

Αντιμετώπιση Υπέρτασης στους Ηλικιωμένους



The poster features a scenic background of a harbor at sunset with a large stone building and several boats. A stethoscope is overlaid on the image, with its chest piece positioned over a circular graphic containing the text 'SIMA 23'. The text 'SIMA 23' is in large, bold, blue letters. Below it, in smaller blue text, is '1ο ΠΟΛΥΘΕΜΑΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ'. Further down, in white text on a dark blue background, is 'Συνεδρίαση Aquila Atlantis' and '03, 04 & 05.11.2023'. At the top right, there is a circular logo with a green cross and a caduceus, with the text 'ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ' around it. At the bottom left, there are logos for 'ΣΥΝΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ' and 'ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ'. At the bottom right, there is contact information for 'Eventaid - Οργανισμός Κοινωνικών Ταξιδιών' with a phone number and email address.

SIMA 23
1ο ΠΟΛΥΘΕΜΑΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
Συνεδρίαση Aquila Atlantis
03, 04 & 05.11.2023

Eventaid - Οργανισμός
Κοινωνικών Ταξιδιών
t +30 2101 004 200
e +30 211 000 070
info@eventaid.gr

Γεώργιος Βρέντζος
Παθολόγος
Παθολογική Κλινική ΠαΓΝΗ

Ποιος είναι ηλικιωμένος??

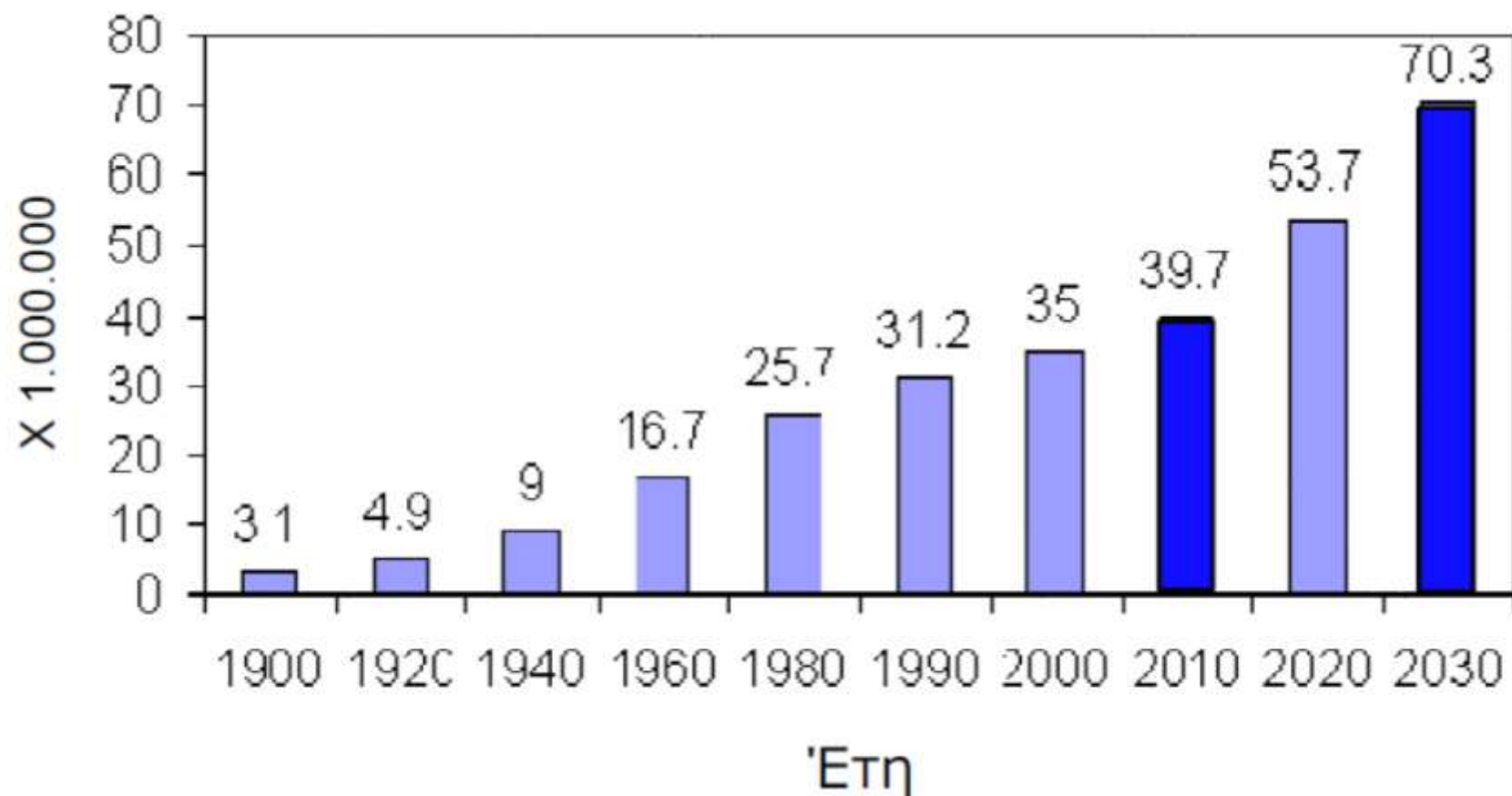
Μέση ηλικία : 40 – 64 χρόνια

Ηλικιωμένοι : 65 – 79 χρόνια

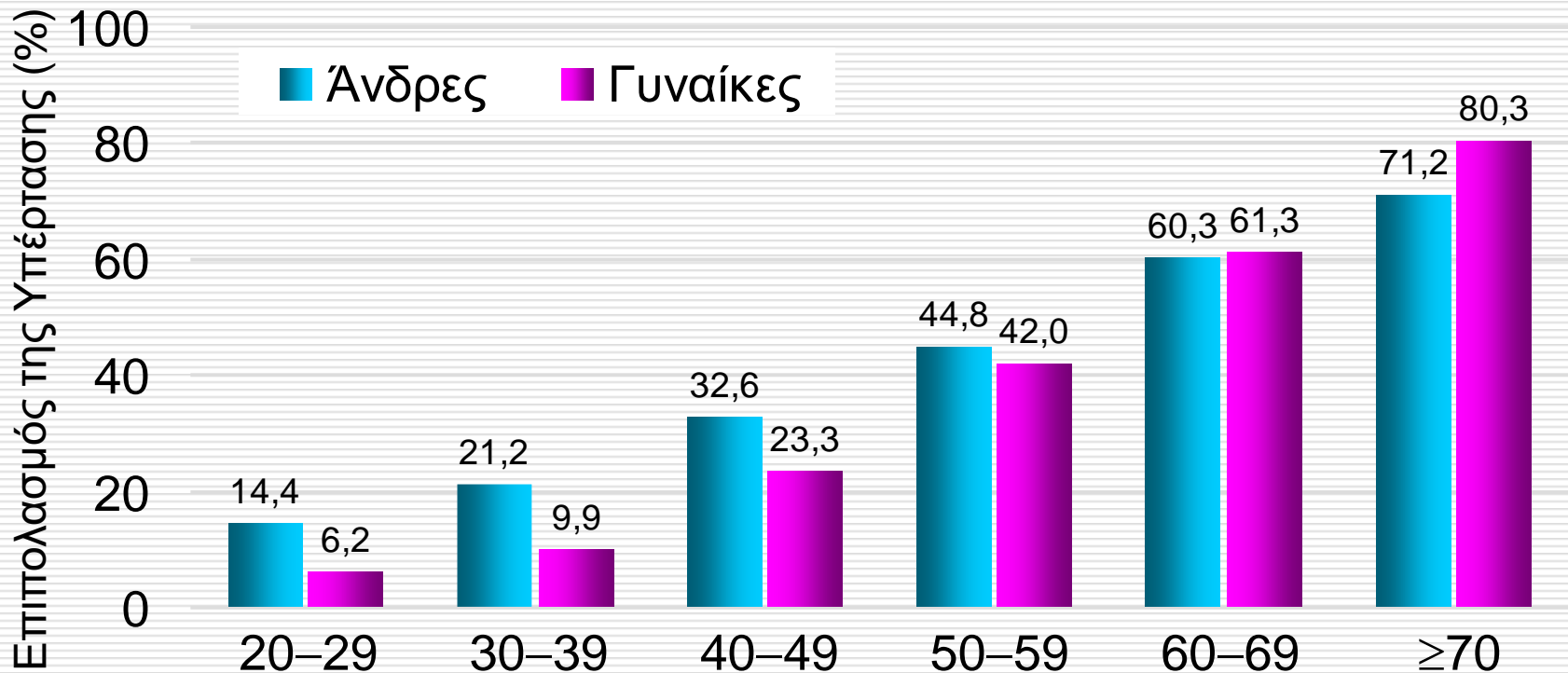
Πολύ Ηλικιωμένοι : 80 και πάνω

ΑΥΞΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Άτομα 65+ ετών (1900 – 2030)



Επιπολασμός της Υπέρτασης αυξάνει με την Ηλικία και στα δύο Φύλα

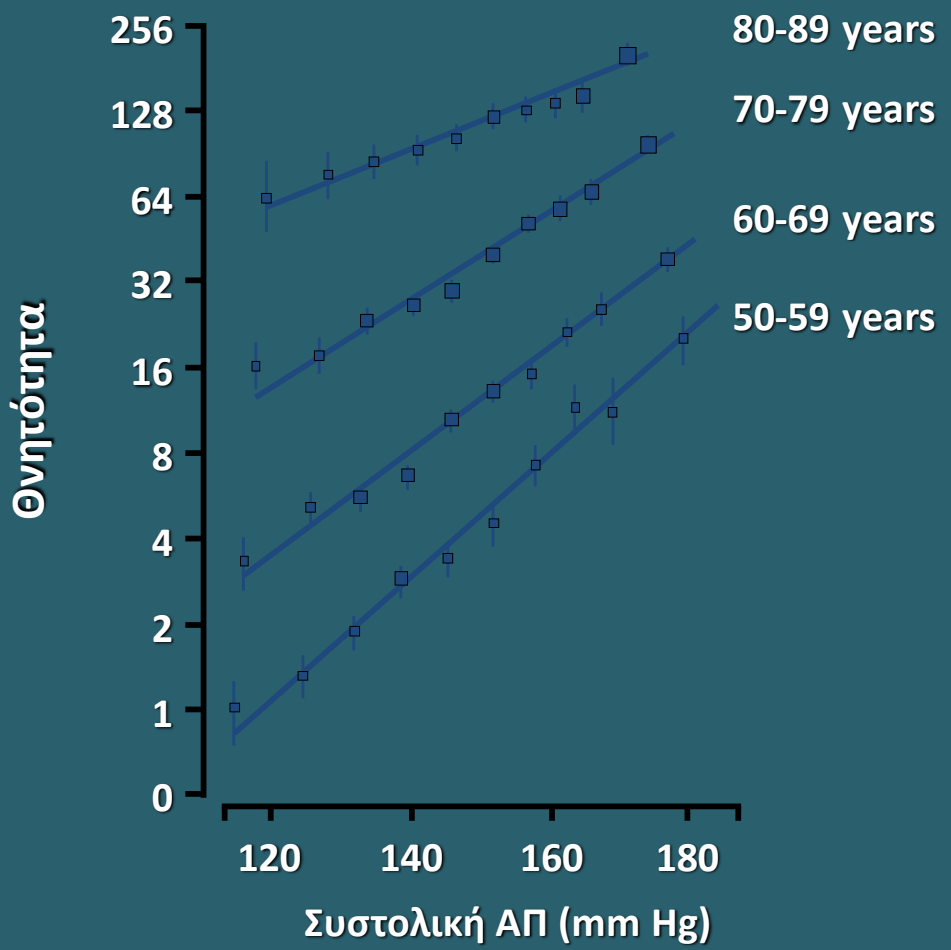


Στοιχεία από έγκυρες οικονομικές πηγές (ΗΠΑ, Καναδάς, Ισπανία, Αγγλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Σουηδία, Αυστραλία, Ιαπωνία)

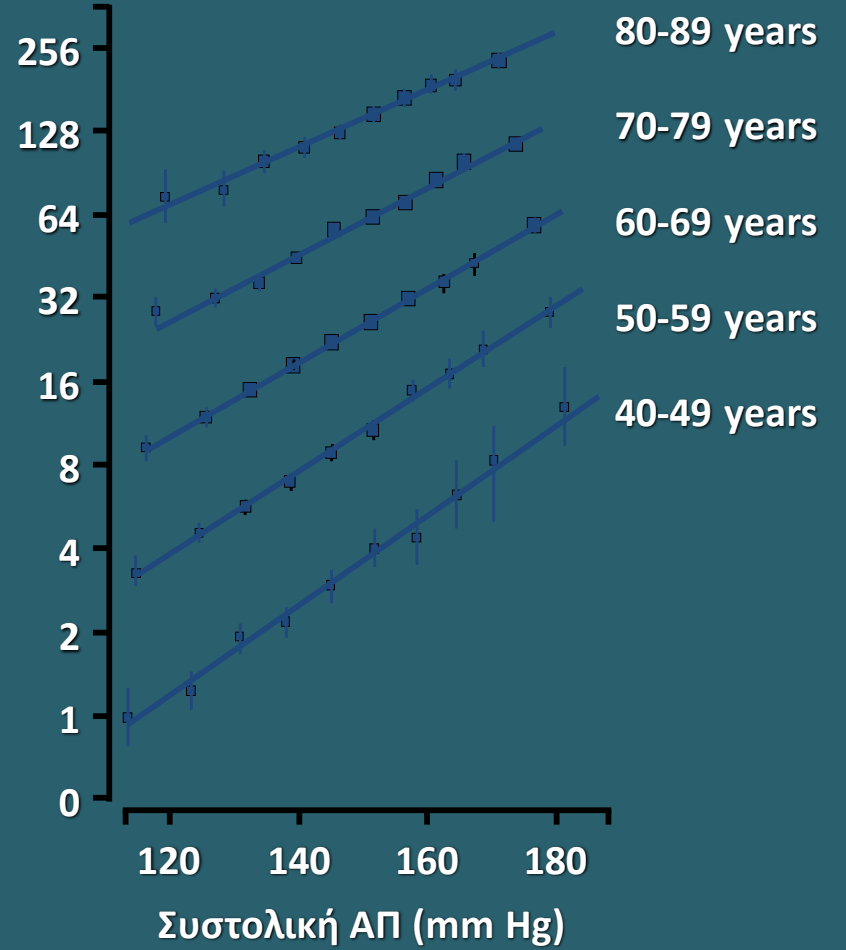
Kearney et al. Lancet 2005;365:217-23

Η ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

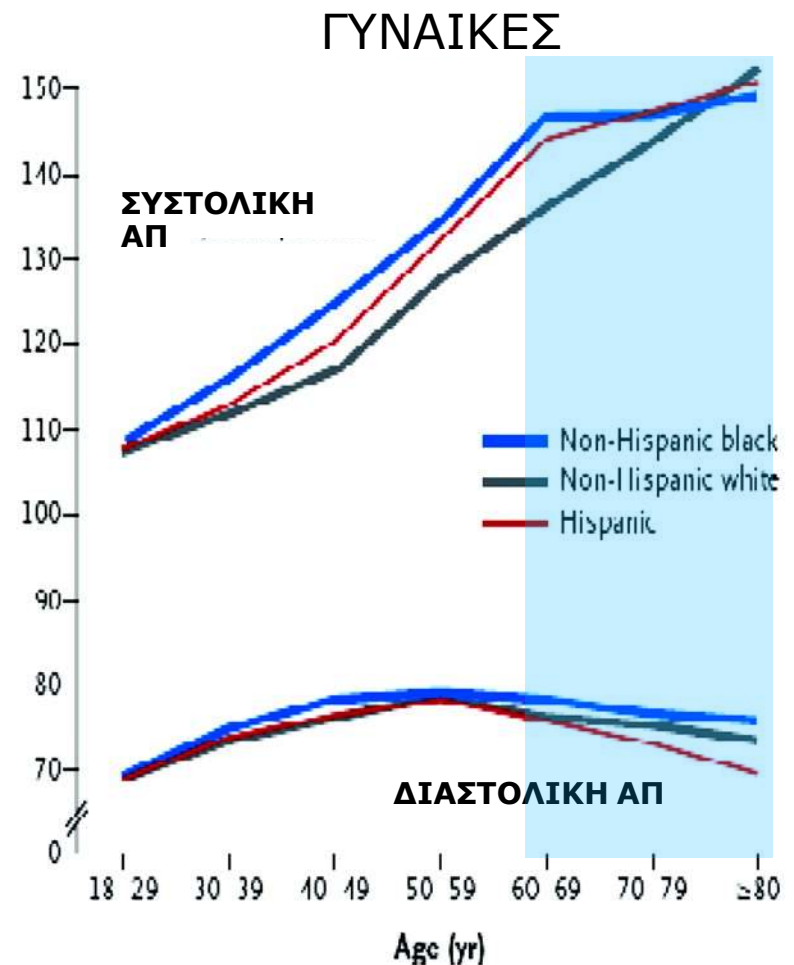
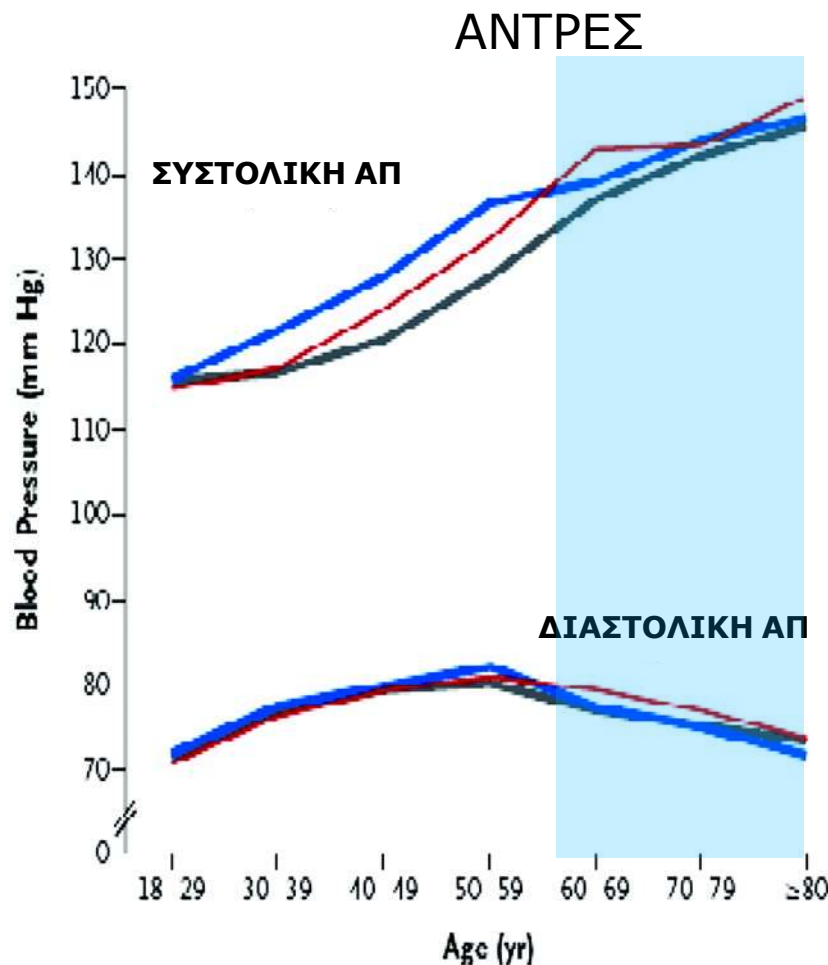
ΑΕΕ



ΣΝ



Επίπεδα αρτηριακής πίεσης με βάση την ηλικία



Συστολική υπέρταση με χαμηλή διαστολική πίεση και αύξηση της διαφορικής πίεσης

Aronow W S et al. *Circulation*. 2011;123:2434-2506

Προσδιορισμός του Καρδιαγγειακού κινδύνου σε ηλικιωμένους

- Ο κίνδυνος αυξάνεται με την ηλικία.
- Πιθανά σχετίζετε με την αύξηση του συνολικού φορτίου της αθηρωματικής νόσου.
- Η εφαρμογή των μοντέλων υπολογισμού του κινδύνου σε μεγάλες ηλικίες έχει θέση;;;

Ο προσδιορισμός του Καρδιαγγειακού Κινδύνου σε υπερτασικούς ασθενείς με το SCORE2 and SCORE2-OP

Recommendations and statements	CoR	LoE
CV risk assessment with the SCORE2 and SCOR2-OP system is recommended for hypertensive patients who are not already at high or very high risk due to established CVD or CKD, long-lasting or complicated diabetes, severe HMOD (e.g. LVH) or a markedly elevated single risk factor (e.g. cholesterol, albuminuria).	I	B

Καρδιαγγειακός κίνδυνος ανάλογα με το στάδιο και το βαθμό υπέρτασης

Στάδιο Υπέρτασης	Άλλοι παράγοντες κινδύνου, βλάβη οργάνων-στόχων, ΚΑΝ ή ΧΝΝ	Βαθμός ΑΠ (mmHg)			
		Υψηλή φυσιολογική ΣΑΠ 130-139 ΔΑΠ 85-89	Βαθμός 1 ΣΑΠ 140-159 ΔΑΠ 90-99	Βαθμός 2 ΣΑΠ 160-179 ΔΑΠ 100-109	Βαθμός 3 ΣΑΠ ≥ 180 ΔΑΠ ≥ 110
Στάδιο 1	Χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου	Χαμηλός	Χαμηλός	Μέτριος	Υψηλός
	1 ή 2 παράγοντες κινδύνου	Χαμηλός	Μέτριος	Μέτριος προς Υψηλός	Υψηλός
	≥3 παράγοντες κινδύνου	Χαμηλός προς Μέτριος	Μέτριος προς Υψηλός	Υψηλός	Υψηλός
Στάδιο 2	Βλάβη οργάνων-στόχων, ΧΝΝ σταδίου 3 ή ΣΔ	Μέτριος προς Υψηλός	Υψηλός	Υψηλός	Πολύ Υψηλός
Στάδιο 3	Εγκατεστημένη ΚΑΝ ή ΧΝΝ σταδίου ≥4	Πολύ Υψηλός	Πολύ Υψηλός	Πολύ Υψηλός	Πολύ Υψηλός

<50 ΕΤΗ	60-69 ΕΤΗ	≥70 ΕΤΗ
<2.5%	<5%	<7.5%
2.5 to <7.5%	5 to <10%	7.5 to <15%
≥7.5%	≥10%	≥15%

Συμπληρωματική εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου για το στάδιο 1 με τον υπολογισμό SCORE2/SCORE2 OP

Ο Καρδιαγγειακός Κίνδυνος ανάλογα την περιοχή κατανομής Η Ελλάδα έχει χαρακτηριστεί σε ενδιάμεσου κινδύνου

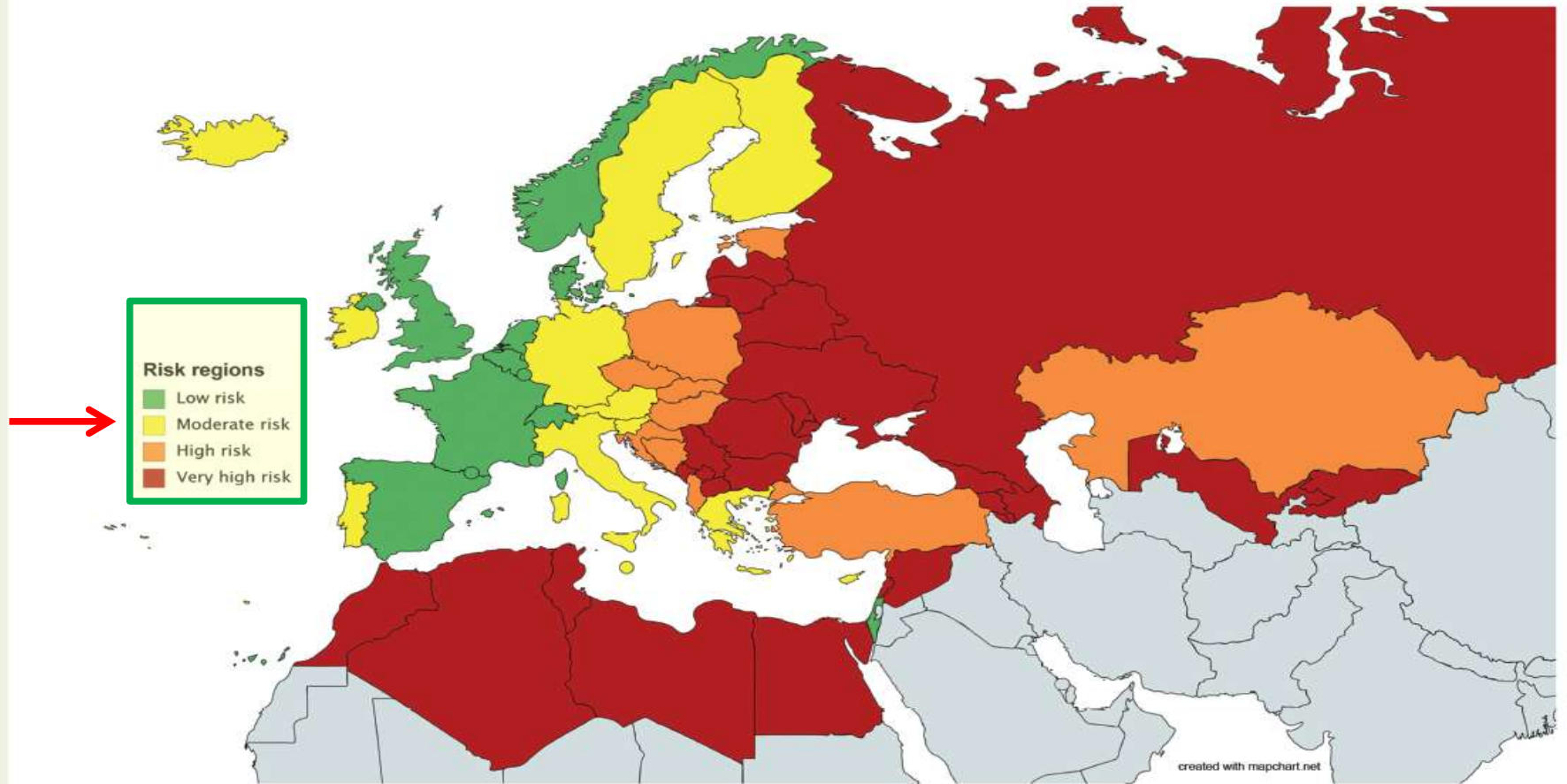
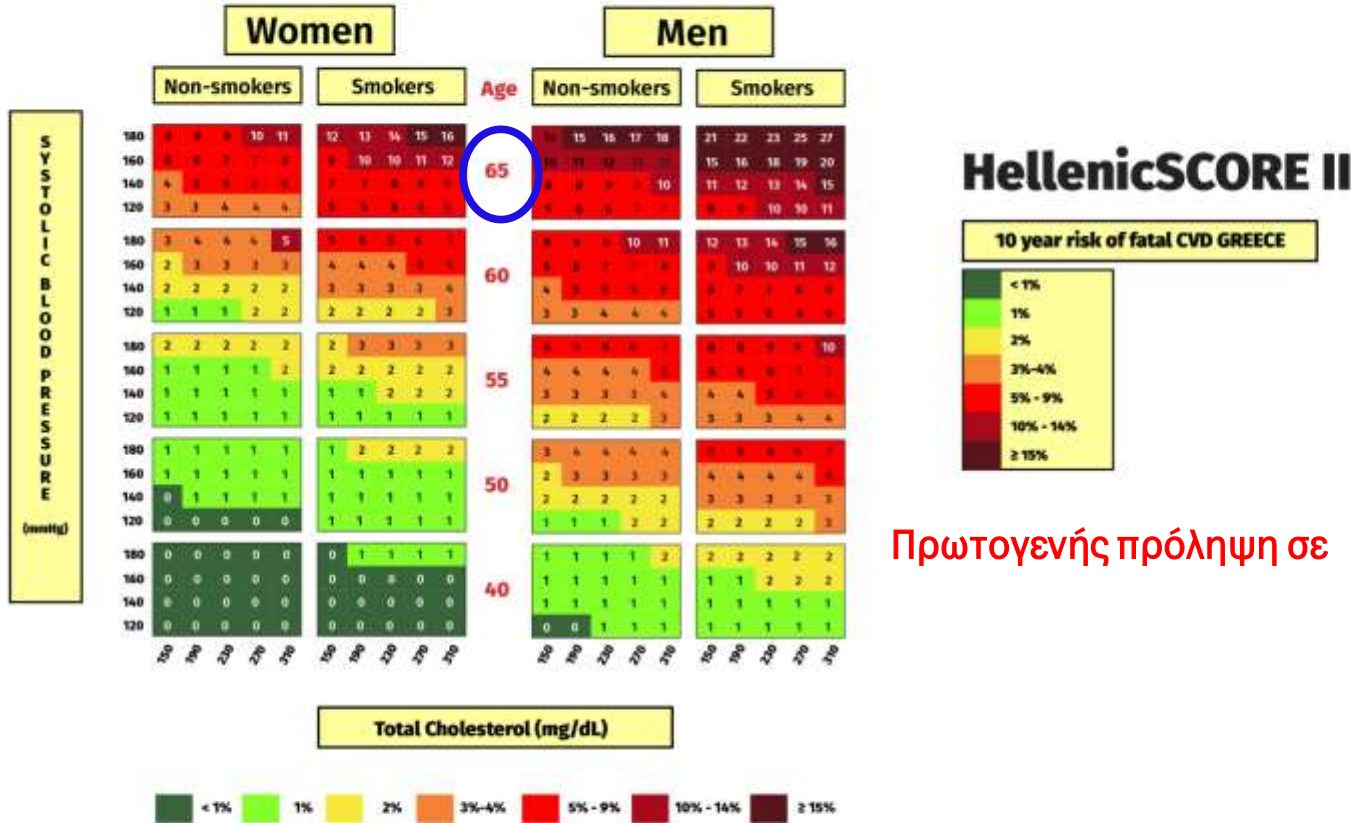


Figure 2 Risk regions based on standardised cardiovascular disease mortality rates. Countries were grouped into four risk regions according to their most recently reported WHO age- and sex-standardized overall CVD mortality rates per 100,000 population (ICD chapters 9, I00-I99). The four groupings were: low risk (<100 CVD deaths per 100,000), moderate risk (100 to <150 CVD deaths per 100,000), high risk (150 to <300 CVD deaths per 100,000), and very high risk (≥ 300 CVD deaths per 100,000).

10 ετής κίνδυνος για θανατηφόρα καρδιαγγειακά συμβάματα



Πρωτογενής πρόληψη σε υγιείς ενήλικες

Figure 2. HellenicSCORE II – 10-year risk of fatal ASCVD in Greece. (Adapted from Panagiotakos et al¹³)

ASCVD: atherosclerotic cardiovascular disease

B**SCORE2-OP**

10-year risk of CV events in older persons in populations at moderate CVD risk



		Women								Men								
		Non-smoking				Smoking				Non-smoking				Smoking				
Systolic blood pressure (mm Hg)	Age																	
	160-179	85 - 89	3.0-3.9	37	39	40	42	41	43	44	46	37	45	53	62	37	45	53
4.0-4.9			35	36	38	39	39	40	42	43	36	43	51	59	35	43	51	59
5.0-5.9			32	34	35	37	36	38	39	41	34	41	49	57	34	41	48	57
6.0-6.9			30	32	33	34	34	35	37	38	32	39	47	55	32	39	46	55
140-159	80 - 84	3.0-3.9	27	28	30	31	34	35	37	39	30	35	41	47	34	40	46	53
		4.0-4.9	24	25	27	28	30	32	33	35	27	32	37	43	31	36	42	48
		5.0-5.9	21	22	24	25	27	28	30	31	25	29	34	40	28	33	38	44
		6.0-6.9	19	20	21	22	24	25	27	28	22	26	31	36	25	30	35	40
120-139	75 - 79	3.0-3.9	19	20	21	23	27	29	30	32	24	27	31	35	31	35	39	44
		4.0-4.9	16	17	18	19	24	25	26	28	21	23	27	30	27	30	34	38
		5.0-5.9	14	15	15	16	20	21	22	24	17	20	23	26	23	26	29	33
		6.0-6.9	12	12	13	14	17	18	19	20	15	17	19	22	19	22	25	29
100-119	70 - 74	3.0-3.9	13	14	15	16	22	23	25	26	19	21	23	25	28	31	34	36
		4.0-4.9	11	11	12	13	18	19	20	22	15	17	18	20	23	25	28	30
		5.0-5.9	9	9	10	11	15	16	17	18	12	13	15	16	19	20	22	24
		6.0-6.9	7	7	8	8	12	13	13	14	10	11	12	13	15	16	18	20

Non-HDL cholesterol (mmol/L)

150 200 250 mg/dL

10 ετής κίνδυνος για καρδιαγγειακά συμβάματα σε ηλικιωμένο πληθυσμό

2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension



The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension

Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH)

Authors/Task Force Members: Giuseppe Mancia(Chairperson)^{a,*}, Reinhold Kreutz(Co-Chair)^{b,*},

Πότε ξεκινάμε θεραπεία στους ηλικιωμένους ?

Michalis Doumas^{aa}, María S. Fernández-Alfonso^{bb,cc}, Jean-Michel Halimi^{dd,ee,ff}, Zoltán Járjai^{gg}, Bojan Jelakovic^{hh}, Jens Jordan^{ii,jj}, Tatiana Kuznetsova^{kk}, Stephane Laurent^{ll}, Dragan Lovic^{mm}, Empar Lurbe^{nn,oo,pp}, Felix Mahfoud^{qq,rr}, Athanasios Manolis^{ss}, Marius Miglinas^{tt,uu}, Krzysztof Narkiewicz^{vv}, Teemu Niiranen^{ww,xx}, Paolo Palatini^{yy}, Gianfranco Parati^{zz,aaa}, Atul Pathak^{bbb}, Alexandre Persu^{ccc}, Jorge Polonia^{ddd}, Josep Redon^{oo,eee,fff}, Pantelis Sarafidis^{ggg}, Roland Schmieder^{hhh}, Bart Spronckⁱⁱⁱ, Stella Stabouli^{jjj}, George Stergiou^{kkk}, Stefano Taddei^{lll}, Costas Thomopoulos^{mmm}, Maciej Tomaszewski^{nnn,ooo}, Philippe Van de Borne^{ppp}, Christoph

Office BP thresholds for drug treatment initiation

Recommendations and statements	CoR	LoE
In patients 18 to 79 years, the recommended office threshold for initiation of drug treatment is <u>140 mmHg for SBP and/or 90 mmHg for DBP.</u>	I	A
In patients <u>≥80 years</u> , the recommended office SBP threshold for initiation of <u>drug treatment is 160 mmHg.</u>	I	B
However, <u>in patients ≥80 years</u> a lower SBP threshold in the range <u>140 – 159 mmHg</u> may be considered.	II	C
<u>The office SBP and DBP thresholds for initiation of drug treatment in frail patients should be individualized.</u>	I	C
In adult patients with a history of CVD, predominantly CAD, drug treatment should be initiated in the high-normal BP range (SBP ≥130 or DBP ≥80 mmHg).	I	A

Ηλικιωμένοι

Ετερογενής πληθυσμός ως προς
Φυσική κατάσταση / Λειτουργικότητα / Ευπάθεια



Έμφαση θα δώσουμε στην βιολογική παρά την χρονολογική ηλικία

Θα είναι το κριτήριο για την διαγνωστική και θεραπευτική στρατηγική μας.



Recommendations in the 2023 ESH Guidelines: What is new?

Σε αυτές τις οδηγίες ταυτοποιούνται δύο ηλικιακές ομάδες:
η μία 65-79 έτη και η άλλη > 80 years

Ηλικιακή Ομάδα 65-79 ετών.

- Σε αυτή την ομάδα οι περισσότεροι έχουν πολύ καλό λειτουργικό και νοητικό επίπεδο.
- Δεν χρειάζονται βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Ηλικιακή ομάδα >80 ετών.

- Αρκετά άτομα παρουσιάζουν σοβαρή ευπάθεια με έλλειψη λειτουργικότητας.
- Ταυτόχρονος ένα σημαντικό ποσοστό διατηρεί καλή σωματική και πνευματική υγεία.
- Γενικά είναι μία πολύ ετερογενή ομάδα

2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension



The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension

Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH)

Authors/Task Force Members: Giuseppe Mancia(Chairperson)^{a,*}, Reinhold Kreutz(Co-Chair)^{b,*},

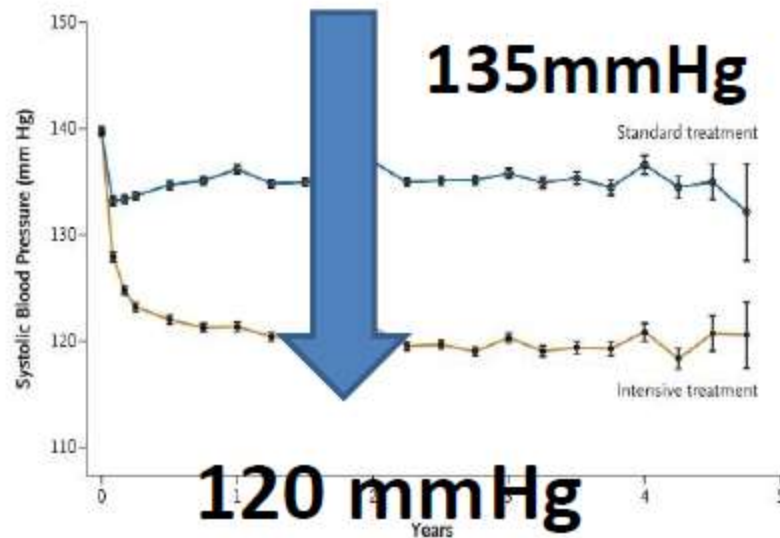
Μελέτες που άλλαξαν τον στόχο στην ηλικία (65-79) ?

Michalis Doumas^{aa}, María S. Fernández-Alfonso^{bb,cc}, Jean-Michel Halimi^{dd,ee,ff}, Zoltán Járjai^{gg}, Bojan Jelakovic^{hh}, Jens Jordan^{ii,jj}, Tatiana Kuznetsova^{kk}, Stephane Laurent^{ll}, Dragan Lovic^{mm}, Empar Lurbe^{nn,oo,pp}, Felix Mahfoud^{qq,rr}, Athanasios Manolis^{ss}, Marius Miglinas^{tt,uu}, Krzysztof Narkiewicz^{vv}, Teemu Niiranen^{ww,xx}, Paolo Palatini^{yy}, Gianfranco Parati^{zz,aaa}, Atul Pathak^{bbb}, Alexandre Persu^{ccc}, Jorge Polonia^{ddd}, Josep Redon^{oo,eee,fff}, Pantelis Sarafidis^{ggg}, Roland Schmieder^{hhh}, Bart Spronckⁱⁱⁱ, Stella Stabouli^{jjj}, George Stergiou^{kkk}, Stefano Taddei^{lll}, Costas Thomopoulos^{mmm}, Maciej Tomaszewski^{nnn,ooo}, Philippe Van de Borne^{ppp}, Christoph

SPRINT

- 9361 > 50 ετών
- 28% > 75 ετών
- 3343 > 75 ετών

SPRINT TRIAL

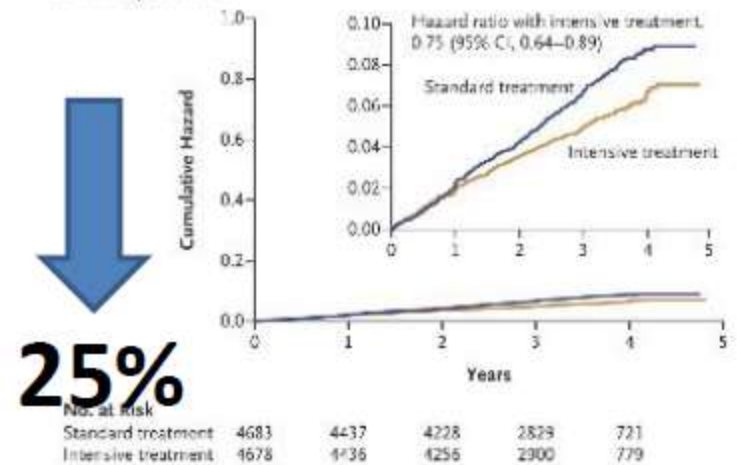


No. with Data	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Standard treatment	4683	4345	4222	4092	3997	3904	3115	1974	1000	274	
Intensive treatment	4678	4375	4231	4091	4029	3920	3204	2035	1048	286	

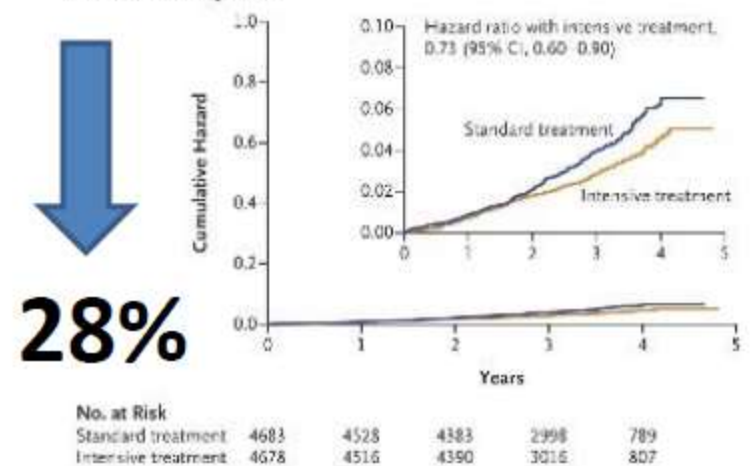
Mean No. of Medications	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Standard treatment	1.9	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.9	
Intensive treatment	2.3	2.7	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	3.0	

1.8 vs 2.8

A Primary Outcome

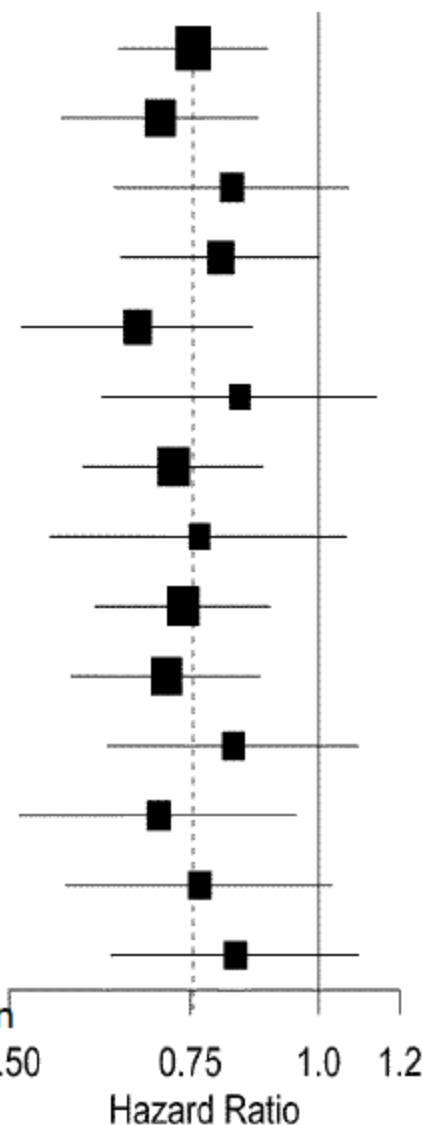


B Death from Any Cause



Primary Outcome Experience in the Six Pre-specified Subgroups of Interest

Subgroup	HR	P*
Overall	0.75 (0.64,0.89)	
No Prior CKD	0.70 (0.56,0.87)	0.36
Prior CKD	0.82 (0.63,1.07)	
Age < 75	0.80 (0.64,1.00)	0.32
Age ≥ 75	0.67 (0.51,0.86)	
Female	0.84 (0.62,1.14)	0.45
Male	0.72 (0.59,0.88)	
African-American	0.77 (0.55,1.06)	0.83
Non African-American	0.74 (0.61,0.90)	
No Prior CVD	0.71 (0.57,0.88)	0.39
Prior CVD	0.83 (0.62,1.09)	
SBP ≤ 132	0.70 (0.51,0.95)	0.77
132 < SBP < 145	0.77 (0.57,1.03)	
SBP ≥ 145	0.83 (0.63,1.09)	

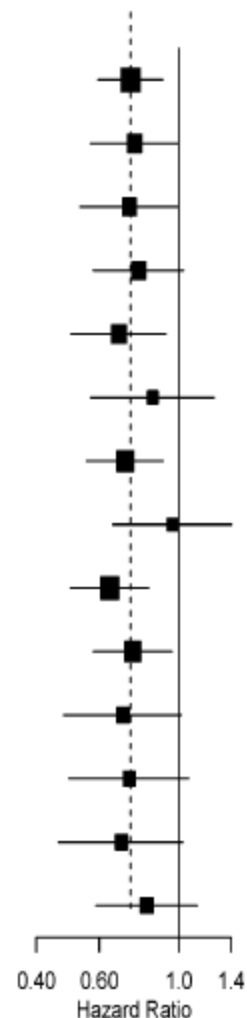


*Treatment by subgroup interaction
*Unadjusted for multiplicity

All-cause Mortality Experience in the Six Pre-specified Subgroups of Interest

Figure 4: All-Cause Mortality

Subgroup	Intensive	Standard	HR	Int P
Overall	155/4678 (3.31)	210/4683 (4.48)	0.73 (0.60,0.90)	
No Prior CKD	85/3348 (2.54)	115/3367 (3.42)	0.75 (0.57,1.00)	0.76
Prior CKD	70/1330 (5.26)	95/1316 (7.22)	0.73 (0.53,1.00)	
Age < 75	82/3361 (2.44)	104/3364 (3.09)	0.77 (0.58,1.03)	0.58
Age ≥ 75	73/1317 (5.54)	106/1319 (8.04)	0.68 (0.50,0.92)	
Female	46/1684 (2.73)	54/1648 (3.28)	0.85 (0.57,1.26)	0.49 *
Male	109/2994 (3.64)	156/3035 (5.14)	0.71 (0.55,0.91)	
African-American	53/1454 (3.65)	55/1493 (3.68)	0.96 (0.65,1.40)	0.06
Non African-American	102/3224 (3.16)	155/3190 (4.86)	0.64 (0.50,0.82)	
No Prior CVD	106/3738 (2.84)	140/3746 (3.74)	0.75 (0.58,0.96)	0.78
Prior CVD	49/940 (5.21)	70/937 (7.47)	0.70 (0.48,1.02)	
SBP ≤ 132	46/1583 (2.91)	64/1553 (4.12)	0.73 (0.49,1.07)	0.70
132 < SBP < 145	41/1489 (2.75)	63/1549 (4.07)	0.69 (0.46,1.03)	
SBP ≥ 145	68/1606 (4.23)	83/1581 (5.25)	0.81 (0.59,1.13)	



***p=0.34, after Hommel adjustment for multiple comparisons**

ORIGINAL ARTICLE

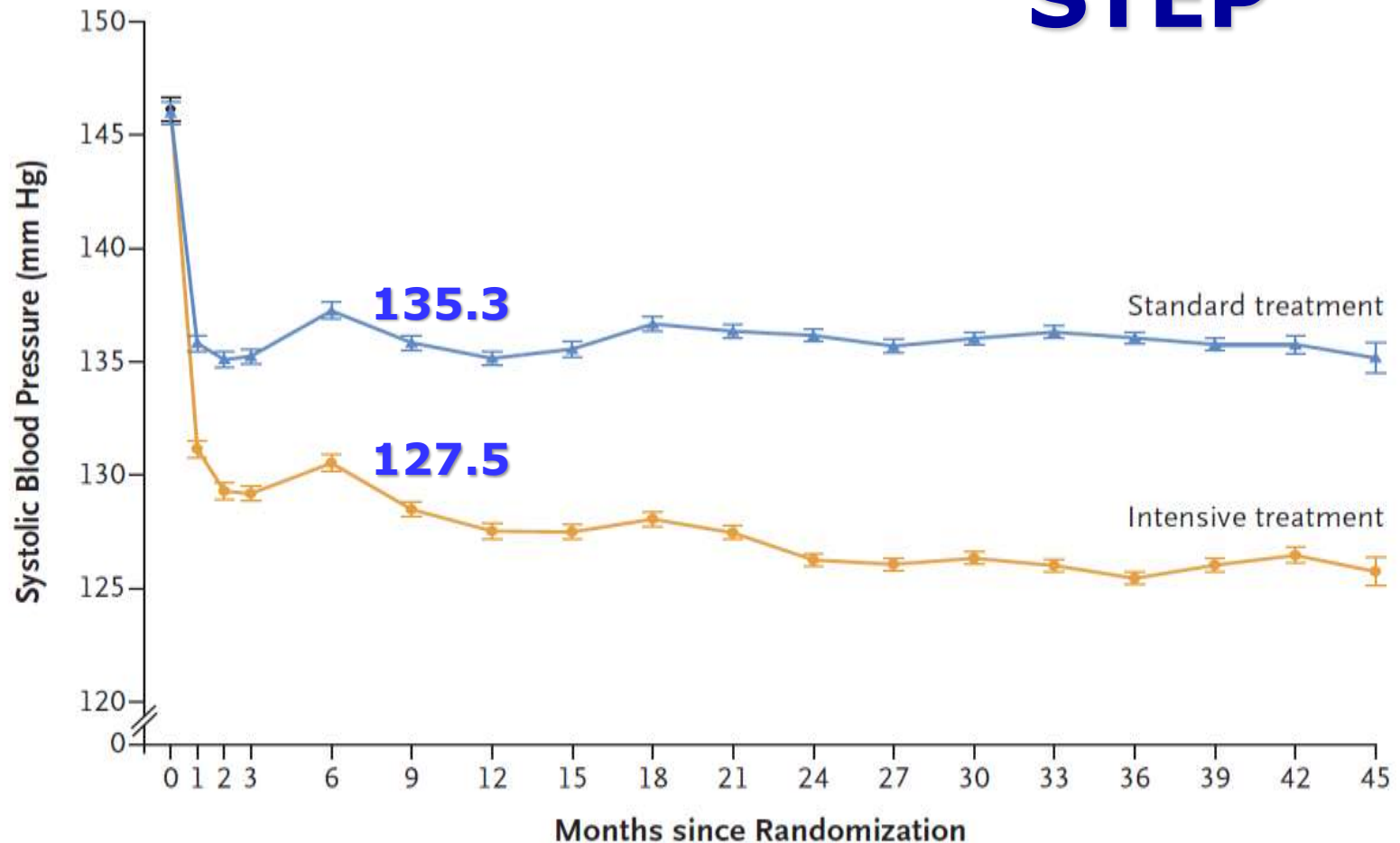
Trial of Intensive Blood-Pressure Control in Older Patients with Hypertension

Weili Zhang, M.D., Ph.D., Shuyuan Zhang, Ph.D., Yue Deng, Ph.D.,
Shouling Wu, M.D., Jie Ren, M.D., Gang Sun, M.D., Jinfeng Yang, M.D.,
Yinong Jiang, M.D., Xinjuan Xu, M.D., Tzung-Dau Wang, M.D., Ph.D.,
Youren Chen, M.D., Yufeng Li, M.D., Lianchen Yao, M.D., Dianfang Li, M.D.,
Lixin Wang, M.D., Xiaomei Shen, M.D., Xinhua Yin, M.D., Wei Liu, M.D.,
Xiaoyang Zhou, M.D., Bingpo Zhu, M.D., Zihong Guo, M.D., Hualing Liu, M.D.,
Xiaoping Chen, M.D., Yingqing Feng, M.D., Gang Tian, M.D., Xiuyin Gao, B.Sc.,
Kazuomi Kario, M.D., Ph.D., and Jun Cai, M.D., Ph.D., for the STEP Study Group*

2021

Ο εντατικός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης έδειξε ευεργετικά αποτελέσματα στα καρδιαγγειακά συμβάματα σε ηλικιωμένους.

STEP



No. with Data

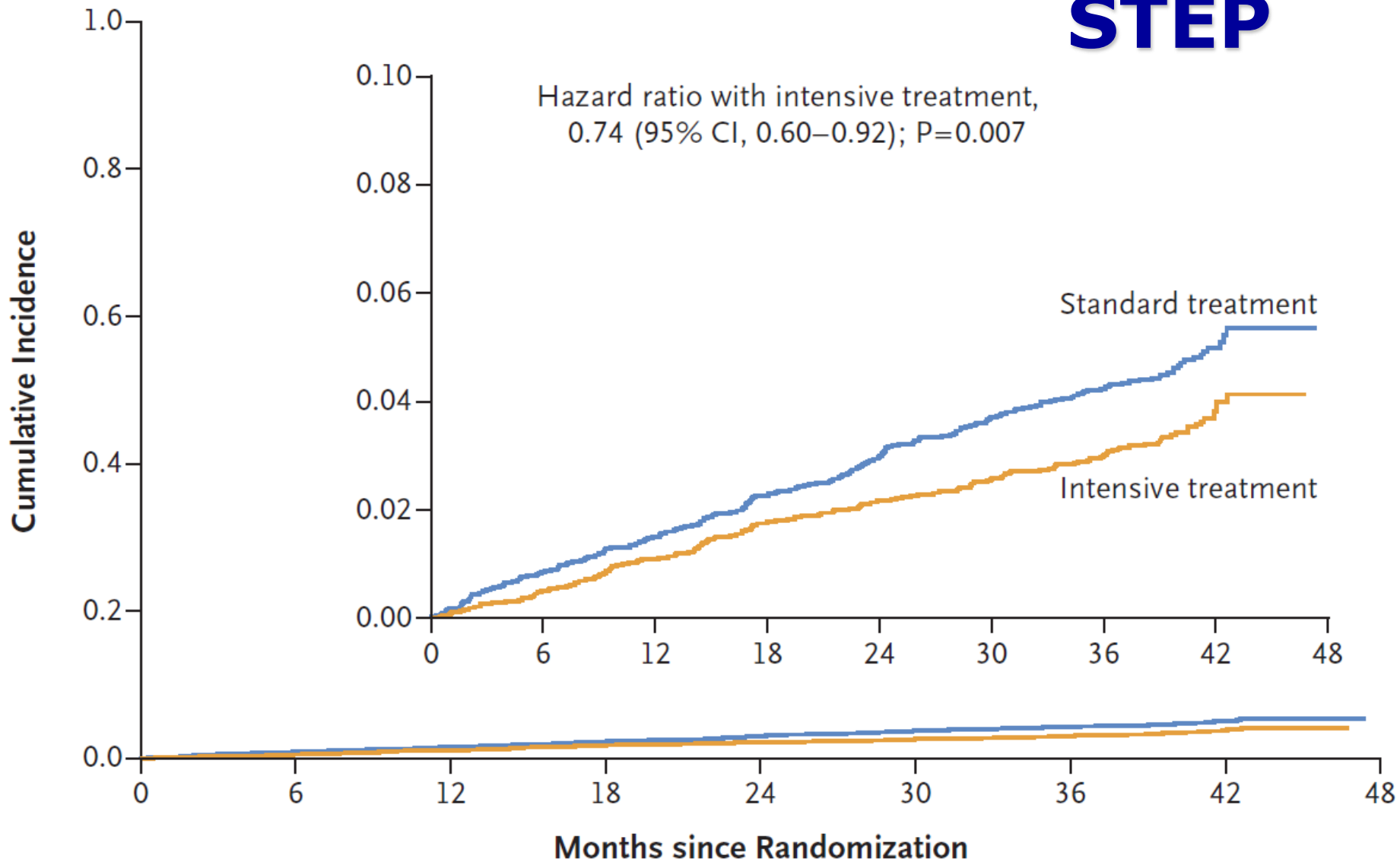
Standard treatment	4268	4139	4086	4092	4072	3954	3857	1885
Intensive treatment	4243	4128	4086	4049	4050	3969	3894	1850

Mean No. of Medications

Standard treatment	1.4	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Intensive treatment	1.5	1.7	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9

Η μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης σε λιγότερο από 130 mm Hg

STEP



Έδειξε μείωση στα καρδιαγγειακά συμβάματα σε ηλικιωμένους ασθενείς με υπέρταση.

ORIGINAL ARTICLE

STEP

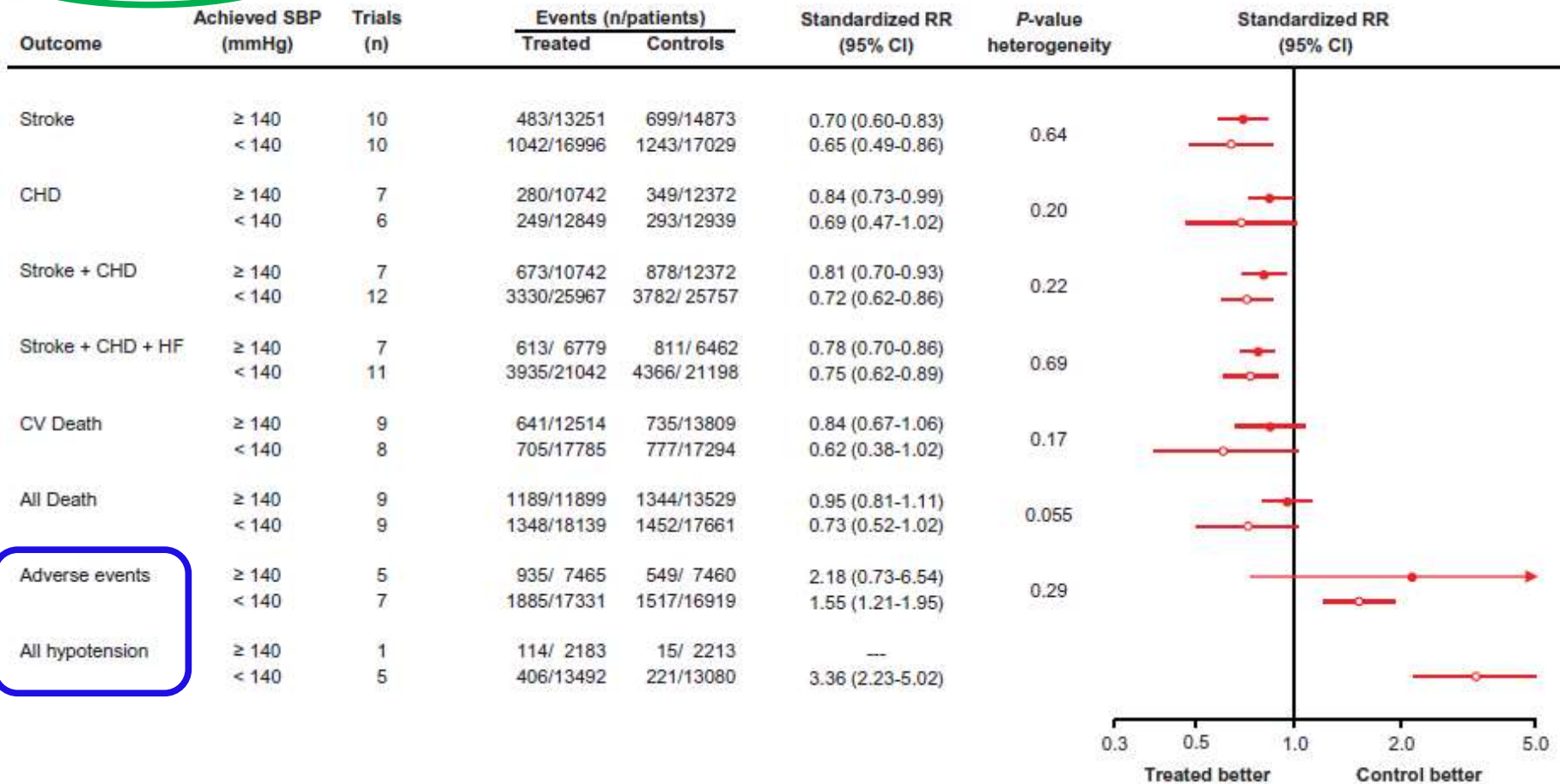
Trial of Intensive Blood-Pressure Control in Older Patients with Hypertension

Table 3. Safety and Renal Outcomes Related to the Blood-Pressure Intervention.*

Outcome	Intensive Treatment (N=4243)	Standard Treatment (N=4268)	Relative Risk (95% CI)	P Value
Safety outcomes — no. of patients (%)				
Adverse events				
Hypotension†	146 (3.4)	113 (2.6)	1.31 (1.02–1.68)	0.03
Dizziness‡	45 (1.1)	49 (1.1)	0.92 (0.61–1.39)	0.70
Serious adverse events				
Syncope§	6 (0.1)	2 (<0.1)	3.02 (0.61–14.97)	0.18
Fracture¶	15 (0.4)	19 (0.4)	0.79 (0.40–1.56)	0.50

Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: overview and meta-analyses of randomized trials

(a) Patients older than 65 years



2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension



The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension

Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH)

Authors/Task Force Members: Giuseppe Mancia(Chairperson)^{a,*}, Reinhold Kreutz(Co-Chair)^{b,*},

Μεταβολή του στόχου ανάλογα με την ηλικία (65-79) ?

Michalis Doumas^{aa}, María S. Fernández-Alfonso^{bb,cc}, Jean-Michel Halimi^{dd,ee,ff}, Zoltán Járjai^{gg}, Bojan Jelakovic^{hh}, Jens Jordan^{ii,jj}, Tatiana Kuznetsova^{kk}, Stephane Laurent^{ll}, Dragan Lovic^{mm}, Empar Lurbe^{nn,oo,pp}, Felix Mahfoud^{qq,rr}, Athanasios Manolis^{ss}, Marius Miglinas^{tt,uu}, Krzysztof Narkiewicz^{vv}, Teemu Niiranen^{ww,xx}, Paolo Palatini^{yy}, Gianfranco Parati^{zz,aaa}, Atul Pathak^{bbb}, Alexandre Persu^{ccc}, Jorge Polonia^{ddd}, Josep Redon^{oo,eee,fff}, Pantelis Sarafidis^{ggg}, Roland Schmieder^{hhh}, Bart Spronckⁱⁱⁱ, Stella Stabouli^{jjj}, George Stergiou^{kkk}, Stefano Taddei^{lll}, Costas Thomopoulos^{mmm}, Maciej Tomaszewski^{nnn,ooo}, Philippe Van de Borne^{ppp}, Christoph

2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

65 to 79 years old

Patients 65 to 79 years old		
The primary goal of treatment is to lower BP to <140/80mmHg	I	A
However, lowering BP to below 130/80mmHg can be considered if treatment is well tolerated.	I	B

To make no attempt to decrease SBP/DBP to <120/70 mmHg

<140/80

130/80mmHg
if well
tolerated

65 to 79 years with ISH

Patients 65 to 79 years old with ISH

The primary goal of treatment is to lower SBP in the 140 to 150 mmHg range.

I

A

However, a reduction of office SBP in the 130 to 139 mmHg range may be considered if well tolerated, albeit cautiously if DBP is already below 70 mmHg.

II

B

**140 to 150
range**

**130 to 139
if well
tolerated**

Στρατηγική αντιμετώπιση της υπέρτασης άτομα ηλικίας (65-79 ετών)

Περιλαμβάνει συμμόρφωση στις υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες όπως στους νεότερους.

Προτίμηση σταθερού συνδυασμού σε κάθε βήμα

Βήμα 1
Διπλός συνδυασμός

Βήμα 2
Τριπλός συνδυασμός

Βήμα 3
Επιπλέον φάρμακα

Έναρξη με διπλό συνδυασμό στην πλειονότητα των ασθενών

ΑΜΕΑ ή ΑΥΑ + ΑΔΑ ή Διουρητικό*
Τιτλοποίηση στη μέγιστη ανεκτή δόση
→ Ρύθμιση έως 60%

ΑΜΕΑ ή ΑΥΑ + ΑΔΑ + Διουρητικό*
Τιτλοποίηση στη μέγιστη ανεκτή δόση
→ Ρύθμιση έως 90%

Αληθής ανθεκτική υπέρταση
Έως ~ 5%

Παραπομπή των ασθενών που παραμένουν αρρυθμιστοι σε εξειδικευμένο κέντρο για την υπέρταση

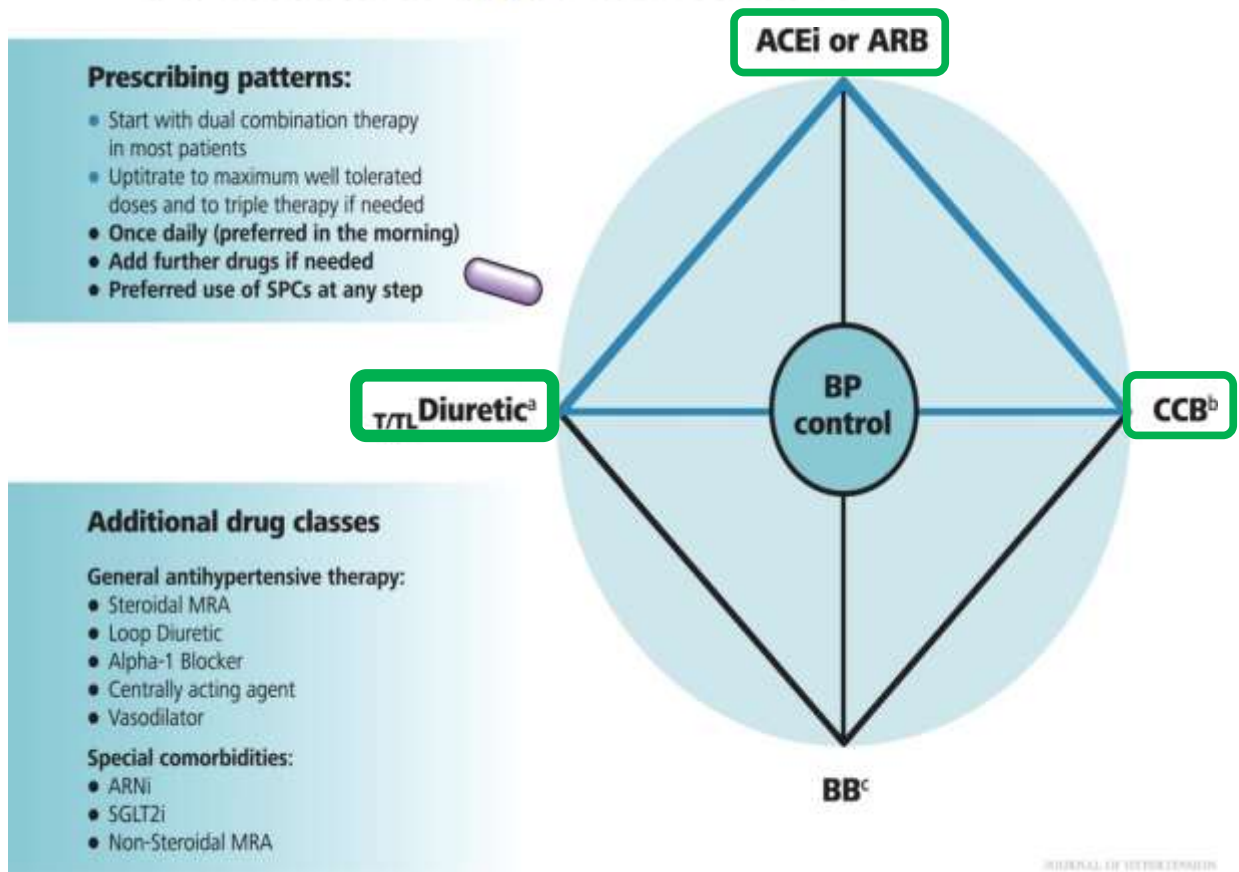
Έναρξη με μονοθεραπεία μόνο σε επιλεγμένους ασθενείς:

- Χαμηλός καρδιαγγειακός κίνδυνος και ΑΠ <150/95 mmHg
- ή υψηλή φυσιολογική ΑΠ και πολύ υψηλός καρδιαγγειακός κίνδυνος
- ή ασθενείς με κακή βιολογική κατάσταση και/ή προχωρημένης ηλικίας

β-αποκλειστής
Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μονοθεραπεία ή σε οποιοδήποτε βήμα ως συνδυαστική θεραπεία

ΑΜΕΑ, αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτασίνης
ΑΥΑ, αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτασίνης II
ΑΔΑ, αποκλειστές διαύλων ασβεστίου
* Θειαζιδικό/Θειαζιδικού τύπου

2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension



Antihypertensive drugs

Η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας στην ηλικιακή ομάδα 65–79 ετών

- Ιδιαίτερη προσοχή και έλεγχος για ορθοστατική υπόταση ακόμη και απουσία συμπτωμάτων.
- Οι μετρήσεις της ΑΠ (HBPM) στο σπίτι είναι απαραίτητες.
- Οι μετρήσεις προτείνονται και σε άτομα με ήπια άνοια.
- 24 καταγραφή (ABPM) θα μπορούσε να βοηθήσει σε άτομα που παίρνουν πολλά αντιυπερτασικά φάρμακα, να ταυτοποιήσει υποτασικά επεισόδια και να δώσει πληροφορίες για την νυχτερινή πτώση της ΑΠ.

2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension



The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension

Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH)

Authors/Task Force Members: Giuseppe Mancia(Chairperson)^{a,*}, Reinhold Kreutz(Co-Chair)^{b,*},

Μεταβολή του στόχου ανάλογα με την ηλικία (>80) ?

Michalis Doumas^{aa}, María S. Fernández-Alfonso^{bb,cc}, Jean-Michel Halimi^{dd,ee,ff}, Zoltán Járjai^{gg}, Bojan Jelakovic^{hh}, Jens Jordan^{ii,jj}, Tatiana Kuznetsova^{kk}, Stephane Laurent^{ll}, Dragan Lovic^{mm}, Empar Lurbe^{nn,oo,pp}, Felix Mahfoud^{qq,rr}, Athanasios Manolis^{ss}, Marius Miglinas^{tt,uu}, Krzysztof Narkiewicz^{vv}, Teemu Niiranen^{ww,xx}, Paolo Palatini^{yy}, Gianfranco Parati^{zz,aaa}, Atul Pathak^{bbb}, Alexandre Persu^{ccc}, Jorge Polonia^{ddd}, Josep Redon^{oo,eee,fff}, Pantelis Sarafidis^{ggg}, Roland Schmieder^{hhh}, Bart Spronckⁱⁱⁱ, Stella Stabouli^{jjj}, George Stergiou^{kkk}, Stefano Taddei^{lll}, Costas Thomopoulos^{mmm}, Maciej Tomaszewski^{nnn,ooo}, Philippe Van de Borne^{ppp}, Christoph

Treatment of Hypertension in patients 80 Years of Age or Older



The Trial:

International, multi-centre, randomised double-blind placebo controlled

Inclusion Criteria:

Aged 80 or more,
Systolic BP; 160 -199mmHg
+ diastolic BP; <110 mmHg,
Informed consent

Exclusion Criteria:

Standing SBP<140mmHg
Stroke in last 6 months
Dementia
Need daily nursing care

3845 patients 80 years or older with persistent hypertension

Primary Endpoint:

All strokes (fatal and non-fatal)

+ Perindopril 4 mg

+ Perindopril 2 mg

Indapamide SR 1.5 mg

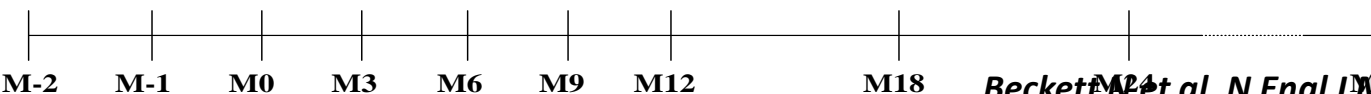
**Target blood pressure
< 150/80 mmHg**

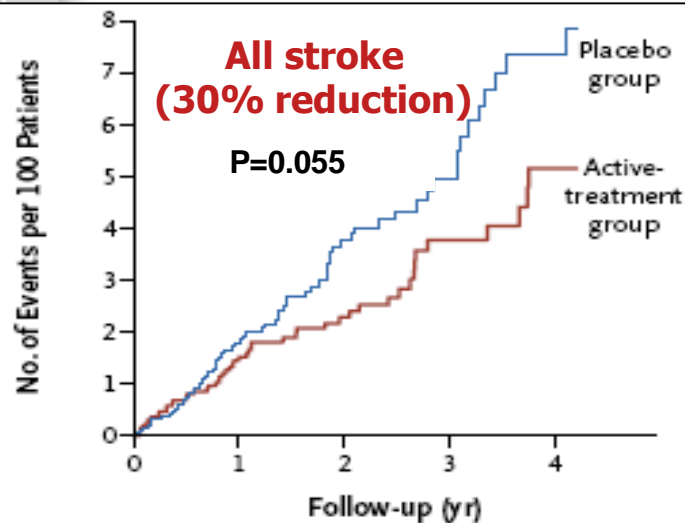
Placebo

Placebo

+ Placebo

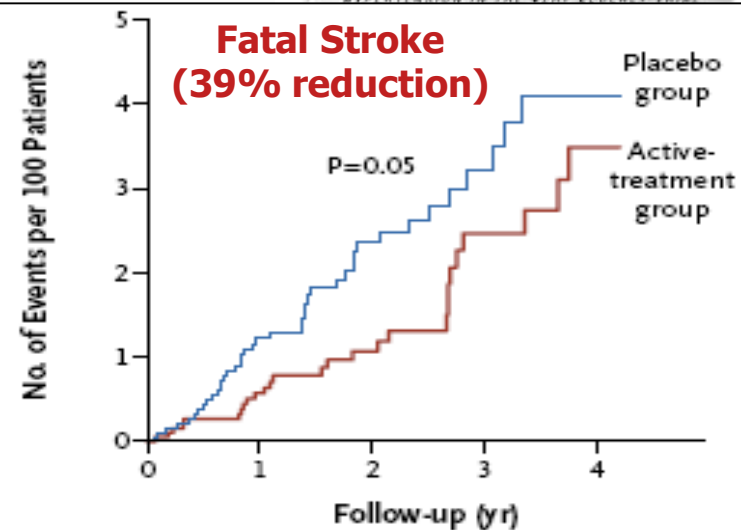
+ Placebo





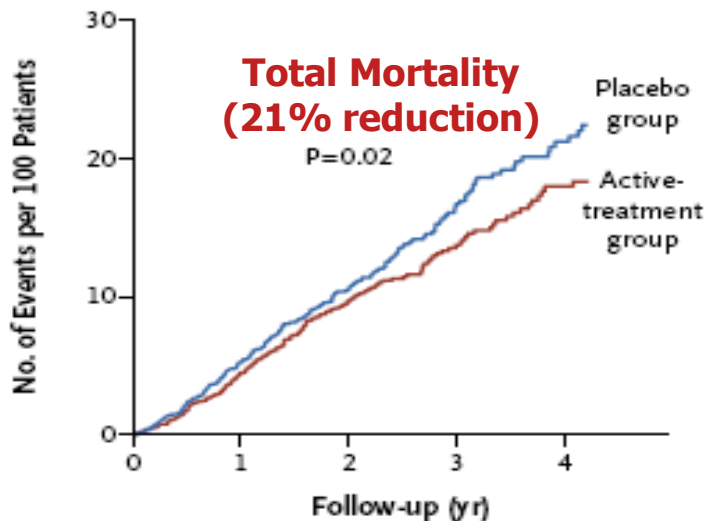
No. at Risk

Placebo group	1912	1484	807	374	194
Active-treatment group	1933	1557	873	417	229



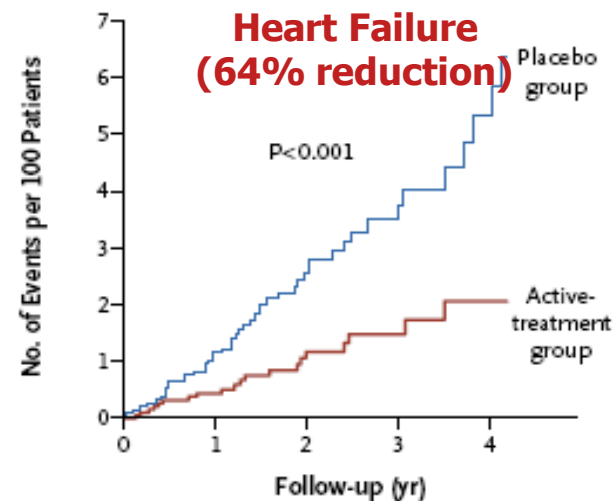
No. at Risk

Placebo group	1912	1492	814	379	202
Active-treatment group	1933	1565	877	420	231



No. at Risk

Placebo group	1912	1492	814	379	202
Active-treatment group	1933	1565	877	420	231

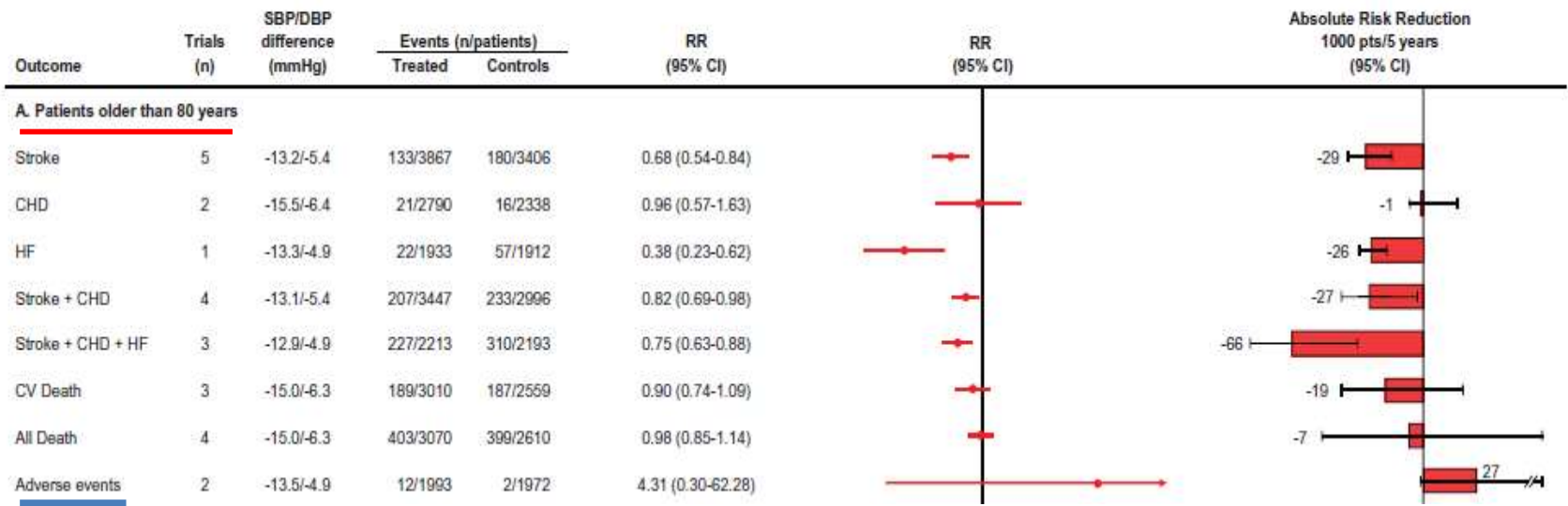


No. at Risk

Placebo group	1912	1480	794	367	188
Active-treatment group	1933	1559	872	416	228

Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: overview and meta-analyses of randomized trials

BP-lowering in older



Στρατηγική αντιμετώπιση της υπέρτασης σε ασθενείς > 80 ετών ανάλογα την λειτουργική του κατάσταση και την αυτονομία τους

	Group 1	Group 2	Group 3
Characteristics:	<u>Fit</u>	<u>Slowed but autonomous for most activities</u>	<u>Severely dependent</u> -ADL (Katz) <2/6 or severe dementia or (MMSE <10/30), chronic bedridden or end of life
Diagnosis:	-ADL (Katz) > 5/6 and absence of clinically significant dementia (MMSE <20/30) and routine walking activities	-Profile between Groups 1 and 3	
Therapeutic strategy:	As recommended	-Individualize treatment	- Individualize treatment Prioritize therapeutic strategies according to comorbidities and polypharmacy issues

Katz Index of Independence in **Activities of Daily Living (ADL)** is a scale rated from 0 (completely dependent) to 6 (completely autonomous).

This scale comprises 6 ADL: Bathing, Dressing, Toileting, Transferring, Feeding and Continence.

For each ADL, '0' means that the person is unable to do it without assistance, 0.5 need of some assistance, 1 no need of any assistance [970]. MMSE, Mini mental status evaluation.

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

Activities Points (1 or 0)	Independence (1 Point)	Dependence (0 Points)
	NO supervision, direction or personal assistance.	WITH supervision, direction, personal assistance or total care.
BATHING Points: _____	(1 POINT) Bathes self completely or needs help in bathing only a single part of the body such as the back, genital area or disabled extremity.	(0 POINTS) Need help with bathing more than one part of the body, getting in or out of the tub or shower. Requires total bathing
DRESSING Points: _____	(1 POINT) Get clothes from closets and drawers and puts on clothes and outer garments complete with fasteners. May have help tying shoes.	(0 POINTS) Needs help with dressing self or needs to be completely dressed.
TOILETING Points: _____	(1 POINT) Goes to toilet, gets on and off, arranges clothes, cleans genital area without help.	(0 POINTS) Needs help transferring to the toilet, cleaning self or uses bedpan or commode.
TRANSFERRING Points: _____	(1 POINT) Moves in and out of bed or chair unassisted. Mechanical transfer aids are acceptable	(0 POINTS) Needs help in moving from bed to chair or requires a complete transfer.
CONTINENCE Points: _____	(1 POINT) Exercises complete self control over urination and defecation.	(0 POINTS) Is partially or totally incontinent of bowel or bladder
FEEDING Points: _____	(1 POINT) Gets food from plate into mouth without help. Preparation of food may be done by another person.	(0 POINTS) Needs partial or total help with feeding or requires parenteral feeding.

TOTAL POINTS: _____

SCORING: 6 = High (*patient independent*) 0 = Low (*patient very dependent*)

Στρατηγική αντιμετώπιση της υπέρτασης σε ασθενείς > 80 ετών ανάλογα την λειτουργική του κατάσταση και την αυτονομία τους

	Group 1	Group 2	Group 3
Characteristics :	<u>Fit</u>	<u>Slowed but autonomous for most activities</u>	<u>Severely dependent</u> -ADL (Katz) <2/6 or severe dementia or (MMSE <10/30), chronic bedridden or end of life
Diagnosis :	-ADL (Katz) > 5/6 and absence of clinically significant dementia (MMSE < 20/30) and routine walking activities	-Profile between Groups 1 and 3	
Therapeutic strategy :	<u>As recommended</u>	<u>Individualize treatment</u>	<u>Individualize treatment</u> Prioritize therapeutic strategies according to comorbidities and polypharmacy issues

Katz Index of Independence in **Activities of Daily Living (ADL)** is a scale rated from 0 (completely dependent) to 6 (completely autonomous).

This scale comprises 6 ADL: Bathing, Dressing, Toileting, Transferring, Feeding and Continence.

For each ADL, '0' means that the person is unable to do it without assistance, 0.5 need of some assistance, 1 no need of any assistance [970]. MMSE, Mini mental status evaluation.

Στρατηγική αντιμετώπιση της υπέρτασης (>80 ετών)

- Δεν συνιστάται απώλεια βάρους για ενήλικες > 80 ετών λόγω απώλειας μυϊκής μάζας, σαρκοπενίας και υποσιτισμού, εκτός εάν η παχυσαρκία είναι σοβαρή.
- Δεν συνιστάται περιορισμός στο αλάτι γιατί μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια όρεξης με διαταραχή στην θρέψη. Εξαιρούνται εκείνοι με μεγάλη κατανάλωση (e.g. NaCl >10 g day).
- Παρότρυνση για σωματική δραστηριότητα, ομαδική αερόβια άσκηση (μισή ώρα 5 φορές/εβδμ) συμπεριλαμβανομένης της άσκησης με αντίσταση.

> 80 years old

Patients ≥80 years old		
Office BP should be lowered to a SBP in the 140 to 150 mmHg range and to a DBP <80mmHg.	I	A
However, reduction of office SBP between 130 to 139 mmHg may be considered if well tolerated, albeit cautiously if DBP is already below 70 mmHg.	II	B

**140 to 150
range**

**130 to 139
if well
tolerated**

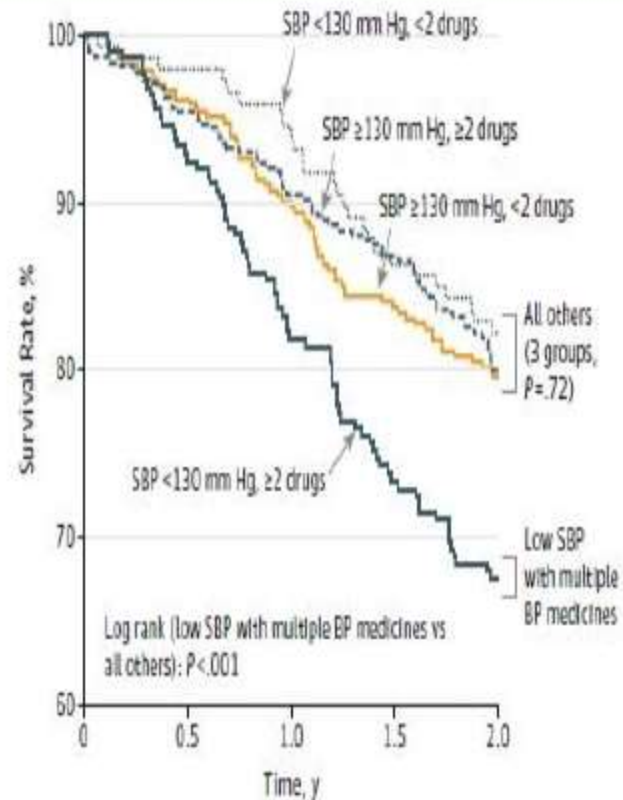
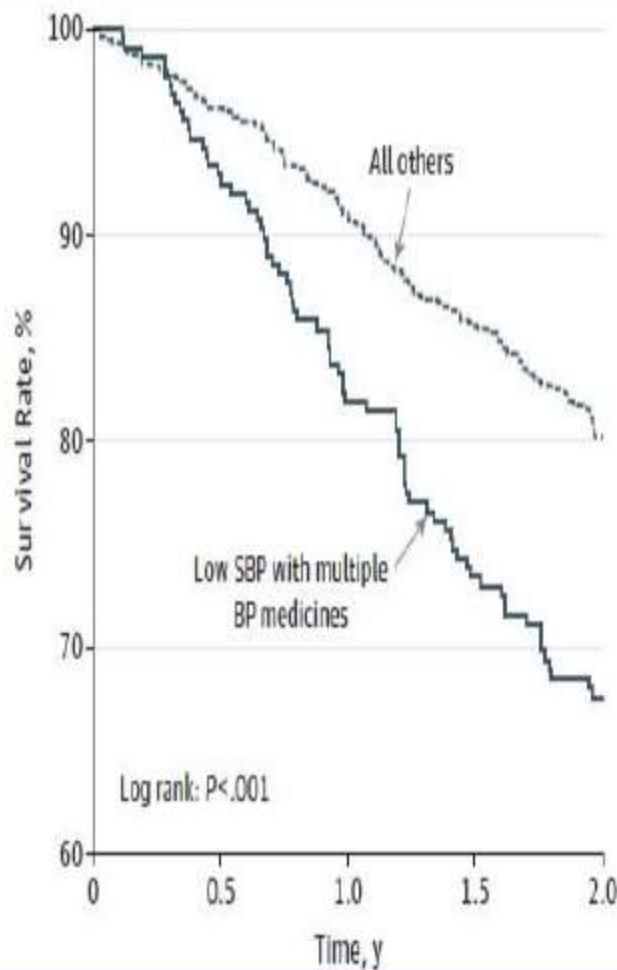
Ξεκινάμε με χαμηλές δόσεις και πάμε αργά

PARTAGE STUDY

- Ηλικιωμένοι σε οίκους ευγηρίας!!!
- >1100 Α και Γ > 80 ετών
- ΣΑΠ<130 με 2 ή περισσότερα φάρμακα για ΑΠ
- Μεγαλύτερη θνησιμότητα στα 2 χρόνια παρακολούθησης

JAMA 2015

PARTAGE STUDY



ΕΥΠΑΘΗ ΑΤΟΜΑ

1. Προσοχή στην πολυφαρμακία
2. Ανίχνευση και διόρθωση υποτασικών επεισοδίων, αφυδάτωσης και υποθρεψίας.

Προτίμηση σταθερού συνδυασμού σε κάθε βήμα

Βήμα 1
Διπλός συνδυασμός

Βήμα 2
Τριπλός συνδυασμός

Βήμα 3
Επιπλέον φάρμακα

Έναρξη με διπλό συνδυασμό στην πλειονότητα των ασθενών

ΑΜΕΑ ή ΑΥΑ + ΑΔΑ ή Διουρητικό*
Τιτλοποίηση στη μέγιστη ανεκτή δόση
→ Ρύθμιση έως 60%

ΑΜΕΑ ή ΑΥΑ + ΑΔΑ + Διουρητικό*
Τιτλοποίηση στη μέγιστη ανεκτή δόση
→ Ρύθμιση έως 90%

Αληθής ανθεκτική υπέρταση
Έως ~ 5%

Παραπομπή των ασθενών που παραμένουν αρρυθμιστοι σε εξειδικευμένο κέντρο για την υπέρταση

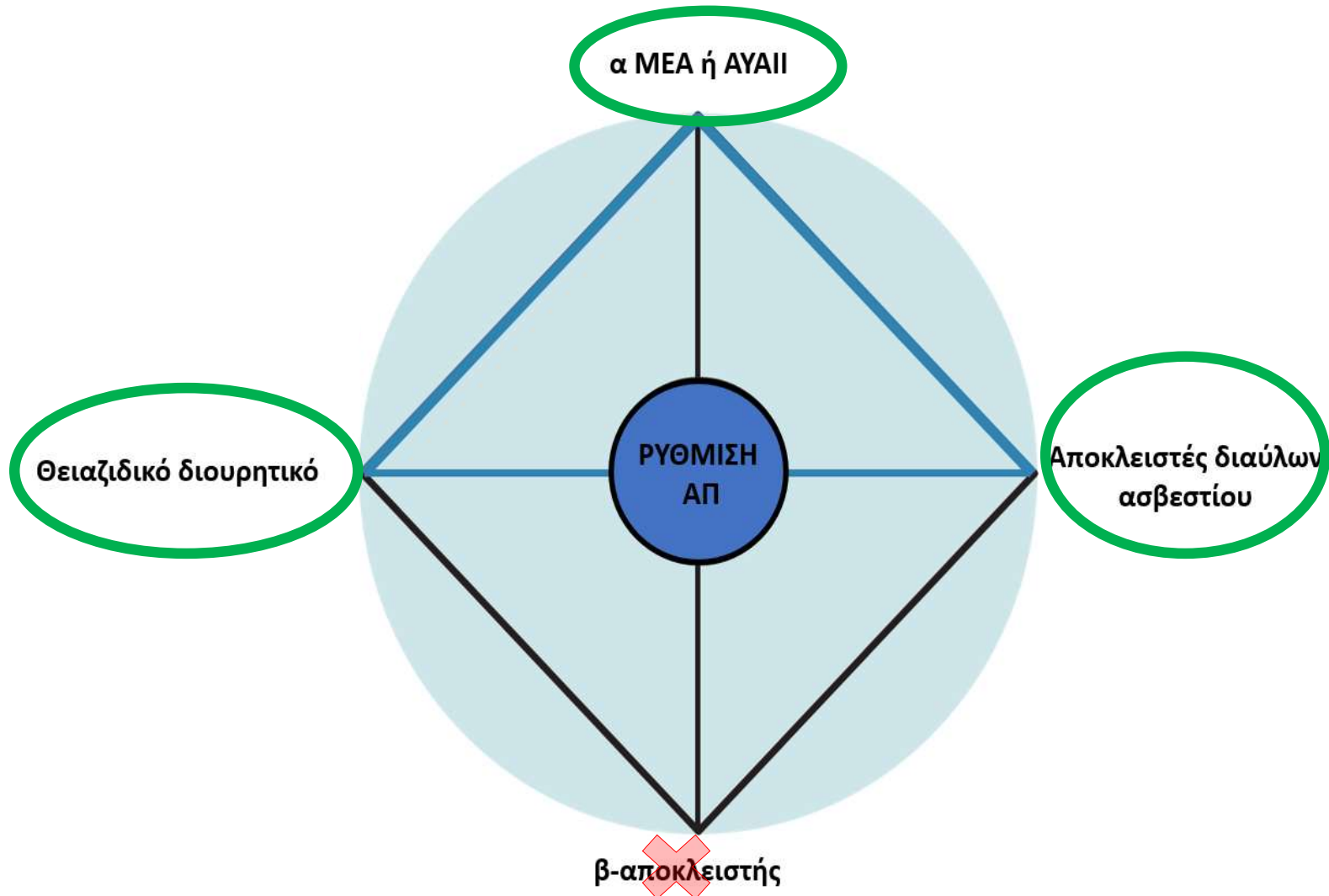
Έναρξη με μονοθεραπεία μόνο σε επιλεγμένους ασθενείς:

- Χαμηλός καρδιαγγειακός κίνδυνος και ΑΠ <150/95 mmHg
- ή υψηλή φυσιολογική ΑΠ και πολύ υψηλός καρδιαγγειακός κίνδυνος
- ή ασθενείς με κακή βιολογική κατάσταση και/ή προχωρημένη ηλικίας

β-αποκλειστής
Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μονοθεραπεία ή σε οποιοδήποτε βήμα ως συνδυαστική θεραπεία

ΑΜΕΑ, αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτασίνης
ΑΥΑ, αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτασίνης II
ΑΔΑ, αποκλειστές διαύλων ασβεστίου
* Θειαζιδικό/Θειαζιδικού τύπου

Κατηγορίες φαρμάκων για τη ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης



Ευπαθείς ηλικιωμένοι >80

- Η θεραπεία εξατομικεύεται.
- Ξεκινάμε με μονοθεραπεία.
- Με χαμηλές δόσεις και τιτλοποιούμε προ τα πάνω αργά.
- Ελέγχουμε για ορθοστατική υπόταση ακόμη και απουσία συμπτωμάτων.
- Θα πρέπει να ελέγχουμε συχνά την λειτουργικότητα, την αυτονομία, το συναίσθημα και την αντίληψη τους.

Ευπαθείς ηλικιωμένοι >80

Πρέπει να έχουμε υπόψη μας:

- **Πολυφαρμακία :** (47% των ηλικιωμένων ασθενών παίρνει πάνω από 5 διαφορετικά φάρμακα)
- **Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων,**
- **Έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (GFR),**
- **Επιπλοκές και παρενέργειες:** (υποτασικά με υποάρδευση οργάνων, αφυδάτωση, πτώσεις και κατάγματα, ηλεκτρολυτικές διαταραχές).
- **Συνύπαρξη άλλων παθήσεων:** (χρόνια νοσήματα, απώλεια βάρους, κακή θρέψη)

Σύνοψη

Σε άτομα ηλικίας 65-79 ετών: έναρξη αγωγής όταν **SBP $\geq 140/90$ mmHg**
με στόχο κάτω **<140/90mmHg**
εάν είναι καλά ανεκτή κάτω από **130/80mmHg**.

Σε άτομα ηλικίας >80 ετών: έναρξη αγωγής όταν **SBP ≥ 160 mmHg**
με στόχο μεταξύ **140 - 150mmHg**.
εάν είναι καλά ανεκτή στό **130-139mmHg**.

Η απώλεια βάρους και ο περιορισμός του άλατος είναι αναγκαίες παρεμβάσεις, (προσοχή στους υπερήλικες).

Όλες οι κατηγορίες των αντιϋπερτασικών μπορούν να χορηγηθούν

Η πλειοψηφία των ασθενών έχει ανάγκη από συνδυασμένη θεραπεία. (Ευπαθή άτομα >80 μονοθεραπεία).

Πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση άνω των 3 φαρμάκων.

Προσοχή στην Ορθοστατική Υπόταση – Παρενέργειες & αλληλοεπιδράσεις φαρμάκων.

Ολιστική αξιολόγηση του γηριατρικού ασθενή.

Ολιστική Αξιολόγηση του γηριατρικού ασθενή



Ευχαριστώ πολύ



Ευπάθεια
πολυφαρμακία

συνέχιση κοινωνικών ρόλων

αντίληψη
συναίσθημα



φυσική κατάσταση
νοσηρότητες
λειτουργικότητα