

2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease

J Amer Coll Cardiol & Circulation 2019 epub ahead of print

2019 Κατευθυντήριες οδηγίες για την πρωτογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα (KAN) που οφείλονται σε αθηροσκλήρωση αποτελούν την πιο συχνή αιτία θανάτου παγκοσμίως. Μεγάλο ποσοστό αυτών των παθήσεων θανατηφόρων και μη (μισοί με έμφραγμα μυοκαρδίου και 1/3 αυτών που πεθαίνουν αιφνίδια) συμβαίνουν σε άτομα χωρίς γνωστή KAN. Η πλειοψηφία του όγκου αυτών των παθήσεων και της θνητότητας οφείλεται σε 4 παράγοντες συμπεριφοράς (κάπνισμα, φτωχή διαίτα, αυξημένο βάρος σώματος, καθιστικός τρόπος ζωής) και σε τρεις κύριους παράγοντες κινδύνου (δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, διαβήτης).

Η πλειοψηφία των καρδιαγγειακών συμβαμάτων μπορούν να αποφευχθούν με αρχέγονη (promordial) πρόληψη (πρόληψη ανάπτυξης παραγόντων κινδύνου) ή μέσω ελέγχου των παραδοσιακών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (πρωτογενής πρόληψη). Μέχρι τώρα είχαμε στη διάθεσή μας λεπτομερείς οδηγίες για την εκτίμηση του ΚΑ κινδύνου, αντιμετώπιση του τρόπου ζωής, και θεραπεία ενός εκάστου παράγοντα κινδύνου ξεχωριστά. Οι καινούργιες οδηγίες έχουν συγκεντρώσει και αναβαθμίσει όλες τις πληροφορίες σε 9 θέματα: εκτίμησης κινδύνου, διαίτα, άσκηση/ φυσική δραστηριότητα, παχυσαρκία, διαβήτη τύπου 2, χοληστερόλη αίματος, υπέρταση, διακοπή καπνίσματος και χρήση ασπιρίνης). Αυτό όμως για το κλινικό καρδιολόγο είναι υπερβολικό να το προσεγγίσει. Η πιο σημαντική καινοτομία των νέων οδηγιών είναι το παράδειγμα της θεραπείας που έχει σαν κύριο στόχο με έμφαση στην φροντίδα βασισμένης σε ομάδα, από κοινού λήψη απόφασης και εκτίμηση των παραγόντων που καθορίζουν την υγεία.

Στη συνέχεια ακολουθεί συνοπτική παρουσίαση των πιο σημαντικών σημείων από τις πρόσφατες δημοσιευμένες κατευθυντήριες οδηγίες των **American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force**.

Ο σημαντικότερος τρόπος πρόληψης της αθηρωματικής καρδιαγγειακής νόσου (στεφανιαία νόσος, ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά, περιφερική αρτηριακή νόσος),

καρδιακής ανεπάρκειας και κολπικής μαρμαρυγής είναι η **διά βίου υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής**.

1. Φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή

Η ομαδική προσέγγιση παροχής φροντίδας αποτελεί μια αποτελεσματική στρατηγική πρόληψης των ΚΑΝ. Φροντίδα βασισμένη σε πολυσύνθετη ομάδα λειτουργιών υγείας που εμπλέκει τους ασθενείς και τις οικογένειες των σε λήψη αποφάσεων βελτιώνει τους παράγοντες κινδύνου και μειώνει τις επανανοσηλείες, τα καρδιαγγειακά συμβάματα και τα κόστη. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει να αξιολογούν τους παράγοντες που καθορίζουν την κοινωνική υγεία ατόμων με ανθυγιεινές συμπεριφορές. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν τον τρόπο διαβίωσης, ζουν μόνοι τους με περιορισμένη δυνατότητα πρόσβασης σε τροφή ή διατροφικές και οικονομικές δυσκολίες, ανασφάλεια, δυσκολίες μεταφοράς, προβλήματα ασφάλειας, άγνοια υγιεινών κανόνων.

Νωπές είναι οι εμπειρίες μας στη χώρα μας με τα κοινωνικά συστήματα και παντοπωλεία ή αναζήτηση τροφής σε κάδους απορριμμάτων. Είναι γεγονός ότι ενώ οι περισσότεροι γιατροί είναι ευαίσθητοι σε αυτά τα θέματα, οι παράγοντες γενικά δεν εκτιμώνται στην κλινική εκτίμηση.

2. Εκτίμηση 10ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου

Άτομα ηλικίας 40-75 ετών που αξιολογούνται για πρόληψη ΚΑΝ πρέπει να υποβληθούν σε εκτίμηση του **10ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου** και να συζητηθεί ο κίνδυνος μεταξύ γιατρού ασθενούς πριν αρχίσει η φαρμακευτική θεραπεία όπως αντιυπερτασική, στατίνες ή ασπιρίνη. Επιπλέον σε επιλεγμένες περιπτώσεις πρέπει να συνεκτιμώνται παράγοντες που επιδεινώνουν τον κίνδυνο αλλά δεν συμπεριλαμβάνονται στον υπολογισμό του κινδύνου. Τέτοιο είναι η το οικογενειακό ιστορικό πρώιμης Στεφανιαίας νόσου, μεταβολικό σύνδρομο, χρόνια νεφρική νόσος ή άλλες φλεγμονώδεις παθήσεις (λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα), ιστορικό προεκλαμψίας, επίπεδα λιποπρωτεΐνης (α) και του ασβεστίου των στεφανιαίων. Οι επιβαρυντικοί αυτοί παράγοντες δίνουν την δυνατότητα επανεξέτασης του κινδύνου προς τα πάνω, αλλά η απουσία τους δεν επαναξιολογεί τον κίνδυνο προς τα κάτω εκτός και αν μετρηθούν δείκτες υποκλινικής αθηροσκλήρωσης όπως το ασβέστιο των στεφανιαίων αρτηριών (coronary artery calcium (CAC) score). Σε ασθενείς με οριακό (5.0–7.4%) και ενδιάμεσο (7.5–19.9%) δεκαετή αθηρωματικό καρδιαγγειακό κίνδυνο που οι αποφάσεις είναι αβέβαιες, οι οδηγίες 2019 συνιστούν ξεκάθαρα σαν την μέθοδο εκλογής για λήψη απόφασης CAC testing (class IIA). Άτομα με CAC score 0 είναι χαμηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάντα τα επόμενα 10 χρόνια, και δεν

συνιστάται επί του παρόντος χορήγηση στατινών (κάτι παρόμοιο ισχύει και για τη χρήση αντιυπερτασικών ή ασπιρίνης). Αντίθετα αν το CAC score είναι ≥ 100 Agatston units ο κίνδυνος επαναξιολογείται προς τα πάνω και βοηθάει στην αναγνώριση ασθενών που θα ωφεληθούν από την χορήγηση στατινών (το όφελος ξεπερνάει την πιθανότητα για ζημιά). Η στρατηγική αυτή έχει αποδειχθεί να είναι cost-effective, επιλέγοντας ασθενείς που έχουν περισσότερες πιθανότητες να ωφεληθούν από τις θεραπείες, ελαχιστοποιώντας τις παρενέργειες και το κόστος από την κατάχρηση των θεραπειών. Τα άτομα υψηλού κινδύνου για ΚΑΝ έχουν μεγαλύτερο όφελος από τις προληπτικές θεραπείες σε σύγκριση με τα άτομα μικρότερου κινδύνου. Η πρόβλεψη του κινδύνου λειτουργεί σαν οδηγός στην ένταξη των ασθενών για συζήτηση για το επίπεδο του κινδύνου, τις απαιτούμενες μεταβολές του τρόπου ζωής και όταν ενδείκνυται φαρμακευτική θεραπεία. Με τον ίδιο τρόπο οι οδηγίες υποστηρίζουν και την εξατομίκευση των στόχων της ΑΠ σύμφωνα με τον προβλεπόμενο κίνδυνο. ASCVD Risk Estimator: http://tools.acc.org/ldl/ascvd_risk_estimator/index.html#!/calculate/estimator/

3. Διατροφή/ Δίαιτα

Σε όλους τους ενήλικες συνιστάται να **καταναλώνουν υγιεινές τροφές** όπως λαχανικά, φρούτα, καρύδια, δημητριακά ολικής αλέσεως, πουλερικά, ψάρια (ό,τι τρέχει, ό,τι πετάει, ό,τι κολυμπάει), και να αποφεύγονται τα επεξεργασμένα (κατεψυγμένα, καπνιστά, με συντηρητικά) κρέατα, υδατάνθρακες, λίπη (αντικατάσταση των πολυακόρεστων με μονοακόρεστα) και σακχαρούχα αναψυκτικά.

4. Παχυσαρκία/απώλεια βάρους

Για τους παχύσαρκους ασθενείς συνίσταται περιορισμός θερμίδων (800 1500 Kcal/ ημερησίως για επίτευξη και διατήρηση στην απώλεια βάρους που έχει επιτευχθεί.

5. Άσκηση/ Φυσική δραστηριότητα

Οι ενήλικες πρέπει να ενστερνισθούν την τουλάχιστον 150 λεπτά/ εβδομάδα μέτριας έντασης (μπορεί να μιλάει αλλά όχι να τραγουδάει) αερόβια **φυσική άσκηση** ή 75 λεπτά έντονης έντασης (δεν μπορεί να πει λίγες λέξεις χωρίς να πάρει ανάσα) φυσική άσκηση. Οι οδηγίες αναφέρονται ειδικά στην στόχευση της καθιστικής συμπεριφοράς που όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται ως βασικός τροποποιήσιμος παράγοντας για μείωση των ΚΑΝ. Πρέπει να τονίζεται στους καθιστικούς ασθενείς ότι η όποια δραστηριότητα είναι καλύτερη από την καθόλου. *Η άσκηση σε βοηθάει να νοιώθεις καλύτερα, να λειτουργείς καλύτερα και να κοιμάσαι καλύτερα.*

6. Σακχαρώδης Διαβήτης

Ένας στους 3 ενήλικες έχει προδιαβήτη και 10% περίπου των ενηλίκων, διαβήτη τύπου 2. Για τους ενήλικες **διαβητικούς** η αλλαγή τρόπου ζωής (βελτίωση των διατροφικών συνηθειών, μείωση βάρους και άσκηση) είναι εκ των ων ουκ άνευ. Για τις περιπτώσεις που ενδείκνυνται φάρμακα, η πρώτη επιλογή είναι η μετφορμίνη και ακολουθούν οι αναστολείς των συμμεταφορέων νατρίου-γλυκόζης (SGLT2i) (Iia) και των αγωνιστών του υποδοχέα GLP-1(GLP1RA)(IIβ).

Επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η διάρκεια >10 χρόνια, αμφιβληστροειπάθεια, λευκωματινουρία (≥ 30 mcg albumin/mg creatinine), νευροπάθεια, νεφρική νόσος (eGFR <60 mL/min/1.73 m²), σφυροβραχίονιος δείκτης <90.

7. Κάπνισμα

*Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών παγκοσμίως. Το 27% των Ελλήνων ανάβει καθημερινά τσιγάρο. Πέρα από τη στεφανιαία νόσο το 2018 στη χώρα καταγράφηκαν 9.964 νέα περιστατικά καρκίνου του πνεύμονα. Σε κάθε ιατρική επίσκεψη όλοι οι ενήλικες πρέπει να ερωτώνται για την χρήση **καπνού** και οι καπνιστές πρέπει να βοηθηθούν και να συμβουλευούνται αυστηρά για διακοπή του καπνίσματος με παρεμβάσεις συμπεριφοράς και φαρμακευτική θεραπεία (υποκατάστατα νικοτίνης, βουπροπιόνη, βαρενικλίνη). Αξιοσημείωτο είναι ότι ο FDA απέσυρε τις προειδοποιήσεις που σχετίζονταν με νευροψυχιατρικές παρενέργειες των αναφερόμενων φαρμάκων. Οδηγίες όπως “το πιο σημαντικό που έχεις να κάνεις για τη ζωή σου είναι να κόψεις το κάπνισμα” είναι θεμελιώδεις. Κατά την πρώτη προσέγγιση να αποφεύγονται ερωτήσεις του τύπου καπνίζετε ή είστε καπνιστής γιατί δεν αρέσουν στους καπνιστές.*

	Outpatient With Stable CVD	Inpatient With ACS
1st line	Varenicline OR combination NRT*	<i>In-hospital to relieve nicotine withdrawal:</i> Nicotine patch OR combination NRT* <i>At discharge: Combination NRT or varenicline†</i>
2nd line	Bupropion OR single NRT product	<i>At discharge: Single NRT product</i>
3rd line	Nortriptyline‡	Bupropion§
If single agent is insufficient to achieve abstinence	Combine categories of FDA-approved drugs: Varenicline + NRT (single agent) Varenicline + bupropion Bupropion + NRT	n/a

8. Ασπιρίνη

Η ασπιρίνη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στη καθ ημέρα πράξη λόγω έλλειψης καθαρού ωφέλους και να περιορισθεί σε επιλεγμένους υψηλού κινδύνου και χαμηλού αιμορραγικού κινδύνου. Αντενδείκνυται σίγουρα στους ηλικίας >70ετών και με υψηλό αιμορραγικό κίνδυνο (ιστορικό αιμορραγιών, συνχορήγηση αντιπηκτικών ή μη στεροειδών αντιφλεγμονοδών, χαμηλά αιμοπετάλια, θρομβασθένεια, χρόνια νεφρική νόσος).

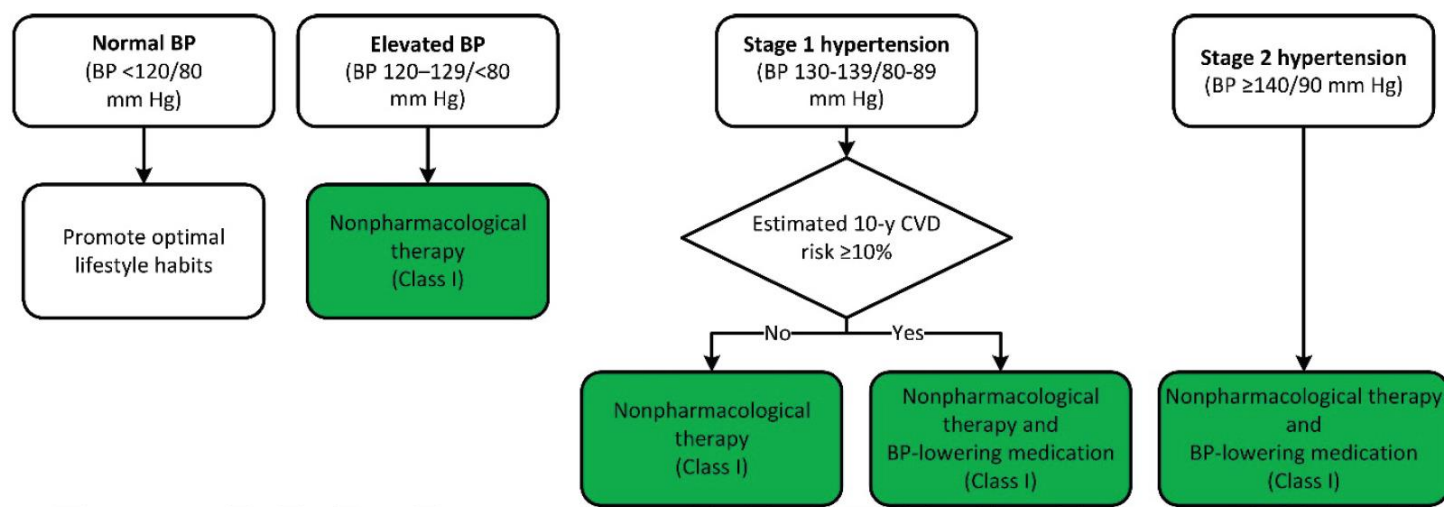
9. Στατίνες

Η θεραπεία με **στατίνη** αποτελεί πρώτης γραμμής θεραπευτική επιλογή στην πρωτογενή πρόληψη αθηρωματικών καρδιαγγειακών παθήσεων με αυξημένα επίπεδα λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας (LDL-C ≥ 190 mg/dL), αυτούς με διαβήτη (ηλικίας 40-75 έτη) (ανεξάρτητα του καρδ. κινδύνου, και σε αυτούς που ο καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι αυξημένος μετά από συζήτηση του κινδύνου μεταξύ γιατρού-ασθενούς. Σε ενήλικες με ενδιάμεσο κίνδυνο (**$\geq 7.5\%$ to $< 20\%$ 10-year ASCVD risk**), η θεραπεία με στατίνη μειώνει τον ASCVD κίνδυνο, και στο πλαίσιο συζήτησης του κινδύνου αν πρέπει να παρθεί απόφαση για θεραπεία με στατίνη, πρέπει να χορηγηθεί μια ενδιάμεσης ισχύος στατίνη.

10. Υπέρταση

Για όλους τους ενήλικες με **αυξημένη αρτηριακή πίεση** ή υπέρταση συνιστώνται μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις (απώλεια βάρους, υγιεινή διατροφή, όχι αλάτι -προσοχή στις επεξεργασμένες τροφές-, πρόσληψη καλίου, φυσική άσκηση, αποφυγή υπερβολικού αλκοόλ). Για εκείνους που χρειάζεται φαρμακευτική θεραπεία ο στόχος της ΑΠ πρέπει γενικά να είναι $<130/80$ mm Hg.

Figure 4. BP Thresholds and Recommendations for Treatment



Συμπερασματικά οι ACC/AHA 2019 guidelines για την πρωτογενή πρόληψη των ΚΑΝ αποτελούν πολύτιμη πηγή πληροφοριών για παθολόγους/ γενικούς γιατρούς, καρδιολόγους και όλους που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στην πρωτογενή πρόληψη. Οι πόροι πρέπει να εστιασθούν στην τροποποίηση συμπεριφορών για προαγωγή ενός υγιεινού τρόπου ζωής (healthy lifestyle). Ακόμη οι πάροχοι υγείας πρέπει να εμπλέκουν τον άρρωστο σε συζήτηση για την εκτίμηση του κινδύνου και παρεμβάσεις που μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο, έχοντας πάντα υπόψη τις προσωπικές αξίες και προτιμήσεις

Figure 3. Primary Prevention

