IPERTENSIONE, TRA INVISIBILITÀ E CRONICITÀ

Dottor Verdecchia, l'ipertensione arteriosa è sottovalutata rispetto al suo reale impatto?

L'ipertensione è una condizione ampiamente sottovalutata, non solo in Italia ma a livello globale. Nel mondo, colpisce circa il 40 per cento della popolazione adulta – più di un miliardo di persone. Oltre il 70 per cento delle persone sopra i 60 anni ne è affetto. E la ricerca ha dimostrato che un efficace controllo dell'ipertensione, consistente nella normalizzazione dei valori pressori, riduce nettamente il rischio di gravi malattie cardiovascolari (infarto miocardico, ictus cerebrale, scompenso cardiaco, insufficienza renale) e di mortalità. Purtroppo, non oltre il 30-40 per cento dei pazienti ipertesi sono ben controllati, cioè raggiungono livelli di pressione inferiori ai 130 mmHg per la pressione arteriosa sistolica sotto terapia.

Pur essendo molto diffusa, spesso non viene percepita come malattia cronica. Cosa ci dice questa "normalizzazione" sul nostro modo di intendere e gestire la cronicità?

L'ipertensione è stata definita un killer silenzioso. Accanto agli altri fattori di rischio (colesterolo alto, diabete, fumo di sigaretta, ecc.), l'ipertensione danneggia progressivamente le arterie, facendo aumentare l'aterosclerosi, ossia le lesioni aterosclerotiche sulla parete delle arterie, senza che il paziente se ne accorga. E ad un certo punto, spesso a causa di una placca aterosclerotica che si frantuma, può verificarsi improvvisamente il "trombo" che può portare all'infarto, all'ictus o ad altre gravi complicanze. L'ipertensione non viene percepita come malattia cronica perché il paziente quasi sempre non ha sintomi. E anche per un altro motivo: perché la pressione è molto, moltissimo, "variabile" da momento a momento. Basta uno sforzo, uno stress psichico, un dolore, per far salire la pressione anche da valori bassi o molto bassi fino a valori anche molto alti. Questa elevata variabilità è un fattore di "confusione" per il paziente.

Dove si collocano oggi i principali punti critici nella presa in carico del paziente iperteso, soprattutto nei percorsi di lungo periodo?

Un punto fondamentale è che il paziente iperteso deve imparare ad auto-misurarsi correttamente la pressione arteriosa al proprio domicilio. Un po' come fanno i diabetici con la glicemia. La pressione arteriosa andrebbe misurata dopo almeno 5-10 minuti di riposo e in silenzio, in posizione seduta, in ambiente tranquillo. Il paziente deve stare comodamente seduto, deve tenere la schiena ben appoggiata e i piedi debbono essere ben appoggiati in terra. Le gambe non debbono essere accavallate (altrimenti la pressione aumenta), il braccio dove si posiziona il bracciale del pressurometro deve essere ben appoggiato su un piano rigido, con l'avambraccio all'altezza del cuore. La circonferenza del bracciale deve essere proporzionale alle dimensioni del braccio. I pazienti obesi, o comunque con ampia circonferenza del braccio, debbono usare bracciali cosiddetti "per obesi". Se usassero bracciali standard la loro pressione arteriosa potrebbe essere "sovrastimata" (venire più alta di quello che è realmente). Dopo 5-10 minuti di attesa in totale rilassamento andrebbero eseguite tra due e tre misurazioni, a distanza di circa 1 minuto, e queste andrebbero registrate su un diario (pressione massima, pressione minima e frequenza cardiaca). Le misurazioni dovrebbero essere eseguite prima di colazione e prima di cena, esattamente con la stessa metodica. Nei 30 minuti prima della misurazione è bene evitare sforzi fisici ed è bene evitare di assumere alimenti. Il paziente iperteso dovrebbe auto-misurarsi la pressione arteriosa a casa almeno nei 3-7 giorni prima della visita, registrando su un quaderno tutti i valori misurati e facendoli vedere al medico. In assenza di visite pianificate, il paziente iperteso in trattamento dovrebbe auto-misurarsi la pressione almeno 1-4 giorni al mese, secondo le indicazioni del proprio medico. Dopo almeno alcune settimane di auto-misurazioni domiciliari va fatta una media: se la pressione è inferiore a 135/85 mmHg e il paziente era in terapia vuol dire che la pressione è ben controllata, altrimenti la terapia va incrementata.

Aderenza terapeutica e continuità assistenziale: come si può migliorare l'aderenza dei pazienti ipertesi?

L'aderenza al trattamento andrebbe massimizzata anzitutto utilizzando farmaci ben tollerati dal paziente. Oggi abbiamo a disposizioni varie classi di farmaci. Spetta al medico capire, interrogando il paziente, se un certo farmaco non è ben tollerato e quindi va sostituito. La terapia farmacologica andrebbe iniziata con combinazioni tra ace-inibitori, oppure sartani, associati a diuretici o calcio-antagonisti. Il paziente dovrebbe iniziare da subito una combinazione di almeno due classi farmacologiche diverse. La terapia con una sola classe farmacologica è consigliata solo in casi rari: pazienti anziani, fragili, o con pressione arteriosa solo di pochissimo aumentata, nei quali possiamo temere una ipotensione dall'uso di una terapia di combinazione. Se la terapia iniziale con due farmaci non normalizza del tutto la pressione, occorre passare ad una terapia a tre farmaci (ace-inibitori o sartani più diuretici + calcio-antagonisti). Esistono anche combinazioni "fisse" tra questi farmaci che possono essere molto utili per migliorare l'aderenza del paziente al trattamento. Se nemmeno una terapia con le tre classi farmacologiche sopra riportate riesce a normalizzare la pressione, si parla di ipertensione resistente, e il paziente dovrebbe rivolgersi ad un centro specialistico per ulteriori approfondimenti. In ogni caso, è importante che tutti seguano misure non farmacologiche ovviamente laddove appropriate al singolo paziente. L'apporto di sale andrebbe ridotto, l'attività fisica andrebbe aumentata (camminata veloce, se possibile, per almeno 2 ore e mezzo per settimana), il peso corporeo dovrebbe calare nei pazienti obesi o sovrappeso, il fumo di sigaretta andrebbe del tutto interrotto. Queste misure non farmacologiche, potrebbero indurre cali di pressione simili o anche superiori a quelli inducibili dai farmaci, e inoltre potenziano l'effetto dei farmaci assunti contemporaneamente. La pressione arteriosa dovrebbe essere ridotta fino a valori sistolici inferiori ai 130 mmHg, idealmente 120 mmHg, sebbene esistano documentazioni che anche valori pressori più bassi, se ben tollerati dal paziente, potrebbero esser accettabili.

A cura di **Giada Savini**

- Mancia G, et al. J Hypertens 2023;41:1874-2071.
- McEvoy JW, et al. Eur Heart J 2024;45:3912-4018.
- Verdecchia P, et al. Eur J Intern Med 2024;123:42-48.
- Verdecchia P, et al. Eur J Intern Med 2023;116:1-7.

Paolo Verdecchia, *cardiologo, autore di numerosi studi clinici nel campo dell'ipertensione arteriosa, presidente dell'Associazione Umbra Cuore e Ipertensione dell'Ospedale S. Maria della Misericordia di Perugia.*