Ipertensione arteriosa e co-morbilità: scelte terapeutiche

Data 27 marzo 2016
Categoria cardiovascolare

L'ipertensione arteriosa nel mondo occidentale colpisce circa il 25% della popolazione adulta e la sua prevalenza cresce con l'invecchiamento della popolazione.(1) L'ipertensione nei pazienti più anziani si associa spesso ad altre malattie: uno studio inglese ha evidenziato come ben due terzi degli ipertesi presentasse una co-morbidità.(2)
Il problema della Associazione di più farmaci in pazienti affetti da molteplici quadri morbosi è al tempo stesso molto rilevante e poco studiato a livello internazionale. Una delle conseguenze di questo scarso interesse per la terapia delle co-morbidità è la scarsa compliance dei pazienti ipertesi che in alcuni studi assumono solo il 50% dei farmaci prescritti per l'ipertensione.(3,4) Un recente articolo del British Medical Journal offre un importante contributo per la scelta del trattamento ottimale della ipertensione in pazienti che presentano co-morbidità.(5) In questo studio le linee guida del NICE sulla ipertensione (6) sono integrate con le linee guida del medesimo prestigioso istituto per la insufficienza cardiaca, la fibrillazione atriale, il diabete, le malattie renali croniche.(7,8,9,10,11)

Riassumiamo le principali indicazioni di questa interessante revisione delle linee guida inglesi .

1) La prima iniziativa da prendere in tutti i pazienti ipertesi, è quella di verificare il loro stile di vita raccomandando la attività fisica, la riduzione del consumo di sale, la eventuale riduzione del peso corporeo, la cessazione del fumo, la riduzione del consumo di alcol e caffeina.
2) Lo schema base proposto dal Nice è formulato tenendo conto del rapporto efficacia- protezione d'organo- tollerabilità delle diverse categorie di farmaci.
Esso prevede stadi successivi: si inizia dal primo livello e si aggiungono via via nuovi farmaci se la ipertensione non è controllata.

Ecco i farmaci di scelta per ciascuno stadio

STADIO 1: Per i pazienti di età inferiore a 55 anni iniziare con ACE-inibitori; per i pazienti di età superiore a 55 anni e per quelli di origine africana o caraibica iniziare con calcio antagonisti o con diuretici tiazidici se è presente ritenzione idrica o se sono a rischio di insufficienza cardiaca. Se la pressione arteriosa non è adeguatamente controllata si passa allo

STADIO 2 : Programmare la associazione di due delle tre principali classi di farmaci: ACE inibitori, Calcio Antagonisti, Diuretici, formulando la scelta a seconda delle condizioni cliniche del paziente
Se la pressione non è ancora adeguatamente controllata si passa allo

STADIO 3: Associare tutte le tre classi citate: ACE inibitori +calcio antagonisti + diuretici
Se la pressione non è ancora adeguatamente controllata si passa allo

STADIO 4: Programmare l'aumento della dose dei tiazidici o la associazione di un quarto farmaco, che a seconda delle condizioni cliniche del paziente potrà essere un betabloccante o un inibitore dell'aldosterone od un alfa bloccante per os otrans-dermico.

NOTA: I farmaci bloccanti i recettori dell'angiotensina (ARB), possono essere usati fin dal primo stadio in sostituzione degli ACE-inibitori ma sono considerevolmente più costosi: sono indicati in caso di intolleranza agli ACE-Iniibitori. La Associazione ACE inibitori più farmaci anti angiotensina ARB non è indicata.

Adattamento della terapia in presenza di co-morbilità

ScompensoCardiaco : i farmaci di scelta sono gli ACE inibitori o gli inibitori della angiotensina ARB, i Betabloccanti (in particolare Carvedilolo Bisoprololo e Nebivololo) ed i Diuretici Tiazidici; se opportuno si possono aggiungere gli inibitori dell'aldosterone controllando la potassiemia.
I Calcio antagonisti vanno usati solo se il controllo pressorio non è adeguato.

InsufficienzaRenaleCronica : i cardini del trattamento sono gli ACE inibitori o gli inibitori della angiotensina ed i diuretici: per una filtrazione glomerulare maggiore di 30 millilitri al minuto sono preferibili i tiazidici; per valori di filtrazione glomerulare inferiori a 30 millilitri al minuto si debbono usare i diuretici dell'ansa. Il controllo pressorio è comunque molto importante nella insufficienza renale: se necessario è opportuno usare anche Calcio antagonisti, Beta bloccanti ed Alfa bloccanti adattando le dosi alla funzionalità renale.

BPCO broncopneumopatia cronica ostruttiva- Asma : usare i Beta bloccanti solo se necessario (esempio aritmie o scompenso); preferire quelli maggiormente selettivi quali il bisoprololo, metoprololo e nebivololo. iniziando con basse

dosi. Non vi sono restrizioni per tutte le altre categorie di farmaci.

Diabete: i valori pressori ritenuti ottimali sono più bassi rispetto alla popolazione generale: minore di 140/80 per diabete senza alcuna complicanza e minore di 130/80 se sono presenti complicazioni. I farmaci di scelta sono gli ACE inibitori associati a Diureticio Tiazidici e/o Calcio-antagonisti. Data la importanza del controllo pressorio non esitare ad associare Beta ed Alfa bloccanti.

Fibrillazioneatriale : nei pazienti affetti da fibrillazione atriale è spesso necessario controllare la frequenza cardiaca: vanno preferiti i calcioantagonisti benzotiazepinici quali il diltiazem che ha azione bradicardizzante e coronarodilatatrice. In alternativa, e se necessario in successione, vanno utilizzati i betabloccanti in particolare bisoprololo e carvedilolo.

Gravidanza ed età fertile : i farmaci di scelta sono i calcioantagonisti in particolare la Nifedipina long-acting. In caso di necessità può essere usato anche l' Alfa metildopa

Pazientianziani : il controllo pressorio è importante anche nei pazienti anziani, anche se in questi pazienti sono accettabili valori pressori fino a 150/ 85. È importante evitare fenomeni di ipotensione ortostatica particolarmente frequenti con gli Alfa bloccanti. È anche importante tener presente che i Fans riducono l'effetto ipotensivo di Ace inibitori ed ARB e che queste due categorie di farmaci potenziano l'effetto nefrotossico dei Fans.
Se necessario negli anziani è preferibile usare Fans a breve emivita (es. ibuprofene) anziché quelli a lunga emivita (es. naproxene ed oxicam)

Riccardo De Gobbi

Biblografia

1. Murray CJ, Richards MA, Newton JN, et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013;381:997-1020.

2. Brilleman SL, Purdy S, Salisbury C, et al. Implications of comorbidity for primary care costs in the UK: a retrospective observational study. Br J Gen Pract 2013;63:e274-82

3. Fischer M, Stedman M, Lii J, et al. Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions. J Gen Intern Med 2010;25:284-90.

4. Gwadry-Sridhar FH, Manias E, Lal L, et al. Impact of interventions on medication adherence and blood pressure control in patients with essential hypertension: a systematic review by the ISPOR Medication Adherence and Persistence Special Interest Group. Value Health 2013;16:863-71

5. O'Shaughnessy K M, Kennard L. Treating hypertension in patients with medical Comorbidities BMJ 2016;352:i101 doi:10.1136/bmj.i101

6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management (clinical guideline 127). 2011. www.nice.org.uk/guidance/cg127.

7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic kidney disease in adults:assessment and management. (clinical guideline 182). 2014. www.nice.org.uk/guidance/
cg182.

8. National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic heart failure in adults:management. (clinical guideline 108). 2010. www.nice.org.uk/guidance/cg108.

9. National Institute for Health and Clinical Excellence. Type 2 diabetes: the management of type 2 diabetes. (clinical guideline 87). 2009. www.nice.org.uk/guidance/cg87. (amended 2015 as NG28)

10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Type 1 diabetes: Diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults. (clinical guideline. 2004. www.nice.org.uk/guidance/cg15 (amended 2015 as cg17).

11. National Institute for Health and Clinical Excellence. Atrial fibrillation: management. (clinical guideline 180). 2014. www.nice.org.uk/guidance/cg180