

# Congresso Centri ipertensione

## Torino 10 ottobre 2020



## Gestione dell' Ipertensione arteriosa in VDA con applicazione dei

DOC AZ34 : **"PDTA Percorso Ipertensione in VDA"**

DOC AZ 11 : **"Raccomandazioni per la prescrizione dei  
farmaci  
per la cura dell'ipertensione arteriosa"**

3 casi clinici

Maria Sabina Modesti

# 1° Caso: IPERTENSIONE ARTERIOSA ESSENZIALE SENZA DANNO D'ORGANO

Rete di Collaborazione Medico Ass Primaria-centro ospedaliero

Obiettivo: prevenire Ipertensione di difficile controllo e Comparsa di D.O.



Alberto 56 aa

Lavora come dipendente Studio tecnico

Ha sempre goduto di buona salute

Fuma 10 sigarette al giorno

E' intenzionato a smettere e vuole riprendere l'abitudine di fare trekking in montagna

Il padre e' morto per infarto qualche anno fa

Decide di fare un controllo presso il medico di famiglia...

## MEDICO DI ASS PRIMARIA

PA 160/100mmhg mai riscontrata prima

### AZIONI:

I-RICHIEDE ESAMI 1° LIVELLO

II-INDICA MODIFICA STILI DI VITA

III-AUTOMISURAZIONE PA

Dopo circa 5 mesi:

Automisurazione PA : 150/90MMHG

PA 168/108mmhg Scarsa riduzione del fumo Stress lavorativo e familiare ++

Esami di 1° livello: nn

Emocromo Creatinina Elettroliti  
Glicemia Uricemia Ast Alt Ggt  
QPE Assetto lipidico TSH reflex  
Esame urine  
Microalbuminuria (SPOT)

ELETTROCARDIOGRAMMA  
RX TORACE

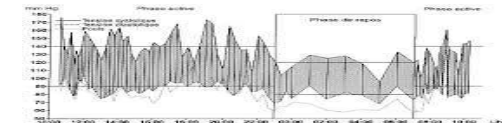
## IV- ATTIVA L'AMB IPERTENSIONE

Richiesta: MAPA

Quesito: Valutazione curva pressoria per inquadramento diagnostico



Tempi di attesa MAPA: 7-10gg



## V-RIVALUTA IL SUO ASSISTITO

PA 164/104mmhg fuma 3 sigarette al giorno stress++

**Ipertensione arteriosa veros essenziale grado 2 RCV moderato**

Resistenza ad avvio terapia antiipertensiva

## VI -RIATTIVA AMB IPERTENSIONE

Richiesta di 1<sup>a</sup> visita per inquadramento diagnostico e eventuale avvio terapia e rilascio ET patologia

Tempi di attesa 1<sup>a</sup> visita: 15-30gg

# LAVORO CON IL TERRITORIO

## MOTIVI DI INVIO- TERMINI DELLA GESTIONE

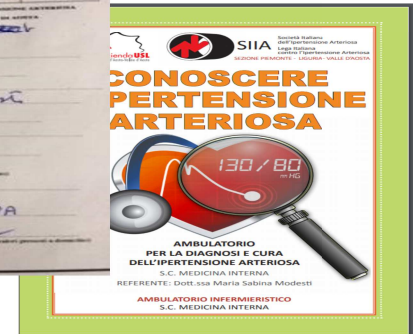
### 1° Caso: IPERTENSIONE ARTERIOSA ESSENZIALE SENZA DANNO D'ORGANO



## AMB IPERTENSIONE OSPEDALIERO

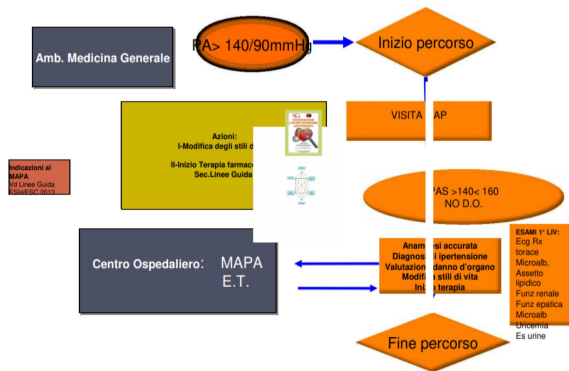
Accettazione Infermieristica

Ambulatorio per la Diagnosi e Cura dell'Ipertensione Arteriosa  
 S.C. Medicina Interna Ospedale Regionale U.P. Parini di Aosta  
 I Medici di Assistenza Primaria (MAP)  
 DATA PERIODO: 21/01/2020  
 PA: 140/80 mmHg  
 FC: 78  
 PESO: 70 kg  
 ALTEZZA: 1,70 m  
 TEMPERATURA: 36,5  
 FREQUENZA RESPIRATORIA: 18  
 SANGUE ARTERIALE: 140/80  
 M.A.P.A.



	Percorso Clinico Direzione Aziendale	DOC AZ 34
	Percorso di cura ipertensione arteriosa	Rev. 01 del 02/10/2019 Pag. 4 di 7

**FLOW CHART PERCORSO IPERTENSIONE (REVISIONE 2016)**  
 Percorso uniforme e condiviso fra Ambulatorio ipertensione S.C. Medicina Interna Ospedale Regionale U.P. Parini di Aosta e i Medici di assistenza primaria (MAP) - I -



### AZIONI DEL MEDICO :

#### I-Visita e presa in carico

Anamnesi accurata (storia familiare, abitudini di vita, assunzione terapia in cronico..)

Presa visione esami di 1° livello

Esame clinico:

PA in clinost dx esin 150 / 104 mmHg FC 68

PA in ortostatismo 146 / 110 mmHg Fc 78 non segni di scompenso non soffi vascolari

#### II-Organizzazione Day Service

- Aldosterone /PRA

-F.O:nn

-Ecocardiogramma: FE 60% segni di iniziale rilasciamento diastolico

- Ecografia addome:nn

-Ecodoppler arterie renali:non stenosi

Tempi di attesa: 8-10gg

#### III-Definizione Diagnosi

**Ipertensione arteriosa veros essenziale grado moderato senza evidenti D.O**

Terapia: Ramipril 10mg 1c al risveglio Stop FUMO

#### IV-Rilascio ET 0A31

V-Rinvio al Medico di Ass Primaria

VI-Programmazione rivalutazione a 1 anno con ECG+esami 1° livello

## 2° Caso: Cardiopatia Ipertensiva scompensata

**Azione: Implementazione al PDTA percorso Ipertensione**  
**Obiettivo: Riduzione riacutizzazioni/re-ricoveri**



Anna 70aa  
Casalinga  
Sposata con 2 figli  
In VDA da 1aa  
Ipertesa da 20aa (menopausa)  
Ipotiroidismo acquisito da 15aa  
Terapia assunta:  
Ramipril 5mg 1c Levotiroxina 50mcg 1c  
Abuso Fans per gonartrosi dx

Da 2 settimane dispnea  
ingravescente e edemi declivi

**PRONTO SOCCORSO**

Esame clinico: **PA 190/110mmg Fc 110r** SaTo2 88%94%aa FR 20atti/mingiugulari+ a 30°  
Mv ridotto, crepitazioni alle basi, attività cardiaca ritmica, edemi declivi++/++

ECG: Tachicardia sinusale IVSn Fc 118b/min

Rx torace: segni di stasi del piccolo circolo, ombra cardiaca ingrandita

EE: NT- **Probnp 1450ng/l** Creat.0.78

Terapia: furosemide 2ff 20mg ev O2 1lt/min

**Raggiunti i criteri di stabilità': Pa 168/100 Fc 80r Sato2 91%con O2 1l/minFR 14atti/min**

**Ricovero presso Sc Medicina Interna con Diagnosi di Scompenso cardiaco**

**S.C. MEDICINA INTERNA**

Peso: 68Kg alt 1.54 m PA 160/100mmhg Fc 100b/min saTo2 94% con o2 Tc 36°2  
Esami: Routine+ TSH reflex+sideremia ferritina transferrina

Terapia: Furosemide f20gev-->Furosemide 25mg 1c+spironolattone 25mg 1c +ramipril 10mg 1c  
Bisoprololo 1.25mg 1

**Ecocardio : Fe 55% Vsin ipertrofico non dilatato alterato rilasciamento diastolico.**

ECG: Rs lvs Fc 70b/min

Rx Torace: netta riduzione segni di stasi del piccolo circolo.

Pa 140/80 Fc 78b/min SaTo2 95%in aa FR 12 atti/min Peso : 64Kg alt 1.54 m

EE: NT Probnp 356

**Diagnosi : Cardiopatia Ipertensiva scompensata con lieve riduzione FE**

**Terapia:**

Ramipril 10mg 1c Furosemide 25mg 1c a Spironolattone 25mg 1c Bisoprololo1,25mg 1c

**Criteri di stabilità' per  
trasferimento in  
degenza ordinaria:**

110<FC>50  
PA>90mmg o < 25% se  
puntata ipertensiva  
25<FR>10 apm  
7,45>PH>7,35  
Lattati<2mmol/l  
Diuresi>0,5ml/KG/h  
Miglioramento soggettivo

**Cardiopatia Ipertensiva scompensata**  
**Azione: Implementazione al PDTA percorso Ipertensione**  
**Obiettivo: Riduzione riacutizzazioni/re-ricoveri**



Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale

GESTIONE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO  
CARDIACO DALL'ARRIVO IN PRONTO SOCCORSO AL  
FOLLOW-UP POST-DIMISSIONE

Promotore Regione Valle d'Aosta con Deliberazione della Giunta Regionale n°  
151 del 08/02/2019, rideterminata con Deliberazione della Giunta Regionale n°  
910 del 28/06/2019.

**I dati europei mostrano che circa il 50% dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto vengono riospedalizzati entro 12 mesi e un terzo muore entro 1 anno dal primo ricovero**  
**(1). Per quel che attiene alla nostra realtà, i dati del Piano Nazionale Esiti relativi al 2017 riportano tassi di riacutizzazione a 30 giorni del 14.68 % a livello nazionale e del 17.73 % in Valle d'Aosta; la mortalità a 30 giorni è del 10.98% a livello nazionale e del 9.66% nella nostra Regione**



**AMB IPERTENSIONE dopo 30gg dalla dimissione**

Esame clinico

Pa in clinost adx esin 140/90mmhg Fc 96b/min

PA in ortost 140/100mmhg Fc 98b/min peso: 63.500KG

Non segni di scompenso

Esami ematochimici: uricemia 4.3 Probnp 240ng/L

ECG: RS IVS..

**D:Cardiopatia ipertensiva senza segni di scompenso**

**Si adegua terapia :**

Perindopril 5/indapamide 1,25/amlodipina 5 1c

+spironolattone 25mg + bisoprololo 2.5mg 1c

**Lettera di dimissione per il medico di Ass. primaria**

**Scheda Infermieristica -Collegamento con il territorio**



**AMB MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**



Cardiopatia ipertensiva scompensata  
FE>40%

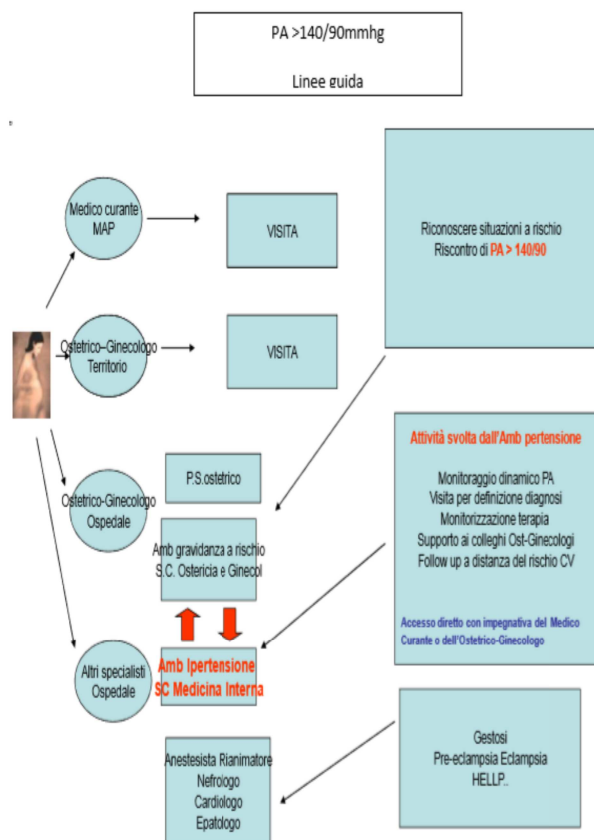
**Alla dimissione Follow-up  
dopo 30gg  
presso  
Amb.Ipertensione**

# La gestione della donna ipertesa in gravidanza e Follow up nel tempo

## 3° Caso : Primigravida ipertesa



### Flow Chart Percorso ipertensione in gravidanza



**Agenda x gravidanza**  
Posto in aggiunta ogni giorno di ambulatorio

Maria Carla 27aa

Fam. positiva per ipertensione (padre e madre)

Anemia mediterranea

Non EP

1° riscontro rialzo pressorio Maggio 2018 alla 32<sup>a</sup> sett di prima gestazione-**Picco: 155/100mmhg**

**INVIATA DALL'OSTETRICO PRESSO AMB IPERTENSIONE**

**Quesito: valutazione curva pressoria con MAPA+visita**

PA seduta a dx e sin 148/98mmhg Fc 80b/min

PA in ortost 146/100mmhg Mv presente ,attività cardiaca ritmica non edemi

Alt: 1.62 peso: 66Kg (+ 8Kg)

ECG: RS

EE: emocromo+CPnn uricemia nn enzimi epatici nn D-Dimero coagulazione + fibrinogeno euricemia nn

**D: Ipertensione arteriosa insorta in gravidanza**

Terapia: alfametil dopa 250mg 1c x2

**Lettera indirizzata al Medico di Ass primaria e all'ostetrico**

**Controllo dopo 20gg in Amb. Ipertensione**

Aumento alfa metil dopa 500mg 1c x2

**Attivati controlli presso il curante ed il consultorio con osterica del territorio**

Fine 35<sup>a</sup> settimana : aumento alfa metil dopa 500mg 1c x3

EE: lieve aumento uricemia 4,5 → 5. 8 d-dimero 300 → 450

Lieve albuminuria.comparsa edemi declivi

**RICOVERO**

Espletamento parto per via naturale alla 36<sup>a</sup> settimana

Inizio allattamento

**Consulenza Ipertensivologica presso SC Ostetrica:** riduzione progressiva alfa metildopa sostituita con basse dosi di captopril 25mg 1c x3 prima di allattare

**Visita presso Amb Ipertensione dopo 20gg:** Pa 106/70mmhg

EE: nn

Riposizione MAPA -sospensione terapia antiipertensiva

Si programma Visita di controllo a 2 mesi

Si programma visita di controllo ad 1aa

Lettera indirizzata al medico di Ass primaria

Controllo ad 1 anno

Visita da attivare subito per nuova gravidanza

**PDTA per la gestione dell'ipertensione arteriosa e' uno strumento efficace :**  
**Riduce eventuali criticita' del SSN**  
**Riduce inerzia clinica**  
**Riduce il problema della compliance**  
**Migliora il controllo pressorio nel singolo iperteso**  
**Aumenta la % di ipertesi ben controllati**  
**Riduce ingresso in PS per Crisi ipertensiva**  
**Riduce l'ospedalizzazione per complicanze cardio cerebro vascolari erenali**

-----  
*Rendere operativo un PDTA e' faticoso*  
*Gli operatori coinvolti devono*  
*aggiornare puntualmente il loro impegno;*  
*le strutture predisposte devono esserci:*

*sono questi i presupposti fondamentali per riconoscere un **PDTA efficace e inserito in un circolo virtuoso di progressivo miglioramento***

*Ma ...*

*Direttori, Direzioni che decadono*  
*Riduzione del personale*  
*Riduzione di ambulatori dedicati*  
*..Coronavirus ..*


*Sono situazioni potenzialmente letali per un PDTA..*

*Difficile resistere e molto faticoso ripartire!*

## *Grazie per l'attenzione*



# Il riferimento

	Percorso Clinico Direzione Aziendale	<b>DOC AZ 34</b>
	<b>Percorso di cura ipertensione arteriosa</b>	Rev. 01 del 02/10/2019  Pag. 1 di 7

Stato delle revisioni. <b>Percorso Ipertensione</b>					
Indice rev.	Data	Par. n°	Pag. n°	Sintesi della modifica	Redazione
01	02/10/2019	1	2	Prevenzione e gestione dello scompenso cardiaco nella cardiopatia ipertensiva	SC Medicina Interna Dott.ssa Maria Sabina Modesti
0	01/03/2016	/	/	Prima emissione	SC Medicina Interna Dott.ssa Maria Sabina Modesti

## 1. Oggetto e scopo

L'ipertensione arteriosa è una Sindrome cardiovascolare progressiva associata ad anomalie funzionali strutturali del cuore e dei vasi con possibile sviluppo di danni al cuore, al cervello, ai reni, alla retina, che conducono a morbilità e mortalità precoci. Secondo la World Health Organisation, essa rappresenta il principale rischio di mortalità nel mondo; colpisce tra il 30 e il 45% della popolazione europea e costituisce il principale fattore di rischio di mortalità e disabilità. La complicanza più grave è rappresentata dallo stroke: i soggetti che ne sono colpiti per il 60% presentano forme di disabilità ad un anno dall'evento. Dal "progetto Cuore" in VDA:

il 45% degli uomini risulta affetto da ipertensione e di essi il 25% è a rischio;


il 37% delle donne è affetta da ipertensione arteriosa e di esse il 14% è a rischio.

Il Progetto "Profilo di cura ipertensione arteriosa" nato nel 2003 ed è stato revisionato nel 2006. Da allora le parti interessate hanno continuato ad applicarlo.

**Scopo:** riconsolidare il patto di alleanza fra medici del centro ipertensione ospedaliero e medici di assistenza primaria confrontandosi con le nuove Linee Guida, ridefinendo i rispettivi ruoli, riscrivendo un procedimento uniforme condiviso nella gestione dei soggetti ipertesi con massima attenzione all'accuratezza e appropriatezza diagnostico terapeutica. Strategica dell'AUSL Regione VDA all' Ambulatorio ipertensione - S.C Medicina Interna dell' Ospedale per ottenere una gestione uniforme e condivisa fra ospedale e territorio in merito alla gestione del soggetto riscontrato iperteso in VDA.

Il progetto approvato dalla Direzione AUSL e dai medici di famiglia della regione VDA è risultato essere un progetto attuabile, rinnovabile ed esportabile. È stato riconosciuto dalla società scientifica SIIA e dalla Rete HPH. Il suo punto di forza è risultato essere la stretta collaborazione fra una Direzione Strategica, il Centro ospedaliero, tutti i Medici di famiglia di una regione.

File	DOC AZ 34 Percorso di cura ipertensione arteriosa_REV 01	Redazione	SC Medicina Interna: Dott.ssa Maria Sabina MODESTI
Data applicazione	27/01/2020	Verifica	SSD PGAS: Dott. Fabio MARTINI
Copia	Controllata	Approvazione	Direttore Sanitario: Dott. Pier Eugenio NEBIOLO

	Percorso Clinico Direzione Aziendale	<b>DOC AZ 34</b>
	<b>Percorso di cura ipertensione arteriosa</b>	Rev. 01 del 02/10/2019  Pag. 2 di 7

## VANTAGGI PERSEGUITI:

- Accuratezza diagnostica
- Raggiungimento goal pressorio nella popolazione ipertesa (PAS <140mmHg secondo le più recenti Linee Guida di riferimento)
- Riduzione del rischio cerebro-cardio-vascolare
- (Monitorizzazione ipertensione insorta in gravidanza e rivalutazioni a distanza)
- Azione coordinata nelle scelte terapeutiche
- Vigilanza su appropriatezza prescrittiva
- Vigilanza su aderenza al trattamento
- Contenimento della spesa sanitaria in riferimento ai farmaci antipertensivi
- Prevenzione e gestione dello scompenso cardiaco nella cardiopatia ipertensiva

## INDICATORI:

I- Numero 1° visite x anno c/o centro ipertensione (C.I.) / Numero di visite successive x anno

II- Numero di 1° visite x anno che afferiscono presso C.I. con:

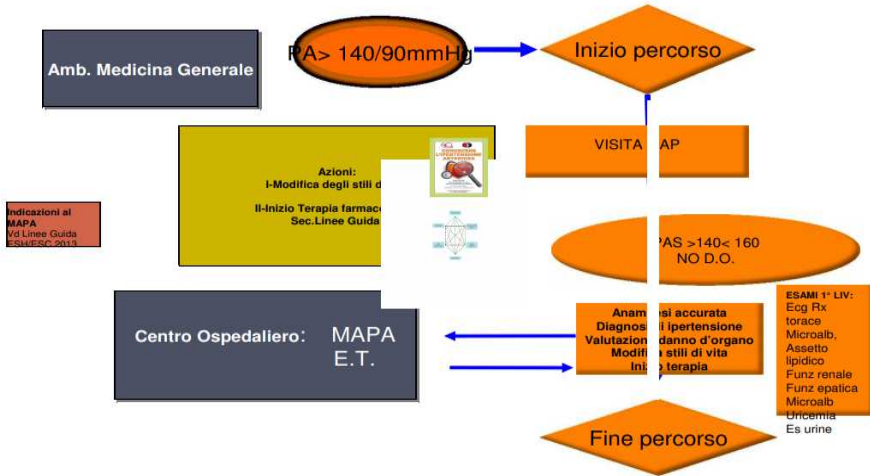
- esami di 1° livello
- richiesta motivata secondo il percorso (ipertensione refrattaria, sospetta secondaria, con danno d'organo, in gravidanza)

## Campo di applicazione

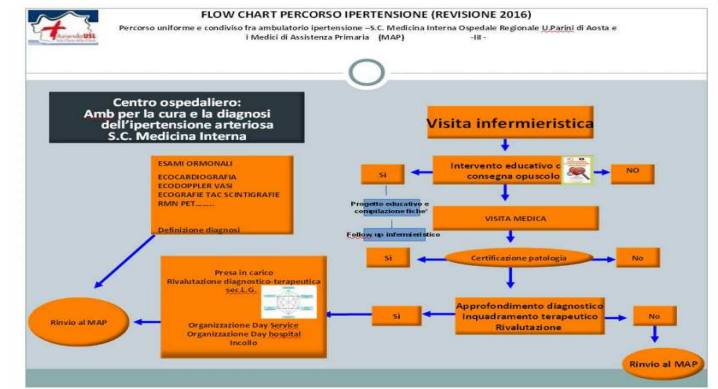
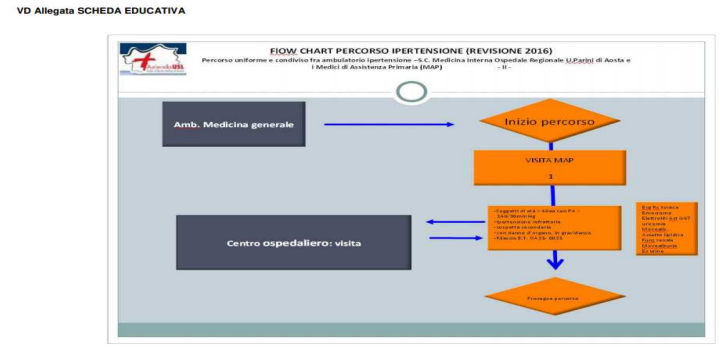
Il presente percorso si applica a tutte le persone bambini-adulti - anziani che presentano un'alterazione dei valori pressori.



**FLOW CHART PERCORSO IPERTENSIONE (REVISIONE 2016)**  
 Percorso uniforme e condiviso fra Ambulatorio ipertensione - S.C. Medicina Interna Ospedale Regionale U. Parini di Aosta e i Medici di assistenza primaria (MAP) - I -



Indicazioni al MAPA Vd Linee Guida ESUSMSC 2013



**AziendaUSL** Valle d'Aosta - Valle d'Aoste  
 Percorso Clinico Direzione Aziendale  
**DOC AZ 34**  
 Rev. 01 del 02/10/2019  
 Percorso di cura ipertensione arteriosa  
 Pag. 7 di 7

**AMBULATORIO PER LA DIAGNOSI E CURA DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA**  
 S.C. MEDICINA INTERNA  
 OSPEDALE REGIONALE UMBERTO PARINI DI AOSTA

NOME ..... COGNOME .....

DATA PRIMO INCONTRO.....

FUMO .....

DIETA IPOIODICA .....

ATTIVITA' FISICA .....

ALCOOL .....

PESO CORPOREO .....

BMI .....

CIRCONFERENZA ADDOMINALE CM.....

PRESSIONE ARTERIOSA (segnalare dx/sin, seduto, tipo di bracciale usato) .....


FOLLOW UP TELEFONICO PREVISTO TRA DUE MESI .....

**AziendaUSL** Valle d'Aosta - Valle d'Aoste  
**SIIA** Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa  
 Lega Italiana contro l'Ipertensione Arteriosa  
 SEZIONE PIEMONTE - LIGURIA - VALLE D'AOSTA

**CONOSCERE L'IPERTENSIONE ARTERIOSA**

**AMBULATORIO PER LA DIAGNOSI E CURA DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA**  
 S.C. MEDICINA INTERNA  
 REFERENTE: Dott.ssa Maria Sabina Modesti  
**AMBULATORIO INFERMIERISTICO S.C. MEDICINA INTERNA**

# Scelta dei farmaci

	Linee Guida Direzione Strategica	DOC AZ 11
	Raccomandazioni per la prescrizione dei farmaci per la cura dell'ipertensione arteriosa	Rev. 01 del 02/10/2019 Pag. 1 / 4

Stato delle revisioni					
Indice rev.	Data	Par. n°	Pag. n°	Sintesi della modifica	Redazione
01	02/10/19	tutte	tutte	Aggiornamento completo del documento secondo Linee guida ESH 2018	Dott.ssa S. Modesti
0	17/03/09	/	/	Prima emissione	Dott.ssa S. Modesti Dott.ssa R. Sergi

## Introduzione

Il presente documento è concepito come strumento informativo nel trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa. L'obiettivo è quello di fornire informazioni basate su linee guida più recenti e sulle evidenze cliniche mediche. Un'azione di sensibilizzazione per gli operatori interessati a tale disciplina e di induzione all'appropriatezza prescrittiva.

## Documenti di riferimento

1. "Linee guida 2018 per il trattamento dell'ipertensione arteriosa", a cura dell'European Society of Hypertension (ESH) e dell'European Society of Cardiology (ESC). Il testo integrale è consultabile sul sito della Società Italiana Ipertensione arteriosa all'indirizzo: <http://www.pressionearteriosa.net/documents/common/LIBRARY-LINEEGUIDA-SIIA-MISURAZIONE-PRESSIONE-TIA.pdf>
2. le carte del rischio cardiovascolare, disponibili all'indirizzo: <http://www.cuore.iss/valutazione/carte.asp>

## Note per gli utilizzatori

Le informazioni contenute nel presente documento sono formulate con l'intento di fornire "raccomandazioni" per i medici prescrittori sottolineando le Classi di raccomandazione ed i Livelli di evidenza a cui i medici stessi dovranno attenersi nel gestire i singoli casi clinici. La decisione di discostarsi dai raccomandazioni dovrebbe essere documentata e giustificata.

File	DOC AZ 11 Raccomandazioni per la prescrizione dei farmaci per la cura dell'ipertensione arteriosa, REV 01	Redazione	Dott.ssa Sabina Modesti
Data applicazione	27/01/2020	Verifica	SSD PCAS: Dott. F. Martini
Copia	Controllata	Approvazione	Direttore Sanitario: Dott. P.E. Nebiolo

## Raccomandazioni ESH/ESC 2018 per l'avvio della terapia farmacologica


I- Sebbene le evidenze dei trial siano scarse, appare ragionevole raccomandare che, nell'ipertensione di grado 1 (PAS 140-159 mmHg o PAD 90-99 mmHg) a basso o moderato rischio, la terapia farmacologica **andrebbe iniziata dopo un adeguato periodo di correzione dello stile di vita.**

II- L'inizio della terapia è consigliabile se l'ipertensione di grado 1 è associata con un alto livello di rischio, o se l'ipertensione è di grado 2 o 3.

III- Nei pazienti con pressione arteriosa normale-alta (PAS 130-139 mmHg o PAD 85-89) non complicata da diabete o pregressi eventi cardiovascolari, *non sono disponibili evidenze in un trattamento, eccetto che per una successiva insorgenza di ipertensione (superando il cut-off di 140/90).*

IV- L'inizio della terapia antiipertensiva nei pazienti diabetici con normale PA non è attualmente supportata da evidenze prospettiche nei trial. Per il futuro sembra prudente raccomandare l'inizio del trattamento nei pazienti diabetici con PA normale-alta se è presente danno d'organo subclinico (in particolare proteinuria e microalbuminuria).

V- Le evidenze dei trial riguardo alla terapia antiipertensiva nei pazienti con pregressi eventi cardiovascolari in assenza di ipertensione sono controverse, e ulteriori trial dovranno essere completati prima che possano essere date certe raccomandazioni.

	Linee Guida Direzione Strategica	DOC AZ 11
	Raccomandazioni per la prescrizione dei farmaci per la cura dell'ipertensione arteriosa	Rev. 01 del 02/10/2019 Pag. 2 / 4

## Il Rischio cardio vascolare globale e le novità delle nuove Linee guida ESH/ESC 2018

La Società Europea dell'ipertensione arteriosa (ESH) e la Società Europea di Cardiologia (ESC) hanno definito e pubblicato nel 2018 le nuove Linee Guida in merito alla gestione dell'ipertensione arteriosa aggiornando così il precedente documento del 2013. Il beneficio del trattamento dell'ipertensione arteriosa è correlato alla riduzione dei valori pressori. Obiettivo primario di tale intento è la riduzione del rischio cardio-vascolare globale a lungo termine.

### Classificazione ESH/ESC dei valori di Pressione arteriosa

Grado	Valori PAS (mmHg)		Valori PAD (mmHg)
Ottimale	<120	e	<80
Normale	120-129	e/o	80-84
Normale alta	130-139	e/o	85-89
Ipertensione I grado	140-159	e/o	90-99
Ipertensione II grado	160-179	e/o	100-109
Ipertensione III grado	>180	e/o	>110
Ipertensione sistolica isolata	>140	e	<90

**Sono definiti ipertesi i soggetti adulti con pressione arteriosa superiore a 140/90**

### Raccomandazioni Target pressori Linee Guida ESH ESC 2018

< 140/90 in tutti i pazienti (Classe di raccomandazione I Livello di evidenza A)

< 130/80 se il trattamento è tollerato (Classe I Livello A)

Pazienti < 65 anni: il target di sistolica è 120-129 mmHg (Classe I Livello A)

Pazienti 65-80 anni: il target di sistolica è 130-139 mmHg (Classe I Livello A)

Pazienti > 80 anni: il target di sistolica è 130-139 mmHg se tollerato

**In generale, il trattamento precoce della PA, prima che si sviluppi danno d'organo o che diventi irreversibile o subentrino eventi cardiovascolari, sembra una raccomandazione ragionevole, poiché nei pazienti ipertesi ad elevato rischio, anche una terapia cardiovascolare intensa, sebbene benefica, non è tuttavia in grado di abbassare il rischio cardiovascolare globale sotto la soglia del rischio elevato.**

<b>Raccomandazioni ESH/ESC 2018 per la scelta dei farmaci antiipertensivi</b> Raccomandazioni	Class e	Livel lo
Dei farmaci antiipertensivi gli Ace-i-sartani-betabloccanti-calcio antagonisti e diuretici (tiazidici e simil tiazidici: clortalidone e indapamide) hanno dimostrato una azione di effettiva riduzione della PA e degli eventi cardio vascolari in Trial controllati erandomizzati. Essi vengono pertanto indicati con estategia per il trattamento antiipertensivo di base	I	A
I trattamenti combinati sono raccomandati come terapia iniziale per la maggior parte dei pazienti ipertesi. Le combinazioni più ottimali potrebbero comprendere un Inibitore del RAS(Ace-i o Sartanico) con un calcio-antagonista o un diuretico. Possono essere utilizzate altre combinazioni con le 5 principali classi di antiipertensivi	I	A
Si raccomanda che i Beta Bloccanti siano associati ad una delle altre classe di farmaci antiipertensivi quando ci siano specifiche situazioni cliniche ( angina, post -IMA, scompenso cardaico, frequenza cardaicxa elevata)	I	A
Si raccomanda di iniziare un trattamento antiipertensivo con una combinazione di 2 farmaci preferibilmente in una singola pillola	I	B
Si raccomanda ,se la PA non è controllata dalla combinazione di 2 framaci, di aumentare il trattamento con una tripla associazione ( Inibitore del RAS + calcio antagonista+ diuretico tiazidico o similtiazidico) preferibilmente in un'unica pillola.	I	A
Si raccomanda ,se la PA non e' controllata da una tripla associazione, di aumentare il trattamento con l'inserimento di Spironolattone o, se non tollerato, di altro diuretico tipo amiloride , con l'aumento deleld osi di diuretico o con inserimento di Beta bloccante o alfa bloccante	I	B
Si raccomanda di non utilizzare l'associazione di 2 inibitori del RAS	III	A

#### Effetti della Terapia antiipertensiva

**Le analisi dei Trial indicano una progressiva riduzione degli incidenti Cv con la riduzione della PAS fino a 120mmhg e la PAD fino a 75mmhg**  
 Il beneficio addizionale a bassi valori pressori diventa piuttosto limitato  
 Il Fenomeno J-curve è raro da osservare se non quando vengono raggiunti valori pressori <120/75mmhg è più frequente nei pazienti con danno aterosclerotico avanzato