

IL NUOVO ALGORITMO SULL'IPERTENSIONE ARTERIOSA

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Dal 24 settembre 2015, sul portale dell'Agencia Italiana del Farmaco ([AIFA](#)), è disponibile il nuovo **algoritmo sulla terapia anti-ipertensiva**, realizzato in collaborazione con la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa ([SIIA](#)). L'algoritmo è un sistema innovativo *on-line* finalizzato a stabilire il percorso logico ottimale **per la definizione della terapia personalizzata** per il trattamento dell'ipertensione arteriosa.

Premesse

L'ipertensione è uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardio-vascolari (CV), in particolare infarto del miocardio (IMA) e *ictus* cerebrale. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'ipertensione arteriosa coinvolge ormai 16 milioni di cittadini italiani. Per questo motivo, il "Piano globale d'azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020" dell'OMS, che mira a ridurre del 25% entro il 2025 il numero di morti premature da malattie non trasmissibili, ha inserito tra gli obiettivi la riduzione della prevalenza globale dell'ipertensione.

La **terapia dell'ipertensione arteriosa** si basa sulle modificazioni dello stile di vita abituale e sull'uso razionale dei farmaci anti-ipertensivi, che, se utilizzati in maniera appropriata, sono in grado di prevenire un grande numero di possibili eventi CV e di ridurre la spesa sanitaria correlata. Infatti, in Italia la categoria di maggior consumo e spesa è quella dei medicinali per il sistema CV, in gran parte costituita dagli anti-ipertensivi: 4.087 milioni di euro/anno (€ 67.2/persona). L'algoritmo terapeutico è, quindi, nato con l'intento condiviso da AIFA e SIIA di fornire uno strumento decisionale per contribuire all'appropriatezza e alla razionalizzazione nell'uso dei farmaci anti-ipertensivi. Lo sviluppo di questo strumento si è avvalso dell'esperienza tecnico-regolatoria di AIFA e delle competenze clinico-terapeutiche di SIIA per migliorare la prevenzione CV attraverso l'appropriatezza terapeutica. Dal sito [AIFA](#) si accede a un [questionario](#) che guida alla diagnosi corretta di ipertensione e alle scelte terapeutiche in base al profilo di rischio CV. Al termine della navigazione attraverso l'algoritmo, è possibile stampare i vari passaggi che hanno portato alla corretta diagnosi e impostazione terapeutica nel singolo paziente.

Diagnosi

La diagnosi di ipertensione viene eseguita con la misurazione convenzionale, cioè effettuata dal medico durante una visita. Altre metodiche, come il monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa (PA) delle 24 ore e la misurazione domiciliare della PA, forniscono informazioni differenti e andrebbero intese come complementari. Oltre a riportare i valori diagnostici di ipertensione per le varie metodiche di misurazione, è sottolineato come la misurazione della **PA domiciliare**, che può fornire al medico importanti elementi, debba essere fatta in modo corretto:

1. tutti i pazienti devono essere addestrati da personale sanitario specializzato (una procedura spesso disattesa nella pratica clinica!);
2. deve essere utilizzato uno strumento oscillometrico automatico o semi-automatico da braccio (i misuratori da polso o da dito sono sconsigliati dalla Società Europea di Ipertensione, ESH), con un bracciale di dimensione adeguata alla circonferenza del braccio;
3. le misurazioni devono essere due, consecutive, distanziate di 1-2 minuti, e devono avvenire a paziente seduto, dopo almeno 5 minuti di riposo, in ambiente tranquillo;
4. la schiena e il braccio devono essere appoggiati e il bracciale posizionato all'altezza del cuore;
5. la PA va misurata due volte al giorno, al mattino prima dell'assunzione della terapia e alla sera, idealmente per almeno 3 giorni consecutivi;
6. i valori devono essere annotati su un diario, corredati di data e ora.



Roberto Castello¹ (roberto.castello@ospedaleuniverona.it) & **Mauro Schiesaro**²

¹Medicina Generale a Indirizzo Endocrinologico, AO di Verona

²Ospedale Villa Salus, Mestre (VE)

Il primo quesito posto all'utente riguarda l'entità dei valori pressori riscontrati (tabella).

Classificazione valori pressori (mmHg)		
Categoria	Sistolica	Diastolica
Ottimale	< 120	< 80
Normale	120-129	80-84
Normale-alta	130-139	85-89
Ipertensione di grado I	140-159	90-99
Ipertensione di grado II	160-179	100-109
Ipertensione di grado III	≥ 180	≥ 110
Ipertensione sistolica isolata	≥ 140	< 90

Stratificazione del rischio e ricerca dei danni d'organo

In accordo con le indicazioni delle linee-guida della ESH, in tutti i pazienti affetti da ipertensione arteriosa viene raccomandato di eseguire una corretta e completa **stratificazione del rischio CV globale** individuale, che prevede come primo passaggio la ricerca delle cosiddette "condizioni cliniche associate all'ipertensione arteriosa":

- segni e/o sintomi di scompenso cardiaco congestizio;
- insufficienza renale cronica (stadio 4-5);
- pregresso IMA e/o pregressa rivascolarizzazione coronarica;
- pregresso *ictus* cerebrale, attacco ischemico transitorio, emorragia cerebrale;
- vasculopatia periferica (arteriopatia obliterante degli arti inferiori, pregressa rivascolarizzazione carotidea o periferica).

La presenza di una o più di queste condizioni cliniche associate determina un profilo di rischio CV globale molto elevato e consente di orientare il processo diagnostico e soprattutto la scelta della migliore strategia farmacologica anti-ipertensiva.

Una volta esclusa la presenza di condizioni cliniche associate, la stratificazione del rischio prevede come secondo passaggio la **ricerca di elementi in grado di determinare un profilo di rischio CV globale elevato**, ossia la presenza di 3 o più fattori di rischio CV aggiuntivi, di diabete mellito o di segni di danno d'organo a livello cardiaco, renale o vascolare. La presenza di una o più di queste condizioni consente di orientare il processo diagnostico e soprattutto la scelta della migliore strategia farmacologica anti-ipertensiva.

Per valutare il **danno d'organo cardiaco** è necessario eseguire un ECG a 12 derivazioni, che fa parte degli esami di *routine* per tutti i pazienti ipertesi. Sebbene la sensibilità nel determinare l'ipertrofia ventricolare sinistra (IVS) sia bassa, la presenza di IVS identificata con differenti indici (Sokolow-Lyon, Cornell) costituisce un fattore indipendente per eventi CV in studi osservazionali e clinici. L'ecocardiografia, che è più sensibile, deve includere la misurazione del setto inter-ventricolare, del diametro interno e della parete posteriore in tele-diastole per calcolare massa ventricolare sinistra indicizzata per la superficie corporea o l'altezza. Nei pazienti con IVS, la riduzione dei valori pressori è fondamentale per la riduzione degli indici elettrocardiografici o ecocardiografici di IVS, e questa si associa a una significativa riduzione del rischio CV. A parità di riduzione della PA, **gli antagonisti recettoriali dell'angiotensina (ARB), gli ACE-inibitori (ACE-I) e i calcio-antagonisti (Ca-Ant) sono risultati più efficaci di diuretici e β-bloccanti nel far regredire l'IVS.**

Impostazione terapeutica

Quindi, in un paziente con **ipertensione di grado I** (140-159/90-99 mmHg) viene suggerito di:

- iniziare una **mono-terapia** con una delle seguenti classi: ACE-I, ARB, oppure Ca-Ant per un periodo non < 6-8 settimane. Iniziare con la mono-terapia consente di valutare efficacia ed eventuali effetti collaterali dei singoli farmaci;
- se la PA non viene controllata, si consiglia di passare a **terapia di combinazione** con una delle seguenti associazioni **di due farmaci**: ACE-I + diuretici, ARB + diuretici, ACE-I + Ca-Ant oppure ARB + Ca-Ant, anche in questo caso per un periodo non < 6-8 settimane;
- se la PA non risulta ancora controllata, si deve passare a terapia di combinazione con una delle seguenti associazioni (**triplice terapia**): ACE-I o ARB + diuretici + Ca-Ant per un periodo non < 6-8 settimane;
- infine, **se la PA non viene controllata anche dalla triplice terapia anti-ipertensiva, è consigliabile inviare il paziente a un centro di riferimento/centro di eccellenza** per la diagnosi e la cura dell'ipertensione arteriosa.

Se il paziente ha valori di PA > 160/100 mm/Hg (che identificano un'**ipertensione di II grado**, tra 160-179/100-109 mmHg), è consigliabile **iniziare con una terapia di combinazione**. Il vantaggio è una risposta più rapida (che ha un vantaggio clinico nei pazienti ad alto rischio), una maggiore probabilità di raggiungere gli obiettivi pressori e un minor rischio di scoraggiare l'aderenza al trattamento a causa di cambiamenti della terapia. La terapia di combinazione, infine, offre effetti sinergici non solo nel ridurre i valori pressori, ma anche gli effetti indesiderati. Se il paziente presenta **ipertensione di III grado**, viene suggerito di **inviarlo a un centro di riferimento/centro di eccellenza** per la diagnosi e la cura dell'ipertensione arteriosa.

Bibliografia

- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al: Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. Blood Press [2014, 23: 3-16](#).