

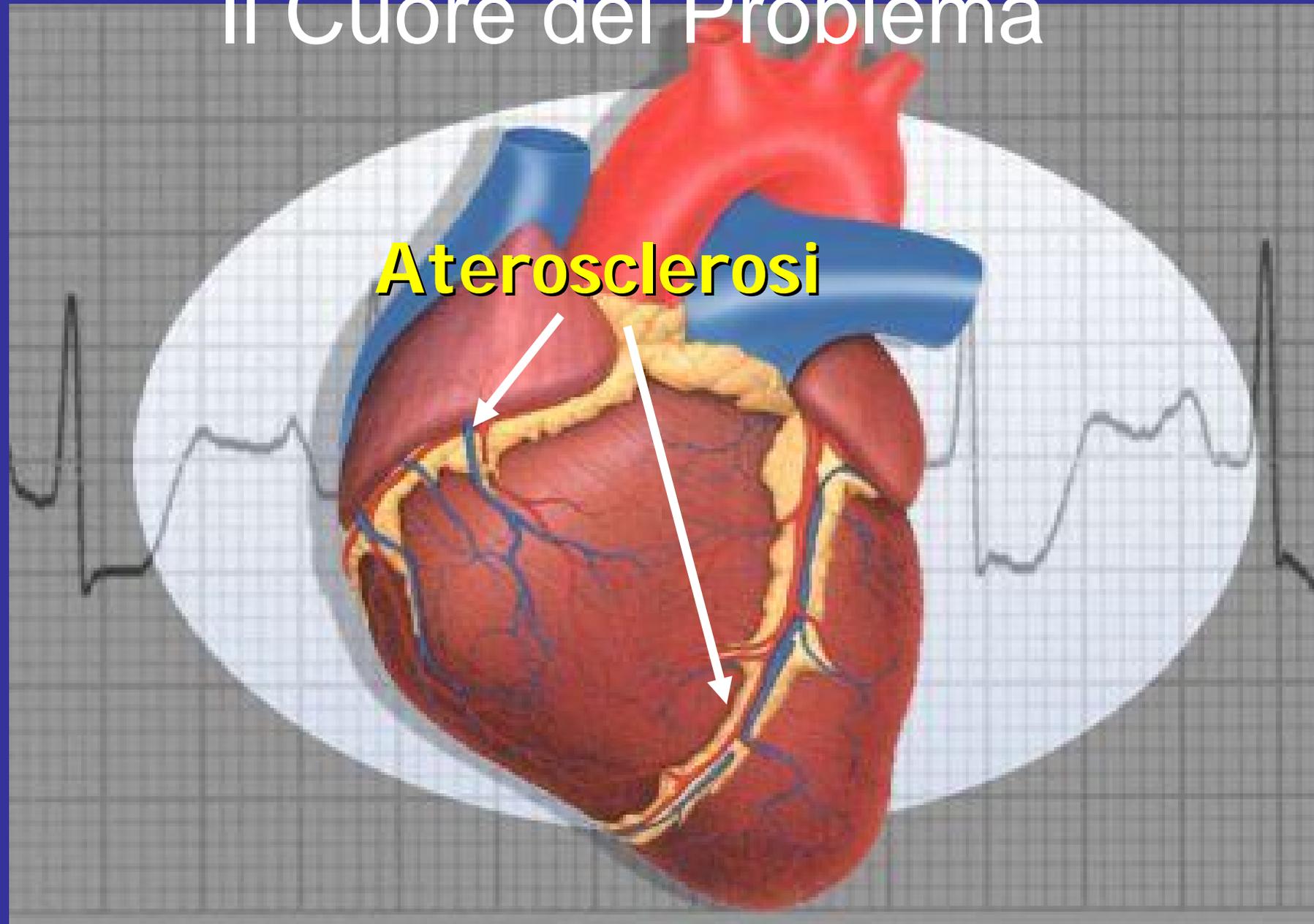


Il Rischio Cardio-Vascolare: Le azioni di prevenzione per ridurre gli eventi negativi



Dott.ssa Silvana Gramenzi

Il Cuore del Problema



ATEROSCLEROSI

E' una malattia focale dello strato interno (tonaca intima) delle arterie di medio e grande calibro

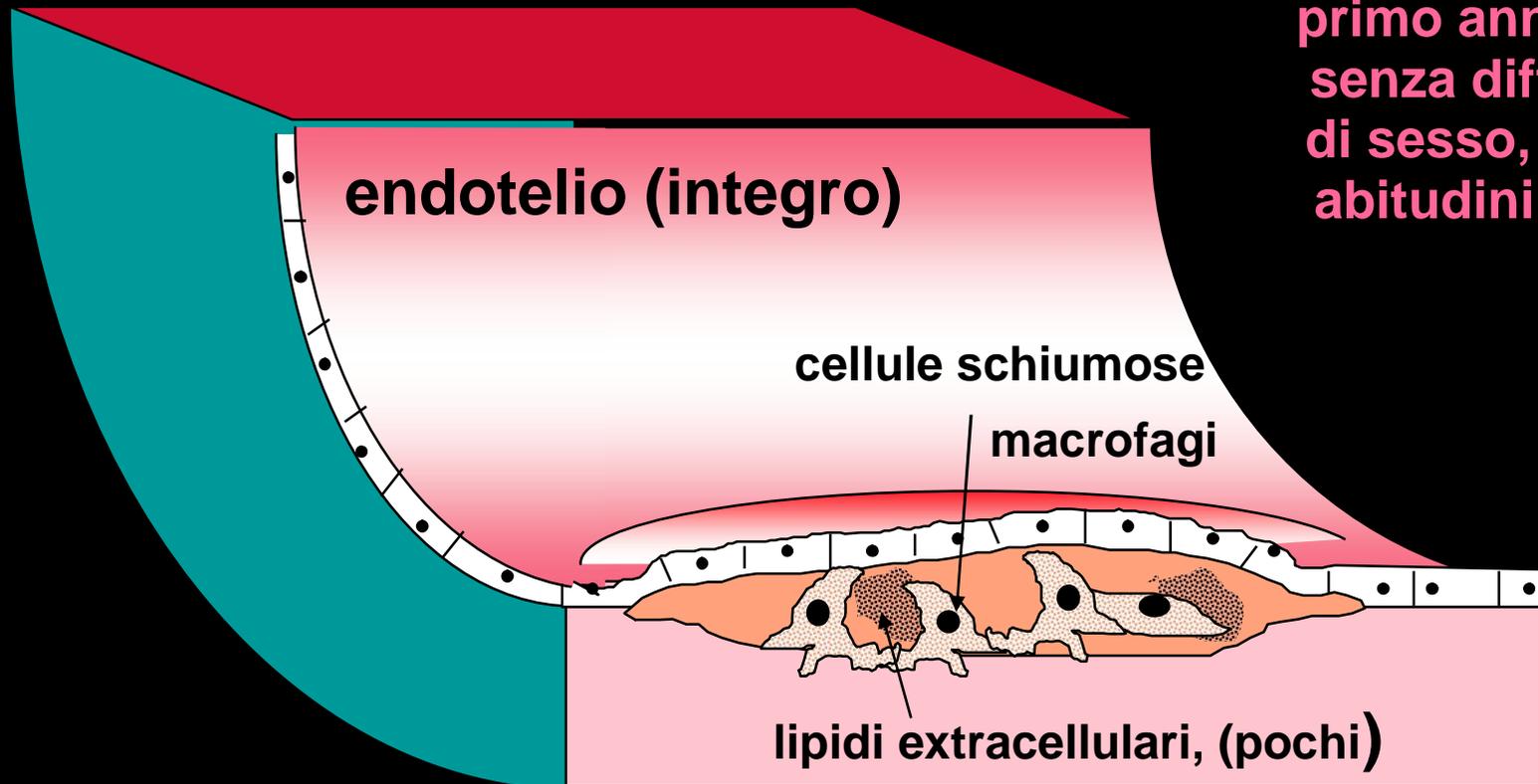
La lesione elementare dell'aterosclerosi (capace di corrispettivo clinico) è **l'ateroma o placca**,

L'ateroma è costituito da un centro (**core**) composto da materiale lipidico, prevalentemente colesterolo, e da una capsula o **cappuccio fibroso** composta da cellule muscolari lisce, collagene

L'aterosclerosi è un lungo processo che inizia molto precocemente

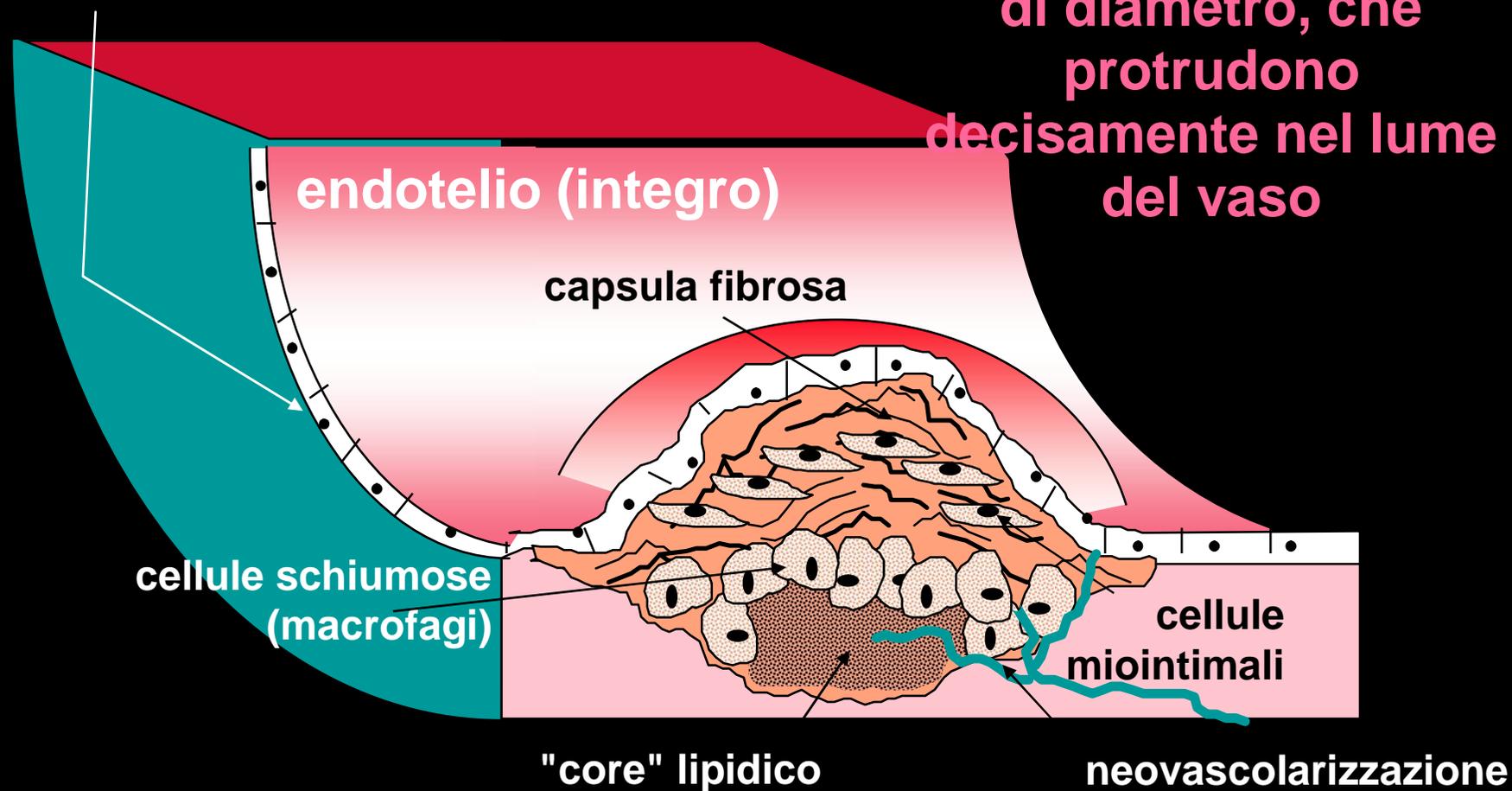
strie lipidiche

Sono macchie o strie giallastre appena rilevate max 1 mm
Compaiono nell'aorta di tutti i bambini dopo il primo anno d'età, senza differenze di sesso, razza o abitudini di vita,



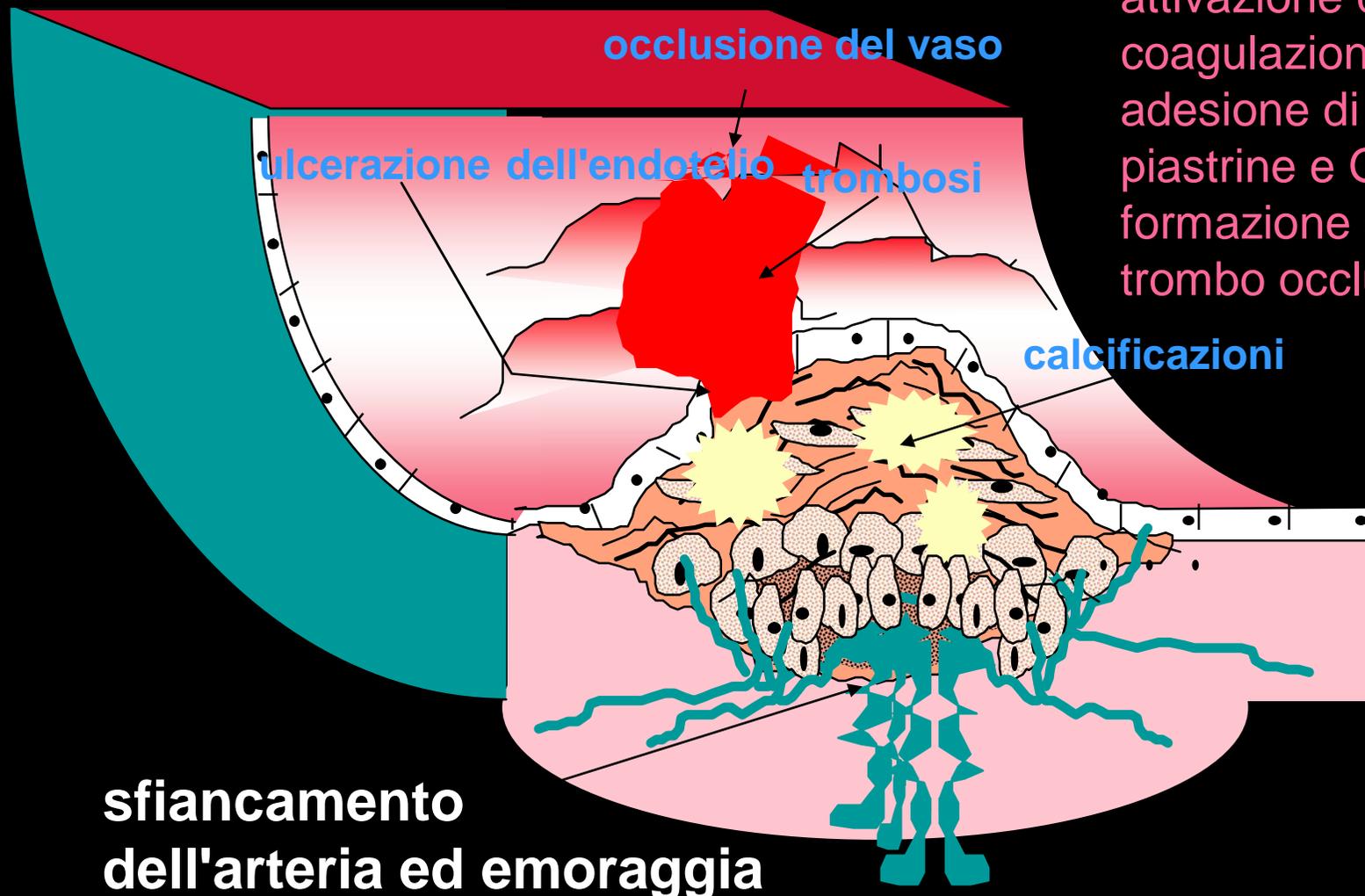
placche fibrose

Macroscopicamente
appaiono come
placche bianche o
giallastre di 0.3-1.5 cm
di diametro, che
protrudono
decisamente nel lume
del vaso



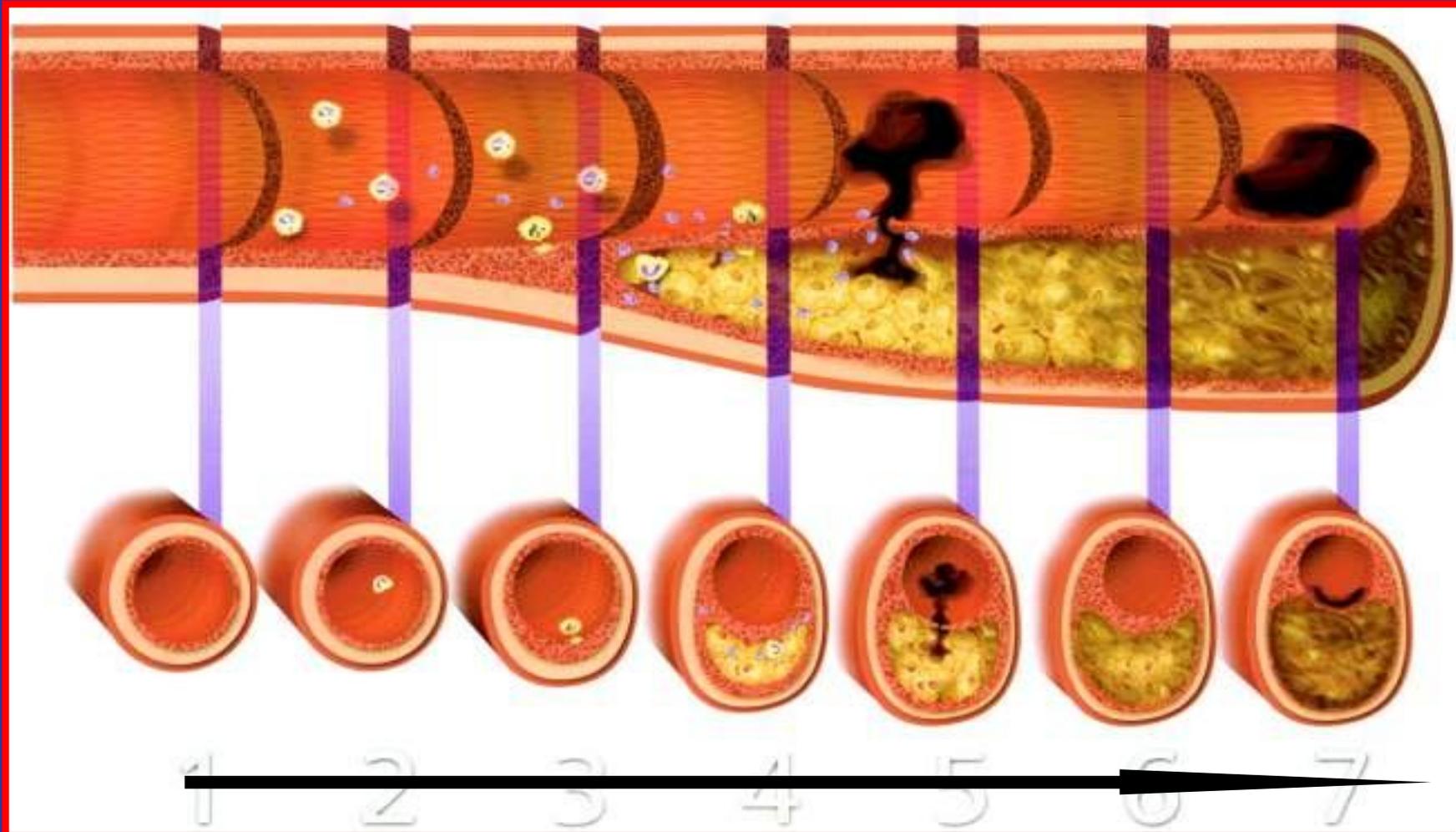
Placche complicate

Si verificano per rottura o ulcerazione della capsula esterna; ne consegue attivazione della coagulazione, adesione di piastrine e GR e formazione del trombo occludente.



sfiancamento dell'arteria ed emorragia

Aterosclerosi

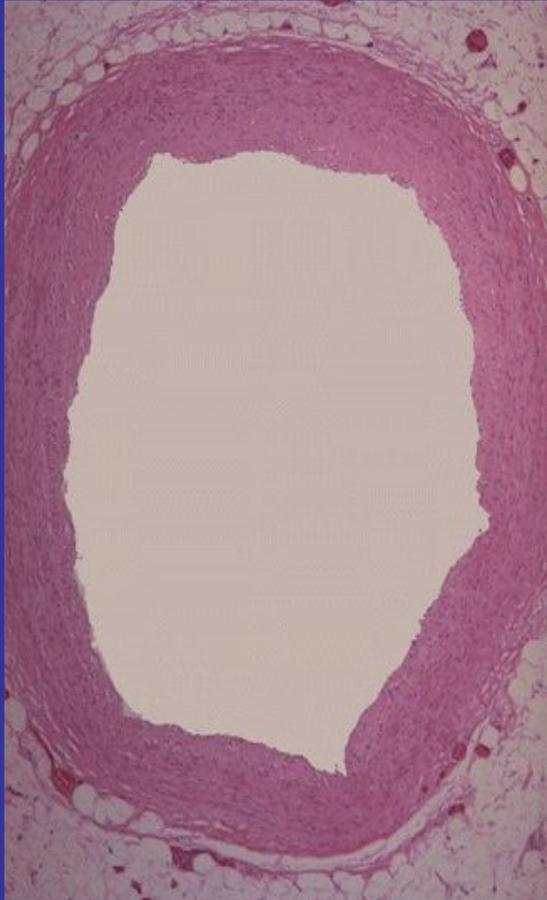


1-2 decade

Dalla terza decade

Dalla quarta decade

MORFOLOGIA DELL' ATEROMA



**Aorta
normale**



**Occlusione
parziale da
placca fibrosa**

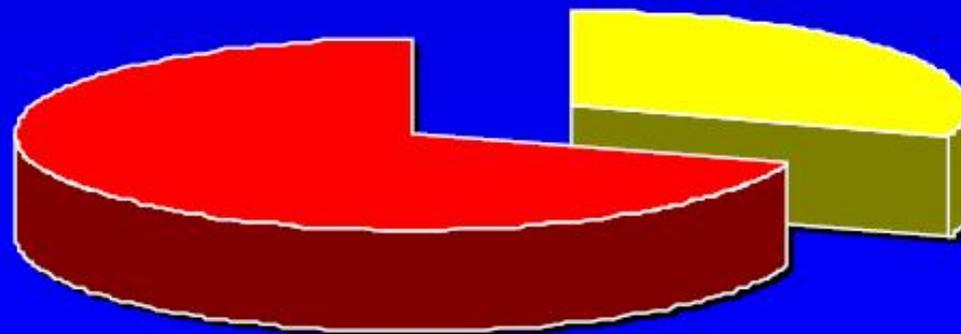


**Trombosi in se-
guito ad ulcera-
zione della lesio-
ne complicata**

LE DIMENSIONI DEL PROBLEMA

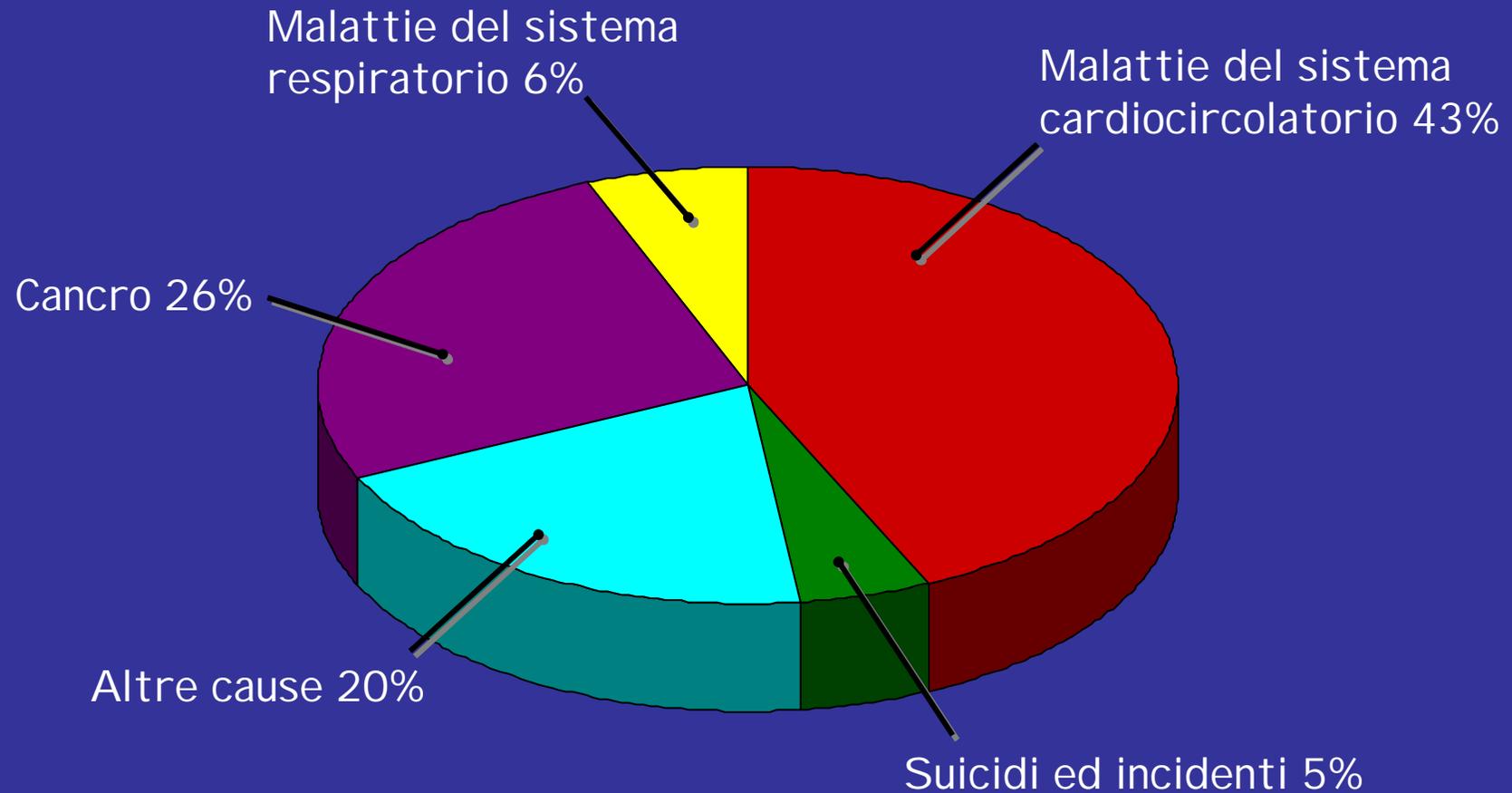
- **Nel mondo**, le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di morte.
- Ogni anno muoiono 15 milioni di persone per malattie cardiovascolari.

Altre Cause
70%

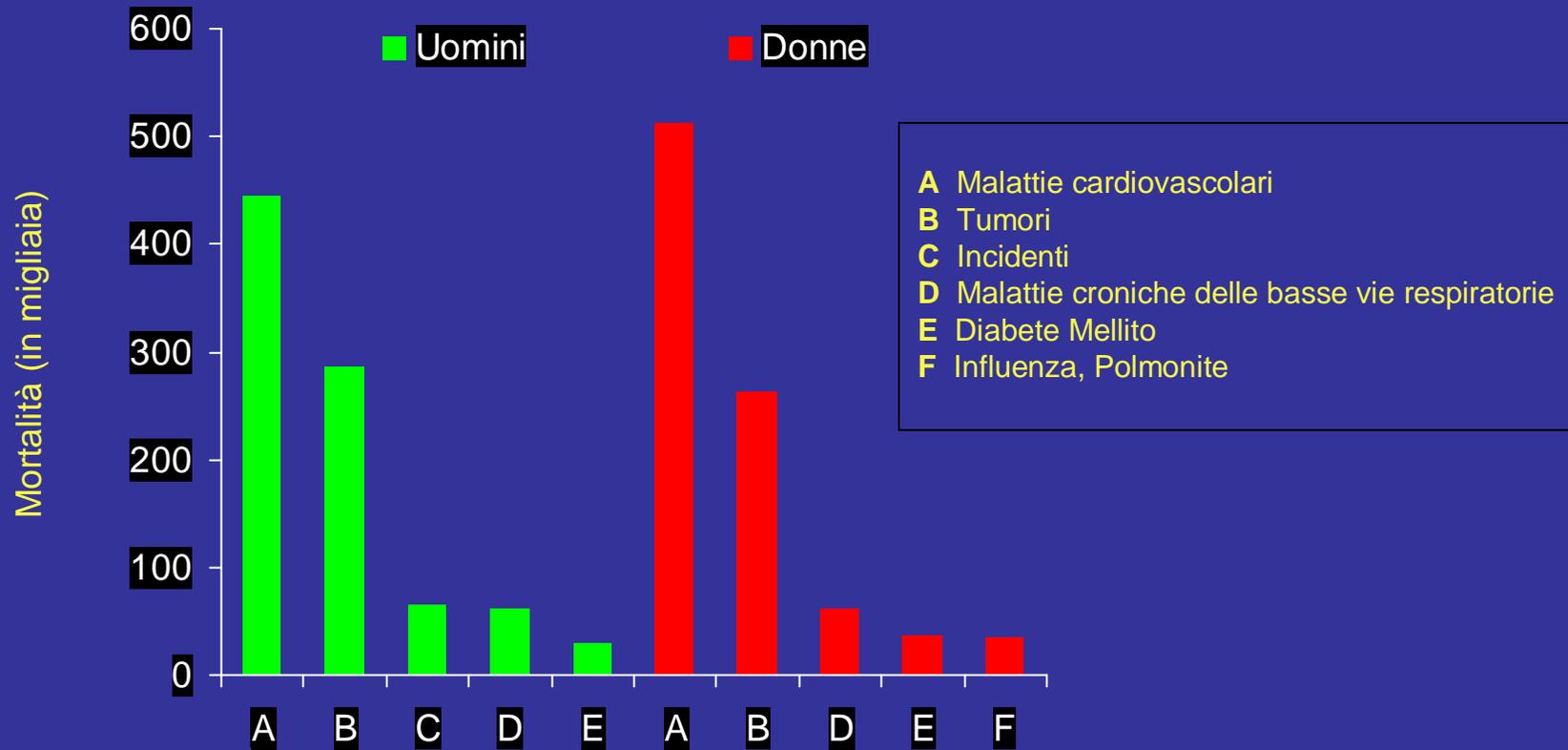


Malattie
Cardiovascolari
30%

Dati di Mortalità: Unione Europea

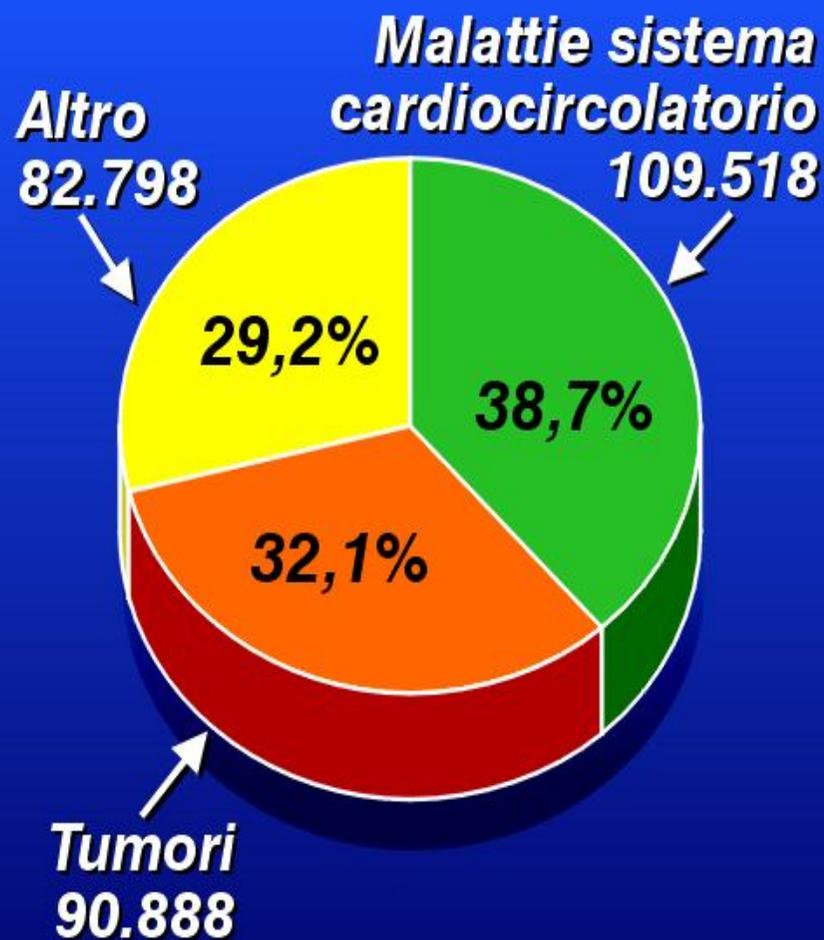


Principali cause di morte negli Stati Uniti

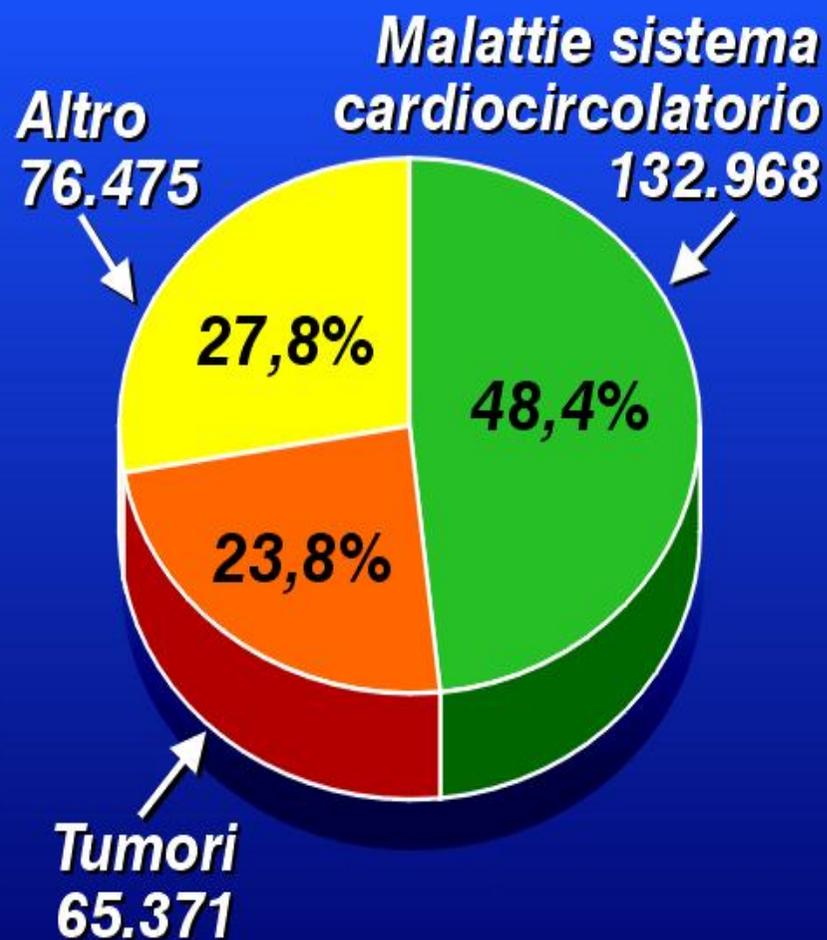


Heart and Stroke Statistical Update, Dallas, Tex. American Heart Association, 2002

Principali cause di morte in Italia



UOMINI



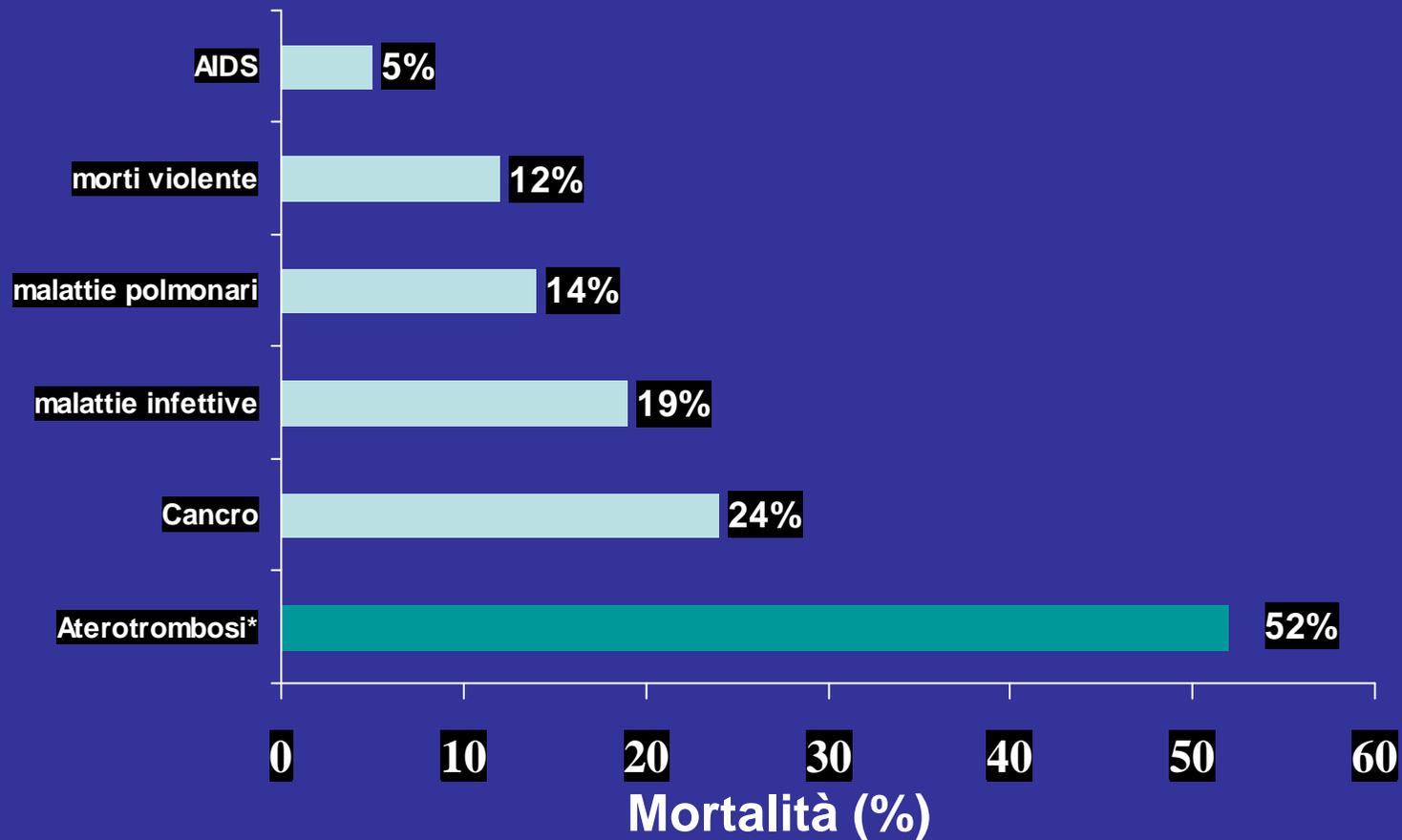
DONNE

Rapporti ISTISAN, 2001



Campagna Nazionale di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare Globale

L'aterotrombosi è la principale causa di morte nel mondo



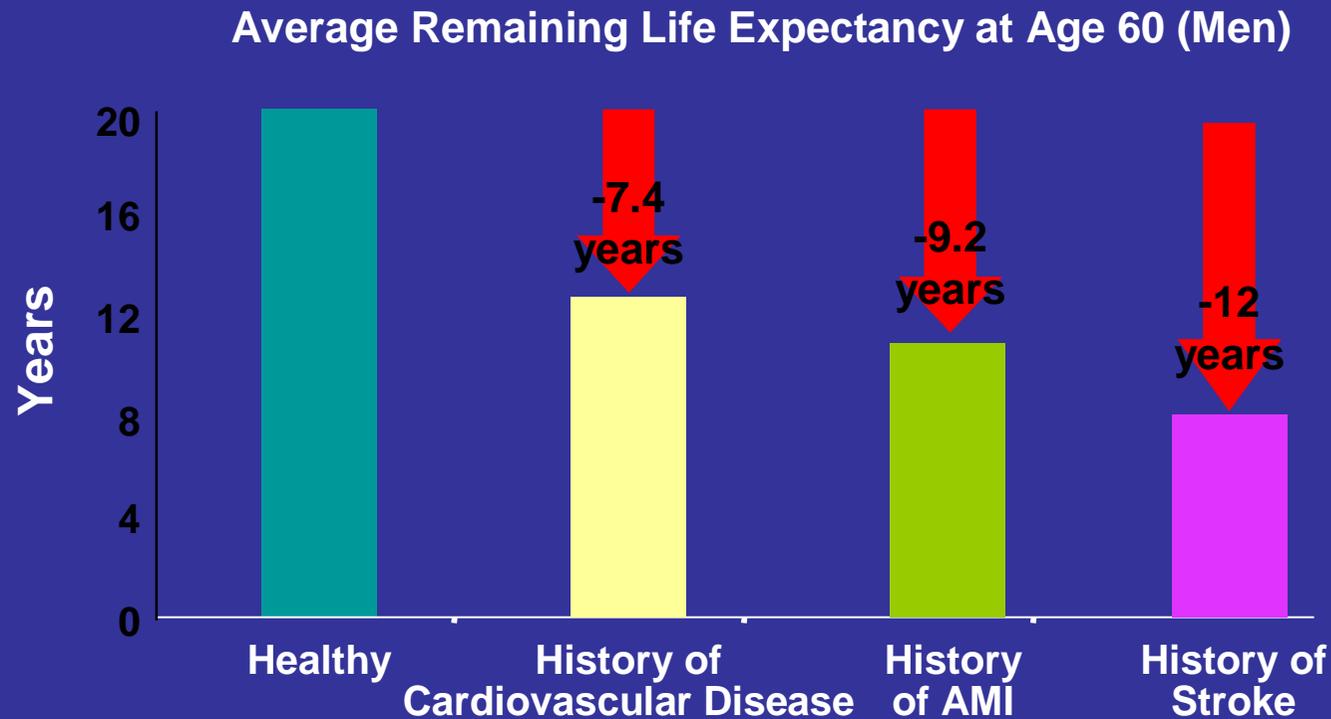
*Cardiovascular disease, ischemic heart disease and cerebrovascular disease.

†Worldwide defined as Member States by WHO Region (African, Americas, Eastern Mediterranean, European, South-East Asia and Western Pacific)

1. The World Health Report, 2000, WHO Geneva, 2000.

Atherothrombosis Significantly Shortens Life

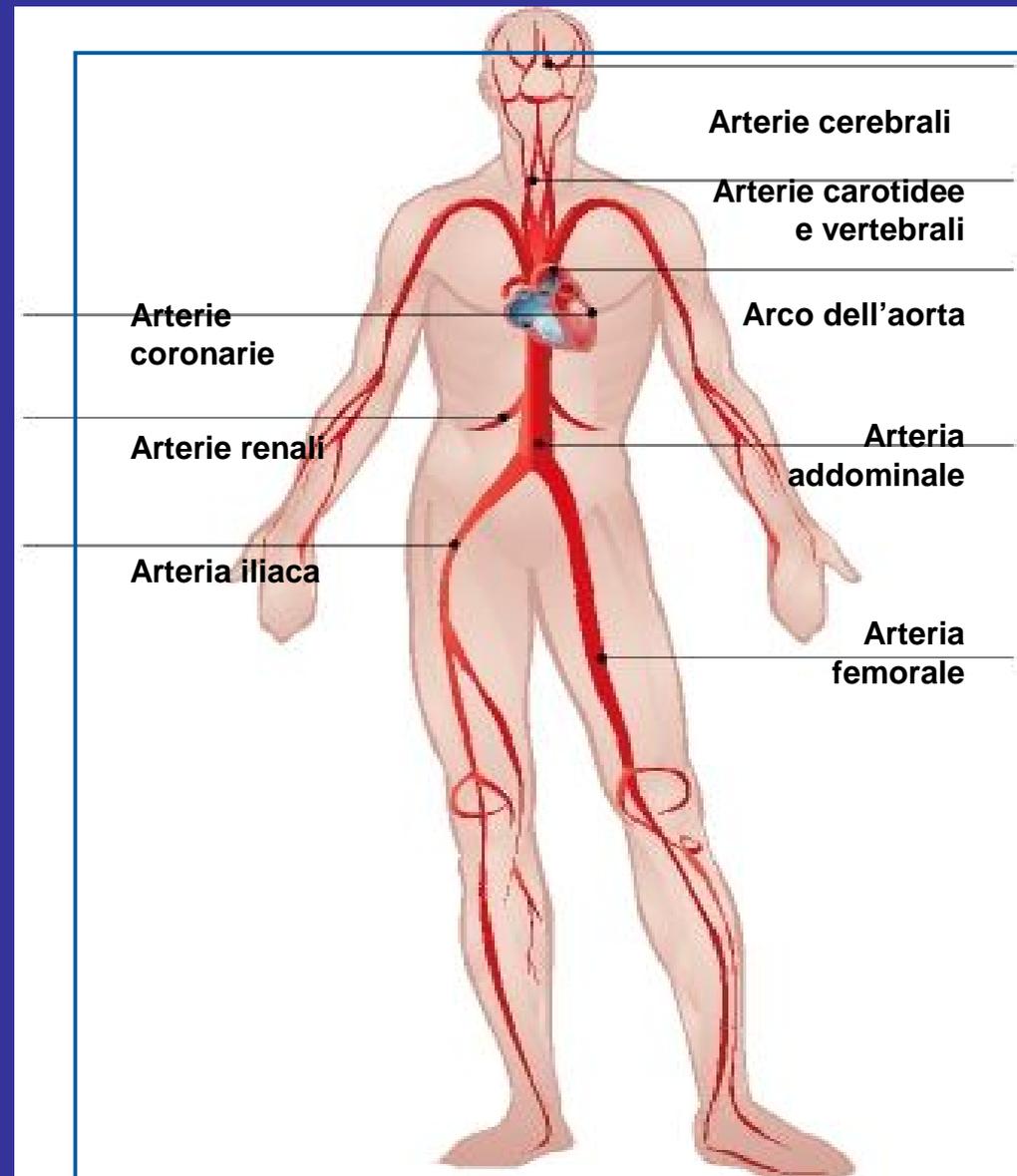
Atherothrombosis reduces life expectancy by around 8-12 years in patients aged over 60 years¹



Analysis of data from the Framingham Heart Study.
Peeters A, et al. *Eur Heart J.* 2002;23:458-466.

SITI DI SVILUPPO DELLE PLACCHE ATEROMASICHE

Le placche ateromasiche tendono a formarsi nei punti di ramificazione del sistema vascolare arterioso, dove il flusso del sangue è più turbolento ed è più probabile che si verifichi un danno all'endotelio.



TIA

Ictus ischemico

Nefrosclerosi con insufficienza renale

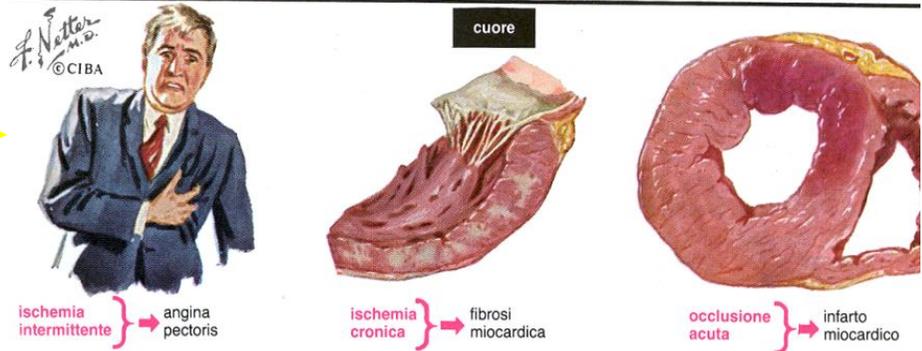
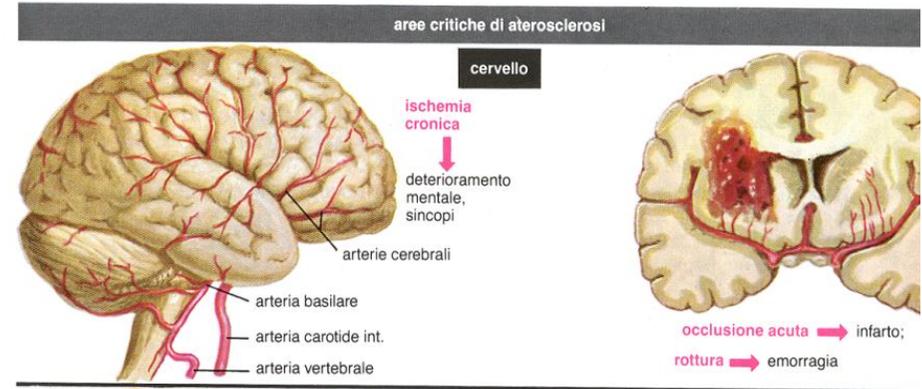
Aneurisma

Arteriopatia arti inferiori

Infarto intestinale

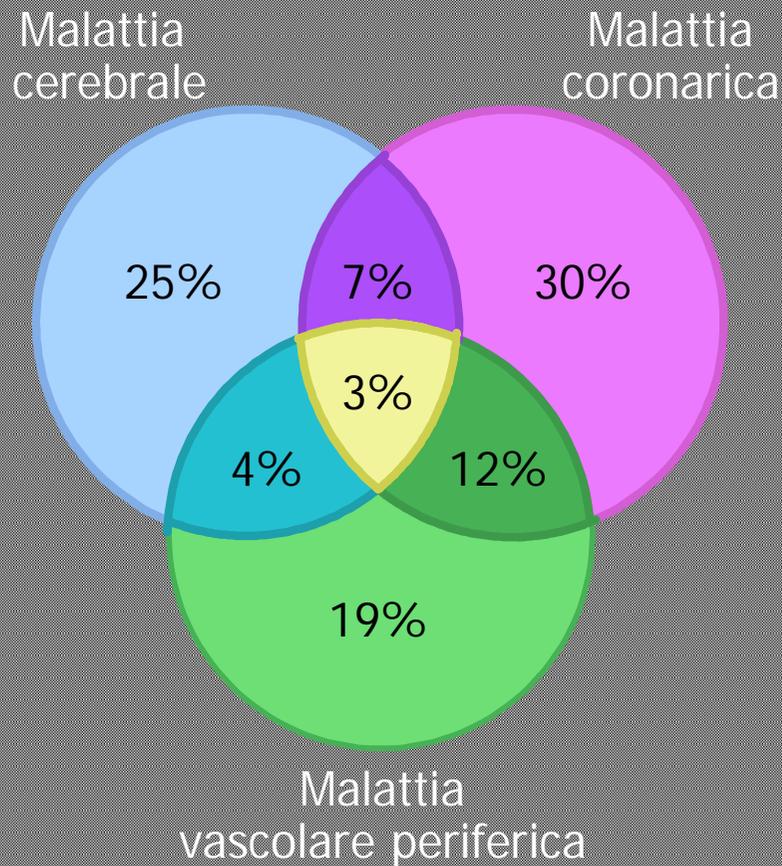
Angina pectoris

Infarto del miocardio

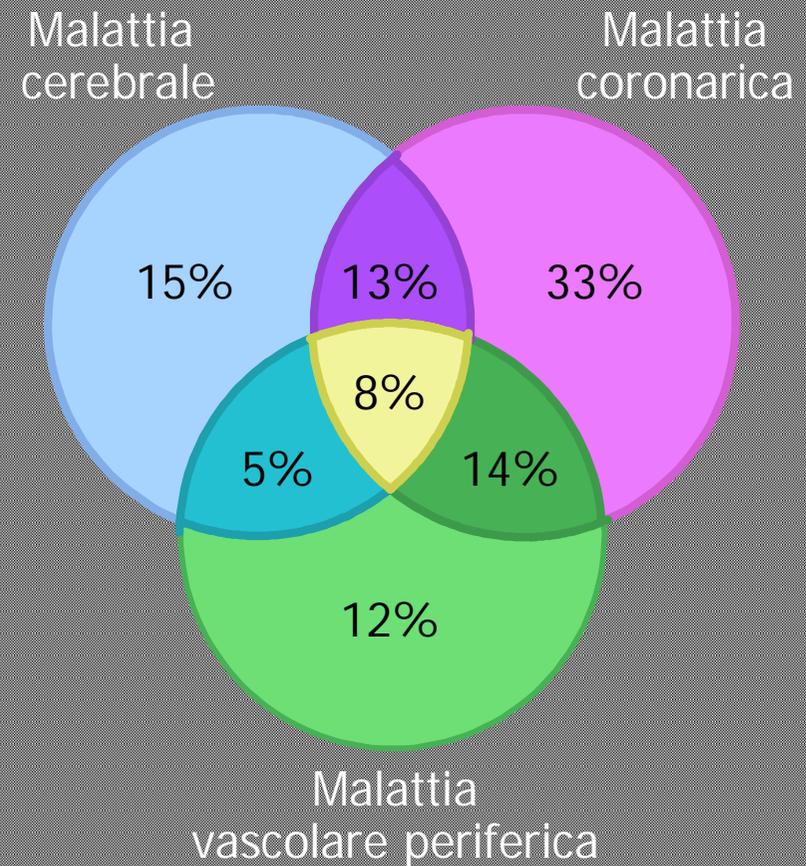


Coesistenza di malattie vascolari in pazienti con aterotrombosi

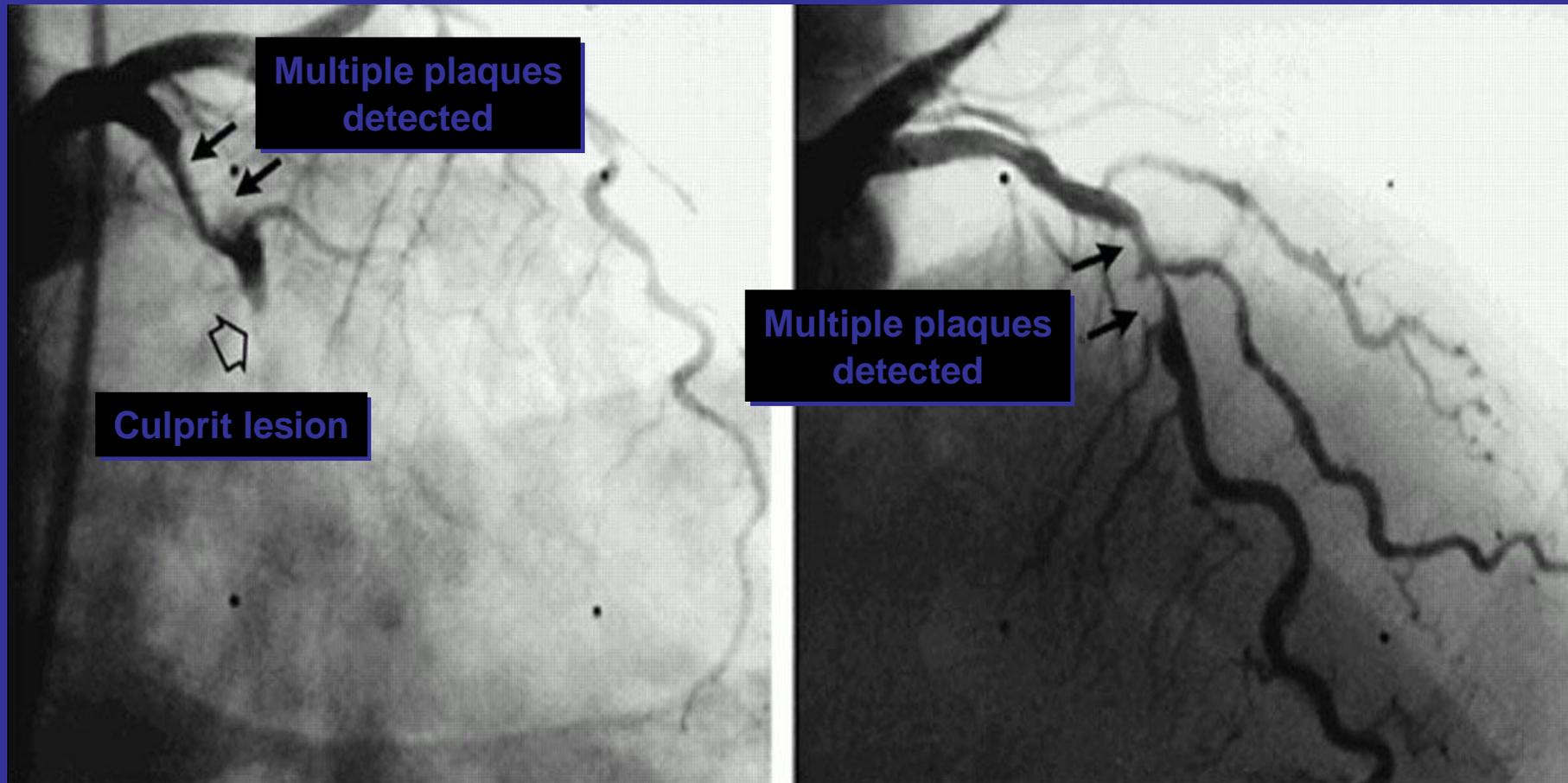
CAPRIE



Aronow & Ahn



Multiple Complex Coronary Plaques in Patients With Acute MI

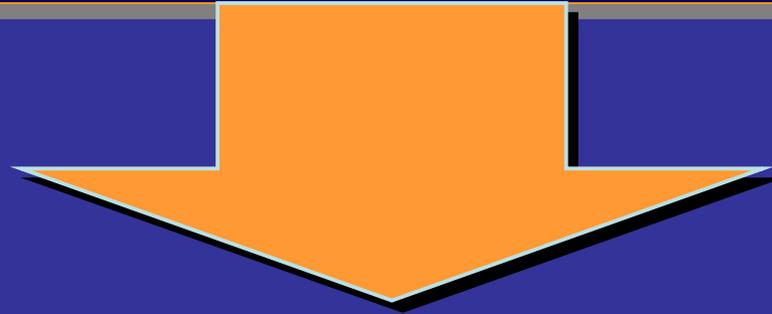


MI, myocardial infarction.

Goldstein JA, et al. *N Eng J Med.* 2000;343:915-922. (with permission)

Rischio CARDIOVASCOLARE globale

**I fattori di rischio interagiscono
comportando un aumento moltiplicativo
del rischio cardiovascolare**



**Per ridurre il RISCHIO CARDIOVASCOLARE
GLOBALE**
è necessario identificare e trattare i principali
fattori di rischio coesistenti nello stesso paziente

Ridurre il Rischio C-V Globale

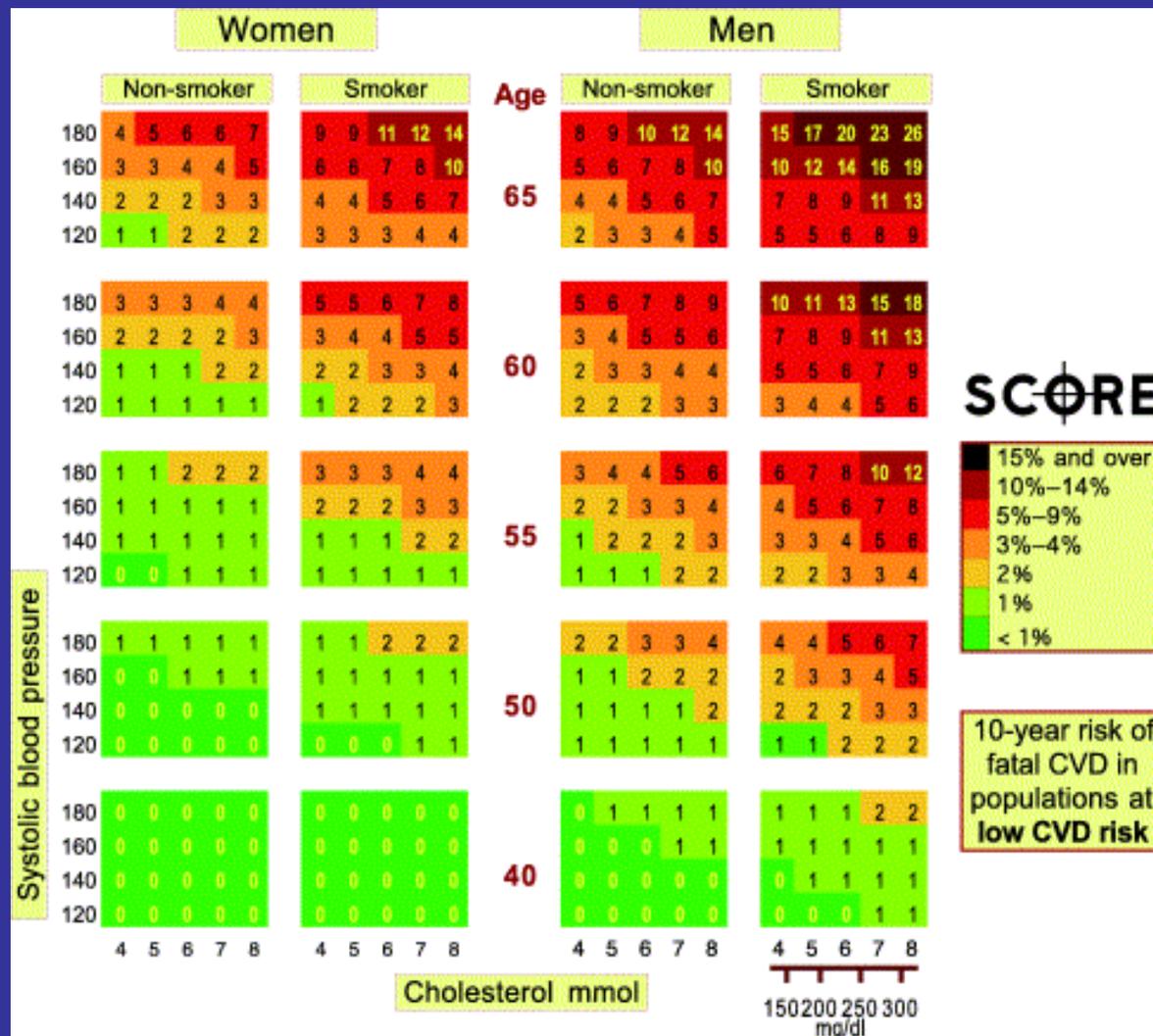
L'Approccio globale alla malattia non limitato al controllo glicemico ma esteso alle diverse componenti del rischio

PERCHE' ?

Perché il controllo dei fattori di rischio porta ad una riduzione clinicamente significativa delle complicanze micro e macrovascolari, sulla mortalità e morbilità del diabete

FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI	FATTORI DI RISCHIO PARZIALMENTE MODIFICABILI	FATTORI DI RISCHIO NON MODIFICABILI
Fumo di sigarette	Iperensione arteriosa	Età
Abuso di alcool	Diabete Mellito	Sesso
Dieta ricca di grassi saturi, ipercalorica	Ipercolesterolemia Basso colesterolo HDL	Fattori genetici e familiarità
Inattività Fisica	Obesità	Storia di malattie cardiovascolari

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice





 **AVVERTENZA**
 **CONSIGLI**
 **METODOLOGIA**

PA (dopo 4 minuti di riposo in posizione seduta, misurare la pressione per 2 volte di seguito)

Sistolica I II

In trattamento con antipertensivi

Colesterolo (rilevazioni negli ultimi 90 giorni)

Totale

HDL

Diabete Mellito
 fumo

Rischio MCV a 10 anni
20,2% Questo significa che su 100 persone con le stesse caratteristiche, circa 20 saranno colpite da infarto del miocardio o ictus nei prossimi 10 anni.

 **nota 13: statine rimborsabili**

A parità degli altri fattori di rischio, se la persona smettesse di fumare per un anno il rischio cardiovascolare globale assoluto diventerebbe pari al 13,7% che corrisponde ad un riduzione del rischio di circa un terzo

E' importante ricordare che il rischio cardiovascolare aumenta con l'età, ma è possibile mantenerlo a un livello favorevole, poiché i fattori di rischio cardiovascolare sono modificabili con lo stile di vita. Per questo basta seguire alcune indicazioni.

Evitare il fumo; sono dannosi alla salute sia il fumo attivo che quello passivo: già dopo 2-5 anni dall'aver smesso di fumare il rischio si riduce in modo significativo.

Avere un'alimentazione sana e bilanciata, con un'ampia varietà di cibi di origine animale e vegetale. In particolare è consigliabile:

- aumentare il consumo di verdura, frutta, legumi e cereali, cibi ricchi di fibre, amidi, vitamine e minerali
- ridurre il consumo di grassi, specialmente quelli

Diabete

Obesità

Rischio

cardio

Fumo

vascolare

globale

Ipertensione

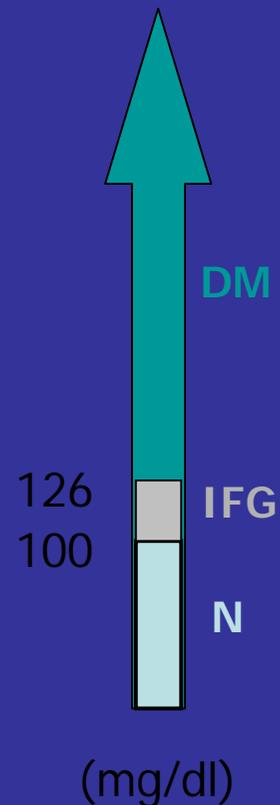
Dislipidemia

Criteri diagnostici (ADA, 1997)

- Il diabete mellito (DM) può essere definito da uno dei seguenti criteri:
- In base alla glicemia
 - Glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl
- In base al test di carico orale con glucosio 75 g (= OGTT o “curva glicemica” con misurazione della glicemia ogni 30’ per 2 ore)
 - Glicemia 2 ore dopo carico orale ≥ 200 mg/dl

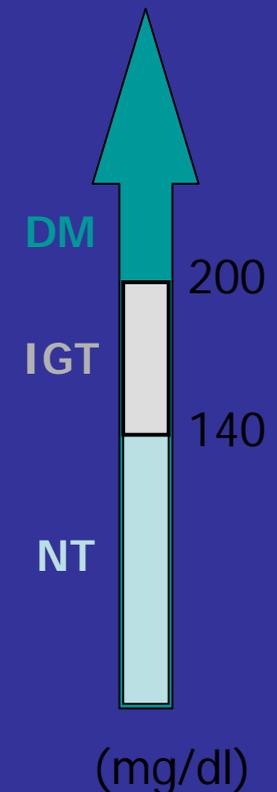
Altre definizioni (ADA, 1997)

Glicemia a digiuno



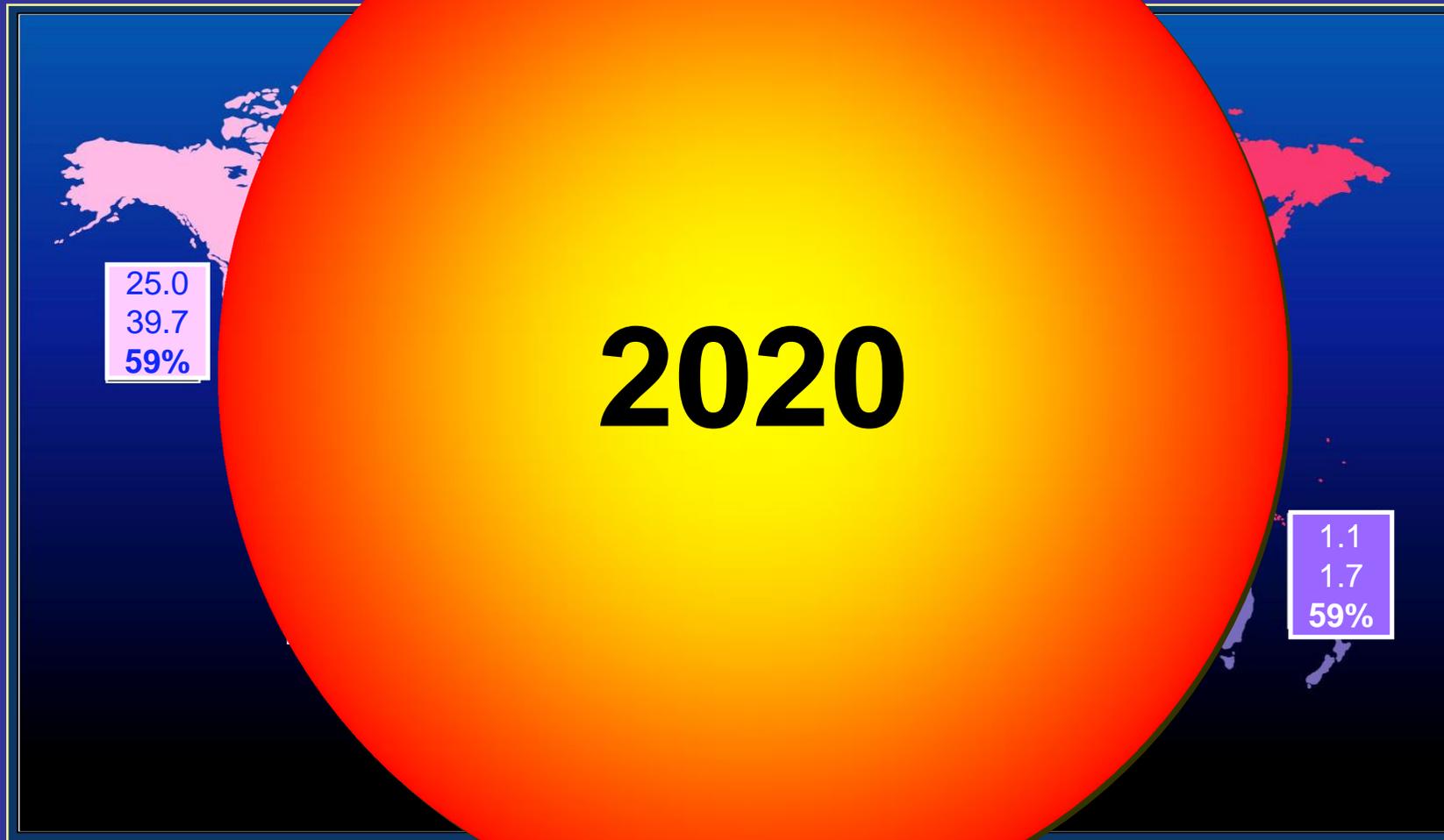
- **Normale tolleranza ai carboidrati (NT)**
 - Glicemia a digiuno < 100 mg/dl
 - OGTT: glicemia 2 ore dopo carico orale < 140 mg/dl
- **Intolleranza ai carboidrati (IGT)**
 - OGTT: glicemia 2 ore dopo carico orale tra 140 mg/dl e 200 mg/dl
- **Alterata glicemia a digiuno (IFG)**
 - Glicemia a digiuno : 100 - 126 mg/dl

Glicemia 2 ore post-carico orale



Diabete Mellito

“L’epidemia del terzo millennio”



, Oral Communication October 2004

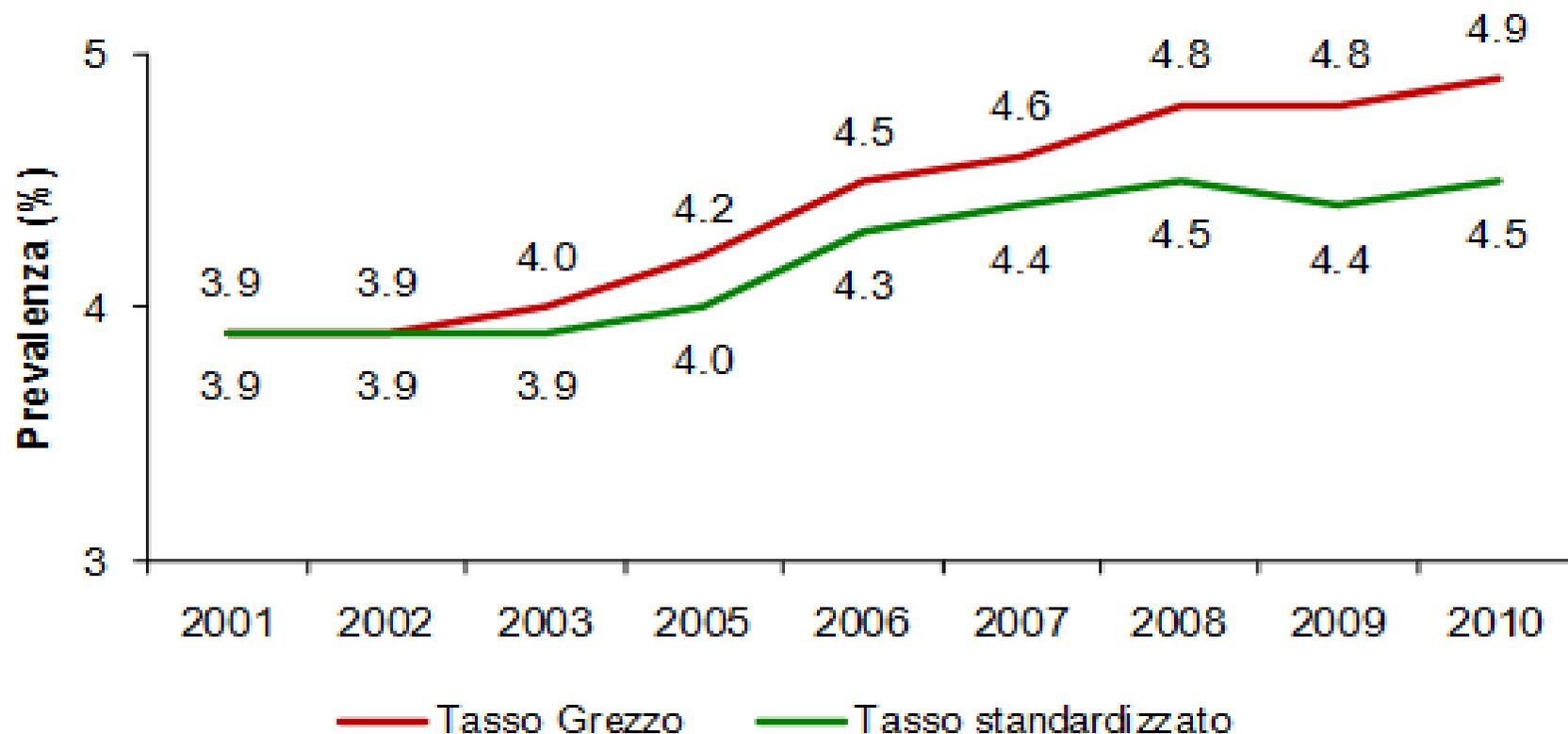
Il diabete in Italia (2010)



Prevalenza del diabete in Italia

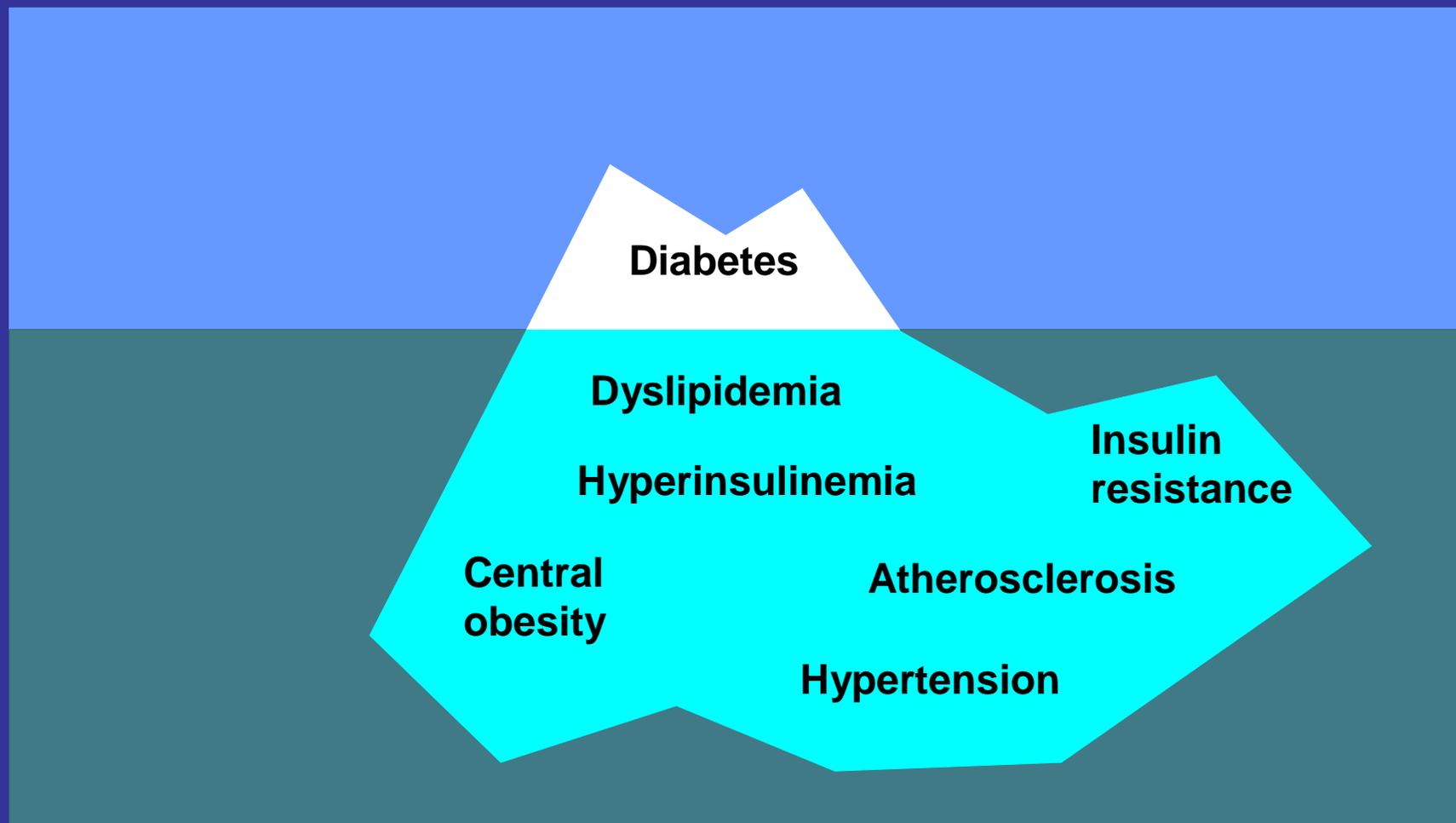
Fonte ISTAT 2010, elaborazione ISS

Andamento della prevalenza del diabete in Italia (2001-2010)



Il diabete tipo 2 nella maggior parte dei casi non è una entità patologica distinta, ma la manifestazione di un disordine più ampio:

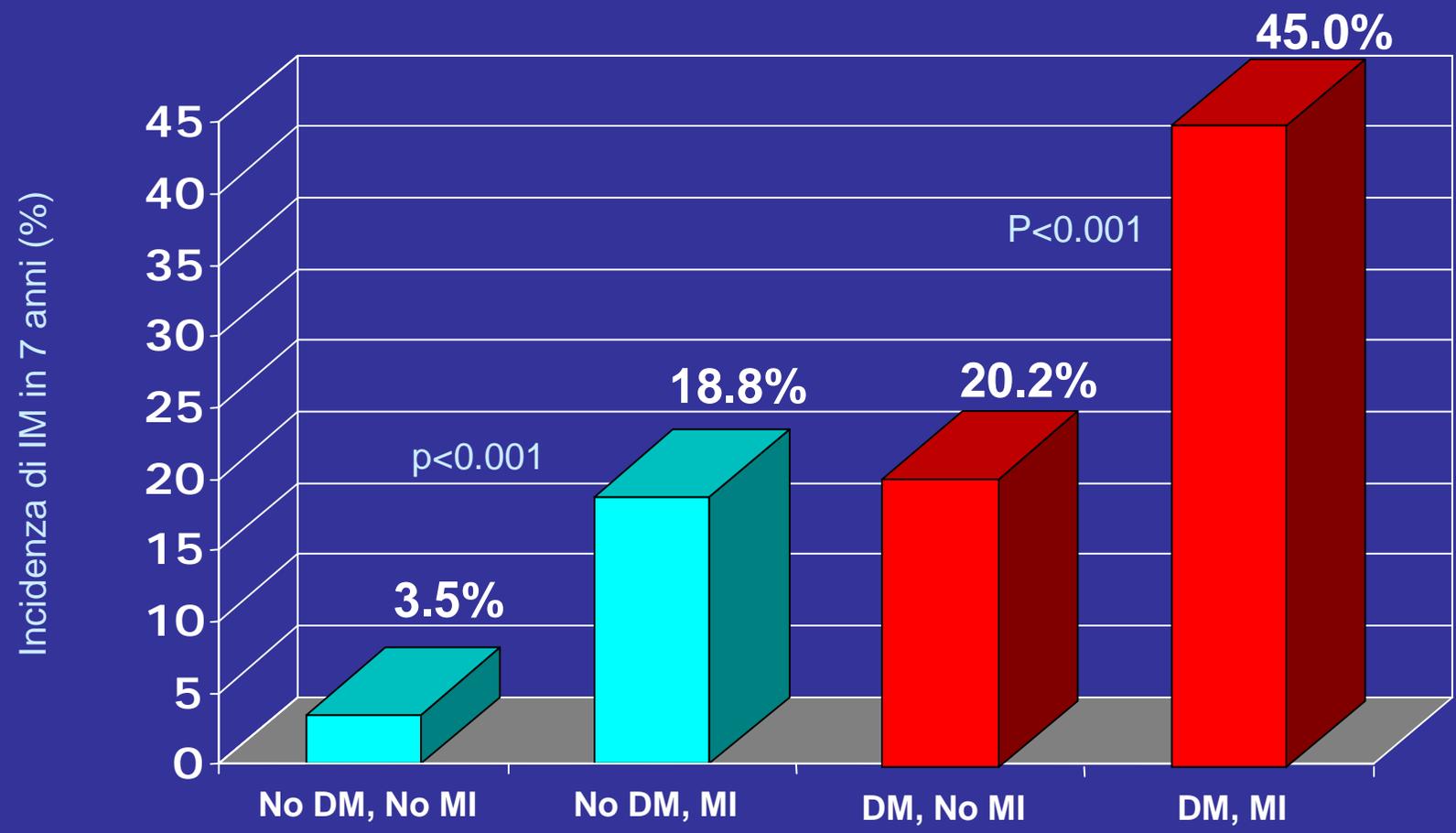
la **Sindrome Metabolica**



Diabete di Tipo 2 e Malattia Coronarica

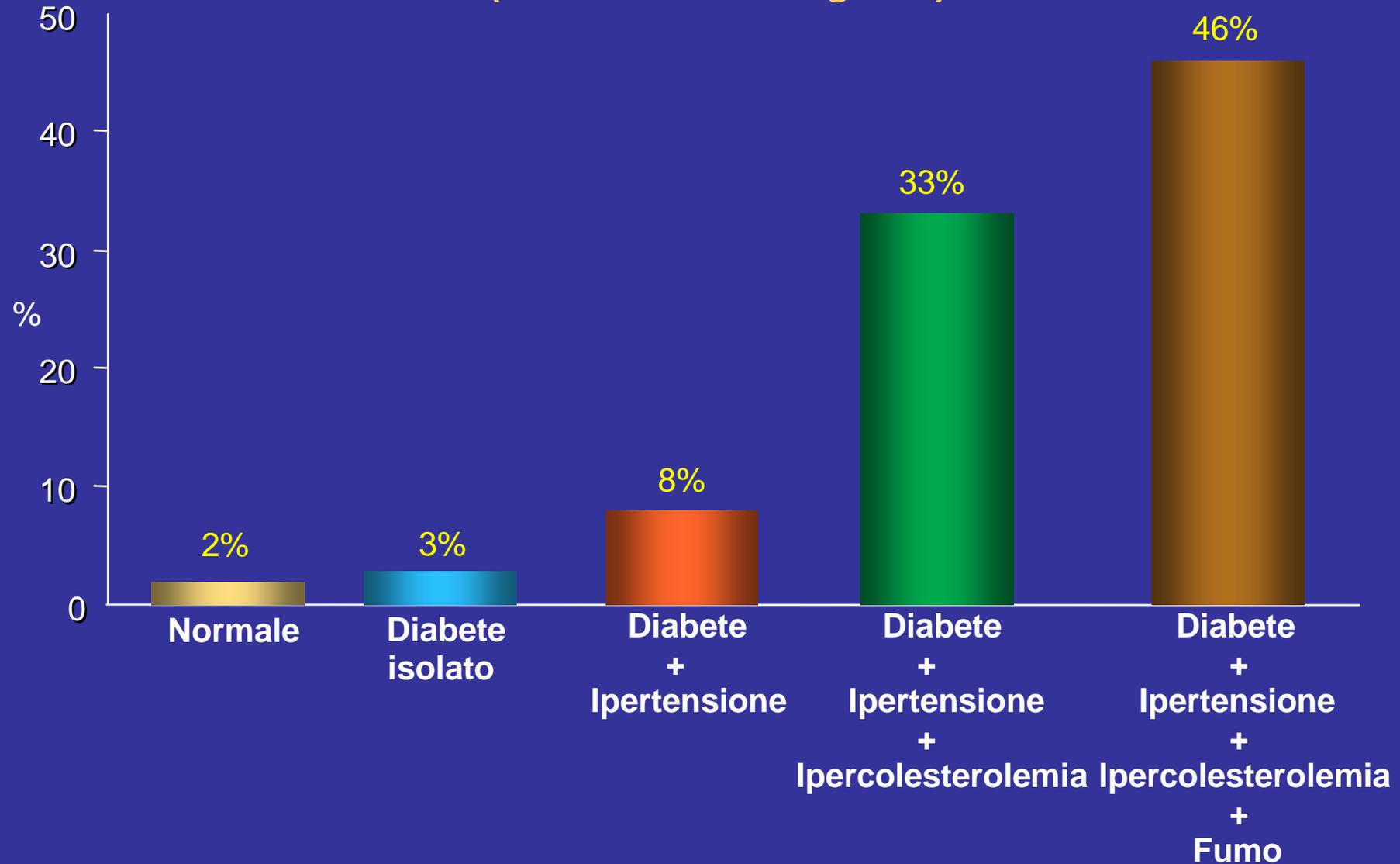
Incidenza di IMA Fatale/Non fatale in 7 anni (East West Study)

■ Non-diabetici n=1373 ■ Diabetici n=1059

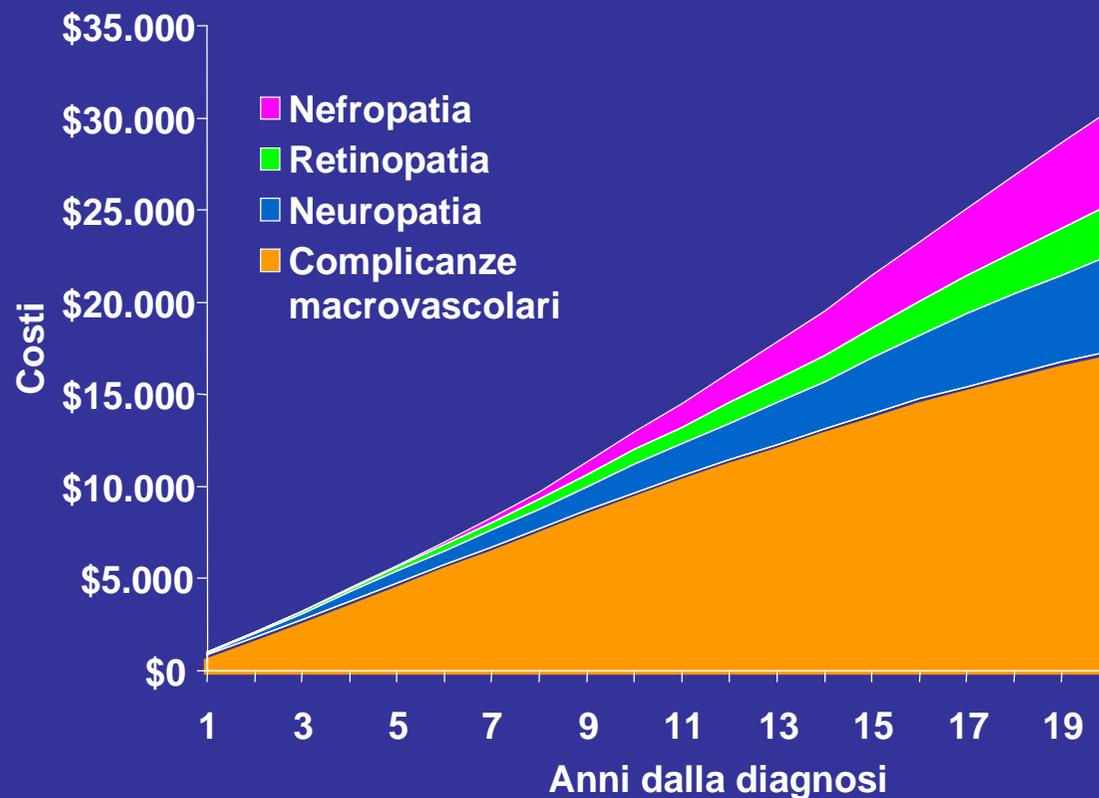


DM - diabete mellito
IM - infarto del miocardio

Incidenza cumulativa di CVD nell'arco di 8 anni in 50enni diabetici (Studio di Framingham)



Costi delle complicanze del diabete



Caro JJ et al. Diabetes Care . 2002; 25: 476-81

I diabetici sono circa il 5% della popolazione generale ed il 20% dei ricoverati e spendono circa il 15% delle risorse sanitarie

“Difendiamo il cuore”

Perche' i diabetici sono pazienti ad alto rischio?



- Associazione con altri fattori di rischio
- Maggior sviluppo di malattia aterosclerotica
- Stato protrombotico con aumentata reattività piastrinica
- Placca maggiormente vulnerabile e suscettibile di rottura.

Raccomandazioni per la prevenzione primaria di malattie cardiovascolari nei diabetici

- 1) Controllo glicemico
- 2) Modificazioni dello stile di vita
- 3) Controllo dell'assetto lipidico
- 4) Controllo dell'ipertensione

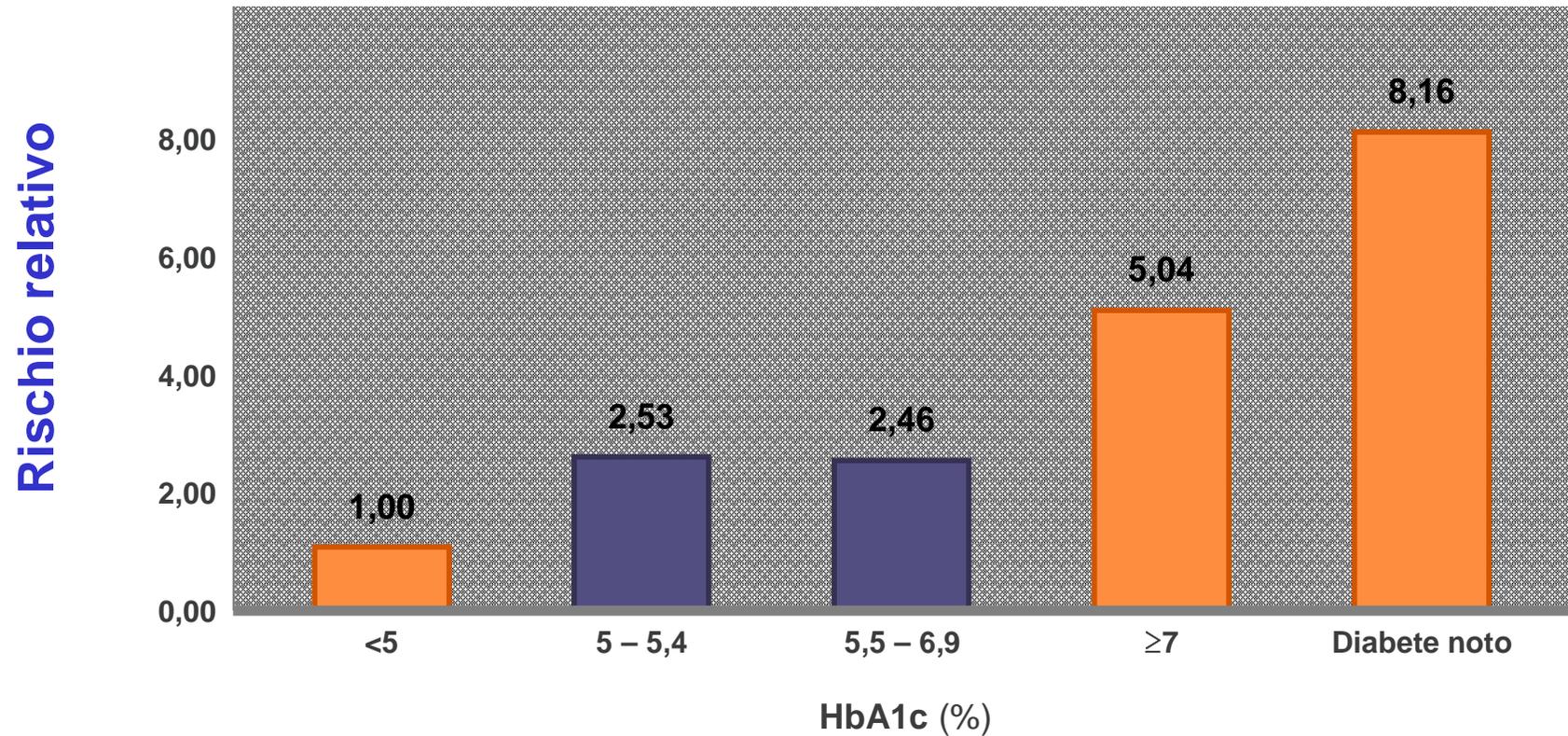
Controllo glicemico

Un rigoroso controllo della glicemia è essenziale per prevenire le complicanze del diabete.

Studi clinici hanno dimostrato che maggiore è il valore della glicemia, maggiore è la probabilità di avere eventi coronarici.

Anche l'Emoglobina glicata riveste un ruolo prognostico: il rischio di eventi cardio-vascolari aumenta dal 10 al 30% per ogni aumento dell'1% dell'Emoglobina glicata.

Rischio di morte per patologia cardiovascolare in relazione con il grado di compenso metabolico



Nello studio UKPDS

Un intenso controllo della glicemia ha ridotto significativamente le malattie microvascolari

	Incidenza*			
	Controllo glicemico normale (n=2729)	Controllo glicemico intenso (n=1138)	Riduzione % del rischio	p
Eventi Macrovascolari				
IM	17.4	14.7	16	0.052
Ictus	5.0	5.6	-11	NS
PVD	1.6	1.1	35	NS
Mortalità diabete-correlata	11.5	10.4	10	NS
Mortalità per tutte le cause	18.9	17.9	6	NS
Eventi Microvascolari	11.4	8.6	25	0.0099
Tutti gli eventi**	46.0	40.9	12	0.029

NS = non significativo; PVD = malattia vascolare periferica

*Per 1000 pazienti/anno

**Eventi microvascolari e macrovascolari combinati

Tratto da : United Kingdom Prospective Diabetes Study Group (UKPDS) *Lancet* 1998;352:837-853.

Obiettivi

L'emoglobina glicata
(HbA1C) <7%
(ADA)

Glicemia a digiuno
< 120 mg



Iperglicemia

Stile di vita

Rischio

cardio

Fumo

vascolare

globale

Ipertensione

Dislipidemia

Modificazioni stile di vita

1. Dieta adeguata
2. Controllo del peso corporeo
3. Esercizio fisico
4. Astensione dal fumo di sigaretta



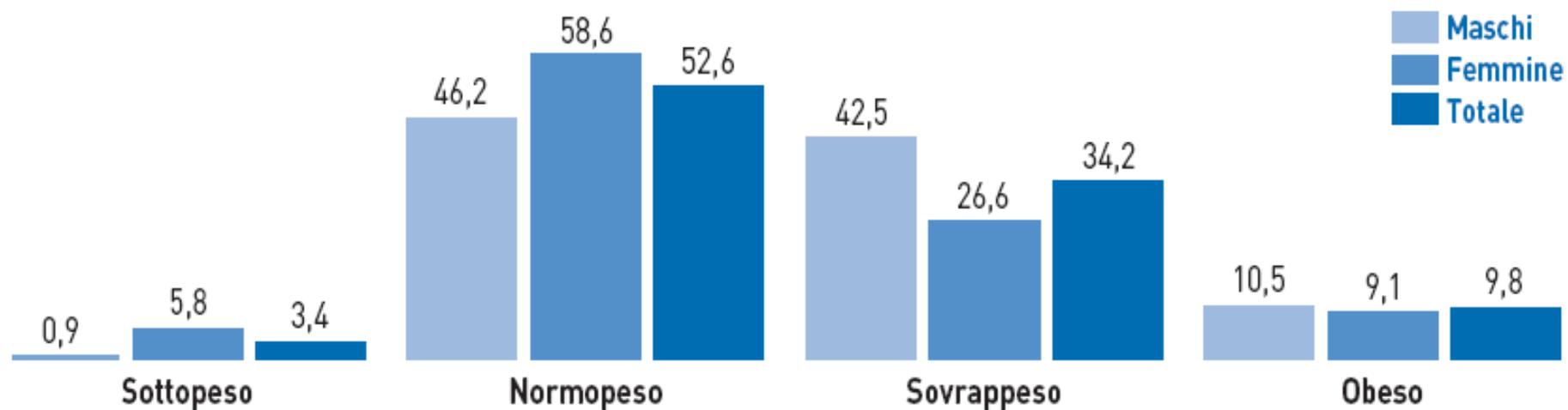
OBESITA'

Dati Istat

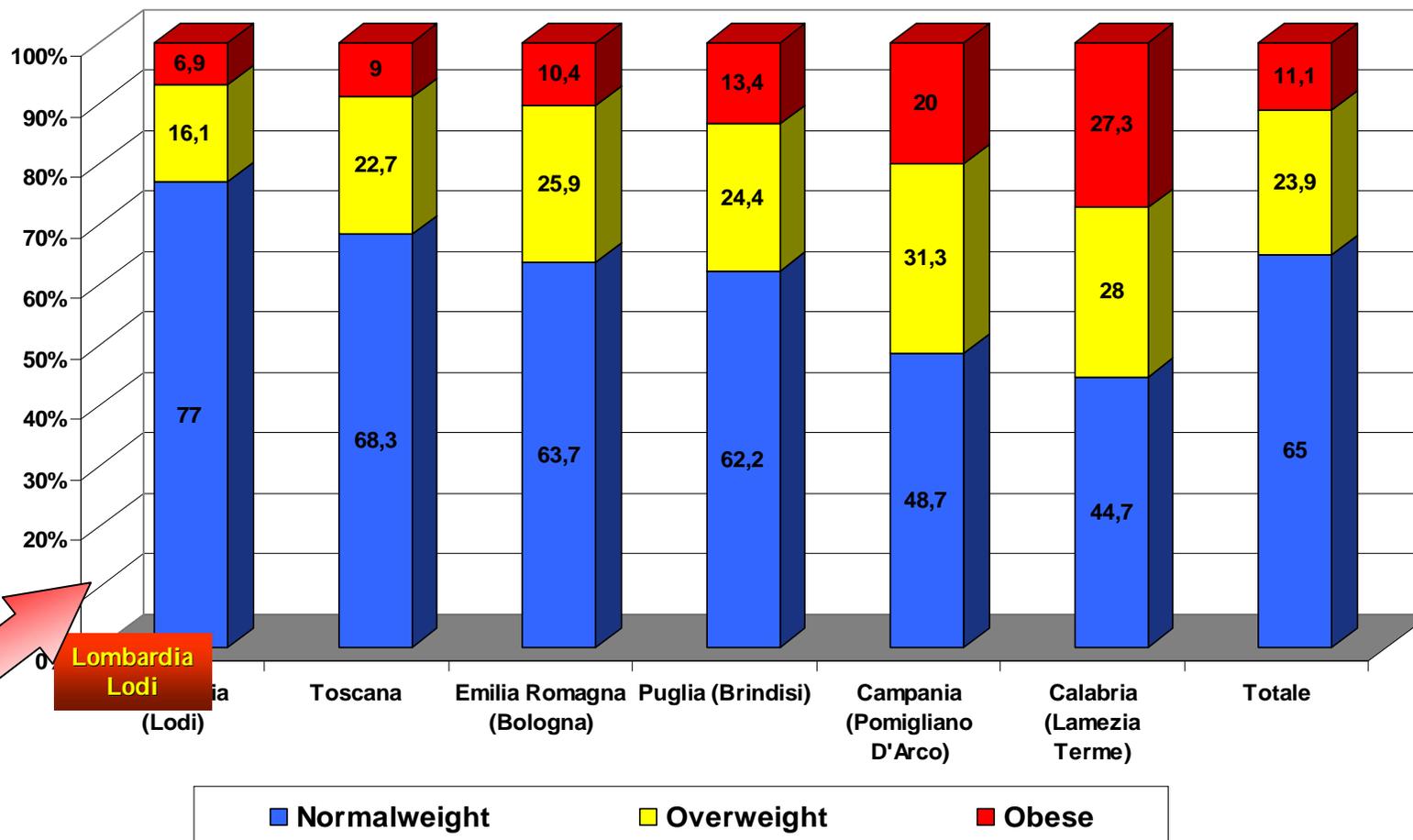


PERSONE PER INDICE DI MASSA CORPOREA

Anno 2005, per 100 persone di 18 anni e più

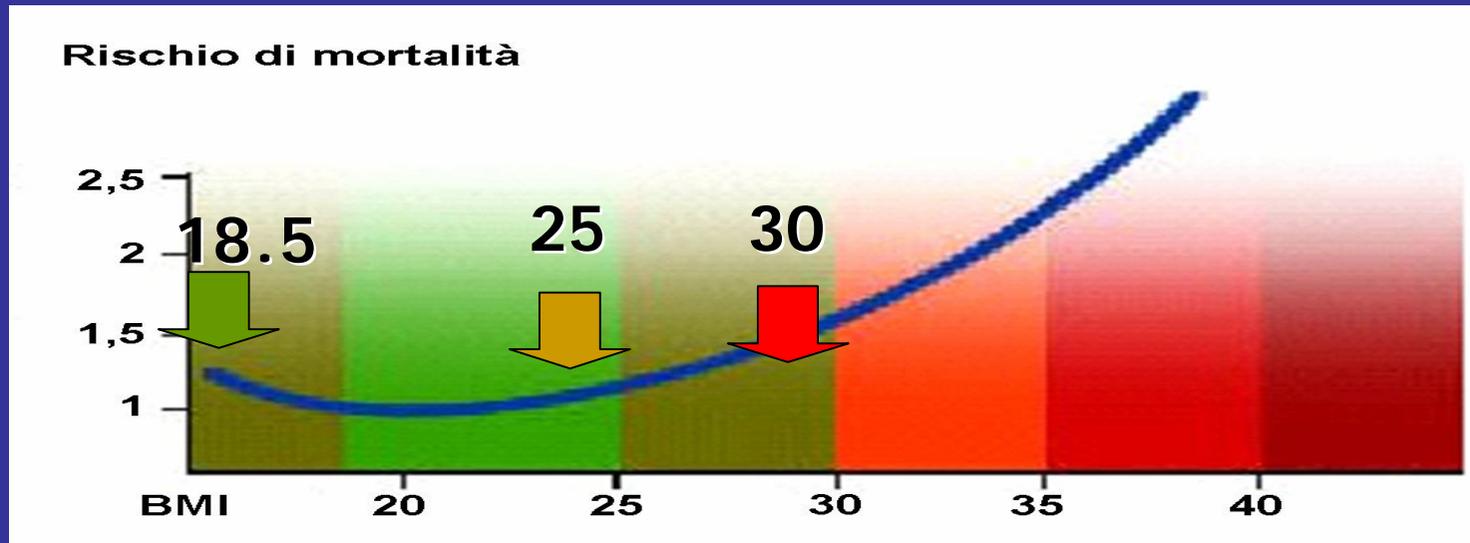


PREVALENZA DELL'OBESITA' IN ITALIA - BAMBINI 8-9 ANNI



Dati del progetto nazionale "Sorveglianza ed educazione alimentare basati su dati locali"
2001/2002

Classi di peso secondo I MC

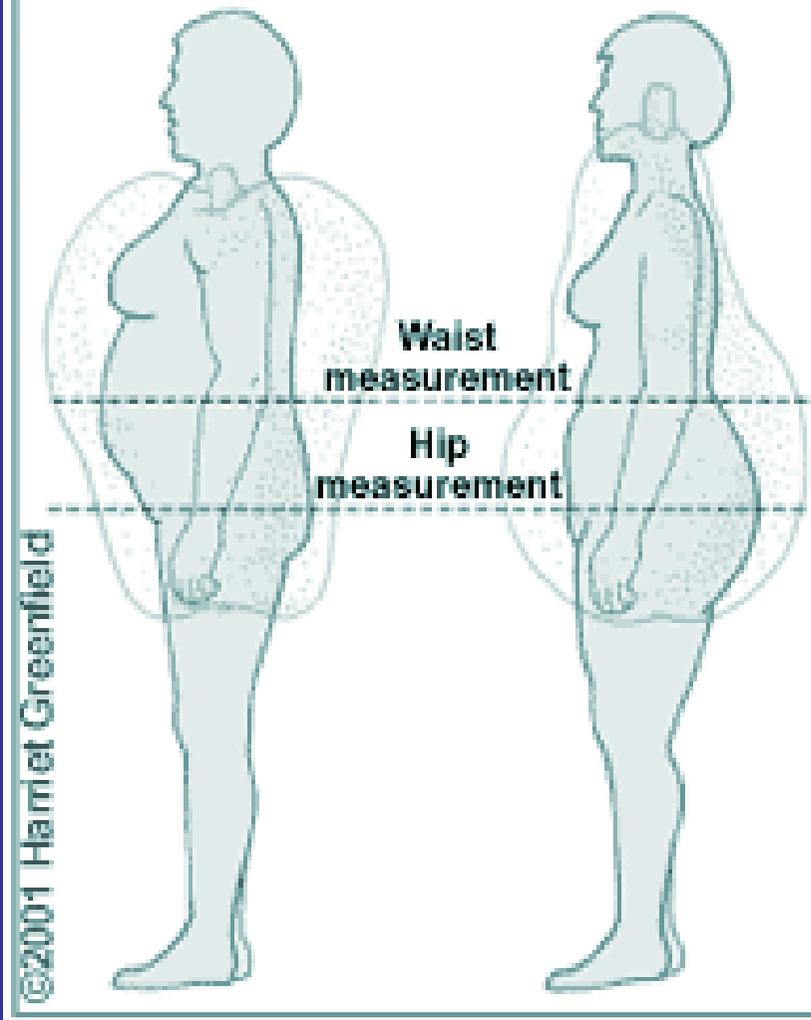


SOTTO PESO	NORMOPESO	SOVRAP PESO	OBESITA'
------------	-----------	-------------	----------

$$I MC = \text{Peso (Kg) } / \text{ Altezza}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

I MC desiderabile compreso tra 18.5 e 25

Apples And Pears



**Forma
“a mela”**

**Adiposità intra-
addominale**

**Forma
“a pera”**

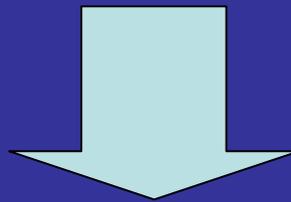
**Grasso
sottocutaneo**

Paziente B Paziente A

Obesità addominale e rischio cardiovascolare

Molti studi mostrano che l'obesità addominale (la classica "pancia") è associata:

- ad un aumentato rischio cardiovascolare
- allo sviluppo di DIABETE, che a sua volta aumenta il rischio cardiovascolare -



La minaccia per il cuore viene dal grasso in eccesso all'interno dell'addome (adiposità intra-addominale)

Obesità viscerale

INSULINO-RESISTENZA

DIABETE di tipo 2

Stress ossidativo

Dislipidemia
↑LDL; ↓HDL; ↑TG

Ipertensione
arteriosa

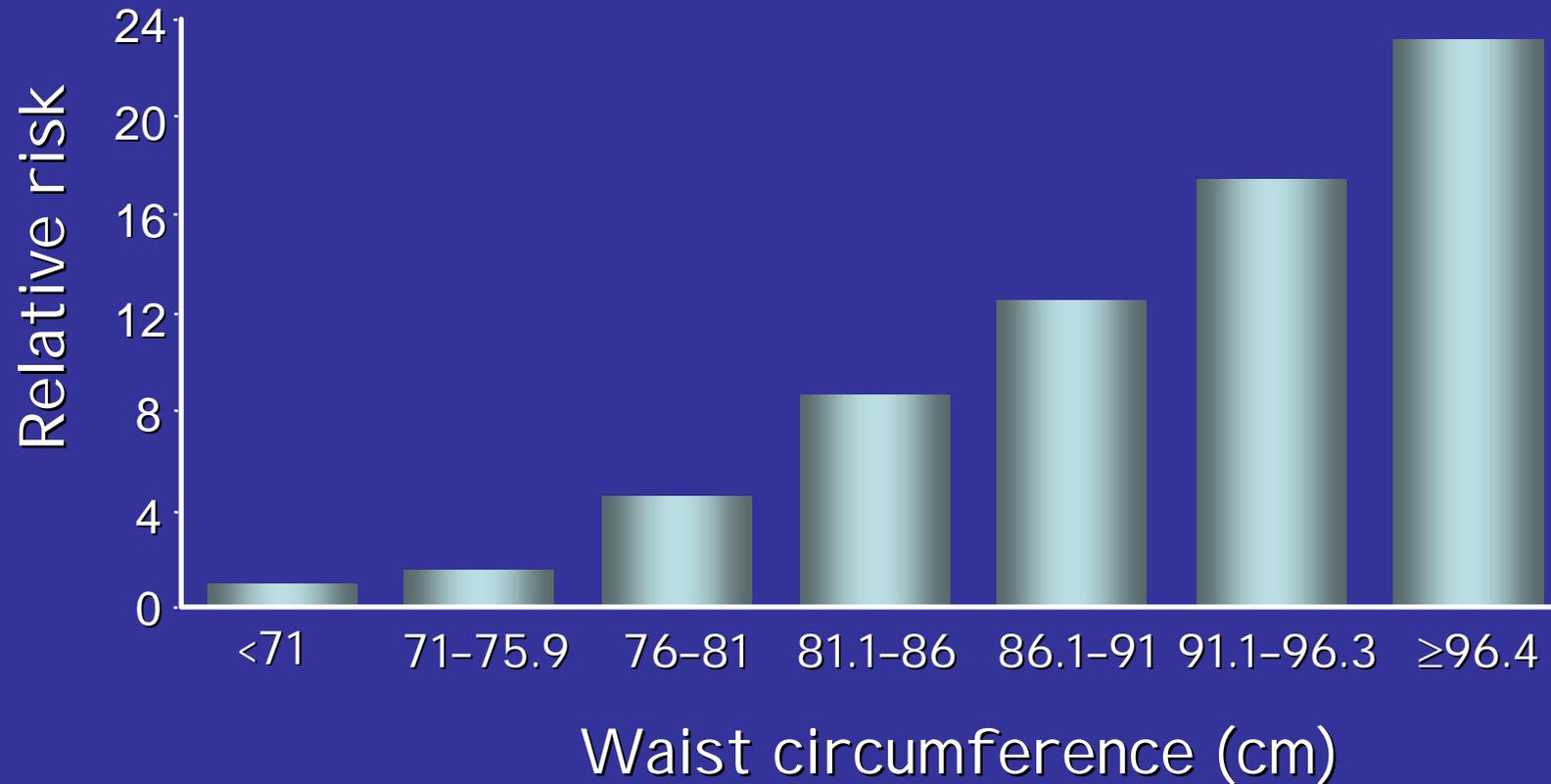
Infiemmazione

stato protrombotico

Rottura di
placca

ATEROMATOSI ACCELERATA

WAIST CIRCUMFERENCE AND RISK OF TYPE 2 DIABETES



Carey et al., *Am J Epidemiol*, 1997

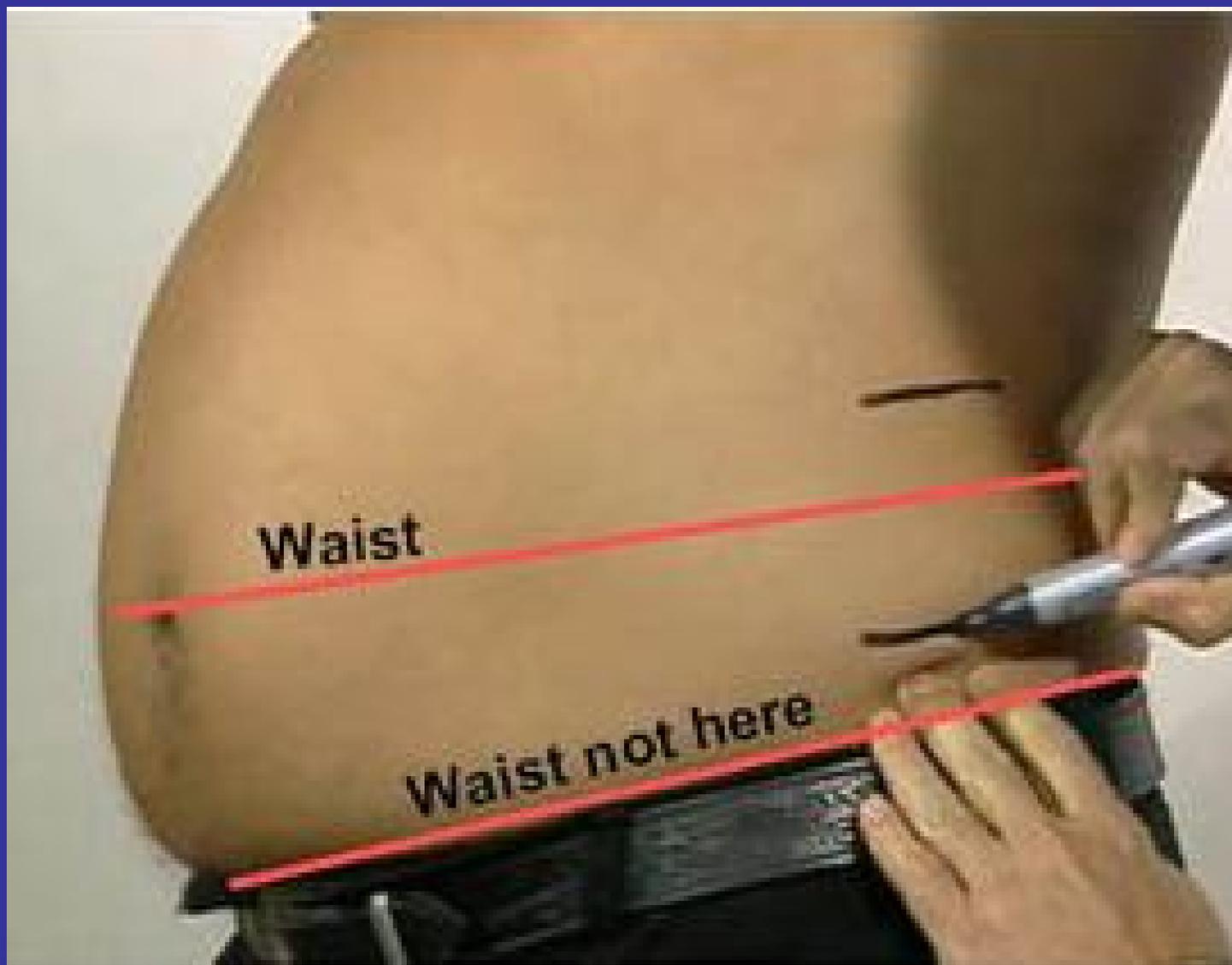
Come si misura l'obesità addominale?

Valutando un parametro semplice, ripetibile, immediato, in grado di fornire importanti informazioni sulla presenza di tessuto adiposo intra-addominale in eccesso



la circonferenza addominale !

Attenzione a dove mettete il metro!



Limiti di “normalità” della circonferenza addominale

- Nord America ed Europa
 - Uomini: 102 cm
 - Donne: 88 cm
- Asia
 - Uomini: 90 cm
 - Donne: 80 cm

Il Calo ponderale è fortemente raccomandato!!

In tutti gli adulti :
in sovrappeso (BMI
25,0-29,9 kg/m²)

od obesi (BMI >30,0
kg/m²)



Dieta!!!

PIRAMIDE ALIMENTARE





Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana

1. Controlla il peso e mantieniti sempre attivo
2. Più cereali, legumi, ortaggi e frutta
3. Grassi: scegli la qualità e limita la quantità
4. Zuccheri, dolci bevande zuccherate: limita la quantità
5. Bevi ogni giorno acqua in abbondanza
6. Il Sale? Meglio poco
7. Bevande alcoliche: se sì, solo in quantità controllata
8. Varia spesso le tue scelte a tavola
9. Consigli speciali per persone speciali
10. La sicurezza dei tuoi cibi dipende anche da te

Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione-INRAN, 2003

ERRORI DIETETICI

- Inadeguato consumo di **frutta e verdura**
- Carenza di **fibra alimentare**
- Elevata assunzione di **grassi saturi** e di **colesterolo**
- Scarsa assunzione di **grassi polinsaturi** $\omega 3$ e $\omega 6$
- Eccessiva assunzione di **sale**
- Elevato consumo di **alcool**

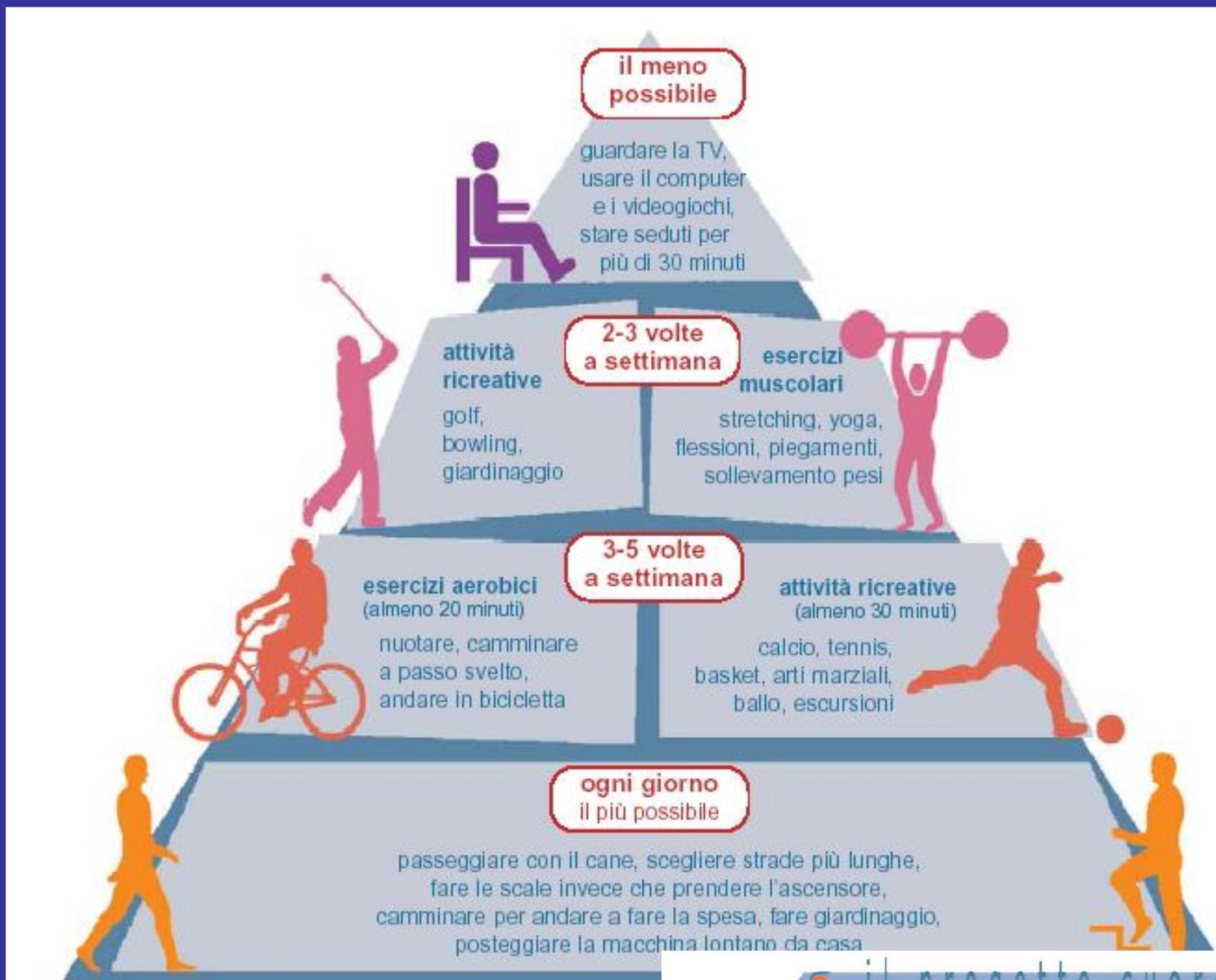
Attività Fisica



Perché consigliare l'attività fisica al soggetto diabetico?

- Migliora il controllo glicemico
- Migliora il profilo cardiovascolare
- Riduce l'incidenza delle complicanze
- Migliora l'aspettativa di vita
- Migliora il senso di benessere psico-fisico

LA PIRAMIDE DELL'ATTIVITA' FISICA



Attività sportive in corso di diabete

CONSENTITE

Atletica, ginnastica

Baseball, calcio

Canottaggio

Ciclismo

Pallacanestro, nuoto,

Ping pong, sci

Tennis, vela

PROIBITE

- **Di combattimento:** *lotta, pugilato, Judo, Karatè, football americano*
- **Solitarie:** *alpinismo, trekking, paracadutismo, immersioni subacquee, sci alpino, volo a vela o a motore, sollevamento pesi*
- **Pericolose:** *automobilismo, motociclismo, motonautica*

SEDENTARIETA': Effetti Negativi

- Raddoppia il rischio di malattie CV, diabete e obesità
- Contribuisce a ridurre l'efficienza del muscolo cardiaco e ad aumentare la pressione arteriosa.
- Contribuisce ad aumentare i livelli di colesterolo LDL, abbassare l' HDL e aumentare la glicemia
- In Italia, in media, il **34% degli uomini e il 46% delle donne** non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero.
- La pratica di regolare attività fisica diminuisce progressivamente con l'età in entrambi i sessi.

SMETTERE DI FUMARE !!

DANNI DA FUMO DI SIGARETTA



ENTRO 8 ORE

- Il livello di monossido di carbonio ritorna ai valori normali
- Il livello di ossigeno nel sangue ritorna ai valori normali

TRA LE 2 SETTIMANE ED I 3 MESI

- Migliora la circolazione sanguigna
- La capacità polmonare aumenta del 30%
- Diventa più facile camminare

TRA IL PRIMO ED IL 9° MESE

- Diminuisce la tosse, la congestione nasale, la fatica e l'affanno
- Aumenta l'energia corporea
- L'apparato di difesa muco-ciliare delle vie respiratorie riprende il suo normale funzionamento, aumentando la capacità di pulizia dei bronchi e la resistenza alle infezioni

ENTRO UN ANNO

- Il rischio di malattie cardiache si riduce significativamente rispetto ai fumatori

ENTRO 10 ANNI

- Il rischio di morte per tumore polmonare si riduce del 75%
- Il rischio di tumore alla bocca, alla gola e all'esofago si dimezza rispetto a quello di un fumatore
- Si riduce ulteriormente il rischio di malattie cardiache

ENTRO 15 ANNI

- Il rischio di malattie cardiache è lo stesso di un non fumatore

**Ma ... smettendo
di fumare cosa ci
guadagno?**

**Da 15 a 20
anni di vita !**





Iperglicemia

Obesità

Rischio

cardio

Fumo

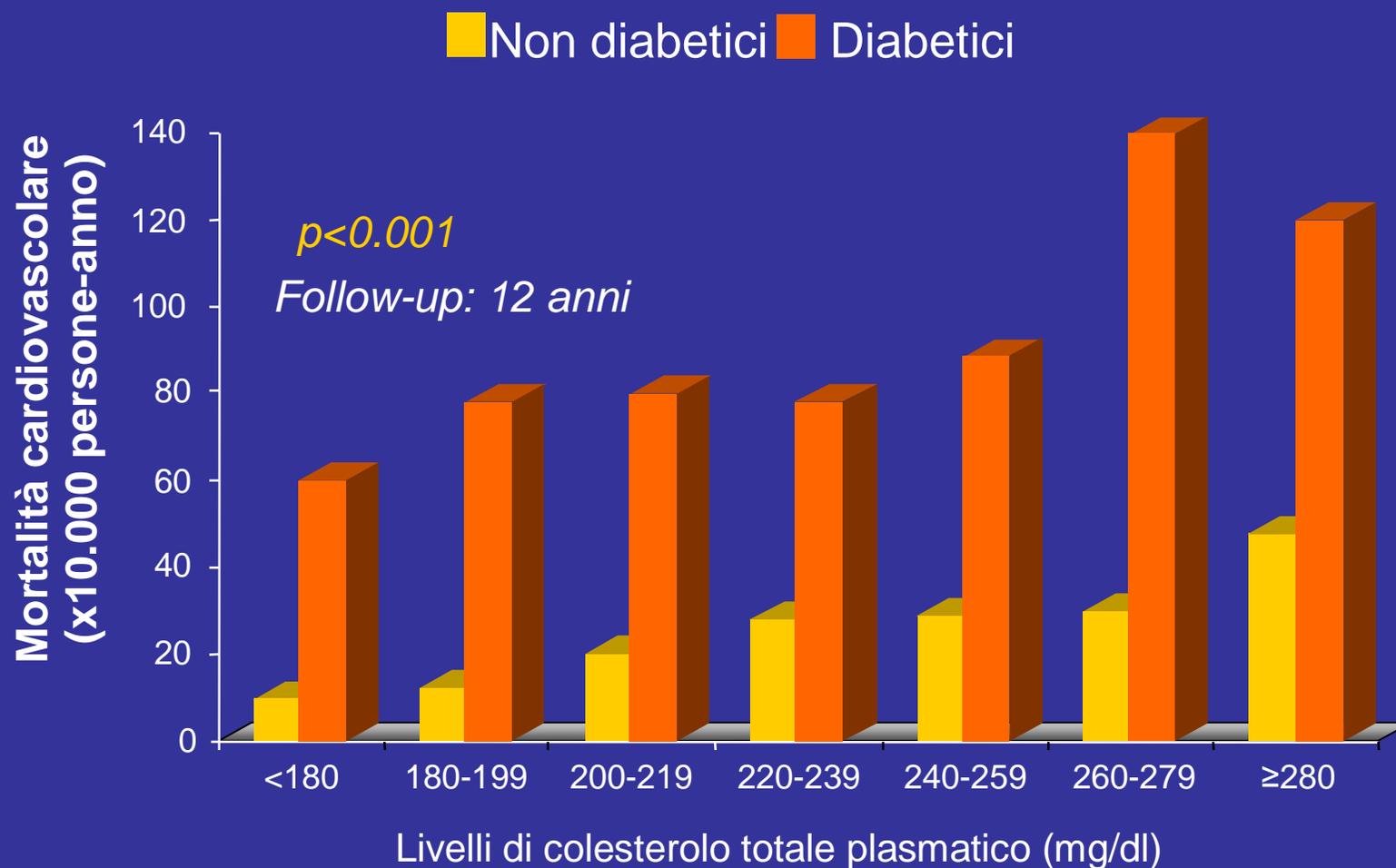
vascolare

globale

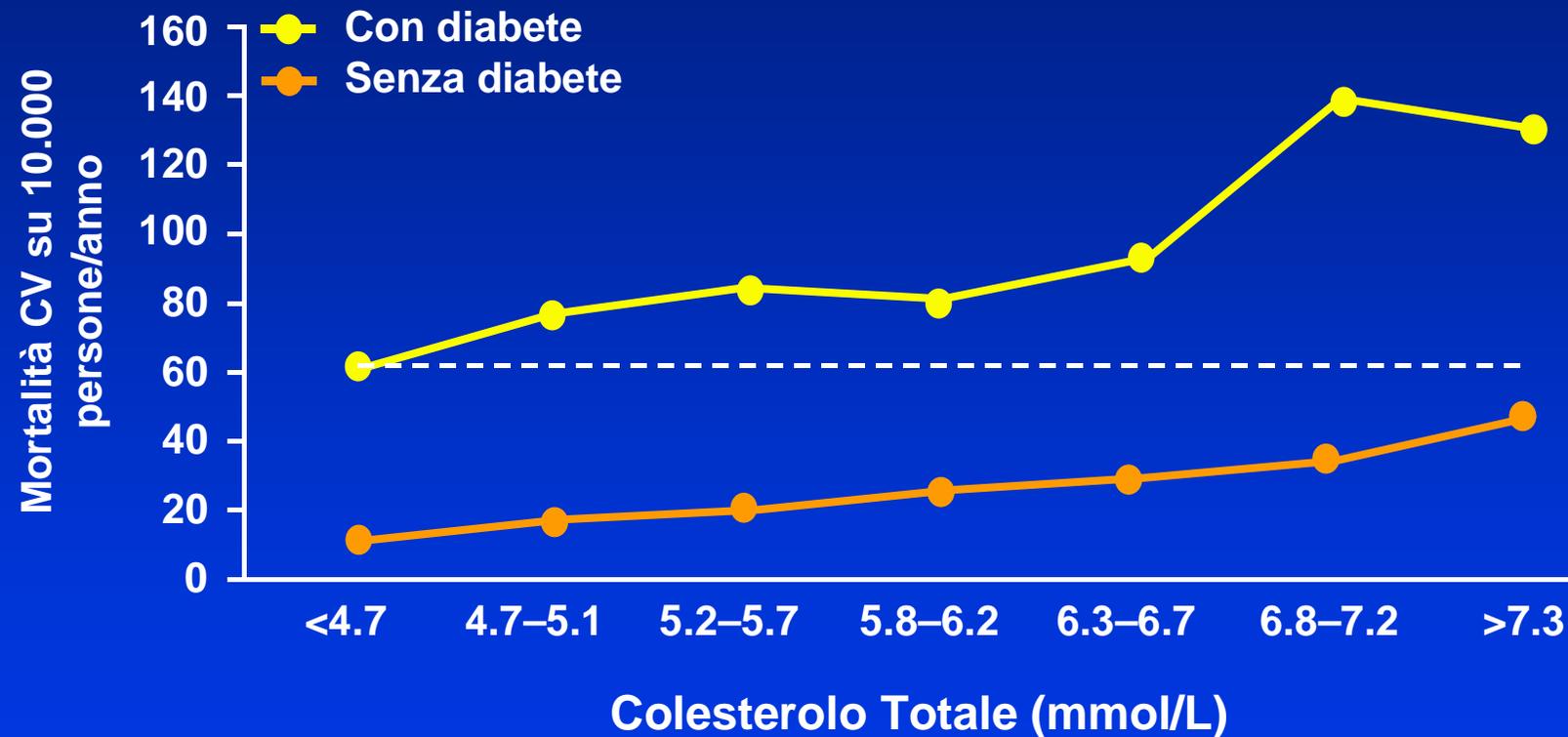
Ipertensione

Dislipidemia

Colesterolo Totale e Mortalità Cardiovascolare



Diabetici con bassi livelli di colesterolo sono a rischio maggiore di mortalità CV rispetto a non-diabetici con elevati livelli di colesterolo



CV = cardio-vascolare

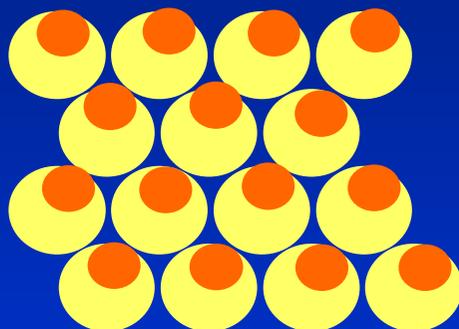
Tratto da : Stamler J et al *Diabetes Care* 1993;16:434-444.

Livelli "normali" di LDL nei diabetici possono ingannare...

Particelle di LDL piccole e dense sono più aterogene

Senza diabete

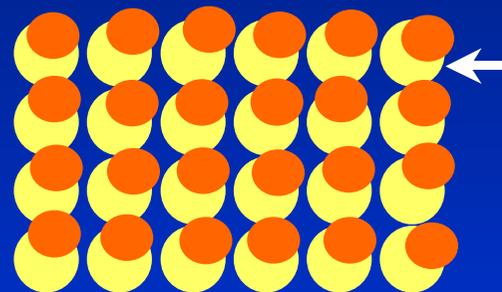
Particelle di LDL



Livello "normale" di LDL

Con diabete

Particelle di LDL



LDL piccole e dense: ad ogni particella corrisponde una molecola di apoB

Livello "normale" di LDL, ma:

- ↑ Numero di particelle LDL
- ↑ Concentrazione di apoB

Minore

Maggiore

Rischio di malattia coronarica

Nello studio UKPDS

Il colesterolo LDL si è rivelato il miglior predittore del rischio di malattia coronarica nei diabetici

Aumento % del rischio CHD

LDL ↑ pari a 1 mmol/L (38,67 mg)	57
HDL ↑ pari a 0.1 mmol/L (3,5 mg)	-15
Pressione arteriosa sistolica ↑ pari a 10 mmHg	15
Livello di HbA _{1c} ↑ pari a 1%	11
Il fumo è un altro importante fattore di rischio CHD	

Questi dati dimostrano l'importanza di ridurre i livelli di LDL per diminuire il rischio di cardiopatia coronarica (CHD) nei diabetici. Il controllo della glicemia è altrettanto importante per ridurre il rischio di complicanze microvascolari.

Controllo dell'assetto lipidico

- Nei diabetici al di sotto dei 40 anni o a basso rischio l'assetto lipidico deve essere valutato ogni 2 anni,
- Nei diabetici al di sopra dei 40 anni o ad alto rischio l'assetto lipidico deve essere valutato ogni anno



Dislipidemia: obiettivi

Il colesterolo LDL deve essere considerato l'obiettivo primario della terapia.

L'obiettivo terapeutico da raggiungere è rappresentato da valori < 100 mg/dl

(livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

Nei diabetici con malattia cardiovascolare e fattori multipli di rischio cardiovascolare, valori di colesterolo LDL < 70 mg/dl possono rappresentare un obiettivo terapeutico opzionale.

(Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)

Ulteriori obiettivi:

- **valori plasmatici di trigliceridi < 150 mg/dl**
- **colesterolo-HDL > 40 mg/dl nell'uomo e > 50 mg/dl nella donna.**

Standard italiani per la cura del diabete mellito - 2009-2010.

Dislipidemia: Terapia

Nei diabetici con dislipidemia sono fondamentali le modificazioni dello stile di vita, dieta povera di grassi saturi e colesterolo, ricca di fibre, incremento della attività fisica.
(livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

Nei diabetici ad elevato rischio cardiovascolare (presenza di malattia cardiovascolare o > 40 anni e uno o più fattori di rischio cardiovascolare) **la terapia farmacologica ipolipemizzante deve essere prescritta indipendentemente dal valore di colesterolo LDL.** (livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

Nei diabetici di età < 40 anni e nessun fattore aggiuntivo di rischio cardiovascolare, la terapia con statine è indicata per valori di colesterolo-LDL >130 mg/dl

Dislipidemia: Terapia

Le **statine** sono i **farmaci di prima scelta** per la prevenzione della malattia cardiovascolare.

(Livello della prova I, forza della raccomandazione A)

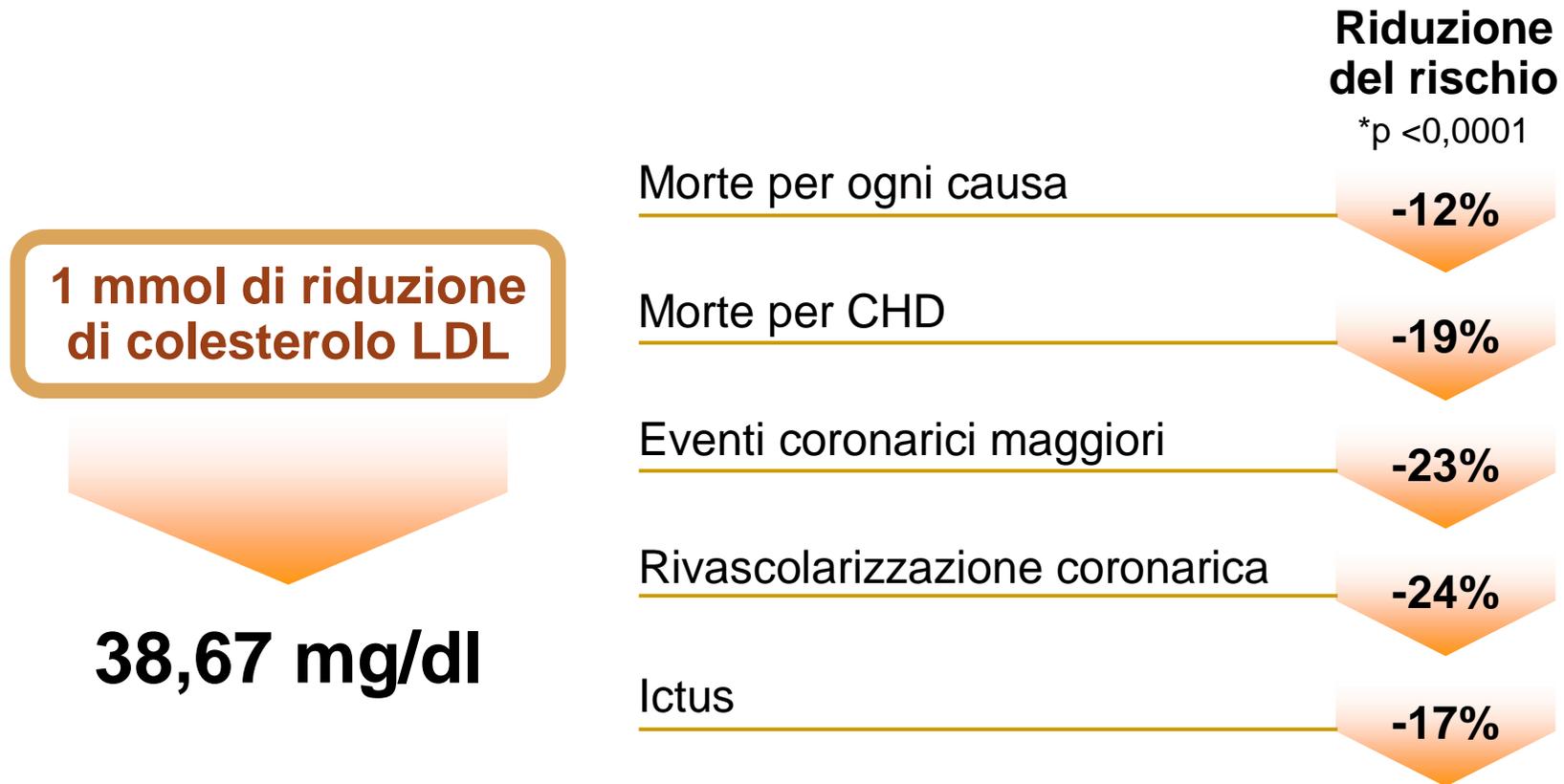
Nei diabetici con ipertrigliceridemia, sia in prevenzione primaria che secondaria e con valori ottimali di colesterolo LDL, la terapia con **fibrati** può essere presa in considerazione.

(Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)

L'associazione statina + fibrato può essere presa in considerazione per raggiungere gli obiettivi terapeutici, ma non è al momento supportata da studi di intervento con endpoint cardiovascolari.

(Livello della prova VI, forza della raccomandazione C)

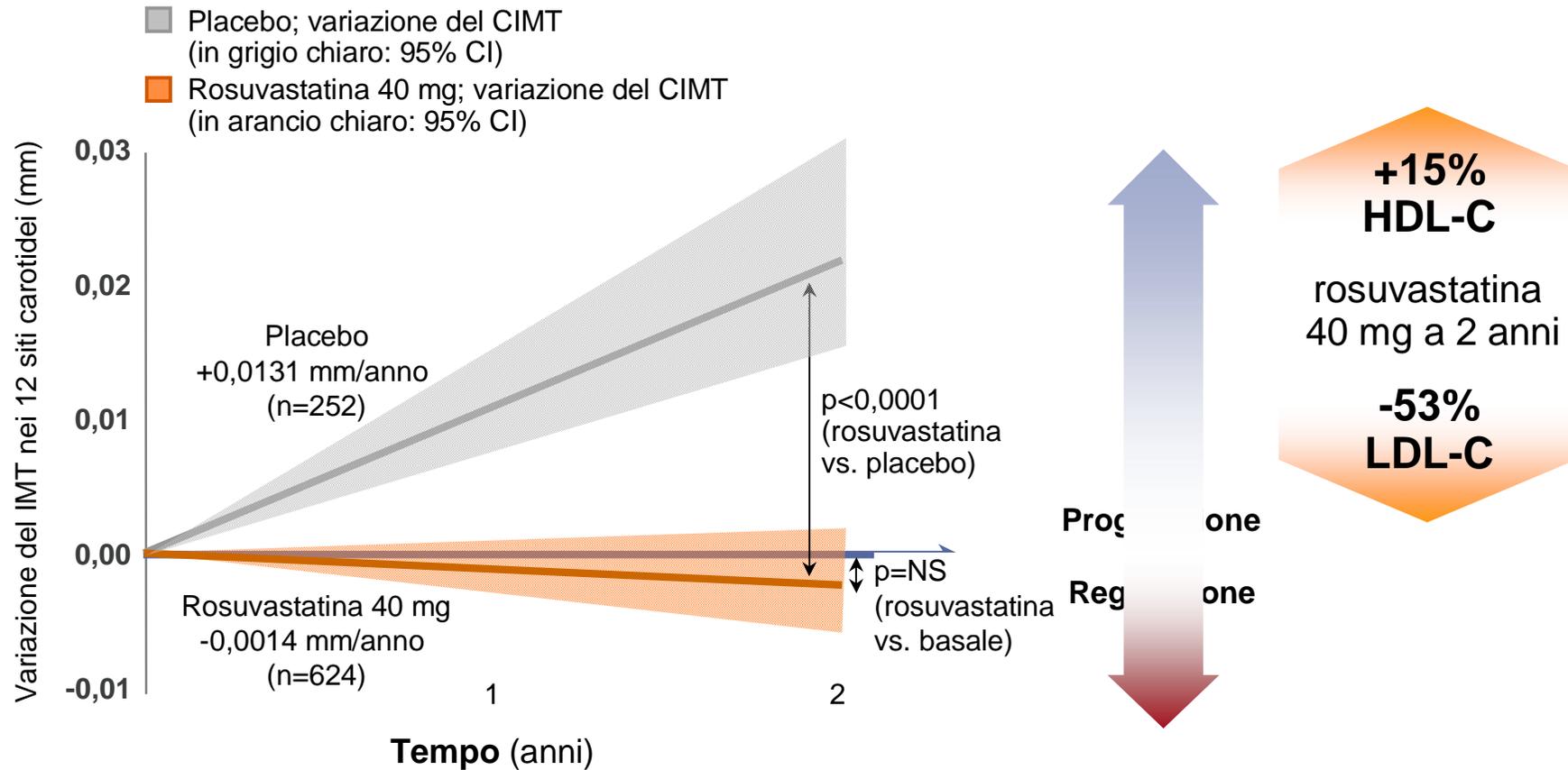
Efficacia del trattamento ipocolesterolemizzante con statine



Metanalisi prospettica dei dati da 90.056 partecipanti
in 14 studi randomizzati sulle statine

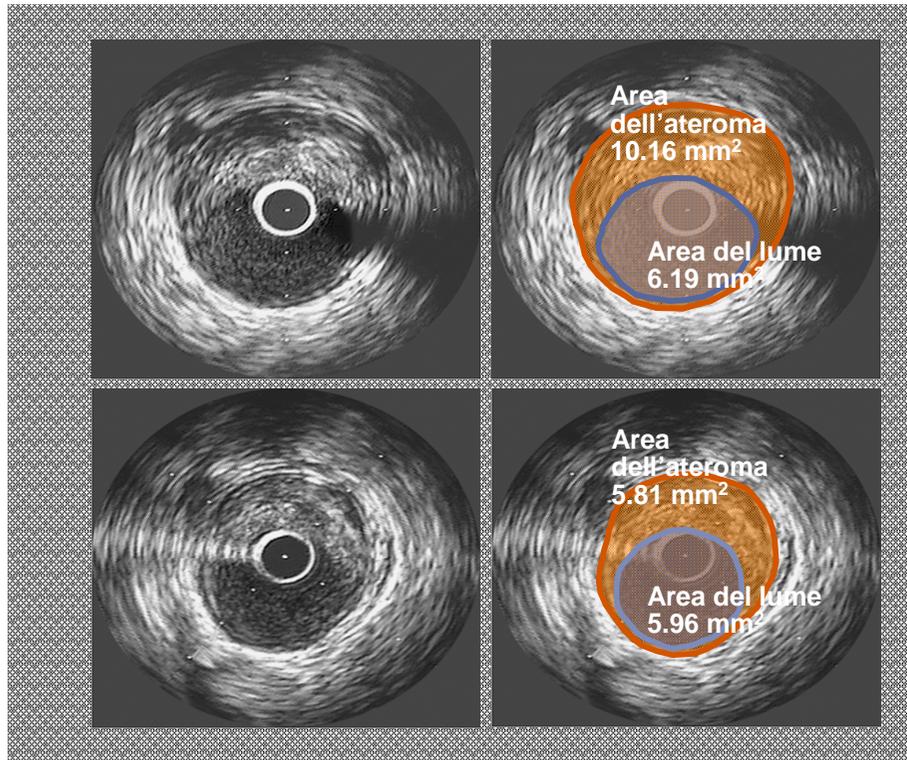
Variazione del volume delle lesioni

Studio METEOR



Variazione del volume delle lesioni

Studio ASTEROID



IVUS
basale

Follow-up IVUS
24 mesi di
rosuvastatina

+15%
HDL-C

rosuvastatina
40 mg a 2 anni

-53%
LDL-C

- La regressione dell'aterosclerosi è risultata correlata ad una riduzione sostanziale del C-LDL (-53%) congiuntamente ad un aumento significativo del C-HDL (+15%)

Iperglicemia

Obesità

Rischio

cardio

Fumo

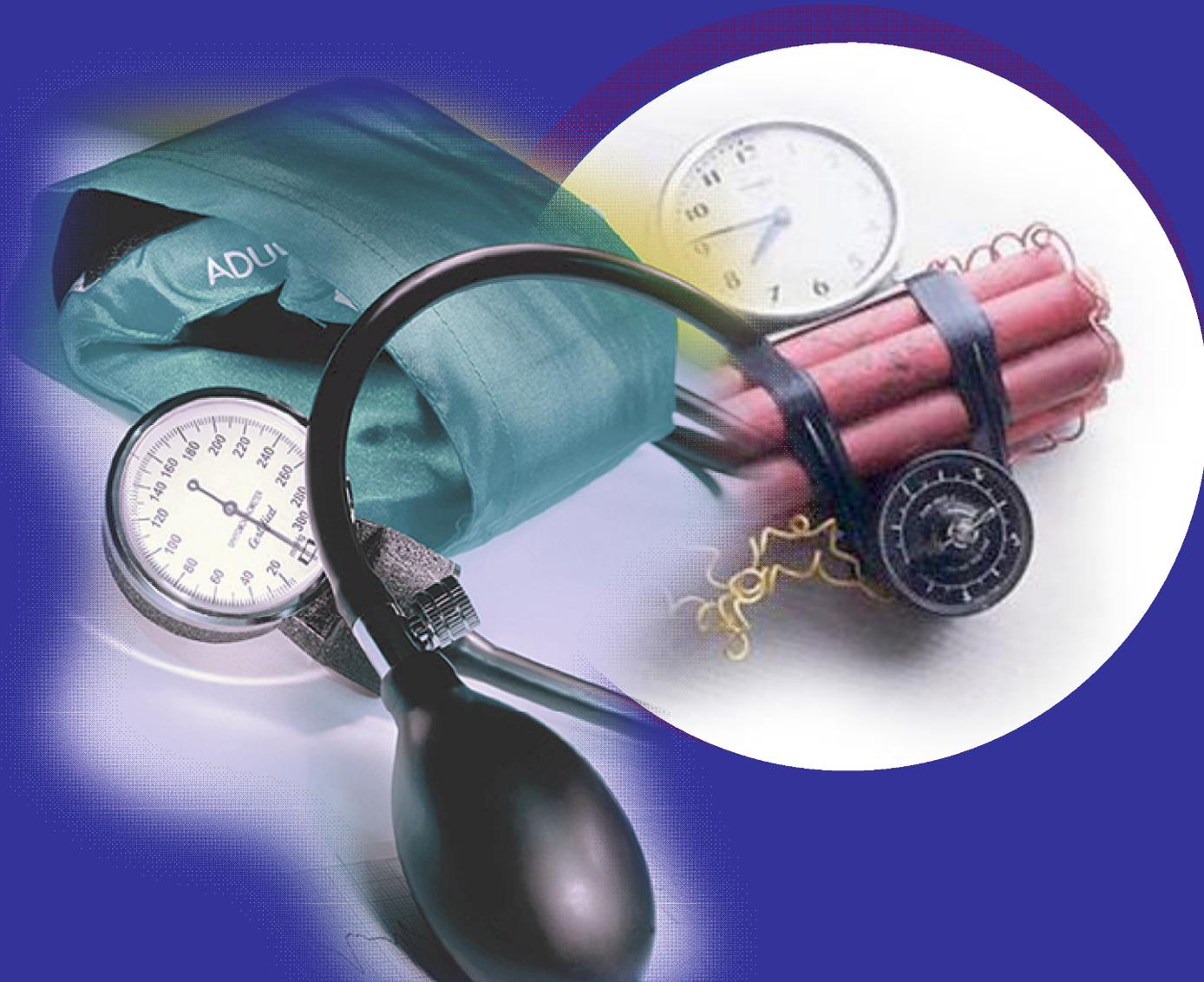
vascolare

globale

Ipertensione

Dislipidemia

Pressione Arteriosa



Valori di normalità per la definizione di ipertensione con differenti tipi di misurazione

Linee Guida sull'Iipertensione ESH/ESC 2007

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Clinica	140	90
Ambulatoriale 24-ore	125-130	80
Diurna	130-135	85
Notturna	120	70
Domiciliare	130-135	85

J Hypertens 2007;25:1105–1187

Ipertensione Arteriosa: terapia comportamentale

Gli interventi su stile di vita sono la base del trattamento dei pazienti ipertesi

↓ dell'apporto di Na;

↓ 5-10% del peso corporeo nei soggetti sovrappeso/obesi

- Esercizio fisico aerobico regolare (30 min di attività fisica almeno cinque giorni alla settimana)

–Riduzione dell'apporto di caffeina

Ipertensione Arteriosa: obiettivi nel diabetico

Obiettivi del trattamento anti-ipertensivo:

- valori di pressione **sistolica** <130 mmHg
 - valori di pressione **diastolica** <80 mmHg

Un obiettivo pressorio $< 125/75$ mm/Hg è raccomandato nei soggetti con evidenza di danno renale (microalbuminuria)

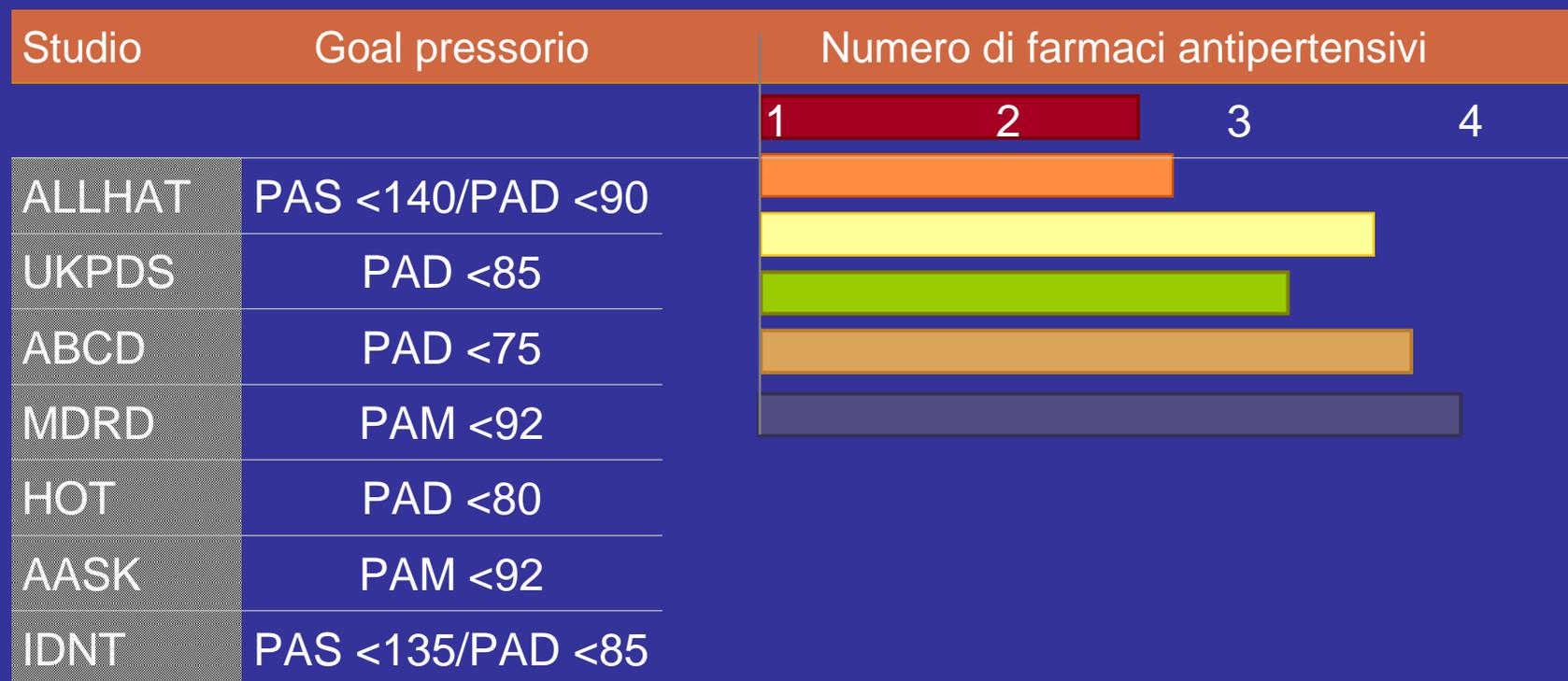
Controllo dell'ipertensione

- Misurazione della pressione ad ogni visita di controllo.
- Se riscontro di PAS >130 mmHg o PAD >80 mmHg in più misurazioni iniziare a modificare lo stile di vita
- Se dopo 3 mesi non si è ottenuta una normalizzazione bisogna iniziare terapia farmacologica

Spesso è necessario utilizzare due o più farmaci per raggiungere l'obiettivo pressorio.



Per raggiungere gli obiettivi pressori è necessaria una terapia con più farmaci



DBP, diastolic blood pressure; MAP, mean arterial pressure; SBP, systolic blood pressure.

Bakris GL et al. Am J Kidney Dis. 2000;36:646-661

Lewis EJ et al. N Engl J Med. 2001;345:851-860

Cushman WC et al. J Clin Hypertens. 2002;4:393-405.

Cosa bisogna fare

- Mirare al target pressorio specifico per il diabete senza alcuna perplessità, remora, incertezza o inerzia clinica

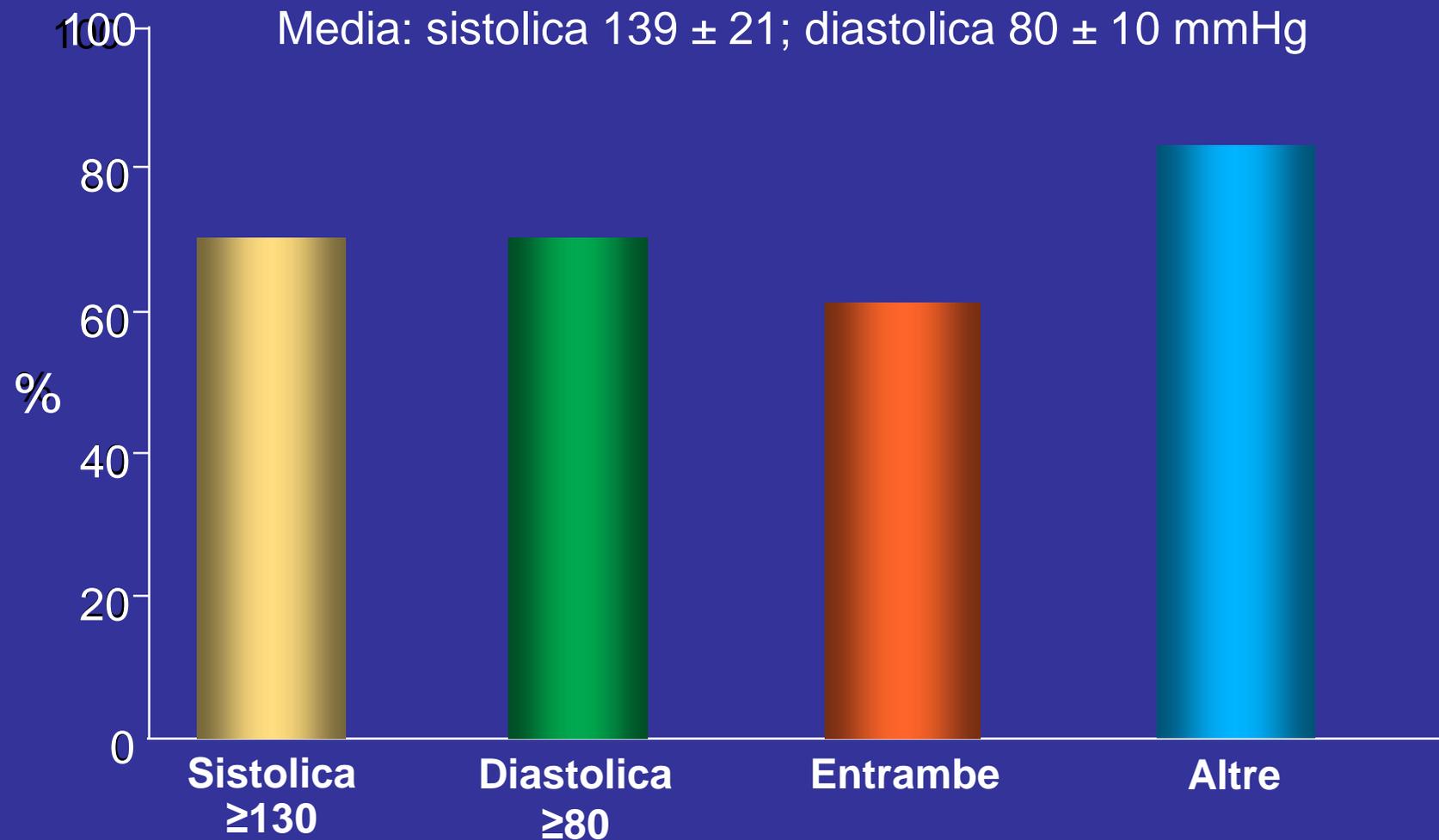
- Insistere sempre e molto con lo stile di vita

- Iniziare la terapia farmacologica con tempestività, usando un ARB o un ACE-I perché certamente più vantaggiosi per la nefroprotezione e non inferiori per la cardioprotezione

Treat global risk,
treat aggressively

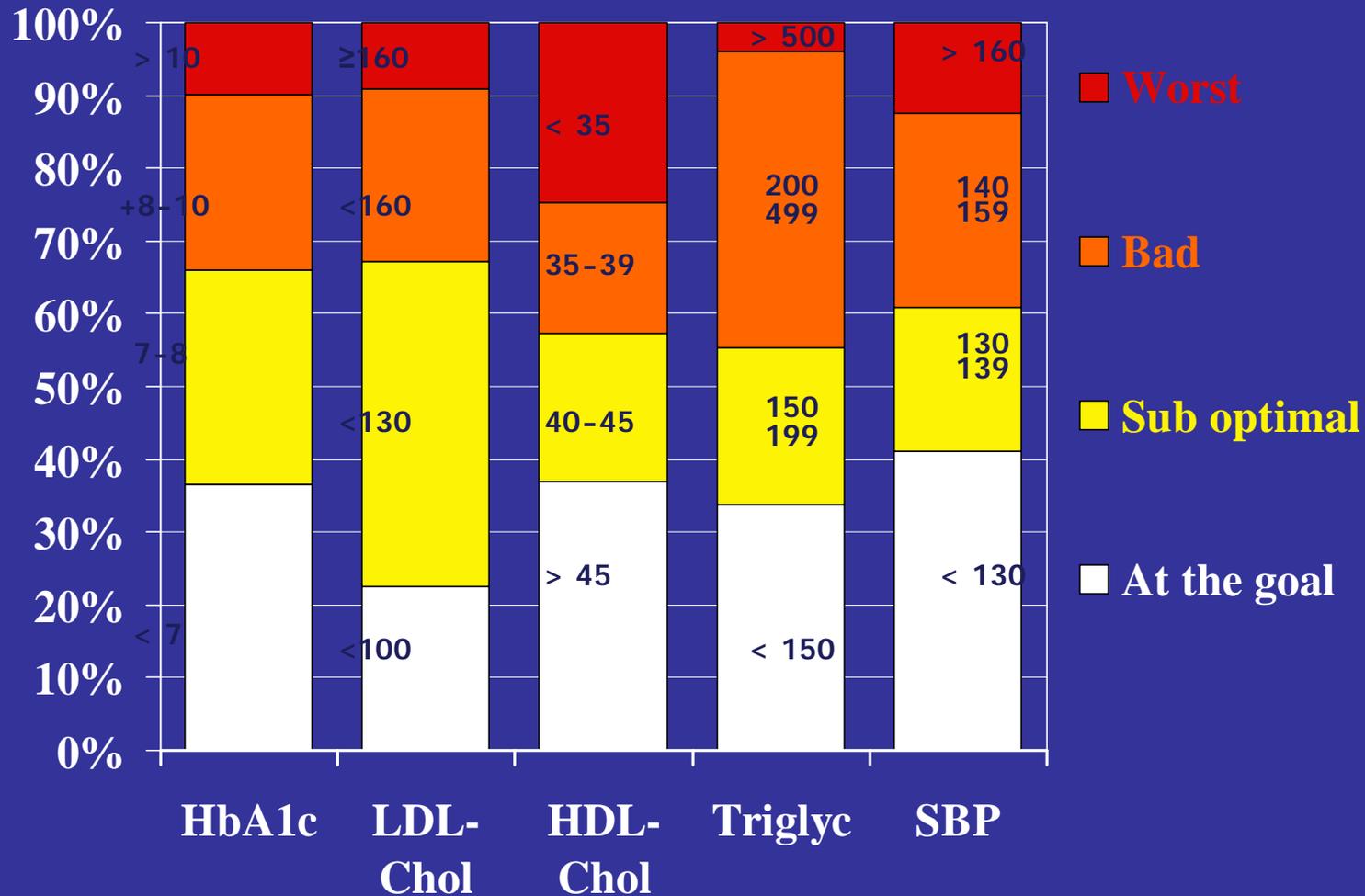
Ipertensione scarsamente controllata nei soggetti con diabete tipo 2

(Verona Diabetes Study, 2002; N=5826)



Are We Treating the CVRFs Adequately

(n = 7,114)

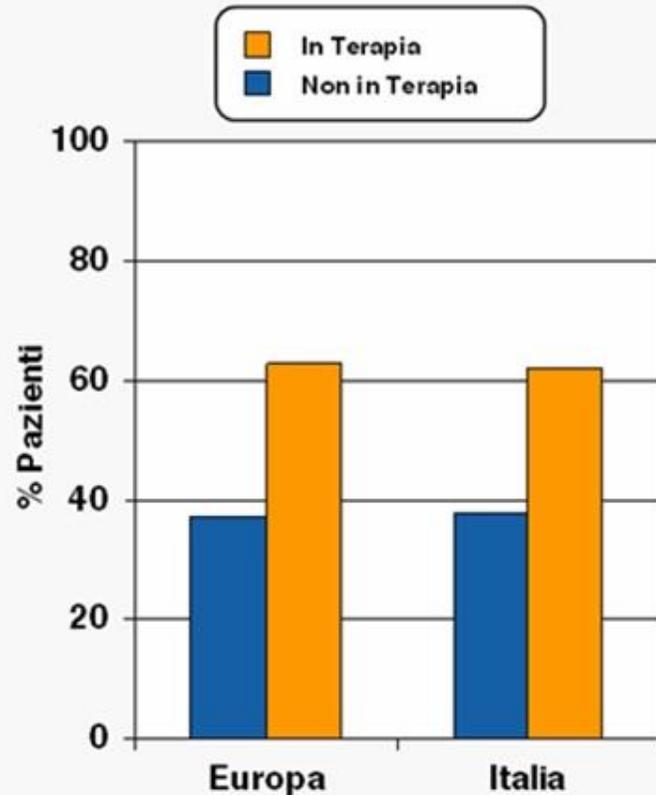


Beaton SJ, Diab Care 2004

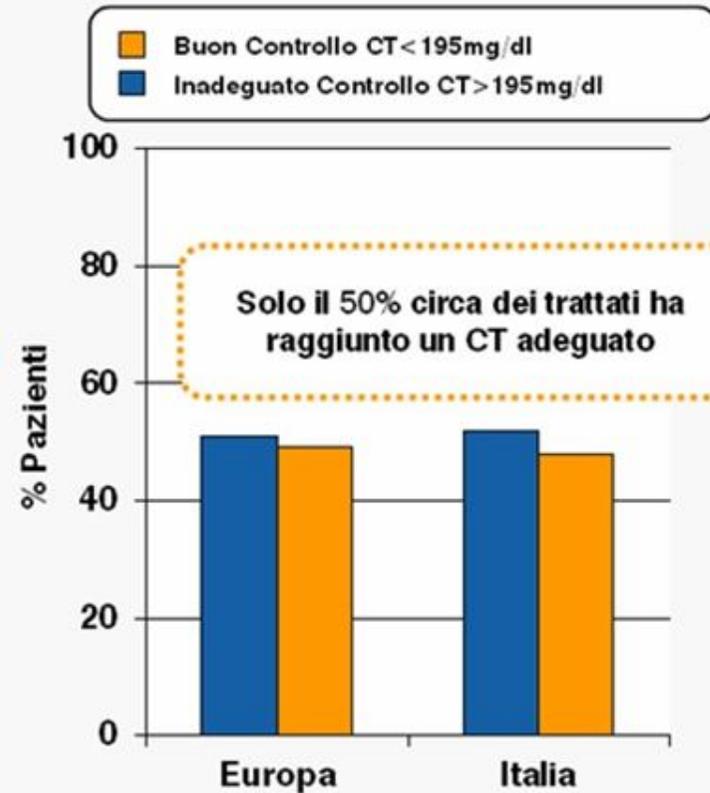
Molti pazienti con indicazione ad una terapia ipolipemizzante non ricevono trattamento.

EUROASPIRE II

CONTROLLO TERAPEUTICO DELL'IPERCOLESTEROLEMIA IN PAZIENTI CON CARDIOPATIA ISCHEMICA (PREVENZIONE SECONDARIA)



Pazienti in Terapia



Solo il 50% circa dei trattati ha raggiunto un CT adeguato

Medication Nonadherence: An Unrecognized Cardio-Vascular Factor

Mark A. Munger et al. Medscape General Medicine 9(3): 58, 2007

Asintomaticità

Riluttanza ad assumere farmaci (vengono preferiti prodotti omeopatici)

Complessità terapeutica (molte “pastiglie”)

I risultati non si vedono subito

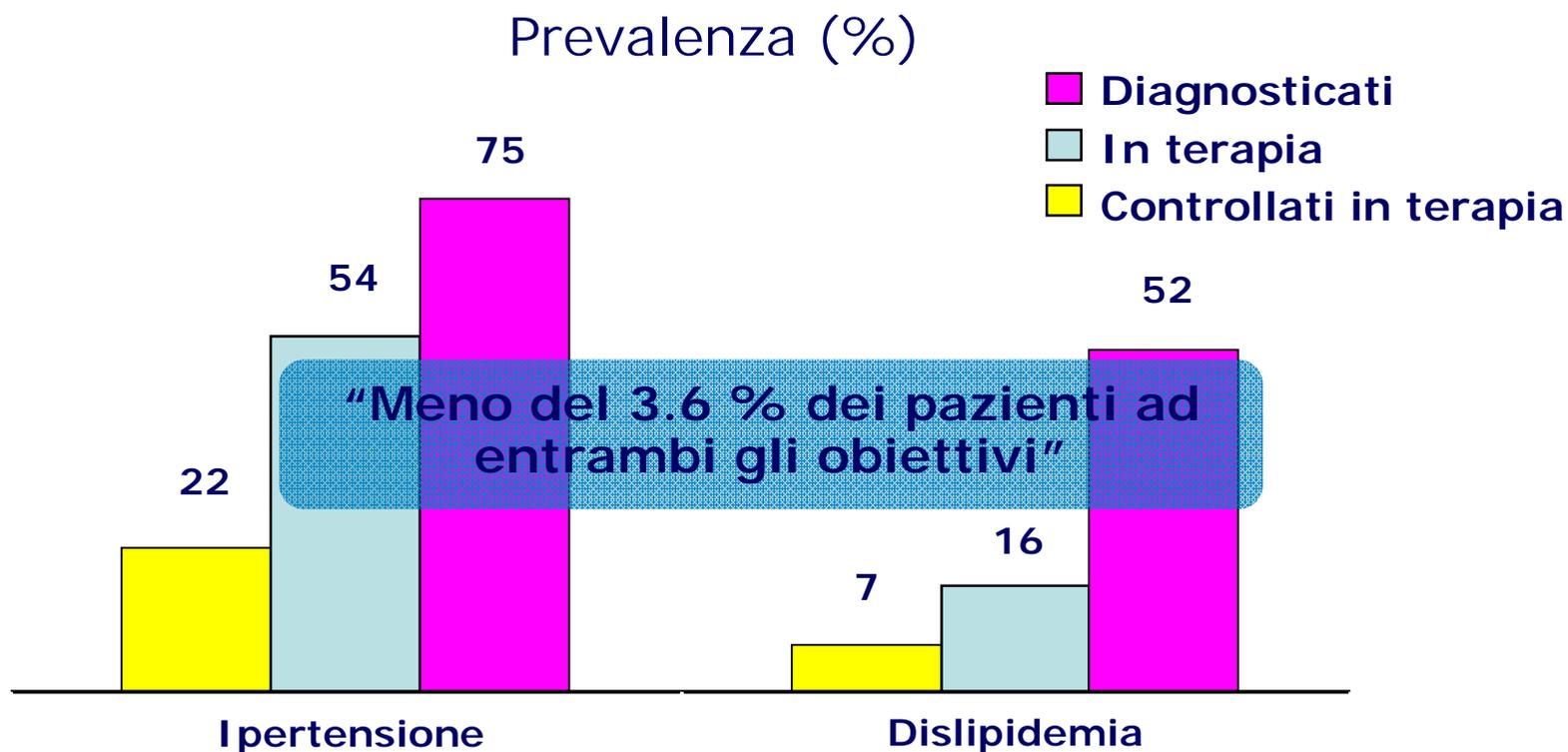
Pigrizia fisica e mentale

Scarsa conoscenza del problema

Dipendenza dai “vizi”: fumo, cibo, alcool etc

- Il 50% dei pazienti non aderisce adeguatamente alle prescrizioni del medico curante
- Il 30% dei pazienti non assume i farmaci
- La maggior parte dei pazienti interrompe spontaneamente l'assunzione della terapia

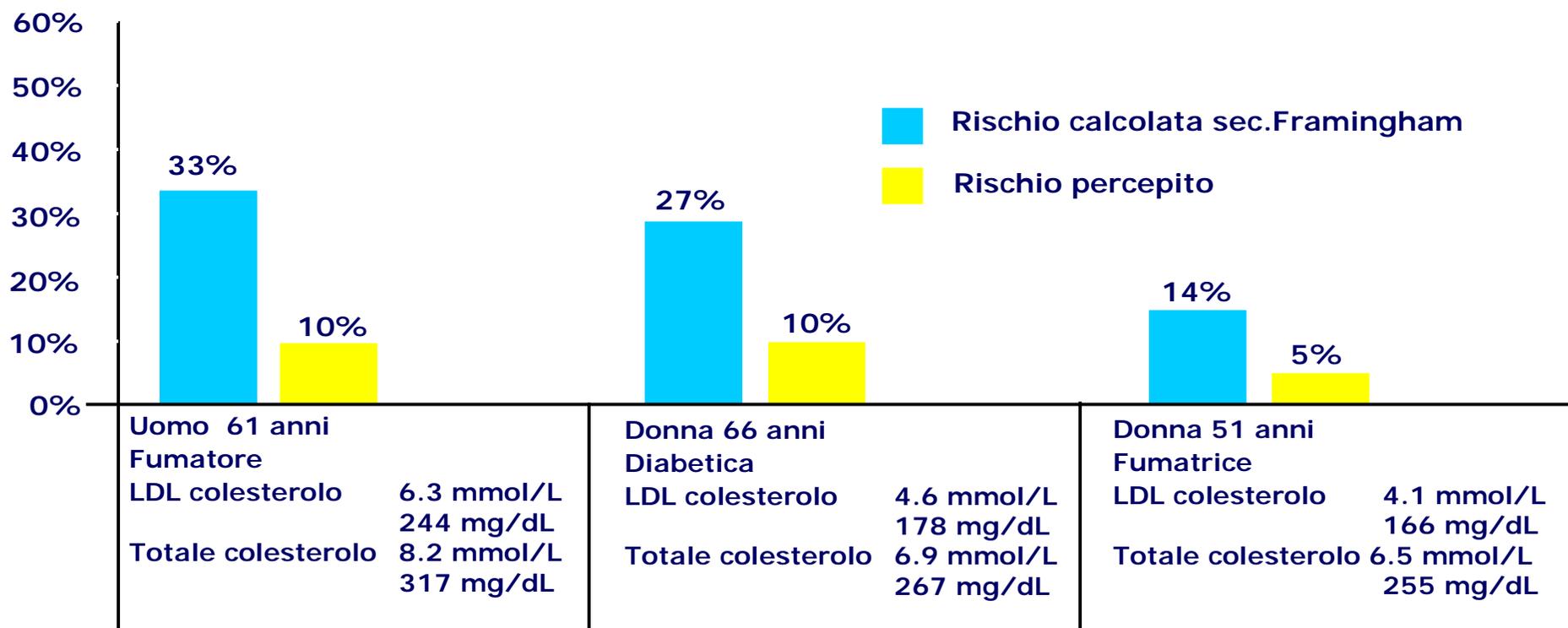
I medici trattano i pazienti ma non raggiungono gli obiettivi



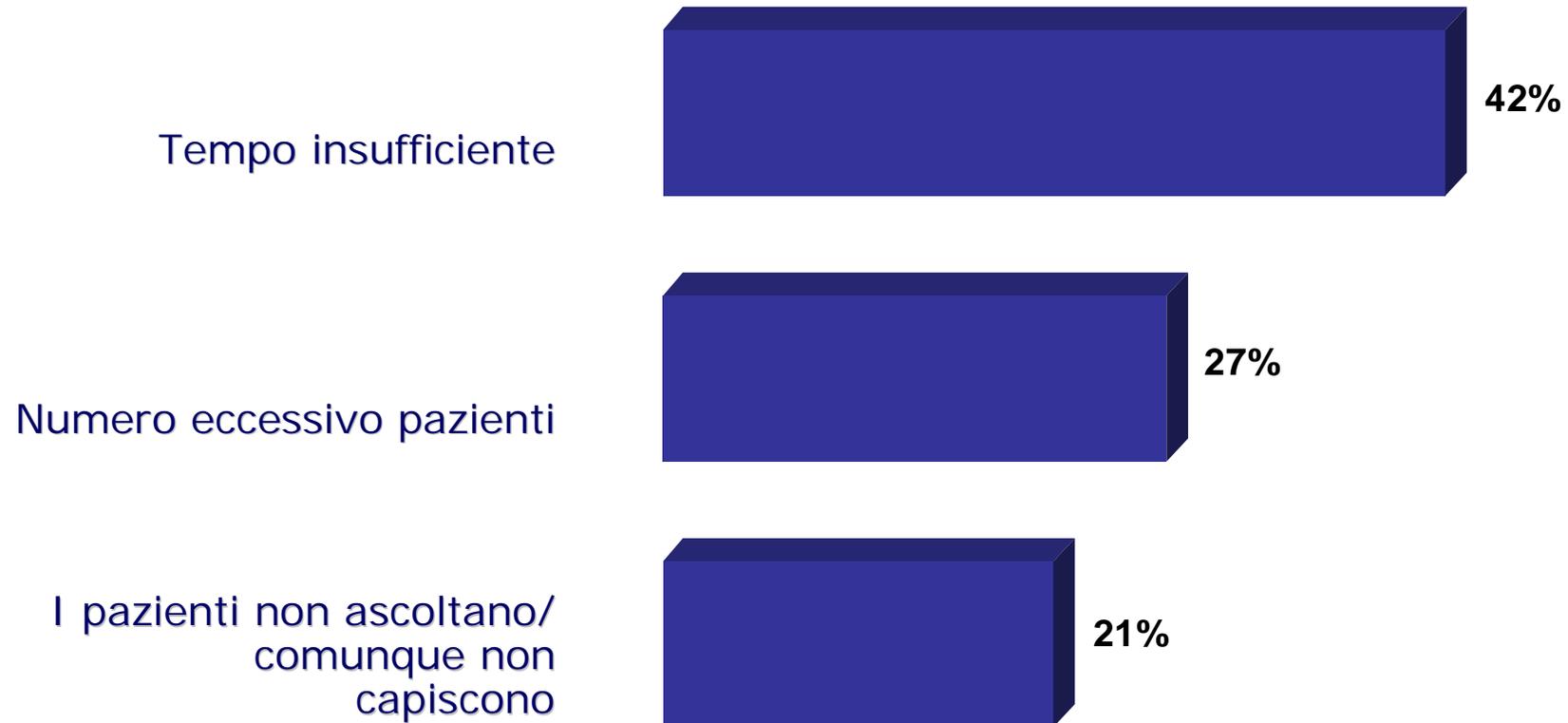
Dati da NHANES III Morning Examination Subset:
Hypertension, June 1998 and Hyperlipidemia, August 1998.

I medici spesso sottostimano il rischio CVD dei loro pazienti

Confronto del rischio 10-anni attuale vs percepito in 80 MMG Svedesi a cui è stato chiesto di stimare il rischio di un numero definito di profili di pazienti.



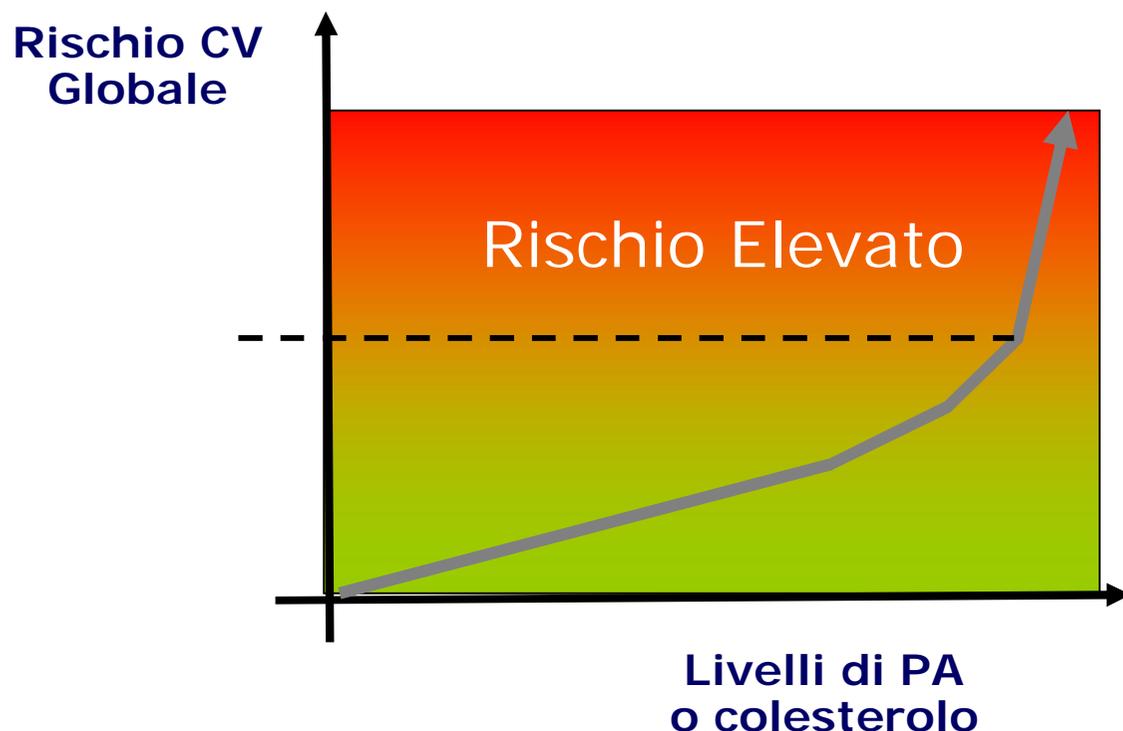
Fattori che influenzano il tempo dedicato ai pazienti



Base: Tutti MMG (N=754)

Intervento multifattoriale nel “mondo reale”

La riduzione di singoli o multipli Fattori di Rischio genera un beneficio proporzionale al livello di Rischio



- Piccole modifiche nella pressione arteriosa o nei livelli di colesterolo possono avere un effetto moltiplicativo in termini di riduzione del rischio CVD, determinando una migliore prevenzione cardiovascolare

Le 10 regole d'oro per prevenire il rischio cardiovascolare

1. Evita il **fumo** sia attivo che passivo
2. Aumenta il consumo giornaliero di **verdura e frutta**: segui la regola delle 5 porzioni e dei differenti colori
3. Aumenta il consumo settimanale di **pesce, legumi e cereali** (pane, pasta o riso) ad alto contenuto di fibre
4. Limita il consumo di **grassi, formaggi e dolci**
5. Limita il consumo di **sale** e modera il consumo di **alcool**
6. Controlla il peso e mantieniti sempre attivo
7. Svolgi un'adeguata **attività fisica**
8. Tieni sotto controllo la pressione arteriosa
9. Tieni sotto controllo il valore di colesterolo
10. Tieni sotto controllo il valore della glicemia

Colesterolo

Iperglicemia

Fumo

Microalbuminuria

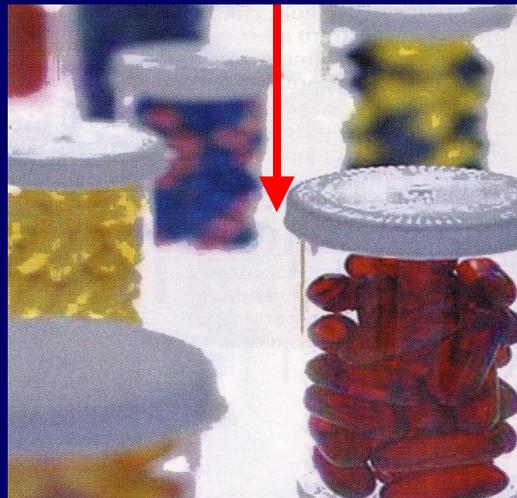
Obesità

Iperensione arteriale

Circonferenza addominale

Trigliceridi

HDL



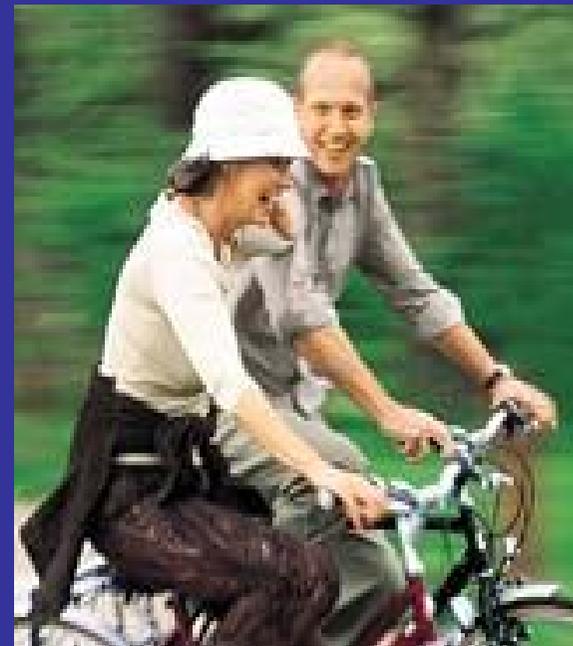
RICORDARE CHE

Una vita sana è il presupposto necessario per avere una vita bella.

Il vostro benessere dipende in massima parte dalla vostra tenacia e dalla vostra volontà.

Non vi scoraggiate mai!

Voi siete gli artefici della vostra salute!!



Grazie per l'attenzione