Azienda Ospedali Riuniti
del Pordenonese

IMFR - Ospedale Gervasutta
ASS 4 "Medio Friuli" Udine

Azienda Servizi Sanitari n.2
Isontina

Ospedali Riuniti di Trieste

Posso fare una domanda?

Centri di Cardiologia Riabilitativa
del Friuli Venezia Giulia

REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Promuovere stili di vita salutari, valutare e monitorare il rischio cardiovascolare per ridurlo

Posso fare una domanda?

di cuore si vive!

Indice

5 Domande e Risposte!

6 Calze elastiche dopo safenectomia?

7 Si possono chiudere i BY-PASS?

9 Quali farmaci dopo l'evento Cardiaco?

14 Posso bere il tè?

16 Posso bere il vino?

20 Posso bere il caffè?

23 Quanto sale?

28 Quando guidare l'auto dopo l'evento Cardiaco?

30 Quali Vacanze per il cardiopatico?

34 Che ruolo hanno i fattori psicologici e sociali?

36 Come fare l'automisurazione della pressione arteriosa?

Con il patrocinio di:

G.I.C.R.
Gruppo Italiano di Cardiologia
Riabilitativa e Preventiva

A.N.M.C.O.
Ass. Nazionale Medici
Cardiologi Ospedalieri

Associazione Provinciale
Amici del CUORE
"DOMENICO ZANUTTINI"
Pordenone
Federata Triveneto Cuore
aderente a Conacuore

CARDIOCLUB
Udine
GERVASUTTA

Con il supporto di: ***Renato Battiston***
presidente Associazione Provinciale
Amici del Cuore "Domenico Zanuttini" - Pordenone

Impaginazione: ***Visual Studio snc - Pordenone***

Stampa: ***Grafiche Manzanesi - Manzano***

Disegno in copertina: ***Luca Ronco***

Edizione: ***Ottobre 2011***

Promuovere stili di vita salutari, valutare e monitorare il rischio cardiovascolare per ridurlo

GENTE DI CUORE è un programma di prevenzione cardiovascolare e promozione della salute della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Intende mettere al centro il cittadino, facendo dialogare medici di medicina generale, cardiologi ed altri specialisti attraverso un portale per il calcolo del rischio cardiovascolare e con iniziative condivise. Nel logo un primo cuore per gli operatori sanitari, che possono fare molto, ed un secondo cuore per la gente del Friuli Venezia Giulia, di vari idiomi, per coinvolgerla e renderla protagonista di un percorso di salute.

Opuscolo realizzato da Dr. Duilio Tuniz, Dr. Giovanni Martin, Dr. Roberto Marini, Dr. Pierpaolo Gori, Dr.ssa Patrizia Maras, Dr. Giorgetto Zilio, Sandra Masutti, Franca Piani, Laura Cettul, Manuela Pataracchia - Centri di Cardiologia Riabilitativa del Friuli Venezia Giulia e approvato da:

Prof. Gianfranco Sinagra, Direttore SOC Cardiologia Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" Trieste

Dr. Aniello Pappalardo, Direttore SOC Cardiochirurgia Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" Trieste

Dr. Andrea Di Lenarda, Direttore Centro Cardiovascolare ASS 1 "Triestina", Trieste

Dr. Diran Igidbashian, Direttore U.O. Cardiologia Ospedale di Gorizia, ASS 2, Gorizia

Dr. Tullio Morgera, Direttore U.O. Cardiologia Ospedale di Monfalcone, ASS 2, Monfalcone (GO)

Dr. Antonio Di Chiara, Direttore SOC Cardiologia Ospedale Sant'Antonio Abate di Tolmezzo, ASS 3, Tolmezzo (UD)

Dr.ssa Maria Antonietta Iacono e Dr.ssa Grazia Fazio, Funzione Cardiologia, SOC Medicina Interna Ospedale "San Michele" di Gemona, ASS 3, Gemona del Friuli

Dr. Alessandro Proclemer, Direttore SOC Cardiologia Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria Misericordia, Udine

Prof. Ugolino Livi, Direttore SOC Cardiochirurgia Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria Misericordia, Udine

Dr. Diego Vanuzzo e Dr.ssa Lorenza Pilotto, Centro di Prevenzione Cardiovascolare, ASS 4 "Medio Friuli", Udine

Dr. Lucio Mos, Responsabile Cardiologia Ospedale Sant'Antonio di San Daniele del Friuli, ASS 4, San Daniele del Friuli (UD)

Dr.ssa Maria Grazia Baldin, Direttore SOC Cardiologia Ospedale di Palmanova, ASS 5, Palmanova (UD)

Dr. Gianluigi Nicolosi, Direttore SOC Cardiologia Ospedale "Santa Maria degli Angeli", Azienda Ospedali Riuniti del Pordenonese, Pordenone

Dr. Francesco Antonini Canterin, Responsabile Patologia Cardiovascolare e Aterosclerosi, Ospedale "Santa Maria degli Angeli", Azienda Ospedali Riuniti del Pordenonese, Pordenone

Dr.ssa Daniela Pavan, Direttore SOC Cardiologia Ospedale "Santa Maria dei Battuti", San Vito al Tagliamento, Azienda Ospedali Riuniti del Pordenonese, San Vito al Tagliamento (PN)

Dr. Nereo Meneguzzo, Direttore SOC Cardiologia Centro di Riferimento Oncologico Aviano CRO, Aviano (PN)

Domande e risposte!

Tante domande che richiedono ciascuna una risposta tecnica motivata, ma anche un rassicurante rapporto con il Medico e/o il Personale sanitario che ha in cura il Paziente. Il momento informativo e soprattutto educativo è un passaggio fondamentale del percorso riabilitativo nonché del Programma di Prevenzione Secondaria dopo un evento cardiaco. Il Paziente deve riprendere in mano la propria vita e imparare a contribuire in modo fondamentale alla gestione ottimale della propria malattia nel lungo periodo. Molti atti o eventi della vita quotidiana vengono visti e vissuti con una curiosità ed un interesse nuovo e contemporaneamente cresce il bisogno di conoscenze e chiarimenti. Il Personale infermieristico e Tecnico-sanitario ha un ruolo importante in questo processo educativo-formativo ed è fondamentale che il messaggio che viene dato al Paziente risulti coerente con le più recenti conoscenze medico-scientifiche, anche sugli argomenti apparentemente più semplici e comuni. Questo opuscolo è nato proprio dal desiderio di formalizzare, con il coinvolgimento attivo del Personale infermieristico e Tecnico-sanitario dei Centri di Riabilitazione Cardiologica del Friuli Venezia Giulia, le risposte ad alcune delle domande più frequenti, in modo da offrire degli strumenti obiettivi per il miglioramento del rapporto di comunicazione con il Paziente.

Gli autori
Duilio Tuniz, Giovanni Martin, Roberto Marini, Pierpaolo Gori, Patrizia Maras, Giorgetto Zilio, Sandra Masutti, Franca Piani, Laura Cettul, Manuela Pataracchia.

Hanno inoltre collaborato
G. Barban, L. Cantarutti, L. Corrado, C. Croatto, D. Di Giusto, A. Gaspardo, M. Peressin, M. Peirolo, C. Rossolini (U.O. di Cardiologia Riabilitativa di Udine)

F. Calligiuri, G. Piasentin, A. Porcedda, D. Santarossa (U.O. di Cardiologia Riabilitativa di Sacile Pordenone)

P. Romanin (Chirurgia Vascolare Azienda Ospedaliera di Pordenone)

R. Benedettich, E. Di Camillo, R. Cocianni (Riabilitazione Gorizia)

Realizzazione a cura di
Cardiologia Riabilitativa dell'Azienda Goriziana - Responsabile Roberto Marini, Giorgetto Zilio

Cardiologia Riabilitativa di Sacile (Pordenone) - Responsabile Giovanni Martin

Cardiologia Riabilitativa di Trieste - Responsabile Patrizia Maras - Pierpaolo Gori

Cardiologia Riabilitativa di Udine - Responsabile Duilio Tuniz

Calze elastiche dopo safenectomia?

Non ci sono linee guida specifiche e la revisione della letteratura in merito è assai povera o assente.
Le linee guida pubblicate su ACTA PHLEBOLOGICA, vol. 4 numero 1-2 Agosto 2003, a proposito dei sistemi di compressione definisce i tutori elastici a secondo della loro lunghezza in:

- gambaletto;
- calza a mezza coscia;
- monocollant;
- collant.

Quando la compressione esercitata alla caviglia supera i 18 mm di Hg., il tutore è detto terapeutico.

Esso esercita sull'arto inferiore una compressione definita e graduata, che è decrescente dal basso verso l'alto, essendo il 100% alla caviglia, il 70% al polpaccio e il 40% alla coscia.

Sulla base della compressione esercitata alla caviglia ed espressa in mm Hg i tutori terapeutici sono divisi in tre classi:

1ª	18-25 mm Hg.
2ª	30-40 mm Hg.
3ª	40-50 mm Hg.

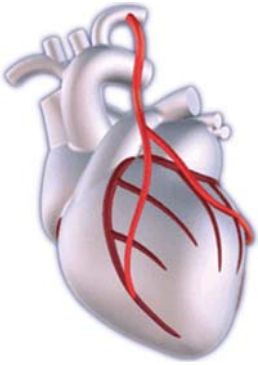
I sistemi compressivi compresi fra 12-18 mm Hg sono usati come azione puramente preventiva.

La compressione post chirurgica ha indicazione per la prevenzione del tromboembolismo venoso, sia per la prevenzione degli ematomi in fase precoce, sia per ridurre l'edema fra la seconda e la quarta settimana.

Ciascun chirurgo utilizza modalità di compressione basata sulla propria esperienza, con vari metodi di compressione con o senza materiali protettivi della pelle: calze elastiche utilizzate singolarmente o successivamente a precedenti tipi di compressione.

Generalmente nell'utilizzo delle calze si ritiene sufficiente la classe prima a partire dal 10°-15° giorno post operatorio.
La safenectomia eseguita quale prelievo della vena da utilizzare nel by-pass aortocoronarico è una situazione diversa dalla safenectomia eseguita nella insufficienza venosa cronica. Nel nostro caso infatti l'intervento compressivo non è indirizzato alla malattia varicosa ma unicamente ad evitare o ridurre l'edema che si può formare in seguito all'asportazione della vena safena e nel migliorare le condizioni di nutrizione della zona traumatizzata onde favorire una più veloce guarigione.
L'uso pertanto è riservato ad un periodo limitato e va evitato in caso di severa arteriopatia ostruttiva agli arti inferiori (la compressione potrebbe compromettere ulteriormente il flusso arterioso).

Si possono chiudere i By-Pass?



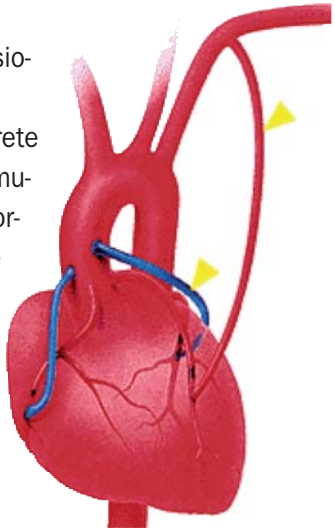
I Bay-pass vengono confezionati oggi con due tipi di condotti:
Arteriosi (in genere arterie mammarie dx e sx)
Venosi (tratti di vena safena)

Arteriosi

Tralasciamo i dati sull'arteria radiale ed altre arterie che sono state meno utilizzate.
Per le arterie mammarie i dati nel medio lungo termine sono soddisfacenti.
Ciò è probabilmente legato al fatto che sono vasi naturalmente adatti al passaggio di sangue arterioso. A 10 anni il By-Pass risulta ben funzionante nel 95% delle arterie mammarie quando queste vengono inserite sulla Discendente Anteriore; la percentuale è di poco inferiore quando queste vengono utilizzate per rami minori (91%).
Non vi sono differenze fra mammaria destra e mammaria sinistra.
Più il flusso è elevato più è probabile che il By-Pass rimanga aperto nel tempo.
Un flusso ridotto condiziona l'oclusione precoce mentre la progressione della malattia aterosclerotica condiziona l'occlusione a distanza.

Venosi

I risultati con i by-pass confezionati con vena safena sono meno brillanti.
Infatti la vena safena è un vaso che in condizioni normali è adatto per un circolo venoso e non arterioso.
I fattori che influenzano l'occlusione del By-Pass venoso sono:



- la trombosi nel vaso venoso che condiziona in genere l'occlusione precoce ed è favorita da un flusso lento;
- l'aumento di spessore dell'intima (l'intima è la parte della parete venosa a contatto con sangue ed è posta sopra uno strato muscolare che nelle vene è piccolo perché tali vasi devono sopportare una bassa pressione). Quando le vene vengono utilizzate come By-Pass coronarico devono sopportare un flusso arterioso ad alta pressione. Il vaso risponde a questa nuova situazione con uno spiccato aumento dello spessore dell'intima per adattarsi alla nuova pressione, ma se aumenta lo spessore, il lume del vaso si riduce;
- l'aterosclerosi della parete è favorita dalle modificazioni sopra descritte ed è caratterizzata dal deposito di grassi.

Questi due ultimi processi si manifestano in modo importante a partire in genere dal 5°-7° anno.

1 anno	5 anni	12 anni
88%	75%	50%

Il raggiungimento di un colesterolo LDL minore di 100 mg/dl con dieta o con farmaci ha permesso di ridurre in modo significativo l'occlusione del By-Pass.

Quali farmaci dopo l'evento cardiaco?

I dati di letteratura maggiori sono presenti per l'infarto miocardico.
Tra l'altro spesso pazienti con Angioplastica o By-pass hanno manifestato un Infarto nella loro storia.
La domanda più difficile a cui rispondere è la seguente: **PER QUANTO** va continuata la **TERAPIA FARMACOLOGICA?**
Vi è una oggettiva difficoltà a rispondere sulla base degli studi clinici a disposizione, che hanno una durata di osservazione limitata (tre-sette anni) e quindi non è possibile dare una risposta a ciò che succede dopo questo periodo.

Il più delle volte si ricava l'idea che se un beneficio è osservato a distanza di alcuni anni, verosimilmente si mantiene anche dopo. Questa è ovviamente una estrapolazione e non un dato sperimentale. È peraltro intuitivo che per alcune patologie concomitanti e per le quali non esiste una terapia causale ma solo di controllo (come avviene per ipertensione arteriosa, diabete, dislipidemie familiari) questa va continuata per tutta la vita.
Non ci deve impressionare il numero di pillole assunte perché il medico deve ricorrere a diverse associazioni farmacologiche per abbassare in modo significativo il rischio cardiovascolare globale del paziente con evento cardiaco.

Beta Bloccanti (BB)

I BB bloccano il sistema simpatico ed i suoi effetti "eccitanti", facendo prevalere sul cuore e sulle arterie periferiche quelli "calmanti" del parasimpatico. Il simpatico ed il parasimpatico formano il sistema nervoso autonomo, quella parte del sistema nervoso che provvede alle funzioni vitali automatiche come il battito cardiaco. I BB formano un "guscio" protettivo attorno al cuore che può compiere il proprio lavoro indisturbato e tranquillo, al riparo dagli stimoli stressanti provenienti dall'esterno, mediati dal simpatico.

Effetti desiderati

- *Abbassamento della Frequenza Cardiaca;*
- *Abbassamento del lavoro cardiaco e del consumo di ossigeno del cuore;*
- *Ridotta eccitabilità del cuore;*
- *Abbassamento della Pressione Arteriosa.*

Farmaci ad azione sul sistema Renina-angiotensina ACE inibitori

Sono farmaci che hanno una azione favorevole sul cuore complessa, che va dall'effetto vasodilatatore e quindi di abbassamento della Pressione Arteriosa, all'azione anti ritenzione idrica, a quella anti infiammatoria per le cellule della parete vasale, a quella anti dilatazione del ventricolo sinistro.

Sono indicazioni per:

- *Ipertensione arteriosa;*
- *Scompenso cardiaco;*
- *Cardiopatia ischemica;*
- *Alto rischio cardiovascolare.*

Sartani

Sono farmaci con azione quasi simile a quella degli ACE inibitori anche se con meccanismo d'azione leggermente diverso. Hanno una bassissima incidenza di effetti collaterali. Sono di più recente introduzione e sono in fase di studio per le stesse indicazioni degli ACE inibitori.

Nitroderivati

Sono farmaci vasodilatatori e pertanto vengono chiamati farmaci anti-anginosi: dilatano infatti le arterie coronariche e vasi periferici.

Le indicazioni principali sono rappresentate da:

- **attacco d'angina**
- **prevenzione dell'angina**
- **crisi ipertensive**

Possono essere assunti come compresse orali o sublinguali o come spray o come cerotti.
Nell'uso del cerotto va lasciata una finestra di almeno quattro ore, cioè un intervallo di tempo fra la rimozione di un sistema ed il posizionamento del successivo per evitare l'assuefazione dell'organismo al farmaco.
I nitrati a pronta azione (Carvasin 5 mg, Trinitrina, Natispray...) vengono assunti al momento della crisi anginosa o come profilattici della stessa, per via sublinguale, con l'accortezza di rompere con i denti il confetto nel caso della Trinitrina, prima di far passare il contenuto sotto la lingua per l'effetto terapeutico.
Nella persona anziana è bene che il farmaco (poiché vasodilatatore) venga assunto in posizione seduta.

Calcio Antagonisti

I calcio antagonisti, come dice la parola, antagonizzano il Calcio che è una sostanza necessaria per la contrattilità sia del cuore che della parte muscolare delle arterie e delle vene. Per la loro azione a livello cardiaco o periferico, inducono abbassamento della pressione arteriosa.
Alcuni di loro hanno una azione prevalente sui piccoli vasi (vasoselettivi), altri prevalentemente sul cuore (cardioselettivi) dove determinano riduzione della frequenza cardiaca: ciò li rende simili ai Beta Bloccanti.
I primi tendono a dare facilmente vampate di calore e gonfiore agli arti inferiori (da non confondere con lo scompenso di cuore); i secondi possono causare stitichezza.

Farmaci per la cura delle dislipidemie

Con questo termine si indicano le alterazioni dei grassi nel sangue: generalmente ci si riferisce all'aumento del colesterolo, dei trigliceridi o di entrambi.

Queste situazioni patologiche possono essere la conseguenza di una alterazione del metabolismo di natura genetica o di errori nella dieta. L'organismo sintetizza infatti il 60-80% del proprio colesterolo, soprattutto a livello del fegato e dell'intestino, mentre il rimanente viene ricavato dagli alimenti.

Distinguiamo un colesterolo "buono" (HDL-colesterolo) che è lo "spazzino" delle arterie, cioè quello che protegge le arterie dall'aterosclerosi ed un colesterolo "cattivo" (LDL-colesterolo) che invece la favorisce.

Dopo evento cardiaco e nel diabetico il colesterolo LDL non deve superare i 100 mg/dl.

Statine

Sono farmaci che hanno drasticamente abbassato il rischio aterogeno delle dislipidemie e che pertanto vengono utilizzati in maniera estensiva dopo evento cardiaco e dopo che le misure dietetiche e di stile di vita non hanno portato il colesterolo LDL entro i valori ottimali.

Agiscono a livello del fegato bloccando la sintesi cellulare del colesterolo.

La maggior parte delle statine viene assunta di sera poiché il metabolismo del colesterolo è prevalentemente notturno.

Sono in genere farmaci ben tollerati. È opportuno seguire nel tempo la funzionalità epatica. In rapporto al dosaggio utilizzato possono anche abbassare il valore dei trigliceridi.

L'avvento delle statine ha drasticamente ridimensionato l'utilizzo di altri farmaci che agiscono sui grassi.

In particolare sono meno utilizzati oggi sia i fibrati che le resine perché spesso poco tollerati a livello gastro-intestinale e per la minor evidenza scientifica di efficacia rispetto alle statine.

Acidi Grassi Omega 3

Sono in un certo senso un farmaco naturale, perché gli acidi grassi omega-3 sono sostanze che si trovano in natura nel pesce, specie quello azzurro. Vengono prodotti industrialmente proprio dal pesce azzurro e conservati in apposite capsule idonee alla conservazione.
Hanno dimostrato una azione contro i trigliceridi ma soprattutto una azione protettiva verso le aritmie dopo infarto miocardico.

Antiaggreganti Piastrinici

L'aggregazione piastrinica è un fenomeno caratterizzato appunto dal formarsi di un aggregato di piastrine o trombo bianco che si forma di solito per un evento emorragico e che ha la finalità di "tappare" la lacerazione formatasi in un vaso.
Quello che scatena il processo è la perdita del carattere liscio del vaso che può avvenire sia per un trauma, ma anche per la formazione di "incrostazioni" o placche aterosclerotiche sui vasi. L'Aspirina e la Ticlopidina e l'Indobufene hanno il compito di evitare questo processo e sono usati perciò dopo By-pass o infarto per prevenire fenomeni trombotici.

Anticoagulanti

Agiscono con la stessa finalità ma agendo non sulle piastrine bensì sui fattori della coagulazione (una serie di proteine che agiscono in sequenza allorché il carattere liscio del vaso viene perso) che, con un processo a cascata, formano un "tappo" chiamato coagulo.
Purtroppo la loro efficacia è estremamente variabile anche nella stessa persona ed il dosaggio non viene fissato a priori ma controllando periodicamente la coagulazione del sangue con un prelievo e stabilendo la dose in base ad un parametro (INR).

Molti farmaci interagiscono con gli anticoagulanti ed il Vostro medico deve conoscere queste associazioni per evitare un eccesso o diminuzione di attività di questi farmaci.
Sono utilizzati in caso di trombosi o Fibrillazione Atriale o dopo Chirurgia Valvolare.
Quest'ultima comprende due gruppi:

- portatori di protesi meccaniche che devono assumere l'anticoagulante orale per tutta la vita;
- portatori di protesi biologiche e plastiche valvolari che devono assumere l'anticoagulante orale limitatamente ai primi tre-quattro mesi dopo l'intervento.

Il trattamento anticoagulante può essere prolungato per periodi maggiori o indefinitivamente in caso di Fibrillazione Atriale o altre situazioni di alto rischio trombotico. Nel caso di sospensione dell'anticoagulante si continua con Aspirina o altro anti aggregante orale a tempo indeterminato.

Altri farmaci (antiaritmici, ipotensivi e diuretici) possono essere usati secondo necessità a giudizio del cardiologo.

Posso bere il tè?

Il tè è un'infusione di foglie di Camelia sinensis ed è la bevanda più diffusa nel mondo.
Il tè è giunto in Europa dalla Cina nel 1632, per mezzo della Compagnia Olandese delle Indie Orientali ed ha avuto un immediato successo.

I principi attivi di maggior interesse contenuti nel tè sono:

- Metilxantine: teina (caffeina, teofillina, teobromina), ad azione stimolante.
- composti polifenolici (catechine, teaflavine, ecc), ad azione protettiva antiossidante.
- I costituenti presenti in quantità minore sono: proteine, carboidrati, minerali e fibre.

Tipi di tè

Ci sono tre gruppi principali, in base al grado di fermentazione:

- Tè non fermentati (tè bianchi e verdi); sono fatti con foglie giovani e fresche, hanno un'alta concentrazione di catechine.
- Tè semifermentati (tè Oolong). Hanno valori intermedi di durata della fermentazione e contenuto di catechine e teaflavine.
- Tè fermentati (tè nero). Sono più ricchi in teaflavine e più poveri in catechine rispetto al tè verde.

Il Tè verde è molto noto nella tradizione orientale, meno apprezzato in occidente per il sapore non gradevole a tutti;

- viene preparato escludendo il processo finale di fermentazione (tipico del tè nero) che purtroppo elimina parecchie sostanze, in particolar modo i polifenoli (che hanno una positiva azione antiossidante)
- L'uso del tè verde andrebbe quindi incoraggiato.

Contenuto in teina/caffeina nel tè

- È mediamente inferiore a quello di una tazzina di caffè ed anche gli effetti variano: la teina, infatti, agisce più lentamente e con effetto prolungato, stimolando ma non eccitando il sistema nervoso centrale e senza avere significativi effetti sul battito cardiaco.
- Il contenuto in teina/caffeina di una tazza (170 ml) di tè varia anche in rapporto al tipo:

tè verde	8,4 mg
tè oolong	12,5 mg
tè nero da	25 a 110 mg
deteinato	teina/caffeina non superiore allo 0,10 %

Contenuto calorico del tè

- Se non si eccede in latte e zucchero, il tè è una bevanda calda a bassissimo contenuto di calorie e di grassi.
- Il tè freddo o bevanda di tè viene prodotto con un estratto di tè al quale, durante la fase di imbottigliamento, vengono aggiunti acido citrico, acqua, aromi di limone o di pesca e zucchero o caramello per dare colore. Il risultato è quindi una bevanda che ricorda il tè, ma che offre un apporto calorico ben maggiore.

Posso bere il vino?

Dal culto di bacco alla prevenzione delle malattie cardiovascolari?

Le bevande a basso contenuto alcolico proteggono il cuore?

I dati che sono emersi dagli studi sull'argomento consentono di affermare che:
1-2 bicchieri al giorno di una bevanda a basso contenuto alcolico ha un effetto protettivo coronarico.
Assunzioni più elevate sono associate con un incremento della mortalità totale.
Il vino potrebbe dare più benefici della birra o superalcolici, grazie ai suoi componenti oltre all'alcol.
È possibile che il vino rosso dia qualche vantaggio sul vino bianco o altri tipi di bevande alcoliche.

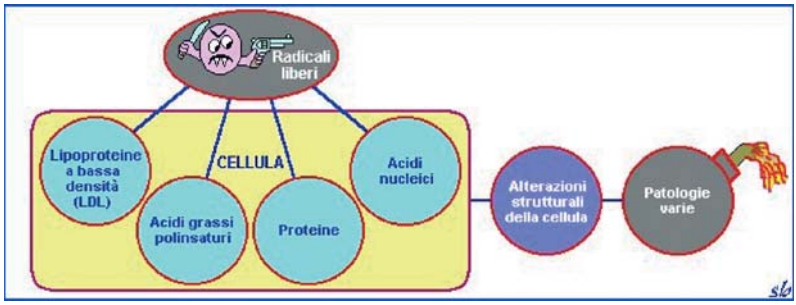
Il "Paradosso Francese"

- L'incidenza della mortalità per cardiopatia ischemica in Francia è circa la metà rispetto a quella degli Stati Uniti, nonostante la presenza analoga di grassi animali nelle abitudini alimentari (carne e formaggi).

- Una delle spiegazioni del più basso rischio per cardiopatia ischemica in Francia è la maggiore assunzione di vino, specialmente del vino rosso.
- Inoltre, l'effetto protettivo appare influenzato dalla assunzione di vino con i pasti.

Le basi biologiche dell'effetto protettivo dell'alcol e del vino rosso

- I risultati di alcuni studi sperimentali suggeriscono che gli antiossidanti riducano la formazione delle placche arteriose (neutralizzano i radicali liberi dell'ossigeno).
- Il vino contiene antiossidanti, i polifenoli (coloranti naturali, presenti nella frutta e verdura colorata).
- Il vino rosso contiene circa 10 volte di più polifenoli rispetto al vino bianco.
- Altra classe di sostanze antiossidanti sono i tannini particolarmente abbondanti nelle bucce.
- Al contrario l'alcol di per sé, ha un effetto favorente l'ossidazione.



Vino rosso e vino bianco

- Le uve rosse vengono macerate lungamente con la buccia, quindi l'estrazione di polifenoli è maggiore.
- I vini bianchi sono vinificati senza buccia.
- I vini rossi invecchiati contengono maggiori quantità di sostanze ossidanti.
- Il vino bianco viene assorbito più velocemente del rosso, per cui l'effetto inebriante di un bicchiere di vino bianco corrisponde a quello di tre bicchieri di rosso assunti di seguito.

Come l'assunzione di alcol modifica i grassi ed il colesterolo?

L'alcol determina due accertate modificazioni:

- incremento dei trigliceridi;
- incremento dei livelli HDL-colesterolo ("buono"); uno-due bicchieri al giorno di bevande contenenti alcol (come il vino) aumenta il livello di HDL-colesterolo in media del 12%.

Circa la metà degli effetti benefici delle bevande alcoliche sulle malattie cardiovascolari sono ascrivibili all'incremento dell'HDL-colesterolo.

Quindi, le basi biologiche dell'effetto protettivo del vino rosso sono in rapporto a:

- Contenuto in polifenoli: azione protettiva antiossidante;
- Contenuto in alcol (basse dosi): aumento del colesterolo HDL ("buono").

Come si calcola la quantità di alcol e delle calorie contenute nel vino?

- La gradazione alcolica di una bevanda indica il suo contenuto percentuale in volume: un vino ad 11 gradi contiene 11 cc di alcol per ogni 100 cc;
  - Per ottenere il corrispettivo in grammi è necessario considerare il peso specifico dell'alcol, che è 0,79;
    - **1 bicchiere di vino** al 11% di alcol (100 cc; 11 cc di alcol x 0,79 = 8,7 gr di alcol);
      - 1 gr di alcol = 7 calorie;
      - 8,7 gr di alcol x 7 calorie = **61 calorie;**
      - NB: **1 litro di vino = 610 calorie**

L'apporto calorico del vino è quindi importante (teniamo conto che per esempio 100 gr di spaghetti corrispondono a circa 350 calorie).

Il vino combatte colesterolo e cancro?

Il resveratrolo, della famiglia dei polifenoli, è una delle tante sostanze contenute nell'uva e nel vino (in grande quantità in quello rosso) che, secondo gli ultimi studi scientifici, pare abbia anche un'azione preventiva verso alcuni tumori.

Effetti avversi della assunzione di alcol

- Possono verificarsi anche a livelli moderati in qualche individuo.
- Il rischio individuale di sviluppare dipendenza dall'alcol è difficile, se non impossibile, da prevedere nei singoli individui.
- Per questi motivi la tendenza attuale è quella di non "spingere" gli astemi al consumo di bevande alcoliche, ma regolarlo in coloro che già ne fanno uso.
- Non va consigliato come azione preventiva nei giovani (l'uso di alcol incrementa le principali cause di mortalità: incidenti automobilistici, traumi e suicidi).
- Nelle donne, appare appropriata l'assunzione di non più di un bicchiere di bevanda alcolica al giorno.

In conclusione, il consumo moderato di vino può essere concesso e, tenuto conto dei possibili vantaggi e rischi, il suo uso può essere sintetizzato in "poco ma buono"!

Posso bere il caffè?

Bere una tazzina di caffè fa parte delle abitudini quotidiane della grande maggioranza degli italiani.

Le domande più frequenti circa l'assunzione di caffè sono:

- Quali effetti ha la caffeina sul nostro organismo?
- Quale tipo di caffè ha più caffeina?
- Quanti caffé si possono bere in un giorno?
- Può far male bere molti caffè?
- È meglio il caffè normale o il decaffeinato?

La caffeina è presente nelle piante di **caffè, cacao, tè, cola,** e nelle bevande da esse ottenute.

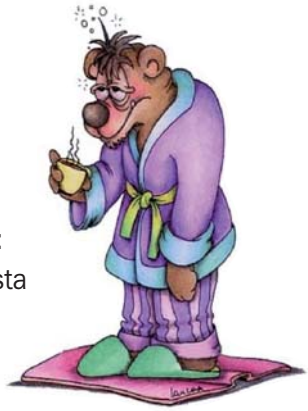
Chimicamente è una xantina e come tale svolge una azione stimolante del sistema nervoso centrale.

- La caffeina è rapidamente assorbita e raggiunge un picco plasmatico dopo 15-20 minuti.
- I principali effetti della caffeina: aumenta la vigilanza e riduce la sensazione di fatica, aumenta lievemente la forza di contrazione del cuore e la frequenza del battito cardiaco.
- Ogni individuo però reagisce in maniera diversa alla caffeina.

CONTENUTO DI CAFFEINA IN ALCUNE BEVANDE	
caffè espresso	**60-120 mg**
caffè decaffeinato	**2-5 mg**
caffè con Moka (35-50 ml)	**60-120 mg**
caffè americano (100 ml)	**95-125 mg**
coca-cola (lattina)	**40 mg**
cioccolata (una tazza)	**10 mg**
tè (una tazza)	**20-80 mg**

Per valutare gli effetti del caffè bisogna tener conto:

- della dose consumata;
- della durata del periodo di assunzione;
- del metabolismo individuale.



Il contenuto di caffeina varia anche in rapporto al tipo di caffè: i chicchi di Arabica contengono circa l'1,1% di caffeina, la Robusta circa il doppio.
Mediamente in Italia si consumano 2-3 tazzine per persona al giorno.
Contrariamente a un'idea diffusa, una tazzina di espresso ristretto contiene meno caffeina di una tazza di caffè lungo, e questo perché il tempo di contatto tra l'acqua e il caffè è molto più breve.

Rapporto tra caffeina e aritmie cardiache

Studi effettuati sia sui sani sia sui cardiopatici (in particolare con cardiopatia ischemica) hanno concluso che la caffeina in dosi giornaliere di 300-500 mg (circa 5-7 dosi di espresso bar) non provoca aritmie.
Talora (ma è raro) questo può accadere in persone particolarmente sensibili alla caffeina.

Il caffè decaffeinato

La fase di decaffeinizzazione, qualunque sia il sistema scelto, avviene prima della tostatura e riduce il contenuto di caffeina a meno del 5%.
Per decaffeinare il caffè esistono differenti procedimenti, con composti di cui comunque non rimane traccia.

L'assunzione di caffè decaffeinato è collegata all'aumento del colesterolo "cattivo" (LDL) e va quindi vista come fattore di rischio per l'apparato cardiovascolare?

- Il dubbio è sorto da uno studio sperimentale su soggetti che avevano assunto alte dosi di decaffeinato e che presentavano una maggiore concentrazione nel sangue degli acidi grassi liberi e della apolipoproteina B, una proteina associata alle LDL, cioè il cosiddetto «colesterolo cattivo».

- Una valutazione opposta emerge da una rassegna su otto studi effettuata nel 2001 e pubblicata su una delle principali riviste di epidemiologia. Questa concludeva negando qualunque differenza fra caffè normale e decaffeinato per quanto riguarda gli effetti sulla colesterolemia (sia sui valori del colesterolo "buono" HDL o "cattivo" LDL) e sulla trigliceridemia.

Rapporto tra caffeina e pressione arteriosa

- Un moderato consumo di caffè da parte dei soggetti sani non sembra incrementare la pressione arteriosa.
- Un uso eccessivo in persone già ipertese può aumentare i valori pressori e rendere difficoltoso il controllo dell'ipertensione.

In conclusione

Il piacere di bere una tazzina di caffè può essere mantenuto (massimo 2-3 volte al giorno), senza per questo provocare significative alterazioni cardiovascolari. Se vogliamo limitare gli effetti stimolanti possiamo usare il caffè decaffeinato (per chi apprezza soprattutto il gusto e l'aroma della bevanda).

Quanto sale?

Il sodio ha diverse funzioni nell'organismo: mantiene la pressione osmotica, protegge il corpo dall'eccessiva disidratazione, regola l'eccitabilità muscolare e la permeabilità delle membrane.

Nell'alimentazione umana il sodio viene assunto soprattutto dal cloruro di sodio cioè il normale sale da cucina.

Un grammo di sale da cucina contiene circa 0,4 grammi di sodio, sostanza responsabile del suo sapore.
La quantità di sodio eliminata ogni giorno dal nostro organismo varia da 0,1 a 0,6 grammi (pari a 0,25 - 1,5 grammi di sale), che deve essere reintegrata con l'alimentazione. Quindi le necessità dell'organismo sono largamente coperte dal contenuto di sodio nei cibi, per cui teoricamente non è necessario aggiungere sale agli alimenti che consumiamo.
Il fabbisogno di sodio aumenta soltanto in condizioni di sudorazione estrema e prolungata, come durante un'attività sportiva.

Un recente studio epidemiologico sul consumo di sale nei maggiori Paesi europei e negli Stati Uniti (studio Intersalt) dimostra che l'Italia è, insieme a Portogallo e Spagna, il Paese che ne fa l'uso maggiore: 10-11 grammi in media al giorno (quindi circa 10 volte lo stretto necessario).
Ma anche sostanze innocue come il sale da cucina, se assunto in quantità eccessive, possono essere causa di malattie a carico dell'apparato cardio-vascolare, come ricorda il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 a proposito della Promozione degli stili di vita salutari.
Troppo spesso nella nostra cucina quotidiana per dare sapore alle ricette abbondiamo nell'uso di sale e condimenti, che a lungo andare possono provocare uno stato di ipertensione arteriosa. Non a caso nei Paesi dove si consuma più sodio la prevalenza dell'ipertensione arteriosa è più alta.

- Per trovare un compromesso tra la soddisfazione del palato e la prevenzione dei rischi correlati all'uso eccessivo è stato fissato un limite massimo di consumo giornaliero di **6 grammi di sale** (circa un cucchiaino da caffè), pari a un corrispondente apporto di circa 2,4 grammi di sodio (raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).
- Invece, per chi soffre di ipertensione, insufficienza cardiaca o renale, la riduzione del consumo di sale rappresenta una vera e propria necessità terapeutica.

Le fonti principali di sodio nella alimentazione:

- Il 54 % dell'assunzione totale quotidiana di sodio deriva dai prodotti trasformati e i consumi fuori casa, in cui il sodio è presente sia sotto forma di cloruro di sodio, sia sotto forma di altri sali (glutammato, bicarbonato e così via).

- Il 36 % deriva dal sale da cucina aggiunto nelle preparazioni casalinghe e a tavola.
- Il restante 10% è rappresentato dal sodio naturalmente presente negli alimenti come frutta e verdura.

Il pane e i prodotti da forno, quali crackers, grissini, fette biscottate, biscotti, cereali per la prima colazione, merendine, brioches sono alimenti che comunemente non vengono percepiti come possibili importanti fonti di sale. In realtà l'apporto di sale dato da questi prodotti non è indifferente, se pensiamo che vengono consumati tutti i giorni! Per esempio 100 gr di pane (due panini) contengono mediamente circa 2 gr di sale.

Gli alimenti a maggior contenuto di sodio sono:

- gli insaccati, i formaggi ed il pesce conservato (in assoluto contengono maggiori quantità di sale ma, giornalmente, sono consumati in quantità minori);
- alcuni condimenti utilizzati in sostituzione del sale o in aggiunta a questo (dado da brodo, salsa di soia, ketchup): il loro uso, quindi, dovrebbe essere moderato;
- Il sale è presente in alte quantità anche nel cibo servito nei fast-food, la pizza e gli hamburger (soprattutto se guarniti con salse varie), gli stuzzichini, quali le patatine e i salatini in genere, il cibo in scatola, le salse e i sottaceti, i condimenti già pronti.

Il contenuto di sale della frutta, degli ortaggi e delle bevande in genere (acqua, bibite, bevande alcoliche) è invece minimo.

ALIMENTI	CONTENUTO MEDIO IN SALE (g/100g)
Prodotti da forno	1,61
Cereali	1,28
Prodotti di salumeria	3,39
Formaggi	1,47
Snack salati	1,18
Piatti pronti	1,36
Condimenti e salse	2,16
Pesce (in conserva)	3,86

È buona norma leggere le etichette nutrizionali allegate ai vari alimenti (quando ci sono), per conoscere il contenuto di sodio e poter fare un confronto.

ALIMENTI	CONTENUTO ALTO IN SODIO (g/100g)
Soia salsa	5,7
Minestrone liofilizzato	5,6
Prosciutto crudo	2,4
Pecorino	1,8
Salame nostrano	1,6
Speck	1,5
Salame ungherese	1,5
Salsiccia di suino	1,2
Cotechino	1,1
Aringa marinata	1,0

Il sale dietetico

Contiene meno sodio, in quanto parte del cloruro di sodio è sostituito da cloruro di potassio (per circa 2/3).

Sali iposodici

Il tenore di cloruro di sodio non deve essere superiore al 35%
Esempi: Dietaprogram, Novosal, CIS Gemma dietetico.

Sali asodici

Il tenore massimo tollerabile di sodio, come residuo, è fissato a un valore massimo dello 0,12%.

Come ridurre il consumo di sale?

- È consigliabile ridurre in modo graduale l'apporto di sale, così il nostro palato si adatta con facilità e quindi si può rieducare ad alimenti meno salati.
- In alternativa al sale, si può utilizzare spezie ed erbe aromatiche, succo di limone e aceto, così da conferire aromi particolari al cibo e migliorare le qualità organolettiche.
- Si possono acquistare prodotti preconfezionati a basso contenuto di sale (es. il tonno in scatola con un contenuto in sodio pari al 25% rispetto al prodotto tradizionale).

Sodio e acqua minerale

Il limite di sodio indicato dalla legge per l'acqua potabile è di 20 mg per litro.

In moltissime acque minerali oligominerali il contenuto medio di sodio è inferiore a 10 mg per litro. Quindi, per introdurre solo un quarto di grammo di sodio si deve bere ben 25 litri!!

Risparmiare il sodio dell'acqua minerale è come sperare di diventare ricchi risparmiando un euro al giorno!

Le linee guida consigliano di:

- *Ridurre progressivamente l'uso di sale sia a tavola che in cucina.*
- *Preferire al sale comune il sale arricchito con iodio (sale iodato).*
- *Non aggiungere sale nelle pappe dei bambini, almeno per tutto il primo anno di vita.*
- *Limitare l'uso di condimenti alternativi contenenti sodio (dado da brodo, ketchup, salsa di soia, senape, ecc.)*
- *Insaporire i cibi con erbe aromatiche (come aglio, cipolla, basilico, prezzemolo, rosmarino, salvia, menta, origano, maggiorana, sedano, porro, timo, semi di finocchio) e spezie (come pepe, peperoncino, noce moscata, zafferano, curry).*

- *Esaltare il sapore dei cibi usando succo di limone e aceto.*
- *Scegliere quando sono disponibili, le linee di prodotti a basso contenuto di sale (pane senza sale, tonno in scatola a basso contenuto di sale, ecc.).*
- *Consumare solo saltuariamente alimenti trasformati ricchi di sale (snacks salati, patatine in sacchetto, olive da tavola, alcuni salumi e formaggi).*
- *Nell'attività sportiva moderata reintegrare con la semplice acqua i liquidi perduti attraverso la sudorazione.*

(Tratto da: Istituto Nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione)

Quando guidare l'auto dopo l'evento cardiaco?

Vi è un'ampia evidenza che le condizioni patologiche del guidatore (ad esclusione di quelle correlate con l'alcol) hanno una scarsa incidenza negli incidenti stradali.

Studi eseguiti in Gran Bretagna e Nord America dimostrano che il 95% degli incidenti dipende da errori umani e circa il 5% da problemi del mezzo.

Una ricerca di Herner in Svezia ha mostrato che il malore alla guida come causa di incidente automobilistico incide nell'l per mille dei casi.

Nel 1998 una Task force di cardiologi ha proposto un documento su "cardiopatie e guida dell'auto" proponendo delle linee guida di comportamento.

Viene distinta la guida di mezzi privati (che chiameremo B) e di mezzi pesanti ad uso privato o pubblico e di autoveicoli ad uso professionale (es. Taxi o ambulanze) che chiameremo **C** e **D**

PATOLOGIA	CRITERI DI ESCLUSIONE DALLA GUIDA
Infarto miocardio Angioplastica coronarica By-pass Aorto-Coronarico	**CAT B** **Nessuno, una volta terminata la fase di convalescenza (in genere 4 settimane dopo infarto e by-pass e 1 settimana dopo Angioplastica).** **CAT C e D** **Guida non permessa per almeno 6 mesi dall'evento; poi permessa se asintomatico e non richiede farmaci anti-anginosi. La riconferma della patente è soggetta a regolare valutazione da sforzo.**
Patologia valvolare compresa la chirurgia Cardiaca valvolare	**CAT B** **Nessuno** **CAT C e D** **Solo se persistono sintomi**
Insufficienza cardiaca	**CAT B** **Sintomi a riposo o al volante. La guida è permessa una volta controllati i sintomi.** **CAT C e D** **Sintomi persistenti di insuff. cardiaca. Se asintomatico: rinnovo della patente è permesso se EF angiografica (o equivalenti) > 40%; in caso di assenza di aritmie a rischio e se soddisfatte le richieste di una valutazione da sforzo.**

Driving and heart disease - Task Force Report
European Heart Journal 1998, 19, 1165-1177

Questi criteri valutano il rischio della guida automobilistica in riferimento alla patologia cardiaca presa in esame. Va distinta dall'astensione alla guida richiesta a tutti i pazienti sottoposti all'intervento cardiochirurgico con sternotomia. In questi casi infatti l' astensione (in genere da 4 a 6 settimane dalla data dell'intervento) viene raccomandata per evitare che un possibile impatto traumatico del torace sul volante possa ulteriormente danneggiare lo sterno in cui la ferita chirurgica non è ancora consolidata.

Quali vacanze per il cardiopatico?

Vi proponiamo un decalogo per godersi le vacanze in sicurezza, che prende spunto dai consigli dei professori Prati e Fontanini pubblicati sulla rivista "Cuore e Salute" (2000).

Le vacanze sono una necessità fisica e psicologica, però affinché siano di giovamento debbono essere fatte con ragionevolezza, senza eccessi!

1 Non fatevi prendere dall'euforia delle vacanze

- Non si deve far tutto il primo giorno.
- In montagna, al mare o in campagna, qualunque sia l'attività preferita, fatela sempre con gradualità.
- Ad una certa età e dopo lunghi periodi di inattività, non si possono fare escursioni, lunghe nuotate, riprendere sport abbandonati senza adeguata preparazione.
- Chi si è accorto che i jeans o i pantaloncini dell'estate precedente sono diventati stretti in cintura, non si riproponga di perdere in pochi giorni i chili accumulati intensificando l'attività sportiva: per perdere peso, più del moto, sono indispensabili adeguate restrizioni dietetiche.
- È sconsigliabile eccedere nel voler gustare tutte le specialità gastronomiche delle varie regioni. I continui cambiamenti di dieta affaticano l'apparato digerente e possono provocare disturbi.

2 Viaggiate senza fretta

- È sconsigliabile per tutti programmare viaggi con tappe obbligate imponendosi di visitare il maggior numero possibile di località, viaggiando magari anche durante la notte. Meglio scegliere una sede gradita e in quella trascorrere tutto il periodo della vacanza.
- Coloro che a settembre raccontano entusiasti ciò che hanno visto e fatto nel recente viaggio di tremila chilometri, non hanno fatto una vacanza.

- Le ferie possono costituire anche un'occasione culturale, ma non devono mai essere una fatica a causa di lunghi tragitti in strade dal traffico intenso, attese snervanti per gli imbarchi e spostamenti affaticanti.

3 Evitate le località prive di adeguata assistenza medica

- Coloro che hanno avuto problemi cardiaci debbono sempre informarsi preventivamente sulle possibilità di assistenza che troveranno nel luogo prescelto per la vacanza.
- Portare un telefono cellulare è una buona norma; informarsi sulle zone in cui il servizio è attivo ed evitare le aree scoperte (soprattutto in montagna).

4 Portate un elettrocardiogramma recente e la documentazione medica

- È opportuno portare sempre con sé la documentazione medica, una copia di un ECG recente e l'elenco preciso delle medicine che si sta assumendo.
- Farsi prescrivere tutti i farmaci necessari, sia per le cure di mantenimento sia per eventuali emergenze. Portare con sé la copia della prescrizione in modo da poterla mostrare al medico di cui si può aver bisogno durante la vacanza.
- È preferibile anche portare con sé le medicine per evitare il rischio, nel caso che la farmacia ne sia sprovvista, di interrompere anche per breve tempo le cure.
- La precauzione diviene ancor più importante nel caso di vacanze all'estero dove le medicine hanno nomi diversi.

5 Scegliete il mezzo di trasporto più adatto a voi

Poiché la maggioranza delle persone va in vacanza in automobile, riportiamo una serie di consigli utili per il cardiopatico al volante:

1. Mettetevi al volante solo se vi sentite bene.
2. Limitate sempre la velocità e fate tappe non più lunghe di 150-200 km.
3. Evitate le strade con traffico congestionato.
4. Tenete nel cruscotto le medicine consigliate per le emergenze.
5. Non guidate sotto l'effetto di medicine che diano sonnolenza.
6. Fate pasti leggeri escludendo gli alcolici.
7. Non spingete la macchina in caso di guasto, non cambiate le gomme, non caricate e scaricate i bagagli più pesanti.
8. Non fate viaggi lunghi da soli; fatevi accompagnare da qualcuno che possa darvi il cambio alla guida.
9. Fermatevi sul bordo della strada se avvertite qualche disturbo riferibile al cuore.
10. Non guidate se vi sentite stanchi.

- L'ideale sarebbe usare l'auto il meno possibile, meglio riscoprire la bicicletta: a pochi chilometri dalla località di villeggiatura prescelta possiamo scoprire ignorate bellezze paesaggistiche o artistiche.
- L'aereo non comporta pericoli perché, grazie alla pressurizzazione, non ci si discosta dalla pressione che si ha a mille metri di quota.

  Se non si è abituati al volo e questo induce ansia/paura, può essere utile assumere, 1-2 ore prima del decollo, un ansiolitico (prescritto dal medico curante).

6 Non fate imprudenze in stazione

- Il trasporto delle valige, le corse per paura di perdere il treno, sono cause non rare di scatenamento di attacchi cardiaci e debbono essere assolutamente evitati: sarebbe il modo peggiore di iniziare le vacanze.
- L'ammalato di cuore deve scegliere treni nei quali è possibile prenotare il posto ed evitare le giornate di ressa; se viaggia di notte il letto è indispensabile. Anche al vagone ristorante pasti leggeri e ben digeribili.

7 Non date ascolto alle cure miracolose del vicino di ombrellone

Può accadere che due ammalati di cuore si ritrovino vicini d'ombrellone. Molti ammalati si considerano dei grandi esperti di Cardiologia: ostentano grandi nozioni sulle cause di cardiopatia e soprattutto sui mezzi di cura.

- Anche se trovate molte analogie fra i vostri disturbi e quelli del vicino e anche se questi riferisce di averli eliminati grazie ad un farmaco che vi consiglia con calore, non accettate suggerimenti.
- Seguendo le sollecitazioni e i consigli del vicino rischiereste assai probabili peggioramenti. Meglio parlare d'altro.

8 Evitate la cura del sole e l'uso eccessivo dell'aria condizionata

- La tintarella non fa bene, neppure alla pelle, anche se migliora l'aspetto. Con l'esposizione al sole non si deve scherzare; il caldo immagazzinato dal corpo fa salire la pressione, fa battere il cuore svelto, non giova alla circolazione delle gambe.
- Evitare anche l'uso esagerato dell'aria condizionata; bastano pochi gradi di meno rispetto all'esterno e la riduzione dell'umidità per indurre uno stato di benessere.

9 Precauzioni per l'esposizione al freddo

- Le vacanze sulla neve non devono far dimenticare che il passaggio rapido dal caldo al freddo è un nemico per il cuore. Il passaggio dalla abitazione all'esterno deve avvenire in modo graduale, lasciando il tempo di una adeguata acclimatazione.
- Vestirsi adeguatamente! Una sciarpa può essere utile per evitare di respirare aria troppo fredda.

10 Evitate le tentazioni del marito solo in città

- Gli ammonimenti a questo proposito sono assai numerosi, ad elencarli tutti si rischierebbe di divenire noiosi.
- È vero che molte mogli di ammalati di cuore eccedono nel ruolo tutelare trasformandosi spesso in fastidiosi controllori, ma è anche vero che molti mariti, liberati da ogni sorveglianza, rischiano di commettere pericolose imprudenze.
- Ricordiamo solo quelle innocenti: le cene troppo ricche, la partita di carte che si protrae per gran parte della notte, le sfide sportive fra colleghi o fra scapoli e ammogliati.

Che ruolo hanno i fattori psicologici e sociali?

Diversi fattori sociali influenzano l'aterosclerosi coronarica ma non è noto se la relazione sia proprio di tipo causale.
Storicamente la malattia coronarica aveva colpito maggiormente i gruppi socio economici più ricchi, ma nel proseguio tale tendenza è andata invertendosi.
Nei paesi in via di sviluppo colpisce maggiormente le classi abbienti.
A livello popolare si ritiene che lo stress rappresenti un potente fattore di rischio Coronarico anche se le dimostrazioni di questa relazione non sono globalmente accettate.
È noto fin dagli inizi del secolo scorso che il paziente con coronaropatia aveva "il cuore che va sempre al massimo" (Osler 1910) ritenendo che l'ansia causasse la tachicardia e questa favorisse la malattia coronarica.
È dimostrato che lo stress mentale può causare sia episodi di ischemia miocardica che aritmie potenzialmente fatali.
L'atteggiamento più sfavorevole e che più si correla con la malattia coronarica è quello definito come personalità di tipo A, cioè un profilo di ostilità nei confronti di chi sta vicino, iperaggressività, senso di fretta cronica.

È certo invece che la depressione aumenta in modo significativo il rischio di sviluppare malattia coronarica.
Il depresso ha una probabilità 4 volte superiore rispetto al non depresso di sviluppare cardiopatia ischemica a 10 anni. Secondo Pratt il peso della depressione è analogo a quello della ipercolesterolemia.

Molti depressi vivono una situazione di ipereccitazione (stato ansioso-depressivo) che determina un incremento della adrenalina circolante con il rischio di indurre ischemia o aritmie.
Il depresso inoltre tende ad isolarsi, ad avere un minor sostegno dalla società e ad avere una minor attenzione nel confronto degli altri fattori di rischio.
Il paziente depresso presenta inoltre statisticamente un indice di riammissione ospedaliera e di ricorso a controlli ambulatoriali decisamente superiore rispetto al non depresso. Inoltre per i pazienti inviati a rivascolarizzazione chirurgica la depressione aumenta il rischio chirurgico del paziente.

Come fare l'automisurazione della pressione arteriosa?

La vostra pressione arteriosa misurata nell'ambulatorio del medico curante risulta più elevata di quella abituale? Il vostro medico può avervi dato il consiglio di misurare autonomamente la pressione arteriosa. In ogni caso l'auto misurazione della P.A. contribuirà a stabilire il vero valore pressorio e aiuterà anche il medico nella diagnosi di ipertensione arteriosa e nel prevenire le potenziali complicanze collegate.

A questo punto per misurare la pressione arteriosa avete bisogno di uno sfigmomanometro: quale scegliere?

L'apparecchio è costituito da un bracciale e da un sistema di registrazione. Alcuni metodi richiedono uno stetoscopio, altri apparecchi contengono tutto in una sola unità.

Ci sono tre tipi di misuratori: a mercurio, ad aneroide, automatici.

Recentemente il sistema a mercurio non è più consigliato come quello di prima scelta per il potenziale rischio che un uso domiciliare del mercurio comporta. Inoltre è poco maneggevole per un utilizzo autonomo.

I manometri ad aneroide hanno il vantaggio della facile trasportabilità ma anche alcuni importanti svantaggi: sono meno accurati, funzionano con un complesso e delicato meccanismo e richiedono una calibrazione periodica (ogni 6-12 mesi).

I manometri automatici contengono tutto in una sola unità, non richiedono stetoscopio, minimizzano l'errore umano e sono pratici per coloro i quali abbiano problemi di udito o di vista. Il bracciale può essere applicato al braccio oppure al polso. Gli svantaggi sono costituiti dai movimenti del corpo che riducono l'accuratezza e dal posizionamento del bracciale, specialmente per il bracciale a polso. I manometri automatici con bracciale a polso possono presentare errori sistematici di rilevazione per errore dovuto alla differenza di posizione fra il polso e il cuore. Inoltre non abbiamo ancora in commercio apparecchi a

polso validati rispetto ai criteri di riferimento in campo internazionale e perciò allo stato attuale non possono essere consigliati per una misurazione sicuramente affidabile.
In ogni caso scegliete solo strumenti che siano stati validati in base ai criteri accettati in campo medico (AAMI: Association for the Advancement of Medical Instrumentation e BHS: British Hypertension Society).
A questo punto prendetevela comoda per procedere ad una accurata misurazione della vostra pressione arteriosa, seguendo alcune regole facili ma fondamentali per ottenere il valore corretto.

- Misurate la P.A. seduti in una stanza tranquilla senza aver fumato prima, ne bevuto alcol e solo dopo alcuni minuti di riposo.
- Usate un bracciale di dimensioni adeguate al braccio (le dimensioni standard di un bracciale sono 12 x 35 cm) per le persone obese aumentare le dimensioni rispetto lo standard mentre per i bambini e soggetti molto magri le dimensioni del bracciale vanno ridotte.
- Liberate il braccio dagli indumenti che lo ricoprano dove deve essere applicato il bracciale ma anche dagli indumenti che stringano a monte.
- Ponete il bracciale attorno al braccio in modo non molto stretto ma aderente. Non deve rimanere spazio tra il bracciale e il braccio.
- Il bordo inferiore del bracciale viene posto a 2 cm sopra la piega del gomito.
- Ponetevi in posizione seduta con la schiena appoggiata alla sedia e il braccio sostenuto dal tavolo, il corpo a fianco del tavolo e non di fronte, con le gambe non accavallate. In pratica non ci devono essere tensioni muscolari mentre si misura la pressione arteriosa.
- Il braccio viene posto a livello del cuore, a prescindere dalla vostra posizione.
- Non dovreste parlare o discutere con le persone presenti mentre misurate la P.A.
- È preferibile misurare la pressione due volte a distanza di 1 minuto, o meglio tre volte annotando la media delle ultime due rilevazioni. Tenete un diario della vostra P.A.: è più efficace che mantenerla a memoria.

A questo punto avete ottenuto una misurazione sicuramente affidabile.
Ma qual è la pressione arteriosa normale al vostro domicilio? Sappiate che la P.A. normale dal medico curante potrebbe non essere ugualmente normale al vostro domicilio.
Ecco i valori soglia riconosciuti come superiori alla norma campo medico e nelle varie situazioni:

- *P.A. "clinica" (nell'ambulatorio del medico): 140/90 mmHg;*
- *P.A. con metodo Holter (media delle 24 ore): 125/80 mmHg;*
- *P.A. domiciliare (auto misurata): 135/85 mmHg.*

Infine un consiglio pratico su quale sia il momento migliore della giornata per un controllo della P.A. Misuratela a distanza dall'assunzione della terapia farmacologia se ne state già assumendo una: al mattino prima di assumerla e nel tardo pomeriggio, per verificare l'effettiva copertura farmacologica nel corso della giornata.
Una volta stabilità l'efficacia sui valori pressori della terapia assunta non è necessario, ed anzi potrebbe essere controproducente, misurare molto frequentemente e in modo compulsivo la P.A.
Se avete dei dubbi, non è consigliabile prendere iniziative spontanee ma parlatene sempre con il vostro medico o con il vostro specialista cardiologo.

Per informazioni:

Cardiologia Riabilitativa dell'Azienda Goriziana - tel. 0481.592389
Cardiologia Riabilitativa di Sacile, Pordenone - tel. 0434.736401
Cardiologia Riabilitativa di Trieste - tel. 040.3992248
Cardiologia Riabilitativa di Udine - tel. 0432.553421

IN QUESTA COLLANA

- ♥ "Il Semaforo del Cuore", per una sana alimentazione
- ♥ "Alcuni consigli per gli ipertesi"
- ♥ Due agendine mediche per
  - il controllo della pressione arteriosa
  - il controllo di colesterolo e trigliceridi
- ♥ Due miniguide
  - "La pressione arteriosa"
  - "Colesterolo e trigliceridi"
- ♥ "La pressione arteriosa, come misurarla correttamente"
- ♥ "Cardiopatia e attività fisica"una miniguida dedicata a chi ha già avuto problemi di cuore

REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

LE SEGUENTI ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO IN AMBITO CARDIOVASCOLARE SONO PARTNER ATTIVI DELL'AZIONE "GENTE DI CUORE"

Lega Friulana per il Cuore Udine
Presidente Cav. Fausto Borghi

Associazione Provinciale Amici del Cuore "D. Zanuttini" Pordenone
Presidente Cav. Renato Battiston

Amici del Cuore Trieste Per il Progresso Della Cardiologia
Presidente Comm. Primo Rovis

Cuore Amico - Gorizia
Presidente Dr. Mario Spanghero

Sweet Heart Trieste
Presidente Dr. Dario Gobbo

Cardio Club - Monfalcone
Presidente Sig. Sandro Coppo

Associazione Cuore Amico - Muggia
Presidente Sig. Giorgio Mauro

Insieme per la vostra salute