

Progetto prevenzione cardiovascolare

Dott. Fabrizio Zappaterra

Ipertensione arteriosa

Molti studi osservazionali hanno inequivocabilmente dimostrato che l'elevazione dei valori pressori sistolici è linearmente correlata con l'incidenza di ictus ed eventi coronarici. Lo studio Framingham, in particolare, ha dimostrato che l'ipertensione arteriosa, da sola, raddoppia il rischio di coronaropatia e di arteriopatia periferica, mentre triplica quello di ictus cerebrale. Molto importante, da un punto di vista prognostico, è la sua frequente associazione con altri fattori di rischio, quali il diabete e la dislipidemia.

la prevalenza in Italia nella popolazione adulta è del 45,9% per un valore di P.A. \geq 140/90, la prevalenza aumenta con l'età.

L'ipertensione è il più potente fattore di rischio per lo sviluppo di complicanze cerebrovascolari e uno dei fattori più importanti per le complicanze cardiovascolari (linee guida JNC VII - 2003); la pressione sistolica è una determinante del rischio CV più importante della diastolica (studio MRFIT 1992).

La pressione arteriosa (PA) è il risultato di due forze: la pressione sistolica (P.A. massima) dipende dalla contrazione cardiaca, ovvero dalla quantità e forza con cui il cuore espelle il sangue ad ogni battito; la pressione diastolica (P.A. minima) dipende dalla resistenza che oppongono le pareti delle arterie al flusso, ovvero dal tono muscolare o dalla rigidità delle pareti delle arteriole.

Per misurare correttamente la pressione:

1. Il soggetto deve essere rilassato e il braccio deve essere appoggiato al tavolo (se seduto) o al lettino (se sdraiato); il braccio non deve essere stretto da indumenti troppo aderenti. La pressione aumenta dal braccio destro, al sinistro e dalla coscia sinistra alla coscia destra. Deve essere quindi misurata sempre nello stesso arto.
2. Se la circonferenza del braccio è maggiore di 33 cm si deve usare un bracciale maggiorato (per obesi). Il fonendoscopio va appoggiato subito sotto il margine del bracciale, all'interno del tendine del bicipite, sull'arteria brachiale.
3. La colonnina di mercurio deve essere verticale. Il bracciale va gonfiato fino a far scomparire il polso, quindi sgonfiato lentamente, 2-3 mm/s. Il primo battito che si sente indica la pressione sistolica, la scomparsa dei toni la diastolica.



Per considerare un soggetto iperteso la pressione arteriosa deve essere riscontrata elevata almeno in due o tre visite distanziate tra loro da una settimana o più.

Le linee-guida del Joint National Committee VI, della World Health Organization/International Society Hypertension (WHO/ISH) e delle Società Europee dell'ipertensione e di Cardiologia (2003) identificano tre livelli di pressione normale:

ottimale ($<120/80$ mmHg), normale ($<130/85$ mmHg) e normale-alta ($130-139/85-89$ mmHg).

L'ipertensione viene classificata in tre gradi più una particolarità:

- I o lieve ($140-159/90-99$ mmHg);
- II o moderata ($160-179/100-109$ mmHg);
- III o severa ($\geq 180/110$ mmHg);
- ipertensione sistolica isolata ($>140/<90$ mmHg)

L'ipertensione arteriosa altera le arterie e comporta danni ad organi bersaglio specifici: al cuore perché va incontro ad un superlavoro che lo fa ingrossare (ipertrofia) fino a quando non cede, poi, per gli effetti sui vasi, al cuore per interessamento delle coronarie, al rene, alla retina dell'occhio ed al cervello (ictus). In base ai danni d'organo l'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica l'ipertensione arteriosa in tre stadi:

1° Stadio: ipertensione senza alterazioni organiche

2° Stadio: ipertensione con ipertrofia ventricolare sinistra

3° Stadio: ipertensione con lesioni organiche (retina, cervello, rene, arteriopatie periferiche)

La pressione severa va sempre immediatamente trattata con farmaci, quella lieve o moderata va considerato nell'ambito del rischio globale: se vi sono altri due o più fattori di rischio, in particolar modo se uno è il diabete mellito o vi sono già segni di danno d'organo il trattamento farmacologico è ugualmente d'obbligo; negli altri casi si può tentare per 6-12 mesi un trattamento non farmacologico, agendo in particolare sullo stile di vita che preveda:

- il controllo del peso corporeo;
- l'abolizione del fumo;
- l'incremento della attività fisica;
- la riduzione del sale nella dieta (<5 gr/die);
- la riduzione dell'assunzione dell'alcool (uomo = 2 bicchieri vino/die; donna = 1 bicchiere vino/die)

la pressione sistolica è una determinante del rischio CV più importante della diastolica (studio MRFIT 1992): la riduzione della PA sistolica di 10-14 mmHg o della diastolica di 5-6 mmHg comporta la riduzione del rischio di ictus del 40%, di cardiopatia ischemica del 15% e del rischio CV globale del 35% (studi di intervento: HOPE – LIFE – HOT); solo il 50% dei soggetti ipertesi è trattato con farmaci antipertensivi; solo nel 27% degli ipertesi in terapia il controllo della pressione arteriosa risulta efficace.

Il livello ottimale a cui ridurre la pressione arteriosa per ottenere il massimo beneficio, e nel contempo non correre i rischi dovuti ad un eccessivo calo pressorio non è stato unanimemente definito.

Considerando il rischio globale l'obiettivo della terapia sarebbe quello di riportare i livelli pressori nel range ottimale o normale, tuttavia l'obiettivo pressorio da porsi può essere differente in relazione all'età, alle patologie concomitanti e alla presenza di danno d'organo. Infatti, un più stretto controllo pressorio (<130/85 mmHg) è preferibile nei soggetti giovani, nei diabetici, negli individui con insufficienza renale, mentre valori inferiori a 140/90 mmHg sono ritenuti accettabili per la popolazione generale degli ipertesi.

Stili di vita

Riduzione del sale. Numerosi studi d'intervento hanno evidenziato che la riduzione dell'apporto sodico esercita un effetto favorevole sul profilo pressorio degli ipertesi: una dieta iposodica < 5 g è in grado di diminuire mediamente la pressione arteriosa sistolica di 6-7 mmHg e la diastolica di 5-6 mmHg.

La dieta iposodica è limitata nella pratica clinica dalla compliance dei pazienti a questo tipo di provvedimento, in quanto difficilmente essi sono disposti ad accettare e mantenere per lunghi periodi un'alimentazione a ridotto contenuto sodico.

Supplementi di potassio. Per mantenere più a lungo l'adesione del paziente si può sostituire il cloruro di sodio (sale da cucina) con il cloruro di potassio (farmaco da banco), che oltre ad insaporire gli alimenti, in base a studi controllati con placebo, determina la riduzione pressoria di 9 mmHg per la sistolica e di 5 mmHg per la diastolica.

Calo ponderale. La correzione dell'eccesso di peso è ritenuta un mezzo assai efficace e privo di effetti collaterali nel determinare la riduzione dei valori pressori negli ipertesi: per una perdita di peso equivalente a 1 kg, si ottiene la diminuzione di 1 mmHg di pressione sistolica e diastolica.

Esercizio fisico. I soggetti attivi fisicamente hanno valori pressori più bassi rispetto ai sedentari e la differenza osservata in vari studi è risultata in media di 5 mmHg. La riduzione della pressione sistolica e diastolica al termine del periodo di training programmato era maggiore negli ipertesi (-13/-8 mmHg) rispetto ai normotesi (-3/-2 mmHg). L'entità del calo pressorio in questi studi non appare correlata all'età degli individui e alle modificazioni del peso corporeo, mentre invece sembra correlata alla durata d'esercizio. La riduzione pressoria, infatti, appare significativamente associata

al numero delle sessioni settimanali di esercizio fisico di tipo isotonico.

Riduzione dell'alcol. La riduzione dell'apporto alcolico svolge un ruolo importante nel migliorare il controllo pressorio negli ipertesi. La correlazione tra consumo di alcol e pressione arteriosa è lineare, specialmente nei soggetti di età superiore ai 50 anni. I meccanismi dell'ipertensione indotta dall'alcol sono ancora in parte sconosciuti. L'entità del calo pressorio con la sospensione dell'assunzione di alcolici può essere superiore a 25 mmHg di sistolica e 10 mmHg di diastolica.

Riduzione del caffè e del fumo di sigaretta. La caffeina è uno stimolante del sistema nervoso centrale in quanto aumenta il rilascio di catecolamine (adrenalina e noradrenalina) dal surrene e dalle terminazioni nervose.

L'effetto aterogeno del fumo di sigaretta sulla pressione arteriosa è analogo a quella della caffeina.

Attenzione a: liquirizia, decongestionanti nasali per il raffreddore, estroprogestinici, cortisonici, farmaci anti-infiammatori diversi, antidepressivi, sibutramina ed altre sostanze usate per dimagrire.

Misure psicocomportamentali. Il rationale di misure come il rilassamento, la meditazione, il biofeedback e lo yoga si basa sulla considerazione che lo stress è un importante fattore concausale dell'ipertensione.

FARMACI

Se gli interventi non farmacologici si sono dimostrati inefficaci nel ridurre i livelli di P.A. sarà necessario il ricorso alla terapia farmacologica, da attuarsi sotto controllo del medico, in quanto ogni farmaco ha effetti collaterali.

Sono attualmente disponibili sei classi di farmaci antipertensivi di prima scelta: diuretici, beta-bloccanti, calcioantagonisti, ACE-inibitori, alfa-bloccanti e antagonisti recettoriali dell'angiotensina II.

Il fondamentale criterio di scelta dei farmaci è rappresentato dalla presenza di patologie cardiovascolari, da danno d'organo e da eventuali malattie concomitanti: a tal riguardo le linee-guida offrono un orientamento in questo senso, sottolineando le indicazioni assolute, quelle potenzialmente utili e le controindicazioni assolute e relative.

I diuretici sono raccomandati come prima scelta negli anziani con ipertensione sisto-diastolica e sistolica isolata e nei soggetti con scompenso cardiaco. I beta-bloccanti sono da preferire negli ipertesi con pregresso infarto miocardico e tachiaritmie; gli ACE-inibitori nei portatori di insufficienza cardiaca e disfunzione ventricolare anche asintomatica, nel post-infarto e nella nefropatia diabetica.



I calcio-antagonisti sono particolarmente indicati nell'angina e negli anziani ipertesi; gli alfa-bloccanti negli ipertesi con ipertrofia prostatica e dislipidemia. Infine, gli antagonisti recettoriali dell'angiotensina II costituiscono l'alternativa più logica nei pazienti che sviluppano tosse da ACE-inibitori o effetti collaterali da altri farmaci ipotensivi.

La sostituzione del farmaco prescritto inizialmente con un altro appartenente a una diversa classe rappresenta un'opzione terapeutica razionale, quando è motivata dalla presenza di effetti collaterali o da uno scarso effetto ipotensivo.

Circa il 50-60% dei pazienti con ipertensione arteriosa di I-II grado non risponde adeguatamente alla somministrazione di un singolo farmaco, indipendentemente dalla classe di appartenenza.

La probabilità di successo di una terapia di associazione è del 70% quando si impiegano due farmaci e arriva all'80-90% con tre farmaci.

Le linee-guida WHO/ISH riconoscono come razionali le seguente combinazioni:

- diuretici + beta-bloccanti;
- diuretici + ACE-inibitori o antagonisti recettoriali dell'angiotensina II (sartanici);
- calcio-antagonisti + beta-bloccanti;
- calcio-antagonisti + ACE-inibitori o antagonisti recettoriali dell'angiotensina II;
- Beta-bloccanti + alfa-bloccanti.