

Aggiornamenti Scientifici FADOI

Come trattare la pressione arteriosa elevata nei ricoverati

Elevati valori pressori sono comuni nei pazienti ricoverati nelle corsie ospedaliere, ma non ci sono linee guida (LG) e ci sono poche raccomandazioni sulla loro gestione. Non sappiamo neanche quali siano i valori normali per questo tipo di situazione e, soprattutto, le circostanze di registrazione in genere variano ampiamente.

Secondo una revisione del 2010 del *Journal of Hospital Medicine*, dal 51% al 72% dei pazienti hanno valori di pressione arteriosa (PA) aumentati durante il ricovero ospedaliero e sebbene ci siano poche evidenze che il trattamento durante il ricovero migliori gli esiti, i medici hanno la forte convinzione che sia importante.

L'equivoco nasce spesso dalla sovrastima delle reali urgenze ed emergenze ipertensive, che hanno un'incidenza intorno all'1% nella popolazione adulta con ipertensione cronica:

- l'**urgenza** ipertensiva è un grave aumento della PA (spesso considerata con valori > 180/110 mm Hg) senza danno d'organo acuto, con o senza cefalea, ansia e vertigini;
- l'**emergenza** ipertensiva è un marcato aumento della PA associato a danno d'organo: encefalopatia ipertensiva, *ictus* ischemico/emorragico, edema polmonare acuto, angina instabile, dissezione aortica, eclampsia.

Molti fattori influenzano lo stato emodinamico di un paziente gravemente malato e influenzano la registrazione della PA. Anzitutto bisogna considerare il fatto che in genere proprio in ospedale la PA non viene misurata secondo criteri standardizzati: quasi mai i pazienti sono seduti, con la schiena dritta, con entrambi i piedi a terra e il braccio sostenuto a livello del cuore. Inoltre, è facile intuire che difficilmente, in condizioni di ricovero tale misurazione viene eseguita in situazioni di calma e tranquillità: possono influire la causa del ricovero, dolore, mancanza di sonno, ansia, sospensione dei farmaci, astinenza dal fumo o sovraccarico di liquidi. Possono contribuire anche altri fattori:

- alcuni farmaci (p.e. FANS, steroidi);
- il trattamento antibiotico o altre condizioni possono provocare sofferenza renale (necrosi tubulare acuta, nefrite interstiziale acuta o insufficienza renale acuta).

Elevati livelli pressori possono anche derivare dalla mancata identificazione o inadeguata gestione di condizioni acute.

Urgenze ipertensive

Il termine urgenza ipertensiva è stato definito su base storica e su pareri di esperti, ma a differenza dell'ipertensione cronica, non è una sindrome distinta e si riferisce più che altro agli elevati livelli di PA (vedi sopra):

- non ci sono studi attuali che dimostrino la progressione da urgenza ipertensiva a emergenza ipertensiva o che il suo trattamento riduca morbidità o mortalità;
- non ci sono evidenze sui livelli di PA che dovrebbero preoccupare.

Si ritiene che il termine urgenza ipertensiva causi confusione e un uso eccessivo di risorse senza benefici e possa potenzialmente provocare danni iatrogeni. Gli autori della revisione sostengono che:

- se il paziente è asintomatico, non esiste alcun livello pressorio che ne richieda l'immediata riduzione;
- nel valutare il paziente ricoverato con elevata PA bisogna porsi queste domande:
 - la PA è stata misurata correttamente?
 - esistono evidenze di danno acuto agli organi bersaglio?

Aggiornamenti Scientifici FADOI

- quali potenziali fattori stanno contribuendo a questi valori elevati?
- quanto è cambiata la PA dalla situazione basale del paziente?
- con che velocità è cambiata la PA e perché è cambiata così rapidamente?
- qual è l'obiettivo pressorio di questo paziente durante il ricovero e perché?

Le raccomandazioni sulla gestione intra-ospedaliera della PA elevata sono controverse e non guidate da un'elevata forza o grado di evidenza. Si raccomanda al medico di concentrarsi sul motivo acuto del ricovero e sul recupero del paziente. Sembra ovvio, ma le rilevazioni pressorie vanno ripetute e la tecnica utilizzata dev'essere corretta. Il paziente dovrebbe essere seduto e idealmente va utilizzata la tecnica manuale.

Il medico dovrebbe:

- cercare di abbassare la PA senza farmaci;
- considerare i fattori che stanno agitando il paziente, come dolore e mancanza di sonno;
- chiedersi se e come migliorare fattori interferenti come dolore, nausea o astinenza da caffeina o nicotina;
- valutare se il paziente assume steroidi, FANS o altri farmaci.

Se il paziente è asintomatico, la PA probabilmente si ridurrà nel giro di qualche giorno. Se il paziente era in terapia anti-ipertensiva domiciliare, si possono riprendere i suoi farmaci, ma va considerata la necessità di aggiungere/cambiare farmaci, possibilmente con la consulenza di specialisti. Il dosaggio dei farmaci orali deve essere aggiustato tenendo conto della loro latenza di azione (potrebbero essere necessari 2-3 giorni per vedere l'effetto). Vale la pena notare che le linee guida del 7° rapporto della *Joint National Commission* indicano che:

- i pazienti con PA non controllata devono essere rivisti entro 1 mese;
- quelli con PA più elevata (180 mmHg di sistolica e/o 110 mmHg di diastolica) devono essere valutati e trattati entro una settimana;
- è importante valutare la PA elevata, ma il trattamento non deve necessariamente essere immediato;
- la PA elevata non deve essere ignorata, ma attenzione ad essere troppo aggressivi (per es. con terapie parenterali), che possono avere conseguenze dannose.

Emergenza ipertensiva

L'evidenza che l'abbassamento della PA in caso di emergenza ipertensiva riduca morbilità o mortalità è di scarsa qualità. Tuttavia, l'abbassamento acuto della PA è utile in caso di accidente cerebro-vascolare o dissezione aortica addominale. Ci sono scarse raccomandazioni sulla tipologia di farmaci da usare, nonché di quanto e quanto velocemente debba essere abbassata la PA. La risposta del paziente ai farmaci (sia parenterali che orali) è ampiamente variabile.

Le LG dell'*American Heart Association* per la gestione dell'incidente cerebro-vascolare acuto indicano la sospensione dei farmaci, a meno che la PA sistolica sia > 220 mmHg o la diastolica > 120 mmHg (affermazioni un po' approssimative, perché andrebbe distinto l'ictus emorragico da quello ischemico e l'eventualità di una procedura di riperfusione). Sembra quindi ragionevole abbassare la PA del 15% durante le prime 24 ore con nitroprussiato, nicardipina o labetalolo ev. Comunque, la massima riduzione della PA non deve superare il 25% nel giro di 2-6 ore per limitare l'ipoperfusione, e un trattamento eccessivamente aggressivo può portare a ictus ischemico o ischemia miocardica.

Aggiornamenti Scientifici FADOI

Conclusioni

L'ipertensione e le sue complicanze sono ben caratterizzate in ambito ambulatoriale, ma non nei periodi di degenza ospedaliera o in DEA.

Questa revisione non ha trovato alcuna evidenza che il trattamento di valori pressori elevati ma asintomatici nel ricoverato migliori gli esiti, mentre alcuni trattamenti sono stati associati a danni.

Inoltre, non ci sono prove che la PA elevata non trattata porti a un'emergenza ipertensiva. Tuttavia, nei casi di emergenza ipertensiva, in particolare in caso di incidente cerebro-vascolare e dissezione aortica, è raccomandato di abbassare la PA nel giro di 6-24 ore. Si raccomanda di non trattare la PA elevata asintomatica, indipendentemente dal livello: un trattamento aggressivo può portare a ipotensione, incidenti cerebro-vascolari o altre complicazioni. Naturalmente il trattamento è indicato nei casi di reale urgenza/emergenza ipertensiva, per cui non si può generalizzare e le situazioni vanno considerate caso per caso.

Infine, se possibile, gli aggiustamenti della PA dovrebbero essere perseguiti con agenti orali e idealmente con la collaborazione di uno specialista.

Bibliografia

1. Stanistreet B, Nicholas JA, Bisognano JD. An evidence-based review of elevated blood pressure for the inpatient. *Amer J Med* [2020, 133: 165-9.](#)