

**AZIENDA SANITARIA RIETI
OSPEDALE S.CAMILLO DE LELLIS RIETI
U.O MEDICINA 1*/UOC MCAU**
*Direttore Dott.ssa A.Vigilante
** Responsabile Dr Flavio Mancini**

PERCORSO CLINICO

GESTIONE DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA

PRONTO SOCCORSO AMBULATORIO PER IPERTENSIONE



2012

CODIFICA CODICI ICD-9-CM
04919

EPIDEMIOLOGIA

L'ipertensione arteriosa rappresenta uno dei più importanti problemi sanitari della popolazione ed è una malattia molto comune che interessa circa il 15-20% della popolazione generale. E' una delle cause principali di malattia e di morte nei paesi industrializzati.

È spesso asintomatica; tuttavia un suo cronico aumento può causare gravi complicazioni a carico di svariati organi.

Si definisce "crisi ipertensiva" il riscontro di valori di pressione arteriosa notevolmente elevati. Non vi sono limiti al di sopra dei quali si parla unanimemente di crisi ipertensiva, in quanto i valori pressori di per sé sono solo un elemento, e non il più importante, che concorre alla prognosi del soggetto con crisi ipertensiva. Tre fattori concorrono a determinare il significato clinico e prognostico della crisi ipertensiva:

valori pressori: **crisi ipertensiva una pressione arteriosa sistolica > 220 mmHg e una pressione arteriosa diastolica > 120-130 mmHg**

la rapidità dell'insorgenza dei valori pressori elevati

l'evidenza (all'esame clinico o agli esami strumentali o di laboratorio) di danno acuto d'organo.

La crisi ipertensiva rappresenta il **3% degli accessi in P.S., il 27% delle urgenze/emergenze mediche in P.S.**

Le cause di emergenze/urgenze ipertensive

- **Trattamento farmacologico inadeguato**
- **Scarsa aderenza al trattamento**
- **Ipertensione secondaria(renale, endocrina, farmaci, stupefacenti quali cocaina, LSD.....)**

.DEFINIZIONE:.

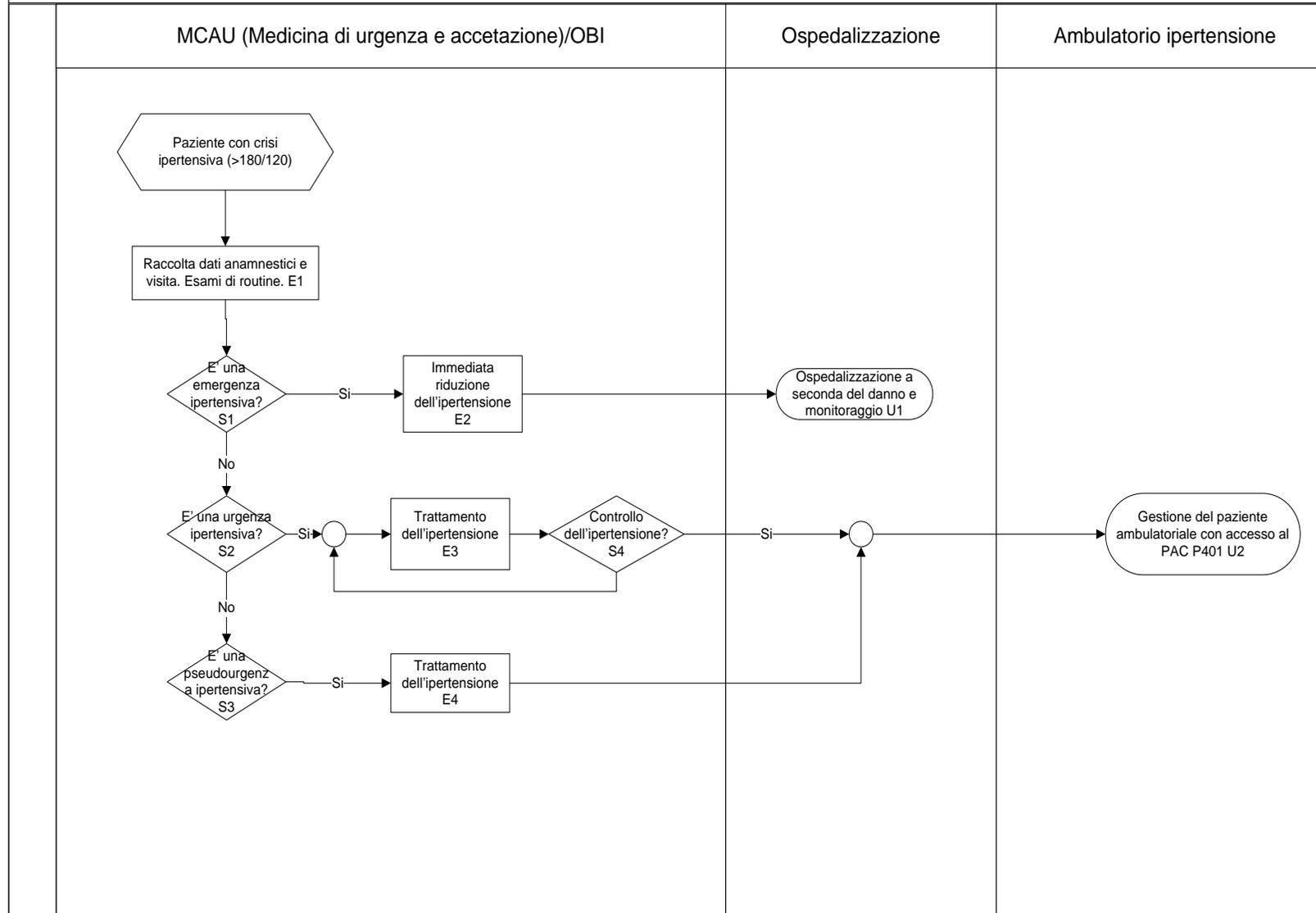
La relazione continua tra livelli di pressione arteriosa e rischio cardiovascolare rende arbitraria ogni definizione o classificazione numerica dell'ipertensione...

La valutazione non deve basarsi solo sul livello di pressione arteriosa, ma sulla stima del rischio cardiovascolare globale del paziente, del danno d'organo presente, delle patologie associate. A seguire, nella tabella 1 è riportata la modalità tramite cui è possibile stratificare il rischio cardiovascolare

Tabella 1

Stratificazione del rischio					
Danno d'organo sub clinico	NORMALE PAS 120-129 o PAD 80-84	Normale alta PAS 130-139 o PAD 85-89	grado1 PAS 140-159 o PAD 90-99	Grado2 PAS 160-179 o PAD 100-109	Grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Altri Fattori di Rischio(FR) Danno d'organo subclinico (OD) condizioni cliniche associate (ACC)					
Nessun altro Fattore di Rischio	RISCHIO nella media	RISCHIO nella media	RISCHIO aggiuntivo basso	RISCHIO aggiuntivo moderato	RISCHIO molto elevato Terapia immediata
1-2 FR età, sesso, fumo, familiarità per CV, dislipidemia, iperglicemia, obesità	RISCHIO aggiuntivo basso	RISCHIO aggiuntivo basso	RISCHIO aggiuntivo moderato	RISCHIO aggiuntivo moderato	RISCHIO molto elevato Terapia immediata
>3 FR; OD; DIABETE S.M	RISCHIO aggiuntivo moderato	RISCHIO elevato terapia	RISCHIO Elevato terapia	RISCHIO elevato terapia	RISCHIO molto elevato Terapia immediata
Malattie CV(Ima, angina, PTCA, SC) Malattie cerebrovascolari (ictus, Tia emorragie) malattie renali insufficienza renale Nefropatia diabetica, albuminuria	RISCHIO molto elevato Terapia immediata				

Gestione Iperensione in PS



E1: Raccolta dati anamnestici, visita ed esami

La valutazione anamnestica, effettuata dal collega in PS, deve considerare

- Durata e gravità dell'ipertensione
- Presenza di danni d'organo già noti
- Terapia farmacologia in atto e sua efficacia
- Uso/abuso di simpaticomimetici o cocaina
- ♣ Presenza al momento della visita di sintomi suggestivi di danno d'organo (-Dolore anginoso/ dorsale, -Dispnea (EPA), -Sintomi neurologici: deficit neurologici, disturbi del visus diplopia, cefalea, convulsioni stato di coscienza)

La misurazione pressione arteriosa

La misurazione va fatta dopo che il paziente è stato seduto per alcuni minuti in una stanza tranquilla. Eseguire almeno due misurazioni intervallate da 1 o 5 minuti e una misurazione aggiuntiva se le prime due sono molto diverse tra loro, in entrambe le braccia per identificare eventuali disparità legate a una vasculopatia periferica. In questa situazione considerare il valore più alto come quello di riferimento nel caso si impieghi la tecnica auscultatoria.

Usare un bracciale standard (12-13 cm di altezza e 35 cm di lunghezza), ma disporre di bracciali più grandi e più piccoli nel caso rispettivamente di soggetti obesi e magri. Usare bracciali pediatrici nei bambini.

Nei pazienti aritmici usare sfigmanometri manuali. Misurare la pressione arteriosa dopo 1 e 5 minuti dall'assunzione dell'ortostatismo nei soggetti anziani, nei pazienti diabetici e in altre condizioni in cui può essere frequente o sospettata ipotensione ortostatica

Il monitoraggio 24 ore può essere preso in considerazione in caso di :

- eccessiva variabilità dei valori clinici
 - valori clinici elevati costantemente in assenza di danni d'organo,
 - discrepanza fra i valori clinici e quelli domiciliari,
 - Ipertensione mascherata (normali valori pressori in ambulatorio con valori riferiti elevati domiciliari)
 - Ipertensione resistente (PRESSIONE CON VALORI SUPERIORI A 140/9mm/Hg in terapia farmacologica congrua, a dosaggio pieno, con 3 farmaci)
- controindicazioni: fibrillazione atriale, non compliance
- limitazione paziente in TAO

Le indagini diagnostiche di base sono (acquisire sempre documentazione precedente):

- ECG: 12 derivazioni L'ECG può fornire informazioni di tipo eziologico quali: segni di danno ischemico attuale o pregresso, segni di sovraccarico, presenza aritmie, presenza di onde Q patologiche.
- RX torace (se non eseguito di recente e se eseguibile): ha utilità nell'identificare la presenza di cardiomegalia (rapporto cardio-toracico > 50% in proiezione antero-posteriore), di congestione venosa polmonare, di edema alveolare, valutazione dell'aorta
- Esami ematochimici quali Emocromo (emoglobina, conta leucocitaria e piastrinica), glicemia, elettroliti, urea e creatinina, CK, CK MB, mioglobina, troponina (in caso di sospetto ischemia miocardica acuta), Emogas analisi

A seconda del quadro clinico può essere opportuno, soprattutto in presenza di danno d'organo, integrare con esami specialistici quali TC encefalo, ecocardiogramma

S1 E' una emergenza ipertensiva

Cause di emergenza ipertensiva sono i danni d'organo, fra cui:

- Encefalopatia ipertensiva
- Ipertensione arteriosa associata a scompenso cardiaco
- Ipertensione arteriosa associata ad infarto del miocardio o ad angina instabile
- Ipertensione arteriosa associata a dissecazione aortica
- Ipertensione grave associata a emorragia subaracnoidea o ad evento cerebrovascolare
- Insufficienza renale acuta o Crisi ipertensive da feocromocitoma
- Uso di anfetamine, LSD, cocaina, ecstasy
- Ipertensione perioperatoria o Eclampsia
- Epistassi arteriosa l'epistassi arteriosa rappresenta un'emergenza ipertensiva che causa la rottura di un vaso arterioso (a. sfenopalatina, a. palatina superiore, a. del sottotetto, rami della a. carotide esterna oppure a. etmoidali, rami della carotide interna). La terapia antipertensiva in questo caso è necessaria

E2 Immediata riduzione dell'ipertensione

Nella emergenza ipertensiva necessaria una immediata riduzione della P.A. (pochi minuti/ore) (non necessariamente entro i valori normali), in relazione al danno d'organo acuto o per prevenire e limitare danni agli organi bersaglio, con cure intensive rapide (monitoraggio in U.T.I./MURG) Nella tabella a seguire i tipi di molecole consigliate

Tabella 1. Guida alla scelta del farmaco, in base all'emergenza e all'obiettivo pressorio

Emergenza	Farmaco di scelta	Obiettivo pressorio
Encefalopatia ipertensiva	Nitroprussiato Fenoldopam Nicardipina	Riduzione del 25% della PA media iniziale in 2-3 ore
Ictus Se PA >220/115 o PAS >220 mmHg	Labetalolo Nitroprussiato	Riduzione del 10-15% della PA media iniziale in 2-3 ore Riduzione fino a PAS <185/110 se trombolisi
Emorragia cerebrale Se PA >180/105 mmHg	Labetalolo	Riduzione almeno fino a PAS <180-105 mmHg (meglio se PAS <140 mmHg)
Insufficienza VS	Nitroglicerina Furosemide Nitroprussiato	Riduzione 10-15% della PA media iniziale fino alla risoluzione dell'edema polmonare acuto
Dissezione aortica	Labetalolo Nitroprussiato + Betabloccante	PAS <100 mmHg o almeno PA <120/80 mmHg
Sindrome coronarica acuta	Nitroglicerina Labetalolo	Riduzione o risoluzione dell'ischemia (riduzione 25% circa della PA media iniziale in 3-4 ore)
Insufficienza renale	Fenoldopam	0-25% riduzione della PA media iniziale in 2-3 ore
Eclampsia	MgSO4, metildopa, idralazina, induzione parto	PA diastolica <90 mmHg Espletamento del parto
Cocaina		
Se ipertensione	Labetalolo	
Se dolore toracico	Nitroglicerina, fentolamina, verapamil	Risoluzione dei sintomi
Crisi di feocromocitoma	Labetalolo, Fentolamina	Risoluzione dei sintomi

PA= Pressione arteriosa; PAS= Pressione arteriosa sistolica; VS= Ventricolare sinistra

Nota l'uso del beta bloccante in caso di intossicazione da cocaina è controversa per il rischio di induzione di una sindrome coronarica acuta. Nell'ictus emorragico evitare nitroprussiato, nifedipina e idralazina: aumentano il flusso cerebrale

Nei casi di **CARDIOPATIA ISCHEMICA ACUTA/IMA/ANGINA** la I° SCELTA è nitroglicerina ev-labetalolo ev/ esmololo ev-enalapril ev/ captopril os.

Sono **SCONSIGLIATI** diazossido-idralazina

Nell' EDEMA POLMONARE ACUTO la I° SCELTA:nitroglicerina ev,-Furosemide ev-nitroprussiato-captopril os

Sono SCONSIGLIATI diazossido (aumento spiccato della FC)-idralazina-labetalolo ev (inotropismo negativo)

Nella DISSECAZIONE AORTICA bisogna *Ridurre lo stress aortico,Ridurre la pressione diastolica del 10-15%,in 10-15 min* Nitroprussiato-Nicardipina-Fenoldopam- Esmololo-Metoprololo-Labetalolo

Nell' EPISTASSI ARTERIOSA Captopril orale – Betabloccanti. Sconsigliati vasodilatatori e CCB. Tamponamento locale

Pre-eclampsia ed Eclampsia, Trattare quando BP >160/105 (Am J Obstet Gynecol 2000). I farmaci sono in ordine di scelta il Labetalolo, la Nicardipina e l' Idralazina

U1 Ospedalizzazione

In caso di danno d'organo è d'obbligo l'ospedalizzazione che avverrà a seconda della patologia d'organo stessa e della condizione del paziente

S2 E' una urgenza ipertensiva?

Sono urgenza ipertensive quelle condizioni in cui la riduzione della P.A. dovrebbe essere ottenuta entro **poche ore** → (spesso possibile una terapia per os senza particolari monitoraggi)

L'**URGENZA IPERTENSIVA** è una condizione caratterizzata da una pressione arteriosa sì marcatamente elevata, ma senza sintomi gravi o danni ingravescenti agli organi bersaglio

La definizione include quei pazienti che hanno danni noti d'organo, ma non hanno alcuna compromissione acuta. Solitamente non è necessario ospedalizzare il paziente, la correzione dei livelli pressori deve essere graduale, nel giro di alcuni giorni, e normalmente sono utilizzati agenti antipertensivi per via orale.

Include condizioni quali l'Ipertensione severa asintomatica, l'Ipertensione accelerata/maligna, l'Ipertensione perioperatoria e la □Preeclampsia

S3 E' una pseudourgenza ipertensiva

Le PSEUDOURGENZE IPERTENSIVE sono

- Epistassi venosa con reazione di allarme da sanguinamento
- Attacchi di panico con stato iperdrenergico
- Sindrome da sospensione dell'alcool
- Ipertensione severa(valori pressori elevati senza evidenza di danno agli organi bersaglio

E' necessario per ultimo distinguere alcune situazioni in cui i valori pressori possono essere elevati, ma che non rappresentano vere crisi ipertensive e vengono definite "**pseudourgenze ipertensive**"

In particolare, è necessario sottolineare che la maggioranza delle epistassi che si presentano in DEA non rappresentano il risultato di una crisi ipertensiva; il sanguinamento è dovuto solitamente a piccole lesioni del plesso vasale sottomucoso ed i pazienti presentano valori pressori elevati, causati dalla reazione d'allarme all'emorragia. Non è indicata terapia con agenti antipertensivi, ma solamente un tamponamento locale ed eventualmente dei farmaci ansiolitici. necessaria

U2 Gestione ambulatoriale

AMBULATORIO IPERTENSIONE effettua una specifica seduta il Mercoledì dalle 14-18

Prestazioni effettuate:

-visita
-PAC ipertensione
.diagnosi -eziologia -valutazione CV-Danno d'organo
Holter pressorio
Impostazione terapia
La referente è la Dott.ssa Feliciani