

SUGGERIMENTI PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI FRAGILI DURANTE LE ONDATE DI CALORE

Questo documento mira a dare delle indicazioni semplici e di pronta applicazione ai Medici di Medicina Generale.

SUMMA DELLE RACCOMANDAZIONI (a seguire, il razionale)

- Raccomandare idratazione forzata di almeno L 1,5/die.
- Raccomandare l'applicazione di altri consigli comportamentali.
- Revisionare la terapia diuretica ed antipertensiva, se possibile con deprescrizione delle singole molecole.
- A 72 ore dall'inizio dell'ondata di calore, misurare natriemia-kaliemia-glicemia-azotemia e creatininemia, con calcolo della osmolarità plasmatica.
- Creare con le Aziende Ospedaliere o ASL percorsi condivisi di pronta e agile attivazione per la gestione extra-ospedaliera o extra-emergenziale per questi pazienti.

RAZIONALE

Gestione ambientale e comportamentale

Raccomandare al paziente una idratazione giornaliera di almeno L 1,5/die di acqua, a prescindere dalla percezione della sete. Nel paziente cardiopatico o nefropatico raccomandare acqua oligominerale.

- Evitare assunzione di alcoolici, limitare la caffeina.
- Evitare di cucinare piatti caldi.
- Garantirsi almeno una doccia o un bagno freschi.
- Nelle ore più calde, rimanere in casa e tenere chiuse finestre e tapparelle.
- Garantire almeno una visita giornaliera di parenti oppure vicini di casa noti ed affidabili.
- Se la casa è climatizzata, programmare una temperatura di 26°C o minore.
- Se la casa non è climatizzata, cercare di farsi portare in posti freschi (chiese, biblioteche, centri commerciali, centri comunitari).

Gestione farmacologica

Diverse malattie, e i farmaci indicati per la relativa terapia, possono alterare la percezione del calore, la sete, la sudorazione e la gittata cardiaca.

I farmaci sono:

- diuretici
- vasodilatatori
- calcio antagonisti
- beta bloccati ed alfa litici centrali
- anticolinergici
- antipsicotici, antidepressivi

- antiepilettici
- antiparkinsoniani
- anticolinergici
- antagonisti delle colinesterasi

In aggiunta è stato notato che, nell'area mediterranea, ogni variazione stagionale di pressione arteriosa era associata a perdita della funzione renale (calcolata come eGFR), anche nei non nefropatici; in più una bassa pressione arteriosa si associa ad alto rischio di morte. Inoltre i pazienti già nefropatici di Classe 3b o minore, se esposti a più di 120 giorni l'anno a temperature diurne tropicali, perdono in aggiunta alla fisiologica riduzione della funzione renale, ulteriori 3,7 ml/min di GFR per anno.

Ridurre il dosaggio dei farmaci antipertensivi se ipotensione: suggeriamo di iniziare dalle classi di alfa litici, calcio antagonisti e diuretici; successivamente per le classi beta-bloccanti e ace-inibitori, spesso prescritte non solo a fini antipertensivi (ad es post infarto, antiaritmico) suggeriamo un decalage minimo, solo se necessario, ma senza completa sospensione del farmaco, anche per evitare l'effetto rebound. Se il paziente dovesse usare le associazioni in pastiglia singola, ad es recettore antagonista angiotensina+calcio antagonista, prescriverle separatamente e modificare il dosaggio della singola componente (suggerimento basato sulla esperienza).

Diuretici tiazidici: possono dare iponatriemia per perdita di sodio esclusiva nel tubulo contorto distale, e per inappropriata secrezione di vasopressina. I questi diuretici hanno un effetto antipertensivo dose-correlato, soprattutto sistolico.

Diuretici ansa: agiscono in modo “on-off” alla dose efficace: dosi minori di essa non funzionano e dosi maggiori non aggiungono nulla, se non aumentare il rischio degli effetti collaterali. È possibile proporre una sospensione degli stessi e tenerli al bisogno, alla dose efficace, in caso di ritenzione di fluidi, dedotta da aumento del peso corporeo (suggerimento basato sulla farmacocinetica della classe farmacologica). Qualora prescritti per il semplice controllo della pressione, non in funzione anti edema, la loro azione è assai modesta.

Diuretici risparmiatori di potassio (antagonisti aldosterone: spirofonone, canrenone, eplerenone): utilizzati spesso a basse dosi per contrastare l'aldosterone-escape e il rimodellamento cardiaco piuttosto che a dosi francamente diuretici, causano solo il 3% di perdite di liquidi rispetto ai diuretici ansa. Da modulare in base alla kaliemia.

SGLT2 inibitori: una metanalisi di 3625 persone analizzate durante il Ramadan e periodo successivo, ha evidenziato un aumento del rischio di instabilità posturale, vertigo, ed ipertensione ortostatica, benché non statisticamente significativo, negli utilizzatori versus non utilizzatori. Gli Autori hanno concluso che l'uso dei SGLT2i nel Ramadan è sicuro. Questi farmaci hanno un doppio meccanismo d'azione nel controllo pressorio (mediamente mmHg 4 per la PA sistolica e mmHg 2 per la PA diastolica), che pare essere mediato da a) miglioramento della funzione endoteliale e stiffness vascolare; b) natriuresi. SGLT2 è responsabile di una quota natriuretica < 5%, che però in presenza di iperglicemia diventa sino al 15%. Pertanto si consiglia la applicazione delle Sick day rules.

Finerenone: trattasi di un MRA non steroideo, utilizzato in Italia per nefropatia cronica diabetica albuminurica. Rispetto allo Spironolattone, da un minore calo pressorio sistolico (mmHg 7 vs 11). Spesso prescritto come farmaco addizionale agli SGLT2i, la loro associazione causa una riduzione delle PA sistolica sinergica rispetto ai singoli principi attivi, sino a mmHg 8. Si raccomanda pertanto che la gestione sia condivisa con gli Specialisti nefrologi e/o diabetologi locali.

Bibliografia

Nat Med 2025 Jun;31(6):2062-2068

Environ Int 2020 Nov;144:105909

Can Fam Physician 2024 Sep;70(9):546-550

BMJ 2019 Feb 21;364:l359

PLoS One 2023 Dec 7;18(12):e0293403

Lancet Planet Health 2024; 8: e225–33

Cochrane Database Syst Rev 2014 May 29;2014(5):CD003824

Cochrane Database Syst Rev 2012 Aug 15;(8):CD003825

N Engl J Med 2020;383:2219-29. DOI: 10.1056/NEJMoa2025845

World J Diabetes 2026;17(2): 115495

DOI: 10.1056/NEJMoa2410659

Clinical Kidney Journal, 2023, vol. 16, no. 2, 293–302

Nat rev cardiology <https://doi.org/10.1038/s41569-020-0406-8>