

Frequenza cardiaca e rischio cardiovascolare

Mauro Marin

Medico di medicina generale
Pordenone, AIMEF

Le evidenze inducono a considerare l'utilità della rilevazione abituale della frequenza cardiaca negli studi dei Mmg. Nonostante il valore predittivo dell'alta frequenza cardiaca per il rischio cardiovascolare, il parametro non viene però contemplato nelle carte del rischio globale

La frequenza cardiaca (FC) elevata a riposo è correlata a un maggiore rischio di mortalità cardiovascolare¹⁻⁴. In base ai dati epidemiologici si stima che una riduzione della frequenza cardiaca del 10-12% corrisponda a una riduzione del 20-40% della morbidità/mortalità cardiovascolare.

Questa correlazione appare lineare e continua, indipendente da altri fattori cardiovascolari, dalla presenza di comorbidità e dall'età. Una frequenza cardiaca superiore a 80 battiti al minuto è stata associata a un aumentato rischio di rottura di placca coronarica in un follow-up angiografico in soggetti senza stenosi coronariche significative. Tuttavia, non è possibile stabilire un valore soglia per definire l'alto rischio: esclusi i casi di bradiaritmie patologiche, più bassa è la frequenza cardiaca, minore è il rischio cardiovascolare.⁵

La FC elevata sarebbe l'effetto di un ipertono simpatico, promuoverebbe l'aterosclerosi e nei soggetti cardiopatici un pericoloso aumento del consumo di ossigeno e del rischio di aritmie.⁶

La frequenza cardiaca è un parametro di semplice rilevazione che può dare dunque informazioni importanti sul rischio cardiovascolare e consentire adeguate modificazioni degli stili di vita e delle terapie in corso.

Per esempio, per ridurre la frequenza cardiaca a riposo va incoraggiata una graduale attività fisica aerobica quotidiana, l'uso di tecniche di rilassamento in caso di stress e vanno sconsigliati l'abuso di caffè, il fumo (nicotina) e l'uso di droghe.

Gli obesi vanno informati che il calo ponderale riduce la frequenza cardiaca e quindi vanno motivati a seguire una dieta ipocalorica.

Negli ipertesi con frequenza cardiaca a riposo di 85-90 battiti/minuto potrebbero essere preferiti come antipertensivi i betabloccanti e i calcioantagonisti non diidropiridinici. Nei pazienti con angina pectoris che presentino controindicazioni ai betabloccanti può essere utilizzata ivabradina (classe A con piano terapeutico specialistico), un inibitore selettivo dei canali I_f del nodo del seno, che diminuisce la frequenza cardiaca senza interferire con la contrattilità miocardica, la conduzione elettrica, il tono vasomotore e il sistema nervoso autonomo.

Comunque l'uso dei betabloccanti si è dimostrato capace di ridurre la mortalità nei pazienti con scompenso cardiaco cronico,⁷ come pure nei pazienti con infarto miocardico acuto e ipertensione arteriosa. In soggetti sottoposti a misurazione della pressione arteriosa dovrebbe essere misurata sempre anche la frequenza cardiaca per almeno 30 secondi, attraverso la palpazione del polso radiale, dopo almeno 5 minuti di riposo in ambiente tranquillo.

L'intervallo di normalità della frequenza cardiaca è di 60-80 battiti/minuto, sebbene nei soggetti che praticano attività sportiva possa presentare valori inferiori a 50 battiti/minuto e nei soggetti sedentari valori superiori a 80 battiti al minuto.

Bisogna escludere anche condizioni in grado di aumentare la frequenza cardiaca (febbre, anemia, ipossiemia, ansia, ipertiroidismo) e uso o abuso di farmaci come beta2-agonisti e levotiroxina.

Sebbene il valore predittivo dell'alta frequenza cardiaca per il rischio cardiovascolare sia considerato in diversi studi di pari importanza rispetto a quello del fumo di tabacco o

dell'ipercolesterolemia, la frequenza cardiaca non viene ancora considerata come parametro di valutazione nelle carte del rischio cardiovascolare globale. Le evidenze epidemiologiche dovrebbero invece indurre a considerare nella pratica clinica la sistematica rilevazione di questo parametro, soprattutto nei pazienti cardiopatici. La frequenza cardiaca è infatti riconosciuta un fattore prognostico indipendente nei pazienti con coronaropatia.⁸ Come la frequenza cardiaca a riposo, anche la frequenza cardiaca sotto sforzo e la differenza tra frequenza cardiaca a riposo e quella massima durante esercizio fisico sono risultate essere fattori prognostici indipendenti per tutte le cause di morte e per la morte improvvisa in una coorte di 5.713 maschi dai 42 ai 53 anni d'età seguiti in un follow-up di 23 anni.⁹

Questi dati dimostrano anche l'utilità dell'uso di un cardiofrequenzimetro nel monitoraggio delle attività sportive in età media, soprattutto in soggetti non adeguatamente allenati, e l'utilità della rilevazione abituale della frequenza cardiaca negli studi dei Mmg nei pazienti a rischio cardiovascolare, eventualmente anche con l'impiego più rapido di un ossimetro.

BIBLIOGRAFIA

1. *Eur Heart J* 2006; 27: 2387-93.
2. *Am J Public Health* 2001; 91: 1258-63.
3. *Clin Exp Hypertens* 2004; 26: 637-44.
4. *G Ital Cardiol* 2006; 7: 119-28.
5. *Hypertension* 1999; 33: 44-52.
6. *Eur Heart J* 2005; 7: 3-6.
7. *Eur Heart J* 2005; 26: 2259-68.
8. *Eur Heart J* 2005; 26: 967-74.
9. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: 270-76.