

Università degli Studi di Pavia  
Facoltà di Medicina e Chirurgia



Pronto Soccorso Accettazione  
Dipartimento di Emergenza e Urgenza  
IRCCS Policlinico San Matteo

XI congresso nazionale

**simeu**

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

**URGENZE ED EMERGENZE IPERTENSIVE IN PS:  
MONDO REALE E ADERENZA ALLE LINEE GUIDA**

## URGENZE ED EMERGENZE IPERTENSIVE: DEFINIZIONE

Variable	Emergencies	Urgencies
Symptoms	Yes	No or minimal
Acute BP increase	Yes	Yes
Acute target organ damage	Yes	No
BP reduction rate	Minutes to hours	Hours to days
Evaluation for secondary hypertension	Yes	Yes

*Muiesan et. Al (SIIA Working Group), J Cardiovasc Med 2014*



# URGENZE ED EMERGENZE IPERTENSIVE: INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

LINEE GUIDA ESH/ESC

63

## 6.15 Iperensione maligna

L'ipertensione maligna è un'emergenza ipertensiva, clinicamente definita dalla presenza di valori di BP marcatamente elevati associati a OD ischemico (retina, rene, cuore o cervello). Sebbene la sua frequenza sia molto bassa, il numero di nuovi casi non è cambiato molto negli ultimi 40 anni. La percentuale di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di ipertensione maligna è significativamente aumentata (era vicino allo zero 50 anni or sono), verosimilmente quale risultato di una diagnosi più precoce, obiettivi di BP inferiori e disponibilità di nuove classi di antipertensivi<sup>635</sup>. Il OD può regredire – almeno in parte – durante il trattamento<sup>636</sup>, sebbene la prognosi a lungo termine rimanga poco favorevole, specialmente quando la funzione renale è severamente ridotta<sup>637</sup>. In considerazione della bassa incidenza, non sono stati condotti validi studi controllati con i nuovi farmaci. L'attuale trattamento è basato su farmaci che possono essere somministrati per via endovenosa e titolati, e che possano agire rapidamente ma gradualmente in modo da evitare un'eccessiva ipotensione ed un ulteriore OD ischemico. Il labetalolo, il sodio nitroprusiato, la nicardipina, i nitrati e la furosemide sono tra i farmaci endovenosi maggiormente impiegati. In questa forma grave di patologia ipertensiva, tuttavia, il trattamento dovrebbe essere individualizzato dal medico. Quando i diuretici sono insufficienti a correggere il volume plasmatico, può essere di aiuto l'ultrafiltrazione e la dialisi temporanea.

## 6.16 Emergenze ed urgenze ipertensive

Le emergenze ipertensive sono definite come aumenti marcati della SBP o della DBP (>180 mmHg o >120 mmHg, rispettivamente) associati a OD imminente o progressivo, come un peggioramento dello stato neurologico, encefalopatia ipertensiva, infarto cerebrale, emorragia intracranica, disfunzione acuta del ventricolo sinistro, edema polmonare acuto, dissecazione aortica, insufficienza renale o eclampsia. Un marcato aumento della BP senza OD acuto (urgenza ipertensiva) – spesso associato ad una sospensione della terapia o una sua riduzione così come ad uno stato d'ansia – dovrebbe non essere considerato un'emergenza ma trattato con un ripristino o l'intensificazione della terapia farmacologica ed il trattamento dell'ansia. Sono stati recentemente sollevati dubbi sui possibili effetti dannosi dei cosiddetti valori pressori "picco" rispetto

a quelli cosiddetti predominanti<sup>638</sup>. È tuttavia necessario raccogliere più dati su questi aspetti in modo da evitare un'eccessivo trattamento di queste condizioni cliniche.

Il trattamento delle emergenze ipertensive dipende dal tipo di OD associato e l'intervento può variare dal non ridurre, o ridurre con estrema cautela, la BP nell'ictus (vedi paragrafo 6.10) alla rapida ed aggressiva riduzione della BP nell'edema polmonare o nella dissecazione aortica. Nella maggior parte dei casi è stato suggerito che si riducano rapidamente ma non completamente i valori pressori, mirando ad una riduzione del 25% durante la prima ora, per poi procedere con cautela successivamente. I farmaci da impiegare, inizialmente endovena e quindi per via orale, sono quelli raccomandati per l'ipertensione maligna (vedi paragrafo 6.15). Tutte le indicazioni raccolte in questo campo, eccetto quelle per l'ictus acuto, sono basate sull'esperienza per la mancanza di qualsiasi dato derivante da RCT in grado di paragonare gli effetti della riduzione della BP in modo aggressivo o conservativo.

## 6.17 Gestione perioperatoria dell'ipertensione

La presenza di ipertensione è una delle cause più comuni di rinvio di un intervento programmato, ma è discutibile quando questo sia realmente necessario<sup>639</sup>. Può essere di un certo aiuto la stratificazione del rischio CV globale nei candidati all'intervento<sup>639</sup>. Dibattuto è se la terapia antipertensiva debba essere mantenuta immediatamente prima dell'intervento. La sospensione rapida della clonidina o dei betabloccanti dovrebbe essere evitata per il potenziale reincremento della BP o della frequenza cardiaca. Entrambi i tipi di farmaci possono essere continuati nel periodo dell'intervento e, quando i pazienti sono impossibilitati ad assumere i farmaci per via orale, i betabloccanti possono essere somministrati per via parenterale o transdermica per la clonidina. I diuretici dovrebbero essere evitati il giorno dell'intervento per la potenziale interazione con la riduzione dei liquidi indotta dall'intervento. Gli ACE-inibitori e gli ARB possono anch'essi potenziare la deplezione di fluidi indotta dall'intervento ed è stato suggerito che anch'essi non debbano essere somministrati il giorno dell'intervento e reintrodotti dopo il recupero dei liquidi persi. Aumenti della BP dopo l'intervento, quando si presentano, sono frequentemente causati dall'ansia e dal dolore dopo il risveglio, e scompaiono dopo aver trattato l'ansia e il



2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

*The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*



# OBIETTIVO DELLO STUDIO

- Istantanea dello scenario del PS del Policlinico San Matteo nella gestione delle U e delle E ipertensive
- Trattamento farmacologico di scelta e aderenza alle Linee Guida

# MATERIALI E METODI

TOTALE DEGLI ACCESSI IN PS  
2014-2015 (n=96108)  
Studio retrospettivo, osservazionale

923 URGENZE ED EMERGENZE IPERTENSIVE  
(PAS  $\geq$ 180 mmHg e/o PAD  $\geq$  110 mmHg)

- Dati anamnestici
- Esame obiettivo
- Trattamento farmacologico
- Outcome
- Riaccesso (chiusura database 25 gennaio 2017)

661 URGENZE

262 EMERGENZE

STROKE ISCHEMICO O EMORRAGICO

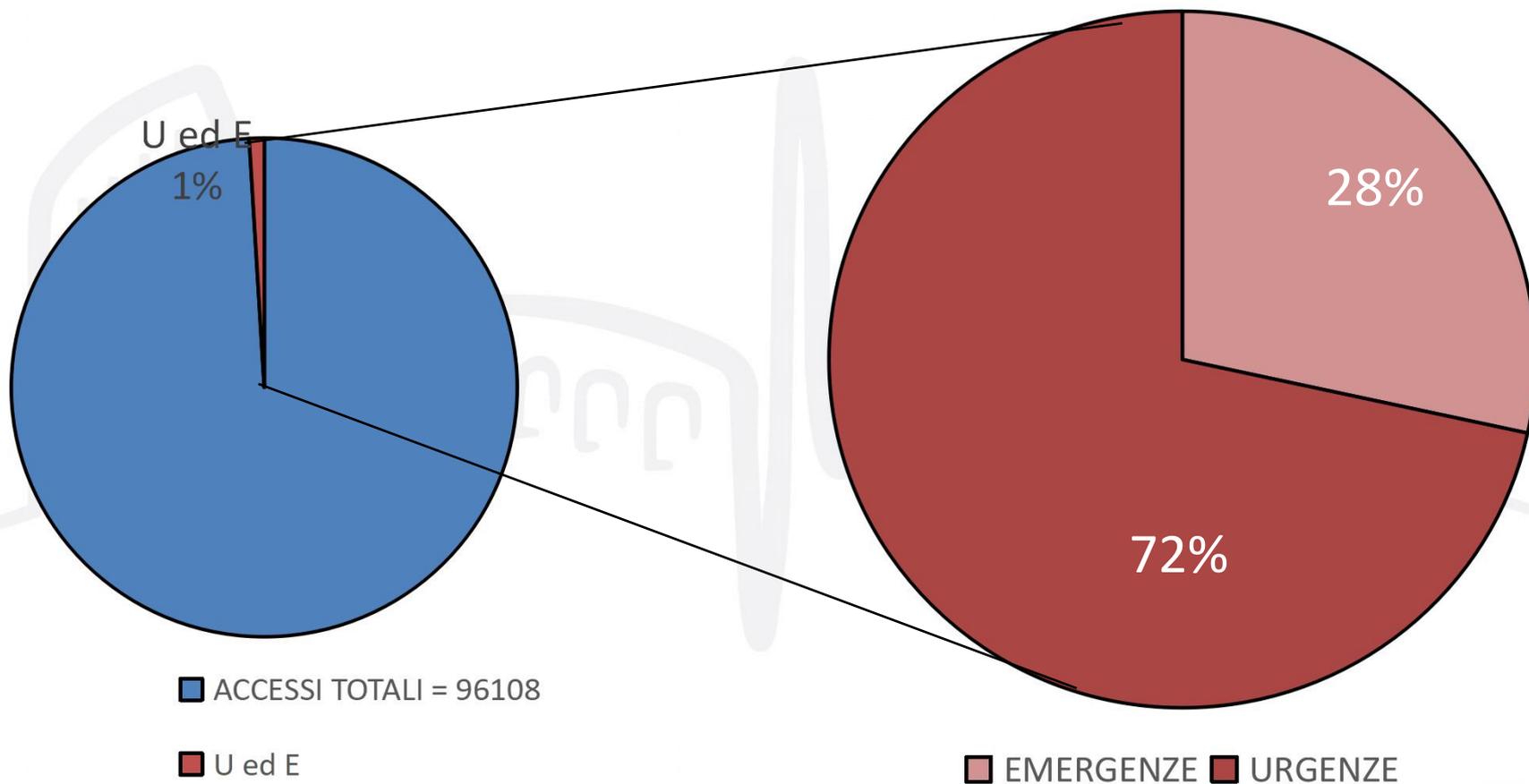
SCOMPENSO CARDIACO ACUTO

---

# RISULTATI

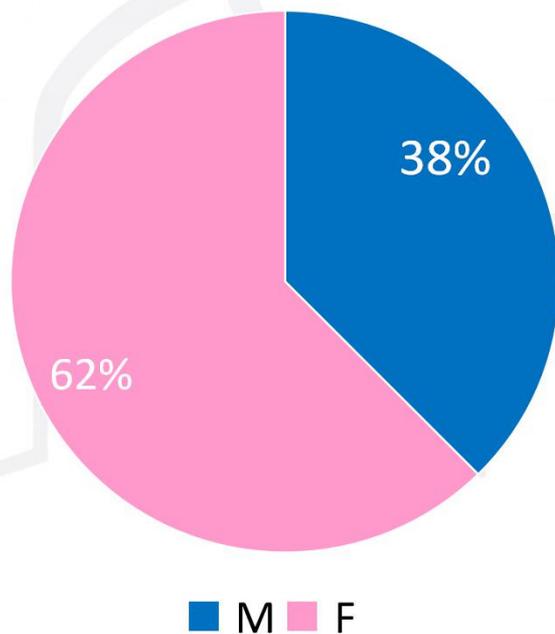


# RISULTATI PRINCIPALI

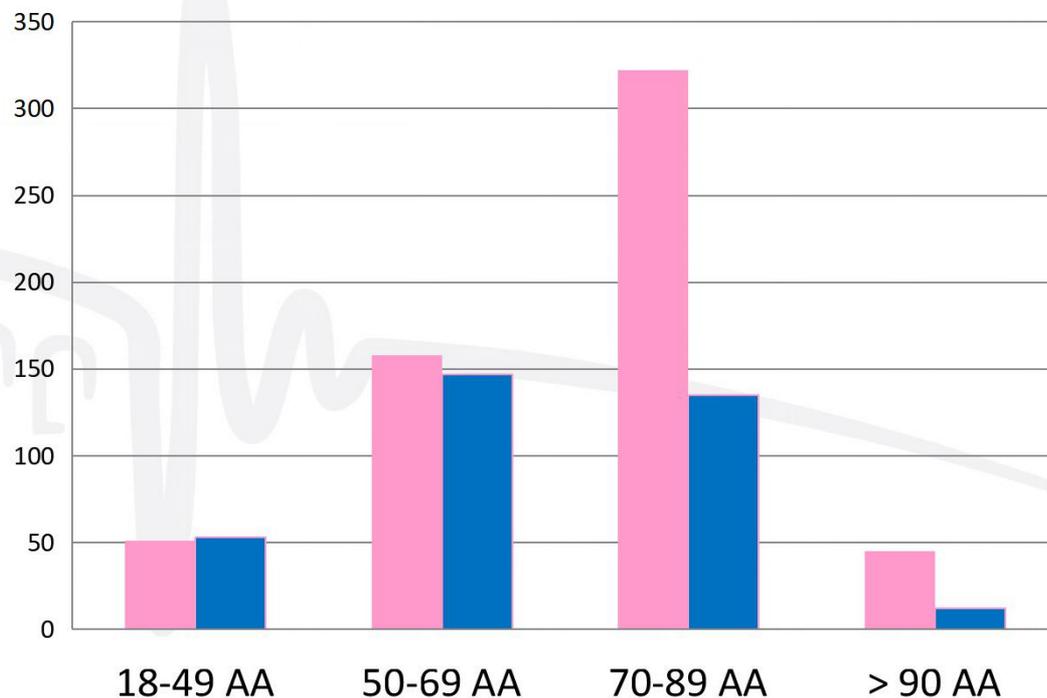


# RISULTATI PRINCIPALI: EPIDEMIOLOGIA

## MASCHI vs FEMMINE



## CLASSI DI ETÁ



## URGENZE vs. EMERGENZE

	URGENZE IPERTENSIVE	EMERGENZE IPERTENSIVE
<b>ETÁ (anni)</b>	67,1 ± 14,8	76,9 ± 12,5
<b>SESSO (M/F)</b>	229 / 432	118 / 144
<b>IPERTENSIONE NOTA</b>	76,6%	71,1%
<b>FARMACI ANTIPERTENSIVI IN TP DOMICILIARE (n)</b>	1,83 ± 1,0	2,09 ± 1,0
<b>PROFILO DI RISCHIO B / M / A</b>	118 / 174 / 334	23 / 29 / 206
<b>DIABETE</b>	12,6%	26,3%
<b>NUMERO COMORBIDITÀ</b>	1,36 ± 1,3	2,14 ± 1,4

\*  $P < 0,0001$

# RIDUZIONE DELLA PA

“riduzione della PA <25% durante la prima ora, procedere con cautela successivamente per ottenere una riduzione graduale dei valori pressori in 24-48 ore”

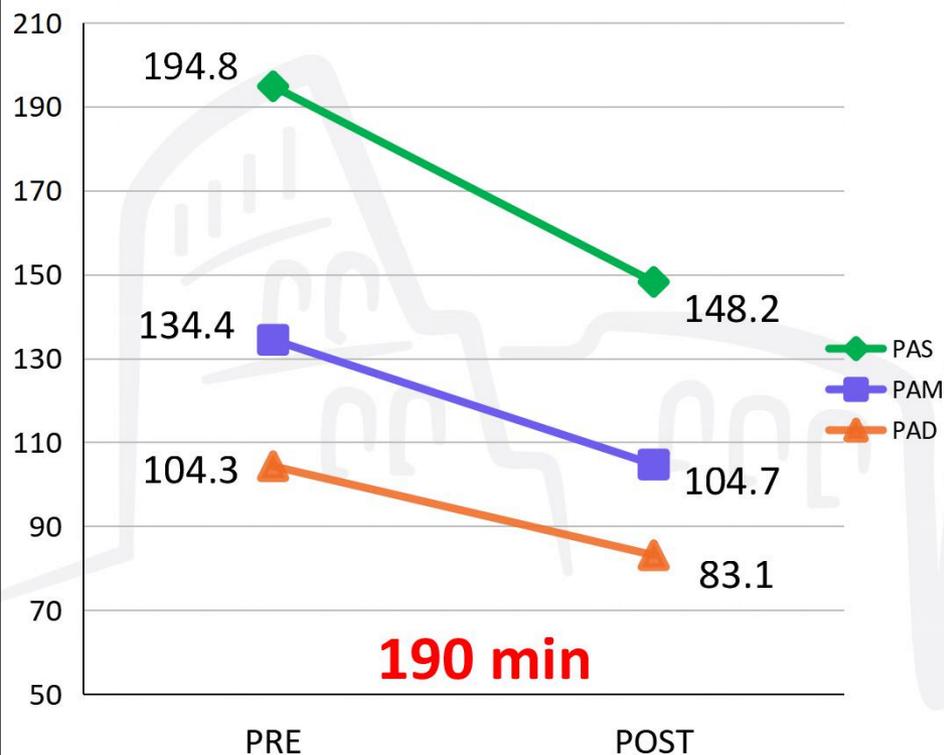
2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

*The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*

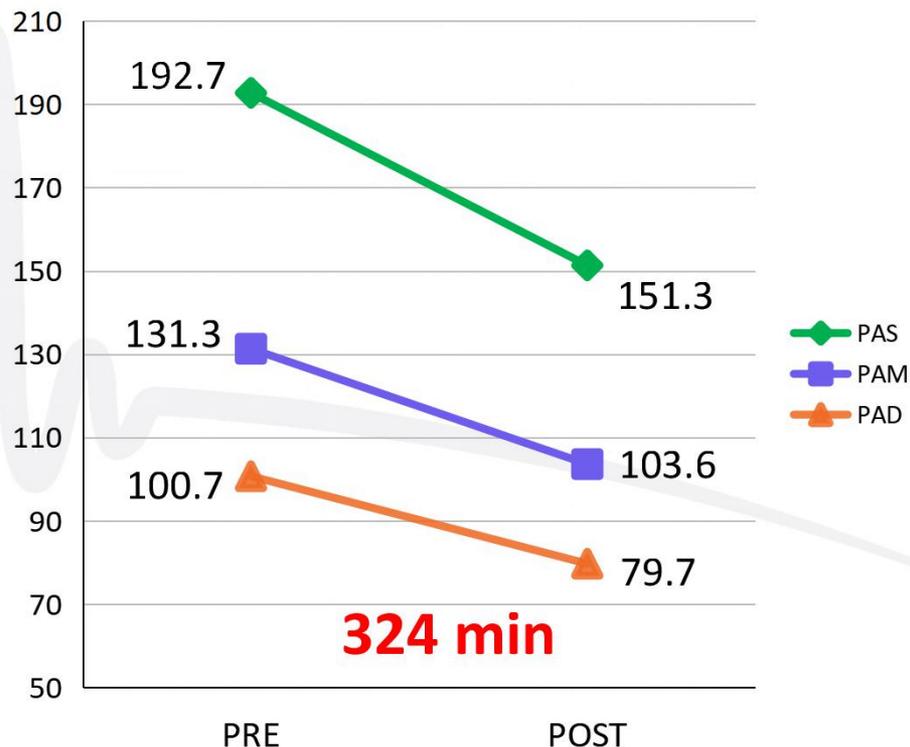


# RIDUZIONE DELLA PA

## URGENZE



## EMERGENZE



# TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

E: Labetalolo

Sodio nitroprussiato

Nicardipina

Nitrati

Furosemide

U: ACEi

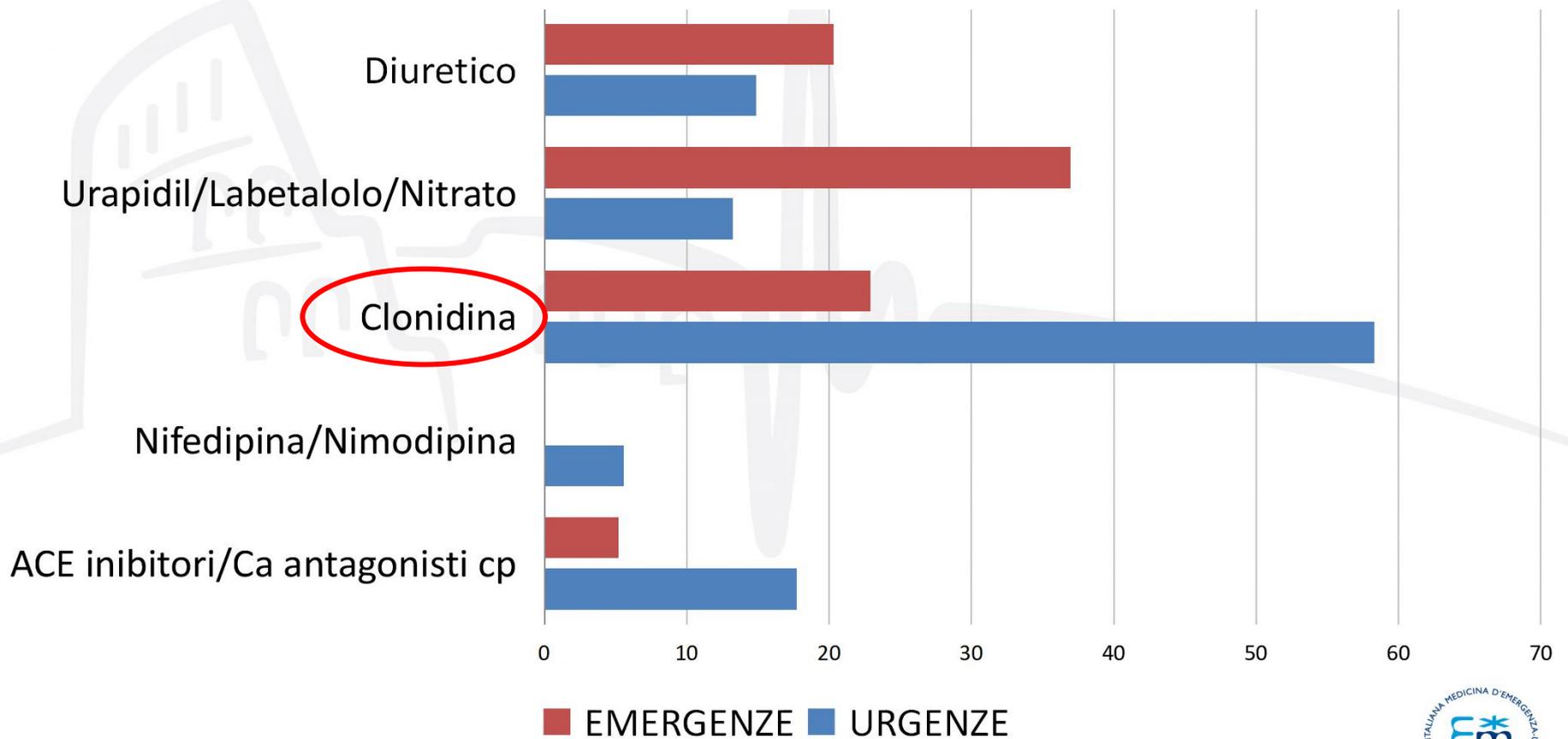
calcioantagonisti

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

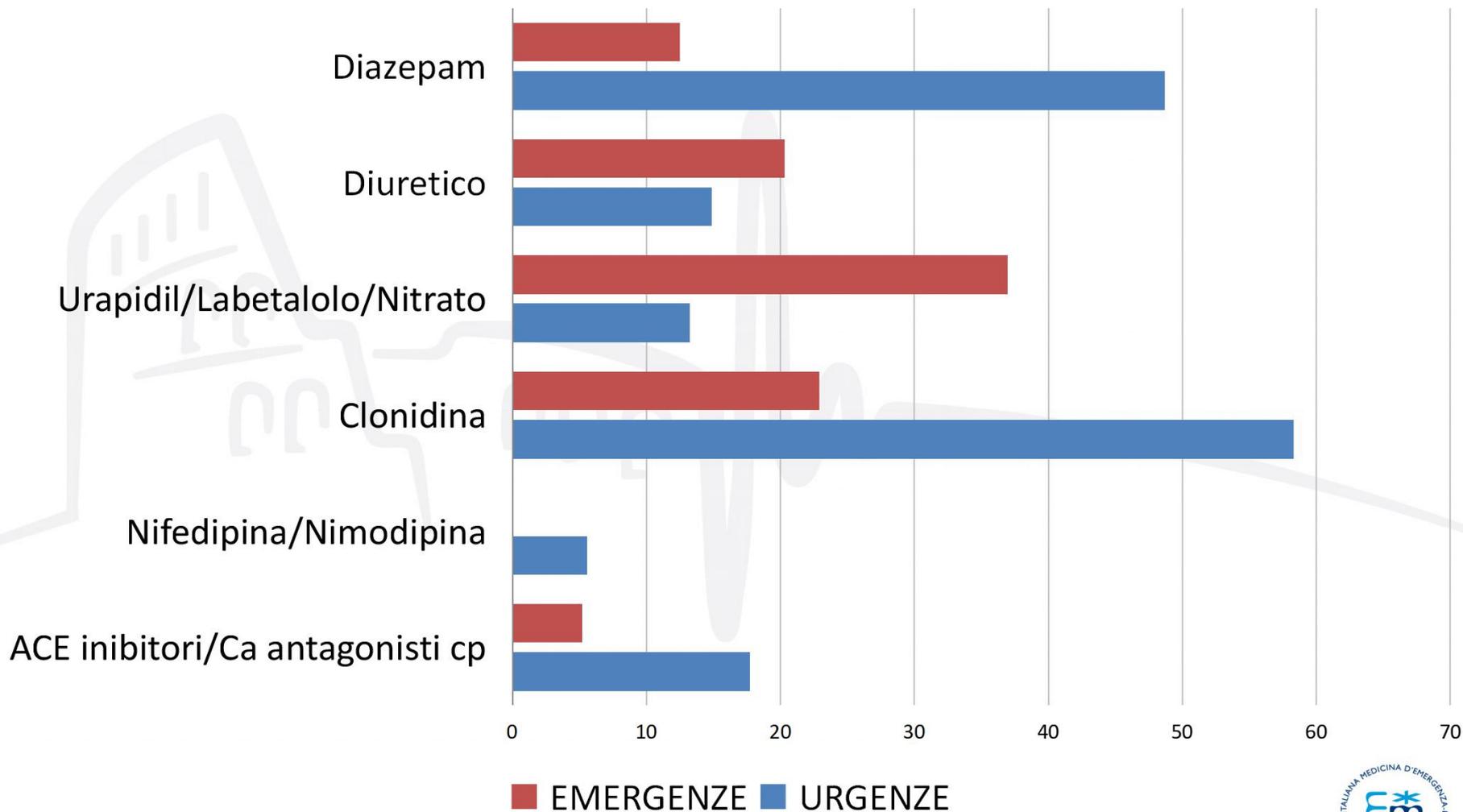
*The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*



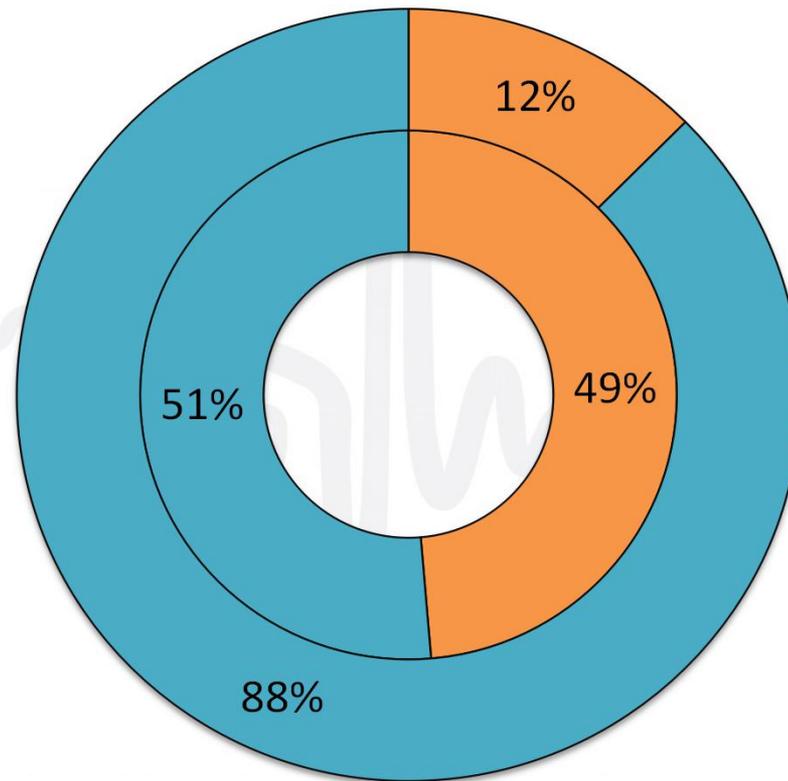
# TRATTAMENTO FARMACOLOGICO



# TRATTAMENTO FARMACOLOGICO



# TRATTAMENTO FARMACOLOGICO: DIAZEPAM



■ Diazepam   ■ Non Diazepam

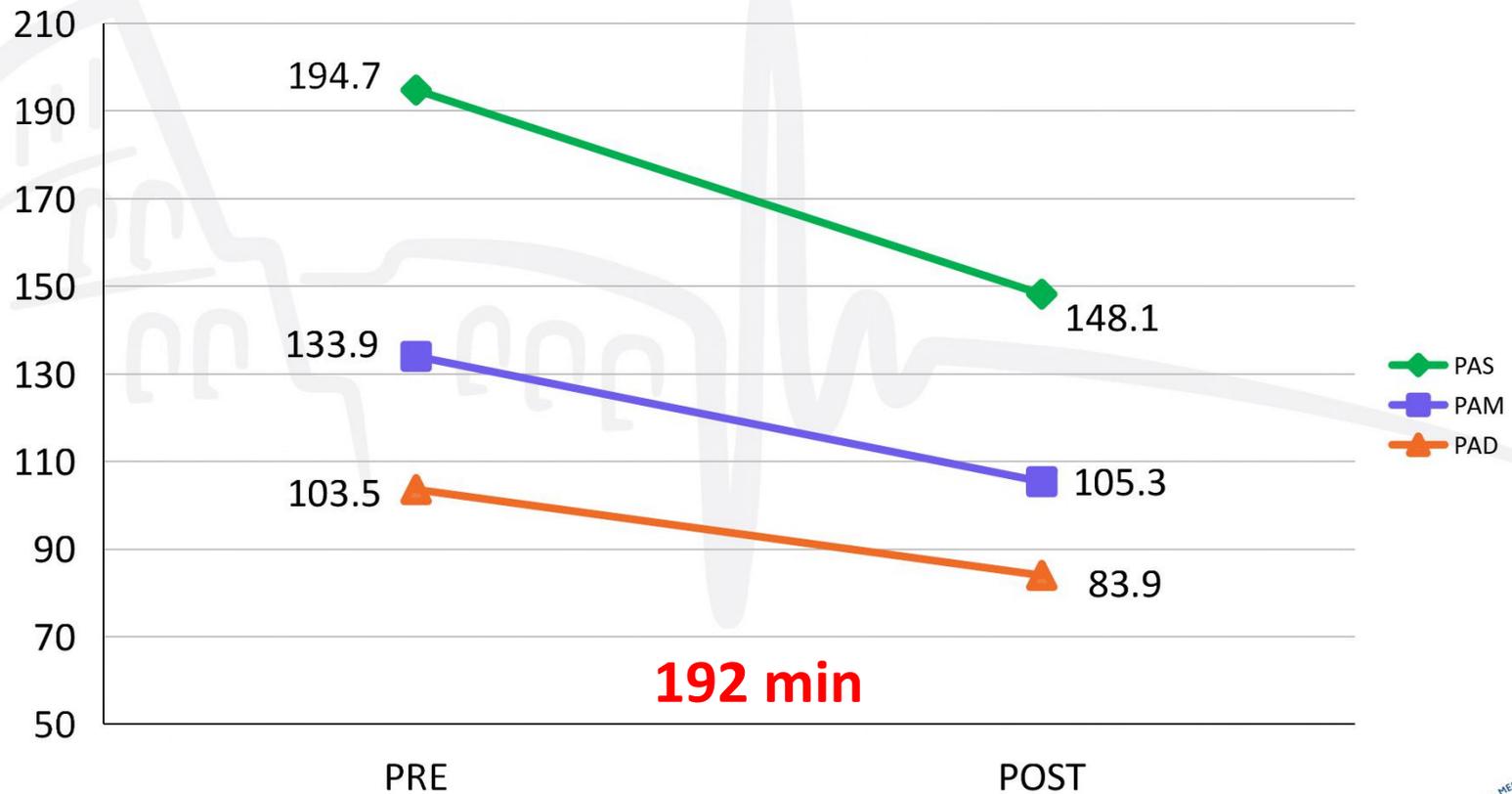
# GRUPPO DIAZEPAM vs. NON DIAZEPAM

## URGENZE

	DIAZEPAM	NON DIAZEPAM
<b>ETÁ (anni)</b>	67,3 ± 14,3	70,7 ± 15,2
<b>SESSO (M/F)</b>	86 / 186	103 / 184
<b>IPERTENSIONE NOTA</b>	71,8%	80,0%
<b>FARMACI ANTIPERTENSIVI IN TP DOMICILIARE (n)</b>	1,75 ± 0,91	1,9 ± 1,00
<b>PROFILO DI RISCHIO B / M / A</b>	48 / 71 / 154	33 / 80 / 123
<b>DIABETE</b>	11,6%	12,5%
<b>NUMERO COMORBIDITÀ</b>	1,28 ± 1,17	1,46 ± 1,37

\*  $P < 0,0001$

# RIDUZIONE DELLA PA: DIAZEPAM



# EFFICACIA DEL DIAZEPAM

Al gruppo dei pazienti trattati con diazepam viene somministrato un numero di farmaci antipertensivi convenzionali significativamente inferiore

(0,94 vs 1,29,  $P < 0,0001$ )

# CONCLUSIONI

## EPIDEMIOLOGIA:

- 1% degli accessi in PS
- Età media 67 U vs. 77 E
- F > M (62% F)

# CONCLUSIONI

## TRATTAMENTO FARMACOLOGICO NEL MONDO REALE:

- Velocità di riduzione troppo elevata
- Farmaci impiegati non indicati dalle Linee Guida
- 39,4% pazienti trattati con diazepam (48,7% U)
- Efficacia del diazepam

---

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

**Segreteria Nazionale:**

Via Valprato, 68 - 10155 Torino  
c.f. 91206690371  
p.i. 02272091204

**Contatti:**

tel +39 02 67077483  
fax +39 02 89959799  
[segreteria@simeu.it](mailto:segreteria@simeu.it)



XI congresso nazionale

**simeu**

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

