

Ce înseamnă prevenția bolilor cardiovasculare?

De ce e importantă PREVENȚIA pentru oricare dintre noi?

După datele comunicate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS)¹, bolile cardiovasculare continuă să reprezinte, cu toate intervențiile posibile la ora actuală, o cauză majoră de mortalitate, morbiditate și dizabilitate (fizică, mentală, profesională, spirituală), inclusiv de moarte prematură la nivel mondial, contribuind substanțial la creșterea costurilor pentru îngrijirea stării de sănătate. Cauza cea mai importantă o reprezintă ateroscleroza, proces care se dezvoltă pe parcursul mai multor ani, ajungând, de regulă, la stadii avansate în momentul în care boala devine simptomatică, undeva pe la jumătatea vieții. Evenimentele acute coronariene (**infarct miocardic acut, angină pectorală instabilă**) și cele cerebro-vasculare apar cel mai des subit, sunt frecvent fatale, chiar înainte de orice fel de intervenție medicală.

S-a dovedit deja faptul că modificarea factorilor de risc reduce mortalitatea și morbiditatea la pacienții diagnosticați cu boli cardiovasculare, respectiv la cei care nu erau cunoscuți cu astfel de afecțiuni.

Factor de risc = atribut, caracteristică sau expunere a unui individ la anumite condiții/situații, ceea ce crește posibilitatea dezvoltării unei anumite afecțiuni sau leziuni

*Exemple de **factori de risc**: sex neprotejat, subnutriție, tensiune arterială crescută, expunere la nicotină, obezitate, nivel crescut de colesterol și/sau trigliceride, consum de alcool, condiții precare de igienă, sanitație, etc.*

Prevenția cardiovasculară înseamnă un set de acțiuni coordonate la nivel de populație generală sau țintit, pentru un anumit individ, scopul lor fiind acela de a elimina sau de a reduce/minimiza impactul factorilor de risc, respectiv al afecțiunilor cardiovasculare deja instalate, inclusiv în încercarea de prevenție a dizabilităților legate de aceste afecțiuni, și, nu în ultimul rând, de a preveni moartea prematură datorată afectării coronariene, afectării cerebro-vasculare sau arteriale periferice la persoanele cu risc cardiovascular crescut sau foarte crescut, persoane care n-au trecut printr-un eveniment cardiovascular.

Legat de măsurile luate la nivel de populație generală, precum cea de interzicere a fumatului în locuri publice în unele țări, trebuie menționat că acest fapt a dus la reducerea la mai puțin de jumătate a incidenței bolilor cardiovasculare. Dar, există inegalități între măsurile întreprinse în diverse țări, lucru cunoscut de noi toți!²

În plus, vorbim de factori de risc severi, cu implicații majore cardiovasculare, cum sunt obezitatea și diabetul zaharat, a căror incidență a crescut substanțial în ultimii ani!

Există o serie de măsuri care pot fi adoptate pentru a preveni afectarea coronariană, cerebrală sau periferică și, implicit, evenimentele care apar pe plan clinic pe parcursul vieții, mai devreme sau mai târziu (**angină pectorală, infarct miocardic, accident vascular cerebral, boală arterială periferică**). Decizia legată de începerea sau nu a acestor acțiuni specifice de prevenție, respectiv asupra momentului inițierii acestor măsuri sau intensității cu care trebuie acționat, ei bine, această decizie se bazează, sau trebuie să se bazeze, pe estimarea riscului de apariție, de producere a unor astfel de evenimente!

Recomandările OMS, ca și cele ale Societății Europene de Cardiologie, se referă la *management*-ul factorilor majori de risc cardiovascular, prin modificarea stilului de viață și utilizarea de terapii profilactice. Bineînțeles, nu trebuie neglijate recomandările privind adoptarea unor ghiduri/măsuri naționale de prevenție cardiovasculară, având în vedere particularitățile politice, socio-economice și, nu în ultimul rând, medicale.

Mesajul important transmis, pe baza datelor deja existente, este acela că prevenția este eficientă! Eliminarea comportamentului de risc, prin eliminarea factorilor de risc, face posibilă prevenția a cel puțin 80% din evenimentele cardiovasculare, respectiv, dacă facem referire la neoplazii (parte din factorii de risc fiind similari), prevenția a cel puțin 40% din cancere!^{2, 3, 4}

Cine beneficiază de pe urma prevenției?

Toate ghidurile actuale referitoare la prevenția cardiovasculară în practica clinică curentă insistă asupra importanței evaluării riscului cardiovascular total, de vreme ce ateroscleroza este rezultatul acțiunii unui număr de factori de risc cardiovascular!

Prevenția cardiovasculară individuală, cu alte cuvinte, trebuie adaptată la riscul cardiovascular total al fiecărui individ în parte! Și, cu cât riscul e mai înalt, cu atât intervenția trebuie să fie mai intensă, mai complexă!

Importanța evaluării riscului total la indivizi aparent sănătoși e prezentată în tabelul de mai jos, așa cum a fost gândită și prezentată în Ghidul de Prevenție Cardiovasculară din 2016 al Societății Europene de Cardiologie, date derivate din riscul SCORE (<http://www.escardio.org/Guidelines-&-Education/Practice-tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts>)².

Un exemplu, legat de ce înseamnă cumulul de factori de risc: acest tabel ne arată că o persoană cu un colesterol total de 7 mmol/l poate prezenta un risc de 10x mai mic comparativ cu o persoană cu un nivel de colesterol de 5 mmol/l, prima persoană fiind femeie, fără alți factori de risc deosebiți, iar a doua, un bărbat hipertensiv, fumător!

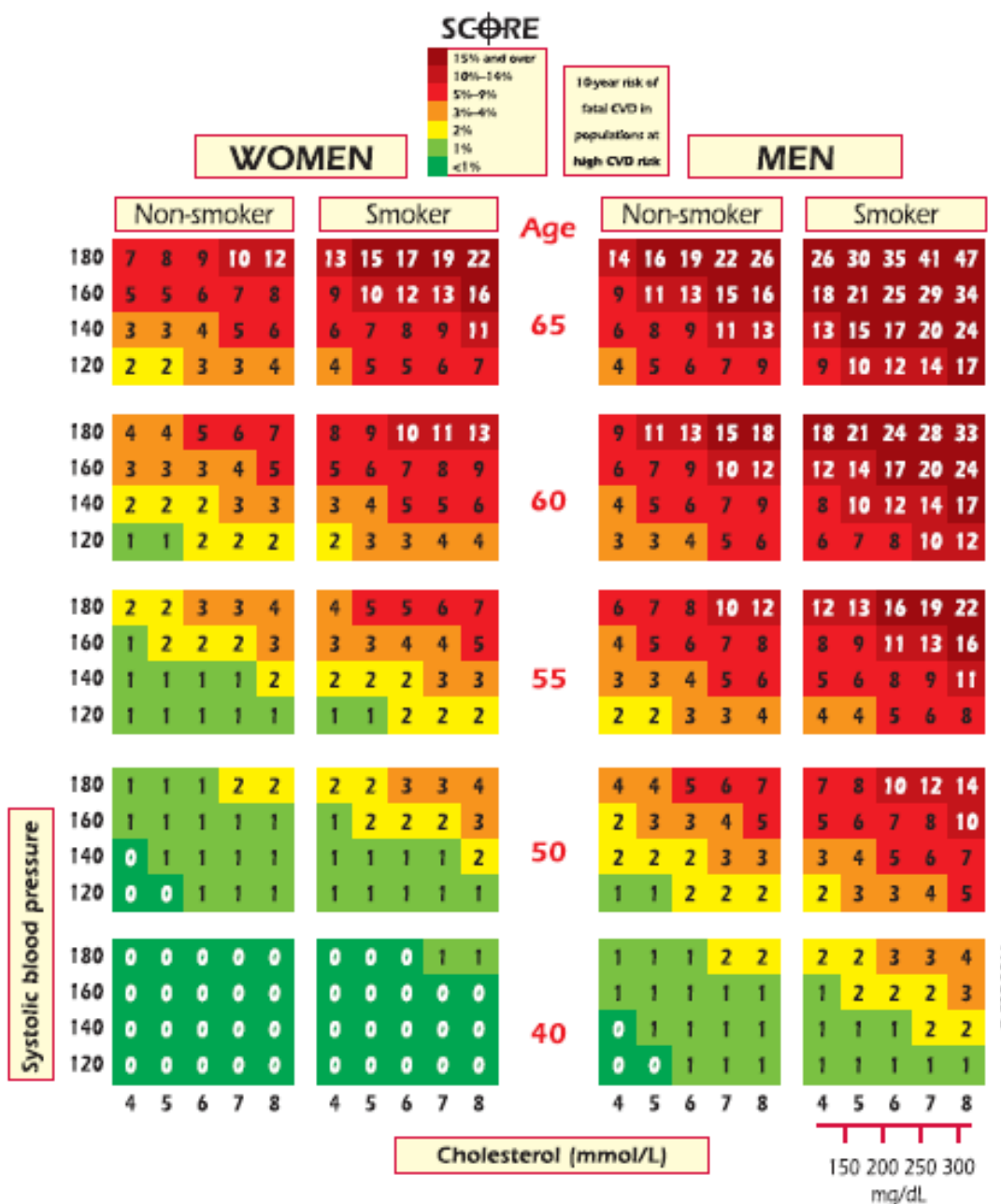
Sex	Vârstă (ani)	Colesterol (mmol/l)	TAS (mmHg)	Fumător	Risc de eveniment cv fatal la 10 ani
F	60	7	120	Nu	2%
F	60	7	140	Da	5%
M	60	6	160	Nu	9%
M	60	5	180	Da	21%

Impactul asocierii factorilor de risc asupra riscului cardiovascular total

Cu alte cuvinte, la întrebarea „**cine beneficiază de pe urma prevenției**”, răspunsul aduce în prim plan persoanele cu **factori de risc**:

- istoric familial de boală cardiovasculară la vârstă tânără
- istoric familial de moarte subită precoce
- istoric familial de hipercolesterolemie/dislipidemie familială
- prezența de factori de risc majori: fumat, obezitate, nivel crescut de colesterol și/sau trigliceride, prezența diabetului zaharat sau a hipertensiunii arteriale!²

Un alt exemplu de estimare a riscului cardiovascular, de data aceasta cu ajutorul diagramei de risc SCORE (*Systematic Coronary Risk Estimation*), pentru indivizi aparent sănătoși, în populația generală din țări cu risc cardiovascular crescut (cum e și România)²:



Conform acestei diagrame SCORE², un bărbat de 53 de ani, fumător, cu un nivel de colesterol de 250mg%, cu o TAS de 160mmHg, are un risc estimat la 10 ani de eveniment coronarian de 10%!

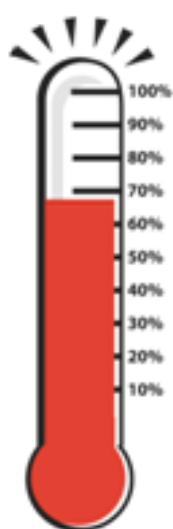
Atunci când vorbim despre PREVENȚIE, iată care sunt obiectivele și țintele urmărite în acțiunea, în lupta îndreptată împotriva factorilor de risc, așa cum sunt ele indicate de Ghidul de Prevenție Cardiovasculară al Societății Europene de Cardiologie²:

Fumat	evitarea expunerii la orice formă de tutun
Dietă	săracă în grasimi saturate, bogată în cereale, fructe, legume și pește
Activitate fizică	cel puțin 150 de minute/săptămână de activitate aerobă (30', 5 zile/săptămână) sau 75'/săptămână de activitate aerobă de intensitate mare (15', 5 zile/săptămână) sau o combinație a acestora
Greutate	IMC=20-25kg/m ² circumferința taliei < 94cm la bărbați, < 80cm la femei
TA	< 140/90mmHg
Lipide LDL-colesterol =ținta principală!	Risc foarte înalt: < 70mg% (< 1,8mmol/l) sau o reducere de cel puțin 50% dacă se pornește de la un nivel între 70 și 135mg% (1,8 și 3,5 mmol/l) Risc crescut: < 100mg% (< 2,6mmol/l) sau o reducere de cel puțin 50% dacă se pornește de la o valoare de 100 – 200mg% (2,6 – 5,1 mmol/l) Risc moderat sau redus: < 115mg% (< 3 mmol/l)
HDL-colesterol	Fără ținte bine stabilite, dar > 40mg% (> 1 mmol/l) la bărbați și > 45mg% (> 1,2 mmol/l) la femei reprezintă indicatori de risc redus
Trigliceride	Fără ținte bine stabilite, dar < 150mg% (< 1,7 mmol/l) indică un risc mai redus, în timp ce la valori mai mari se impune necesitatea căutării prezenței, asocierii altor factori de risc
Diabet zaharat	HbA1c < 7% (< 53mmol/mol)

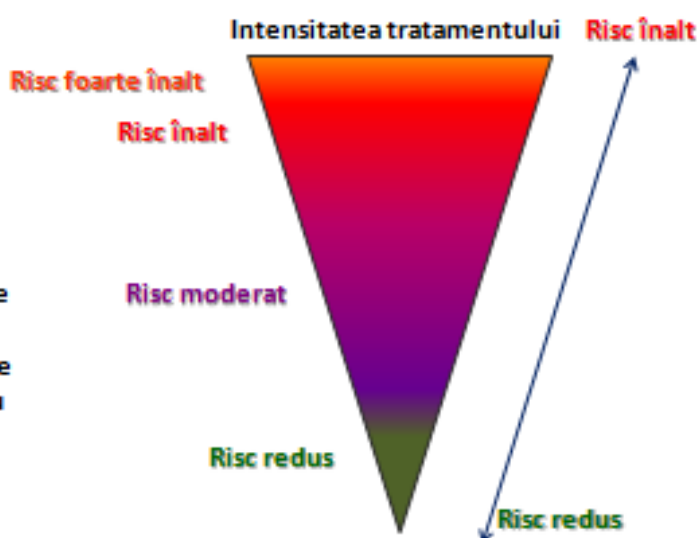
Ele reprezintă doar punctul de plecare în evaluare și adoptarea unei anumite atitudini preventive sau terapeutice, acolo unde e cazul, individualizate, ținând seama de particularitățile fiecărui caz în parte!

Cu alte cuvinte, pornim de la **PREVENȚIE PRIMARĂ** (suferință absentă, boală absentă, dar sunt prezenți factorii de risc!) și continuăm cu **PREVENȚIA SECUNDARĂ** (boală prezentă, suferință absentă) și cea **TERȚIARĂ** (boală și suferință prezente), intervențiile fiind progresiv mai complexe, dar, de reținut faptul că acolo unde există un **risc crescut** sau **foarte crescut** din start, dat de prezența **factorilor de risc**, și intervenția trebuie să fie pe măsură!

Risc cardiovascular total
(la 10 ani)



Șansele de dezvoltare a evenimentelor cardiovasculare fatale și non-fatale cresc cu creșterea riscului cardiovascular



**Obiectivul tratamentului:
reducerea riscului cardiovascular total**

Conform recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății, dar și Ghidului European de Prevenție Cardiovasculară, intensitatea intervenției terapeutice trebuie să fie proporțională cu riscul cardiovascular total!^{1,2}

Și iată o exemplificare de categorii de risc²:

Risc foarte crescut

* subiecți care prezintă oricare dintre următoarele elemente:

- boală cv documentată, clinic sau paraclinic (imagistic) – IMA, SCA, revascularizare miocardică sau alte proceduri de revascularizare arterială în istoric, AVC sau AIT, anevrism de aortă sau BAP. Documentarea imagistică include și evidențierea plăcilor aterosclerotice la nivel coronarian (coronarografie, de ex.) sau carotidian (prin US Doppler carotidiană)

NU include creșterea în dinamică a anumitor parametrii, cum ar fi GIM (grosimea intimă-medie) carotidiană.

- DZ cu afectarea organelor țintă (evidențierea proteinuriei) sau cu asocierea cu FR majori, cum e fumatul, hipercolesterolemia marcată sau HTA (mai ales cu TA necontrolate)
- boala cronică de rinichi (BCR) severă (RFG $<30\text{ml/min./1,73m}^2$)
- un scor de risc **SCORE** calculat de $\geq 10\%$

Risc crescut

* subiecți cu:

- FR izolați, dar marcat crescuți, în special colesterol $>310\text{mg\%}$ ($>8\text{mmol/l}$) (de ex., în hipercolesterolemia familială) sau TA $\geq 180/110\text{mmHg}$
- majoritatea pacienților cu DZ (cu excepția tinerilor cu DZ tip 1 și fără FR majori, care pot fi considerați a fi la risc redus sau moderat)
- BCR moderată (RFG de $30\text{--}59\text{ml/min./1,73m}^2$)
- un scor de risc **SCORE** calculat între 5% și 10%

Risc moderat

- risc **SCORE** între 1% și 5% la 10 ani (mare parte din pacienții de vârstă medie aparțin acestei categorii)

Risc redus

- risc **SCORE** $<1\%$

Exemple de markeri de risc care trebuie estimați:

- **estimarea istoricului familial** (boală prematură cv, definită ca eveniment cv fatal sau non-fatal și/sau diagnostic stabilit de boală cv la rudele de gradul I, bărbați < 55 de ani și
 - femei < 65 de ani)
 - +/- **factori genetici**
- **factori de risc psiho-sociali** (statut socio-economic redus, *stress* familial și/sau la locul de muncă, izolare socială, depresie, anxietate, ostilitate, tip D de personalitate, *stress* post-traumatic, etc.)
- **estimarea markerilor circulanți sanguini și urinari** (proteina C-reactivă înalt sensibilă, fibrinogen, homocisteină, Lp asociată fosfolipazei A2, apolipoproteine, glicemie, ...)
- **imagistic** - scorul de calciu coronarian, prezența plăcilor aterosclerotice la nivel carotidian, HVS, indice gleznă/braț
- **prezența disfuncției erectile**
- **istoric de pre-eclampsie, naștere prematură și/sau HT indusă de sarcină sau ovar polichistic**

Cum să intervenim?

- pentru subiecții sănătoși de toate vârstele: cel puțin 150'/săptămână activitate aerobă de intensitate moderată sau 75'/săptămână de activitate aerobă intensă sau o combinație a acestora
- identificarea fumătorilor și recomandarea de renunțare la fumat, cu ajutor, dacă e necesar, prin utilizarea terapilor de înlocuire a nicotinei, Vareniclin, Bupropion, individual, sau în asocieri
- dietă sănătoasă
- scădere în greutate pentru pacienții obezi și supraponderali
- la pacienții cu risc foarte crescut și crescut, cu valori crescute de LDL-colesterol, se recomandă reducerea nivelului acestuia spre valorile țintă
- reducerea/normalizarea valorilor (controlul) TA, în funcție de vârstă, respectiv de asocierea DZ (regim, antrenament + tratament medicamentos, dacă e cazul)
- bun control glicemic la pacienții diabetici
- utilizarea medicamentelor recomandate de ghiduri, cu beneficii clare și riscuri reduse/absente (pentru tratamentul HTA, a DZ, a hipercolesterolemiei, hipertrigliceridemie, ...)
- personalul medical trebuie să fie un bun exemplu de comportament/atitudine sănătoasă (în special în privința fumatului la locul de muncă!)

Toate aceste aspecte sunt prevăzute în detaliu în ghidurile existente la nivel internațional, fie cele europene, fie cele americane, fie cele emise și adaptate pentru diferite țări/regiuni de pe glob, în funcție de particularitățile locale, ghiduri adaptate în permanență, în funcție de datele survenite din partea de cercetare, respectiv din studiile clinice desfășurate, cu alte cuvinte prevenția trebuie realizată pe baza dovezilor existente!

Bibliografie

1) WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardio-vascular risk

1. Cardiovascular diseases – prevention and control. 2. Arteriosclerosis – prevention and control. 3. Risk factors. 4. Risk assessment. 5. Guidelines. I. World Health Organization.

ISBN 978 92 4 154717 8 (NLM classification: WG 120)

2) 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

- The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts), *European Heart Journal*, 2016, 37: 2315–2381

3) K Liu, ML Daviglius, CM Loria, et al. - Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age: the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) study, *Circulation*, 2012; 125: 996–1004

4) NICE Public Health Guidance - Prevention of Cardiovascular Disease

<http://www.nice.org.uk/guidance/PH25>