

Indicațiile utile pentru intervenția asupra factorilor comportamentali

- Dezvoltați o alianță empatică cu pacientul
- Asigurați-vă că pacientul înțelege legătura dintre stilul de viață și boala
- Folosiți această înțelegere pentru a crește complianța pacientului la schimbarea stilului de viață
- Implicați pacientul în identificarea factorilor de risc care trebuie schimbați
- Explorați potențialele obstacole în calea schimbării
- Ajutați la crearea unui plan de schimbare a stilului de viață
- Fiți realist și încurajator. „ORICE creștere a nivelului de activitate fizică este binevenită și poate fi ulterior îmbunătățită suplimentar”
- Încurați eforturile de schimbare ale pacientului
- Urmăriți progresele prin reevaluări repeatate
- Implicați și alt personal medical ori de câte ori este posibil

Fumatul

Toți fumătorii trebuie încurajați în mod profesionist să renunțe definitiv la toate tipurile de tutun
Strategia celor 5 A poate fi utilă:

- | | |
|--------------------------|---|
| A – ASK (cercetați): | Identificați fumătorii în mod sistematic, cu orice ocazie |
| A – ASSESS (evaluați): | Stabilită gradul de dependență a persoanei respective și disponibilitatea de a renunța la fumat |
| A – ADVISE (consultăți): | Îndemnați în mod neechivoc toți fumătorii să renunțe la fumat |
| A – ASSIST (ajutați): | Stabilită o strategie de renunțare la fumat, care să includă consiliere, tratament de substituție nicotinică și/sau intervenții farmacologice |
| A – ARRANGE (stabilită): | Stabilită un orar de reevaluare |

Alegerile sănătoase în ceea ce privește dieta

- Se recomandă a consuma o varietate largă de alimente.
- Ajustarea aportului caloric pentru a preveni supraponderabilitatea.
- Încurajarea consumului de: fructe, legume, cereale, pâine integrată, pește (în special pește gras), carne slabă, produse lactate degresate.
- Înlocuirea grăsimilor saturate cu alimentele menționate mai sus și cu grăsimi mononesaturate și polinesaturate de origine vegetală și marină, pentru reducerea lipidelor totale la < 30% din aportul energetic, dintre care mai puțin de 1/3 să fie grăsimi saturate.
- Reducerea aportului de sare dacă tensiunea arterială este crescută, prin evitarea adăugării de sare în timpul mesei și la gătit, prin alegerea unor alimente proaspete sau congelate nesărate. **Multe alimente procesate și preparate, inclusiv pâinea, au un conținut ridicat de sare.**

Activitatea fizică

- Subliniați faptul că aproape orice creștere a nivelului de activitate fizică are efecte pozitive asupra sănătății; intervalele scurte de activitate fizică au un efect cumulativ, există oportunități de a efectua efort fizic chiar la locul de muncă, de exemplu urcarea scărilor în loc de locul utilizării liftului.
- Recomandați activități în timpul liber îmbinând plăcutele efectul pozitiv.
- Exercițiul fizic de intensitate moderată timp de 30 de minute în majoritatea zilelor săptămânii reduce riscul și crește condiția fizică.
- Efectuarea exercițiilor fizice împreună cu familia crește motivația.
- Continuarea încurajărilor și susținerea din partea medicului pot fi utile pe termen lung.

Greutatea corporală

- Greutatea corporală crescută este asociată cu creșterea mortalității și morbidității totale și prin BCV, mediată în parte prin creșterea tensiunii arteriale și a colesterolemiei, reducerea HDL - colesterolului și creșterea probabilității de apariție a diabetului zaharat.
- Scăderea în greutate este recomandată la persoanele obeze ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) și trebuie luată în vedere la persoanele supraponderale ($IMC \geq 25$ și $< 30 \text{ kg/m}^2$).
- Se recomandă ca bărbații cu o circumferință a taliei de 94 -102 cm și femeile cu o circumferință a taliei de 80-88 cm să mențină greutatea. Pentru o circumferință a taliei de peste 102 cm la bărbați și peste 88 cm la femei să scădere ponderală.
- Reducerea aportului caloric total și exercițiile fizice regulate sunt esențiale pentru controlul greutății. Este posibil ca efectele benefice asupra metabolismului țesutului adipos central, ca urmare a antrenamentului fizic să apară chiar înainte de scăderea ponderală.

Tensiunea arterială

În TOATE cazurile TA trebuie menținută la valori $< 140/90 \text{ mmHg}$. Evaluati și tratați toți factorii de risc. La persoanele cu BCV instalată, diabet sau afecțiune renală TA să fie menținută $< 130/80 \text{ mmHg}$. Pentru toate celelalte persoane, verificați riscul SCORE. Persoanele cu afectare a organelor țintă sunt tratate ca persoane cu „risc crescut”. Detalii – vedeti protocolul „Hipertensiunea arterială la adult”.

Lipidele

În TOATE cazurile, evaluați și tratați toți factorii de risc. Persoanele cu BCV instalată, diabet tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, sau cu hiperlipidemie severă au deja un risc mult crescut. Pentru toate celelalte persoane, puteți utiliza diagramele SCORE pentru estimarea riscului total.

În caz de BCV instalată sau diabet, sau nivele mult crescute ale lipidelor

- În primul rînd, consiliere asupra dietei și activității fizice, împreună cu reducerea tuturor factorilor de risc.
- Urmăriți reducerea colesterolul total < 4,5 mmol/l (\approx 175 mg/dl) sau < 4,0 mmol/l (\approx 155 mg/dl) și LDL < 2,5 mmol/l (\approx 100 mg/dl) sau < 2 mmol/l (\approx 80 mg/dl).
- Aceasta va impune, la multe persoane, tratament cu statine.

Unii specialiști recomandă statine în toate BCV și la majoritatea pacienților diabetici, indiferent de valorile inițiale.

În caz de Risc SCORE \geq 5%

- Consilierea asupra stilului de viață timp de 3 luni, apoi reevaluarea SCORE și a lipidelor la jeun.
- Dacă Riscul SCORE rămîne în continuare \geq 5%, ne întoarcem la compartimentul de mai sus „În caz de BCV instalată, diabet, nivele mult crescute ale lipidelor.”
- Dacă colesterolul total < 5 mmol/l (< 190 mg/dl) și LDL < 3 mmol/l (115 mg/dl) și risc SCORE actual < 5%, trecem la compartimentul de mai jos „În caz de Risc SCORE < 5%.”

În caz de Risc SCORE < 5%

Consilierea asupra stilului de viață pentru reducerea colesterolului total < 5 mmol/l (< 190 mg/dl) și LDL < 3 mmol/l (115 mg/dl). Nu sunt definite obiective ale tratamentului pentru HDL și trigliceride, dar valori ale HDL < 1 mmol/l (40 mg/dl) la bărbați și < 1,2 mmol/l (45 mg/dl) la femei precum și valori a jeun ale trigliceridelor > 1,7 mmol/l (150 mg/dl) sunt markeri pentru un risc cardiovascular crescut.

Tintele de tratament la pacienții cu diabet zaharat tip 2

	Unitatea	Valoarea tintă
HbA1c	HbA1c (%)	\leq 6,5 dacă este posibil
Glicemie plasmatică	À jeun / preprandial, mmol/l (mg/dl)	< 6,0 (110) dacă este posibil
	Postprandială mmol/l (mg/dl)	< 7,5 (135) dacă este posibil
Tensiune arterială	mmHg	\leq 130/80
Colesterol total	mmol/l (mg/dl)	< 4,5 (175)
	mmol/l (mg/dl)	< 4,0 (155) dacă este posibil
LDL - colesterol	mmol/l (mg/dl)	< 2,5 (100)
	mmol/l (mg/dl)	< 2,0 (80) dacă este posibil

Sindromul metabolic

- Termenul de „sindrom metabolic” se referă la o combinație de factori care asociază: obezitatea de tip central, hipertensiunea arterială, scăderea HDL- colesterolului, creșterea trigliceridelor și creșterea glicemiei. Asocierea acestor factori în cadrul sindromului metabolic conduce la creșterea riscului de diabet zaharat și BCV.
- Aceasta implică faptul că, în cazul identificării uneia dintre componente, este indicată o căutare sistematică a celorlalte, împreună cu un management activ al acestor factori de risc.

Activitatea fizică și controlul greutății pot reduce radical riscul de apariție a diabetului la persoanele cu sindrom metabolic.

Afectarea renală și riscul cardiovascular

- Riscul de BCV crește progresiv de la microalbuminurie cu rata filtrării glomerulare păstrate, pînă la insuficiența renală în stadii terminale, care este de 20-30 de ori mai mare decît cel din populația generală.
- Este prezentă la persoanele aparent sănătoase și la cele cu hipertensiune arterială, BCV și insuficiență cardiacă.
- Se asociază cu hipertensiune arterială, hiperlipidemie, sindrom metabolic, creșteri ale acidului uric, a homocisteinei și anemie.
- Este necesar controlul riguros al factorilor de risc.

Cînd este indicată asocierea medicației cardioprotectoare la cea recomandată pentru tratarea hipertensiunii arteriale, hiperlipidemiei și diabetului?

- Acidul acetilsalicilic** – pentru toate persoanele cu BCV instalată și la cele cu risc SCORE > 10%, după atingerea valorilor-tintă ale tensiunii arteriale.
- Beta-adrenoblocantele** – după infart miocardic și la persoane cu insuficiență cardiacă în doze atent titrate
- Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei II** – la persoane cu disfuncție ventriculară stîngă și la subiecți diabetici cu hipertensiune și/sau nefropatie.
- Anticoagulantele** – la persoane cu risc crescut de evenimente tromboembolice, în special fibrilație atrială.

Cînd este necesară evaluarea rudenelor apropiate?

Rudele apropiate ale pacienților cu BCV prematură și a persoanelor care aparțin familiilor cu dislipidemii moștenite, cum ar fi hipercolesterolemia familială, prezintă un risc crescut de dezvoltare a BCV și ar trebui evaluati pentru toți ceilalți factori de risc CV, independent de vîrstă.

Abrevieri folosite în document

AVC – accident vascular cerebral

BCV – boli cardiovasculare

CV - cardiovascular

HDL - lipoproteine cu densitate înaltă

HTA – hipertensiune arterială

LDL – lipoproteine cu densitate joasă

PCR – proteină C reactivă

TA – tensiune arterială

SCORE – systematic coronary risk evaluation – evaluare sistematică a riscului coronarian

