Cereali: pane all'olio, pizza (concessa sporadicamente la tradizionale "margherita" in alternativa al pasto completo, con olio d'oliva e senza strutto)
7. Dolcificanti e dolci: zucchero, marmellata, caramelle, cioccolato, torrone, brioche, biscotti
8. Bevande: succhi di frutta, coca-cola, aranciata, bibite gassate etc.

In definitiva alimentazione mediterranea con cereali a basso indice glicemico, maggiori proteine vegetali, pesce, carne bianca maggiore di quella rossa, verdura, frutta di stagione e olio di oliva.

E per il brindisi? È stato dimostrato che le persone che consumano molti alcolici presentano un rischio aumentato di malattia coronarica. Un'assunzione eccessiva di alcool rende più probabili i fattori di rischio come l'ipertensione e il sovrappeso. Pertanto si raccomanda un consumo assai limitato di bevande alcoliche, preferire poco vino rosso, soprattutto in chi ha già avuto un episodio ischemico cardiaco.

E finalmente, dopo tante "istruzioni per l'uso", TUTTI A TAVOLA

Conclusioni e ringraziamenti

Dopo tanti anni di professione nell'ambito cardiologico mi sono accorto che, nell'esposizione, chiarezza, semplicità ed esattezza sono tre paritarie e indispensabili caratteristiche necessarie affinché un messaggio sanitario raggiunga, con esito positivo, un numero sempre maggiore d'individui diversi tra loro per genere, età e condizione sociale.

Il paziente e i suoi familiari ricercano nel medico un amico e un fratello e pertanto tutti quelli che svolgono una professione di aiuto devono porsi, di conseguenza, verso l'utenza, con spirito di servizio e di fratellanza. Questa è stata la passione retorica che mi ha spinto a elaborare il progetto **"Infarto del miocardio. Dopo l'ospedale il ritorno a casa"**.

Dodici capitoli di consigli pratici, le istruzioni per l'uso, per una corretta gestione, nella tranquillità dell'abitazione e con l'aiuto della famiglia, del post infarto o di una malattia coronarica. Negli articoli è stato dato spazio ai fattori di rischio coronarico, alle terapie farmacologiche e alle indagini diagnostiche. Sono stati ben evidenziati gli aspetti psicologici, le abitudini di vita, i consigli nutrizionali e tutte le problematiche concernenti, l'attività lavorativa e il tempo libero, dallo sport alla socializzazione e all'attività sessuale.

Particolare attenzione è stata posta alla rielaborazione delle immagini, curate dalla dott.ssa Angela Sara Guglielmi, per meglio diffondere i messaggi di prevenzione e dare leggerezza agli articoli. Significativo l'apporto culturale e scientifico del collega Paolo Colonna e di mia figlia Angela che ha curato gli aspetti e le problematiche psicologiche. Non meno importante l'apporto di tutti i collaboratori di ogni ordine e grado della Cardiologia Ospedaliera "Luigi Colonna" che quotidianamente con encomiabile spirito di servizio e alto grado di professionalità, si dedicano all'assistenza e alla cura dei pazienti ricoverati e ambulatoriali privilegiando l'umanizzazione dei trattamenti e la ricerca.

Grazie all'interattività, numerosi sono stati i consigli e le proposte giunte dai lettori e tra quelle, quella di creare allegati, per esempio questionari psicologici per monitorare gli aspetti di qualità di vita e di aderenza alla terapia. Presto un rinomato chef pugliese elaborerà le "Ricette del cuore" per la preparazione di gustose pietanze che, oltre a deliziare il palato, saranno di vero supporto alle terapie. Tutte le nuove realizzazioni saranno gli "allegati", a testimonianza di una vera dinamicità dell'opera.

E per finire ringrazio anche a nome di tutti i collaboratori della U.O.C. di Cardiologia Ospedaliera "Luigi Colonna", che attualmente ho l'onore di dirigere, il Direttore Generale dell'Azienda, dott. Vitangelo Dattoli, e la responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, dott.ssa Anna Maria Di Natale per aver condiviso e divulgato il progetto.

Bari 6/12/2013

Indice

<i>Capitolo I</i>	
Presentazione	pag. 2
<i>Capitolo II</i>	
Premesse. Dalla teoria alla pratica	pag. 4
<i>Capitolo III</i>	
Istruzioni per l'uso: la regola delle tre A	pag. 5
<i>Capitolo IV</i>	
Nel cuore del rischio cardiovascolare	pag. 6
<i>Capitolo V</i>	
Colesterolo re tra i fattori di rischio cardiovascolare e killer sempre in agguato. Questione di buono e cattivo	pag. 9
<i>Capitolo VI</i>	
Controlla la Pressione Arteriosa	pag. 13
<i>Capitolo VII</i>	
Pillole di saggezza su fumo, stress, diabete, esercizio fisico	pag. 15
<i>Capitolo VIII</i>	
La terapia medica	pag. 19
<i>Capitolo IX</i>	
La terapia ideale per il sig. Mario Rossi	pag. 22
<i>Capitolo X</i>	
I controlli e alcune indagini diagnostiche sono necessarie	pag. 24
<i>Capitolo XI</i>	
Abitudini di vita ed attività sessuale	pag. 26
<i>Capitolo XII</i>	
E per finire: tutti a tavola	pag. 28
Conclusioni e ringraziamenti	pag. 31