

4<sup>^</sup>  
Edizione

CORSO DI 2° LIVELLO  
PER L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE  
DI UN AMBULATORIO DEGLI STILI DI VITA

10 • 11  
Giugno 2016  
Frascati (RM)

# Fattori di rischio ed azioni da intraprendere

Antonio Pio D'Ingianna



Quali sono i fattori di rischio CV presenti in questo paziente?

- **BMI 39**
- Obesità di .....

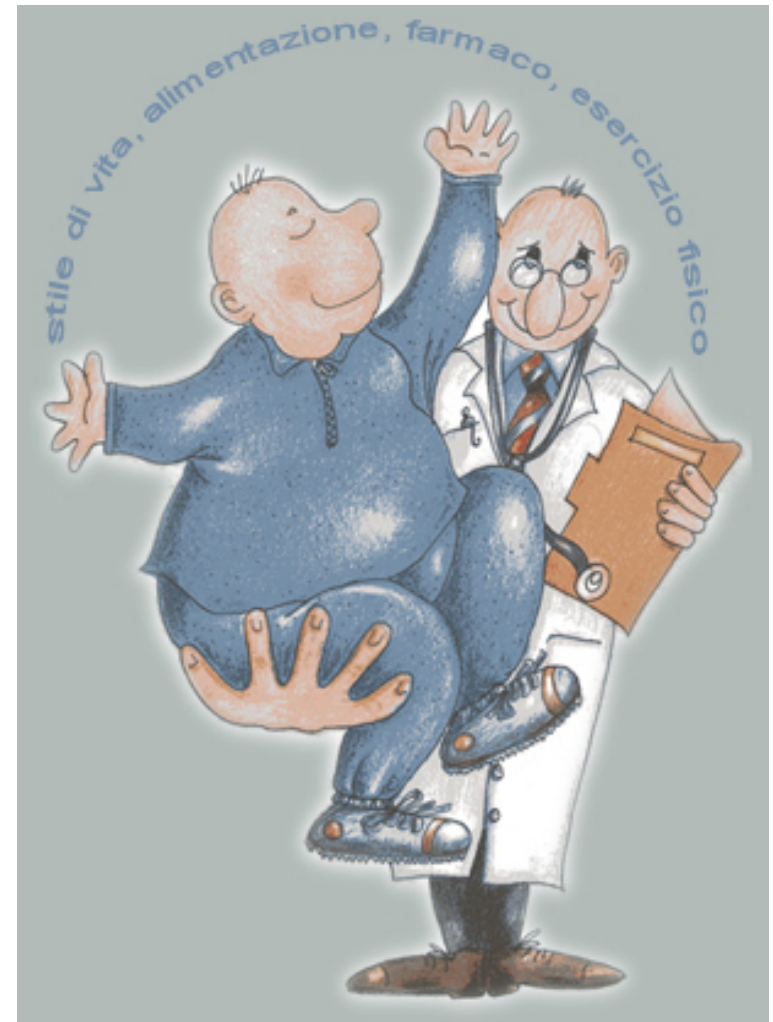
## 2° grado

- Valori di riferimento:
- Obesità di 1° grado: BMI 30- 35
- Obesità di 2° grado: BMI 35-40
- Obesità di 3° grado: BMI > 40

**Azione da intraprendere: aiutare il paziente a ridurre il proprio peso**

# Come lo aiutiamo a perdere peso?

## IL PROGETTO S.A.F.E



# Sedentarietà

- Si intende sedentario chi non svolge alcuna attività fisica quotidiana, **sia nella vita professionale** (lavoro sedentario, 2/3 delle ore lavorative passate da seduti; pochi spostamenti), **sia in quella privata** (nessuno sport praticato; nessuna attività fisica; molte ore davanti alla televisione, per es. >4 ore/die).
- Ogni persona, normopeso e/o sovrappeso, dovrebbe fare una attività fisica moderata che gli consenta di consumare almeno 150 Kcal/die.

- Per attività fisica **moderata** s'intende qualsiasi attività che produca un incremento della frequenza cardiaca pari al 50-70% della frequenza cardiaca massimale, calcolata con la formula :

$$\text{FCM} = 220 - \text{età del paziente}$$

- **Più semplicemente, potremmo definirla come una cumulazione complessiva di 60 minuti minimo quotidiani di qualsiasi attività che faccia accelerare il battito cardiaco e faccia sentire il “fiato corto”.**
- Esistono, comunque, alcune tipologie di attività che possono richiedere un tempo inferiore

# Sedentarietà

- **Azione da intraprendere:** aiutare il paziente obeso, che ha bisogno di consumare almeno 300 kcal/die con l'attività fisica, moderata, a fare 10.000 passi al giorno che, a seconda del peso che si ha, significa consumare da 200 a 500 Kcal/die

Tabella 10. Le calorie consumate con i passi

Peso (kg)	Consumo energetico (kcal)	
	5000 passi al giorno	10000 passi al giorno
40	100	200
50	125	250
60	150	300
70	175	350
80	200	400
80	225	450
90	225	450
100	250	500



Tratta da Bray G.A. (2003). Contemporary Diagnosis and Management of Obesity. (2nd edition). Handbook in Health Care Co. Newton: Pennsylvania.

# Fumo

- Paziente: 5 sigarette/die
- **Per l'OMS basta 1 sigaretta/die per considerare fumatore il soggetto e/o se ha fumato durante l'ultimo anno.**

# SMETTERE di FUMARE

determina notevoli benefici,  
immediati e a lungo termine,  
per i fumatori di tutte le età<sup>1</sup>



**DOPO ...**

**... 20 minuti**

La pressione arteriosa  
torna ai livelli registrati  
prima di fumare<sup>2</sup>

**... poche ore**

Si abbassano i livelli  
di monossido di carbonio<sup>2</sup>

**... pochi giorni**

L'olfatto e  
il gusto migliorano<sup>2</sup>

**... 2-3 mesi**

La funzione polmonare  
migliora fino al 30%<sup>2</sup>

**... 3 mesi**

Vitalità, benessere psicologico  
e autocontrollo migliorano<sup>2</sup>

**... 1 anno**

Il rischio di infarto miocardico  
e di morte coronarica  
si riduce del 50%<sup>4</sup>

**... 15 anni**

Il rischio di infarto miocardico  
e di morte coronarica diventa simile  
a quello dei non fumatori<sup>4</sup>

**... 10 anni**

Il rischio  
di tumore del polmone  
si riduce del 50-70%<sup>4</sup>

**... 5-15 anni**

Il rischio di ictus diventa simile  
a quello dei non fumatori<sup>2</sup>

**... 5 anni**

Il rischio di tumore della cavità orale  
e dell'esofago si riduce del 50%<sup>4</sup>

**... alcuni anni**

Il rischio di tumore  
della vescica si riduce del 50%<sup>4</sup>

Diagnostica

1. Edwards RL. BMJ 2004; 329: 217-219.

2. Joseph DG. Circulation 2001; 104: e61-e62.

3. Dill et al. JAMA 2002; 287: 255-256.

4. Zaccaro P et al. Ital Heart J 2000;

2 (Suppl 1): 13-19.

5. Iannuzzi S et al. Rassegna di Patologia

dell'Apparato Respiratorio 2002; 17: 55-70.

104-041

**Azione da  
intraprendere:  
aiutare il paziente a  
smettere di fumare**

# Colesterolo

- Paziente: Col.Totale 245 mg/dL; Col/HDL 35 mg/dL; Trigliceridi 186 mg/dL.

**E' possibile calcolare il Col/LDL?**

Formula di Friedwald

$$\begin{aligned} \text{Colesterolo LDL} &= \\ \text{Colesterolo Totale} - [\text{Colesterolo HDL} + (\text{trigliceridi} / 5)] &= \\ \mathbf{173 \text{ mg/dL}} \end{aligned}$$

# Per il Progetto CUORE sono a rischio i pazienti con:

Colesterolo totale  $\geq 240$  mg/dL

Colesterolo HDL  $\leq 40$  mg /dL nei maschi  
 $\leq 50$  mg /dL nelle donne

Trigliceridi  $\geq 150$  mg/dL

**A questi gruppi aggiungerei :**

**pazienti con Colesterolo non-HDL  $> 130$  mg/dL**

**Valori di Colesterolo totale  $> 290$  mg/dL o di Col. LDL  $> 190-200$  mg/dL  
probabili forme familiari**

**Colesterolo non-HDL del paziente = col tot. – col HDL =  $245 - 35 = 210$**

# Il paziente presenta anche una sindrome metabolica?

1 Obesità viscerale (circonf. vita  $>102$  cm♂ o  $>88$  cm♀)

2 Trigliceridi  $>150$  mg/dl

3 Colesterolo HDL  $<40$  mg/dl♂ o  $<50$  mg/dl♀

4 Ipertensione arteriosa (PA  $>130/85$  mmHg)

5 Glicemia a digiuno  $>110$  mg/dl

*Tabella 1 - Criteri diagnostici NCEP-ATP III per la sindrome metabolica*

# Soggetti ad Alto Rischio

Probabilità di Sviluppare un Evento Fatale e non Fatale nei Prossimi 10 anni >20%

## Sintomatici

CHD

### CHD Equivalenti :

Aterosclerosi Carotidea, AIT

PAD

Aneurisma Addominale

## Asintomatici

Diabete

Multipli Fattori di Rischio (3 o più, Rischio Assoluto > 20% a 10 anni)

Livelli Molto Alti di un Singolo Fattore di Rischio

Forme Primarie di Dislipidemia

Sindrome metabolica o dislipidemia aterogena

**Azioni da intraprendere: ridurre e portare a target i valori di Col.LDL, i trigliceridi, etc....**

Ma tu, a questo nostro paziente, prescriveresti subito la statina?

# Quali strumenti per la valutazione del rischio CV globale da poter utilizzare anche ai fini dell'aderenza? Il progetto CUORE....il punteggio SCORE

cardioRISK
\_ □ ×

**Calcolatore del Rischio Cardiovascolare Globale** • Framingham • SCORE • CUORE •

**dati paziente**

**PAZIENTE**

**Sesso** m  f

**Età**

**Controllo dopo dieta**

**anamnesi**

**Pressione arteriosa** Sistolica  Diastolica

**Assetto lipidico** Col. tot.  HDL   
LDL  TRIG

Diabete  Fumo  IVS  Ter. Antipertensiva

Dislipidemie familiari  Pregresso infarto

Coronar. doc. o pregr. ictus o arteriopatia oblit. perif.

**calcola**

**Nota 13 Non Applicabile**

**Rischio coronarico**  
FRAMINGHAM

**Rischio di mortalità**  
SCORE

**Rischio cardiovascolare**  
CUORE

**Rischio assoluto a 10 anni** 31.2 %

Proiezione del rischio: → 50 anni 23.5  
60 anni 32.0  
70 anni 39.7

Rischio coronarico alto

**Rischio assoluto a 10 anni** 7.1 %

Proiezione del rischio: → 50 anni 3.0  
60 anni 7.8  
70 anni 16.8

Rischio mortalità severo

**Rischio assoluto a 10 anni** 25.2 %

Proiezione del rischio: → 50 anni 13.7  
60 anni 26.9  
70 anni 48.9

Rischio MCV Liv. V

PRESCRIVIBILITÀ NOTA 13
stampa

4<sup>a</sup>  
Edizione

CORSO DI 2° LIVELLO PER L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DI UN AMBULATORIO DEGLI STILI DI VITA

**SIMPESV**  
Società Italiana di Medicina  
di Prevenzione e degli Stili di Vita

Classificazione dei pazienti	Target terapeutico (Colesterolo LDL in mg/dl)	Farmaci prescrivibili a carico del SSN in funzione del raggiungimento del target terapeutico	
<b>CATEGORIE DI RISCHIO*</b>		<b>Trattamento di 1° livello</b>	<b>Trattamento di 2° livello</b>
Pazienti con rischio medio: - score 2-3%	Colesterolo LDL < 130	Modifica dello stile di vita per almeno 6 mesi	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)
Pazienti con rischio moderato: - score 4-5%	Colesterolo LDL < 115	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)	
Pazienti con rischio alto: -score >5% <10%	Colesterolo LDL < 100	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)  Preferenzialmente atorvastatina se	rosuvastatina ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o precostituita) (**)

La terapia dovrebbe essere intrapresa contemporaneamente alla modifica dello stile di vita nei pazienti a rischio molto alto, con livelli di C.LDL > 70 mg/dL, ed in quelli a rischio ALTO, con livelli di C.LDL > 100 mg/dL

# MA QUESTO NOSTRO PAZIENTE.....

- Presenta un aumento dei valori delle transaminasi > 2 LSN
- Beve ½ litro di vino al giorno
- Il target terapeutico personale è di colesterolo LDL <100 mg/dL
- Ha bisogno di una statina che gli riduca almeno del 50% il livello attuale di C.LDL

**Nel suo caso, però.....**

- **La statina deve essere impiegata con estrema prudenza , perché nei pazienti che consumano alcool e/o che hanno una storia di malattia epatica l'interazione farmaco/malattia/alcool può provocare un incremento dell'epatotossicità e del rischio di miopatia/rabdomiolisi**

**PERSONALIZZIAMO LA SUA TERAPIA:**

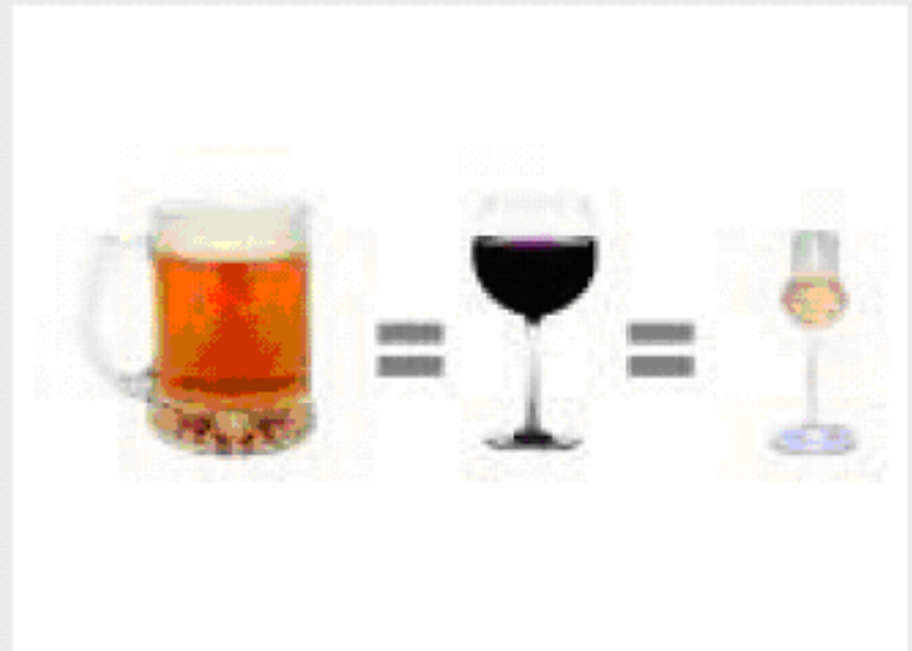
**MODIFICA DEGLI STILI DI VITA + NUTRACEUTICO ????**  
**(CONTROLLO CLINICO E DEGLI ESAMI A 3 MESI)**

# Alcool

Beve 2 bicchieri di vino a pranzo e 2 a cena per un totale di circa ½ litro di vino al giorno

## 1. DEFINIZIONE DI UNITÀ ALCOLICA (U.A.)

Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico.  
L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal.



# Definizione del “rischio”

secondo le Linee Guida Nazionali dell'INRAN\*

## Per quantità di alcool

F: > 20 gr/die (1-2 bicchieri), 140 grW  
M: > 40 gr/die (2-3 bicchieri), 280 grW

## Per età

< 15 anni: qualunque consumo  
16-20 anni: >1 bicchiere/U di alcool/die  
>65 anni: > 1 bicchiere/die

## Per modalità di consumo

“binge drinking”: consumo di >5 bicchieri in una sola circostanza

\*INRAN: Istituto Nazionale della Nutrizione: in “Alcol: i consumi a rischio e le tendenze del bere in Italia” Epicentro 2007



**Azioni da intraprendere: aiutare il nostro paziente a bere di meno**

# L'alcol interagisce con molti farmaci...

- Antiistaminici
- Paracetamolo
- FANS e analgesici narcotici
- Broncodilatatori
- Statine
- Nitrati
- Warfarin
- Metronidazolo e antiprotozoari
- Griseofulvina
- Ansiolitici ; antidepressivi; antipsicotici
- **Attenzione, poi, alla TIRAMINA presente in molte bevande alcoliche**

Nel nostro paziente l'alcol aveva provocato già una importante interazione?

- Recentemente ha anche cominciato, dopo una EGDS, una terapia eradicante per una gastrite HP+, assumendo Amoxicillina 1 gr cp + Claritromicina 500 mg cp + Flagyl 250 mg cp + Omeprazolo 20 mg cp, ma ha dovuto smettere subito, dopo 3-4 giorni di terapia, per la comparsa di crampi allo stomaco, vomito e cefalea.

# Ipertensione arteriosa: alla visita 145/85 mmHg (in trattamento farmacologico)

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO NELLA VALUTAZIONE DELLA PROGNOSI					
PRESSIONE ARTERIOSA ( mmHg)					
Altri fattori di rischio e storia clinica	Normale PAS: 120-129 PAD: 80-84	Alta-Normale PAS: 130-139 PAD: 85-89	Grado I (lieve) PAS: 140-159 PAD: 90-99	Grado II (moderata) PAS: 160-179 PAD: 100-109	Grado III (severa) PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Assenti	Rischio nella media*	Rischio nella media*	Rischio aggiuntivo basso	Rischio aggiuntivo moderato	Rischio aggiuntivo alto
1 -2 fattori di rischio	Rischio aggiuntivo basso	Rischio aggiuntivo basso	Rischio aggiuntivo moderato	Rischio aggiuntivo moderato	Rischio aggiuntivo altissimo
3 o più fattori di rischio o presenza di danno d'organo o di diabete	Rischio aggiuntivo moderato	Rischio aggiuntivo alto	Rischio aggiuntivo alto	Rischio aggiuntivo alto	Rischio aggiuntivo altissimo
Presenza di patologie associate	Rischio aggiuntivo alto	Rischio aggiuntivo altissimo	Rischio aggiuntivo altissimo	Rischio aggiuntivo altissimo	Rischio aggiuntivo altissimo



# Ipertensione arteriosa

- **Azioni da intraprendere nel nostro paziente:  
ridurre i valori attuali di pressione arteriosa e  
portarli a valori**

**< 130 / 80**

# Ipertensione arteriosa

- È in trattamento farmacologico con 3 diversi farmaci: **Ramipril 5** mg cp (1 cp/die) + **Esidrex 25** mg cp (Idroclorotiazide, 1 cp/die) + **Indapamide 2,5** mg (1 cp/die)
- P.A. attuale 145/85....target < 130/80

## Cosa facciamo ?

- Valutiamo l'aderenza alla terapia e l'eventuale interazione tra farmaci
- Personalizziamo la terapia farmacologica



Interviste  
o  
questionari

**SCALA DI MORISKY**

Diario dei  
pazienti

**DEI FARMACI  
DELLA DIETA E  
DELL'ATTIVITÀ  
FISICA**

Monitoraggio  
delle  
prescrizioni

**ES. VENTOLIN  
(TROPPE PRESCRIZIONI  
SCARSA ADERENZA AGLI ICS)**

conteggio  
delle pillole

**PILL COUNTING**

Valutazione  
della risposta  
clinica e dei  
markers  
fisiologici

**EMOCROMO DOPO  
TERAPIA MARZIALE**

Valutazione  
degli ESITI del  
trattamento

**Progetto CUORE o  
SCORE**

Qualche volta dimentica di prendere le pillole per....?	SX	NO
Nelle ultime 2 settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso le medicine per.....?	SI X	NO
Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico, perché si sentiva male quando le prendeva?	SI	NO X
Quando viaggia o esce di casa, a volte si dimentica di portare con se i farmaci?	SI X	NO
Ha preso ieri le sue medicine per.....?	<del>SI</del>	NO
Quando sente che la sua malattia (es. pressione sanguigna) è sotto controllo, a volte smette di prendere le sue medicine	SI X	NO
L'assunzione quotidiana dei farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento della sua malattia ( es. pressione sanguigna)?	SI X	NO
Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per la sua malattia?	SI X	NO

**Ogni risposta positiva ha un punteggio di 0 ed ogni risposta negativa di 1:**

punteggio < 6 : poco aderenti;

punteggio di 6-7: mediamente aderenti;

punteggio = 8 : molto aderenti.

(Morisky, Ang et al., 2008)



**Interazione significativa:** monitorare attentamente il paziente

Idroclorotiazide + Indapamide: producono entrambi una riduzione del potassio sierico

### **Interazione Minore**

Idroclorotiazide + Indapamide: l'idroclorotiazide aumenta il livello e gli effetti dell'indapamide per una azione competitiva a livello del tubulo renale. Tale interazione non è significativa

# PERSONALIZZIAMO LA TERAPIA

- DIMENTICA DI ASSUMERE I FARMACI PER L'IPERTENSIONE
- ALCUNI DI ESSI INTERFERISCONO (Idroclorotiazide – indapamide)

## **soluzione proposta**

Associazione dei farmaci antiipertensivi (ramipril 5 + HTC 25)

Sostituzione dell'indapamide con Ca-antagonista

Possibilità di avere la TRIPLICE in 1 sola compressa

## Riduzioni della pressione arteriosa con l'attività fisica e la dieta

Intervento	Riduzione media di PAS/PAD (mmHg)	Numero di studi (soggetti)	Caratteristiche dei partecipanti	Durata (settimane)	Variazione media della variabile obiettivo
esercizio	5/3	29 (1.533)	80% uomini, età 28-72	>4	50 minuti di aerobica, 3 volte alla settimana
dieta povera di grassi e ricca di frutta e verdura	5,5/3*	1 (459)	50% uomini, età media 44	8	
perdita di peso	3/3	18 (2.611)	55% uomini, età media 50	2-52	3-9% del peso corporeo
dieta povera di sale	4/2	58 (2.161)	età media 49	1-52	118 mmol die
	2/0,5	28 (1.131)	età media 47	4	60 mmol die