

# Percorso terapeutico dei pazienti ipertesi. Gestione delle urgenze ed emergenze ipertensive

Giuseppe Schillaci, Gaetano Vaudo, Elmo Mannarino

Sezione di Medicina Interna, Angiologia e Malattie da Arteriosclerosi, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi, Perugia

(Ital Heart J 2000; 1 (Suppl 5): 79-81)

Per la corrispondenza:

Dr. Giuseppe Schillaci

Sezione di Medicina  
Interna, Angiologia  
e Malattie da  
Arteriosclerosi  
Dipartimento di Medicina  
Clinica e Sperimentale  
Università degli Studi  
Via Brunamonti, 51  
06122 Perugia  
E-mail: skill@unipg.it

## Definizione e classificazione

Si definisce “crisi ipertensiva” il riscontro di valori di pressione arteriosa (PA) notevolmente elevati. Non vi sono limiti ben definiti al di sopra dei quali si parla unanimemente di crisi ipertensiva, in quanto i valori di PA di per sé sono solo un elemento, e non il più importante, che concorre a determinare la prognosi del soggetto con crisi ipertensiva. Tre fattori principali concorrono a determinare il significato clinico e prognostico della crisi ipertensiva:

- i valori pressori: in genere si definisce crisi ipertensiva una PA sistolica > 220 mmHg e/o una PA diastolica > 120-130 mmHg;
- la rapidità dell'insorgenza dei valori pressori elevati: la prognosi è peggiore in assenza di un'ipertensione precedente (come ad esempio spesso accade in caso di glomerulonefrite acuta o preeclampsia);
- l'evidenza (all'esame clinico o agli esami strumentali o di laboratorio) di danno acuto d'organo. In presenza di danno acuto d'organo si parla infatti di emergenza ipertensiva, in sua assenza si parla di urgenza ipertensiva o (in alcune condizioni particolarmente a basso rischio) di pseudourgenza ipertensiva (Tab. I). L'emergenza ipertensiva richiede una pronta riduzione dei valori pressori. Al contrario, nell'urgenza e pseudourgenza un'immediata riduzione della pressione non è indicata.

## Valutazione clinica

- Escludere le condizioni elencate in tabella I;
- una volta esclusa una patologia acuta concomitante, è opportuno non precipitare le

decisioni terapeutiche, e ricontrollare la PA entro 30-60 min in ambiente tranquillo e attenendosi alle norme di una corretta misurazione della PA.

## Emergenze ipertensive

La proprietà dell'autoregolazione del flusso ematico permette all'encefalo di mantenere costante la perfusione all'interno di un intervallo anche ampio di valori di PA. Tuttavia, modificazioni rapide della PA media di oltre il 25% possono eccedere la capacità dell'encefalo di mantenere un flusso costante<sup>1</sup>. Pertanto, l'obiettivo del trattamento dell'emergenza ipertensiva è sì di ottenere una rapida riduzione dei valori pressori, ma con l'obiettivo di una riduzione nell'arco di 1-4 ore (a seconda dell'entità del danno d'organo presente) della PA media di non oltre il 25%. Vanno impiegati a tale scopo farmaci per somministrazione endovenosa, presentati in tabella II. Successivamente, l'obiettivo è di portare la PA diastolica a 100 mmHg nell'arco delle seguenti 24 ore. Fa eccezione la dissezione aortica, nella quale è necessaria una riduzione pressoché immediata della PA sistolica a 100-120 mmHg, e della frequenza cardiaca a  $\leq 60$  b/min.

## Urgenze ipertensive

La raccomandazione clinica suggerita fino a non molti anni fa nell'urgenza ipertensiva, ed ancora largamente seguita in Italia e in tutto il mondo, è quella di ridurre rapidamente la PA facendo uso di farmaci per via orale, per scongiurare l'eventuale insorgenza di complicazioni imminenti. In

**Tabella I.** Classificazione delle crisi ipertensive.

Emergenza	Urgenza	Pseudourgenza
Encefalopatia ipertensiva	Ipertensione severa asintomatica	Ipertensione severa asintomatica
Infarto miocardico, angina instabile	Ipertensione accelerata/maligna	Attacco di panico con ipertensione
Eclampsia	Ipertensione perioperatoria	Ipertensione sistolica isolata
Preeclampsia	Preeclampsia	Pseudoipertensione
Edema polmonare acuto		
Dissezione aortica		
Emorragia cerebrale o subaracnoidea		
Feocromocitoma e altre crisi adrenergiche*		
Retinopatia ipertensiva stadio III-IV		
Insufficienza renale acuta		

\* *rebound* da clonidina, interazione tra inibitori della monoaminossidasi e tiramina, overdose di cocaina o di crack.

**Tabella II.** Farmaci per uso parenterale per il trattamento delle emergenze ipertensive.

Farmaco	Dose e.v.	Inizio	Durata	Effetti collaterali	Indicazioni
Nitroprussiato	0.25-10 µg/kg/min	Immediato	1-2 min	Nausea, vomito, tachicardia, ritenzione di liquidi, tossicità da tiocianato	Maggior parte delle emergenze ipertensive
Nitroglicerina	5-100 µg/min	2-5 min	2-5 min	Cefalea, nausea, tolleranza	Angina, infarto miocardico
Labetalolo	20-80 mg ogni 10 min; 0.5-2 mg/min	5-10 min	3-6 ore	Bradycardia, blocchi, insufficienza cardiaca, broncospasmo	No se insufficienza cardiaca
Enalaprilato	1.25-5 mg in 5 min	15-30 min	6-8 ore	Risposta variabile	Insufficienza cardiaca
Nicardipina	5-15 mg/ora	5-10 min	1-4 ore	Tachicardia, ↑ angina, cefalea	No se insufficienza cardiaca o ischemia miocardica
Esmololo	0.5 mg/kg/min per 1 min; 0.05-0.3 mg/kg/min per 4 min	1-2 min	10-20 min	Nausea	Ipertensione perioperatoria, dissezione aortica (associato a nitroprussiato)
Fentolamina	5-10 mg ogni 5-15 min	1-2 min	3-10 min	Tachicardia, cefalea, angina	Crisi catecolaminica

particolare, è diffusissima la pratica di somministrare nifedipina ad assorbimento rapido (capsule “mordi e inghiotti”, o gocce). Si tratta, come acutamente osservato da Grossman et al.<sup>2</sup>, di un intervento “semplice, dal successo immediato, che in genere impressiona il paziente e fornisce una certa gratificazione al medico. Tuttavia, il successo nel correggere i numeri è da considerare una mera cosmesi della PA”. Questa pratica si basa più su un preconcetto che su dati di fatto. In uno dei pochi studi che hanno valutato l’efficacia del trattamento delle urgenze ipertensive, la prognosi a breve termine non è risultata differente nei soggetti che hanno ricevuto un trattamento rapido in pronto soccorso e in quelli che sono stati dimessi con consigli di terapia domiciliare<sup>3</sup>. Tuttavia, sono ormai numerose le segnalazioni di effetti catastrofici successivi alla somministrazione sublinguale di nifedipina nel corso di crisi ipertensive, caratterizzati nella maggior parte dei casi da una precipitosa riduzione della PA seguita da ictus cerebrale o infarto miocardico<sup>2</sup>.

Di conseguenza, e considerando la bassa probabilità che una crisi ipertensiva in assenza di segni di danno acuto d’organo provochi complicazioni cliniche nelle successive 24-48 ore, la riduzione rapida della PA non è da considerarsi indicata nell’urgenza ipertensiva<sup>4</sup>. Alcuni consigli sulla condotta da tenere sono riportati di seguito:

- se il paziente era in trattamento ma non assumeva con regolarità la terapia, può essere indicato il ripristino del trattamento precedente;
- se il paziente assumeva regolarmente la terapia, è consigliabile aumentare la dose o aggiungere un altro farmaco;
- se il paziente non era in trattamento, va iniziata una terapia, privilegiando una terapia con un farmaco a lunga durata d’azione;
- in tutti i casi, va programmato un controllo ravvicinato (in genere entro 1 settimana), per verificare l’aderenza al trattamento ed eseguire gli opportuni aggiustamenti terapeutici.

## **Bibliografia**

1. Strandgaard S, Paulson OB. Cerebral autoregulation. *Stroke* 1984; 15: 413-6.
2. Grossman E, Messerli FH, Grodzicki T, Kowey P. Should a moratorium be placed on sublingual nifedipine capsules given for hypertensive emergencies and pseudoemergencies? *JAMA* 1996; 276: 1328-31.
3. Zeller KR, Von Kuhnert L, Matthews C. Rapid reduction of severe asymptomatic hypertension. A prospective, controlled trial. *Arch Intern Med* 1989; 149: 2186-9.
4. 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.