

Program educațional sponsorizat de:

Terapia | RANBAXY



Pentru o inimă sănătoasă. Angina

© 2008 Toate drepturile sunt rezervate Societății Române de Cardiologie.

Societatea Română de Cardiologie

Str. Avrig nr. 63, sector 2 - București
Tel.: 021/250.01.00, 021/250.50.86,
021/250.50.87; Fax: 021/250.01.00

www.cardioportal.ro

ISBN 978-973-0-05486-6

Pentru o inimă sănătoasă

Program educațional al Societății Române de Cardiologie



ANGINA



Autor:
Prof. Dr. Maria Dorobanțu

Cuprins

1. În loc de introducere	X
2. Ce este cardiopatia ischemică?	X
3. Ce este ateroscleroza?	X
3.1 Care sunt factorii de risc pentru ateroscleroză?	xx
3.1.1 Factori de risc majori, nemodificabili	xx
3.1.2 Factori de risc majori, modificabili prin schimbarea stilului de viață sau cu medicamente	xx
3.2 Ce trebuie să faceți?	xx
4. Ce investigații sunt necesare?	xx
4.1 Care sunt simptomele care trebuie să vă alarmeze și pentru care să cereți un consult imediat?	xx
4.2 Care sunt investigațiile cele mai utilizate pentru diagnosticul cardiopatiei ischemice?	xx
4.3 Ce este coronarografia?	xx
5. Ce tratament trebuie urmat?	xx
6. În loc de concluzii	xx

Coperta 3

Coordonator program:
Prof. Dr. Dragoș Vinereanu

ISBN 978-973-0-05486-6

1. În loc de introducere

Dacă citiți această broșură, probabil că dumneavoastră sau cineva apropiat suferiți de **cardiopatie ischemică** sau **ați trecut printr-un infarct**. Sunteți probabil îngrijorat, vă temeți de ce vă rezervă viitorul și nu știți exact ce ar trebui să faceți:

- când este cazul să vă prezentați la un control medical?
- ce investigații sunt necesare?
- ce tratament trebuie urmat?
- cum puteți reduce riscul de îmbolnăvire sau de complicații datorate bolii?
- vă puteți desfășura o viață normală și activă?

Broșura de față vă propune sfaturi practice, care să vă ajute să răspundeți la toate aceste întrebări și să vă controlați starea de sănătate.

2. Ce este cardiopatia ischemică?

Cardiopatia ischemică sau **boala coronariană ischemică** este afecțiunea determinată de modificările vaselor care irigă mușchiul cardiac, numite arterele coronare, de obicei printr-un proces de ateroscleroză care determină îngustarea lor. Consecința este reprezentată de reducerea fluxului de sânge și a aportului de oxigen la nivelul miocardului (mușchiului cardiac). Miocardul este un organ care nu își poate desfășura activitatea decât în prezența unui aport adecvat de oxigen, iar în lipsa acestuia se produc modificări la nivelul celulelor, ce pot merge până la moartea acestora.

Când arterele care irigă inima sunt îngustate (stenozate), se produce o irigare insuficientă a mușchiului inimii (numită ischemie), care se exprimă de regulă prin durere de piept (angină pectorală) (**figura 1**). În cazul în care aceasta este severă și persistentă se produce moartea celulelor miocardice (necroza), adică un infarct de miocard. Există situația intermediară a unor episoade prelungite de durere de piept care nu conduc la infarct, dar care pot să evolueze

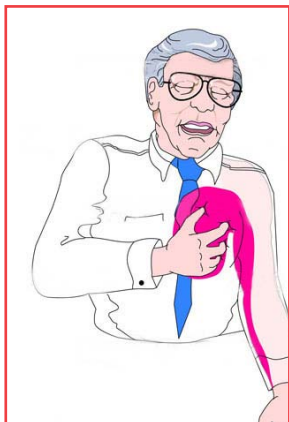


Figura 1 — Ce este angina pectorală?

Angina pectorală se definește ca o durere de piept, care apare în spatele sternului (retrosternală) și care poate merge în gât, mandibulă, umeri, spate sau brațe, apărută de obicei la efort sau emoție și care dispare în repaus sau la administrarea de nitroglicerină.

către acesta în absența tratamentului, pentru care termenii folosiți sunt de “angină instabilă” sau “sindrom coronarian acut” sau “pre-infarct”.

Angina este forma cea mai frecventă de cardiopatie ischemică, dar trebuie să știți că există și forme nedureroase, cum se întâmplă frecvent la pacienții diabetici, la care poate să apară doar îngreunarea respirației, oboseală sau palpitații. Aceste forme nedureroase, pe care medicii le numesc “ischemie silențioasă”, trebuie recunoscute la timp și tratate ca și celelalte.

Cauza cea mai frecventă a anginei pectorale este ateroscleroza arterelor coronare care determină îngustări (stenoze) ale acestora. Există, însă, și situații în care ischemia miocardică și angina pot apărea în absența stenozelor arterelor inimii (coronarelor), cum se întâmplă în anumite boli cardiace cum sunt stenoza aortică sau cardiomiopatia hipertrofică, în cazul în care purtați un astfel de diagnostic.

3. Ce este ateroscleroza?

Ateroscleroza reprezintă îngroșarea pereților arterelor prin depuneri de grăsimi (colesterol), cu îngustarea calibrului acestor vase (stenoze) și reducerea fluxului sangvin prin acestea. Dacă un cheag de sânge se formează în interiorul sau pe suprafața plăcii de aterom, artera se blochează și apare infarctul miocardic sau accidentul vascular cerebral.

Obstrucția parțială a unei artere coronare produce un episod de angină instabilă, iar obstrucția totală conduce la infarct de miocard. Trebuie să știți că **10% din cazurile de angină instabilă pot evolua către infarct în absența tratamentului**, ceea ce înseamnă că cheagul de sânge, inițial neobstructiv, devine ocluziv și astupă complet vasul, împiedicând sângele să mai treacă. Angina instabilă și infarctul de miocard intră în ceea ce medicii numesc sindroame coronariene acute.

Procesul aterosclerotic se poate localiza la nivelul:

- arterelor coronare, producând ischemie miocardică (angină, infarct miocardic);
- arterelor carotide și cerebrale, producând accidente vasculare cerebrale;
- arterelor care irigă membrele inferioare, producând dureri cu caracter de crampă la nivelul gambelor ce apar de obicei la mers, dar în cazurile severe și în repaus, putând merge până la gangrenă ischemică urmată de amputație.

Procesul de ateroscleroză nu este doar un proces de îmbătrânire a vaselor, ci poate fi influențat prin tratament. Principalul tratament constă în combaterea factorilor de risc.

3.1 Care sunt factorii de risc pentru ateroscleroză?

Un factor de risc este acel obicei/afecțiune care va crește șansele să vă îmbolnăviți de ateroscleroză, manifestată cel mai adesea sub formă de cardiopatie ischemică cu forma ei cea mai gravă, infarctul miocardic.

Nivelul crescut de colesterol este unul dintre cei mai importanți factori de risc cardiovasculari. Pentru informații suplimentare vă recomandăm să citiți broșura “Colesterolul”. Alți factori de risc importanți sunt:

3.1.1 Factori de risc majori, nemodificabili

Vârsta înaintată: 83% din persoanele care mor prin boală cardiacă au peste 65 de ani.

Sexul masculin: bărbații au risc de infarct mai mare decât femeile. Riscul de infarct crește mult la femeile după menopauză, din cauza modificărilor hormonale care apar.

Ereditatea: copiii ai căror părinți sau bunici au avut boli de inimă sunt mai predispuși la rândul lor pentru asemenea boli.

3.1.2 Factori de risc majori, modificabili prin schimbarea stilului de viață sau cu medicamente

Fumatul: fumătorii au risc să moară prin boli de inimă de 2-3 ori mai mare decât nefumătorii. Fumatul crește foarte mult riscul de cardiopatie ischemică atunci când se adaugă altor factori de risc pe care îi mai aveți. De asemenea, trebuie să luați în considerare că și fumatul pasiv este dăunător.

Hipertensiunea arterială: cu cât valorile tensiunii arteriale sunt mai mari, cu atât munca inimii este mai mare și crește riscul de infarct, accidente vasculare cerebrale, insuficiență renală, insuficiență cardiacă.

Diabetul zaharat: reprezintă unul din cei mai de temut factori de risc cardiovasculari. Chiar și atunci când valorile glicemiei sunt menținute în limite normale (prin dietă/medicamente), diabetul zaharat crește riscul de apariție a bolii coronariene și a accidentului vascular cerebral. De aceea, este obligatoriu să vă sfătuiți în permanență cu medicul dumneavoastră pentru a vă controla cât mai bine posibil atât diabetul zaharat, cât și ceilalți factori de risc pe care îi aveți.

Efort fizic limitat (**sedentarismul**): stilul de viață din care lipsește mișcarea fizică dăunează inimii.


Obezitatea, în special cea abdominală (evaluată prin măsurarea taliei): crește riscul de boală de inimă și accidente vasculare cerebrale, chiar în absența altor factori de risc asociați. Obezitatea duce la creșterea colesterolului, tensiunii arteriale și favorizează apariția diabetului zaharat.

Factorii psihosociale, în special **stresul cronic**: reprezintă de asemenea un factor de risc important, în special pentru infarctul miocardic.

Alcoolul în cantitate mare: contribuie și el la creșterea riscului de boli cardiovasculare, prin creșterea trigliceridelor, obezitate, precum și prin afectarea mușchiului inimii. De asemenea, favorizează apariția accidentelor vasculare cerebrale, bolilor hepatice grave, unor forme de cancer, suicid. Cu toate acestea, alcoolul în cantități mici (1 pahar de vin) are efecte favorabile asupra inimii, constând, în special, în creșterea nivelului de HDL-colesterol (colesterolul bun) din sânge.

Este foarte important să rețineți că riscul dumneavoastră de a dezvolta o boală de inimă este cu atât mai mare cu cât aveți mai mulți factori de risc din cei enumerați mai sus!

3.2 Ce trebuie să faceți?

<p>Sunteți fumător(oare)?</p> 	<p>Întrerupeți imediat fumatul și nu stați într-un mediu de fumători.</p>
---	---

<p>Sunteți hipertensiv(ă)?</p> 	<p>Respectați regimul fără sare.</p> <p>Nu faceți eforturi fizice susținute, mai ales nu ridicați sau cărați greutate, dar în schimb se recomandă mersul pe jos cel puțin 30-40 minute pe zi.</p> <p>Prezentați-vă la medic pentru evaluare și stabilirea tratamentului medicamentos.</p>
<p>Sunteți supraponderal(ă)?</p> 	<p>Stabiliți-vă o dietă sănătoasă, cu scăderea numărului de calorii, consumați fructe, legume, cereale care conțin multe elemente nutritive, dar puține grăsimi și calorii și nu consumați produse animale și dulciuri.</p> <p>Efectuați activitate zilnică regulată.</p> <p>Cereți sfatul unui medic nutriționist dacă rezultatele nu sunt multumitoare.</p>
<p>Sunteți diabetic(ă)?</p> 	<p>Consultați un medic diabetolog pentru stabilirea dietei și a medicamentelor necesare, pe care să le luați permanent.</p> <p>Evaluați-vă periodic glicemia, hemoglobina glicozilată, colesterolul, trigliceridele.</p> <p>Efectuați zilnic mișcare, în limita toleranței individuale.</p>

<p>Sunteți dislipidemic(ă)?</p> 	<p>Respectați un regim sărac în grăsimi animale (carne de porc, grăsimi, unt, smântână, frișcă, ouă), bogat în fibre vegetale; consumați cel puțin două mese de pește pe săptămână.</p> <p>Adresați-vă medicului pentru prescrierea unui tratament care să reducă colesterolul.</p>
<p>Sunteți sedentar(ă)?</p> 	<p>Începeți un program de activitate fizică progresivă, eventual sub supraveghere în cazul în care ați suferit un infarct de miocard sau prezentați simptome de insuficiență cardiacă.</p>
<p>Sunteți stresat(ă)?</p> 	<p>Îndepărtați pe cât posibil situațiile stresante, bucurați-vă de activități recreative (de preferat cele care implică și mișcare), cereți ajutor de specialitate (psiholog, psihoterapeut), solicitați eventual reducerea programului de lucru sau schimbarea locului de muncă.</p>

4. Ce investigații sunt necesare?

Diagnosticul anginei de piept (anginei pectorale) implică examinarea clinică, teste de laborator și investigații cardiace specifice, care permit confirmarea diagnosticului și stabilirea unui tratament.

4.1 Care sunt simptomele care trebuie să vă alarmeze și pentru care să cereți un consult imediat?

Durerea generată de angina pectorală este localizată, de regulă, în piept, în spatele sternului, dar poate fi resimțită în orice regiune din epigastru până în mandibulă și dinți, în spate, umeri sau în brațe până la degete (figura 1). Puteți simți o presiune, apăsare, greutate, strangulare sau arsură, iar disconfortul pe care îl simțiți se poate însoți de dificultate în respirație, slăbiciune, greață, neliniște, oboseală, palpitații. Durata disconfortului este scurtă, nu mai mult de 10 minute în majoritatea cazurilor, și apare în mod tipic la efort, stres sau după mese copioase, dispărând în repaus sau după administrarea de nitroglicerină sub limbă.

Dacă durerile anginoase apar în repaus și nu răspund sau cedează parțial la nitroglicerină, solicitați ambulanța de urgență sau adresați-vă celui mai apropiat spital. Administrați tablete de nitroglicerină la 5 minute interval (maximum 3) și mestecați o jumătate de tabletă de Aspirină. Nu uitați să-i spuneți medicului ce medicamente ați luat.

Dacă sunteți diabetic, durerea toracică poate lipsi și sunt prezente doar oboseala, îngreunarea respirației, neliniște, greață. Orice schimbare în starea dumneavoastră generală trebuie să vă alarmeze și să solicitați ambulanța și efectuarea unei electrocardiogramme. **Nu amânați prezentarea și nu vă tratați singur!**

Dacă sunteți tânăr, s-ar putea să nu vă simțiți vizat de această boală, ceea ce este greșit, întrucât vârsta de infarct a scăzut, iar cazurile la tineri de 30-40 de ani și chiar sub 30 de ani au crescut îngrijorător. **Trebuie să știți că la tineri fumatul este cel mai important factor de risc.**

Dacă durerile anginoase apar doar la efort și cedează la nitroglicerină sau repaus, medicul vă va face inițial o electrocardiogramă. Aceasta poate arăta semne de suferință a mușchiului inimii sau prezența unui infarct vechi, dar poate fi și normală. **O electrocardiogramă normală nu exclude diagnosticul de cardiopatie ischemică**, fiind necesare investigații suplimentare, cum sunt testul de efort și ecocardiografia.

4.2 Care sunt investigațiile cele mai utilizate pentru diagnosticul cardiopatiei ischemice?

Testul de efort se poate efectua numai de către medic, atât în spital, cât și ambulator. El constă în a merge pe un covor rulant care își crește progresiv viteza de rulare sau în a pedala la bicicletă. În timpul efortului vi se înregistrează continuu electrocardiograma și vi se monitorizează tensiunea arterială. Testul urmărește să reproducă durerea pe care dumneavoastră o acuzați la efort. În cazul în care apare durerea sau apar modificări pe electrocardiogramă, testul este considerat pozitiv și vi se va recomanda efectuarea unei coronarografii.

Există situații în care nu puteți efectua testul de efort, de exemplu, dacă aveți arterită sau pareză, dacă sunteți un mare hipertensiv sau dacă prezentați pe electrocardiograma de repaus modificări care fac testul neinterpretabil (cum ar fi blocul major de ramură stângă). Pentru aceste situații există alte teste, cum ar fi ecocardiografia sau scintigrafia de stres, în care se vizualizează mișcarea inimii după injectarea unei substanțe care face ca această să bată mai repede și să reproducă astfel efortul fizic. **Decizia selectării investigațiilor aparține medicului.**

O altă investigație importantă, care ar putea să fie recomandată de către medicul dumneavoastră, este ecografia cardiacă. Aceasta constă în explorarea cu ultrasunete a inimii și poate pune în evidență modificări structurale, cum ar fi boli ale valvelor sau îngroșarea

pereteților inimii, sau modificări ale funcției inimii, cum ar fi mișcarea anormală a pereteților (numită tulburare de cinetică). Totodată, se va face o apreciere globală a funcției de pompă a inimii care, dacă este afectată, va determina apariția semnelor și simptomelor de insuficiență cardiacă (dificultate în respirație, oboseală, edeme).

De regulă, angina de efort (numită și stabilă) nu necesită internarea, investigațiile menționate efectuându-se ambulator. Dacă, însă, au apărut modificări în apariția durerilor anginoase, în sensul creșterii duratei sau frecvenței acestora sau apariția lor la un grad mai mic de efort, internarea devine necesară, iar efectuarea testelor menționate se va face în spital. Același lucru se va întâmpla dacă electrocardiograma efectuată în cabinetul medical sau la camera de gardă prezintă modificări, sau dacă prezența anginei severe, care nu răspunde la tratamentul administrat.

4.3 Ce este coronarografia?

Coronarografia este o metodă de diagnostic care constă în introducerea unui tub foarte subțire, de cca 2 mm, numit cateter, prin artera femurală (artera principală a membrului inferior), până la nivelul arterelor inimii (coronare), cu injectarea unei substanțe de contrast care permite vizualizarea directă a acestora (figura 2). Coronarografia se face cu anestezie locală, dumneavoastră fiind treaz și putând discuta cu medicul în timpul procedurii.

Coronarografia este o metodă invazivă și comportă unele riscuri, dintre care unele importante. Din fericire, riscurile majore (deces, infarct miocardic sau accident vascular cerebral survenite în timpul procedurii) sunt rare, sub 1/1000 de cazuri. Alte riscuri mai mici, dar care pot fi neplăcute, constau în sângerarea la locul de puncție, apariția unei vânătăi sau a unui hematom local. De altfel, înainte de procedură, vi se vor explica riscurile și beneficiile intervenției și veți semna un formular de consimțământ.

Coronarografia se poate completa cu angioplastie, adică cu dilatarea prin umflarea unui balon la nivelul leziunii care îngustează

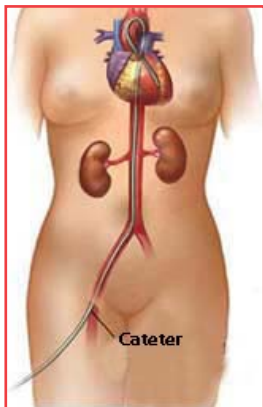


Figura 2 — Ce este coronarografia?

Coronarografia este o metodă de diagnostic care constă în introducerea unui tub foarte subțire, de cca 2 mm, numit cateter, prin artera femurală până la nivelul arterelor inimii (coronare), cu injectarea unei substanțe de contrast care permite vizualizarea directă a acestora. Coronarografia se face cu anestezie locală, dumneavoastră fiind treaz și putând discuta cu medicul în timpul procedurii.

vasul, urmată de implantarea unui tub metalic care să mențină vasul deschis (numit stent). Uneori, vasele sunt afectate în mai multe locuri și/sau sever îngustate și nu permit această intervenție de dilatare. În aceste condiții, este posibil să vi se pună în vedere că soluția de care puteți beneficia este cea chirurgicală, de by-pass aorto-coronarian.

Dacă ați avut un prim infarct necompliat și la coronarografie s-a depistat o singură leziune care a fost dilatată, prognosticul dumneavoastră este foarte bun cu condiția să întrerupeți fumatul și să vă controlați prin dietă și medicamente ceilalți factori de risc pe care îi aveți (vezi capitolul 3.2).

5. Ce tratament trebuie urmat?

Există mai multe categorii de medicamente care s-ar putea să vă fie recomandate în această boală, în funcție de severitatea bolii, factorii de risc pe care îi aveți, precum și răspunsul la tratament.

Nitrații acționează prin dilatarea arterelor coronare, fiind de două categorii:

- Nitroglicerina (tablete sublinguale sau spray) este folosită pentru calmarea atacului de angină de piept; se administrează sub limbă (nu se înghite) și se așteaptă câteva minute până la dizolvarea completă.
- Nitrații cu acțiune prelungită, retard (izosorbid mononitrat sau dinitrat), se administrează pe cale orală (se înghit) la pacienții care fac accese frecvente de angină pectorală.

Antiagregantele plachetare, dintre care cel mai utilizat este aspirina, acționează prin împiedicarea formării de cheaguri în vasele coronare, reprezentând un tratament esențial și permanent al anginei pectorale. Aspirina pentru cardiaci se administrează în doză mică (75-100 mg/zi), de obicei pe stomacul plin. Există însă și preparate care se dizolvă în intestin și care sunt mai bine tolerate, în special de pacienții cu sensibilitate gastrică. Chiar și în această doză, administrarea de aspirină poate avea reacții adverse, dintre care cele mai importante sunt riscul de sângerare și reacțiile alergice. Pentru prevenirea acestora, medicul dumneavoastră trebuie să știe dacă sunteți alergic la aspirină sau dacă ați avut ulcer gastric/duodenal. **Astfel, medicul dumneavoastră va stabili riscul și beneficiul în funcție de patologia asociată.**

Beta-blocantele (metoprolol, bisoprolol, betaxolol, carvedilol, etc) sunt medicamente esențiale în tratamentul anginei pectorale. Acționează prin scăderea frecvenței bătăilor cardiace și a consumului de oxigen al mușchiului inimii. Sunt de obicei indicate la majoritatea pacienților cu angină sau care au avut un infarct de miocard, care nu prezintă contraindicații cum ar fi astm bronșic, bradicardie sau tulburări de conducere, boală arterială a vaselor periferice. În timpul tratamentului este important ca pacientul să-și urmărească frecvența cardiacă, care nu trebuie să scadă sub 50 de bătăi/minut în condiții de repaus (situație în care trebuie să vă anunțați

medicul). **Foarte important! Tratamentul cu beta-blocante nu se va întrerupe brusc, deoarece există riscul agravării anginei sau chiar al precipitării unui infarct de miocard.**

Ivabradina este un medicament relativ nou, care reduce frecvența cardiacă și, în consecință, consumul de oxigen al inimii; în anumite condiții (astm bronșic, boală vasculară periferică), poate înlocui beta-blocantele în tratamentul anginei pectorale.

Blocanții canalelor de calciu (diltiazem, verapamil, amlodipină, felodipină, etc.) se folosesc pentru reducerea acceselor anginoase și pentru scăderea valorilor tensiunii arteriale, ca tratament asociat la nitrați și beta-blocante.

Inhibitorii enzimei de conversie (enalapril, lisinopril, ramipril, perindopril, etc) sunt asociați în tratamentul anginei pectorale în special la pacienții care au avut un infarct de miocard, sunt hipertensivi, sau au fenomene de insuficiență cardiacă. Dintre reacțiile adverse care pot apare în timpul tratamentului, cea mai frecventă este reprezentată de tuse seacă, situație în care inhibitorul de enzimă de conversie poate fi înlocuit cu un medicament din altă clasă, numit sartan.

Statinele (în ordine alfabetică: atorvastatin, fluvastatin, lovastatin, rosuvastatin, simvastatin) sunt medicamente importante pentru reducerea grăsimilor care se depun în vas. Totodată, la pacienții cu ateroscleroză a arterelor inimii pot preveni apariția unui infarct miocardic. Statinele sunt în general bine tolerate de către pacienți, efectele adverse fiind rare. În timpul tratamentului cu statine trebuie însă urmărite funcția ficatului (dozarea transaminazelor din sânge) și simptomele musculare. Rar poate apare o inflamație a mușchilor (numită miozită); **în consecință anunțați medicul dacă în timpul tratamentului cu statine apar brusc dureri sau slăbiciune musculară.** Pentru informații suplimentare citiți și broșura “Cholesterolul”.

Toate aceste medicamente utile în tratamentul anginei pectorale vor fi prescrise numai de medic. Acesta va urmări răspunsul la tratament, precum și eventualele reacții adverse. Medicul dumneavoastră va stabili un plan de investigații dacă încă nu le-ați făcut sau va recomanda repetarea unora, în funcție de evoluția bolii. Contactul pacient-medic trebuie să fie permanent, cu vizite regulate, în funcție de gravitatea bolii. Un control obișnuit trebuie să decurgă în modul urmator:

- Discutați cu medicul curant dacă ați mai avut angină, care este frecvența și durata crizelor anginoase, dacă simțiți oboseală, respirație grea la efort sau în repaus, sau dacă v-ați trezit din somn cu senzație de sufocare;
- Veți fi întrebat dacă ați respectat regimul prescris (dietă, medicamente), dacă ați scăzut în greutate (în cazul în care sunteți supraponderal) și care a fost ultima valoare a glicemiei (în cazul în care sunteți diabetic);
- Veți face un examen fizic general și vi se va măsura tensiunea arterială;
- Veți face o electrocardiogramă;
- Medicul dumneavoastră va stabili dacă necesitați investigații speciale (test de efort, ecocardiografie, coronarografie, etc) sau internare;
- Este bine să puneți întrebări dacă aveți lucruri neclare legate de tratament sau de boală în sine, eventual veniți cu o listă pregătită (scrisă), dacă vă temeți să nu omiteți ceva;
- Discutați cu medicul curant când este indicat să faceți următorul control.

6. În loc de concluzii

- Cardiopatia ischemică este o boală care vă poate influența viitorul, dar care poate fi, la rândul ei, influențată de dumneavoastră;

- Controlați-vă permanent factorii de risc (greutate, alimentație, stil de viață, colesterolul, trigliceridele, tensiunea arterială, diabetul);
- Efectuați activitate fizică regulată;
- Prezentați-vă la medic imediat ce au apărut simptomele legate de boală;
- Recunoașteți simptomele de agravare a bolii și solicitați ambulanța sau prezentați-vă la cel mai apropiat spital de urgență;
- Urmați tratamentul prescris și faceți controale periodice.

Depinde de dumneavoastră ca de la primul atac de angină să trăiți 30 de minute sau 30 de ani!

Respectând sfaturile date, veți putea ține sub control evoluția bolii și veți putea preveni complicațiile imediate și pe termen lung ale acesteia.

În speranța că v-am fost de folos prin această broșură, vă dorim o viață cât mai sănătoasă și cât mai armonioasă!

