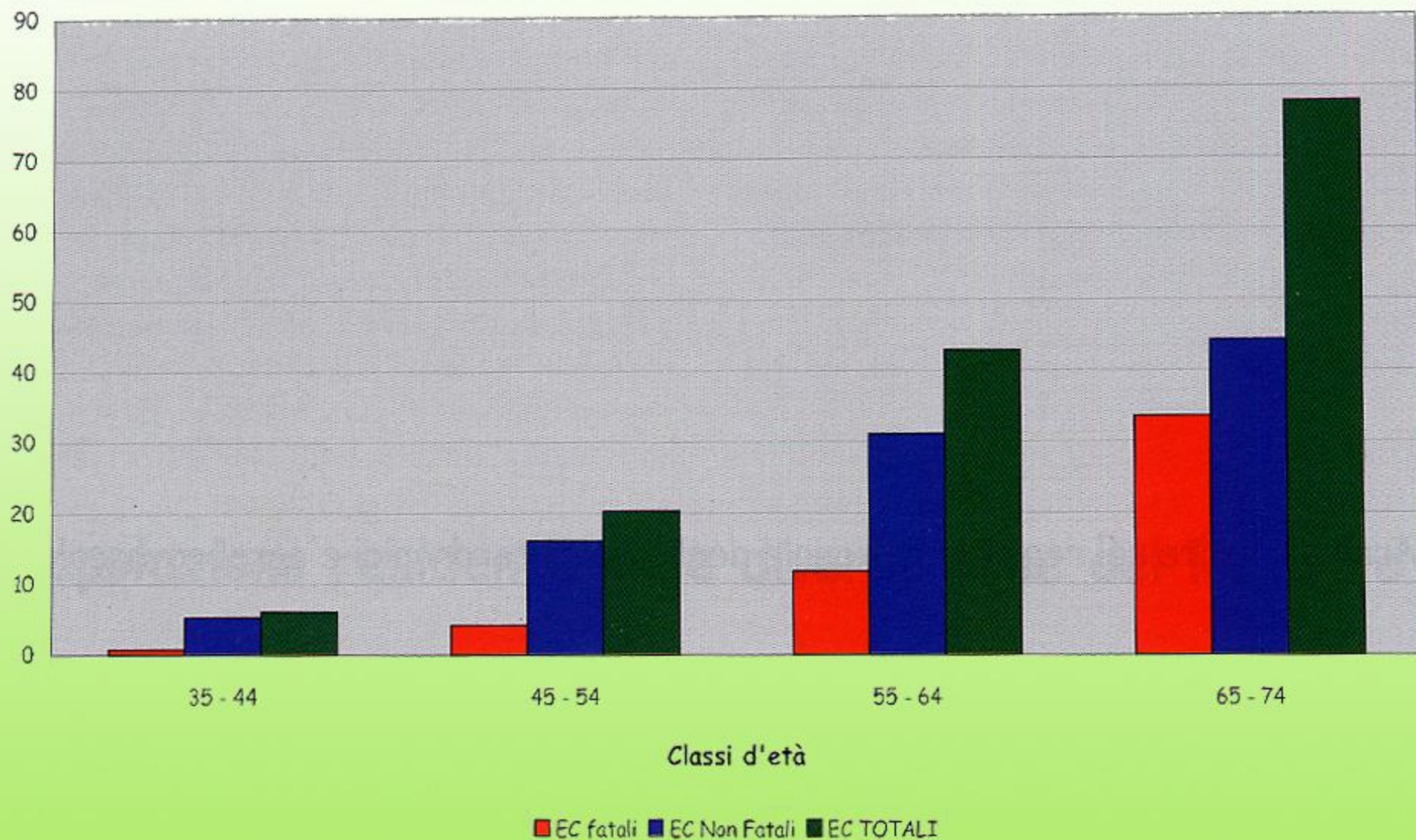


**LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE
DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE
NELLA PRATICA CLINICA:
UN'ALTRA CARTA DEL RISCHIO?**

CROTONE 1 - 2 OTTOBRE 2004

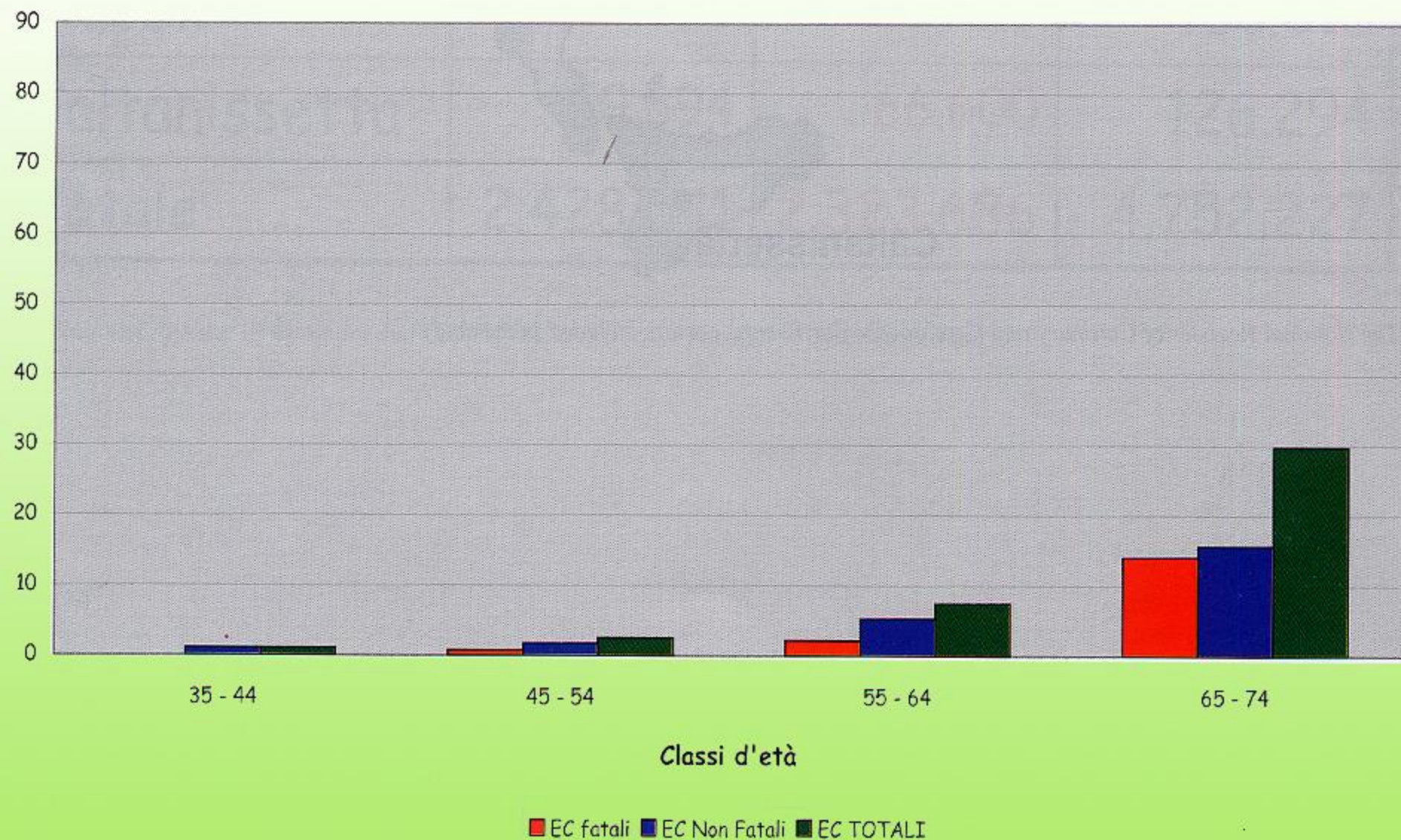
**GIUSEPPE CARIDI
DIRIGENTE-RESPONSABILE
U.O. CARDIOLOGIA
SOVERATO**

Tassi di attacco x10.000 per Eventi Coronarici - Uomini 35-74 anni



Attack rates $\times 10\,000$ for coronary events by decennial of age, men.

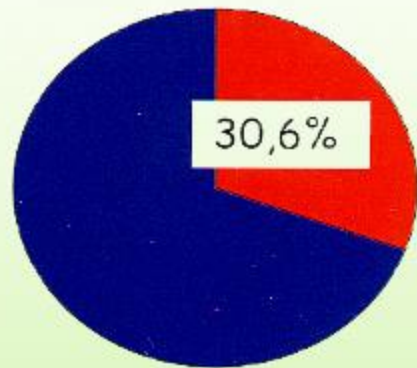
Tassi di attacco x10.000 per Eventi Coronarici - Donne 35-74 anni



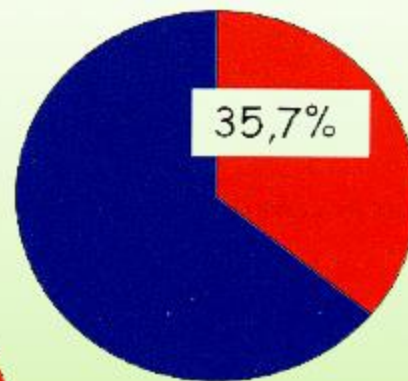
Attack rates $\times 10\,000$ for coronary events by decennial of age, women.

Letalità per Eventi Coronarici, UOMINI 35 - 74 anni

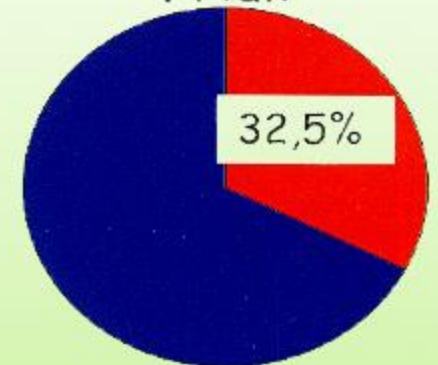
Brianza



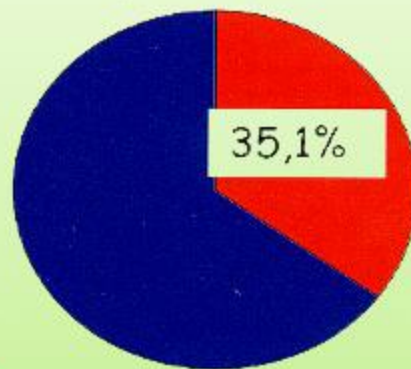
Modena



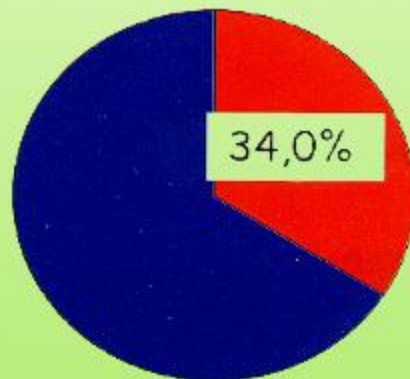
Friuli



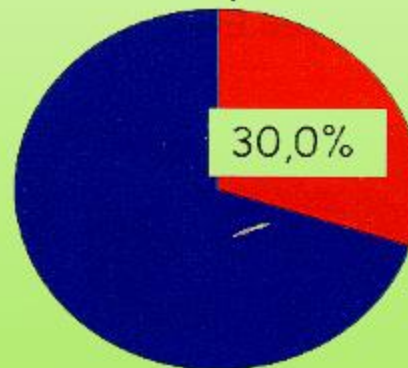
Firenze



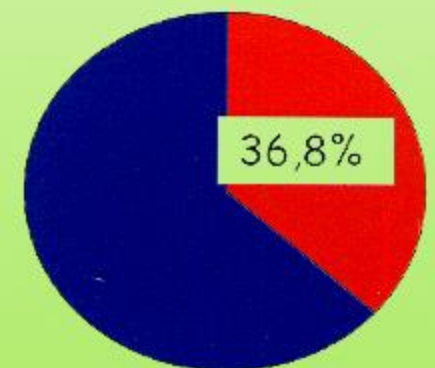
Roma



Napoli



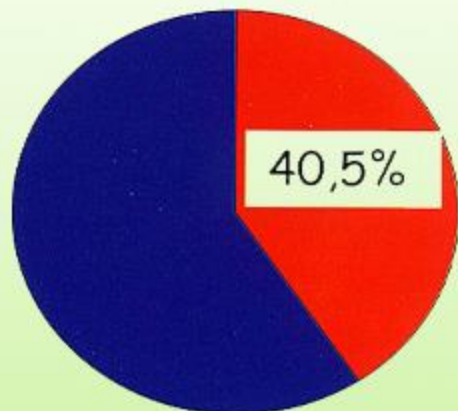
Caltanissetta



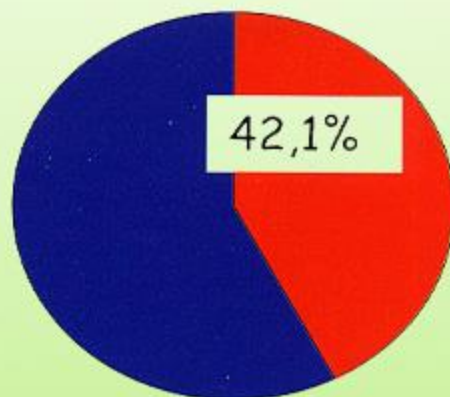
Fatality rates for coronary events by centers, men aged 35-74 years.

Letalità per Eventi Coronarici, DONNE 35 - 74 anni

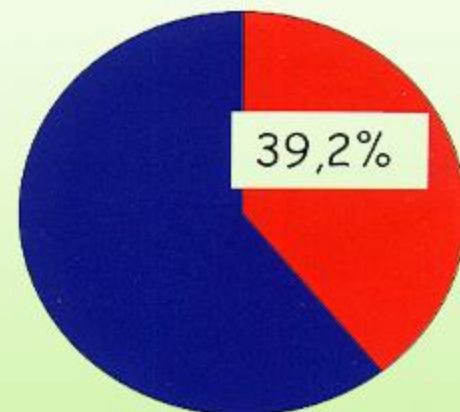
Brianza



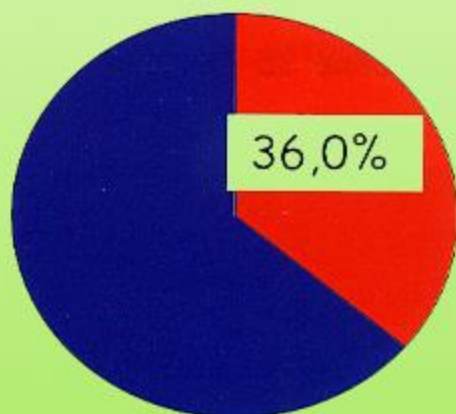
Modena



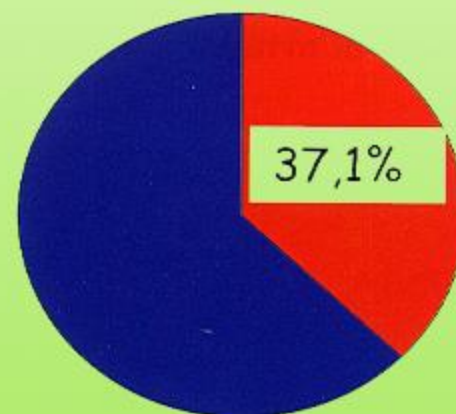
Friuli



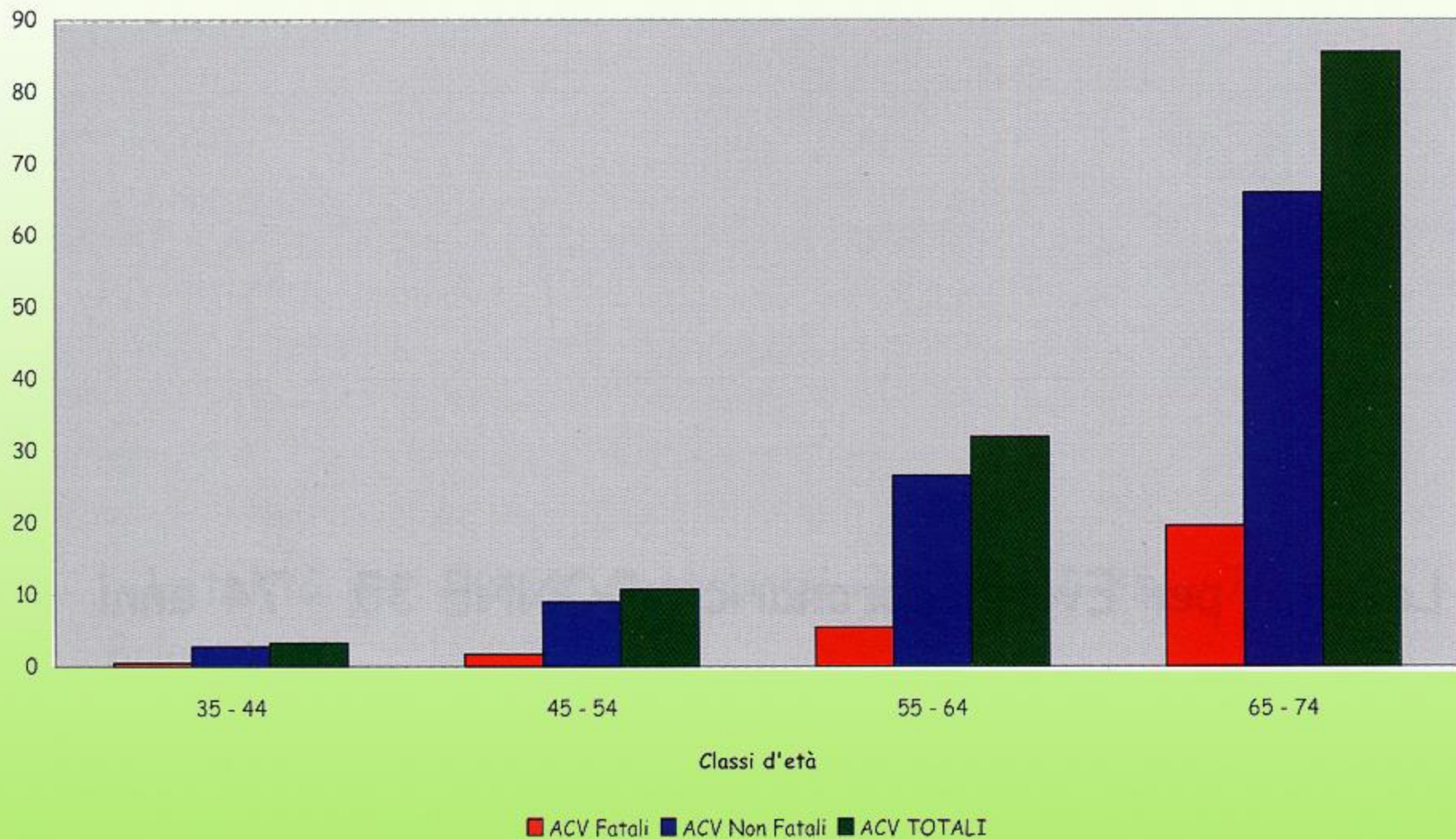
Firenze



Napoli

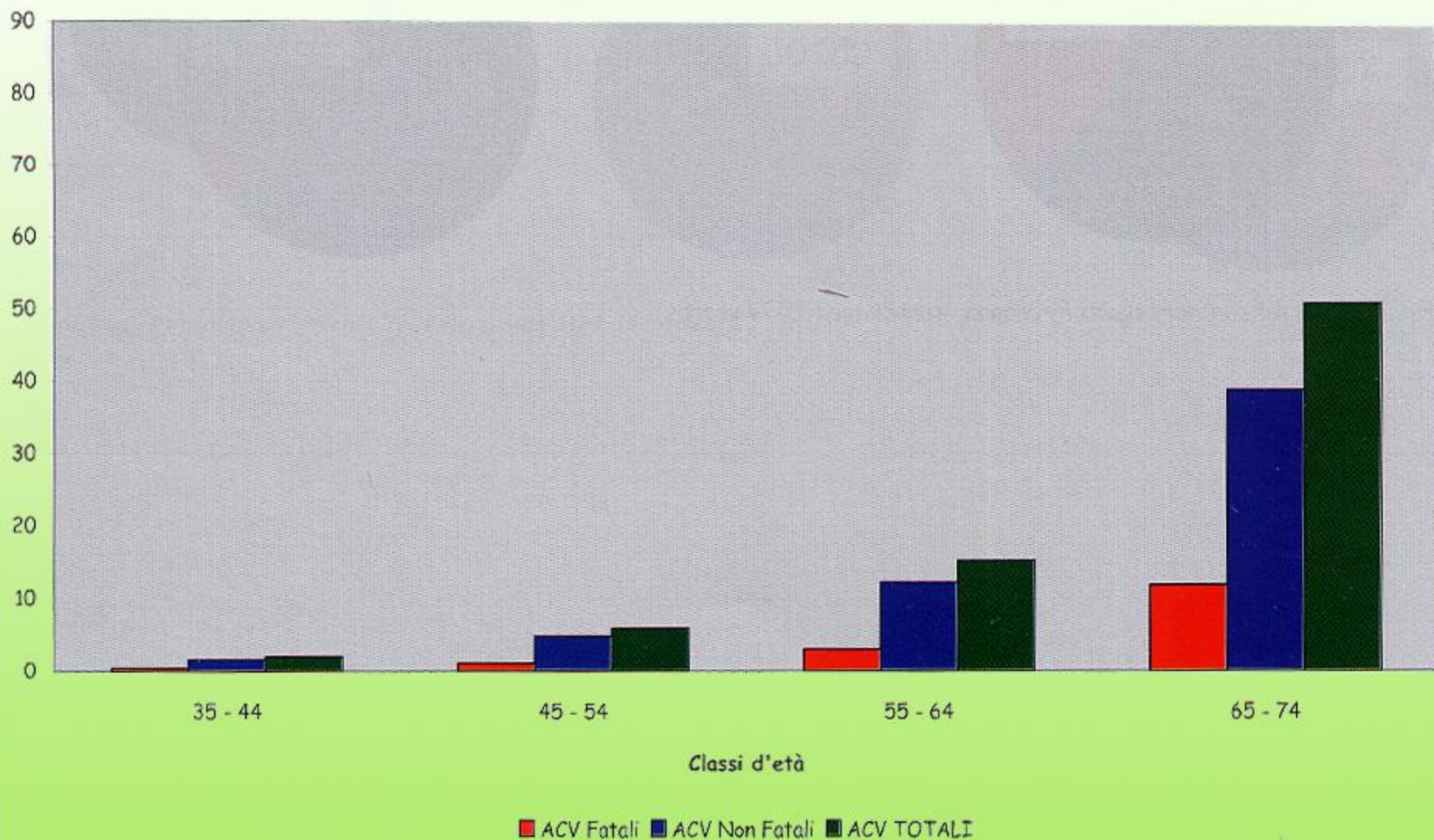


Tassi di attacco x10.000 per Accidenti Cerebrovascolari - Uomini 35-74 anni



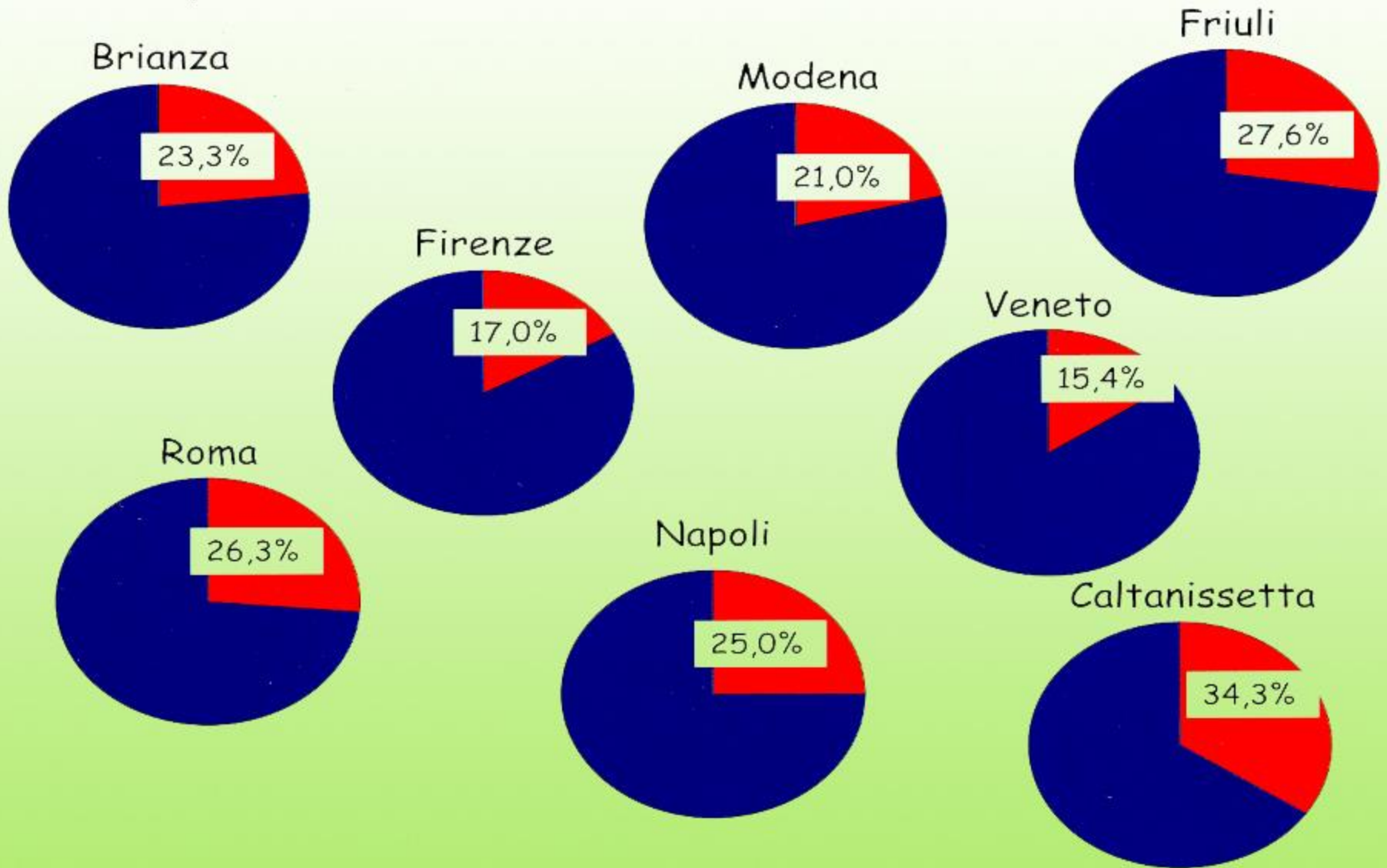
Attack rates $\times 10\,000$ for cerebrovascular events by decennial of age, men.

Tassi di attacco x10.000 per Accidenti Cerebrovascolari - Donne 35-74 anni



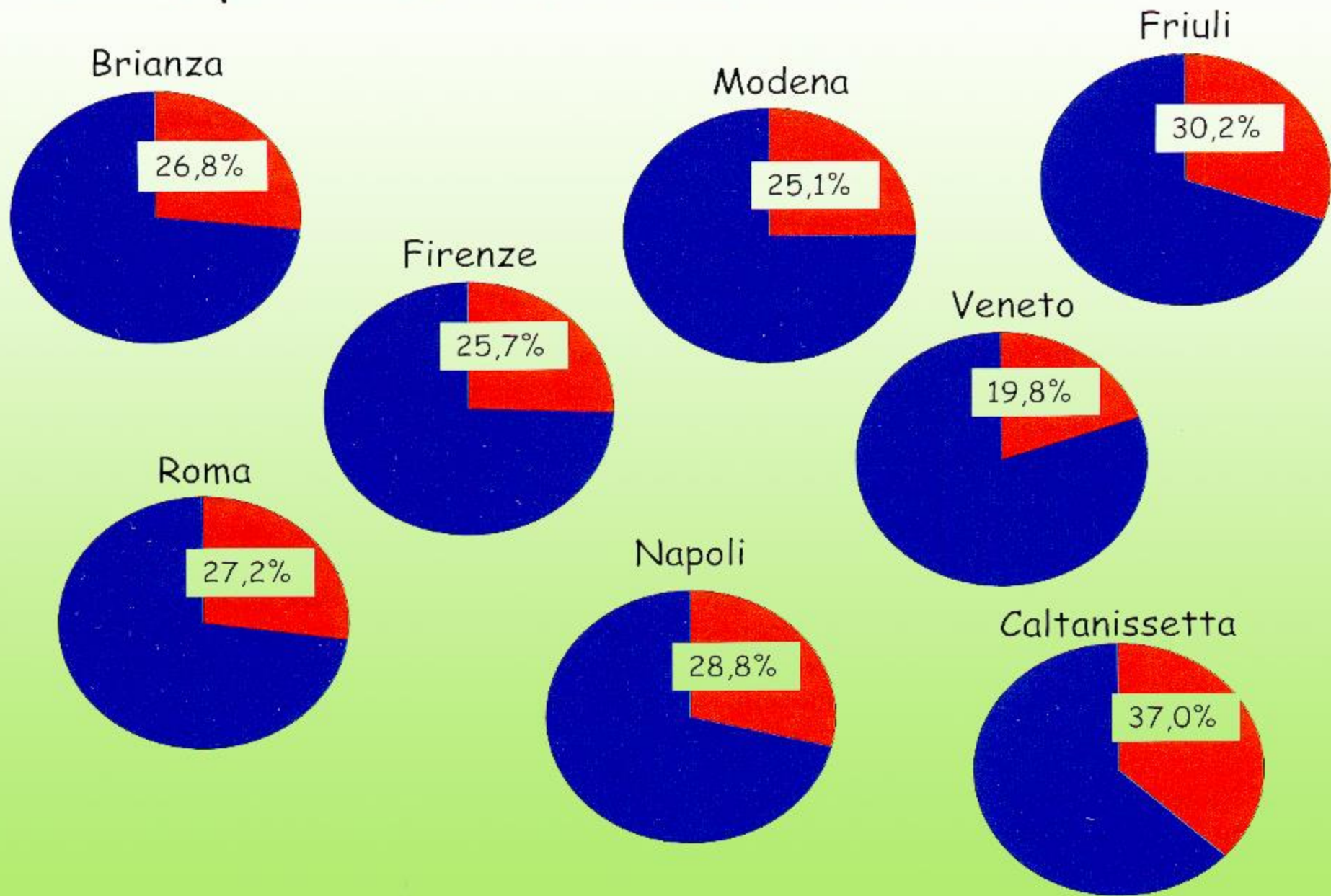
Attack rates $\times 10\,000$ for cerebrovascular events by decennial of age, women.

Letalità per Accidenti Cerebrovascolari, UOMINI 35 - 74 anni



Fatality rates for cerebrovascular events by centers, men aged 35-74 years.

Letalità per Accidenti Cerebrovascolari, DONNE 35 - 74 anni



Fatality rates for cerebrovascular events by centers, women aged 35-74 years.

ITALIA



FREQUENZA CARDIACA

Freq.
Batt./min

70 ± 10

73 ± 10

PRESSIONE ARTERIOSA

PAS
mmHg

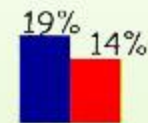
135 ± 18

132 ± 18

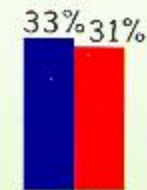
PAD
mmHg

86 ± 10

82 ± 10



Border



Ipertesi

COLESTEROLO-HDL

HDL
mg/dl

49 ± 13

58 ± 15

23%



29%



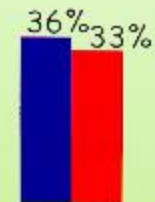
Basso HDL

COLESTEROLO totale

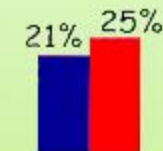
COL
mg/dl

205 ± 42

207 ± 43



Border



Ipercol

TRIGLICERIDI

Trigl.
mg/dl

142 ± 102

112 ± 70

30%



17%



Trigliceridi elevati

COLESTEROLO-LDL

LDL
mg/dl

128 ± 36

126 ± 37



Elevato LDL



DONNE

UOMINI

Italy. Mean levels of risk factors: heart rate, blood pressure, total, LDL and HDL cholesterol, triglycerides; prevalence of high-risk conditions: borderline and hypertensives, borderline and hypercholesterolemia, high triglycerides, high LDL and low HDL cholesterol. Men and women.



ITALIA



UOMINI

DONNE

GLICEMIA e Intolleranza al Glucosio

Glicemia
mg/dl

93 ± 27

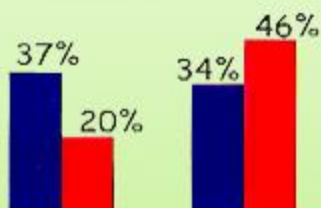
87 ± 26

9%

5%

Intolleranti al glucosio

INATTIVITA' FISICA



Lavoro Tempo libero

DIABETE e Sindrome Metabolica



Diabete Sindrome Metabolica

ABITUDINE al FUMO di SIGARETTA

Sigarette
sig/die

17 ± 10

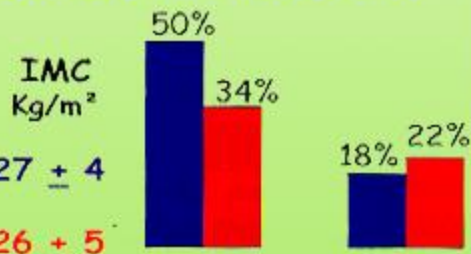
13 ± 7

30%

21%

Fumatori

INDICE di MASSA CORPOREA e OBESITA'



Sovrappeso

Obesi

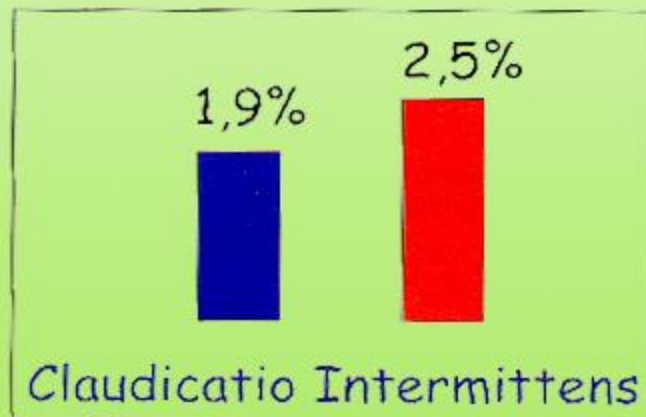
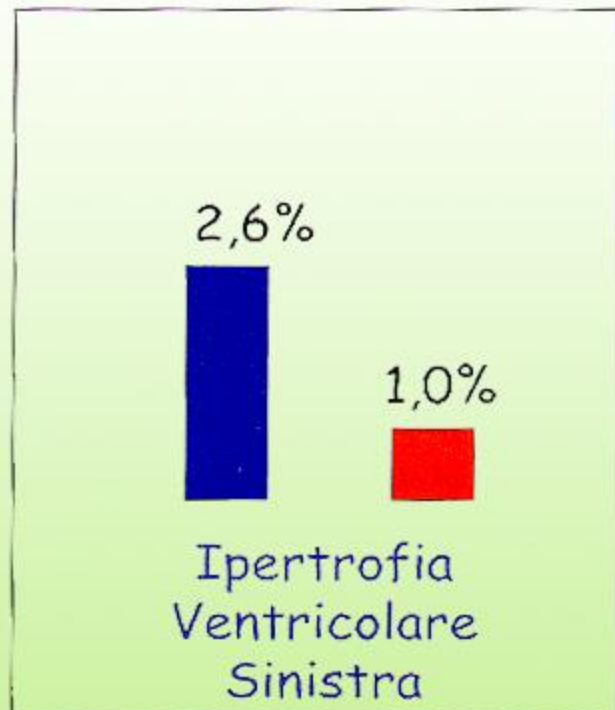
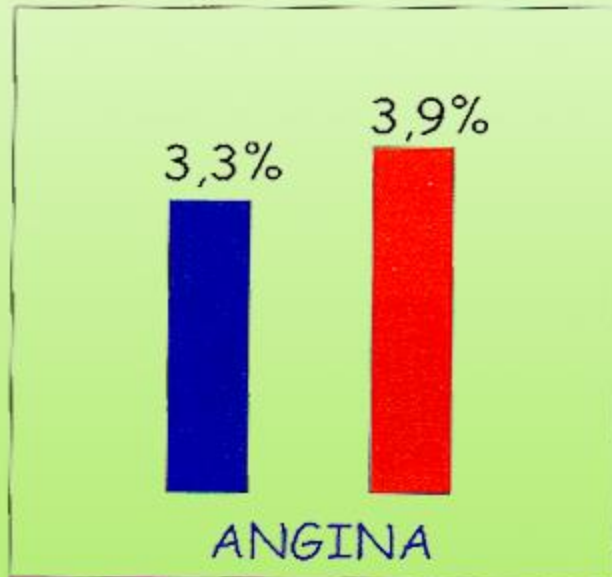
Misure Antropometriche e Indice di Adiposità Addominale



Adiposità

Italy. Mean levels of risk factors: fasting blood glucose, number of cigarettes smoked per day, waist, hip; prevalence of high-risk conditions: physical inactivity, diabetes and metabolic syndrome, smoking habit, body mass index and obesity, and adiposity index. Men and women.

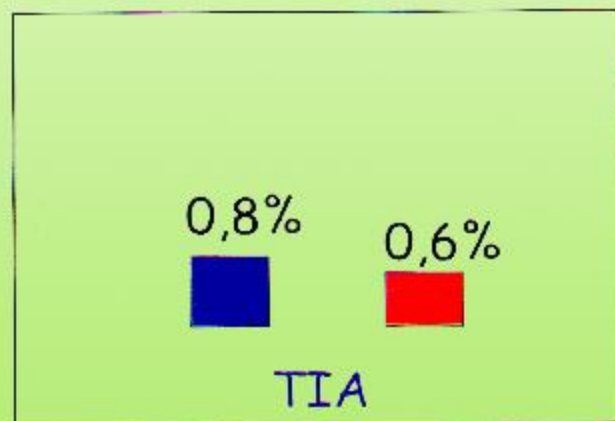
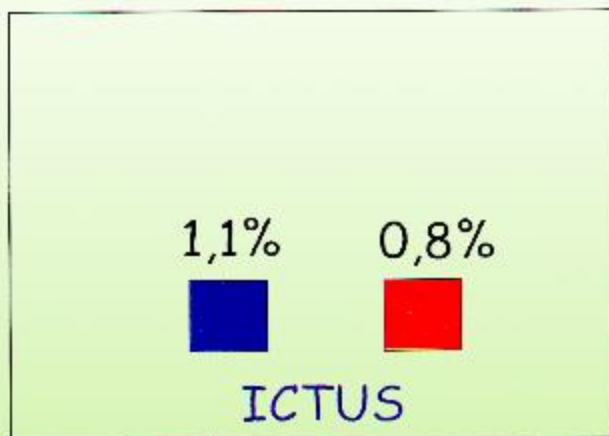
ITALIA



Italy. Prevalence of cardiovascular diseases: myocardial infarction, angina pectoris, left ventricular hypertrophy, claudicatio intermittens. Men and women.

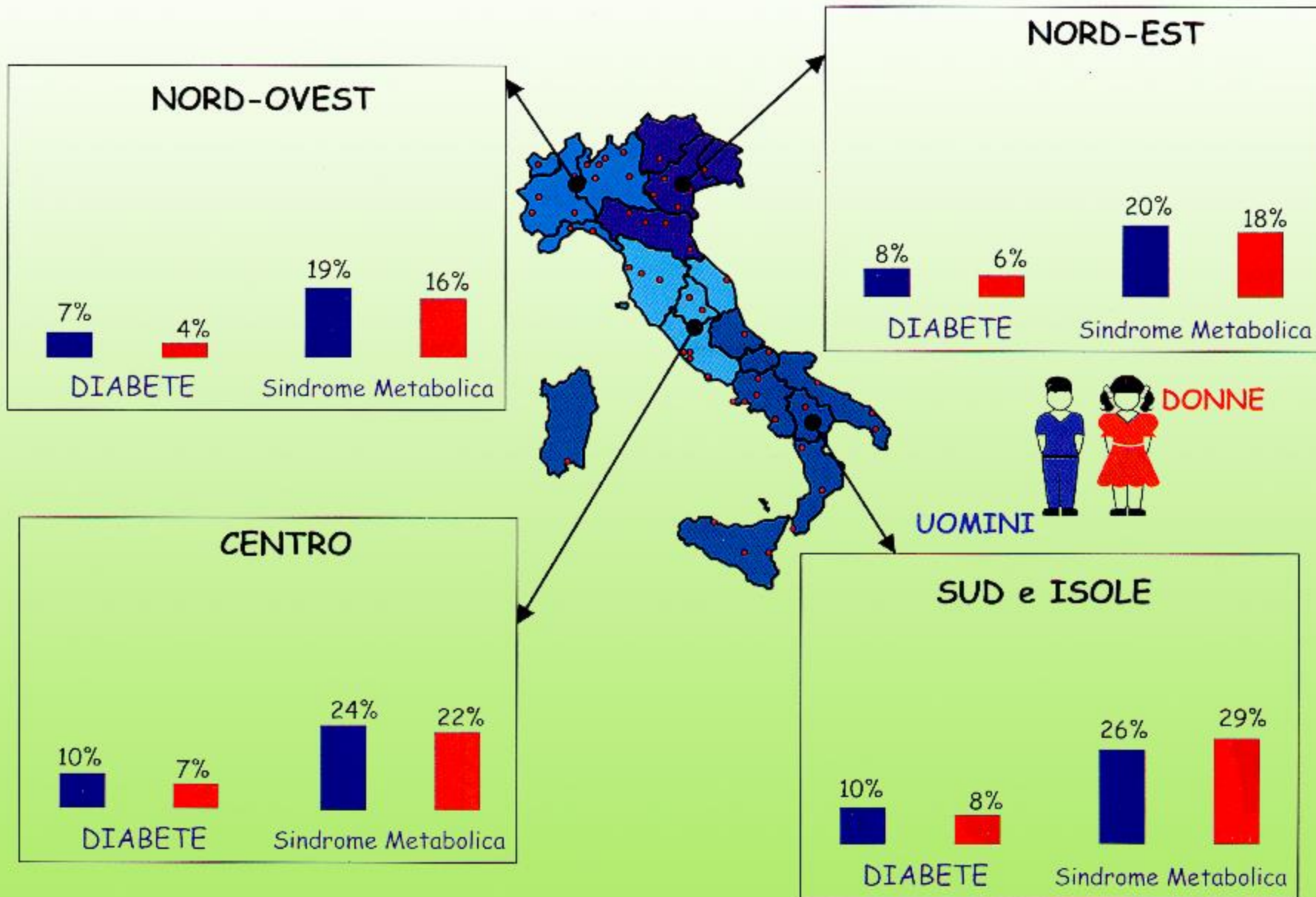


ITALIA

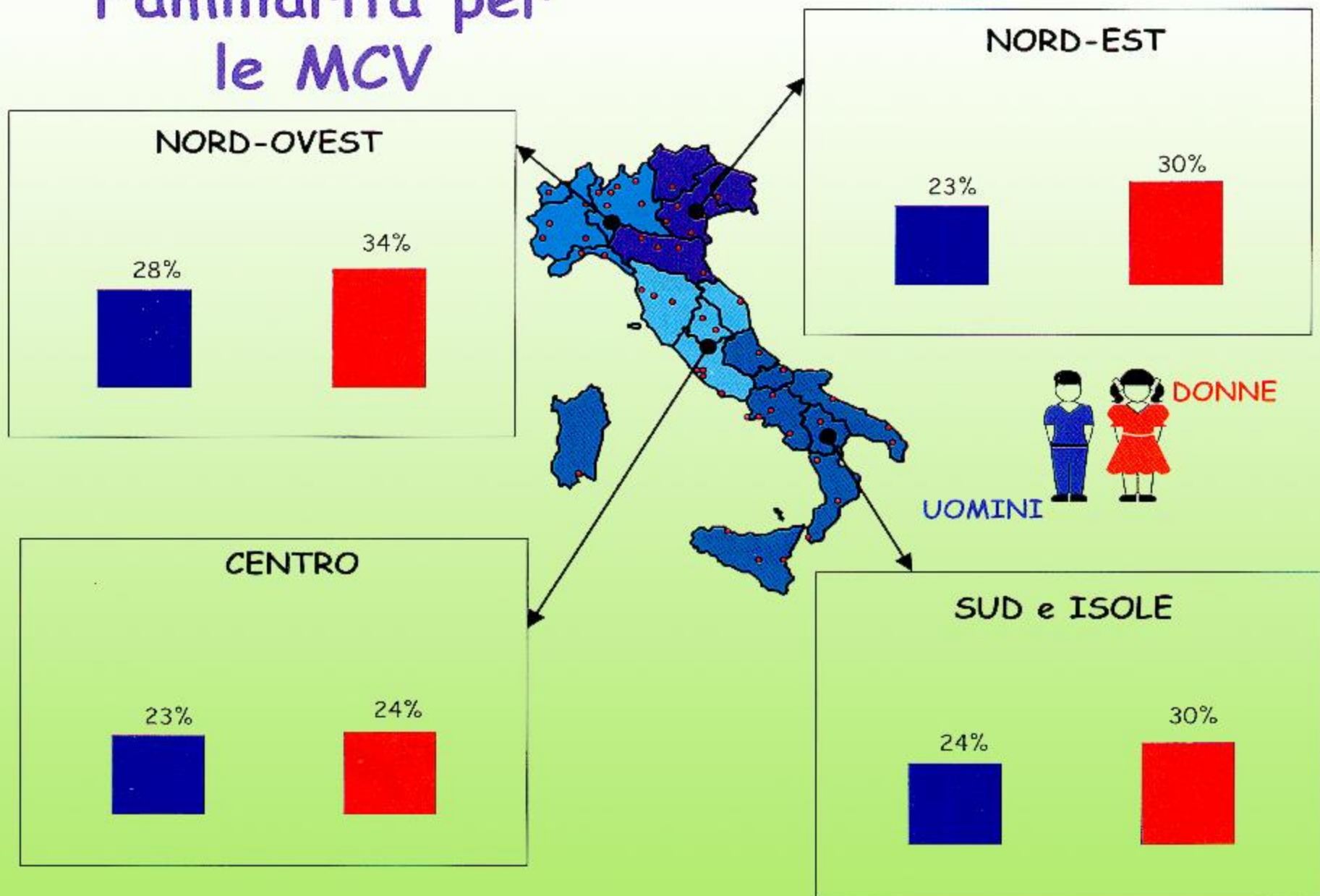


Italy. Prevalence of cardiovascular diseases: stroke, TIA, atrial fibrillation. Men and women.

Diabete e Sindrome Metabolica



Familiarità per le MCV



Family history of cardiovascular diseases in Italian macroareas. Men and women.

ITALIA



65 - 74
anni

FREQUENZA CARDIACA

Frequenza
Batt./min

70 ± 10

72 ± 10

PRESSIONE ARTERIOSA

PAS
mmHg

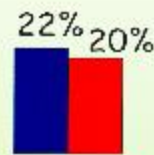
147 ± 20

147 ± 20

PAD
mmHg

85 ± 10

84 ± 10



Border



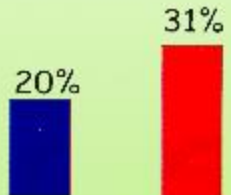
Ipertesi

COLESTEROLO-HDL

HDL
mg/dl

51 ± 14

57 ± 15



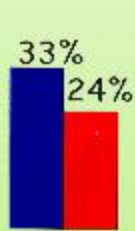
Basso HDL

COLESTEROLO totale

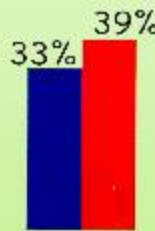
COL
mg/dl

204 ± 41

218 ± 44



Border



Ipercol

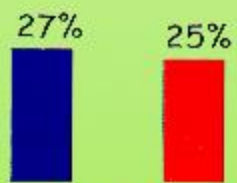


TRIGLICERIDI

Trigliceridi
mg/dl

132 ± 67

128 ± 62



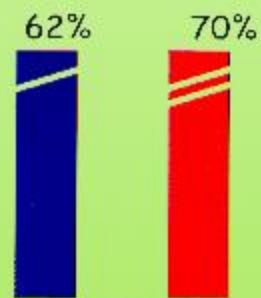
Trigliceridi elevati

COLESTEROLO-LDL

LDL
mg/dl

127 ± 35

135 ± 39



Elevato LDL



ITALIA

65 - 74
anni



DONNE

UOMINI

GLICEMIA e Intolleranza al Glucosio

Glicemia
mg/dl

98 ± 32

93 ± 29

11%

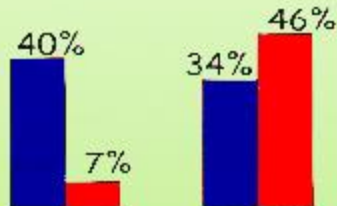


6%



Intolleranti al glucosio

INATTIVITA' FISICA



Lavoro

Tempo libero

DIABETE e Sindrome Metabolica

16%



11%



Diabete

29%



37%



Sindrome Metabolica

ABITUDINE al FUMO di SIGARETTA

Fumatori
Sig/die

13 ± 8

12 ± 7

22%



10%



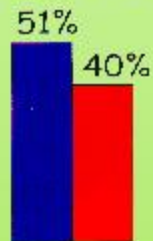
Fumatori

INDICE di MASSA CORPOREA e OBESITA'

IMC
Kg/m²

27 ± 4

28 ± 5



Sovrappeso

Obesi

Misure Antropometriche e Indice di Adiposità Addominale

Vita
cm

98 ± 11

91 ± 12

Fianchi
cm

103 ± 19

106 ± 11

32%

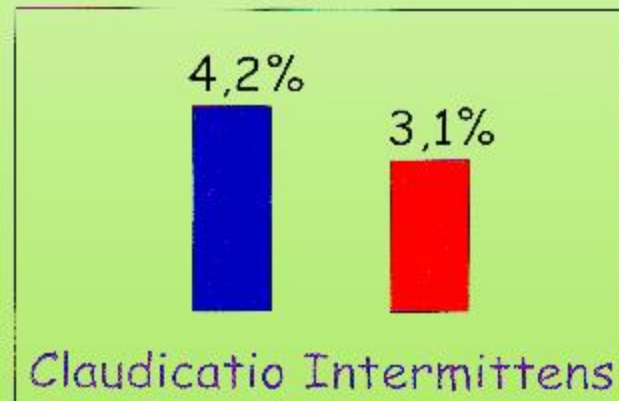
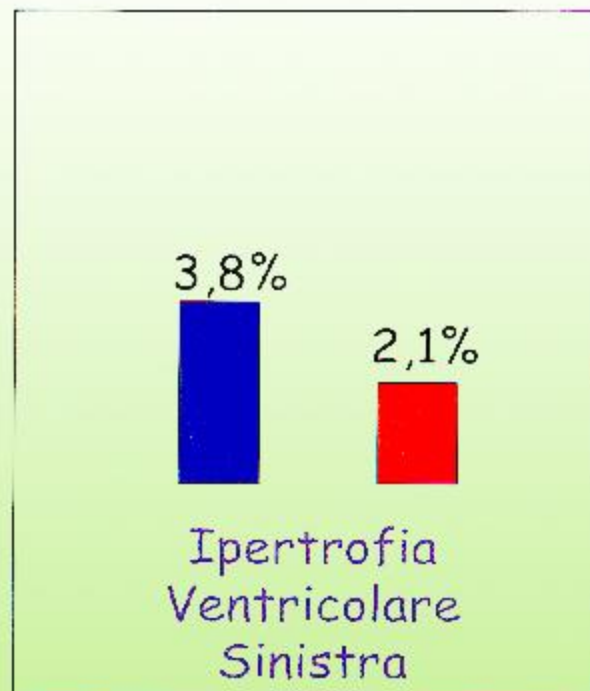
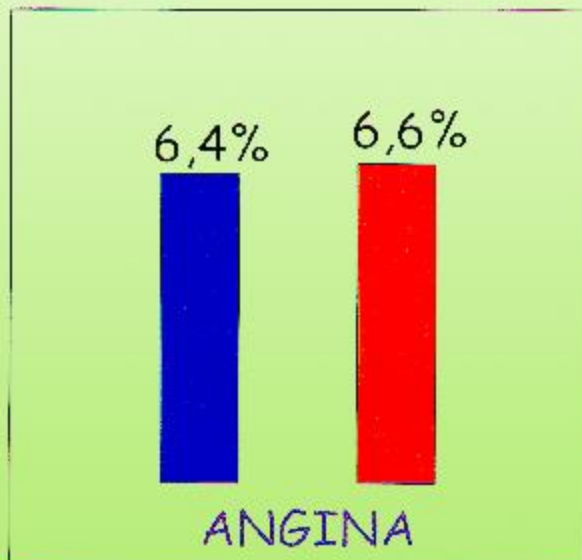


58%



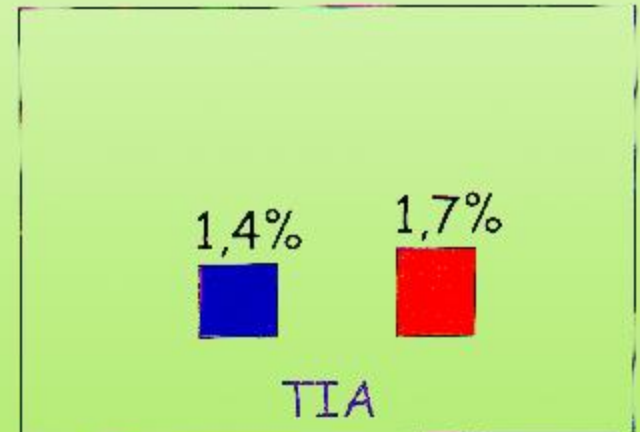
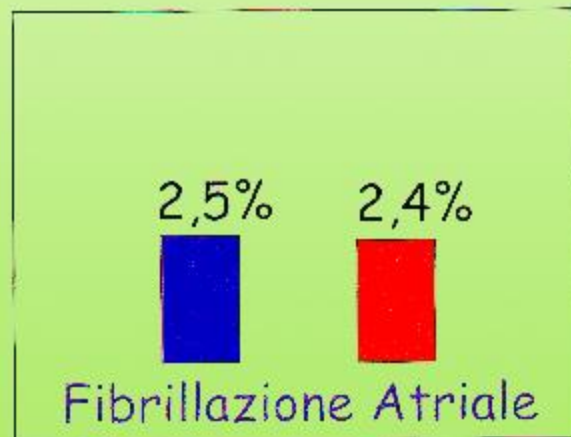
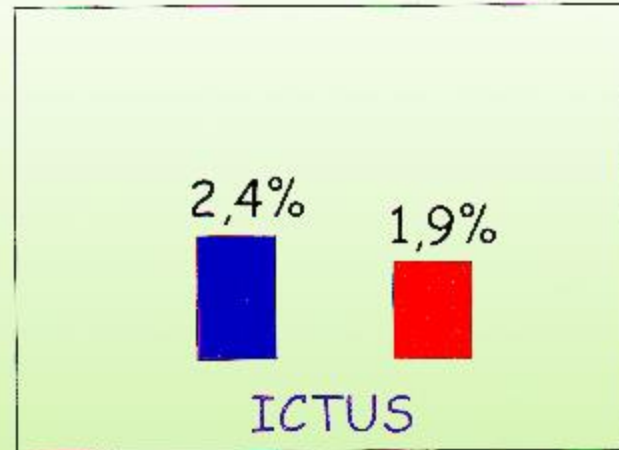
Adiposità

ITALIA



Italy. Prevalence of cardiovascular diseases: myocardial infarction, angina pectoris, left ventricular hypertrophy, claudicatio intermittens. Men and women aged 65-74 years.

ITALIA



ITALIA



**DONNE
IN
MENOPAUSA**

FREQUENZA CARDIACA

Frequenza
Batt./min

72 ± 10

PRESSIONE ARTERIOSA

PAS
mmHg

143 ± 20

PAD
mmHg

85 ± 10

18%

Border

49%

Ipertese

COLESTEROLO-HDL

HDL
mg/dl

58 ± 15

30%

Basso HDL

COLESTEROLO totale

COL
mg/dl

220 ± 43

35%

Border

38%

Ipercol

TRIGLICERIDI

Trigliceridi
mg/dl

125 ± 62

24%

Trigliceridi elevati

COLESTEROLO-LDL

LDL
mg/dl

137 ± 38

71%

Elevato LDL

Italy. Mean levels of risk factors: heart rate, blood pressure, total, LDL and HDL cholesterol, triglycerides; prevalence of high-risk conditions: borderline and hypertensives, borderline and hypercholesterolemia, high triglycerides, high LDL and low HDL cholesterol. Menopausal women.



ITALIA



DONNE IN MENOPAUSA

GLICEMIA e Intolleranza al Glucosio

Glicemia
mg/dl

91 ± 29

6%

Intolleranti al glucosio

INATTIVITA' FISICA

10%

Lavoro

48%

Tempo libero

DIABETE e Sindrome Metabolica

10%

Diabete

33%

Sindrome Metabolica

ABITUDINE al FUMO di SIGARETTA

Fumatrici
sig/die

12 ± 7

14%

Fumatrici

INDICE di MASSA CORPOREA e OBESITA'

IMC
Kg/m²

28 ± 5

40%

Sovrappeso

30%

Obese

Misure Antropometriche e Indice di Adiposità Addominale

Vita
cm

90 ± 12

Fianchi
cm

105 ± 11

52%

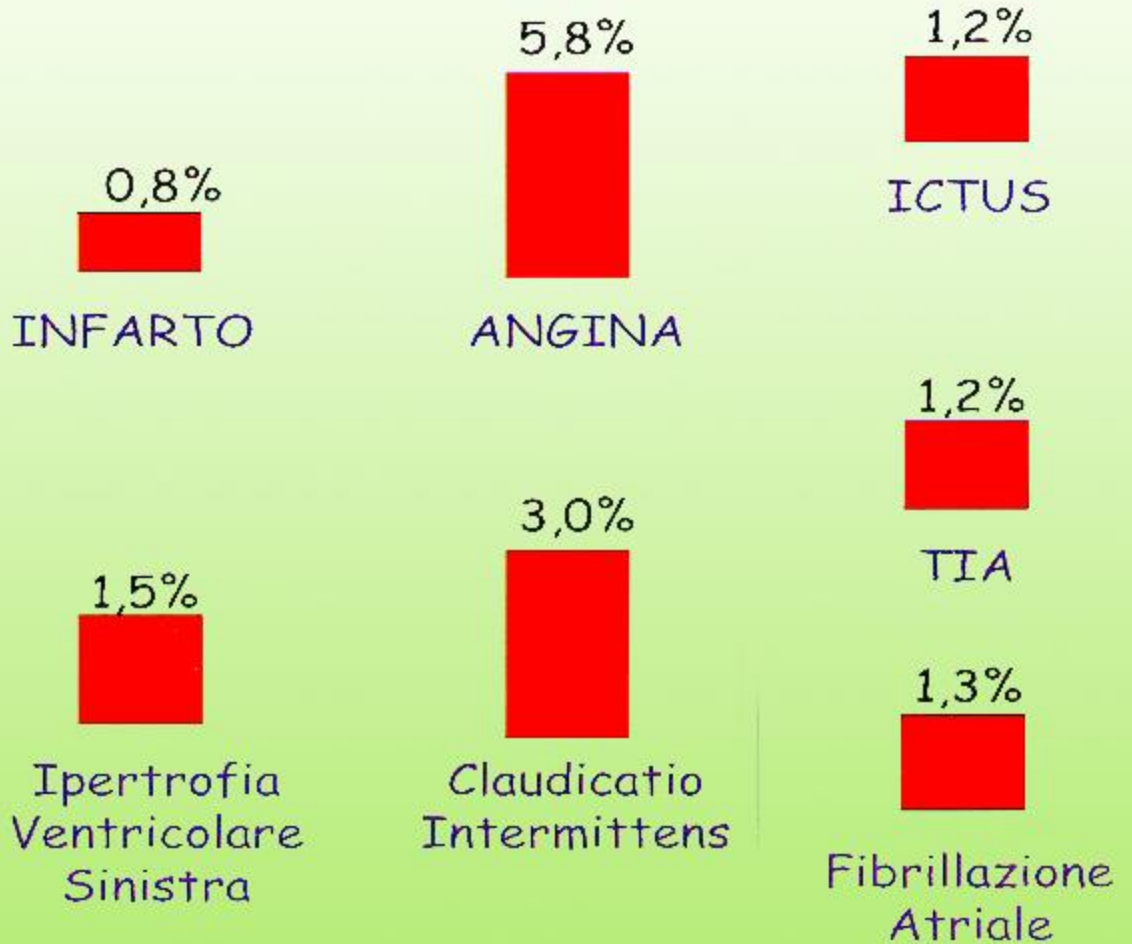
Adiposità

Italy. Mean levels of risk factors: fasting blood glucose, number of cigarettes smoked per day in smokers, waist, hip; prevalence of high-risk conditions: physical inactivity, diabetes and metabolic syndrome, smoking habit, body mass index and obesity, and adiposity index. Menopausal women.

ITALIA

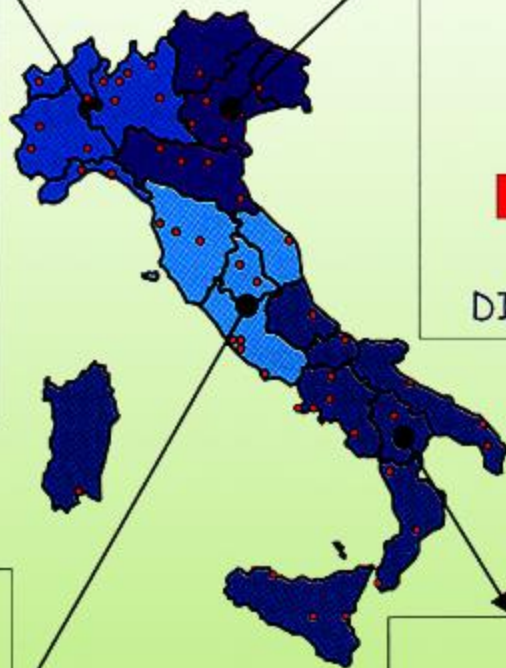
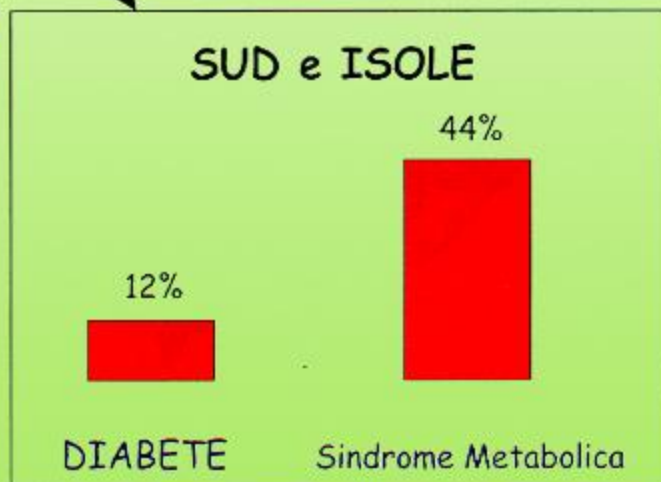
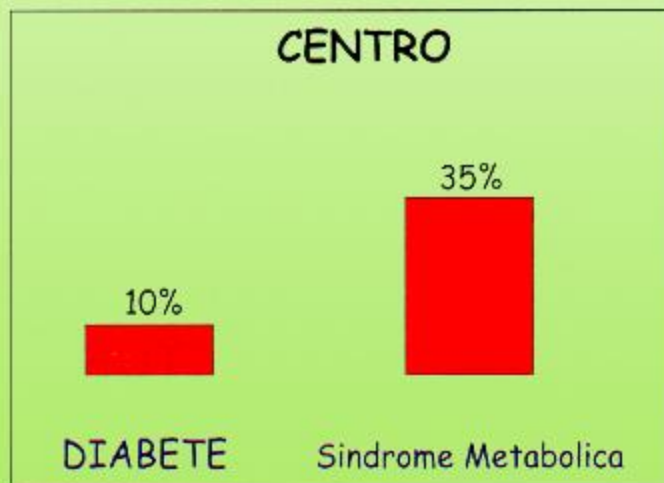
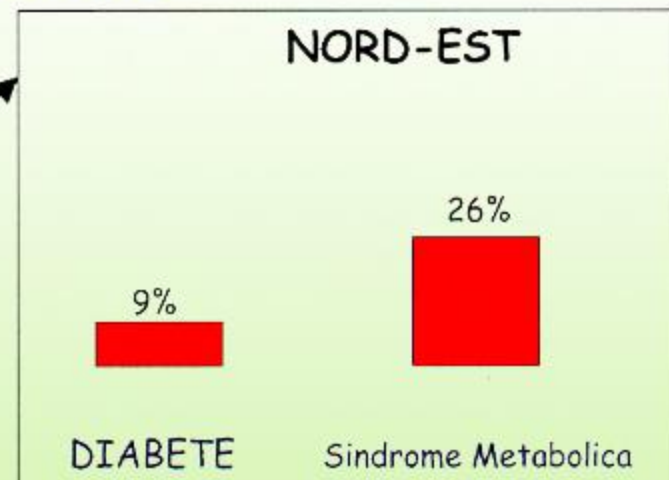
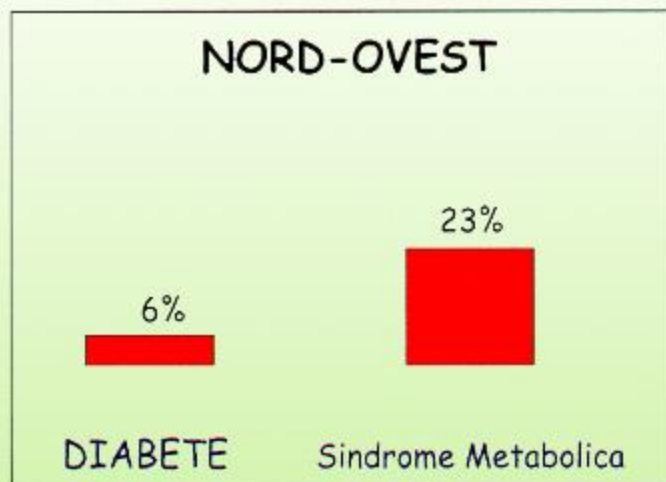


**DONNE
IN
MENOPAUSA**



Italy. Prevalence of cardiovascular diseases: myocardial infarction, angina pectoris, left ventricular hypertrophy, claudicatio intermittens, stroke, TIA, atrial fibrillation. Menopausal women.

Diabete e Sindrome Metabolica

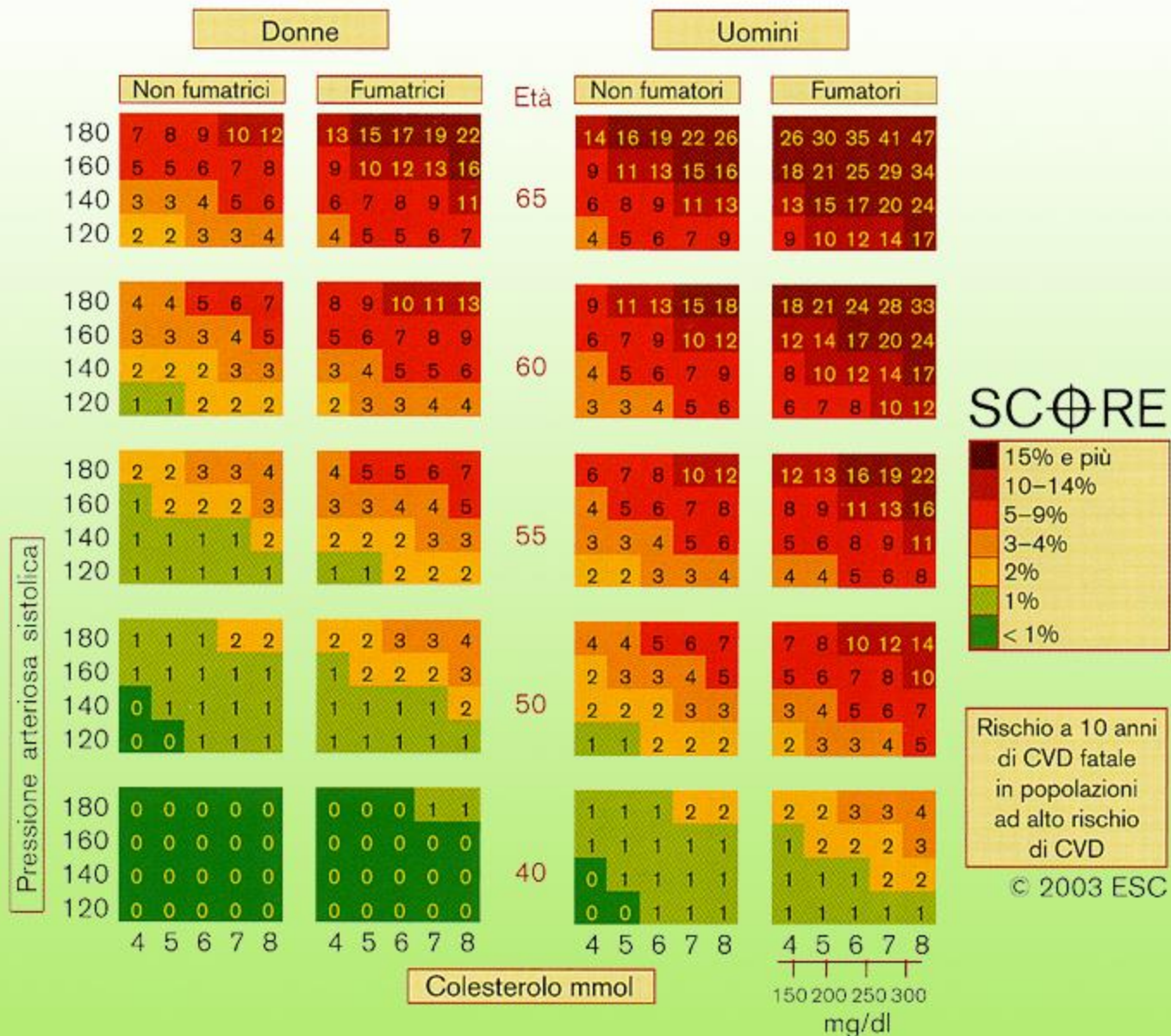


**DONNE
IN
MENOPAUSA**

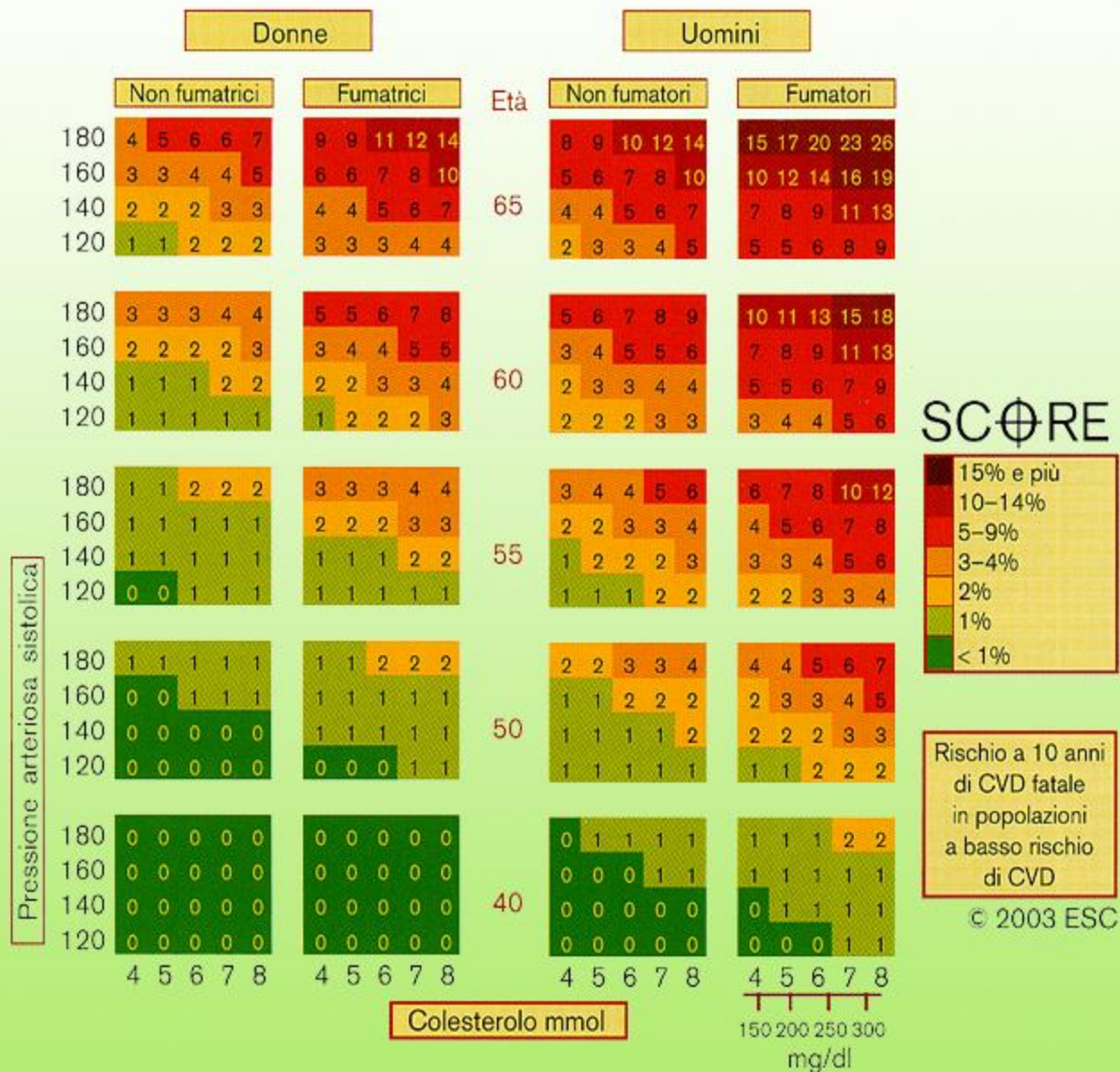
Funzioni	Sesso	Variabili utilizzate nella carta	Predizione (anni)	End-point	Classificazione livelli di rischio
Framingham (1998) ⁶	M/F	<ul style="list-style-type: none"> - età - classi di pressione arteriosa (sistolica/diastolica) - colesterolemia totale - diabete mellito - abitudine al fumo - HDL-colesterolo - terapia antipertensiva 	10	<ul style="list-style-type: none"> - infarto miocardico acuto ed asintomatico - morte coronarica (improvvisa e non) - angina pectoris - insufficienza cardiaca 	<ul style="list-style-type: none"> < 2,5% 2,5 – 5% 5 – 10% 10 – 15% 15 – 20% 20 – 25% 25 – 30% > 30%
PROCAM ^{4,7}	M	<ul style="list-style-type: none"> - età - pressione arteriosa sistolica - LDL-colesterolo - HDL-colesterolo - trigliceridemia (logaritmo) - abitudine al fumo - diabete mellito - storia familiare di infarto del miocardio - angina pectoris 	10	<ul style="list-style-type: none"> - infarto miocardico non-fatale - infarto miocardico fatale - morte improvvisa 	<ul style="list-style-type: none"> < 2,5% 2,5 – 5% 5 – 10% 10 – 15% 15 – 20% 20 – 25% 25 – 30% > 30%

Funzioni	Sesso	Variabili utilizzate nella carta	Predizione (anni)	End-point	Classificazione livelli di rischio
Seven Countries Study (Italia) ⁸	M	<ul style="list-style-type: none"> - età - pressione arteriosa sistolica - colesterolemia totale - abitudine al fumo (numero di sigarette) 	10	<ul style="list-style-type: none"> - morte coronarica (improvvisa e non) - infarto miocardico fatale (sicuro) - infarto miocardico non-fatale (sicuro e possibile) - angina pectoris 	<ul style="list-style-type: none"> < 5% 5 – 10% 10 - 20% 20 – 40% > 40%
Risk Score Cardioricerca ⁹	M/F	<ul style="list-style-type: none"> - età - pressione arteriosa sistolica - colesterolemia totale - diabete mellito - abitudine al fumo (numero di sigarette in classi) 	10	Primo evento maggiore coronarico o cerebrovascolare	Rischio relativo: < 1 volta da 1 a 2 volte da 2 a 3 volte da 3 a 4 volte da 4 a 5 volte oltre 5 volte Rischio assoluto: < 3 % 3 – 4 % 5 – 9 % 10 – 19 % 20 – 39 % > 40%

Funzioni	Sesso	Variabili utilizzate nella carta	Predizione (anni)	End-point	Classificazione livelli di rischio
SCORE ¹⁰	M/F	<ul style="list-style-type: none"> - pressione arteriosa sistolica - colesterolo totale - rapporto colesterolo totale/HDL - abitudine al fumo <p>(‘età’ utilizzata come variabile temporale)</p> <p>(distintamente per paesi ad alto ed a basso rischio)</p>	10	<ul style="list-style-type: none"> - mortalità cardiovascolare dovuta ad arteriosclerosi - malattia ischemica del cuore - morte improvvisa 	<ul style="list-style-type: none"> < 1% 1% 2% 3 – 4% 5 – 9% 10 – 14% > 15%
CUORE ¹¹	M/F	<ul style="list-style-type: none"> - età - pressione arteriosa sistolica - colesterolemia totale - abitudine al fumo - diabete mellito 	10 (M) 5 (F)	<ul style="list-style-type: none"> - eventi coronarici maggiori fatali e non fatali - eventi cerebrovascolari maggiori fatali e non fatali - interventi di rivascularizzazione coronarica e carotidea - morte improvvisa 	<p>Uomini:</p> <ul style="list-style-type: none"> < 5% 5 – 10% 10 – 15% 15 – 20% 20 – 30% > 30% <p>Donne:</p> <ul style="list-style-type: none"> < 1% 1 – 3% 3 – 5% 5 – 7% 7 – 10% > 10%



Rischio a 10 anni di CVD fatale in regioni europee ad alto rischio, in base a sesso, età, pressione arteriosa sistolica, colesterolo totale e abitudini tabagiche.



Rischio a 10 anni di CVD fatale in regioni europee a basso rischio, in base a sesso, età, pressione arteriosa sistolica, colesterolo totale e abitudini tabagiche.

uomini non diabetici

rischio cardiovascolare a 10 anni



uomini diabetici

rischio cardiovascolare a 10 anni



non fumatori

fumatori

colesterolemia

mg/dl 154 193 232 270 309
mmol/l 4 5 6 7 8

mg/dl 154 193 232 270 309
mmol/l 4 5 6 7 8



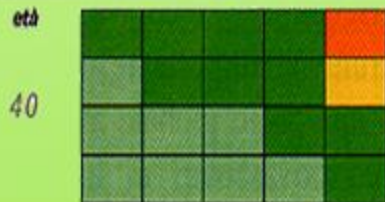
mg/dl 154 193 232 270 309

mg/dl 154 193 232 270 309



mg/dl 154 193 232 270 309

mg/dl 154 193 232 270 309



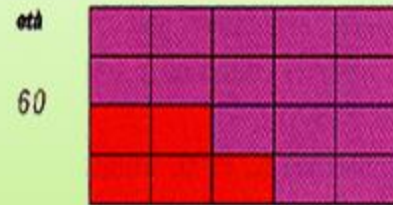
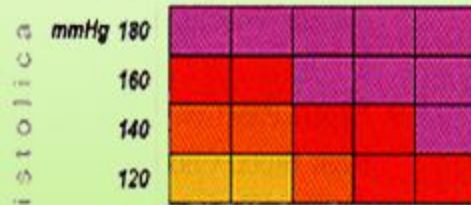
non fumatori

fumatori

colesterolemia

mg/dl 154 193 232 270 309
mmol/l 4 5 6 7 8

mg/dl 154 193 232 270 309
mmol/l 4 5 6 7 8



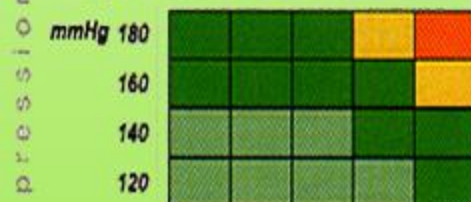
mg/dl 154 193 232 270 309

mg/dl 154 193 232 270 309



mg/dl 154 193 232 270 309

mg/dl 154 193 232 270 309



pressione arteriosa sistolica

pressione arteriosa sistolica

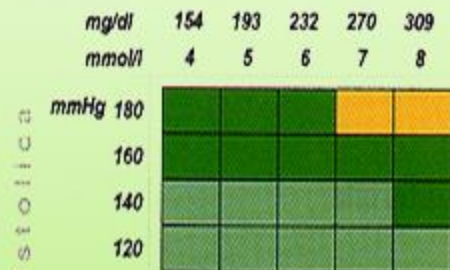
donne non diabetiche
rischio cardiovascolare a 10 anni



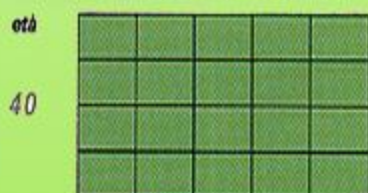
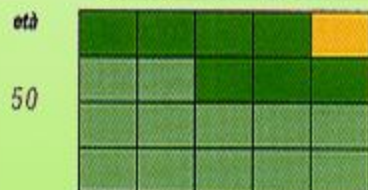
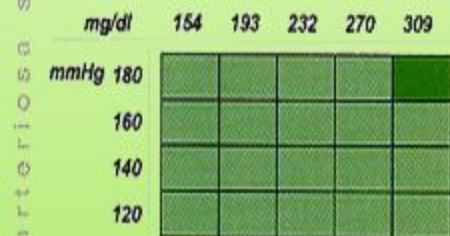
donne diabetiche
rischio cardiovascolare a 10 anni



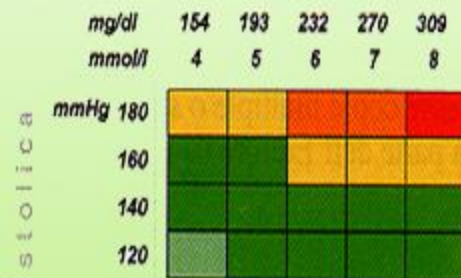
non fumatrici
colesterolemia



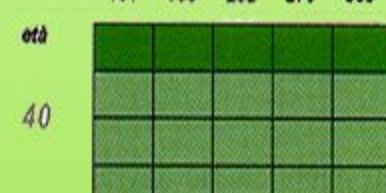
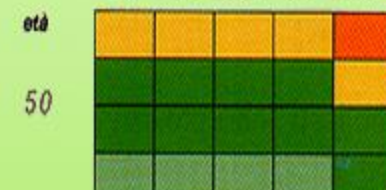
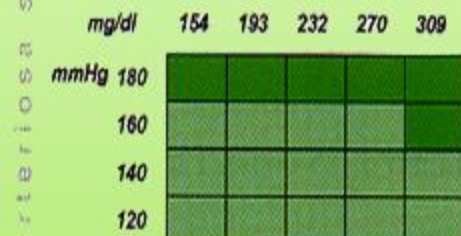
fumatrici
età



non fumatrici
colesterolemia



fumatrici
età



pressione arteriosa sistolica

pressione arteriosa sistolica

Gli obiettivi principali della prevenzione in pazienti con malattie cardiovascolari e persone ad alto rischio

- ☞ Non fumare
- ☞ Mangiare sano
- ☞ Essere fisicamente attivi
- ☞ Avere un indice di massa corporea inferiore a 25 Kg/m²
- ☞ Pressione sanguigna inferiore a 140/90 mmHg nella maggioranza dei casi, inferiore a 130/80mmHg in gruppi particolari*
- ☞ Colesterolo inferiore a 5mmol/l (190 mg/dl) nella maggioranza dei casi, inferiore a 4.5mmol/l (175 mg/dl) in gruppi particolari*
- ☞ Colesterolo a basso livello di densità inferiore a 3mmol/l (115 mg/dl) nella maggioranza dei casi, inferiore a 2.5mmol/l (100 mg/dl) in gruppi particolari*
- ☞ Buon controllo della glicemia in tutte le persone diabetiche
- ☞ Considerare altre terapie farmacologiche in gruppi particolari di pazienti*

Quali sono gli obiettivi di queste linee guida?

Gli obiettivi di queste linee guida sono di ridurre l'incidenza del primo o di ricorrenti eventi clinici dovuti a malattie coronariche, ischemie, e malattie dell'arteria periferica. L'obiettivo principale è la prevenzione di disabilità e morti premature. Per questo fine, queste linee guida indicano il ruolo dei cambiamenti nello stile di vita, la gestione dei fattori di rischio principali, l'uso di altre terapie farmacologiche nella prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Queste linee guida sono state concepite per incoraggiare lo sviluppo di una direttiva nazionale sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Il miglioramento di queste linee guida è possibile solo attraverso la collaborazione tra diversi gruppi di professionisti a livello nazionale. Le linee guida dovrebbero essere considerate come la griglia base da adattare alle diverse circostanze politiche, economiche, sociali e mediche.

Perchè sviluppare una strategia preventiva attiva nella pratica clinica?

Il motivo base per la prevenzione:

Le malattie cardiovascolari costituiscono la causa principale di morte prematura nella maggior parte delle popolazioni europee; provocano disabilità e contribuiscono in gran parte all'aumento dei costi della sanità.

- la patologia che si nasconde dietro è di solito l'aterosclerosi, che si sviluppa nel corso di molti anni e quando si manifestano i primi sintomi si rivela già allo stadio avanzato;
- la morte, infarti miocardici, ictus accadono spesso all'improvviso e prima che sia possibile l'intervento medico, così che molte terapie si rivelano inapplicabili o palliative;
- la ricorrenza di malattie cardiovascolari è legata a stili di vita e fattori psicologici modificabili;
- è stato dimostrato che, nelle persone con malattie cardiovascolari diagnosticate e non, modifiche al fattore di rischio riducono la mortalità e la patologia.

Cosa c'è di nuovo in queste linee guida rispetto alle precedenti due versioni e ad altre linee guida?

Queste nuove linee guida differiscono dalle precedenti in molti aspetti importanti:

1. Dalle malattie coronariche alla prevenzione delle malattie cardiovascolari.
L'eziologia dell'infarto miocardico, dell'ictus e delle malattie dell'arteria periferica è simile e, infatti, recenti test hanno dimostrato che numerosi tipi di terapie sono utili a prevenire non solo eventi coronarici e rivascolarizzazioni ma anche ictus e malattie dell'arteria periferica. Di conseguenza, la decisione di iniziare un'azione preventiva specifica dovrebbe basarsi sulla stima dell'eventualità di soffrire di qualche disturbo vascolare, non solo coronarico;
2. La valutazione del rischio utilizza il modello SCORE e le carte del rischio che possono essere facilmente adattate alle condizioni, risorse e priorità nazionali e tengono conto dell'eterogeneità della mortalità per malattie cardiovascolari nelle popolazioni europee;
3. Il rischio è ora determinato dalla probabilità di sviluppare un evento fatale di tipo cardiovascolare in un periodo di dieci anni.
Nonostante la prevenzione degli eventi non fatali rimanga ugualmente una priorità, lo sviluppo di un metodo stabile di punteggio per il rischio di malattie cardiovascolari per l'Europa ha richiesto che si considerasse la mortalità come riferimento finale;
4. La soglia di alto rischio basata su eventi fatali di tipo cardiovascolare è ora definita $\geq 5\%$. Questa soglia sarà sufficiente per identificare i soggetti ad alto rischio per eventi non fatali;
5. Priorità cliniche esplicite
La prima priorità dei professionisti sono i pazienti con malattie cardiovascolari diagnosticate e i soggetti ad alto rischio di sviluppo di malattie cardiovascolari.

Quali priorità scegliere nel caso di risorse limitate?

Le priorità per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica sono:

1. Pazienti con malattie coronariche, malattie dell'arteria periferica, e aterosclerosi cerebrovascolare;
2. Individui che non presentano sintomi ma sono ad alto rischio di sviluppo di malattie cardiovascolari aterosclerotiche a causa di:
 - ◆ fattori di rischio multipli che si sintetizzano in un rischio decennale $\geq 5\%$ (o se estrapolato all'età di 60 anni) per lo sviluppo di un evento fatale dovuto a malattie cardiovascolari;
 - ◆ innalzamento notevole del livello dei singoli fattori di rischio colesterolo ≥ 8 mmol/l (320 mg/dl), colesterolo a basso livello di densità ≥ 6 mmol/l (240 mg/dl), pressione sanguigna $\geq 180/110$ mmHg;
 - ◆ diabete di tipo 1 e diabete di tipo 2 con microalbuminuria;
3. Parenti stretti di:
 - ◆ pazienti con l'insorgenza precoce di malattie cardiovascolari aterosclerotiche;
 - ◆ individui asintomatici ad alto rischio;
4. Altri individui incontrati nella routine della pratica clinica;

FATTORI INFLUENTI:

Il rischio totale di malattie cardiovascolari può essere più alto di quello indicato nella carta:

- man mano che le persone si avvicinano all'età della categoria successiva;
- in soggetti asintomatici con attestazione pre-clinica di aterosclerosi (per esempio tramite CT scan, ultrasonografia);
- in soggetti con una storia familiare di malattie cardiovascolari premature;
- in soggetti con un basso livello di colesterolo HDL, con aumento dei livelli di trigliceridi, con peggioramento della tolleranza al glucosio, e con aumento dei livelli della proteina C-reattiva, di fibrogeni, ormocisteina, apolipoproteina B o Lp(a);
- in soggetti obesi e sedentari.

Nuovi metodi di indagine per determinare i soggetti asintomatici ad alto rischio di eventi cardiovascolari.

La risonanza magnetica per immagine (MRI) della parete dell'arteria, le calcificazioni della Coronaria attraverso la tomografia computerizzata (EB-CT o MS-CT), lo spessore della carotide misurato con gli ultrasuoni e l'ipertrofia ventricolare sinistra stabilita attraverso l'ECG o l'ecocardiografia, possono essere inclusi tra i modelli più sofisticati per la valutazione del rischio da malattie cardiovascolari,

Come ottenere grossi cambiamenti nello stile di vita di pazienti malati e nelle persone ad alto rischio?

Le strategie per rendere i consigli sulle abitudini di vita più efficaci includono:

- sviluppare un'intesa terapeutica con il paziente
- ottenere l'impegno del paziente nel riuscire a cambiare abitudini di vita
- assicurarsi che il paziente comprenda il nesso tra stile di vita e malattia
- aiutare il paziente a superare le difficoltà che i cambiamenti pongono
- coinvolgere il paziente nell'identificazione dei fattori di rischio da modificare
- delineare un programma delle modifiche da apportare allo stile di vita
- utilizzare strategie che rafforzino la capacità del paziente di operare cambiamenti
- monitorare i progressi nei cambiamenti attraverso controlli progressivi
- coinvolgere altro staff quando possibile

Perchè i pazienti e le persone ad alto rischio trovano difficile modificare il loro stile di vita?

I cambiamenti nello stile di vita possono fallire facilmente ma devono sempre essere fatti nuovi tentativi. Sono stati identificati diversi fattori che rendono difficili i cambiamenti nello stile di vita. Alcuni hanno a che fare con il paziente, altri con il medico, altri ancora con il sistema sanitario.

Questi fattori includono:

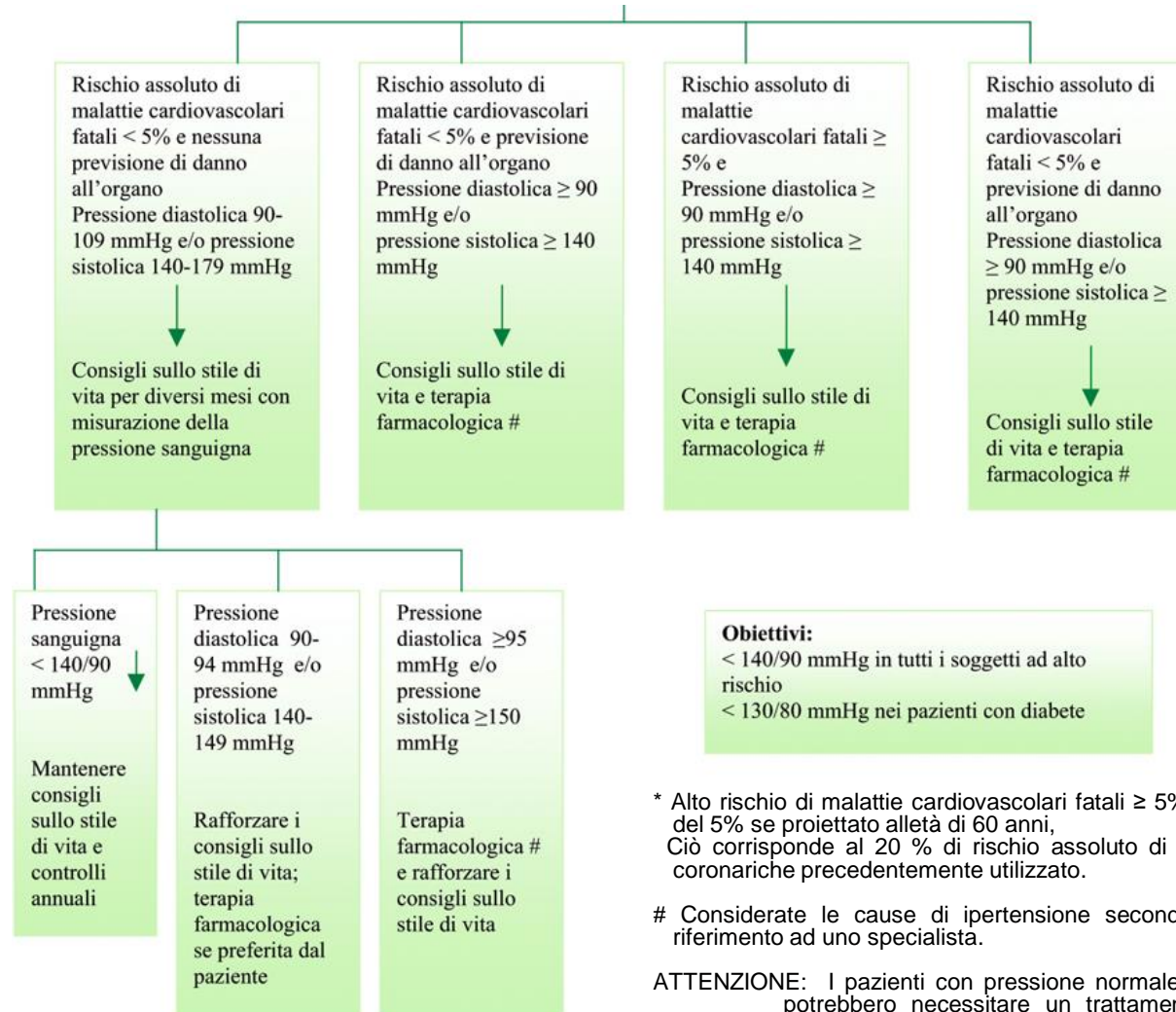
- Basso stato socio-economico (SES):
gli effetti delle campagne e dei programmi per il cambiamento dello stile di vita sono di solito meno efficaci in gruppi ed individui SES;
- Isolamento sociale
le persone che vivono da sole sono più inclini ad indulgere in abitudini poco salutari;
- Stress
lo stress nel e fuori dal lavoro conduce la gente a trascurare la salute e la cura di sé;
- Emozioni negative
depressione, ansia e ostilità hanno effetti negativi ma un trattamento appropriato può facilitare il cambiamento di stile di vita.

I pazienti e le persone ad alto rischio con un basso stato sociale, isolate socialmente e sotto stress riceveranno beneficio dall'aumento di attenzioni e consigli.

La consapevolezza, la comprensione e l'empatia da parte del medico smusseranno le barriere e faciliteranno i cambiamenti nello stile di vita.

Guida alla gestione della pressione sanguigna in pazienti asintomatici

Stimate il rischio totale di malattie cardiovascolari fatali* attraverso la tabella SCORE
Utilizzate la pressione sanguigna iniziale# per stimare il rischio di malattie cardiovascolari fatali



* Alto rischio di malattie cardiovascolari fatali ≥ 5% su un periodo di 10 anni o maggiore del 5% se proiettato all'età di 60 anni, Ciò corrisponde al 20 % di rischio assoluto di un insieme di eventi legati a malattie coronariche precedentemente utilizzato.

Considerate le cause di ipertensione secondaria. Se lo ritenete necessario, fate riferimento ad uno specialista.

ATTENZIONE: I pazienti con pressione normale o medio alta (130-139/85-89 mmHg) potrebbero necessitare un trattamento anti ipertensione se nel passato hanno sofferto di infarto, malattie delle vie coronariche o diabete.

Guida alla gestione dei lipidi negli individui asintomatici

Stimate il rischio totale di malattie cardiovascolari tramite la tabella SCORE. Utilizzate il colesterolo iniziale totale (o una porzione del totale verso il colesterolo ad alta densità) per stimare il rischio.

Rischio totale < 5%

Colesterolo totale ≥ 5 mmol/l (190 mg/dl)

Consigli sullo stil di vita per ridurre il colesterolo totale al di sotto di 5 mmol/l (190 mg/dl) e il colesterolo a basso livello di densità al di sotto di 3 mmol/l (115 mg/dl). Controlli ad un massimo di 5 anni di distanza.

Rischio totale $\geq 5\%$

Colesterolo totale ≥ 5 mmol/l (190 mg/dl)

Misurare a digiuno il colesterolo totale, il colesterolo ad alto livello di densità e i trigliceridi. Calcolare il colesterolo a basso livello di densità. Far seguire i consigli sullo stile di vita per almeno tre mesi. Ripetere le misurazioni.

Colesterolo totale < 5 mmol/l (190 mg/dl) e colesterolo a basso livello di densità al di sotto di 3 mmol/l (115 mg/dl). Mantenere consigli sullo stile di vita con controlli annuali. Se il rischio totale rimane $\geq 5\%$, prendere in considerazione farmaci per abbassare il colesterolo totale a meno di 4.5 mmol/l (175 mg/dl) e il colesterolo a basso livello di densità a meno di 2.5 mmol/l (100mg/dl)

Colesterolo totale ≥ 5 mmol/l (190 mg/dl) o colesterolo a basso livello di densità ≥ 3 mmol/l (115 mg/dl): mantenere consigli sullo stile di vita e iniziare la terapia farmacologica

Gli obiettivi del trattamento nei pazienti con diabete di tipo 2 sono i seguenti:

		Obiettivi
HbA _{1c} (DCCT-standardizzato)	HbA _{1c} (%)	≤ 6.1
Glucosio nel plasma venoso	Digiuno/prima dei pasti	≤ 6.0
	Mmol/l Mg/dl	< 110
Glucosio nel sangue auto monitorato	Digiuno/prima dei pasti	4.0-5.0
	Mmol/l Mg/dl	70-90
	Dopo i pasti	4.0-7.5
	Mmol/l Mg/dl	70-135
Pressione sanguigna	mmHg	< 130/80
Colesterolo totale	m mmol/l (mg/dl)	< 4.5 (175)
Colesterolo a basso livello di densità	mol/l (mg/dl)	< 2.5 (100)

La sindrome metabolica

Gli individui con sindrome metabolica sono di solito ad alto rischio di malattie cardiovascolari e la diagnosi di questa sindrome (secondo il Programma di educazione nazionale per il colesterolo degli Stati Uniti) avviene quando sono presenti tre o più dei seguenti elementi:

1. circonferenza della vita > 102 cm negli uomini, > 88 cm nelle donne;
2. trigliceridi nel siero ≥ 1.7 mmol/l (≥ 150 mg/dl);
3. Colesterolo ad alto livello di densità < 1 mmol/l (< 40 mg/dl) negli uomini o < 1.3 mmol/l (< 50 mg/dl) nelle donne;
4. pressione sanguigna $\geq 130/85$ mmHg;
5. glucosio del plasma ≥ 6.1 mmol/l (≥ 110 mg/dl).

Modifiche dello stile di vita supervisionate dai medici, in particolare la riduzione del peso corporeo e l'incremento di attività fisica, rappresentano la parte principale della gestione della sindrome metabolica.

Una elevata pressione sanguigna, dislipidemia, iperglicemia (nell'area diabetica) potrebbero, comunque, necessitare di un trattamento farmacologico.

A chi dovrebbero essere prescritti ulteriori medicinali?

Oltre ai farmaci necessari per trattare la pressione sanguigna, i lipidi e il diabete, le seguenti classi di medicinali dovrebbero essere prese in considerazione nella pratica clinica nel caso di prevenzione delle malattie cardiovascolari:

- aspirina o altri farmaci modificatori delle piastrine da usare virtualmente in tutti i pazienti con malattie cardiovascolari diagnosticate;
- Beta-blockers nei pazienti che hanno recentemente avuto un infarto miocardico o con disfunzioni al ventricolo sinistro a causa di malattie delle coronarie;
- Inibitori ACE nei pazienti nei pazienti con sintomi o segni di disfunzioni al ventricolo sinistro dovute a malattie delle coronarie o ipertensione arteriosa;
- anti-coagulanti in quei pazienti con malattie delle coronarie che si trovano ad alto rischio di eventi tromboembolici;

E' testato che negli individui asintomatici ad alto rischio, una dose leggera di aspirina può ridurre il rischio di eventi cardiovascolari nelle persone diabetiche, nelle persone con ipertensione ben controllata e negli uomini ad alto rischio basato su più fattori di malattie cardiovascolari.

Perchè esaminare i parenti prossimi?

I parenti stretti di pazienti con malattie premature delle coronarie (uomini di età inferiore ai 55 anni e donne di età inferiore a 65 anni) e le persone che appartengono a famiglie con ipercolesterolemia o altre dislipidemie ereditarie dovrebbero essere esaminati riguardo ai fattori di rischio cardiovascolare, poichè per queste persone aumenta il rischio di sviluppo di malattie cardiovascolari.