

Il ruolo del cardiologo del territorio: ???????????



Dott. Gabriele A. Marongiu
Cardiologo Ambulatoriale
ASL n. 4 Lanusei

Tortoli 3 dicembre 2015

???????



Il farmaco IDEALE per tutti

- Le tre proprietà essenziali:
 1. Efficacia
 2. Sicurezza
 3. Selettività
- Altre proprietà:
 - Azione reversibile
 - Predicibilità
 - Facilità di somministrazione (monosomministrazione)
- Compliance

Un trattamento ideale deve combinare
efficacia, tollerabilità, aderenza e praticità



QUANDO PENSI DI AVERE TUTTE
LE RISPOSTE, LA VITA TI
CAMBIA TUTTE LE DOMANDE.



COSTI!!!!!!!



Conclusioni

Il farmaco Ideale non esiste

June 15th 2013



Sessione plenaria al recente meeting della European Society of Hypertension nel giugno 2013 durante la quale sono state presentate le nuove linee guida europee. L'aula era stracolma in quanto vi era molta attesa e parecchie aspettative sulle possibili novità.

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of
The European Society of Hypertension (ESH) and of
the European Society of Cardiology (ESC)

Authors/Task Force Members: Giuseppe Mancina (Chairperson) (Italy)*, Robert Fagard (Chairperson) (Belgium)*, Krzysztof Narkiewicz (Section co-ordinator) (Poland), Josep Redon (Section co-ordinator) (Spain), Alberto Zanchetti (Section co-ordinator) (Italy), Michael Böhm (Germany), Thierry Christiaens (Belgium), Renata Cifkova (Czech Republic), Guy De Backer (Belgium), Anna Dominiczak (UK), Maurizio Galderisi (Italy), Diederick E. Grobbee (Netherlands), Tiny Jaarsma (Sweden), Paulus Kirchhof (Germany/UK), Sverre E. Kjeldsen (Norway), Stéphane Laurent (France), Athanasios J. Manolis (Greece), Peter M. Nilsson (Sweden), Luis Miguel Ruilope (Spain), Roland E. Schmieder (Germany), Per Anton Sirnes (Norway), Peter Sleight (UK), Margus Viigimaa (Estonia), Bernard Waeber (Switzerland), Faiez Zannad (France)

Journal of Hypertension 2013
European Heart Journal 2013
Blood Pressure 2013

Nuovi aspetti

1. Dati epidemiologici sull'ipertensione e sul controllo della PA in Europa.
2. **Valore prognostico del monitoraggio domiciliare della PA (HBPM) e ruolo del monitoraggio domiciliare ed ambulatorio (ABPM) nella diagnosi e trattamento dell'ipertensione.**
3. Aggiornamento sul significato prognostico della pressione notturna, dell'ipertensione da camice bianco e mascherata.
4. Importanza di una corretta valutazione del rischio CV mediante l'integrazione dei valori di PA con i fattori di rischio CV, la presenza di danno d'organo (OD) asintomatico e di complicazioni cliniche.
5. Aggiornamento sul significato prognostico del OD asintomatico includendo cuore, vasi, rene, retina ed encefalo.
6. Rischio del sovrappeso e target d'indice di massa corporea (BMI) nell'ipertensione.
7. Ipertensione nell'adolescenza.
8. **Inizio della terapia antiipertensiva. Trattamento non farmacologico dei valori normali-alti di PA e maggior impiego di criteri basati sulle evidenze dei trials clinici.**
9. Obiettivi del trattamento. Criteri maggiormente basati sulle evidenze dei trials clinici e target pressorio sistolico unificato (<140 mmHg) sia nei pazienti a basso che ad alto rischio CV
10. **Possibilità di iniziare in trattamento con impiego della monoterapia, lasciando libera la scelta del medico su quale farmaco utilizzare.**
11. **Revisione dello schema per le associazioni prioritarie di due farmaci antiipertensivi.**
12. **Revisione delle raccomandazioni sul trattamento dell'ipertensione nell'anziano.**
13. **Trattamento farmacologico dell'ottuagenario.**
14. Ipertensione arteriosa resistente ed i nuovi approcci terapeutici.
15. Maggior attenzione all'impostazione della terapia in relazione alla presenza e tipo di danno d'organo.
16. Nuovi approcci al trattamento cronico dell'ipertensione arteriosa

Aspetti diagnostici

Valore prognostico del monitoraggio domiciliare della PA (HBPM) e ruolo del monitoraggio domiciliare ed ambulatorio (ABPM) nella diagnosi e trattamento dell'ipertensione.

Quale PA considerare

- PA clinica
- PA durante esercizio fisico (valore limitato)
- PA centrale (ricerca clinica)
- PA ambulatoriale
- **PA domiciliare**

Importanza della pressione arteriosa al di fuori dell'ambulatorio medico

- Valore prognostico/identificazione di una condizione precedentemente sconosciuta (Ipertensione da camice bianco/Mascherata)
- Diagnosi di vera ipertensione resistente/Conferma di pre-eclampsia
- Identificazione di episodi ipotensivi, specialmente legati alla terapia e nei pazienti anziani/diabetici
- **Può aiutare l'aderenza al trattamento (HBPM)/Valutazione dei suoi effetti ipotensivi**

Significato prognostico della PA domiciliare

- Più strettamente correlata al danno d'organo indotto dall'ipertensione arteriosa rispetto alla PA clinica, per lo più per l'ipertrofia ventricolare sinistra
- Il livello predittivo di mortalità e morbilità cardiovascolare della PA domiciliare è superiore alla PA clinica
- Quando confrontata con l'ABPM, la sua correlazione con il danno d'organo ed il significato prognostico è simile

Riassunto delle raccomandazioni sulla misurazione della PA

- La PA clinica è raccomandata per lo screening e la diagnosi di ipertensione
- La diagnosi di ipertensione deve essere basata su almeno Tre misurazioni della PA per visita e in non meno di due visite in condizioni ideali
- Palpazione del polso a riposo per determinare la frequenza cardiaca e la ricerca di eventuali aritmie, in particolare la fibrillazione atriale
- Valutare la PA al di fuori dello studio medico, per confermare la diagnosi di ipertensione, identificare il tipo di ipertensione, individuare episodi ipotensivi e quantificare il rischio CV
- La scelta tra ABPM e HBPM può essere effettuata sulla base dell'indicazione, disponibilità, costo ed eventualmente preferenza del paziente

Approccio terapeutico

**Inizio della terapia antiipertensiva.
Obiettivi del trattamento.**

Quando iniziare il trattamento antiipertensivo

- Le linee guida ESH/ESC 2007 raccomandavano l'impiego della terapia antiipertensiva in pazienti con ipertensione di grado I anche in assenza di altri fattori di rischio CV o OD. Erano inclusi anche gli anziani, e anche quando la PA era nel range normale-alto (130-139/85-89 mmHg).
- **Le attuali linee guida adottano un approccio più conservativo**

Quando iniziare il trattamento antiipertensivo

- L'inizio rapido del trattamento farmacologico è raccomandato nei pazienti con ipertensione di grado 2 e 3 (PA \geq 160/100 mmHg) e con qualsiasi livello di rischio CV. Va attuato entro poche settimane dopo o in contemporanea con i **cambiamenti dello stile di vita** (livello di evidenza IA).
- La terapia antiipertensiva è raccomandata anche nei pazienti ipertesi di grado 1 quando il rischio CV è elevato a causa della presenza di danno d'organo, diabete mellito o malattie CV (livello di evidenza IB)

Ipertensione di grado 1 con rischio basso-moderato

L'inizio del trattamento farmacologico antiipertensivo dovrebbe essere considerato in pazienti ipertesi di grado 1 a rischio basso-moderato, quando i livelli di PA rimangono costanti a diverse visite o quando si riscontrano valori elevati di PA all'ABPM, nonostante le modifiche dello stile di vita (livello di evidenza IIaB)

Si devono trattare farmacologicamente pazienti con PA normale-alta (130-139/85-89 mmHg) ?

- Non si raccomanda di iniziare la terapia farmacologica antiipertensiva nei pazienti con PA normale/alta (IIIA)
- **Raccomandato un corretto stile di vita**

E' piu' importante ridurre piu' fattori di rischio Cardio-Vascolare, anche se di poco, piuttosto che concentrarsi solo su uno.

Ogni fattore di rischio aumenta le probabilità di malattia Cardio-Vascolare di 2 - 5 volte

Obiettivi pressori nei pazienti ipertesi

- **Si raccomanda una PAS < 140 mmHg, indipendentemente dal livello di rischio CV**
 - **Rischio basso/moderato (IB)**
 - **Diabete (IA)**
 - **Malattia renale diabetica/non diabetica (IIaB)**
 - **Pazienti con precedenti eventi coronarici/TIA-ictus (IIaB)**
- **PAD < 90 mmHg raccomandata**

Scelta della terapia antipertensiva

Linee guida ESH/ESC 2003/2007:

- La maggior parte del beneficio del trattamento antiipertensivo è legato alla riduzione della PA di per sé ed è largamente indipendente dal farmaco impiegato.
- Le più ampie meta-analisi disponibili non evidenziano rilevanti differenze cliniche tra le varie classi di farmaci.

Scelta della terapia antipertensiva

Linee guida ESH/ESC 2013:

- Si riconferma che le seguenti classi di farmaci sono tutte impiegabili per l'inizio e la continuazione della terapia antipertensiva, sia in monoterapia che in associazione (IA)
 - Diuretici (tiazidici/ clortalidone/ indapamide)
 - Beta-bloccanti
 - Calcio antagonisti
 - ACE-inibitori
 - Bloccanti recettoriali dell'Angiotensina II

Classificazione dei farmaci in ordine di scelta

- I benefici sono in larga misura dipendenti dalla riduzione della PA.
- La protezione CV globale non è simile tra le diverse classi di farmaci.
- Gli effetti causa-specifici sugli eventi CV dei vari farmaci sono simili o differenti tra loro solo in piccola parte. Il tipo di evento non è prevedibile.
- Tutte le classi di farmaci hanno i loro vantaggi, svantaggi e controindicazioni. Nessun farmaco è SEMPRE o MAI una prima scelta.

Classificazione dei farmaci in ordine di scelta

- **Qualsiasi tentativo di classificare farmaci antipertensivi non può essere basato sull'evidenza.**
- **Eventuali raccomandazioni sull'utilizzo di una particolare classe di farmaci deve basarsi su**
 - **Utilizzo in trials in specifiche condizioni**
 - **Maggiore efficacia in danni d'organo specifici o fattori di rischio**
 - **Effetti collaterali**
- **Non esiste alcuna evidenza che la scelta terapeutica possa dipendere dall'età o dal sesso (eccezione con i bloccanti del RAS in donne fertili per i possibili effetti teratogeni, etnie non caucasiche)**

Farmaci di scelta in condizioni specifiche

Condition	Drug
Asymptomatic organ damage	
LVH	ACE inhibitor, calcium antagonist, ARB
Asymptomatic atherosclerosis	Calcium antagonist, ACE inhibitor
Microalbuminuria	ACE inhibitor, ARB
Renal dysfunction	ACE inhibitor, ARB
Clinical CV event	
Previous stroke	Any agent effectively lowering BP
Previous myocardial infarction	BB, ACE inhibitor, ARB
Angina pectoris	BB, calcium antagonist
Heart failure	Diuretic, BB, ACE inhibitor, ARB, mineralocorticoid receptor antagonists
Aortic aneurysm	BB
Atrial fibrillation, prevention	Consider ARB, ACE inhibitor, BB or mineralocorticoid receptor antagonist
Atrial fibrillation, ventricular rate control	BB, non-dihydropyridine calcium antagonist
ESRD/proteinuria	ACE inhibitor, ARB
Peripheral artery disease	ACE inhibitor, calcium antagonist
Other	
ISH (elderly)	Diuretic, calcium antagonist
Metabolic syndrome	ACE inhibitor, ARB, calcium antagonist
Diabetes mellitus	ACE inhibitor, ARB
Pregnancy	Methyldopa, BB, calcium antagonist
Blacks	Diuretic, calcium antagonist

Controindicazioni assolute e relative all'uso di singole classi di farmaci antipertensivi

Drug	Compelling	Possible
Diuretics (thiazides)	Gout	Metabolic syndrome Glucose intolerance Pregnancy Hypercalcaemia Hypokalaemia
Beta-blockers	Asthma A-V block (grade 2 or 3)	Metabolic syndrome Glucose intolerance Athletes and physically active patients Chronic obstructive pulmonary disease (except for vasodilator beta-blockers)
Calcium antagonists (dihydropyridines)		Tachyarrhythmia Heart failure
Calcium antagonists (verapamil, diltiazem)	A-V block (grade 2 or 3, trifascicular block) Severe LV dysfunction Heart failure	
ACE inhibitors	Pregnancy Angioneurotic oedema Hyperkalaemia Bilateral renal artery stenosis	Women with child bearing potential
Angiotensin receptor blockers	Pregnancy Hyperkalaemia Bilateral renal artery stenosis	Women with child bearing potential
Mineralocorticoid receptor antagonists	Acute or severe renal failure (eGFR <30 mL/min) Hyperkalaemia	

Principi delle precedenti linee guida ESH/ESC mantenuti nelle attuali

- **i trials clinici randomizzati sono di primaria importanza**
- **Tali trials non sono spesso disponibili, per cui altre fonti di evidenza da studi di elevata qualità sono altrettanto importanti da considerare.**
- **L'interpretazione/estrapolazione dei dati disponibili è sempre necessaria, anche per quelli provenienti dai trials clinici. Sono altrettanto inevitabili le raccomandazioni basate sull'opinione di esperti della materia**
- **Inserire la classe di raccomandazione ed il livello di evidenza può informare più accuratamente i medici su quali raccomandazioni si basi l'opinione degli esperti, piuttosto che su evidenze scientifiche documentate (2013 GLs)**



Principi delle precedenti linee guida ESH/ESC mantenuti nelle attuali

“le linee guida hanno a che fare con condizioni mediche in generale e pertanto il loro ruolo deve essere educativo e **NON prescrittivo/coercitivo** per la gestione dei singoli pazienti che possono differire ampiamente nelle loro caratteristiche personali, mediche e culturali, il che richiede decisioni diverse da quelle generali raccomandate dalle linee guida”



Take home message

- ◆ **L'ipertensione arteriosa** è la principale causa **prevenibile** di morte prematura nei paesi industrializzati
- ◆ Le evidenze internazionali dimostrano chiaramente come l'ipertensione **sia un fattore di rischio rilevante**
- ◆ **L'ipertensione caratterizzata da maggiore gravità (es Comorbidità), Ha** più alta mortalità, maggiore durata di degenza ospedaliera, aumento di ictus non associato ad altra patologia es Ats Tsa, Fa
- ◆ **Le attuali linee guida europee** raccomandano anche **la terapia di combinazione**
 - **trattare in modo appropriato i pazienti , oggi non ben controllati è un importante risparmio di risorse economiche**

In Italia , il costo medio annuo per paziente a carico del SSN risulta essere pari a €20.000

- ◆ Il costo medio complessivo di un ricovero risulta essere pari a **€ 3.391** che, disaggregato per gravità, corrisponderebbe a €2.850 se lieve, €3.500 se moderato o €4.000 se grave¹
- ◆ Considerando il recupero ed il trattamento del paziente dalla dimissione alla fine di un trimestre i costi salirebbero a **€ 6.500, € 11.000 e € 23.500** se, rispettivamente, lieve, moderato e grave.



Accanto ai costi **SANITARI a carico del SSN** occorre inoltre considerare i **costi diretti a carico della famiglia ed i costi indiretti a carico della collettività.**







Grazie per l'attenzione

