

PREVENZIONE CV: CRITICITÀ NUTRIZIONALI

Da CardioLink Scientific News agosto 2011

Relazione tra nutrizione, alimenti e rischio CV. Necessario passare dalla generica informazione alimentare alla specifica educazione nutrizionale.

La malattia cardiovascolare (CHD) ha un'incidenza di circa il 36% sulla mortalità totale della popolazione occidentale. Tra il 1980 e il 2000 la riduzione della quota di mortalità per coronaropatia è stata superiore al 40%. È stato stimato che la riduzione della CHD è da attribuire per metà alla riduzione dei maggiori fattori di rischio cardiovascolari e per l'altra metà alle terapie mediche basate sull'evidenza (terapie mediche in prevenzione secondaria, terapia riabilitativa e terapie della fase acuta dell'infarto) (Franklin BA *Circulation* 2011). Tra i nove principali fattori di rischio in grado di spiegare più del 90% del rischio di popolazione di sviluppare un infarto miocardico acuto (Eckel RH et al *Circulation* 2006), il ruolo giocato dalla componente nutrizionale nel determinismo diretto (obesità viscerale e scarso consumo di vegetali) ed indiretto (diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemia, sindrome metabolica) è rilevante. Questo si verifica in tutte le etnie nelle nazioni sviluppate, con recente aumento notevole in quelle in via di sviluppo. È noto appunto come errori alimentari perpetuati nel tempo inducano un aumento dell'incidenza delle malattie cardiovascolari in tutte le fasce di età. Pertanto, una corretta alimentazione svolge un ruolo importante dal punto di vista preventivo e terapeutico per le malattie cardiovascolari. Vi sono ormai elementi di prova verso un'azione benefica di determinati fattori dietetici. Studi randomizzati e controllati (RCT) dei fattori di rischio cardiometabolici e studi di coorte prospettici di end point di malattia forniscono solide prove concordanti per gli effetti cardiovascolari di alcuni alimenti specifici. Gli alimenti rappresentano la sinergia degli effetti compositi e le interazioni di molteplici fattori, tra cui la qualità dei carboidrati, il contenuto di fibre, specifici acidi grassi e proteine, metodi di preparazione, la struttura degli alimenti e la biodisponibilità dei micronutrienti.

Alimenti (Mozaffarian D et al *Circulation* 2011)

Frutta e verdura

Negli RCT, le diete che enfatizzano il consumo di frutta e verdura hanno prodotto sostanziali miglioramenti in diversi fattori di rischio, compresa la pressione arteriosa, i livelli dei lipidi, insulino-resistenza, i livelli di biomarkers infiammatori, la funzione endoteliale ed il controllo del peso corporeo. Tali benefici potrebbero derivare da un insieme più complesso di micronutrienti, sostanze fitochimiche e fibre che si trovano in frutta e verdura, essendoci potenzialmente una maggiore biodisponibilità di queste sostanze nel loro stato naturale, e/o la sostituzione di alimenti meno salutari nella dieta. In studi osservazionali di lungo periodo, maggiore consumo di frutta e verdura è singolarmente associato ad una minore incidenza di malattia coronarica (CHD), e il maggiore consumo di frutta è associato ad una minore incidenza di ictus.

Cereali integrali

Negli RCT, il consumo di cereali integrali migliora l'omeostasi del glucosio-insulina e la funzione endoteliale e riduce i marcatori dell'infiammazione e migliora la perdita di peso corporeo. Negli RCT, l'aumento di fibre nella dieta riduce i livelli sierici di trigliceridi, colesterolo LDL, glicemia e pressione arteriosa. Effetti benefici per la salute, comunque, vengono da altre caratteristiche dei cereali integrali, tra cui una più lenta digestione (risposta glicemica più bassa) e più alto contenuto di minerali, sostanze fitochimiche e acidi grassi.

Pesce

Gli RCT suggeriscono che l'olio di pesce o il consumo di pesce può ridurre l'infiammazione, migliorare la funzione endoteliale, normalizzare la variabilità della frequenza cardiaca, il rilasciamento miocardico e ne migliorano l'efficienza e, a dosi elevate, l'aggregazione piastrinica. Coerentemente con questi benefici fisiologici, l'abituale consumo di pesce è associato ad una minore incidenza di malattia coronarica e di ictus ischemico, soprattutto il rischio di morte cardiaca. Se il beneficio del consumo di pesce può essere completamente riprodotto con supplementi di olio di pesce non è stato ancora stabilito.

Noci - Frutta secca

Le noci ed altra frutta secca contengono diversi componenti bioattivi che possono migliorare la salute cardiometabolica, tra cui acidi grassi insaturi, proteine vegetali (ad esempio, L-arginina, un precursore dell'ossido nitrico), fibre, acido folico, minerali, antiossidanti, e fitonutrienti. Il consumo di noci riduce il colesterolo totale, colesterolo LDL, l'iperglicemia postprandiale da alto contenuto di carboidrati ai pasti e biomarcatori dello stress ossidativo, dell'infiammazione ed endoteliale con riduzione del rischio cardiovascolare osservata negli studi di coorte prospettici. Inoltre, il consumo di noci è anche associato a una ridotta adiposità in studi osservazionali e in RCT.

Carne

Diversi costituenti di carni rosse potrebbero aumentare il rischio cardiometabolico, tra cui SFA, colesterolo, ferro eme e in carni trasformate, alti livelli di sale e altri conservanti. Un minor consumo di carni rosse è costantemente parte dei modelli alimentari associati ad un basso rischio cardiovascolare. Quando sono stati valutati sistematicamente diversi tipi di carne, il consumo di carni trasformate è risultato associato ad una maggiore incidenza di malattia coronarica e diabete mellito. Questi risultati suggeriscono che gli effetti negativi di conservanti (ad esempio sodio, nitriti e fosfati) e/o metodi di preparazione (ad esempio, ad alta temperatura nella cottura commerciale/frittura) possono influenzare gli effetti sulla salute dal consumo di carne.

Pertanto, sopra sono stati citati solo alcuni principali alimenti che sembrano influenzare il rischio cardiovascolare; in realtà gli effetti degli alimenti sulla salute possono derivare da effetti sinergici di più costituenti, così come dimostrato per la dieta Mediterranea.

Questi dati sottolineano il ruolo della prevenzione sia a livello della popolazione che di singolo individuo. La prevenzione a livello di popolazione generale può essere effettuata con idonee strategie sociosanitarie che sono soprattutto di competenza strutturale delle istituzioni sociopolitiche sanitarie. La prevenzione individuale per la CHD deve essere un imperativo nell'agire quotidiano di ogni operatore sanitario come abituale routine nell'interazione medico-paziente. Se per questo aspetto, la teoria è ampiamente condivisa, la pratica risulta però problematica per una serie di fattori:

- Insufficiente preparazione media nella gestione della patologia cronica. L'auspicato approccio multidisciplinare trova sempre più difficoltà nel concretizzarsi a causa della riduzione delle risorse economiche ed umane, specie nella sanità pubblica. Un possibile correttivo è allora rappresentato dalla acquisizione basale di una multicompetenza professionale nello specialista, che è deficitaria nel corso degli studi universitari.
- L'eccessiva lunghezza dell'applicazione pratica delle linee guida. Ci vogliono anni prima che il 50% dei professionisti medici applichi, nella propria pratica quotidiana, le indicazioni secondo EBM.
- L'approccio terapeutico della classe medica pone spesso esclusiva attenzione alla farmacoterapia trascurando l'importanza pratica delle abitudini alimentari e dello stile di vita del paziente, sia per immediatezza pratica (poco tempo a disposizione) sia per mancata competenza specifica. Si pensi, ad esempio, alla scarsa formazione in Nutrizione clinica

nel corso degli studi universitari sia di laurea che di specializzazione.

- Lo stesso medico spesso non dà un buon esempio al paziente in tema di consigli preventivi, in quanto egli stesso non li osserva, con conseguenziale ridotta capacità di convincimento e di trasmissione nella giusta proposizione delle modifiche dello stile di vita.

- Vi è una trascuratezza nel rilievo dei parametri antropometrici di base, come il peso corporeo, l'indice di massa corporea e la circonferenza vita, e delle abitudini alimentari e stile di vita del paziente.

Come colmare questo divario tra teoria e pratica per la prevenzione cardiovascolare nel singolo paziente:

- Rilevare il peso corporeo, l'indice di massa corporea e la circonferenza vita, per innescare, dove presente, la sensibilizzazione verso la problematica al paziente.

- Acquisire consapevolezza circa il ruolo terapeutico e preventivo dell'intervento nutrizionale, la cui concretizzazione non può limitarsi a semplici consigli di ordine generico ma strutturarsi in una strategia complessa e multidisciplinare. In questo senso è opportuno che il Cardiologo identifichi un medico esperto in Nutrizione clinica che lo supporti nella gestione globale del paziente, nel caso che questi sia anche affetto da sovrappeso/obesità, diabete mellito, dislipidemia, sindrome metabolica.

- Non confondere l'intervento di informazione alimentare con quello di educazione alimentare. Nel primo caso, si tratta di rendere dotto il paziente della relazione tra cibo e salute, che è quello che avviene durante una rapida consulenza, mentre nel secondo caso si tratta di pianificare una strategia personalizzata e condivisa dal paziente finalizzata al cambiamento duraturo di comportamenti alimentari errati.

È indispensabile sollecitare una forte collaborazione tra le società scientifiche di riferimento per una formazione continua, per avere strategie comuni verso le istituzioni e le università, per una strutturazione periferica di team o, comunque, collaborazione attiva tra il Cardiologo e il Medico Nutrizionista Clinico.

Lucio Lucchin - Antonio Caretto

Presidente e Segretario Generale dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione clinica - ADI