

Misurazione della pressione arteriosa: meglio evitare il fai da te

Lovibond K, Jowett S, Pelham P et al

Cost-effectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: a modelling study

Lancet 2011; 378: 1219-1230

La diagnosi di ipertensione arteriosa sistemica non rappresenta un problema di particolare complessità nella pratica clinica, anche se alcuni aspetti devono essere adeguatamente considerati.

Innanzitutto c'è un rischio di sovrastima dei valori di pressione arteriosa occasionale, soprattutto se misurata in situazioni di particolare tensione psicologica. D'altra parte esiste anche il problema delle diagnosi mancate o tardive, che si riscontra quando vengono rilevati per la prima volta valori pressori lievemente elevati o borderline, ai quali non fanno seguito i controlli successivi. Inoltre il problema di una diagnosi di ipertensione arteriosa conclamata in un'età giovane o giovane adulta comporta talora una sottostima dell'importanza di un inizio precoce di trattamento sia farmacologico sia per le abitudini di vita, specialmente nei soggetti considerati a basso o medio rischio cardiovascolare. Tutte le ultime linee guida riportano anche le tre metodiche principali con le quali è oggi possibile la rilevazione della pressione arteriosa: la misurazione clinica allo studio del medico, l'automisurazione a domicilio con apparecchi automatici e validati, il monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa nelle 24 ore (MAPA). Quest'ultimo, il MAPA, sembra oggi rappresentare il metodo più accurato ed affidabile per la diagnosi di ipertensione arteriosa, in grado di fornire preziose e utili informazioni, tra cui soprattutto i valori medi di sistolica e diastolica diurni, notturni e dell'intero periodo, il carico pressorio (percentuale di valori oltre soglia), la presenza e l'entità del calo fisiologico notturno, la presenza di picchi pressori, la variabilità. In letteratura è riportato inoltre come la valutazione della pressione arteriosa con MAPA

correla con maggior precisione con il danno d'organo conseguente all'ipertensione, con i successivi eventi cardiovascolari e con la prognosi dei pazienti affetti da tale patologia.

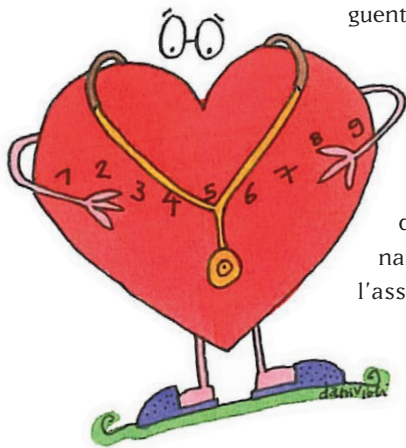
Bisogna ricordare come le tre metodiche riportate presentino valori limite massimi per la diagnosi di ipertensione arteriosa differenti tra di loro (tabella). Probabilmente il MAPA non è oggi applicabile a tutti i soggetti da studiare per problemi di costo e per il grande numero di individui affetti, ma è certamente raccomandabile in alcune situazioni particolari come: riscontro di ampia variabilità di valori misurati in ambulatorio in diverse visite, elevati valori alla misurazione clinica in individui a basso rischio cardiovascolare, differenze significative tra valori rilevati alla misurazione in ambulatorio e con automisurazione domiciliare, valori elevati durante la gravidanza. Sul tema della costo-efficacia di un'indagine diagnostica così accurata, attendibile, efficace ma secondo alcuni non applicabile su vasta scala, non tanto per la complessità ed il costo dell'esame in sé, quanto piuttosto per l'ampio campione di popolazione interessata a tale condizione clinica, è stato recentemente condotto uno studio finanziato dal National Institute for Health Research and the National Institute for Health and Clinical Excellence, autorevole istituto di ricerca britannico che collabora con il sistema sanitario nazionale del Regno Unito. Questo studio ha valutato differenti aspetti correlati alla problematica, considerando i potenziali miglioramenti nella gestione del danno cardiovascolare e la riduzione degli eventi correlati. I risultati di un'analisi probabilistica su vasta scala hanno dimostrato

VALORI SOGLIA DI PRESSIONE ARTERIOSA PER LA DIAGNOSI DI IPERTENSIONE

	Sistolica	Diastolica
Misurazione clinica	140	90
Automisurazione a domicilio	130-135	85
Monitoraggio 24 h, valori medi 24 h	125-130	80
Monitoraggio, valori medi diurni	130-135	85
Monitoraggio, valori medi notturni	120	70

un chiaro vantaggio in termini di costo-efficacia del MAPA, rispetto alla misurazione clinica e anche all'automisurazione a domicilio, con un risparmio netto in termini di costo sia per gli uomini che per le donne, lievemente differente ma sempre presente per le diverse fasce di età, un miglioramento del QALY (anni di vita salvati aggiustati per qualità di vita), una riduzione di false diagnosi di ipertensione (con conseguenti trattamenti non utili), un migliore adattamento delle terapie. Questi dati hanno portato gli autori dello studio ad affermare che i maggiori costi iniziali della metodica MAPA sono ampiamente compensati da una conseguente riduzione delle spese e

da una maggiore ottimizzazione del trattamento, per cui questa risulta raccomandabile per la maggior parte degli individui da esaminare prima dell'inizio dell'assunzione di una terapia farmacologica. ■ CA



Usare la testa, non i test

Qaseem A, Alguire P, Dallas P et al
Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care
 Ann Intern Med 2012; 156 (2): 147-149

Laine C
High-value testing begins with a few simple questions
 Ann Intern Med 2012; 156: 162-163

Vegting IL, van Beneden M, Kramer MH et al
How to save costs by reducing unnecessary testing: lean thinking in clinical practice
 Eur J Intern Med 2012; 23 (1): 70-75

Il problema della sostenibilità dei costi della sanità riguarda entrambe le sponde dell'Atlantico. È assolutamente di rilievo che la necessità di ridurre i costi senza diminuire l'efficacia delle cure sia diventata un problema dei medici e delle loro associazioni scientifiche. Negli Stati Uniti l'American College of Physicians (ACP) ha costituito un gruppo di lavoro ad hoc con l'obiettivo di identificare test diagnostici e di screening, rilevanti per la medicina in-

La conoscenza: risorsa chiave per le nuove sfide della salute

Antes G, Clarke M
Knowledge as a key resource for health challenges
 Lancet 2012; 379: 195-196

Il mondo deve affrontare continue sfide per carenza di risorse naturali o per le conseguenze politiche e ambientali dell'uso di queste scarse risorse. Lo dimostrano i disastri naturali, i conflitti e i cambiamenti climatici.

C'è una risorsa però che, se ben gestita, è illimitata e rinnovabile: la conoscenza.

La conoscenza è un ingrediente indispensabile per il progresso scientifico e tecnologico.

Un buon uso della conoscenza è quello fatto dalle revisioni sistematiche (SR).

'Evidence Aid', un'iniziativa della Cochrane Collaboration varata dopo lo tsunami dell'Oceano Indiano, cerca di stabilire, con il contributo delle organizzazioni umanitarie, un possibile ruolo per le SR nel campo dei disastri naturali.

La conoscenza in campo sanitario è vitale, la sua mancanza produce morti e sofferenze. I decisori e i ricercatori hanno continuamente bisogno di conoscenze valide e aggiornate.

Dopo la recente tragedia del Giappone, Evidence Aid ha prodotto una raccolta, tradotta in giapponese, di SR sui traumi, sulla potabilità, sullo stress post-traumatico. Molto però resta ancora da fare.

I decisori devono segnalare le zone d'incertezza che i ricercatori devono coprire con gli studi e le SR devono essere corredate da informazioni di contesto in modo da essere utili nella pratica.

Le SR sono uno strumento metodologico formidabile, capace di identificare, valutare, sintetizzare e disseminare i risultati della ricerca. La produzione di linee guida, di informazioni per i pazienti e di ausili decisionali sarebbe impossibile senza SR di qualità.

I risultati delle SR possono poi essere sintetizzati in modo da fornire rapidamente il quadro delle migliori informazioni esistenti, come è successo dopo il terremoto del Giappone.

Le SR sfruttano il risultato di anni di ricerche (costate milioni) e a cui hanno contribuito migliaia di pazienti. Identificano aree carenti e orientano la ricerca futura.