

**PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO
PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE IPERTESO**

settembre 2001

L'elaborazione del presente documento è stata promossa dal Dipartimento dei Servizi Sanitari di Base dell'ASL di Brescia in collaborazione con i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale (MMG) e con gli Specialisti operanti nelle Strutture pubbliche e private accreditate.

La definizione del Percorso è stata suggerita dalla necessità di individuare uno strumento di indirizzo clinico-terapeutico orientato soprattutto sulle aree di criticità

- carenza di sistematicità e continuità nel trattamento e nel monitoraggio del paziente iperteso;
- carenza di programmi finalizzati alla “educazione” dei pazienti nella gestione della malattia;
- mancata identificazione dei rispettivi ruoli dei MMG e degli Specialisti;
- diverso approccio al paziente da parte degli specialisti operanti nelle diverse strutture.

Il Percorso Diagnostico terapeutico è quindi finalizzato ad individuare modalità operative che consentano l'integrazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche, al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente iperteso.

E' rivolto ai MMG e ai Medici Specialisti operanti presso Strutture Ospedaliere Accreditate.

1. PREMESSA

Come è noto l'ipertensione arteriosa rappresenta, oltre che uno dei maggiori fattori di rischio cardiovascolari conosciuti, anche una delle più frequenti richieste di prestazione medica. Considerando la popolazione generale, ad esempio si evidenzia (dati ISTAT sino al 1994) una prevalenza, per il NORD-Italia, del 39% circa. Nel nostro paese sono circa 8 – 10 milioni i pazienti ipertesi. Da importanti studi epidemiologici sia internazionali (NHANES, condotto negli Stati Uniti) che nazionali (studio RIFLE, PAMELA, FADOI) è risultato evidente come:

- la percentuale dei soggetti ipertesi che sa di essere tale sia molto bassa (circa 50 – 70 %),
- la percentuale dei soggetti ipertesi trattati e ben controllati non raggiunga spesso il 25%.

Si ravvisa quindi la necessità di individuare i soggetti a rischio (inteso come rischio cardiovascolare globale) ed i pazienti con valori pressori elevati, al fine di fornire una educazione ed un approccio corretto per la terapia farmacologica e non farmacologica dell'ipertensione arteriosa, proprio per prevenire le complicanze, ridurre al minimo l'ospedalizzazione ed ottimizzare la spesa sanitaria in questo settore.

Un peso particolare deve essere dato, nel fornire le raccomandazioni per il controllo della ipertensione arteriosa, alla Evidence Based Medicine (la medicina basata sulle prove scientifiche),

agli accordi tra gli esperti e, per quanto riguarda la strategia del trattamento, alla stratificazione del rischio cardiovascolare come indicatore aggiuntivo per poter stimare i benefici assoluti da attendersi come conseguenza del trattamento.

Il corretto approccio della patologia ipertensiva comprende quindi, la prevenzione primaria, ove possibile, una diagnosi precoce e una corretta terapia con un intervento diretto educativo e di responsabilizzazione del paziente iperteso (e dei familiari dello stesso).

Ruolo cruciale quindi, è rivestito dal MMG, pur rimanendo fondamentale la collaborazione e l'interazione con gli Specialisti del Settore. E' infatti il MMG che deve agire in campo preventivo, terapeutico e di follow-up sul paziente iperteso e, come hanno dimostrato alcune esperienze, favorire l'adesione del paziente al percorso assistenziale.

L'ipertensione arteriosa riveste inoltre una particolare importanza per le rilevanti ricadute farmaco-economiche. Infatti l'ipertensione:

- presenta una elevata prevalenza nella popolazione adulta,
- è un pesante fattore di rischio cardiovascolare,
- richiede una terapia di durata indefinita,
- è connessa a complicanze inabilitanti,
- il suo trattamento comporta una elevata spesa.

I parametri che incidono sui costi sono, oltre al prezzo d'acquisto dei farmaci, la frequenza dei controlli clinici e di laboratorio, le spese di trasporto affrontate dai pazienti, i ricoveri ospedalieri, le assenze dal lavoro, la qualità della vita, l'adesione del paziente alla terapia. I dati della letteratura mostrano chiaramente come le spese accessorie siano generalmente più basse per i farmaci più recenti. E' stato inoltre dimostrato che negli ipertesi "non complianti", il rapporto costo beneficio peggiora drammaticamente (fino al 100%). Una bassa compliance causerà un maggior numero di complicanze con un corrispondente aumento dei costi.

2. OBIETTIVI DEL PERCORSO

Obiettivi generali

- Fornire ai medici dipendenti e convenzionati ed agli altri operatori sanitari una guida per la gestione del paziente iperteso.
- Migliorare l'individuazione ed il controllo dell'ipertensione arteriosa e ridurre il rischio cardiovascolare globale.
- Ottimizzare l'intervento sanitario.

Obiettivi specifici

- Incrementare la percentuale di pazienti ipertesi in buon controllo pressorio.
- Definire l'approccio organizzativo assistenziale ed i criteri di gestione integrata.
- Definire il percorso diagnostico, i livelli di intervento e le modalità di follow-up.
- Definire gli indirizzi dell'intervento farmacologico.
- Definire l'obiettivo pressorio da raggiungere tenendo conto delle varie situazioni cliniche.
- Predisporre strumenti per la diffusione e la condivisione delle linee guida.
- Predisporre strumenti per la verifica dell'applicazione e della efficacia delle linee guida.

3. DESTINATARI

Il Percorso:

- ha come popolazione target tutti gli assistiti dei MMG;
- è uno strumento di lavoro destinato ai MMG e ai Medici Specialisti operanti presso Strutture Ospedaliere Accreditate.

4. COMPITI DEL MMG

L'approccio diagnostico terapeutico del MMG nei confronti del paziente iperteso prevede:

- la **documentazione del riscontro ripetuto della pressione arteriosa elevata**;
- la **valutazione del paziente iperteso** con anamnesi, esame obiettivo, indagini di laboratorio ed esami strumentali, per identificare o escludere la presenza di:
 - cause note di ipertensione arteriosa,
 - danni agli organi bersaglio e malattie cardiovascolari clinicamente evidenti,
 - altri fattori di rischio cardiovascolare o malattie concomitanti che possono determinare la prognosi e influenzare il trattamento;
- il **trattamento ed il monitoraggio periodico e sistematico del paziente iperteso**.

Il MMG quindi:

- 1) Effettua un monitoraggio sistematico dei propri assistiti per individuare:
 - i soggetti ipertesi non diagnosticati,
 - soggetti "a rischio";
- 2) Riconosce i fattori di rischio concomitanti;
- 3) Individua i pazienti nei quali è più probabile la secondarietà dell'ipertensione arteriosa;
- 4) Gestisce il follow-up del paziente iperteso, in collaborazione con lo specialista di riferimento nei casi previsti;
- 5) Avvia la terapia di base in accordo con il percorso stabilito;
- 6) Sorveglia l'eventuale insorgenza di effetti collaterali delle terapie praticate;
- 7) Sorveglia i soggetti con valori pressori ai limiti superiori della norma;
- 8) Raccoglie i dati clinici in maniera omogenea e sistematica, utilizzando schede e/o cartelle cliniche cartacee o computerizzate;
- 9) Effettua l'educazione sanitaria ed il counselling del paziente iperteso e dei suoi familiari;
- 10) Corregge i comportamenti alimentari errati e suggerisce l'attività fisica più idonea
- 11) Richiede la consulenza degli specialisti e collabora con gli stessi.

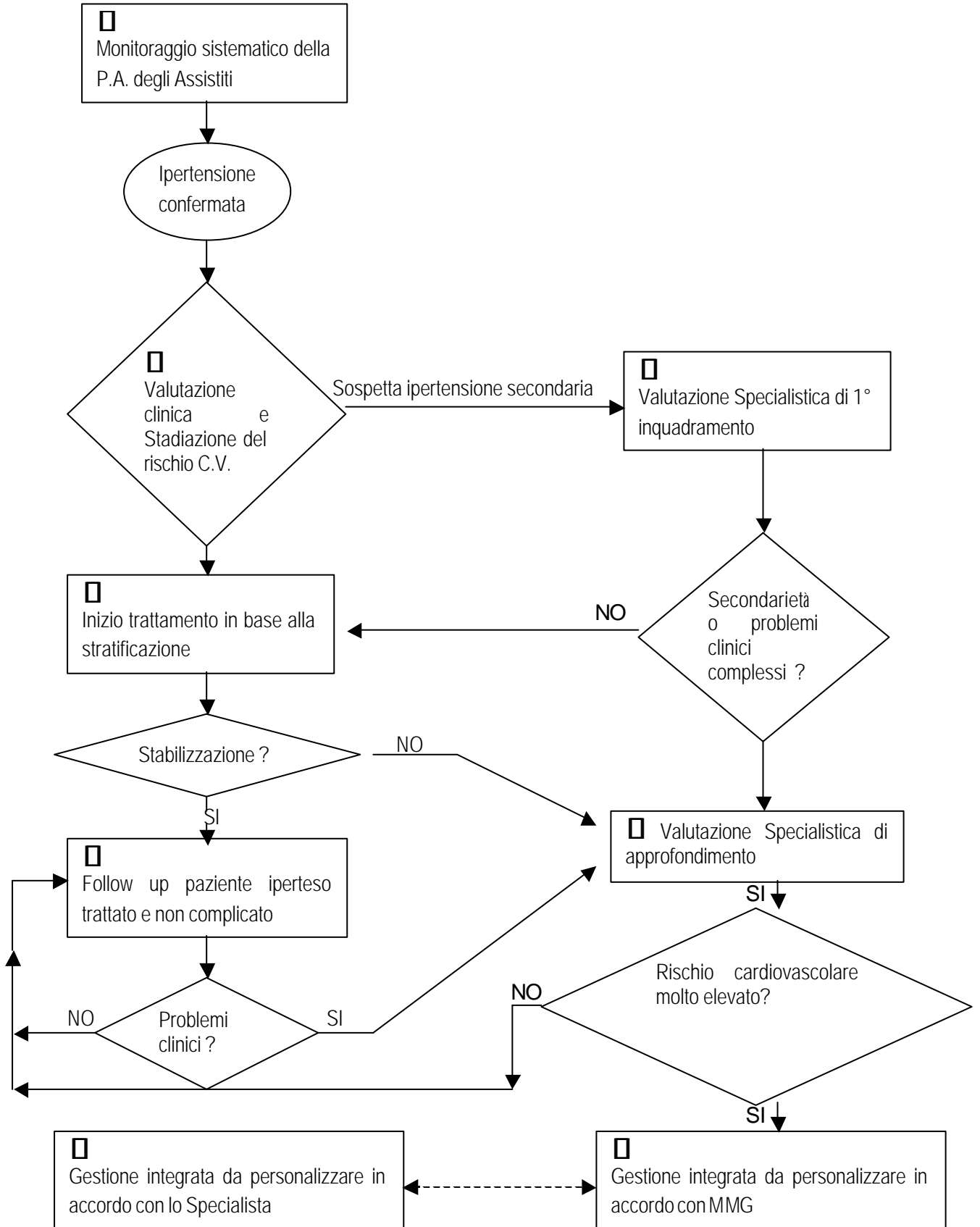
5. COMPITI DEGLI SPECIALISTI

- **Valutazioni specialistiche di primo inquadramento** per i soggetti con sospetta ipertensione secondaria;
- **Valutazioni specialistiche di approfondimento** nel caso di:
 - dubbio rilevante circa l'opportunità di iniziare il trattamento farmacologico,
 - ipertensione resistente (3 o più farmaci),
 - ipertesi in programma per interventi di chirurgia maggiore,
 - ipertesi con complicanze acute e/o rapidamente evolutive,
 - necessità di trattamento urgente (sospetta ipertensione accelerata o maligna; rischio di complicanze imminenti),
 - circostanze speciali quali: ipertensione inusualmente variabile, sospetta ipertensione clinica isolata (ipertensione da camice bianco), gravidanza
 - ipertesi con altre situazioni cliniche particolarmente impegnative;
- **Visite specialistiche periodiche** per pazienti ipertesi con rischio globale molto elevato
- **Emergenze ed urgenze ipertensive**

6. DIAGRAMMA DEL PERCORSO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE IPERTESO

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

SPECIALISTI



7. TAPPE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

(i numeri cerchiati corrispondono alle tappe evidenziate nel diagramma di flusso)

❶ Monitoraggio sistematico della pressione arteriosa degli assistiti

da parte del MMG

L'individuazione della ipertensione inizia con una **corretta misurazione della pressione arteriosa**. Ripetute misurazioni della pressione arteriosa permetteranno di stabilire se eventuali elevazioni rilevate inizialmente sono persistenti e richiedono una pronta attenzione o se le stesse sono transitorie e necessitano solamente di periodica sorveglianza, (come dimostrato da alcune studi che evidenziano una riduzione significativa dei valori pressori dalla prima alla terza visita medica in assenza di alcun trattamento farmacologico).

Sono da monitorare con attenzione gli assistiti che presentano uno dei seguenti fattori di rischio:

- Storia familiare di ipertensione, di malattie cardiovascolari e di insufficienza renale
- Storia familiare e personale di iperlipidemia
- Storia familiare e personale di diabete mellito
- Fumo
- Abitudini dietetiche a rischio (eccesso di sale, di calorie, di grassi)
- Personalità del paziente e contesto sociale di vita a rischio.

Si definiscono **normali** i valori tensivi inferiori a **130 mmHg per la sistolica e 85 mmHg per la diastolica**. Per valori tensivi superiori si parla di ipertensione arteriosa che può essere poi classificata in "borderline", lieve, moderata e grave.

Si parla quindi di ipertensione arteriosa quando la pressione sistolica è uguale o superiore a 140 mm Hg, o la pressione diastolica è uguale o superiore a 90 mm Hg, o è in corso un trattamento con farmaci antiipertensivi.

Tabella 1: Classificazione dell'ipertensione suggerita dall'OMS/ISH, basata sui livelli della pressione arteriosa nei soggetti adulti di età uguale o superiore a 18 anni.

| Categoria | Pressione arteriosa in mm Hg | |
|---|------------------------------|------------|
| | Sistolica | Diastolica |
| Ottimale | < 120 | < 80 |
| Normale | < 130 | < 85 |
| Normale – alta | 130 – 139 | 85 – 89 |
| Ipertensione di Grado 1 borderline | 140 – 149 | 90 – 94 |
| Ipertensione di Grado 1 lieve | 150 – 159 | 95 – 99 |
| Ipertensione di Grado 2 moderata | 160 – 179 | 100 – 109 |
| Ipertensione di Grado 3 grave | ≥ 180 | ≥ 110 |
| Ipertensione sistolica isolata borderline | 140 - 149 | < 90 |
| Ipertensione sistolica isolata | ≥ 150 | < 90 |

N.B.: Quando la pressione sistolica e diastolica di un paziente rientrano in categorie differenti la classificazione va fatta in base alla categoria maggiore.

I criteri di questa classificazione sono validi per individui che non stanno assumendo farmaci antipertensivi o che non presentano una malattia acuta. Essa si basa sulla media di due o più misurazioni della pressione arteriosa in ciascuna di due o più visite dopo la visita iniziale di screening. Quando la pressione sistolica e la pressione diastolica cadono in categorie differenti, va scelta la categoria più alta per classificare la pressione arteriosa.

Per le indicazioni operative, si veda la "Documentazione di approfondimento", riportata nella parte finale del Percorso al punto ❶.

② Valutazione clinica di base e stadiazione del rischio cardiovascolare

da parte del MMG

Una volta confermata la presenza di ipertensione, il MMG procede alla **stadiazione del rischio cardiovascolare globale** in modo da attivare il piano di trattamento e il monitoraggio corrispondente alla gravità prognostica.

A tal fine è necessario il perseguimento dei seguenti 3 obiettivi:

- a. Identificazione delle possibili cause di ipertensione arteriosa;
- b. Ricerca della eventuale presenza di danni a carico degli organi bersaglio e di malattie cardiovascolari clinicamente evidenti, con determinazione dell'estensione della malattia e della risposta alla terapia;
- c. Identificazione degli altri fattori di rischio cardiovascolare o di malattie concomitanti che possono influenzare la prognosi e il trattamento.

Operativamente, il MMG raccoglie gli elementi clinici necessari alla valutazione clinica:

- **anamnesi,**
- **esame obiettivo,**
- **indagini di laboratorio,**
- **esami strumentali.**

Il MMG procede quindi alla **stratificazione** del rischio cardiovascolare globale.

Nel caso il MMG riscontri una delle sottoindicate condizioni cliniche, prescrive l'effettuazione delle seguenti indagini di approfondimento:

ecocardiografia

- Ipertensione sistolo – diastolica grave (PAD \geq 115 mmHg);
- Evidenza di danno d'organo
- Presenza di condizioni di rischio cardiovascolare molto elevato;
- Sintomi a carico dell'apparato cardiovascolare.

registrazione Ambulatoriale della Pressione Arteriosa (ABPM):

- Per porre diagnosi di "ipertensione clinica isolata o "ipertensione ad camice bianco"
- Sintomi suggestivi per ipotensione arteriosa
- Variabilità pressoria eccessiva
- Resistenza alla terapia farmacologia (3 o + farmaci).

Nel caso il MMG **sospetti la presenza di una ipertensione secondaria**, anche sulla scorta dei segni clinici riportati nelle tabelle seguenti, il MMG indirizza l'assistito allo Specialista per una **“Valutazione Specialistica di Primo Inquadramento”** (3).

Elementi anamnestici suggestivi di ipertensione secondaria

- Storia familiare di malattie renali (rene policistico). Malattie renali, infezioni del tratto urinario, ematuria, abuso di analgesici (nefropatia interstiziale).
- Assunzione di farmaci o di sostanze: contraccettivi orali, liquirizia, carbenoxolone, vasocostrittori nasali, cocaina, farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS).
- Episodi di sudorazione, cefalea, ansia, aritmie (feocromocitoma).
- Episodi di debolezza muscolare o tetania (iperaldosteronismo)

Segni obiettivi suggestivi di ipertensione secondaria

- Caratteristiche della sindrome di Cushing;
- Ingrandimento della tiroide;
- Segni cutanei di neurofibromatosi con crisi ipertensive gravi (feocromocitoma);
- Riscontro di nefromegalia alla palpazione (rene policistico);
- Riscontro ascoltorio di soffi addominali (ipertensione renovascolare)
- Presenza di soffi cardiaci o toracici (coartazione aortica o aortite);
- Iposfigmia o ritardo dei polsi femorali o riduzione della pressione a livello dell'arteria poplitea (coartazione aortica o aortite).
- Fascicolazioni o parestesie con eventuale ipopotassiemia senza trattamento diuretico (iperaldosteronemia)

Per le indicazioni operative, si veda la “Documentazione di approfondimento”, riportata nella parte finale del Percorso al punto 2, che presenta in modo analitico i criteri clinici da adottare e gli strumenti di lavoro:

- **Linee guida per la raccolta dell'anamnesi del paziente iperteso**
- **Esame obiettivo per la valutazione del danno d'organo**
- **Test raccomandati per l'inquadramento di tutti gli ipertesi**
- **Test aggiuntivi (mirati in relazione a specifici sospetto clinici che devono essere esplicitati)**
- **Criteri per la stratificazione del rischio cardiovascolare globale**
- **Scheda per la valutazione del rischio cardiovascolare globale** che può essere adottata per sintetizzare tutti gli elementi clinici necessari alla stratificazione.

3 Valutazione specialistica di primo inquadramento

Nel caso il MMG abbia indirizzato l'assistito, per **sospetto di ipertensione secondaria**, per una **“Valutazione Specialistica di Primo Inquadramento”**, lo Specialista:

- effettua le indagini necessarie a confermare o escludere la sospettata secondarietà
- effettua la stratificazione del rischio cardiovascolare globale;
- avvia il trattamento appropriato o ne propone l'avvio al MMG;
- nel caso di situazioni cliniche complesse concorda con il MMG il piano per la gestione integrata personalizzata.

Vengono di seguito evidenziate le indicazioni per l'esecuzione di **indagini strumentali** a carattere specialistico.

Indicazioni all'esecuzione di Registrazione Ambulatoriale della Pressione Arteriosa (ABPM):

- Per porre diagnosi di “ipertensione clinica isolata o “ipertensione ad camice bianco”
- Sintomi suggestivi per ipotensione arteriosa

- Variabilità pressoria eccessiva
- Resistenza alla terapia farmacologia (3 o + farmaci).

Indicazioni all'esecuzione di Ecografia Renale:

se sospetto clinico di nefropatia.

Indicazioni all'esecuzione di indagine ultrasonografica arteriosa:

se è presente sospetto di vasculopatia aortica, carotidea o delle a.periferiche

Ulteriori indagini effettuabili in presenza di specifici sospetti clinici:

- Dosaggio di renina, angiotensina, aldosterone, corticosteroidi e catecolamine;
- aortografia ed arteriografia renale;
- ecodoppler velocimetrico delle arterie renali;
- scintigrafia renale e surrenale;
- tomografia assiale computerizzata (TAC).

Si ricorda invece che l'esecuzione dell'**ecocardiografia** nei pazienti ipertesi va riservata ai seguenti casi:

- Ipertensione sisto – diastolica grave (PAD > =115 mmHg);
- In caso di danno d'organo
- In presenza di condizioni di rischio cardiovascolare molto elevato;
- in caso di insorgenza di sintomi a carico dell'apparato cardiovascolare.

4 Inizio del trattamento del paziente iperteso in base alla stratificazione

L'obiettivo da perseguire nella gestione della ipertensione è ridurre la morbilità e la mortalità ad essa associate controllando la pressione nel modo meno invasivo possibile. Dal momento che la relazione tra rischio cardiovascolare e pressione arteriosa è continua l'obiettivo della terapia antipertensiva dovrebbe essere quello di ricondurre la pressione arteriosa a livelli già definiti come normali o ottimali. L'obiettivo può essere raggiunto con modificazioni dello stile di vita, da sole o associate al trattamento farmacologico.

I criteri generali di trattamento, non solo farmacologico, dell'ipertensione in base alla stratificazione del rischio sono riassunti nella tabella seguente:

Criteri generali di trattamento dell'ipertensione in base alla stratificazione del rischio

| |
|--|
| <p>RISCHIO MOLTO ELEVATO: Inizia terapia farmacologica e si propone la modifica dello stile di vita</p> |
| <p>RISCHIO ELEVATO: Inizia terapia farmacologica e si propone la modifica dello stile di vita</p> |
| <p>RISCHIO MEDIO: Si propone la modifica dello stile di vita. Monitoraggio della P.A. e degli altri fattori di rischio per 3-6 mesi: con PAS >= 140 o PAD >= 90: inizia terapia farmacologica con PAS < 140 o PAD < 90: continua il monitoraggio</p> |
| <p>RISCHIO BASSO: Si propone la modifica dello stile di vita. Monitoraggio della P.A. e degli altri fattori di rischio per 3-6 mesi: con PAS >= 150 o PAD >= 95: inizia terapia farmacologica con PAS < 150 o PAD < 95 (borderline): continua il monitoraggio</p> |

Per le indicazioni operative, si veda la “Documentazione di approfondimento”, riportata nella parte finale del Percorso al punto ④, che presenta in modo analitico i criteri clinici da adottare per avviare:

- **il trattamento dell'ipertensione arteriosa mediante modificazioni dello stile di vita;**
- **il trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa.**

Dopo l'inizio della terapia, il MMG verifica il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico desiderato e, se necessario, riaggiorna l'approccio clinico-terapeutico secondo lo schema seguente:

➤ **Obiettivo pressorio raggiunto entro 3 mesi:**

- Inizia il follow up del paziente iperteso trattato e non complicato.

➤ **Obiettivo pressorio non raggiunto dopo 3 mesi:**

- Se nessuna risposta, sostituire un farmaco o una combinazione a bassa dose con un'altra
- Se risposta parziale, aumentare la dose, aggiungere un farmaco di un'altra classe o passare a una combinazione a bassa dose
- Intensificare le modificazioni dello stile di vita

➤ **Comparsa di significativi effetti collaterali:**

- Sostituire il farmaco o la combinazione a basso dosaggio con altre classi farmacologiche
- Ridurre la dose e aggiungere un farmaco di altra classe

➤ **Se l'ipertensione è difficile da trattare o è resistente (3 farmaci o più):**

- Proporre il paziente allo Specialista per una “**Valutazione Specialistica di Approfondimento**” (⑥).

⑤ **Follow up del paziente iperteso trattato e non complicato**

Il MMG effettua un monitoraggio del paziente iperteso trattato, senza complicanze, secondo lo schema seguente:

➤ **OGNI 6 MESI:**

- Controllo della Pressione Arteriosa e della Frequenza Cardiaca
- Controllo del Peso e del BMI
- Intervista paziente per valutazione: aderenza terapia, effetti collaterali
- Monitoraggio dei fattori di rischio
- Rafforzare le modificazioni dello stile di vita.

➤ **OGNI ANNO:**

- Esami ematochimici previsti per il follow-up;
- Fondo oculare (in pazienti con rischio elevato o molto elevato); se il reperto è stabile per due anni consecutivi, l'indagine è da ripetere solo ogni 3 anni;
- ECG: in assenza altre patologie (diabete, cardiopatia ischemica) è da ripetere solo ogni 3 anni; nel caso in cui si riscontrino modifiche cliniche rilevanti, va effettuato subito.

In occasione dei controlli di follow up o di controlli clinici per altre cause, nel caso riscontri le seguenti condizioni, il MMG può gestire direttamente il caso ovvero **può proporre** il paziente allo Specialista per una “**Valutazione Specialistica di Approfondimento**”:

- sospetto di ipertensione secondaria,
- iperteso resistente (3 o più farmaci),

- iperteso in programma per interventi di chirurgia maggiore,
- iperteso con complicanze acute e/o rapidamente evolutive,
- necessità di trattamento urgente (sospetta ipertensione accelerata o maligna; rischio di complicanze imminenti),
- circostanze speciali quali: ipertensione inusualmente variabile, sospetta ipertensione clinica isolata (ipertensione da camice bianco), gravidanza,
- iperteso con altre situazioni cliniche particolarmente impegnative.

6 Valutazione Specialistica di Approfondimento

Nei casi sopraindicati il MMG può inviare il paziente allo Specialista cardiologo di riferimento (o a specialista diverso, in base al quadro clinico presentato dal paziente: internista, diabetologo, angiologo, ecc).

Lo Specialista formula esaustiva e completa risposta al quesito posto, proponendo gli eventuali accertamenti ritenuti necessari per l'approfondimento e la corretta prescrizione terapeutica.

Qualora si renda necessario formulare un piano di trattamento che preveda periodici e ripetuti controlli specialistici, è utile che i contenuti dello stesso siano esplicitati e concordati con il MMG e, in particolare, che siano condivise le Linee Guida o i Protocolli clinici di riferimento.

Lo Specialista ha facoltà di procedere contestualmente agli approfondimenti necessari, qualora ravvisi il carattere di urgenza o indilazionabilità della situazione, informando il MMG delle azioni intraprese e delle relative motivazioni.

7 Gestione integrata del paziente iperteso complicato.

Fatte salve le situazioni cliniche per le quali esiste già un percorso diagnostico terapeutico definito (v. Diabete, Ostruzione bronchiale cronica, ecc), il criterio di massima da adottare nelle situazioni cliniche complesse che richiedono la gestione integrata del paziente, è che tra Specialista e MMG siano concordate modalità e frequenza di attuazione dei controlli specialistici e degli accertamenti diagnostici necessari per ciascun caso.

Quadri clinici più frequentemente riconducibili a tale situazione:

- 1) iperteso con scompenso cardiaco congestizio ,
- 2) ipertensione con cardiopatia ischemica,
- 3) iperteso diabetico,
- 4) iperteso con esiti di ictus,
- 5) iperteso con stenosi carotidea non critica,
- 6) iperteso con BPCO,
- 7) iperteso con Insufficienza Renale Cronica,
- 8) Ipertensione in gravidanza e/o pre-eclampsia.

8. COMUNICAZIONE

L'attivazione del percorso diagnostico terapeutico presuppone la necessità di condividere una più agevole modalità di comunicazione tra gli Specialisti referenti ed i MMG, che consenta la possibilità di rapido scambio di notizie relative al paziente e di qualsiasi altra comunicazione si renda necessaria.

A tal fine si individuano le seguenti modalità

1. Quando il **MMG invia** il paziente allo specialista, formula un chiaro quesito che dovrà contenere:
 - classe di rischi cardiovascolare
 - diagnosi o sospetto diagnostico
 - presenza di patologie concomitanti
 - terapie di rilievo
 - indicazione che il paziente è seguito secondo il percorso
2. Lo **Specialista formula esaustiva e completa risposta** al quesito posto, proponendo:
 - eventuali accertamenti diagnostici necessari per l'inquadramento clinico del paziente
 - indicazioni terapeutiche.Quando lo Specialista procede contestualmente ad interventi diagnostico-terapeutici indilazionabili non richiesti in prima battuta dal MMG, è tenuto ad esplicitarne compiutamente le motivazioni.
3. Sia i **MMG che gli Specialisti esplicitano orari e recapito telefonico** per facilitare i contatti ed effettuare consulenze tra di loro.
4. Gli stessi **MMG e gli Specialisti possono altresì esplicitare l'indirizzo di posta elettronica**, per contatti/consulenze, a condizione di impegnarsi a leggere la posta almeno ogni 24/48 ore.

9. INDICATORI

Si prevede di monitorare l'evoluzione dell'attuazione del Percorso e dei risultati raggiunti mediante la rilevazione trimestrale dei seguenti indicatori.

| INDICATORE | OBIETTIVO |
|--|--|
| Numero pazienti ipertesi totali, seguiti secondo il percorso | Censire e riclassificare tutti i pazienti ipertesi |
| Numero pazienti ipertesi per ciascuno stadio, seguiti secondo il percorso | Censire e riclassificare tutti i pazienti ipertesi |
| Numero pazienti ipertesi trattati e controllati | Adeguate trattamento |
| Numero pazienti ipertesi trattati, normalizzati nel tempo, che non hanno presentato comparsa di danno d'organo | |
| Numero di visite eseguite per ipertensione secondaria | Razionalizzare l'utilizzo dei centri Specialistici di 2° livello |
| Numero di visite eseguite per ipertensione refrattaria | Razionalizzare l'utilizzo dei centri Specialistici di 2° livello |
| Tempi di attesa per effettuazione di prima visita e visite successive) | |
| N° DRGs per ipertensione complicata | Razionalizzazione dei costi con riduzione dei ricoveri impropri |
| N° DRGs per ipertensione | Razionalizzazione dei costi con riduzione dei ricoveri impropri |

10. ATTIVAZIONE DEL PERCORSO

1. Presentazione della proposta di percorso e raccolta del consenso (luglio 2001) da parte di:
 - Ordine dei medici,
 - Direzioni Sanitarie Strutture specialistiche,
 - Comitato aziendale dei MMG e PLS,
 - Assessorato regionale alla Sanità
2. Individuazione delle Strutture Ospedaliere che aderiscono al percorso (settembre 2001);
3. Iniziative di presentazione, sensibilizzazione, formazione (da settembre 2001);
4. Avvio operativo del percorso (ottobre 2001);
5. Verifiche trimestrali ed eventuale riaggiornamento del Percorso.

RINGRAZIAMENTI

Il percorso descritto è stato sviluppato sulla traccia di due documenti preliminari predisposti rispettivamente dai Medici Cardiologi della Clinica “San Rocco” di Ome (Piccoli Alfonso) e da un gruppo di Medici di medicina generale (Bonetti Angiolino, Casali Giovanni Pietro, Micheli Piersevero, Rossi Angelo, Ruggeri Cristoforo, Tironi Francesco, Zadra Alessandro, Filippi Alessandro), cui vanno i ringraziamenti per la l’impegno profuso nella realizzazione del documento finale.

BIBLIOGRAFIA

Per la stesura del Percorso si è fatto riferimento elettivamente ai seguenti documenti:

- a. *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997; 157:2413-2446*
- b. *Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997; 157:2413-2446*
- c. *Linee Guida 1999 per il trattamento dell’ipertensione arteriosa dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e della Società Internazionale dell’Ipertensione (ISH) Journal of Hypertension 1999, 17: 151-183.*
- d. *British Hypertension Society guidelines for hypertension management 1999: summary. BMJ 1999, 319: 630-635.*
- e. *Mancia G., Sega R., Milesi C. et al. Blood Pressure control in the hypertensive population. Lancet 1997;349:454-457.*
- f. *Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. European Heart Journal (1998) 19,1434-1503.*

Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. The Lancet. Vol 351. June 13, 1998.

DOCUMENTAZIONE DI APPROFONDIMENTO

① Monitoraggio sistematico della pressione arteriosa degli assistiti da parte del MMG

**Modalità da adottare
per misurare correttamente la pressione a tutti i pazienti in carico e registrarne i valori.**

- Si raccomanda l'utilizzo di sfigmomanometri a mercurio o eventualmente strumenti non a mercurio (aneroidi e/o elettronici) regolarmente tarati.
- Il paziente deve essere seduto da 5 minuti in ambiente confortevole e si deve essere astenuto da almeno mezz'ora da fumo e da caffè (si misuri la pressione anche in clinostatismo in anziani e diabetici).
- Il braccio deve essere appoggiato sul tavolo a livello del cuore.
- Il bracciale deve fasciare almeno i 2/3 della lunghezza del braccio (utilizzare bracciali più grandi per braccia di maggiori dimensioni o più piccoli per i bambini).
- Il manicotto dev'essere sgonfiato a 2 mm/sec e la pressione arteriosa approssimata ai 2 mmHg più vicini.
- La pressione diastolica è registrata alla scomparsa dei suoni (V tono di Korotkov).
- Effettuare almeno due misurazioni a distanza di 2' ad ogni visita e porre la diagnosi relativa ai valori pressori dopo almeno quattro visite in distinte occasioni.
- Sono accettabili misurazioni pressorie domiciliari ottenute dagli stessi pazienti per permettere l'eliminazione di fattori ambientali ed emotivi che determinano "l'ipertensione da camice bianco" o, come spesso verificiamo, da Pronto Soccorso. Tali misurazioni potrebbero servire anche per il monitoraggio della terapia; esse possono essere confrontate con la misurazione ambulatoriale se effettuate con misuratori a bracciale e diminuendole di 5 mmHg per PAS e PAD.

② Valutazione clinica di base e stadiazione del rischio cardiovascolare da parte del MMG

Linee guida per la raccolta dell'anamnesi del paziente iperteso

Fattori di rischio

- Storia familiare di ipertensione, di malattie cardiovascolari e di insufficienza renale
- Storia familiare e personale di iperlipidemia
- Storia familiare e personale di diabete mellito
- Fumo
- Abitudini dietetiche
- Personalità del paziente e contesto sociale di vita

Elementi suggestivi di ipertensione secondaria

- Storia familiare di malattie renali (rene policistico). Malattie renali, infezioni del tratto urinario, ematuria, abuso di analgesici (nefropatia interstiziale).
- Assunzione di farmaci o di sostanze: contraccettivi orali, liquirizia, carbenoxolone, vasocostrittori nasali, cocaina, farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS).
- Episodi di sudorazione, cefalea, ansia, aritmie (feocromocitoma).
- Episodi di debolezza muscolare o tetania (iperaldosteronismo)

Sintomi di danno d'organo

- **Cervello e occhi:** cefalea, vertigini, disturbi del visus, TIA, deficit sensitivo/motori.
- **Cuore:** cardiopalmo, dolore precordiale, dispnea, edemi periferici.
- **Rene:** sete, poliuria, nicturia, ematuria.
- **Arterie periferiche:** estremità fredde, claudicatio internittens

Esame obiettivo per la valutazione delle ipertensioni secondarie e del danno d'organo

Segni suggestivi di ipertensione secondaria

- Caratteristiche della sindrome di Cushing;
- Ingrandimento della tiroide;
- Segni cutanei di neurofibromatosi con crisi ipertensive gravi (feocromocitoma);
- Riscontro di nefromegalia alla palpazione (rene policistico); Riscontro ascoltorio di soffi addominali (ipertensione renovascolare)
- Presenza di soffi cardiaci o toracici (coartazione aortica o aortite);
- Iposfigmia o ritardo dei polsi femorali o riduzione della pressione a livello dell'arteria poplitea (coartazione aortica o aortite).
- Fascicolazioni o parestesie con eventuale ipopotassiemia senza trattamento diuretico (iperaldosteronemia)

Segni di danno d'organo

- **Cervello:** soffi sulle carotidi, difetti motorio/sensitivi;
- **Retina:** anomalie del fondo oculare (restringimento generalizzato o focale delle arterie retiniche con rapporto artero/venoso da 1/3 a non oltre 2-3 diametri papillari dalla papilla).
- **Cuore:** Dislocazione dell'itmo cardiaco, aritmie, ritmo di galoppo, rantoli polmonari, edemi declivi.
- **Arterie periferiche:** assenza, riduzione o asimmetria dei polsi arteriosi, estremità fredde, lesioni cutanee di tipo ischemico.
- **Aorta toraco-addominale:** alterazioni palpatorie dell'obiettività aortica, soffi addominali.
- Valutazione **neurologica**

Test raccomandati per il primo inquadramento di tutti gli ipertesi e del paziente iperteso trattato, non complicato

Esami ematochimici

- Esame urine con ricerca della presenza di sangue, proteine, glucosio e studio microscopico del sedimento.
- Creatininemia
- Potassiemia (il sodio è spesso misurato nello stesso campione)
- Glicemia a digiuno
- Colesterolemia totale, HDL-Colesterolo, Trigliceridi

Esami strumentali

- Elettrocardiogramma
- Rx torace (dopo i 50 anni)
- Fondo oculare

Test aggiuntivi mirati in relazione a specifici sospetti clinici (che devono essere esplicitati)

- Emoglobina ed ematocrito
- Uricemia
- Urinocoltura
- Microalbuminuria
- Ecocardiografia in caso di:
 - Ipertensione sistolo – diastolica grave (PAD \geq 115 mmHg);
 - sospetto clinico di ipertrofia ventricolare sinistra o sospetta cardiopatia
 - In caso di danno d'organo
 - In presenza di condizioni di rischio cardiovascolare elevato e molto elevato;
 - in caso di insorgenza di sintomi a carico dell'apparato cardiovascolare

Indicazioni all'esecuzione di Registrazione Ambulatoria della Pressione Arteriosa (ABPM):

- Per porre diagnosi di "ipertensione clinica isolata o "ipertensione ad camice bianco"
- Sintomi suggestivi per ipotensione arteriosa
- Variabilità pressoria eccessiva
- Resistenza alla terapia farmacologica (3 o + farmaci).

Criteria per la stratificazione del rischio cardiovascolare globale

Il rischio di malattia cardiovascolare in pazienti con ipertensione è determinato non solo dai livelli della pressione arteriosa ma anche da:

- fattori di rischio cardiovascolare,
- danni d'organo,
- patologie associate.

FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Da usare per la quantificazione del rischio

- ✓ Valori di PAS e PAD (grado 1, 2, 3)
- ✓ Sesso maschile > 55 anni di età
- ✓ Sesso femminile > 65 anni di età
- ✓ Fumo di sigaretta
- ✓ Colesterolemia \geq 250 mg/dl
- ✓ Diabete mellito
- ✓ Familiarità per m. cardiovascolari precoci (*prima dei 65 anni nella donna, prima dei 55 anni nel maschio*)

Altri fattori che influenzano negativamente la prognosi

- ✓ Ridotta colesterolemia HDL
- ✓ Aumentata colesterolemia LDL
- ✓ Microalbuminuria (nel paziente diabetico)
- ✓ Intolleranza glucidica
- ✓ Obesità
- ✓ Sedentarietà
- ✓ Aumentato fibrinogeno plasmatico
- ✓ Condizione socioeconomica a rischio elevato

DANNO D'ORGANO

u Ipertrofia ventricolare sinistra

(ECG, Rx del torace, Ecocardiogramma)

u Proteinuria e/o modesto incremento creatinemia (1.2 – 2.0 mg/dl)

u Evidenza ultrasonografica o radiografica di placche aterosclerotiche (carotidi, iliache e femorali, aorta).

u Restringimento generalizzato o focale delle arterie retiniche

(rapporto A/V \leq 1:3 a non oltre 2-3 diametri papillari dalla papilla)

PATOLOGIE ASSOCIATE

u Malattie cerebrovascolari: Ictus ischemico; Emorragia cerebrale; Attacchi ischemici transitori

u Cardiopatie: Infarto miocardio; Angina; Rivascolarizzazione coronaria; Scompenso cardiaco

u Nefropatie: Nefropatia diabetica; Insufficienza renale; (creatinina > 2 mg/dl)

u Vasculopatie: Aneurisma aorta addominale; Arteriopatia a. inferiori

u Retinopatia ipertensiva in fase avanzata: Emorragie o essudati; Papilledema

I fattori prima evidenziati modificano in maniera indipendente il rischio per successiva malattia cardiovascolare e pertanto sulla base di essi, oltre che dei livelli di pressione arteriosa, è possibile inquadrare prognosticamente i pazienti in uno dei seguenti quattro gruppi di rischio.

Le tabelle permettono di stratificare i pazienti in base al rischio cardiovascolare e di determinare quindi la soglia a cui iniziare il trattamento farmacologico antipertensivo e stabilire il valore di pressione arteriosa che dovrebbe essere raggiunto e l'impegno con il quale dovrebbe essere perseguito questo obiettivo.

Naturalmente, alla luce della nota CUF 13, la stratificazione del rischio può essere effettuata anche con le tabelle della II task force europea per la prevenzione del rischio coronarico, basate sull'equazione di FRAMINGHAM (che comunque è considerata nella tabella seguente), ricordando però che quest'ultima non tiene conto di alcuni importanti elementi per stratificazione del rischio quali la presenza o meno di ipertrofia ventricolare sinistra.

elementi per la stratificazione del rischio nella valutazione della prognosi

| | Grado 1 (ipertensione lieve) PAS 140-159 o PAD 90-99 | Grado 2 (ipertensione moderata) PAS 160-179 o PAD 100-109 | Grado 3 (ipertensione severa) PAS > 180 o PAD >110 |
|--|--|---|--|
| I. Nessun altro fattore di rischio | BASSO RISCHIO | RISCHIO MEDIO | RISCHIO ELEVATO |
| II. 1 – 2 altri fattori di rischio | RISCHIO MEDIO | RISCHIO MEDIO | RISCHIO MOLTO ELEVATO |
| III. 3 o più fattori di rischio o danno d'organo o diabete | RISCHIO ELEVATO | RISCHIO ELEVATO | RISCHIO MOLTO ELEVATO |
| IV. Patologie associate | RISCHIO MOLTO ELEVATO | RISCHIO MOLTO ELEVATO | RISCHIO MOLTO ELEVATO |

| Rischio | BASSO | MEDIO | ELEVATO | MOLTO ELEVATO |
|---|--------------|--------------|----------------|----------------------|
| Rischio assoluto di CVD in 10 anni | < 15 % | 15 – 20 % | 20 – 30 % | > 30 % |
| Eventi CVD prevenuti anno x 1000 pazienti riducendo la PA | | | | |
| < di 10/ 5 mm Hg | < 5 | 5 – 7 | 7 – 10 | > 10 |
| < di 20/10 mm Hg | < 9 | 8 - 11 | 11 - 17 | > 17 |

Scheda per la valutazione del RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE

FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

| | | | | |
|--|-------------|---------------------|---------------------|----|
| Valori di PAS e PAD | mmHg (grado | 1, | 2, | 3) |
| Sesso | | maschile > 55 anni | maschile < 55 anni | |
| | | femminile > 65 anni | femminile > 65 anni | |
| Fumo di sigaretta | | s  | no | |
| Colesterolemia > 250 mg/dl | | s  | no | |
| Diabete mellito | | s  | no | |
| Familiarit  per malattie cardiovasc. precoci (prima dei 65 anni nella donna, prima dei 55 anni nel maschio) | | s  | no | |

DANNO D'ORGANO

- **Ipertofia ventricolare sinistra** s  no
(ECG, Rx del torace, Ecocardiogramma *da richiedere se sospetto clinico di IVS o sospetta cardiopatia*)
- **Proteinuria e/o modesto incremento creatininemia** s  no
(1.2 – 2.0 mg/dl)
- **Vasculopatia** s  no
(Evidenza ultrasonografica o radiografica di placche aterosclerotiche (carotidi, iliache e femorali, aorta).
- **Retinopatia** s  no
(*Restrignimento generalizzato o focale delle arterie retiniche*)
(rapporto A/V 1:3 a non oltre 2-3 diametri papillari dalla papilla)

PATOLOGIE ASSOCIATE

- **Malattie cerebrovascolari** Ictus ischemico
Emorragia cerebrale
Attacchi ischemici transitori
nessuna delle precedenti
- **Cardiopatie** Infarto miocardio
Angina
Rivascolarizzazione coronarica
Scompenso cardiaco
nessuna delle precedenti
- **Nefropatie** Nefropatia diabetica
Insufficienza renale
(creatinina > 2 mg/dl)
nessuna delle precedenti
- **Vasculopatie** Aneurisma aorta addominale
Arteriopatia a. inferiori
nessuna delle precedenti
- **Retinopatia ipertensiva in fase avanzata** Emorragie o essudati
Papilledema
nessuna delle precedenti

RISCHIO: **basso** **medio** **elevato** **molto elevato**

4 Inizio del trattamento del paziente iperteso in base alla stratificazione

Modificazioni dello stile di vita

modificazioni dello stile di vita per la prevenzione ed il trattamento della ipertensione arteriosa

- **RIDUZIONE DEL PESO IN ECCESSO**
- **LIMITAZIONE DELL'INTROITO GIORNALIERO DI ALCOL a non più di 30 grammi di etanolo per i maschi (ad es. 720 millilitri di birra, o 300 millilitri di vino o 60 millilitri di grappa) e 15 grammi di etanolo per le donne e le persone di minor peso.**
- **AUMENTO DELL'ATTIVITÀ FISICA AEROBICA (30-45 min. per la maggior parte dei giorni della settimana)**
- **RIDUZIONE DELL'INTROITO DI SODIO a non più di 100 mmol/die (circa 6 grammi di sale da cucina)**
- Assicurare un adeguato apporto di potassio, calcio e magnesio con la dieta
- Smettere di fumare
- Ridurre l'introito dietetico di grassi saturi e di colesterolo

La riduzione del peso. Un eccesso di peso corporeo - un indice di massa corporea (il peso in chilogrammi diviso per il quadrato dell'altezza in metri) di 27 o più - si correla strettamente con una pressione arteriosa aumentata. Anche il deposito in eccesso di grasso nella parte superiore del corpo (viscerale o addominale) si associa con il rischio di ipertensione, dislipidemia, diabete, e mortalità coronarica. Una riduzione del peso riduce la pressione arteriosa in una grande percentuale di persone ipertese con sovrappeso, potenzia l'effetto ipotensivante della terapia farmacologica e può significativamente ridurre i fattori di rischio concomitanti, quali il diabete e la dislipidemia.

La moderazione nell'assunzione di alcol. Una eccessiva assunzione di alcol è un importante fattore di rischio per ipertensione, può causare resistenza alla terapia antipertensiva, ed è un fattore di rischio per ictus. Una ipertensione significativa può svilupparsi durante l'improvvisa sospensione del consumo pesante di alcol ma regredisce entro pochi giorni, dopo che il consumo di alcol è stato ridotto.

Attività fisica. La pressione arteriosa può essere abbassata con attività fisica moderatamente intensa (40%-60% di consumo massimo di ossigeno), quale un camminare in fretta (brisk walking) per un tempo di 30-45 minuti per la maggior parte dei giorni della settimana. La maggior parte delle persone possono accrescere tranquillamente il proprio livello di attività fisica senza una valutazione medica approfondita. Pazienti con problemi cardiaci o altri seri problemi di salute necessitano di una valutazione più completa.

Moderazione del sodio nella dieta. Bisogna ridurre la quantità di sale che si utilizza per la preparazione dei cibi ed evitare di aggiungere il sale a tavola. Va comunque tenuto presente che il 75% dell'introito di sodio deriva da cibi confezionati. Con appropriati consigli, i pazienti ed i loro familiari possono imparare a leggere le etichette dei cibi ed a selezionare i cibi meno salati. L'introduzione delle modificazioni dello stile di vita non dovrebbero ritardare l'inizio di un efficace regime farmacologico antiipertensivo in coloro che sono a più alto rischio .

Trattamento farmacologico

La decisione di intraprendere un trattamento farmacologico richiede di prendere in considerazione diversi fattori: il grado di elevazione della pressione arteriosa, la presenza di danni a carico degli organi bersaglio, e la presenza di malattia cardiovascolare clinica o di altri fattori di rischio .

Considerazioni speciali sulla terapia farmacologica

- I farmaci antipertensivi possono produrre un peggioramento di alcune malattie ed un miglioramento di altre. La selezione di un agente antipertensivo dotato di azione favorevole su una coesistente malattia semplificherà i regimi terapeutici e ridurrà i costi.
- Sebbene i farmaci antipertensivi possano causare effetti avversi in alcuni pazienti, talora la qualità di vita può non peggiorare o anche migliorare con l'opportuna scelta del farmaco tra quelli consigliati per la terapia iniziale.
- Alcune caratteristiche del paziente (ad es. il peso corporeo, la frequenza cardiaca, l'attività reninica plasmatica, le misurazioni emodinamiche) possono essere tenute in considerazione nella scelta di una specifica terapia.
- Il costo dei farmaci va tenuto in considerazione quando si sceglie la terapia antipertensiva. Le nuove molecole sono in genere più costose dei diuretici e dei beta-bloccanti .Se questi nuovi agenti dovessero dimostrarsi ugualmente efficaci, bisognerebbe tenere conto del costo nella scelta della iniziale terapia; se si dimostrassero più efficaci, il problema del costo dovrebbe passare in seconda considerazione. I costi di trattamento includono non solo il prezzo dei farmaci ma anche la spesa degli esami di laboratorio routinari e specifici, le terapie supplementari, le visite in ambulatorio, ed il tempo lavorativo utilizzato per le visite mediche.
- Alcune interazioni tra farmaci possono essere utili. Ad esempio, i diuretici che agiscono in siti diversi del nefrone, come la furosemide ed i tiazidici, aumentano la natriuresi e la diuresi; alcuni calcio antagonisti riducono le quantità richieste di ciclosporina. Altre interazioni sono sfavorevoli: gli antinfiammatori non steroidei (NSAIDs) possono attenuare l'azione di diuretici, betabloccanti ed ACE-inibitori.

Indicazioni e controindicazioni primarie e possibili per le principali classi di farmaci antipertensivi

| Classi | Indicazioni | | Controindicazioni | |
|---|--|---|--|--|
| | Primarie | Possibili | Possibili | Primarie |
| α -bloccanti | Iperptrofia prostatica | Dislipidemia Intolleranza glicidica | Ipotensione posturale | Incontinenza urinaria |
| ACE – Inibitori | Insuff. Cardiaca Disfunzione sistol. vent sn. Post IMA Nefropatia diabete tipo I | Nefropatia cronica Nefropatia diabete tipo II | Insufficienza renale Arteriopatia periferica | Gravidanza Malattia reno-vascolare Iperpotassiemia |
| Sartanici | Tosse da ACE-Inibitori | Insuff. Cardiaca Intolleranza altri farmaci antipertensivi | Arteriopatia Periferica Insufficienza renale | Come ACE-I |
| β-bloccanti | Post IMA Angina Tachiaritmie | Insufficienza cardiaca (uso specialistico) Diabete Gravidanza Tremore essenziale Emicrania Iperiparatiroidismo | Insuff. Cardiaca Dislipidemia Arteriopatia periferica Atleti Depressione | Asma o BPCO Blocco A-V. |
| Ca-antagon. Diidropiridinici (DHP) | Iperensione sistolica isolata dell'anziano | Angina Paziente anziano Vasculopatia periferica | | |
| Ca-antagon. Non DHP | Angina Tachiaritmie | Infarto miocardico Emicrania | Associazione con β-bloccanti | Blocco AV Insufficienza cardiaca |
| Diuretici Tiazidici | Anziano Iperensione sistolica Insufficienza Cardiaca. | Diabete Osteoporosi | Dislipidemie Uomini sessualmente attivi | Gotta Iperparatiroidismo |

Terapia farmacologica iniziale.

Una volta che si è presa la decisione di iniziare una terapia farmacologica antipertensiva e non ci sono indicazioni per usare agenti specifici, si dovrebbe scegliere un diuretico o un beta-bloccante, dal momento che numerosi trial clinici controllati hanno dimostrato una riduzione della morbilità e della mortalità con questi farmaci.

Anche se sono disponibili attualmente trials clinici di provata penetranza per quanto riguarda calcio-antagonisti e ACE- inibitori che dimostrano stessa efficacia in termini di riduzione di mortalità e morbilità e con anche minor effetti collaterali dei diuretici e beta-bloccanti (INSIGHT, CAPP, SYST-EUR). Come è possibile vedere nella tabella seguente, esistono indicazioni primarie, che derivano dai risultati degli studi clinici controllati, per l'uso di farmaci specifici in certe condizioni cliniche. In altre situazioni in cui i risultati degli studi non sono ancora disponibili la scelta dovrebbe essere individualizzata usando il farmaco che più strettamente si adatta alle necessità del paziente (indicazioni possibili).

Bisogna inoltre considerare che solo una modesta percentuale di paziente può essere trattato in maniera ottimale (cioè con valori <135/85 mmHg) con una monoterapia (studio HOT).

Obiettivi pressori da raggiungere in corso di terapia farmacologica.

| <i>obiettivi pressori da raggiungere in terapia</i> | | |
|--|-----------------------|------------------------|
| | Non diabetici | Diabetici |
| Pressione in ambulatorio | < 140 – 90* | < 130 - 80** |
| <i>equivalente a:</i> | | |
| Pressione a domicilio o monitoraggio (media 24 ore) | <125 - 80 | < 120 - 75 |

* Nei soggetti giovani e di mezza età è auspicabile raggiungere valori pressori < 130/85 mm Hg.

**Per i pazienti con proteinuria > di 1 g è auspicabile raggiungere valori pressori < 125/75 mm Hg

Monoterapia e terapia di associazione.

I farmaci antipertensivi disponibili producono, quando impiegati in monoterapia alla dose consigliata, riduzioni pressorie tra loro molto simili e proporzionali al valore iniziale di pressione, in media del 4-8% sia per la sistolica che per la diastolica. In molti pazienti riduzioni di queste entità possono essere insufficienti per raggiungere l'obiettivo terapeutico. Se la risposta al farmaco scelto inizialmente è inadeguata dopo che si è raggiunta la dose piena, due opzioni devono essere prese in considerazione per la terapia successiva :

- (1) Se il paziente ha tollerato bene la prima scelta, aggiungere un secondo farmaco di altra classe.
- (2) Se il paziente ha avuto significativi effetti collaterali o non ha risposto, sostituire il farmaco con un altro di altra classe.

Se il diuretico non è stato scelto come farmaco di prima linea, esso di solito è indicato come farmaco aggiuntivo mirante a potenziare l'effetto degli altri farmaci. Quando l'introduzione di un secondo farmaco permette un controllo soddisfacente della pressione arteriosa, può essere preso in considerazione un tentativo di sospendere il primo farmaco.

In molti casi l'utilizzo di una terapia di associazione con dosi sottomassimali dei singoli farmaci può permettere riduzioni dei valori pressori dell' 8-15% sia per la sistolica che per la diastolica, ovvero riduzioni nettamente superiori rispetto a quelle ottenibili dai singoli farmaci a dosi piene (effetto additivo) con minori effetti collaterali. Le combinazioni farmacologiche più efficaci sono elencate nella tabella seguente.

Combinazioni farmacologiche efficaci

| | |
|------------------------|--|
| Diuretico | Beta bloccante |
| Diuretico | ACE-Inibitore |
| Diuretico | Antagonista dei recettori dell'Angiotensina II |
| Calcio antagonista DHP | Beta bloccante |
| Calcio antagonista | ACE-Inibitore |
| Alfa bloccante | Beta bloccante |

Combinazioni a dosi fisse presenti in commercio possono essere convenienti per alcuni pazienti quando la monoterapia risulti inefficace, quando le singoli componenti della combinazione siano appropriate e quando non ci siano implicazioni di costi maggiori.

Prima di assumere decisioni di incremento dei dosaggi o di associazione di nuovi farmaci il medico dovrebbe prendere in considerazione le possibili ragioni della mancata risposta alla terapia.

Ipertensione refrattaria.

Si parla di ipertensione refrattaria quando una strategia terapeutica che comprende sia modificazioni dello stile di vita, sia associazione di farmaci in dosi adeguate, fallisce nello scopo di ridurre la pressione sotto i 140/90 mm Hg. In queste situazioni va considerato il ricorso allo specialista.

Fase di avviamento del trattamento farmacologico.

Per la maggioranza dei pazienti (ipertensione non complicata, ipertensione di grado lieve) la terapia dovrebbe iniziare con i dosaggi più bassi del farmaco scelto, in modo da prevenire le possibili conseguenze negative di una riduzione eccessiva o troppo rapida della pressione arteriosa. Se la pressione arteriosa, dopo quattro – otto settimane, non ha raggiunto ancora il valore fissato come obiettivo, bisogna aumentare il dosaggio.

La maggioranza dei pazienti andrebbe rivista entro 1 o 2 mesi dopo l'inizio della terapia, in modo da valutare l'adeguatezza del controllo pressorio, il grado di aderenza del paziente alla terapia, e la presenza di effetti collaterali. Fattori che contribuiscono a determinare la frequenza delle visite di controllo sono anche l'entità del danno agli organi bersaglio, la presenza di altri fattori di rischio maggiori e alterazioni degli esami di laboratorio.

Istruzione del paziente e aderenza al trattamento.

La causa principale di un inadeguato controllo della pressione arteriosa è la scarsa aderenza alla terapia antipertensiva. Pertanto il medico deve conoscere l'esistenza e l'importanza di questo problema e adottare gli interventi opportuni per minimizzarlo.

Linee guida generali per migliorare l'aderenza del paziente alla terapia antipertensiva

- Individua i segni di mancata aderenza del paziente alla terapia antiipertensiva.
- Stabilisci l'obiettivo della terapia: ridurre la pressione arteriosa a livelli non ipertensivi con effetti collaterali assenti o minimi.
- Fornisci ai pazienti informazioni sulla malattia coinvolgendoli con i familiari nel trattamento, anche consigliando l'uso della misurazione della pressione a domicilio.
- Mantieni un contatto con i pazienti; prendi in considerazione la telecomunicazione.
- Scegli una terapia semplice e poco costosa.
- Incoraggia le modificazioni dello stile di vita.
- Integra l'assunzione dei farmaci con le attività routinarie della vita quotidiana.
- Prescrivi i farmaci in accordo con i principi della farmacologia dando preferenze ai composti a lunga durata d'azione.
- Accetta di interrompere una terapia inefficace e cerca un approccio diverso.
- Prevedi gli effetti collaterali e regola la terapia in modo da prevenire, minimizzare o attenuare gli effetti collaterali.
- Continua ad aggiungere farmaci efficaci e ben tollerati, in successione, nelle dosi sufficienti per raggiungere l'obiettivo terapeutico.
- Incoraggia un atteggiamento positivo circa il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.
- Considera il coinvolgimento dell'infermiere nella gestione del paziente.

Ipertensione dell'anziano.

Queste persone hanno un rischio più alto di complicanze cardiovascolari, comprese l'insufficienza cardiaca e la demenza, rispetto agli ipertesi più giovani, e detto rischio si riduce con il trattamento dell'ipertensione tanto diastolica quanto sistolica isolata. Il trattamento antipertensivo è benefico fino ad almeno gli 80 anni, ed uno screening regolare dell'ipertensione arteriosa dovrebbe essere continuato fino a questa età. Una volta che il trattamento è iniziato, esso dovrebbe essere continuato anche dopo gli 80 anni. Quando l'ipertensione è diagnosticata in persone di oltre 80 anni ci sono scarse prove circa l'indirizzo clinico-terapeutico da seguire e pertanto le decisioni del trattamento dovrebbero basarsi sulla età biologica piuttosto che su quella cronologica. Piccole dosi di tiazidico sono da preferirsi come trattamento di prima linea per i soggetti anziani. I beta-bloccanti sono meno efficaci dei tiazidici in prima linea. I calcioantagonisti diidropiridinici rappresentano una valida alternativa ai tiazidici quando questi risultino inefficaci, controindicato o non tollerati.

Terapia a scalare in basso.

Qualora l'ipertensione risulti controllata efficacemente da almeno un anno si può prendere in considerazione un tentativo di ridurre il dosaggio ed il numero dei farmaci antiipertensivi. La riduzione dovrebbe avvenire in maniera programmata, lentamente e progressivamente. La terapia a scalare ha maggiore probabilità di successo in quei pazienti che mantengono una buona aderenza alle modificazioni dello stile di vita. Quando si interrompe un trattamento farmacologico il paziente andrebbe seguito con visite programmate perché la pressione arteriosa tende di solito a risalire ai valori di pre-trattamento entro mesi o anni dall'interruzione, specialmente in assenza di stabili modificazioni nello stile di vita.

Terapia con acido acetilsalicilico.

Se non ci sono controindicazioni:

Alla luce dei risultati dello studio HOT si utilizzi nella prevenzione primaria, al dosaggio di 75 mg, in pazienti ipertesi con più di 50 anni che abbiano soddisfacente controllo della pressione arteriosa e danno d'organo e/o diabete e/o RCV globale $> 0 = 20\%$.

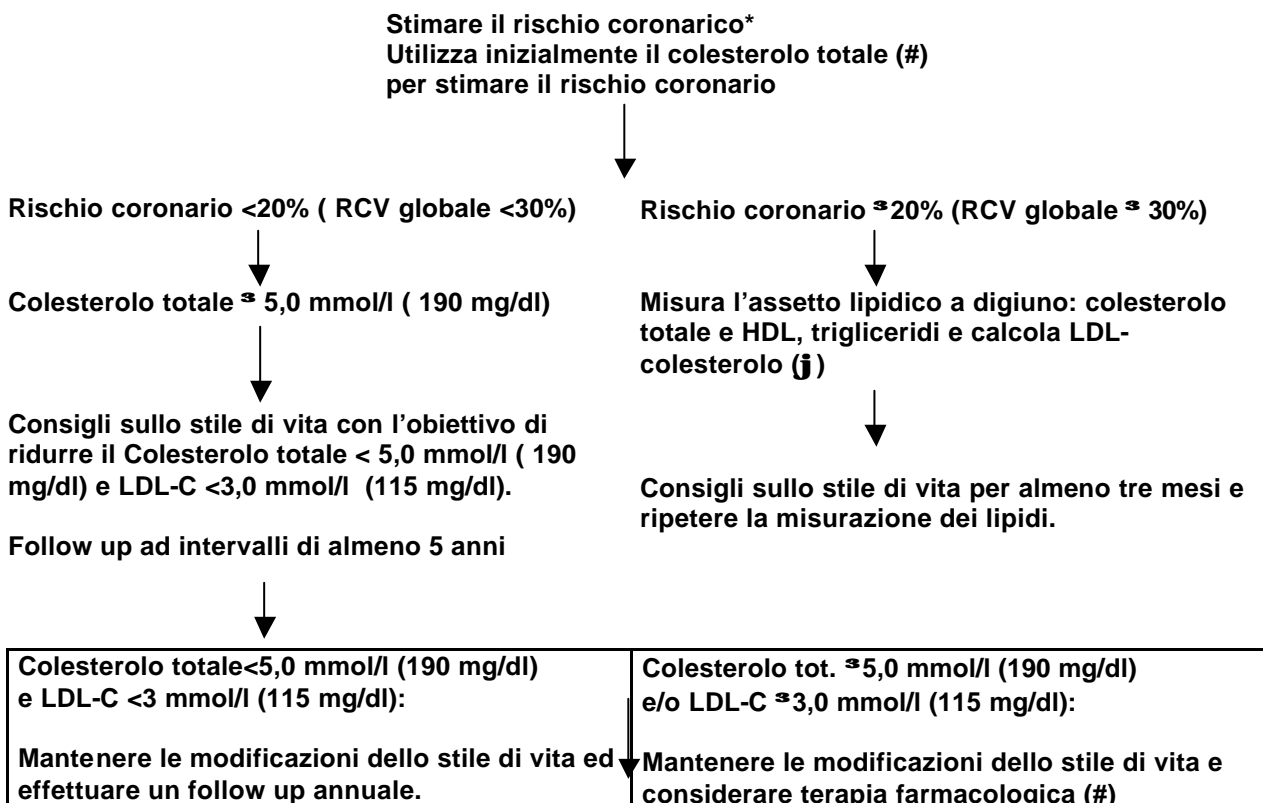
nella prevenzione secondaria:

impiegarla sempre quando ci sono complicazioni cardiovascolari.

Terapia con statine:

Si rimanda, per il loro utilizzo, alla recente Nota 13 rivista dalla CUF.

Al proposito si ritiene utile allegare lo schema per impostare terapia e follow up del paziente con ipercolesterolemia tratto dalla II task force europea per la prevenzione dell'aterosclerosi. Si ricorda inoltre che la nota 13 non prevede il fattore correttivo per la giovane età (rischio coronarico da rapportare a 60 anni quando non supera il 20% a 10 anni) com'è invece previsto nelle tabelle originali della II task force europea.



Note:

* alto rischio coronarico $\geq 20\%$ a 10 anni o se supera il 20% se proiettato all'età di 60 anni.

considera la diagnosi di iperlipidemie determinate geneticamente [(colesterolo totale solitamente > 8 mmol/l (oltre 300 mg/dl) con segni di iperlipidemia e una storia familiare di coronaropatia prematura] e di cause di iperlipidemia secondaria come obesità, diabete, alcool, ipotiroidismo, malattie epatiche e renali. Se indicato invia in consulenza specialistica.

j HDL colesterolo $< 1,0$ mmol/l (40 mg/dl) e trigliceridemia a digiuno $> 2,0$ mmol/l (180 mg dl) sono markers di aumentato rischio coronarico.