

## **Pressione: i pro e i contro dell'autocontrollo**

**Amedeo Gasparin, Carmelo Macaudo**

Medici Generali -Pordenone-

Interesse dei media, sensibilizzazione diretta da parte dei medici, relativa facilità nella rilevazione della pressione arteriosa hanno favorito la possibilità e la richiesta di autocontrolli da parte del paziente, grazie anche alla disponibilità di apparecchi semplici da usare e relativamente poco costosi. Anche il medico di famiglia, referente principale e spesso unico per questo problema, considera l'utilità dell'automisurazione domiciliare a fronte di alcuni problemi importanti nella gestione del paziente iperteso:

- problemi di diagnosi, relativi ai limiti della misurazione in ambulatorio che, pur essendo a tutt'oggi il dato più validato, resta pur sempre un dato occasionale, non sempre in grado di rispecchiare la reale "storia" della pressione arteriosa del paziente. Si pensi al problema della "white coat hypertension" (tab. 1), probabilmente sovrastimato dal paziente, ma certamente sottostimato dai medici e in ogni modo meritevole di riscontro in situazioni diverse dall'ambiente dell'office.
- problemi di trattamento, in particolare nei pazienti con ipertensione resistente (almeno in ambulatorio!) anche ad una politerapia corretta.
- problemi di "compliance", specie quando si devono trattare persone del tutto asintomatiche con farmaci non privi d'effetti collaterali.
- problemi di interferenze, qualora il paziente ricorra ad altre persone per la misurazione della PA al di fuori dell'ambulatorio, la cui prodigalità di consigli e suggerimenti, anche terapeutici, è spesso inversamente proporzionale alla competenza specifica.

Le recenti Linee Guida sul trattamento dell'ipertensione redatto dalla OMS trattano l'argomento unitamente al monitoraggio ambulatoriale sulle 24 ore prospettando l'utilizzo dell'autocontrollo domiciliare come dato accessorio alla misurazione tradizionale, ponendone peraltro indicazioni limitate per tre principali problemi:

1. scarsi dati sul significato prospettico riguardo agli "outcomes" primari dei valori rilevabili con l'autocontrollo domiciliare

2. rilievo del fatto che i valori domiciliari sono spesso significativamente più bassi di quelli ottenuti in ambulatorio e quindi necessità di riconsiderare i limiti normali per queste misurazioni
3. scarsi dati di validazione degli strumenti utilizzati, in particolare per quelli che misurano la PA sotto il gomito (polso e dita).

Le problematiche poste dalle linee guida OMS appaiono importanti, ma permettono alcune considerazioni anche alla luce di dati pubblicati dopo la loro uscita (marzo 1999):

1. significato prospettico dei dati ottenibili con l'autocontrollo: uno studio giapponese su oltre 1700 pazienti seguiti per più di 6 anni dimostra la maggior predittività di mortalità dell'automisurazione rispetto allo screening ambulatoriale; in due lavori recentissimi è stata valutata la correlazione tra monitoraggio ambulatoriale 24 ore, misurazione standard in ambulatorio, automisurazione domiciliare e presenza di ipertrofia ventricolare sinistra: uno di questi non evidenzia differenze tra i tre metodi, mentre l'altro mostrerebbe addirittura una maggior correlazione della IVS con i dati dell'autocontrollo domiciliare. Infine, i risultati preliminari di un ampio studio prospettico francese che si concluderà nel 2002, attribuiscono all'autocontrollo domiciliare un valore predittivo per morte ed eventi cardiovascolari maggiori superiore alla misurazione standard in ambulatorio
2. valori normali dell'automisurazione: pur in mancanza di ampi studi, vi è un sufficiente consenso nel ritenere che questi minori bassi rispetto a quelli misurati in ambulatorio (140/90 in ambulatorio corrisponde a circa 125/80 a casa), anche se vi sono pazienti che presentano situazioni opposte, una "home hypertension" che scompare nell'ambulatorio del medico
3. validità degli strumenti: problema importante. Ma la tecnologia viaggia più veloce dei "trials" e il "range" di errore degli apparecchi attualmente disponibili è certamente minore di quello che commette un non esperto rilevando i toni di Korotkoff con un pur sicuro Riva-Rocci. Attualmente gli strumenti di automisurazione al braccio hanno più validazione dagli enti accreditati (principalmente AAMI e BHS), crescente è il consenso su quelli da polso, mentre al momento non ne hanno quelli da dito
4. sempre più studi dimostrano, oltre alla miglior compliance, la sostanziale sovrapposibilità dei dati ottenibili con l'autocontrollo rispetto a quelli provenienti dalla molto più costosa metodica del monitoraggio ambulatoriale 24h.

A parte le sempre più importanti evidenze della letteratura, questa metodica può aiutare il medico a risolvere i problemi gestionali elencati prima:

- raccogliere più dati, valutando le fluttuazioni circadiane, la risposta allo stress, l'associazione con sintomi riferiti dal paziente, pur sempre a complemento della misurazione ambulatoriale, sia nella diagnosi sia nel controllo della terapia
- motivare il paziente, rendendolo partecipe della gestione della malattia e pertanto più motivato all'adesione alla terapia (il diabete insegna)
- evitare le "interferenze", restando cos' il m.g. l'unico riferimento per il paziente
- riservare altre metodiche più costose e comunque di 2o livello (es: monitoraggio 24 ore) a situazioni più selezionate.

Il problema della attendibilità dei dati potrà essere migliorato selezionando i pazienti in base alla loro capacità di aderire all'autocontrollo e all'assenza di fattori che alterano le misurazioni (aritmie, alterazioni vascolari ecc.).

Nella nostra esperienza, l'autocontrollo affidato a pazienti selezionati come sopra, ha fornito un sicuro supporto alla compliance ed un utile complemento diagnostico e di monitoraggio della terapia. Inoltre i dati forniti da strumenti al polso, più semplici da usare e pertanto meno soggetti ad errori d'uso e più graditi al paziente, appaiono sovrapponibili a quelli al gomito, almeno per quanto emerge da lavori prodotti dalle aziende. Siamo in attesa di studi clinici più "imparziali" per raccomandarne una maggior diffusione.

#### Tab. 1: Isolated Office ("White coat") Hypertension

- In alcuni pazienti la pressione arteriosa è persistentemente elevata in ambulatorio mentre non lo  
• in altre situazioni ambientali
- Questa situazione è generalmente chiamata "ipertensione da camice bianco" (White coat hypertension), benchè sia preferibile il termine di "ipertensione da ambulatorio" (Isolated Office Hypertension) poichè essa probabilmente dipende da vari fattori legati all'ambiente dell'ambulatorio e non solo alla misurazione diretta effettuata dal medico
- Se la diagnosi è ristretta ai pazienti con valori certamente normali alla misurazione domiciliare e al monitoraggio 24 ore (£ 125/80) è probabile che questa situazione riguardi una piccola parte di ipertesi
- Non è attualmente noto il valore predittivo come rischio cardiovascolare di questa situazione
- Il medico deve cercare di identificarla ogni volta che si pone il sospetto clinico, mediante l'autocontrollo o monitoraggio 24 ore
- La decisione di trattare o non, dipende dal rischio cardiovascolare totale di quel paziente e dalla presenza o non di danni d'organo.

Peraltro, qualora si decida di non trattare, è opportuno programmare un controllo stretto di questi pazienti

(da: 1999 WHO-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension)



[top](#)