



L'ipertensione oggi è tra le maggiori cause di ospedalizzazione e morte. Una vita stressante, abitudini alimentari e stile di vita scorretti portano a un aumento dell'incidenza di questo disturbo. Dall'Ebm le possibili cure

PROGETTO FORMATIVO
A CURA DI **GIOVANNI FILOCAMO**
Responsabile Qualità ISO 9001
Associazione italiana medici
di famiglia

Una vita sotto pressione

OBIETTIVI FORMATIVI

- ◆ Affrontare efficacemente le problematiche del paziente iperteso.
- ◆ Ottimizzare i trattamenti con la finalità di ridurre la morbilità e la mortalità da ipertensione con gli strumenti terapeutici che possano garantire i più contenuti effetti avversi.
- ◆ Il trattamento dell'ipertensione primaria o essenziale, definita come innalzamento della pressione sistolica e/o diastolica non secondario a patologie sottostanti, con farmaci antipertensivi riduce il rischio di eventi cardiaci e la mortalità globale nei soggetti con ipertensione grave o alto rischio cardiovascolare per la presenza di altri fattori concomitanti.

DEFINIZIONE

L'ipertensione, ovvero l'aumento della pressione arteriosa clinicamente rilevante, è di solito definita negli adulti quando la pressione diastolica è pari o superiore a 90 mmHg e la pressione sistolica è pari o superiore a 140 mmHg. Secondo i criteri dell'Oms l'ipertensione è definita di grado 1 quando la pressione sistolica è compresa tra 140 e 159 mmHg e la diastolica tra 90 e 99 mmHg, di grado 2 quando la pressione sistolica è tra 160 e 179 mmHg e la diastolica tra 100 e 109 mmHg, di grado 3 quando la pressione sistolica è uguale o superiore a 180 mmHg e la diastolica a 110 mmHg.

MISURAZIONE DELLA PRESSIONE

Per poter classificare un paziente come iperteso le misurazioni, effettuate con un apparecchio dotato di manicotto di dimensioni idonee al braccio del paziente che è rimasto seduto e tranquillo per alcuni minuti, devono essere effettuate in orari differenti. La diagnosi di ipertensione dovrebbe essere posta solo dopo il riscontro di valori di pressione elevati in più misurazioni effettuate in due o più occasioni distinte nel corso di più settimane. Le misurazioni domiciliari permettono una più facile definizione degli stati di ipotensione ortostatica, che talvolta si manifesta nel corso delle terapie farmacologiche normalmente in uso. L'automisurazione ha messo in evidenza che è possibile rilevare valori pressori particolarmente elevati quando misurati dal medico. Questo fenomeno è talvolta riferibile alla cosiddetta "ipertensione da camice bianco", cioè quella condizione di disagio creata dal medico all'atto della misurazione. La misurazione della pressione arteriosa nelle 24 ore (Holter pressorio) rappresenta un sistema più facilmente disponibile in ambiente specialistico, ed è particolarmente utile nel monitoraggio del farmaco antipertensivo introdotto di recente o nelle forme refrattarie al trattamento farmacologico.

L'ipertensione arteriosa rappresenta probabilmente il più importante problema di sanità pubblica nei Paesi industrializzati. È una patologia di frequente riscontro nella pratica clinica, facilmente diagnosticabile, di solito controllata con semplici interventi terapeutici, ma provoca spesso complicanze mortali se trascurata. La riduzione della pressione arteriosa diminuisce la frequenza di ictus, eventi coronarici, scompenso cardiaco e insufficienza renale. Attualmente i dati Istat del 2004 confermano che in Italia vi sono circa 12 milioni di soggetti

ipertesi, con il 33 per cento dei pazienti ancora non diagnosticato. La cardiopatia ischemica, responsabile del 13 per cento della mortalità globale, è anche la principale causa di invalidità e di incremento dei costi delle cure sanitarie. Alla base ci sono molti fattori di rischio "tradizionali", che includono età, sesso, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, fumo, diabete e ipertrofia ventricolare sinistra. Di questi l'ipertensione è il più comune, presente nel 20 per cento della popolazione adulta mondiale. Il rischio relativo di effetti avversi associati all'ipertensione è continuo e progressivo.

Anche modesti incrementi della pressione arteriosa in giovani adulti sono associati a un aumento del rischio di eventi cardiovascolari nella mezza età. Nei soggetti ipertesi è aumentato di 2-4 volte il rischio di ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco e arteriopatia periferica rispetto ai soggetti non ipertesi. L'ipertensione è inoltre associata a un aumento del rischio di insufficienza renale terminale, retinopatia e aneurisma aortico. Il rischio assoluto di esiti avversi dipende dalla presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare e dal grado di innalzamento della pressione arteriosa. ➤

PRINCIPI DI TRATTAMENTO

Malgrado la terapia, in alcuni soggetti non è possibile ridurre la pressione arteriosa al di sotto dei valori suggeriti: è indispensabile quindi ricercare una più corretta strategia terapeutica misurando il rischio cardiovascolare complessivo, che considera l'insieme dei fattori di rischio.

La sensibilità e la specificità della PA sono basse: non tutte le persone che presentano una PA alta avranno un evento, così come, purtroppo, non tutte le persone che hanno una PA normale possono essere considerate indenni da eventi a carico dell'apparato cardiovascolare. Soggetti con modesto incremento della PA e nessun altro fattore di rischio presentano un rischio così basso che non necessariamente sono suscettibili di terapia medica. Per contro, pazienti ipertesi diabetici presentano un rischio così alto di eventi che il trattamento della PA può essere giustificato, anche se il range dei valori è normale-medio.



La decisione dell'opportunità di trattare un paziente iperteso raramente dovrebbe essere presa solo considerando i valori pressori, ma deve considerare la presenza o l'assenza di altri fattori di rischio o di danno d'organo, che includono l'ipertrofia ventricolare sinistra, l'evidenza ecografica d'ispessimento della parete arteriosa o di placca ateromastica, un lieve incremento di creatinina serica o la presenza di microalbuminuria.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Spesso un singolo farmaco antipertensivo non è sufficiente e in genere è necessaria un'associazione graduale, fino a raggiungere il controllo dei valori pressori. A meno che non sia necessario abbassare urgentemente la pressione arteriosa, per determinare la risposta alla terapia instaurata è necessario un intervallo di almeno quattro settimane. La risposta alla terapia farmacologica antipertensiva può essere influenzata dall'età e dall'etnia del paziente.

Quando è necessario somministrare due antipertensivi è possibile combinare un ACE inibitore o un antagonista dei recettori per l'angiotensina II o un betabloccante con un tiazidico o un calcioantagonista.

Se l'associazione di due farmaci non è sufficiente, è possibile aggiungere un tiazidico o un calcioantagonista.

Nell'ipertensione resistente si dovrebbe prendere in considerazione l'aggiunta di un alfabloccante, di spironolattone, efficace nei pazienti con iperaldosteronismo primario, o di un altro diuretico, oppure di un betabloccante.

Alcune indicazioni e controindicazioni per i vari tipi di farmaci antipertensivi sono così riassunte.

- ◆ **Tiazidici:** indicati in particolare per l'ipertensione negli anziani. Una controindicazione specifica è la gotta.
- ◆ **Betabloccanti:** sebbene non siano più farmaci di elezione per il trattamento iniziale di routine dell'ipertensione senza complicanze, possono essere utilizzati in caso d'infarto del miocardio e angina. Le controindicazioni includono asma e blocco cardiaco.
- ◆ **ACE inibitori:** le indicazioni includono scompenso cardiaco, disfunzione del ventricolo sinistro e nefropatia diabetica. Le controindicazioni includono malattia renovascolare e gravidanza.
- ◆ **Antagonisti dei recettori dell'angiotensina II:** sono indicati come alternativa per i pazienti che presentano intolleranza agli ACE inibitori per l'insorgere di tosse secca persistente. Hanno le stesse controindicazioni degli ACE inibitori.
- ◆ **Calcioantagonisti:** tra questi esistono importanti differenze. Per i calcioantagonisti diidropiridinici l'indicazione principale è l'ipertensione sistolica isolata negli anziani, quando un basso dosaggio di tiazidico è controindicato o non tollerato. Per i calcioantagonisti che riducono la frequenza (per esempio diltiazem e verapamil) l'indicazione principale è l'angina. Le controindicazioni principali includono scompenso e blocco cardiaco.
- ◆ **Alfabloccanti:** sono indicati in associazione a un altro farmaco antipertensivo nel trattamento dell'ipertensione refrattaria; un'altra indicazione possibile è il prostatismo. La controindicazione principale è l'incontinenza urinaria.

Altre misure per ridurre il rischio cardiovascolare: l'**aspirina** in dose di 75 mg al giorno riduce il rischio di eventi cardiovascolari e di infarto miocardico. Salvo controindicazioni, è raccomandata in tutti i pazienti con malattia cardiovascolare accertata e nei soggetti sopra i 50 anni di età con un rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni maggiore o uguale al 20 per cento. L'acido acetilsalicilico è utile anche nei pazienti diabetici.

I farmaci ipolipemizzanti possono essere di beneficio nella malattia cardiovascolare o negli individui a rischio elevato di eventi cardiovascolari.

ANTIPERTENSIVI A CONFRONTO

Revisioni sistematiche non hanno rilevato differenze significative fra diuretici e altri farmaci antipertensivi nella riduzione del rischio di infarto miocardico e della mortalità globale o cardiovascolare. Tuttavia, rispetto ai diuretici, gli ACE inibitori sono meno efficaci nel ridurre il rischio di ictus; gli alfabloccanti sono meno efficaci nel ridurre gli eventi cardiovascolari complessivi degli ACE inibitori; i calcioantagonisti e alfabloccanti sono meno efficaci nel ridurre il rischio di scompenso cardiaco; i **calcioantagonisti e gli antagonisti dei recettori dell'angiotensina II (sartani)** sono più efficaci dei diuretici e dei betabloccanti nel ridurre il rischio di ictus. Una revisione sistematica ha inoltre riportato che, rispetto agli ACE inibitori, i calcioantagonisti sono più efficaci nel ridurre il rischio di ictus ma meno efficaci nel ridurre il rischio di scompenso cardiaco.



calcioantagonisti e gli antagonisti dei recettori dell'angiotensina II (sartani) sono più efficaci dei diuretici e dei betabloccanti nel ridurre il rischio di ictus. Una revisione sistematica ha inoltre riportato che, rispetto agli ACE inibitori, i calcioantagonisti sono più efficaci nel ridurre il rischio di ictus ma meno efficaci nel ridurre il rischio di scompenso cardiaco.

UN'ATTENZIONE PARTICOLARE

Ipertensione arteriosa negli anziani. Il beneficio della terapia antipertensiva è dimostrato in soggetti fino a 80 anni, ma probabilmente non è corretto applicare stretti limiti di età per instaurare una terapia. I pazienti che hanno raggiunto questa soglia di età assumendo un trattamento antipertensivo, dovrebbero proseguirlo, a patto che esso sia di beneficio e non causi rilevanti effetti indesiderati.

I valori soglia per attuare la terapia sono una pressione diastolica media maggiore o uguale a 90 mmHg o una pressione sistolica media maggiore o uguale a 160 mmHg, riscontrabili in un periodo di osservazione variabile da tre a sei mesi. Un tiazidico a basso dosaggio o un calcioantagonista diidropiridinico sono efficaci; se necessario si può associare un ACE inibitore (o un antagonista dei recettori dell'angiotensina II).

Ipertensione sistolica isolata. Nei soggetti con più di 60 anni, una situazione caratterizzata da pressione sistolica maggiore o uguale a 160 mmHg e diastolica maggiore o uguale a 90 mmHg è associata a un rischio maggiore di eventi cardiovascolari. Se la pressione sistolica media è di 160 mmHg, o anche più alta, presente da tre a sei mesi, è consigliabile procedere a una riduzione della pressione anche se non è contemporaneamente presente ipertensione diastolica. L'ipertensione sistolica isolata in pazienti più giovani è rara, ma potrebbe essere indicata una terapia per chi presenta una pressione sistolica di 160 mmHg.

Ipertensione arteriosa e diabete. Nei pazienti diabetici l'obiettivo del trattamento antipertensivo è quello di mantenere una pressione sistolica inferiore a 130 mmHg e una diastolica inferiore a 80 mmHg. La maggior parte dei soggetti richiede una combinazione di più farmaci antipertensivi. L'ipertensione è comune nel diabete di tipo 2 (non insulino-dipendente) e il trattamento antipertensivo previene le complicazioni macro e microvascolari. Nel diabete di tipo 1 (insulino-dipendente), è spesso indice di nefropatia diabetica. Nei pazienti con diabete di tipo 2 la somministrazione di ACE inibitori (o di antagonisti dei recettori dell'angiotensina II) può rallentare la progressione della microalbuminuria a nefropatia. I betabloccanti sono da evitare nei pazienti diabetici o a rischio elevato di sviluppare diabete, soprattutto in associazione a un diuretico tiazidico.

Ipertensione arteriosa nella patologia renale. La soglia di pressione per instaurare una terapia antipertensiva in pazienti con insufficienza renale o proteinuria persistente è pari a una pressione sistolica maggiore o uguale a 140 mmHg o diastolica maggiore o uguale a 90 mmHg.

Ipertensione arteriosa in gravidanza. Alti valori possono essere dovuti a ipertensione arteriosa essenziale preesistente o a preeclampsia. La metildopa è un farmaco sicuro in gravidanza. I betabloccanti sono efficaci e sicuri nel terzo trimestre di gravidanza. In caso di persistenza dello stato ipertensivo è opportuno indirizzare la paziente dal ginecologo curante.

A CHI DARE INFORMAZIONI?

Il compito del farmacista è quello di sollecitare il paziente a conoscere il valore della propria pressione arteriosa e fornire consigli utili sui cambiamenti dello stile di vita, necessari a ridurla: la cessazione dell'abitudine al fumo, la riduzione del peso corporeo, dell'assunzione di alcol, sodio, grassi totali e saturi nella dieta, l'incremento dell'esercizio fisico e il consumo regolare di frutta e verdura.

È di particolare importanza accertarsi che il soggetto:

- ◆ non stia assumendo alcuni farmaci: un incremento dei valori pressori può essere osservato in caso di somministrazione di antinfiammatori non steroidei (compresi gli inibitori selettivi delle Cox2), amine simpaticomimetiche, corticosteroidi, ormoni contraccettivi, metilxantine (teofillina, caffeina), eritropoietina, cocaina, nicotina, fenciclidina;
- ◆ non stia seguendo un regime alimentare ad alto contenuto di sale da cucina, presente anche in molti cibi industriali o da fast-food;
- ◆ non presenti un contemporaneo incremento ponderale;
- ◆ non sia dedito contemporaneamente ad abuso di alcool o droghe.

Ai fini di una più corretta gestione è importante fornire all'utente alcune informazioni di base, in particolare:

- ◆ le misurazioni della PA possono dare valori variabili nella stessa seduta: si dovrebbe dare maggiore significato alle misurazioni condotte dal medico. L'auto-misurazione è importante per monitorare e capire le eventuali fluttuazioni giornaliere;
- ◆ sebbene di rado si possa sperare nella guarigione, una terapia ben condotta porta a una completa remissione del quadro;
- ◆ le modificazioni dello stile di vita rappresentano una condizione necessaria, che da sola può portare alla remissione dello stato ipertensivo. In presenza di una terapia farmacologica, queste modificazioni comportano un uso più limitato di farmaci, fino a una completa sospensione della terapia farmacologica;
- ◆ i pazienti devono conoscere il valore della propria pressione: questa consapevolezza rappresenta la condizione indispensabile per ottenere dal paziente un'adeguata compliance al trattamento prescelto e una disponibilità nell'effettuare le visite di controllo prescritte.

Fonti:

www.guidausofarmaci.it

<http://aifa.clinev.it>

<http://www.cuore.iss.it/>

E. Braunwald, L. Goldman. Primary Cardiology. Ed. Saunders 2° ed. It. 2007

JBS2. Linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica. Heart 2005; suppl V: v1-v52