



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatra

SIMPOSIO

IPERTENSIONE E RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE

Compliance al trattamento e obiettivi pressori

Compliance to treatment and optimal blood pressure values

D. CUCINOTTA, G. ARNONE, G. PANTIERI, G.M. PUDDU, M. MARTORELLI

Dipartimento di Medicina Interna e dell'Invecchiamento, Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Orsola-Malpighi", Scuola di Specializzazione in Geriatria, Bologna

Hypertension is a very common disease in the elderly, when comorbidity is the rule. Many studies have shown that heart failure in the elderly is mostly caused by chronic hypertension followed by coronary heart disease. Blood pressure (BP) variability in the elderly must be considered before starting with any therapy. Systolic hypertension is much more common in the elderly and is a risk factor of cardiovascular morbidity and mortality. In spite of these considerations, updated guidelines for the treatment of hypertension do not take into account the oldest old. There is no difference between the desired therapeutic BP levels in elderly and younger patients, but the recommended BP levels should be obtained very cautiously in the very old frail people. Compliance to treatment depends on side effects interfering with physical function, or mental function, or quality of life and/or bothersomeness of side effects. Ability to prevent and reduce symptoms, the convenience of administration, the difficulty of a scheduled therapy could have an important effect on the compliance. The patient's characteristics, factors related to the patient-doctor relationship, and ecologic factors influence the success of treatment in the elderly, who require help from caregivers. Treatment must be based not only on drug administration, but also on sodium restriction, that rapidly improves arterial compliance, and on life style modifications. Clinicians and researchers who rely on reports about BP of elderly hypertensive patients under treatment should be aware of these limits and should take steps to enhance the accuracy and control of treatment.

Key words: Hypertension • Compliance • Elderly

L'ipertensione arteriosa è un problema cronico ed il medico che lo gestisce, specie nei soggetti più anziani, deve imparare ad "accompagnare" il paziente nel corso della vita. La compliance del malato anziano potrà essere migliorata tenendo conto del modello di cura a lungo termine. La malattia cronica è spesso asintomatica, eccetto che nelle esacerbazioni acute. Spesso c'è scarsa correlazione tra i disturbi lamentati e le evidenze cliniche; l'evoluzione non sempre è prevedibile e può essere legata allo stile di vita. Inoltre, nell'anziano la comorbilità è la regola e quindi il quadro clinico è particolarmente intricato ed obbliga a scelte di percorsi diagnostico-terapeutici preferenziali.

L'ipertensione arteriosa è un importante fattore di rischio cardiovascolare per l'età media, ma molti studi clinici evidenziano l'importanza del trattamento antiipertensivo anche in età avanzata; altri invece indicano addirittura un aumento della mortalità, quando i valori pressori nell'anziano siano troppo bassi ¹.

■ Corrispondenza: dott. Domenico Cucinotta, Dipartimento di Medicina Interna e dell'Invecchiamento, Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Orsola-Malpighi" di Bologna, via Albertoni 15, 40138 Bologna, Italy - Tel. +39 051 6362269 - Fax +39 051 6362262 - E-mail: cucinotta@orsola-malpighi.med.unibo.it



I benefici della terapia antipertensiva nell'adulto sono stati confermati da numerosi trials clinici randomizzati, i cui risultati hanno dimostrato che la riduzione della pressione arteriosa è associata ad una diminuzione significativa della morbilità e mortalità cardiovascolare. Nei soggetti di età compresa tra 40 e 61 anni il rischio per mortalità cardiovascolare raddoppia per ogni incremento di 20/10 mmHg della PA².

Tali osservazioni possono essere trasferite ai soggetti ultrasessantenni, ultraottantenni e ultranovantenni?

Nonostante la semplicità apparente del trattamento dell'ipertensione, i deludenti risultati globali sembrano essere legati al fatto che i rigorosi obiettivi suggeriti dalle linee-guida prevedono valori che possono essere troppo bassi per gli anziani. Inoltre, vi è da considerare il fatto che spesso il raggiungimento di questi valori comporta l'associazione di tre o più agenti anti-ipertensivi. Ciò significa che gli effetti avversi dei diversi farmaci si sommano e l'aderenza a schemi di trattamento con numerosi farmaci è scarsa.

È necessario colmare il gap tra le linee guida basate sull'evidenza e la pratica clinica³ e si deve ricordare che la popolazione che arriva all'ambulatorio del medico di base è differente da quella dei trial clinici, da cui derivano le raccomandazioni e le linee-guida: nei trials la popolazione anziana è in genere poco rappresentata⁴. Il paziente tipo ha età più avanzata, maggior presenza di patologie associate, minore motivazione a terapie più sostenute, difficoltà nel comprendere gli obiettivi anche a lungo termine, maggior timore degli effetti collaterali dei farmaci.

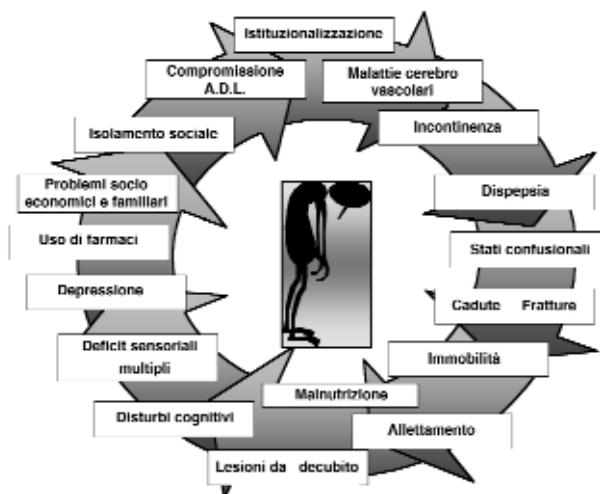
Le raccomandazioni dell'AHA/ACC sono trasferibili anche all'anziano iperteso⁵?

Il paziente geriatrico

Si tratta di un anziano robusto, o di un anziano fragile? A rischio di disabilità, o semplicemente con età molto avanzata?

Caratteristiche comuni a tutti i soggetti ultrasessantenni sono la ridotta riserva omeostatica, la disautonomia, il precario equilibrio, la scarsissima capacità di risposta a stimoli nocivi esterni e la frequente comparsa di reazioni avverse ai farmaci. Nonostante ciò l'approccio più tradizionale del medico agli innumerevoli problemi dell'anziano è la prescrizione farmacologica che, a causa delle patologie multiple presenti, diventa molto spesso politerapia ("prescribing cascade")^{6,7} (Fig. 1).

Fig. 1. Caratteristiche del paziente geriatrico.



Fisiopatologia e complicanze

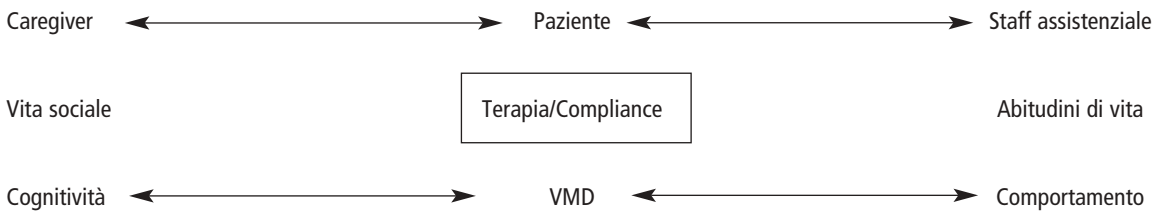
L'ipertensione primitiva è caratterizzata da una predisposizione poligenica. Ne deriva che le conseguenti alterazioni macromolecolari (che coinvolgono il disegno e la funzione di enzimi, trasmettitori, proteine di membrana ecc.) influenzano numerose funzioni cellulari, il disegno cellulare e gli adattamenti strutturali. Le cellule muscolari cardiache e del muscolo liscio vascolare sono bersagli di tali alterazioni genetiche, che causano importanti alterazioni degli scambi ionici a livello di membrana⁸. Nell'ipertensione essenziale l'organizzazione del controllo funzionale dei vasi di resistenza nei soggetti giovani è sostanzialmente la stessa che nei soggetti normotesi, mentre i fattori di controllo nervosi, ormonali e/o miogeni, sono profondamente alterati nell'età molto avanzata.

L'ipertensione arteriosa è sicuramente il fattore di rischio più importante per l'insufficienza cardiaca in tutte le età ma soprattutto negli ultrasessantenni ed ultrasessantacinquenni.

L'ipertensione sistolica è un fattore di rischio di malattie coronariche e cerebrovascolari anche nell'anziano. La riduzione della compliance delle grandi arterie elastiche nella circolazione cardiotoracica è considerato un meccanismo patogenetico primario⁹.

Dal punto di vista delle modalità d'intervento uno studio recente ha dimostrato che ottimi risultati nei pazienti anziani con ipertensione sistolica non trattata possono essere ottenuti con una modesta restrizione di sodio negli alimenti, che comporta

Fig. 2. Fattori che influenzano la compliance alla terapia nell'anziano.



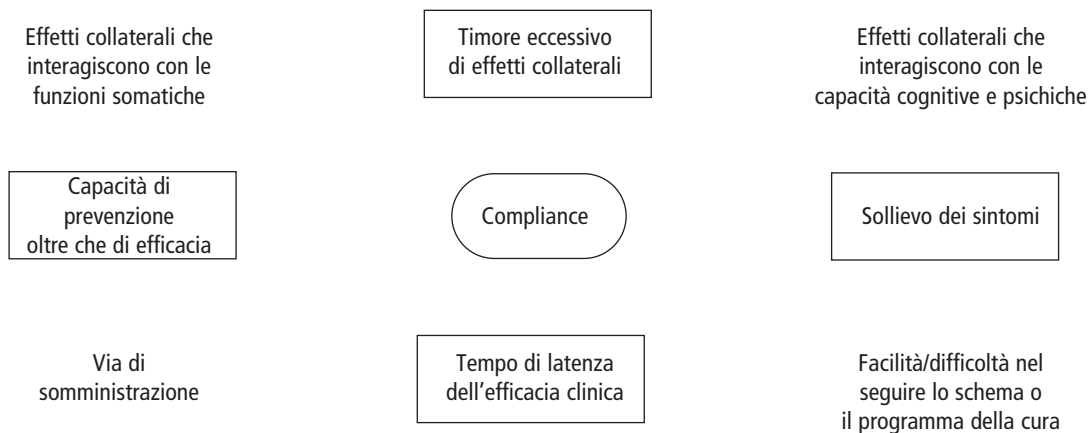
un netto miglioramento della compliance delle arterie^{10 11}. Negli anziani l'ipertensione sistolica isolata è particolarmente pericolosa per l'aggravamento dell'ipertrofia ventricolare sinistra, per il rimodellamento e la disfunzione del ventricolo sinistro e la comparsa di scompenso di tipo diastolico^{12 13}.

Come migliorare la compliance?

È indispensabile motivare il paziente iperteso anziano ed i suoi familiari al rispetto della terapia prescritta ed a seguire appropriate regole di vita. L'empatia tra medico e paziente favorirà la compliance, ma utile sarà anche favorire l'automisurazione domiciliare della PA ed il coinvolgimento del malato e di chi lo assiste nel piano di cura, riducendo al minimo la complessità della somministrazione di farmaci⁹. Un trattamento antipertensivo ideale dovrebbe consentire il raggiungimento di adeguati valori pressori, migliorare il controllo pressorio diurno e notturno, prevenire lo sviluppo di complicanze d'organo, ave-

re un favorevole profilo di tollerabilità, anche quando è associato con altri farmaci, per favorire la migliore compliance possibile del paziente^{14 15}. Quali sono i fattori principali che definiscono la compliance di qualsiasi trattamento? (Fig. 3) Sono identificabili con la soddisfazione del paziente? Il grado di soddisfazione può essere misurato ricorrendo ad appositi strumenti validati, quali ad esempio il TSQM (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication), che ha preso in considerazione un gruppo di malattie croniche ad elevata prevalenza nella popolazione generale (artrite, asma, depressione maggiore, diabete tipo 1, ipercolesterolemia, ipertensione, emicrania e psoriasi). Tale strumento ha permesso di verificare che differenze significative nella soddisfazione del paziente sono correlate alla via di somministrazione del medicamento, al livello di severità della malattia, alla durata nel tempo del trattamento. La compliance può essere valutata tenendo conto contemporaneamente di quattro fattori principali: effectiveness, side effects, convenience, global satisfaction¹⁶.

Fig. 3. Fattori influenzanti la compliance al farmaco iperteso anziano.



La gestione del problema

La terapia è importante per la sopravvivenza ed il benessere quotidiano ma ha effetti variabili da caso a caso ed è necessario un coinvolgimento non solo del paziente, ma del caregiver e di tutto lo staff assistenziale al fine di assicurare la gestione del trattamento, che dovrà basarsi anche sui risultati della valutazione multidimensionale del livello di capacità cognitiva e del comportamento.

Bisogna fare attenzione alla semplicità della prescrizione ed alle facilitazioni attuabili per evitare errori od omissioni nell'assunzione dei farmaci. La terapia non deve interferire, possibilmente, nella vita sociale o nelle normali attività della vita quotidiana.

Il paziente anziano iperteso deve essere consapevole che non può guarire dalla malattia, ma la deve tenere sotto controllo e deve imparare a gestire la terapia in base alle sue abitudini di vita.

È necessario tenere alta la vigilanza sul problema ipertensione, senza creare stress eccessivo, evitando che si indebolisca la sorveglianza dei valori pressori, che può portare all'insorgenza di complicanze.

Compliance al trattamento ed obiettivi pressori sono quindi competenze del medico curante, che può avvalersi dell'aiuto dello specialista per risolvere situazioni complesse, ma è l'attore principale che prescrive il trattamento e controlla i risultati, l'evoluzione del problema direttamente ed indirettamente, addestra il paziente e chi lo assiste nella gestione della terapia, (specie se vi è una politerapia correlata alla coesistenza di più patologie), condivide con il malato ed il team assistenziale i problemi di gestione, vigila ed individua possibili complicazioni ed assicura sostegno psicologico e sociale.

Poiché i tratti della personalità individuale e le esperienze di vita possono influenzare l'attitudine del paziente verso la cura, sarà necessario evidenziare i punti deboli ed i punti di forza nella gestio-

ne del singolo malato per intervenire con una procedura mirata e globale¹⁷.

Per migliorare la compliance ed ottenere obiettivi pressori adeguati bisogna valutare l'opportunità di utilizzo dei nuovi metodi e strumenti di misura della pressione arteriosa in quanto è necessario determinare correttamente la "reale" pressione arteriosa di un individuo nel suo ambiente e attribuire al valore riscontrato un significato prognostico corretto.

I valori di normalità per l'anziano non sono diversi da quelli del giovane (Tab. I) e sono definiti come valori oltre i quali l'intervento è in grado di ridurre il rischio in modo significativo, ma vanno ottenuti con particolare cautela.

Conclusioni

Il trattamento antipertensivo è utile anche nei pazienti ultraottantenni e, se ben condotto, è efficace nel contrastare o almeno ritardare le complicanze più invalidanti dell'ipertensione, anche nel malato geriatrico. Però i pazienti più anziani, affetti da più patologie, sono ad alto rischio di interrompere l'assunzione di farmaci di importanza fondamentale. Studi osservazionali e di intervento hanno dimostrato che i trattamenti più semplici, capaci di risolvere i sintomi, sono quelli meglio seguiti¹⁸. Ancora oggi nell'ambito della popolazione generale soltanto un terzo dei soggetti trattati raggiunge i livelli di pressione arteriosa desiderati, anche negli anziani. Il medico nel decidere la terapia antipertensiva nell'anziano deve assicurare un'adeguata riduzione della pressione a livelli inferiori almeno a 140/90 mm Hg (e inferiori a 130/80 mm Hg nei diabetici) *misurati in ortostatismo*, per raggiungere i quali bisognerà ricorrere anche a più farmaci, tenendo conto dei diversi effetti sui vari organi e sui vari metabolismi e sulla possibilità di una corretta associazione con altre terapie necessarie.

Tab. I. Ipertensione e intervento.

Classificazione PA	PA sistolica (mm Hg)		PA diastolica (mm Hg)	Modificazione stile di vita	Terapia medica
Normale	< 120	e	< 80	Consigliabile se necessario	
Pre ipertensione	120-139	o	80-89	Necessario	Non indicato
Ipertensione stadio 1	140-159	o	90-99	Indispensabile	trattamento farmacologico
Ipertensione stadio 2	> 160	o	> 100	Indispensabile	Mono o duplice terapia Duplice o triplice terapia

Poiché l'autodeterminazione del paziente sembra rappresentare la difficoltà principale per il raggiungimento degli obiettivi riconosciuti, un'arma efficace a disposizione del medico sembra essere un maggiore coinvolgimento del mala-

to anziano e di chi lo cura, attraverso un'informazione e una comunicazione più completa sui reali "rischi" della patologia e di "benefici" del trattamento¹⁹.

L'ipertensione arteriosa (IA) è una patologia assai frequente nell'anziano, che spesso presenta una situazione di comorbilità e la necessità di assumere contemporaneamente più farmaci. L'IA, anche nella forma sistolica isolata, mantiene le sue caratteristiche di fattore di rischio nell'età avanzata. Qualsiasi tipo di trattamento deve tener conto della variabilità della pressione arteriosa (PA), conseguente alla disautonomia. La compliance al trattamento è condizionata dalle malattie associate, dal numero di farmaci prescritti, dalle caratteristiche del paziente e del suo ambiente di vita, e dal grado di assistenza di cui può usufruire, da un rapporto empatico con il medico di famiglia. Anche il timore di effetti collaterali o l'influenza negativa del trattamento su so-

ma o psiche possono determinare minor aderenza del paziente al trattamento terapeutico consigliato. Nonostante i trials multicentrici non abbiano arruolato un numero adeguato di anziani o molto anziani, si può ritenere che il target di PA nell'anziano sia lo stesso che nell'adulto. Il trattamento non dovrà essere soltanto di tipo farmacologico, ma prevedere la restrizione alimentare di sodio, norme comportamentali e modificazioni dello stile di vita. La prescrizione terapeutica dovrà privilegiare farmaci che potranno essere associati alle altre terapie, necessarie per la cura del malato anziano.

Parole chiave: Ipertensione • Compliance • Anziani

BIBLIOGRAFIA

- 1 De Gasperi M, Scuderi NR, Raffaelli A, Pedron S. *Confronto tra ipertesi e normotesi in pazienti ricoverati in una divisione geriatrica*. Giornale di Gerontologia 2002;50:42-4.
- 2 Lewington S, Clarke R, Collins R. *Age specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality*. Lancet 2002;360:1903-13.
- 3 Bradbury J. *US guidelines in secondary prevention of cardiovascular disease update*. Lancet 2001;358:1074-7.
- 4 Pasqualini R. *Prevenzione cardiovascolare secondaria: è da raccomandare nell'anziano?* Giornale di Gerontologia 2001;49:855-8.
- 5 AHA/ACC. *Guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 Update*. Circulation 2001;104:1577-9.
- 6 Salvioli G, Mussi C. *La definizione del paziente geriatrico*. Giornale di Gerontologia 1999;47(Suppl 1):91-5.
- 7 Kha WK-T. *Healthy Aging*. BMJ 1997;315:1090-3.
- 8 Postnov JV. *Cell membrane alteration in primary hypertension. An approach to its explanation*. Acta Physiol Scand 1998;71(Suppl 5):175-80.
- 9 Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report*. JAMA 2003;289:2560-72.
- 10 Gates PE, Hirofumi T, Hiatt WR, Seals DR. *Dietary Sodium Restriction Rapidly Improves Large Elastic Artery Compliance in Older Adults With Systolic Hypertension*. Hypertension 2004;44:35.
- 11 Cappuccio FP, Markandu ND, Carney C, Sagnella GA, MacGregor GA. *Double-blind randomised trial of modest salt restriction in older people*. Lancet 1997;350:850-4.
- 12 Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB. *The progression from hypertension to congestive heart failure*. JAMA 1996;275:1557-60.
- 13 Mombelloni P, Lo Pinto G. *Dall'ipertensione arteriosa all'insufficienza cardiaca. Aspetti epidemiologici*. Giornale di Gerontologia 1999;47(Suppl 1):131-5.
- 14 Wang PS, Benner JS, Glynn RJ, Winkelamayer WC, Mogun H, Avorn J. *How well do patients report noncompliance with antihypertensive medications?: a comparison of self-report versus filled prescriptions*. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2004;13:11-9.
- 15 Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson RI, Lam M, MacDonald SE, et al. *Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners*. BMJ 2004;328:204.
- 16 Atkinson MJ, Sinha A, Hass SL, Colman SS, Kumar RN, Brod M, et al. *Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease*. Health Qual Life Outcomes 2004;2:12.
- 17 Degli Esposti E, Di Martino M, Sturani A, Russo P, Dradi C, Falcinelli S, et al. *Risk factors for uncontrolled hypertension in Italy*. J Hum Hypertens 2004;18:207-13.
- 18 Elliot WJ. *Optimizing medication adherence in older persons with hypertension*. Int Urol Nephrol 2003;35:557-62.
- 19 Campbell NC, Murchie P. *Optimizing medication adherence in older persons with hypertension*. Int Urol Nephrol 2003;35:557-62.