Percorso terapeutico dei pazienti ipertesi. Trattamento non farmacologico

Lorenza Pilotto

Centro per la Lotta contro le Malattie Cardiovascolari, ASS 4 Medio Friuli, Udine

(Ital Heart J 2000; 1 (Suppl 5): 63-65)

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Lorenza Pilotto

Centro per la Lotta
contro le Malattie
Cardiovascolari
ASS 4 Medio Friuli
Piazzale S. Maria
della Misericordia
33100 Udine

Il trattamento non farmacologico dell'ipertensione arteriosa, basato sulle modificazioni dello stile di vita, offre notevoli vantaggi¹⁻⁴ (Tab. I). Gli interventi non farmacologici che hanno chiaramente dimostrato di portare ad una riduzione della pressione arteriosa (PA) sono il calo ponderale, la riduzione dell'apporto alcolico, l'aumento dell'attività fisica e la riduzione dell'introito di sodio; interventi di efficacia limitata o non completamente provata includono il controllo dello stress, le modificazioni dei micronutrienti e i supplementi di potassio, olio di pesce, calcio, magnesio o fibre³ (Tab. II).

Calo ponderale

È stato dimostrato che l'eccesso di peso si associa ad un maggior rischio di sviluppare ipertensione e che "l'obesità centrale", caratterizzata da un aumentato rapporto vita/fianchi (> 0.95 per i maschi, > 0.85 per le femmine), correla, in alcune popolazioni, con elevati valori pressori. La proporzione di ipertensione attribuibile all'obesità è, nelle popolazioni occidentali, circa il 30-65%. L'eccesso ponderale può influenzare la PA con vari meccanismi come l'attivazione del sistema renina-angiotensina-aldosterone, l'espansione del volume plasmatico e l'insulino-resistenza con conseguente aumento del post-carico.

Il calo ponderale abbassa la PA nella maggioranza degli ipertesi in eccesso di peso, con effetti positivi su altri fattori di rischio come i lipidi e l'insulino-resistenza, per cui anche modesti cali ponderali, come 5 kg, possono portare a effetti positivi tangibili^{5,6}.

Tabella I. Vantaggi del trattamento non farmacologico dell'ipertensione arteriosa.

Riduzione dei valori pressori
Riduzione della necessità o delle dosi dei farmaci
Riduzione del rischio coronarico globale (miglioramento metabolismo lipidico e glucidico)
Riduzione dei costi
Aumento dello stato di benessere

Tabella II. Trattamento non farmacologico dell'ipertensione arteriosa: raccomandazioni.

Mantenimento o raggiungimento del peso ideale (riduzione dell'introito calorico e dei grassi + attività fisica)
Attività fisica: aerobica (60% della frequenza cardiaca massima) 30 min $\times$ 3-5 volte/settimana
Dieta iposodica, a ridotto contenuto di grassi, ricca di frutta e verdura
Moderato consumo di alcool
Abolizione del fumo
Controllo dello stress

Gli ipertesi in sovrappeso dovrebbero sottoporsi quindi ad un programma controllato con una riduzione dell'introito calorico e dei grassi¹ associata ad un aumento del consumo energetico con un'attività fisica regolare aerobica.

Aumento dell'attività fisica

I normotesi sedentari e non allenati hanno un rischio di sviluppare ipertensione superiore del 20-50% rispetto a quelli che svolgono attività fisica. Un'attività fisica regolare, aerobica, idonea a mantenere un livello moderato di fitness, si è dimostrata un mezzo adeguato per prevenire e controllare l'ipertensione, può permettere di perdere peso,

migliorare lo stato generale di salute e ridurre il rischio di malattie cardiovascolari e la mortalità per tutte le cause. Non è noto attraverso quali meccanismi l'attività fisica sia benefica, ma si presuppone una riduzione dell'attività simpatica e della resistenza insulinica e un effetto benefico sulla riduzione della massa del ventricolo sinistro. L'esercizio fisico regolare può ridurre la PA sistolica e diastolica di circa 5-10 mmHg e un'attività fisica di tipo moderato (al 60% del consumo massimo di ossigeno), come camminare a passo spedito per 30-60 min al giorno o 3-5 volte/settimana, è preferibile ad un'attività fisica più faticosa come il correre che non ha evidenziato benefici addizionali sulla riduzione della PA⁷.

Cloruro di sodio

Studi sperimentali e osservazionali hanno dimostrato che un introito di cloruro di sodio (NaCl) superiore alle richieste fisiologiche, si associa ad elevati valori pressori e che questa associazione è più forte con l'aumentare dell'età. A livello individuale però la risposta è molto variabile, anche se è noto che gli anziani e i neri sono più sensibili al sodio. Due recenti metanalisi hanno documentato una consistente riduzione della PA sistolica e della PA diastolica in risposta ad un ridotto introito di NaCl, evidenziando una maggior riduzione pressoria negli ipertesi rispetto ai normotesi^{8,9}. Molteplici studi osservazionali e controllati suggeriscono inoltre che una dieta a moderato introito di sodio può essere utile nel ridurre la necessità di farmaci antipertensivi, può ridurre la perdita di potassio indotta dai diuretici e può aiutare nella regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra. Una dieta a basso contenuto di NaCl può essere utile oltre che negli anziani⁶ anche nei bambini e negli adolescenti per evitare lo sviluppo nel tempo di elevati valori pressori.

L'obiettivo deve essere un introito di NaCl < 6 g/die³, raggiungibile con piccole modificazioni (Tab. III), ricordando che l'effetto della restrizione sodica richiede alcune settimane per manifestarsi.

Potassio

Una dieta ricca di potassio può essere utile nel prevenire l'ipertensione e nel migliorare il controllo della pressione negli ipertesi. Due metanalisi hanno eviden-

ziato che supplementi orali di potassio possono ridurre la PA, con effetto maggiore negli ipertesi e in chi consuma una dieta ricca di sodio. Anche per gli ipertesi è però consigliabile mantenere un adeguato introito di potassio con un'alimentazione ricca di frutta e verdura fresche¹, senza ricorrere a supplementi orali di potassio.

Calcio, magnesio, zinco e macronutrienti

Non è stato stabilito un ruolo indipendente dei micronutrienti nel rischio di sviluppare ipertensione, anche se molti studi epidemiologici hanno evidenziato che una dieta a basso contenuto di calcio si associa ad un'aumentata prevalenza di ipertensione.

Studi osservazionali suggeriscono un'associazione tra alcuni macronutrienti (acidi grassi, carboidrati, fibre e proteine) e la PA, ma non vi sono evidenze che variazioni a breve termine di questi macronutrienti possano modificare la PA nei normotesi o negli ipertesi lievi, anche se lo studio DASH ha dimostrato cali pressori della PA sistolica e diastolica negli ipertesi lievi e nei soggetti con PA normale-alta con una dieta ricca di frutta e verdura e povera di grassi¹.

Alcool

L'alcool ha effetti acuti e cronici sulla PA e può causare resistenza alla terapia antipertensiva¹⁰; l'eccesso di alcool è inoltre un importante fattore di rischio per lo stroke, soprattutto di tipo emorragico, mentre per lo stroke ischemico, come per la cardiopatia ischemica, potrebbe esserci un effetto protettivo per le basse dosi. Una riduzione dell'introito di alcool per 1-4 settimane porta ad un calo dei valori pressori¹⁰.

Chi consuma alcool abitualmente deve limitarsi a non più di 30 ml di etanolo/die (720 ml di birra o 300 ml di vino, o 60 ml di superalcolici) se maschio, e non più di 15 ml di etanolo/die se donna. Chi non beve alcolici non dovrebbe essere invitato a farlo. Queste quantità di alcool non aumentano la PA e si sono dimostrate protettive per il rischio di cardiopatia ischemica.

Fumo

Il fumo non è causalmente correlato con l'ipertensione, ma è un importante fattore di rischio: l'incidenza di ictus e malattia coronarica negli ipertesi fumatori è 2-3 volte superiore rispetto agli ipertesi non fumatori con sovrapponibili valori pressori. Lo smettere di fumare riduce velocemente il rischio (in media entro 1 anno) e in un iperteso è di per sé la misura più efficace per ridurre il rischio cardiovascolare.

Tabella III. Raccomandazioni per una dieta moderatamente iposodica.

Utilizzare poco sale nella cottura dei cibi
Insaporire usando erbe e spezie
Evitare la saliera a tavola
Non utilizzare cibi precotti, inscatolati o conservati con il sale
Preferire cibi freschi o surgelati

I piccoli quantitativi di nicotina contenuti nei cerotti o nelle gomme per smettere di fumare non provocano aumenti pressori e possono essere utilizzati con tranquillità negli ipertesi.

Fattori psico-sociali

Vi è evidenza che varie forme di stress mentali acuti aumentano la PA. Le evidenze disponibili sono tuttavia insufficienti a stabilire un ruolo causale e gli studi condotti, anche se con grossi problemi metodologici, hanno dimostrato qualche effetto positivo con tecniche di rilassamento, meditazione e yoga.

Compliance

Nonostante le ben note difficoltà nel mantenere le modificazioni dello stile di vita, è possibile ottenere dei buoni risultati utilizzando un approccio integrato e sistematico che coinvolga il paziente, gli operatori professionali (medici, infermieri, dietiste, farmacisti, ecc.) e le risorse della comunità, sviluppando un programma di educazione, supporto e follow-up per il controllo globale dei fattori di rischio coronarico.

Per ottenere una buona compliance è opportuno tentare di identificare le motivazioni che inducono il paziente a rifiutare o adottare i consigli forniti, esaminando le barriere e le facilitazioni in merito. In termini di barriere si possono distinguere quelle esterne (Tab. IV) e quelle interne (Tab. V). Una volta identificate le barriere che influiscono sul paziente, l'opera-

Tabella IV. Identificazione delle barriere esterne che possono ridurre la compliance.

Informazione scorretta
Mancanza di adeguata educazione sanitaria
Assenza di supporti in famiglia e nella comunità
Carenza di normative e strutture che facilitino l'adozione di stili di vita salutari
Mass media: promozione di stili di vita non corretti, consumismo
Costi

Tabella V. Identificazione delle barriere interne che possono ridurre la compliance.

Negazione della dipendenza da scorrette abitudini
Scarsa conoscenza del proprio corpo
Assenza di convinzione nelle proprie capacità di cambiare
Pigrizia e scarsa motivazione

Tabella VI. Facilitazioni.

Fornire informazioni verbali e scritte
Educare il paziente coinvolgendolo nelle decisioni
Fornire supporti in famiglia e nella comunità
Predisporre richiami periodici
Favorire normative idonee e strutture adeguate

tore sanitario può favorire la compliance sfruttando vari approcci, basati sull'educazione e il coinvolgimento del paziente stesso e su verifiche periodiche dei risultati (Tab. VI).

Bibliografia

1. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al, for the DASH Collaborative Research Group. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med* 1997; 336: 1117-24.
2. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46.
3. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-83.
4. Ramsey LE, Williams B, Dennis Johnston G, et al. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 1999: summary. *BMJ* 1999; 319: 630-5.
5. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure: the Trials of Hypertension Prevention. Phase II. *Arch Intern Med* 1997; 157: 657-67.
6. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, et al, for the TONE Collaborative Research Group. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension on older persons. A randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *JAMA* 1998; 279: 839-46.
7. Halbert JA, Silagy CA, Finucane P, Withers RT, Hamdorf PA, Andrews GR. The effectiveness of exercise training in lowering blood pressure: a meta-analysis of randomised controlled trials of 4 weeks or longer. *J Hum Hypertens* 1997; 11: 641-9.
8. Cutler JA, Follman D, Allender PS. Randomized trials of sodium reduction: an overview. *Am J Clin Nutr* 1997; 65 (Suppl): 643S-651S.
9. Midgley JP, Matthew AG, Greenwood CM, Logan AG. Effect of reduced dietary sodium on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1996; 275: 1590-7.
10. Puddey IB, Parker M, Beilin LJ, Vandongen R, Masarei JR. Effects of alcohol and caloric restrictions on blood pressure and serum lipids in overweight men. *Hypertension* 1992; 20: 533-41.