

Holter pressorio nell'ambulatorio di medicina generale

Condotta nel setting della medicina generale, la ricerca - della durata di un anno - ha permesso, tramite i dati registrati con l'holter pressorio, la valutazione dei risultati ottenuti dalle terapie instaurate, una sensibilizzazione dei pazienti e una loro corretta adesione alle terapie, nonché l'individuazione di nuovi pazienti ipertesi. Lo studio suggerisce che se l'holter pressorio, così come altre metodiche, trovasse più largo impiego in medicina generale, si otterrebbero molteplici vantaggi: corretta presa in carico degli assistiti, diagnosi più precoce, snellimento delle liste d'attesa

Leonida Iannantuoni

*Medico di medicina generale, Foggia
Docente Corso di Formazione Specifica
AIMEF, WONCA Member*

Luca Mazzeo

*Medico in formazione
Foggia*

L'ipertensione arteriosa rappresenta una patologia sociale con un'incidenza che aumenta con l'età. Secondo stime del Ministero della Salute, oggi in Italia sono affetti da ipertensione arteriosa circa il 21% degli uomini e il 24% delle donne, pari a oltre 10 milioni di persone che risulterebbero ipertese, con un picco massimo nelle fasce di età oltre i 45-50 anni.

Secondo le linee guida della Società Europea di Ipertensione Arteriosa (ESH) e della Società Europea di Cardiologia (ESC) dobbiamo attenerci, nella diagnosi e valutazione del paziente iperteso, ai valori riportati in *tabella 1*.

Nella gestione dei nostri pazienti si è voluto andare oltre l'occasionale semplice misurazione sfigmomanometrica della PA, pertanto, grazie ad una convenzione con una società di telemedicina, ci siamo dotati di idonea apparecchiatura per l'esecuzione dell'holter pressorio.

► Materiali e metodi

Nell'indagine è stato sottoposto a controllo un campione di 149 pazienti, compreso in una fascia di età tra i 31 e i 90 anni (maschi 64, femmine 85) (*tabella 2*).

In tale studio, della durata di un anno, sono stati arruolati pazienti, residenti nel comune di Foggia, in

Tabella 1

Definizione e classificazione dei valori di pressione arteriosa

	Pressione arteriosa sistolica (mmHg)		Pressione arteriosa diastolica (mmHg)
Ottimale	<120	e	<80
Normale	120-129	e/o	80-84
Normale-alta	130-139	e/o	85-89
Ipertensione di grado 1	140-159	e/o	90-99
Ipertensione di grado 2	160-179	e/o	100-109
Ipertensione di grado 3	≥180	e/o	≥110
Ipertensione sistolica isolata	≥140	e	<90

L'ipertensione sistolica isolata è suddivisa anch'essa in gradi 1, 2, 3 a seconda dell'entità dell'incremento pressorio sistolico nei range indicati, mentre i valori pressori diastolici rimangono per definizione <90 mmHg. I gradi 1, 2, 3 corrispondono alla classificazione di ipertensione lieve, moderata e grave. Questa terminologia è stata omessa per non creare problemi interpretativi con la quantificazione del rischio cardiovascolare globale.

J Hypertens 2007; 1105-87

carico a quattro medici di medicina generale operanti negli stessi ambulatori.

I pazienti sono stati selezionati in base alla loro nota storia clinica di ipertensione arteriosa o in seguito a riscontro, in più occasioni, di valori pressori deponenti per un quadro ipertensivo.

Per l'esecuzione dello studio è stato utilizzato:

- registratore modello "Device Walk 200b" a trasmissione wireless;
- telefono cellulare con funzione di modem, completo di software per la gestione e invio del tracciato.

L'esecuzione materiale dell'esame (preparazione del paziente e corretta applicazione del bracciale, attivazione della registrazione, collegamento con la centrale, invio dei dati al termine dell'esame e successiva stampa dei tracciati) è stata svolta dall'infermiera di studio, opportunamente addestrata. Nell'impostazione dei parametri di valutazione, ci si è basati sui valori riportati in *tabella 3*.

► Risultati

L'indagine ha permesso di effettuare 21 nuove diagnosi di ipertensione arteriosa, distinguendo i veri ipertesi da casi di "ipertensione da camice bianco" (*tabella 4*), di distinguere i pazienti a cui la terapia controllava con successo i valori pressori, da quelli a cui si è reso necessario un aggiustamento, posologico o con aggiunta di nuove molecole, della terapia stessa (*tabella 5*) non essendosi ottenuto il risultato desiderato o per un non raggiungimento dei valori pressori prefissati (*tabelle 6, 7 e 8*) o perché non si era ottenuto l'effetto *dipper* (*tabelle 9 e 10*).

Tabella 2

Pazienti arruolati per sesso ed età

Età	Maschi	Femmine	Totale
<40	1	4	5
41-50	5	15	20
51-60	17	16	33
61-70	24	29	53
71-80	14	17	31
>80	3	4	7
Totale	64	85	149 (64 maschi - 85 femmine)

Tabella 3

Valori soglia di PA per effettuare la diagnosi di ipertensione in base alle diverse modalità di misurazione pressoria

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Sfigmomanometrica o clinica	140	90
Monitoraggio ambulatoriale delle 24 ore	125-130	80
Periodo diurno*	130-135	85
Periodo notturno*	120	70
Domiciliare	130-135**	85

* Valori non presenti nelle precedenti linee guida

** In precedenza indicato solo 135

Tabella 4

Casistica

• Nuove diagnosi	21 (14.1%)
• Ipertensione da camice bianco	26 (17.5%)
• Follow-up	102 (68.4%)

Tabella 5

Pazienti sottoposti a follow-up con pieno o parziale successo terapeutico

• Validità terapia in atto	78 (76.5%)
• Modificazioni terapia	24 (23.5%)

Tabella 6

Risultati delle registrazioni

Pressione arteriosa	Maschi	Femmine	Totale	%
Ottimale/normale	43	67	110	73.3%
Normale alta	13	8	21	14.1%
Iperensione 1° grado	7	5	12	8%
Iperensione 2° grado	0	2	2	1.4%
Iperensione 3° grado	0	0	0	0%
Sistolica isolata	1	3	4	2.7%
Totale	64	85	149	

Tabella 7

Risultati delle registrazioni per sesso (M) ed età

Maschi

Età	Normale	Norm./alta	Iperens. 1° grado	Iperens. 2° grado	Iperens. 3° grado	Sistolica isolata
<40	1	0	0	0	0	0
41-50	3	1	1	0	0	0
51-60	11	6	0	0	0	0
61-70	15	6	3	0	0	0
71-80	11	0	3	0	0	0
>80	2	0	0	0	0	1
Totale	43	13	7	0	0	1

Tabella 8

Risultati delle registrazioni per sesso (F) ed età

Femmine

Età	Normale	Norm./alta	Iperens. 1° grado	Iperens. 2° grado	Iperens. 3° grado	Sistolica isolata
<40	4	0	0	0	0	0
41-50	12	2	1	0	0	0
51-60	12	1	2	1	0	0
61-70	25	1	2	1	0	0
71-80	11	4	0	0	0	2
>80	3	0	0	0	0	1
Totale	67	8	5	2	0	3

► Considerazioni

Lo studio ha permesso, tramite i dati registrati, la valutazione obiettiva dei risultati ottenuti dalle terapie instaurate, una sensibilizzazione dei pazienti a una corretta adesione alla terapia farmacologica e comportamentale prescritta (attività fisica, calo ponderale, abolizione del fumo, corretta alimentazione), nonché l'individuazione di nuovi ipertesi e il loro corretto trattamento.

A tal proposito ha sorpreso il riscontro di un elevato numero, 26 casi (pari al 17.5% delle misurazioni effettuate), di ipertensioni da camice bianco. Ciò potrebbe suggerire una estensione, prima dell'instaurarsi di una terapia farmacologica, della metodica a tutti i pazienti "sospetti" di ipertensione, al fine di evitare la prescrizione di farmaci inutili e, in tal caso, dandosi tanto per il paziente che per la spesa pubblica.

► Conclusioni

Ci sia consentito un piccolo senso di orgoglio nel constatare che il 76.5% dei pazienti trattati e oggetto del follow-up sono risultati, comunque, non abbisognevoli di aggiustamenti terapeutici, d'altro canto il dato del 23.5% di soggetti che hanno necessitato di variazioni della terapia deve essere di sprone a considerare l'ipertensione per quello che è: una patologia cronica con possibile ingravescenza, nonostante le terapie instaurate.

I risultati conseguiti, se mai ve ne fosse bisogno, hanno confermato l'utilità dell'esecuzione di una diagnostica di primo livello nello studio del medico di famiglia.

Ove tali metodiche, holter presso-

Tabella 9

Risultati delle registrazioni (M) per effetto dipper/non dipper

MASCHI Dipper/non Dipper

Età	Normale		Normale/alta		Ipertensione 1° grado		Ipertensione 2° grado		Ipertensione 3° grado		Sistolica isolata	
	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper
<40	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41-50	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
51-60	9	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
61-70	12	3	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0
71-80	4	7	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
>80	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Tabella 10

Risultati delle registrazioni (F) per effetto dipper/non dipper

FEMMINE Dipper/non Dipper

Età	Normale		Normale/alta		Ipertensione 1° grado		Ipertensione 2° grado		Ipertensione 3° grado		Sistolica isolata	
	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper
<40	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41-50	9	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
51-60	9	3	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
61-70	17	8	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0
71-80	4	7	1	3	0	0	0	0	0	0	0	2
>80	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

rio, studio ultrasonografico del calcagno (*si veda M.D. 2010; 22: 20-1*), ecotomografie, ecc, trovassero più largo impiego, si otterrebbero molteplici vantaggi: una corretta e completa presa in carico degli assistiti, una diagnosi più precoce, uno snellimento delle liste d’attesa tramite l’invio al collega specialista di branca solo dei casi dubbi.

► Riflessioni

Visti i costi di acquisto e gestione dell’idonea attrezzatura la “parte pubblica” non può e non deve affidarsi solo alla buona volontà dei medici di famiglia.

Sarebbe auspicabile che nei prossimi rinnovi contrattuali tali esami vengano inseriti nell’elenco delle

“prestazioni aggiuntive” non comportando, in ultima analisi, alcun aggravio di spesa a carico del Servizio sanitario nazionale.

Mmg partecipanti allo studio

Leonida Iannantuoni, Francesco Russo, Alessandro Scolaro, Giorgio Sollazzo