



3° Congresso Nazionale SIONG (Società Italiana OtoNeuroGeriatría)

ORGANI DI SENSO, NEUROINFIAMMAZIONE E NEURODEGENERAZIONE

Castellammare di Stabia (NA), 14/16 Maggio 2024

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Linee guida e complessità terapeutica

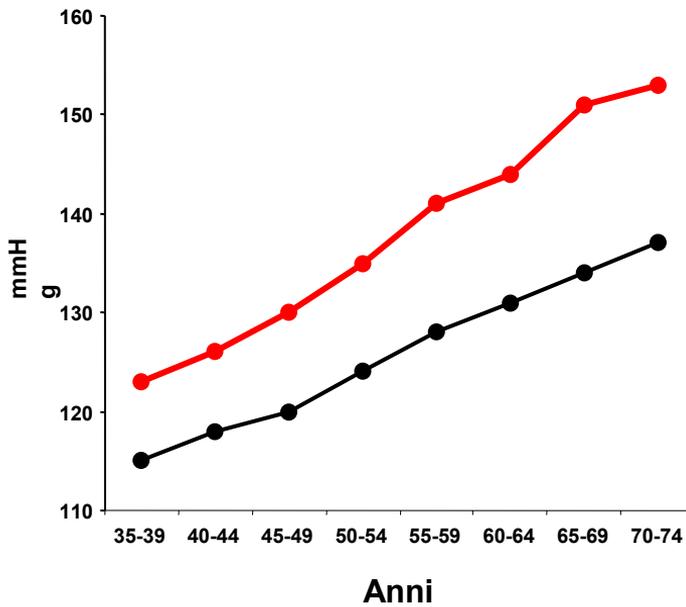
Nicola Ferrara, MD

*Department of Translational Medical Sciences
University of Naples "Federico II", Italy*

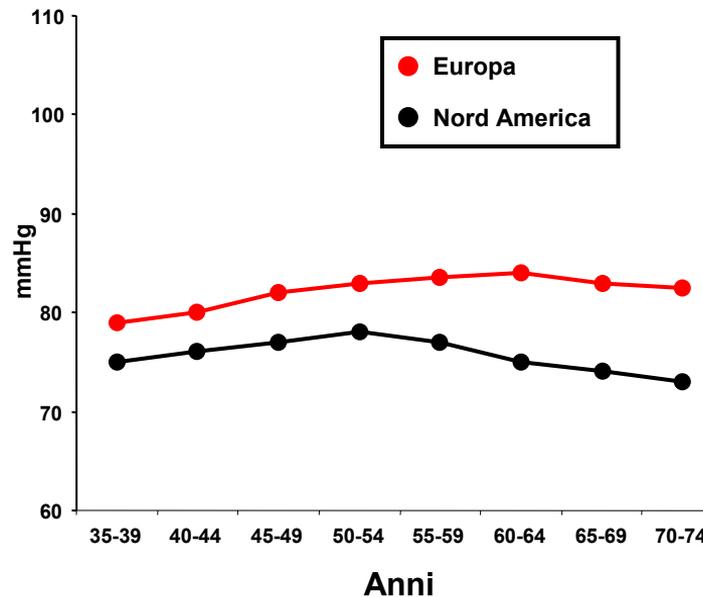


Pressione arteriosa ed età in Europa ed in Nord America. Dati da studi di popolazione condotti negli anni '90

Pressione arteriosa sistolica



Pressione arteriosa diastolica



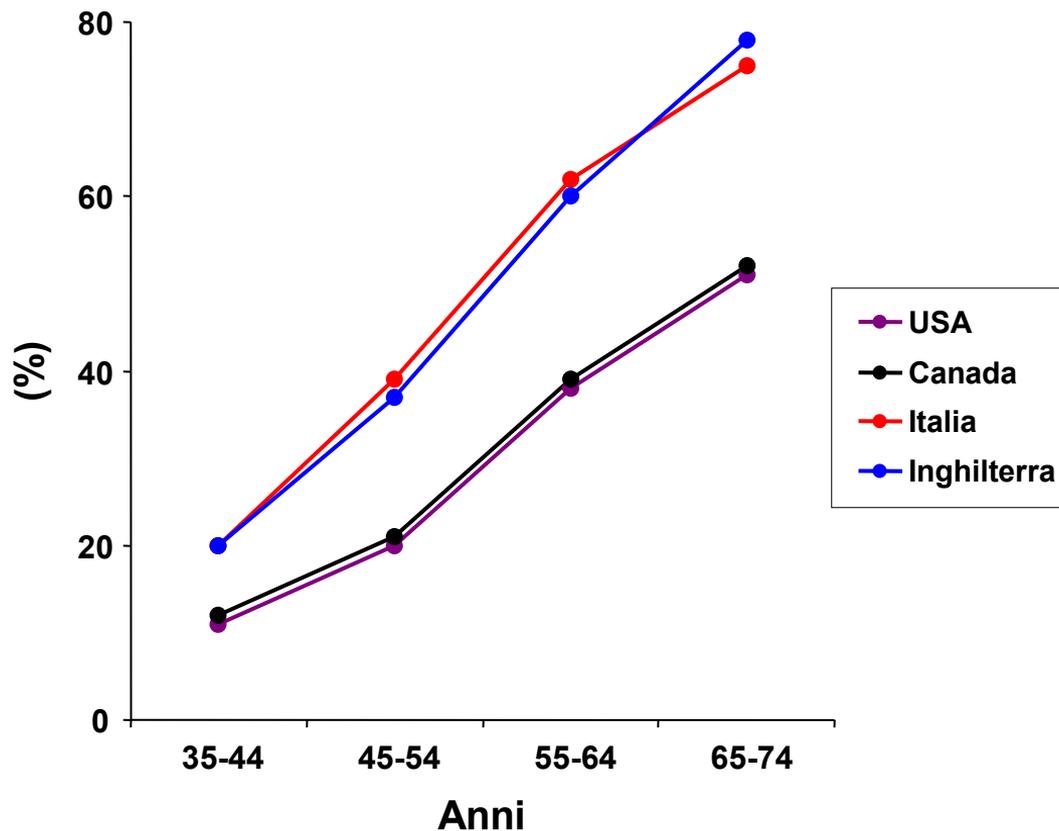
Definitions and Classification of blood pressure (BP) levels (mmHg)

Category	Systolic		Diastolic
Optimal	<120	and	< 80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥ 180	and/or	≥ 110
Isolated systolic hypertension	≥ 140	and	< 90

Isolated systolic hypertension should be graded (1,2,3) according to systolic blood pressure values in the ranges indicated, provided that diastolic values are < 90 mmHg.

Indipendentemente dall'età

Prevalenza Ipertensione Arteriosa ed età in Europa ed in Nord America. Dati da studi di popolazione condotti negli anni '90



Prevalence of Hypertension in the elderly: Italian epidemiological study

	% M+F	% M	% F
ILSA (n=5632)		59	67
CASTEL (n=3282)	86	83	88
ICARe (n=692)	72	67	76
InCHIANTI (n=1033)	83	83	84

ISH ($\geq 140 / < 90$, n=766/1725)
hypertensives

58% of all

Int J Epidemiol 1997; 26:995
Casiglia E et al., J Hum Hypertens 2002; 16:21
Di Bari M et al., J Hypert 1999; 17:1633

Guidelines

2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension

Authors/Task Force Members: Giuseppe Mancia, Co-Chairperson^a (Italy), Guy De Backer, Co-Chairperson^b (Belgium), Anna Dominiczak^c (UK), Renata Cifkova^d (Czech Republic), Robert Fagard^e (Belgium), Giuseppe Germano^f (Italy), Guido Grassi^g (Italy), Anthony M. Heagerty^h (UK), Sverre E. Kjeldsenⁱ (Norway), Stéphane Laurent^j (France), Krzysztof Narkiewicz^k (Poland), Luis Ruilope^l (Spain), Andrzej Rynkiewicz^m (Poland), Roland E. Schmiederⁿ (Germany), Harry A.J. Struijker Boudier^o (Netherlands), Alberto Zanchetti^p (Italy)

Journal of Hypertension 2007, 25:1751–1762

La stratificazione del rischio

Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document

Giuseppe Mancia^a, Stéphane Laurent^b, Enrico Agabiti-Rosei^c, Ettore Ambrosioni^d, Michel Burnier^e, Mark J. Caulfield^f, Renata Cifkova^g, Denis Clément^h, Antonio Cocaⁱ, Anna Dominiczak^j, Serap Erdine^k, Robert Fagard^l, Csaba Farsang^m, Guido Grassiⁿ, Hermann Haller^o, Anthony Heagerty^p, Sverre E. Kjeldsen^q, Wolfgang Kiowski^r, Jean Michel Mallion^s, Athanasios Manolis^t, Krzysztof Narkiewicz^u, Peter Nilsson^v, Michael H. Olsen^w, Karl Heinz Rahn^x, Josep Redon^y, José Rodicio^z, Luis Ruilope^{a1}, Roland E. Schmieder^{a2}, Harry A.J. Struijker-Boudier^{a3}, Pieter A. van Zwieten^{a4}, Margus Viigimaa^{a5} and Alberto Zanchetti^{a6}

Journal of Hypertension 2009, 27:2121–2158

3. Stratification of total CV risk

Total CV risk of each individual

3. Stratification of total CV risk

Blood pressure (mmHg)					
Other risk factors, OD or Disease	Normal SBP 120–129 or DBP 80–84	High normal SBP 130–139 or DBP 85–89	Grade 1 HT SBP 140–159 or DBP 90–99	Grade 2 HT SBP 160–179 or DBP 100–109	Grade 3 HT SBP ≥180 or DBP ≥110
No other risk factors	Average risk	Average risk	Low added risk	Moderate added risk	High added risk
1–2 risk factors	Low added risk	Low added risk	Moderate added risk	Moderate added risk	Very high added risk
3 or more risk factors, MS, OD or Diabetes	Moderate added risk	High added risk	High added risk	High added risk	Very high added risk
Established CV or renal disease	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk

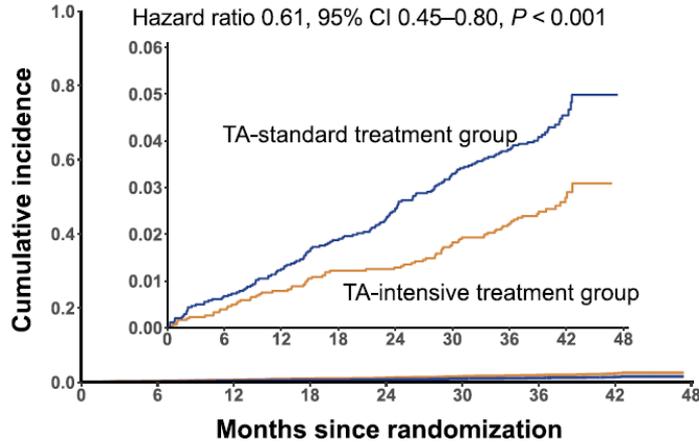
AGE > 55 years in Men and 65 years in female is a risk factor

Subclinical Organ Damage

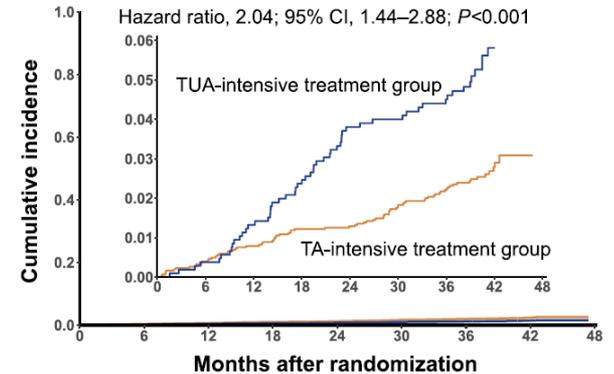
- Electrocardiographic LVH (Sokolow-Lyon > 38 mm; Cornell > 2440 mm^{*}ms) or:
- Echocardiographic LVH^o (LVMI M ≥ 125 g/m², W ≥ 110 g/m²)
- Carotid wall thickening (IMT > 0.9 mm) or plaque
- Carotid-femoral pulse wave velocity > 12 m/s
- Ankle/brachial BP index < 0.9
- Slight increase in plasma creatinine:
M: 115–133 μ mol/l (1.3–1.5 mg/dl);
W: 107–124 μ mol/l (1.2–1.4 mg/dl)
- Low estimated glomerular filtration rate[†] (< 60 ml/min/1.73 m²)
or creatinine clearance[◇] (< 60 ml/min)
- Microalbuminuria 30–300 mg/24 h or albumin-creatinine ratio:
 ≥ 22 (M); or ≥ 31 (W) mg/g creatinine

Achieved systolic blood pressure and cardiovascular outcomes in 60–80-year-old patients: the Strategy of Blood Pressure Intervention in the Elderly Hypertensive Patients (STEP) trial

Yue Deng^{1†}, Jingjing Bai^{1†}, Xinchun Yang^{2†}, Wei Liu^{3†}, Zihong Guo^{4†}, Juyan Zhang⁵, Rongjie Huang⁶, Xiaomin Yang⁷, Chunli Yu⁸, Jing Yu⁹, Xiurong Guo¹, Hailei Wu¹, Peiyu Liu¹, Weili Zhang^{1*}, and Jun Cai^{1*}; on behalf of the STEP Study Group



No. at risk	0	6	12	18	24	30	36	42	48
TA-standard treatment group	3427	3403	3368	3334	3292	3225	3084	1038	
TA-intensive treatment group	3053	3037	3007	2966	2940	2871	2749	882	



No. at risk	0	6	12	18	24	30	36	42	48
TUA-intensive treatment group	1059	1055	1039	1023	992	964	920	348	
TA-intensive treatment group	3053	3037	3007	2966	2940	2871	2749	882	

Lower Systolic Blood Pressure Is Associated with Greater Mortality in People Aged 85 and Older

Lena Molander, Bsc, Hugo Lövheim, MD, PhD, Tove Norman, MD, Peter Nordström, MD, PhD, and Yngve Gustafson, MD, PhD

**Associazione tra
pressione
arteriosa e
rischio di morte
nell'anziano over-
85**

**Dati dello studio
Leiden**

Lower Systolic Blood Pressure Is Associated with Greater Mortality in People Aged 85 and Older

Lena Molander, Bsc, Hugo Lövheim, MD, PhD, Tove Norman, MD, Peter Nordström, MD, PhD, and Yngve Gustafson, MD, PhD

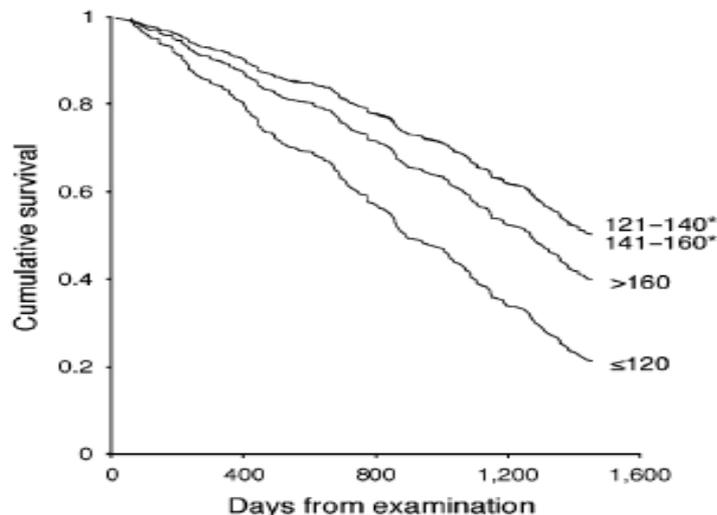


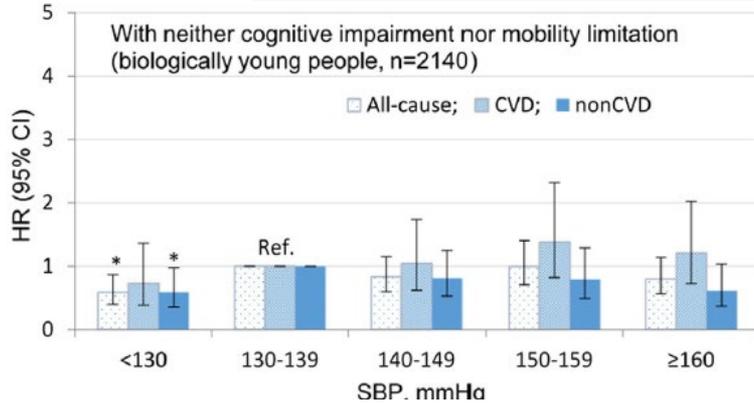
Figure 1. Survival curve based on multivariate Cox regression. *P*-values of comparison with the ≤ 120 mmHg group: 121–140 mmHg, $P < .001$; 141–160 mmHg, $P < .001$; > 160 mmHg, $P = .03$. *The curves for these two groups overlap.

**Associazione tra
pressione
arteriosa e
rischio di morte
nell'anziano over-
85**

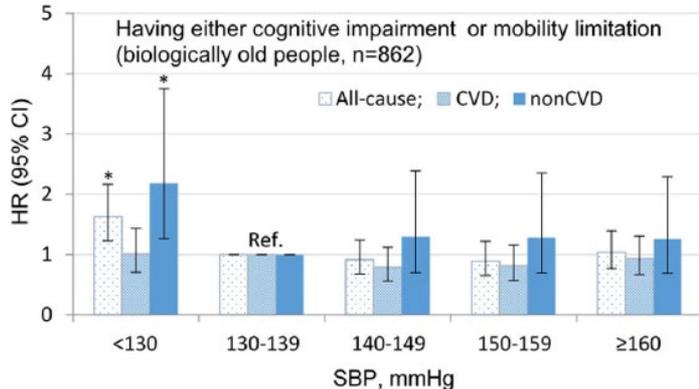
**Dati dello studio
Leiden**

Effects of biological age on the associations of blood pressure with cardiovascular and non-cardiovascular mortality in old age: A population-based study☆

Yajun Liang ^{a,*}, Laura Fratiglioni ^{a,b}, Rui Wang ^a, Giola Santoni ^a, Anna-Karin Welmer ^{a,c}, Chengxuan Qiu ^{a,*}



Associazione tra pressione arteriosa e rischio di morte nell'anziano



Il ruolo della performance fisica e cognitiva
Studio SNACK

Quindi,
**quale strategia di trattamento per il
paziente anziano?**

Le risposte delle linee guida

L'anziano giovane/fit

“Le presenti linee guida supportano fortemente il concetto che **l'età non dovrebbe rappresentare un ostacolo al trattamento farmacologico antipertensivo...**

L'evidenza che a 60 o 65 anni il trattamento farmacologico antipertensivo sia benefico, è inequivocabile e maggiore di quella disponibile per i pazienti più giovani...”

Withdrawal of BP-lowering treatment on the basis of age, even when patients attain age of >80 years, is not recommended if treatment is well tolerated (IIIB)

L'anziano giovane/fit

Patients 65-79 years old

The primary goal of treatment is to **lower BP to <140/80 mmHg (IA)**
Lowering BP to below 130/80 mmHg can be considered if treatment is well tolerated **(IB)**

In patients with ISH, the primary goal of treatment is to lower SBP in the 140 to 150 mmHg range (IA)

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 (IIB)

L'anziano giovane/fit

Isolated systolic hypertension (ISH)

“In older patients aged 60 to 79 years treatment is recommended also, when a SBP elevation is accompanied by a normal or even low DBP ... Because in ISH-dedicated trials, entry SBP was 160mmHg, **candidates to antihypertensive treatment are definitively patients with grade 2 and 3 isolated systolic hypertension.**

... given the considerable number of patients with ISH or a prevalent SBP elevation in most RCTs on patients aged 60 to 79 years with a SBP 140mmHg, **treatment of patients with grade 1 ISH may be considered.”**

Il grande anziano

“Evidence on the BP threshold for treatment is much more scant for patients aged >80 years in whom the beneficial effect of SBP reduction has been documented in only one specifically designed outcome trial, HYVET **antihypertensive treatment can be recommended in grade 2 or 3 hypertension** ... although direct information from RCTs is not available, **a lower SBP threshold for drug treatment, i.e. 150mmHg SBP (or rarely 100mmHg DBP) may also be considered based on extrapolation from the HYVET data** that the treatment-related benefits were seen at SBP values <150/80mmHg.

The recommended office SBP threshold for initiation of drug treatment is 160 mmHg (I B)

However, a lower SBP threshold in the range 140 – 160 mmHg may be considered (II C)

Il grande anziano

“Evidence on the BP threshold for treatment is much more scant for patients aged >80 years in whom the beneficial effect of SBP reduction has been documented in only one specifically designed outcome trial, HYVET **antihypertensive treatment can be recommended in grade 2 or 3 hypertension** ... although direct information from RCTs is not available, **a lower SBP threshold for drug treatment, i.e. 150mmHg SBP (or rarely 100mmHg DBP) may also be considered based on extrapolation from the HYVET data** that the treatment-related benefits were seen at SBP values <150/80mmHg.

Withdrawal of BP-lowering treatment on the basis of age, even when patients attain age of >80 years, is not recommended if treatment is well tolerated (IIIB)

Il grande anziano

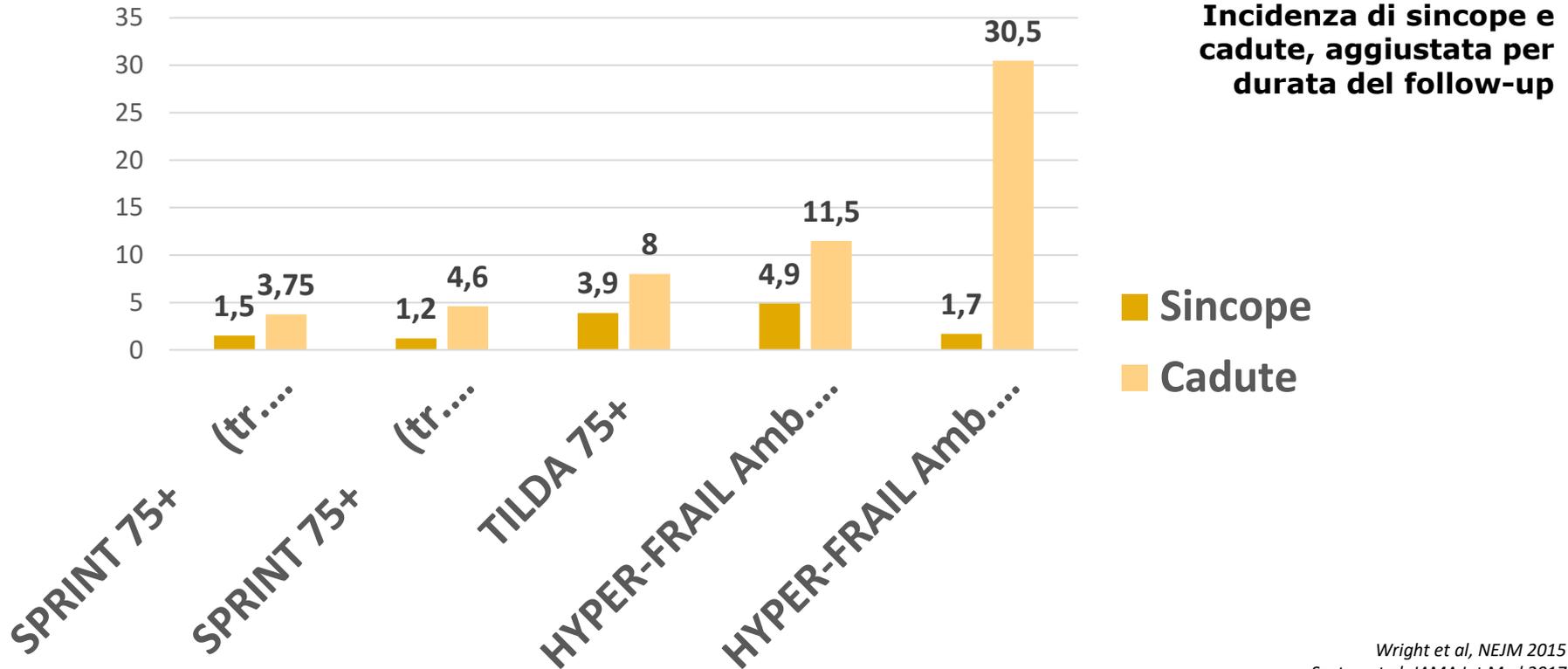
“An exception to the recommendation to continue antihypertensive treatment in octogenarians is represented by **very old patients with low SBP values (120mmHg or less) or with severe orthostatic hypotension**, especially in the presence of polypharmacy **and a high frailty level**.

In these cases, **progressive reduction of drug treatment should be considered**, but **deprescribing** should be implemented cautiously because data on the effectiveness of this procedure are still missing.”

The office SBP and DBP thresholds for initiation of drug treatment in frail patients should be individualized (I C)

Miti e leggende

Il «mito» del controllo intensivo – Rischi nel paziente anziano



Quale strategia di trattamento per il
paziente anziano
con sincope o cadute?

La sincope potrebbe essere correlata al trattamento antipertensivo?

Strumenti diagnostici utili

TABLE 5. Clinical indications for home and ambulatory BP monitoring

Conditions in which white-coat hypertension is more common, e.g.:

- Grade I hypertension on office BP measurement
- Marked office BP elevation without HMOD

Conditions in which masked hypertension is more common, e.g.:

- High-normal office BP
- Normal office BP in individuals with HMOD or at high total CV risk

In treated individuals:

- Confirmation of uncontrolled and true resistant hypertension
- Evaluation of 24-h BP control (especially in high-risk patients)
- Evaluating symptoms indicating hypotension (especially in older patients)

Suspected postural or postprandial hypotension in treated patients

Exaggerated BP response to exercise

Considerable variability in office BP measurements

Specific indications for ABPM rather than HBPM:

- Assessment of nocturnal BP and dipping status (e.g. sleep apnea, CKD, diabetes, endocrine hypertension, or autonomic dysfunction)
- Patients incapable or unwilling to perform reliable HBPM, or anxious with self-measurement
- Pregnancy

Specific indications for HBPM rather than ABPM:

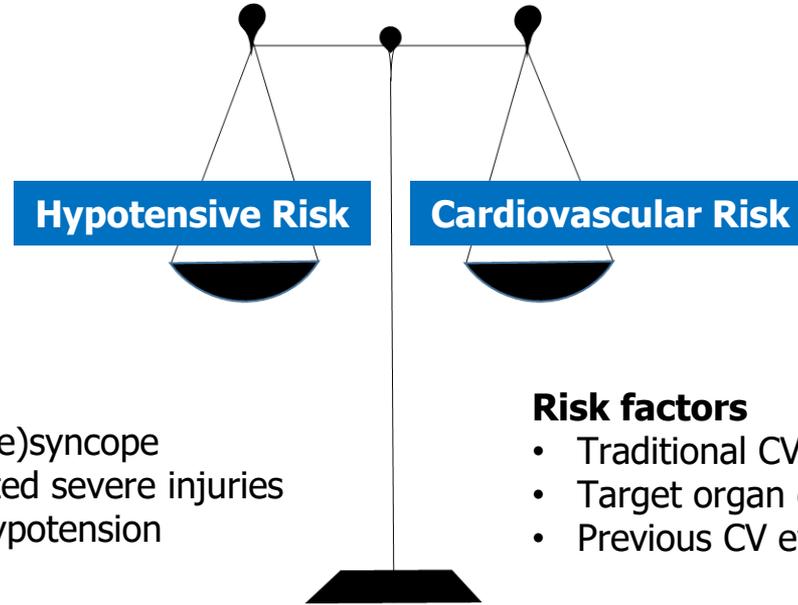
- Long-term follow-up of treated individuals to improve adherence with treatment and hypertension control
- Patients unwilling to perform ABPM, or with considerable discomfort during the recording

Indications for repeat out-of-office BP evaluation (same or alternative method – HBPM/ABPM)

- Confirmation of white-coat hypertension or masked hypertension in untreated or treated individuals

**Nel paziente con sincope su base ipotensiva,
come modificare (ridurre) la terapia?**

Nel paziente con sincope su base ipotensiva, come modificare (ridurre) la terapia? Una questione di equilibrio



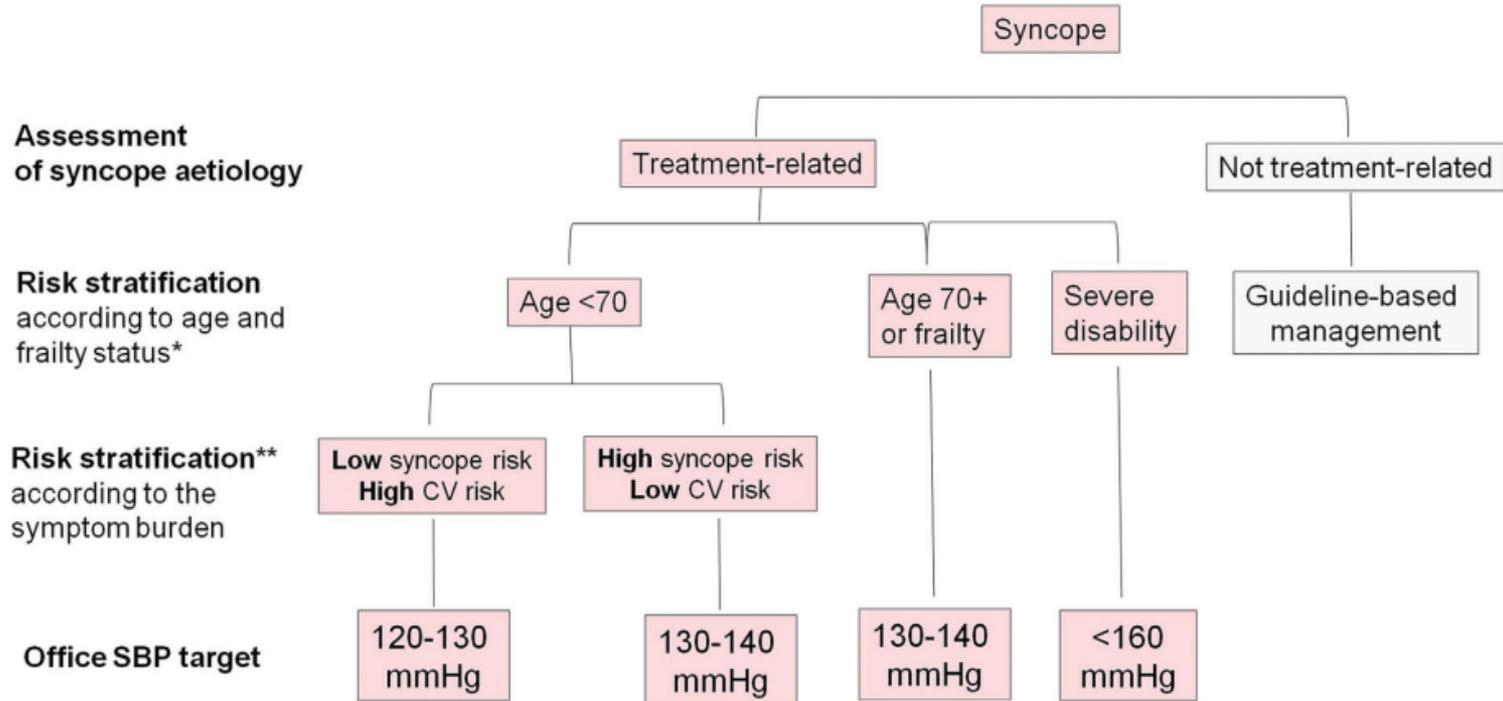
Risk factors

- Recurrent (pre)syncope
- Syncope-related severe injuries
- Orthostatic hypotension
- Fall history

Risk factors

- Traditional CV risk factors
- Target organ damage
- Previous CV events

Nel paziente con sincope su base ipotensiva, come modificare (ridurre) la terapia?

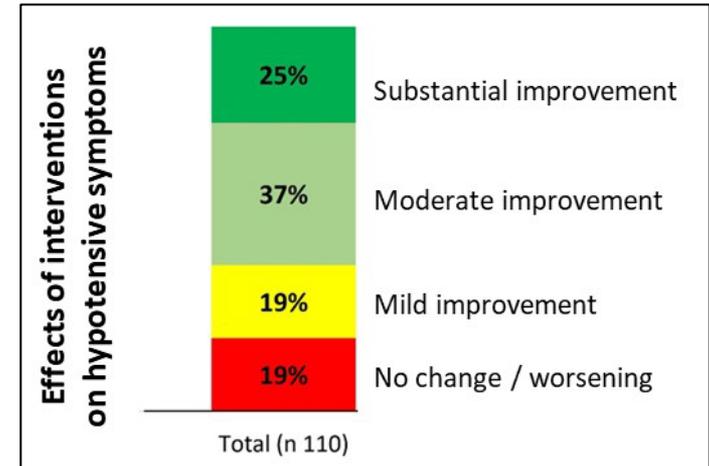
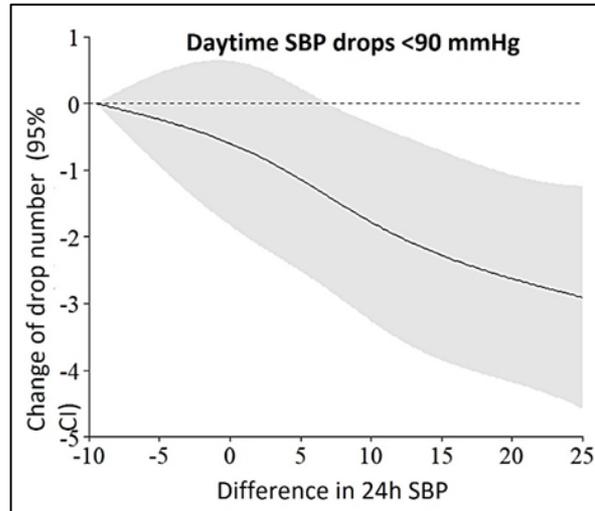
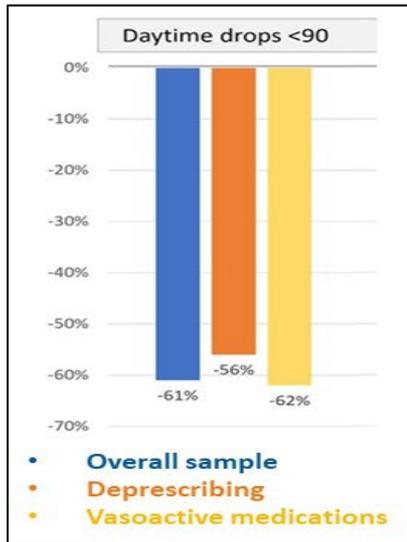


ABPM con episodi
ipotensivi

Misure comportamentali +
deprescribing/f. vasoattivi

ABPM di
rivalutazione

Strategie di trattamento finalizzate all'aumento dei valori pressori (ovvero **"deprescribing"** dei farmaci ipotensivanti o somministrazione di farmaci vasoattivi quali fluorocortisone o midodrine) determinano un aumento dei valori pressori nelle 24h associato ad una riduzione del numero di episodi ipotensivi e ad un miglioramento dei sintomi ipotensivi



Il grande anziano

- **La ricerca dell'ipotensione ortostatica nei pazienti anziani dovrebbe essere sistematica,** anche in assenza di sintomi. **La titolazione o l'interruzione dei farmaci che abbassano la pressione arteriosa devono essere prese** in considerazione nei pazienti con ipotensione ortostatica (IC)

Il grande anziano

- **La ricerca dell'ipotensione ortostatica nei pazienti anziani dovrebbe essere sistematica,** anche in assenza di sintomi. **La titolazione o l'interruzione dei farmaci che abbassano la pressione arteriosa devono essere prese** in considerazione nei pazienti con ipotensione ortostatica (IC)
- Nei pazienti anziani con ipertensione **dovrebbe sempre essere effettuata una valutazione dello stato funzionale/autonomo** inclusa la funzione cognitiva (IC)

Il grande anziano

- **La ricerca dell'ipotensione ortostatica nei pazienti anziani dovrebbe essere sistematica**, anche in assenza di sintomi. **La titolazione o l'interruzione dei farmaci che abbassano la pressione arteriosa devono essere prese** in considerazione nei pazienti con ipotensione ortostatica (IC)
- Nei pazienti anziani con ipertensione **dovrebbe sempre essere effettuata una valutazione dello stato funzionale/autonomo** inclusa la funzione cognitiva (IC)
- La Scala della Fragilità Clinica (**Clinical Frailty Scale**) dovrebbe essere utilizzata **prima dell'inizio del trattamento e ripetuta annualmente** per monitorare l'evoluzione della funzionalità/autonomia del paziente.

Il grande anziano

- **La ricerca dell'ipotensione ortostatica nei pazienti anziani dovrebbe essere sistematica**, anche in assenza di sintomi. **La titolazione o l'interruzione dei farmaci che abbassano la pressione arteriosa devono essere prese** in considerazione nei pazienti con ipotensione ortostatica (IC)
- Nei pazienti anziani con ipertensione **dovrebbe sempre essere effettuata una valutazione dello stato funzionale/autonomo** inclusa la funzione cognitiva (IC)
- La Scala della Fragilità Clinica (**Clinical Frailty Scale**) dovrebbe essere utilizzata **prima dell'inizio del trattamento e ripetuta annualmente** per monitorare l'evoluzione della funzionalità/autonomia del paziente.
- **Nei pazienti con ridotto stato funzionale/di autonomia e/o demenza, il trattamento deve essere individualizzato (IC)**

Clinical Frailty Scale



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.



4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up"; and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

Attività di Base della Vita Quotidiana (BADL)

(Katz et al., 1963)

A

A) **FARE IL BAGNO** (vasca, doccia, spugnature)

- 1 Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).
- 1 Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).
- 0 Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.

B) **VESTITRSI** (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)

- 1 Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.
- 1 Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.
- 0 Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.

C) **TOILETTE** (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi , rivestirsi)

- 1 Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).
- 0 Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.
- 0 Non si reca in bagno per l'evacuazione.

D) **SPOSTARSI**

- 1 Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).
- 0 Compie questi trasferimenti se aiutato.
- 0 Allettato, non esce dal letto.

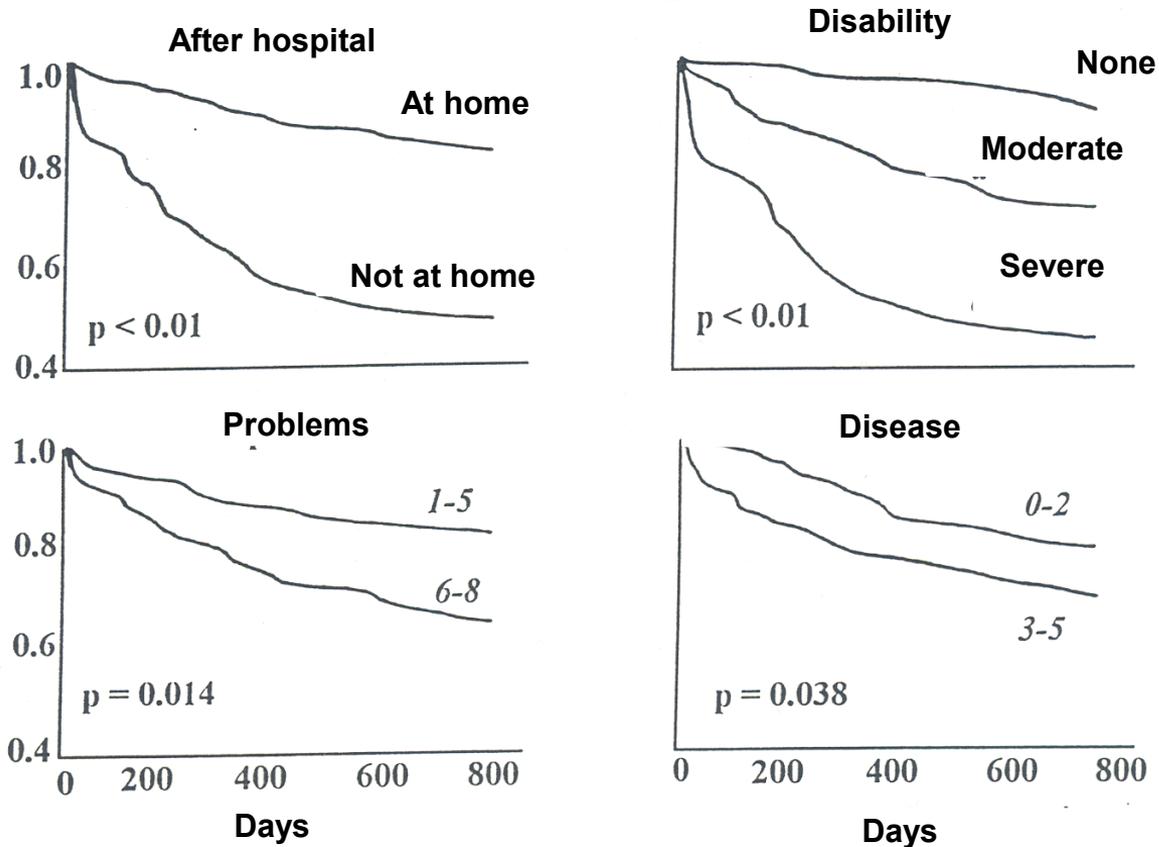
E) **CONTINENZA DI FECI E URINE**

- 1 Controlla completamente feci e urine.
- 0 E' saltuariamente incontinente.
- 0 Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente.

F) **ALIMENTAZIONE**

- 1 Senza assistenza.
- 1 Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.
- 0 Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.

Comprehensive Geriatric Assessment and Prognosis



Toward a geriatric approach to patients with advanced age and cardiovascular diseases: position statement of the EuGMS Special Interest Group on Cardiovascular Medicine

Andrea Ungar¹ · Giulia Rivasi¹ · Mirko Petrovic² · Andreas Schönenberger³ · Manuel Martínez-Sellés⁴ · Jerzy Gasowski⁵ · Gülistan Bahat-Ozturk⁶ · Mario Bo⁷ · Dhayana Dallmaier⁸ · Stefano Fumagalli¹ · Tomasz Grodzicki⁵ · Yulia Kotovskaya⁹ · Stefania Maggi¹⁰ · Francesco Mattace Raso¹¹ · Maria Cristina Polidori¹² · Raj Rajkumar¹³ · Timo Strandberg^{14,15} · Nikos Werner¹⁶ · Athanase Benetos¹⁷ · From the EuGMS Special Interest Group on Cardiovascular Medicine

European Geriatric Medicine 2021

Nell'ottica dell'adozione **dell'approccio geriatrico nella pratica clinica di routine**, le seguenti tappe fondamentali della valutazione geriatrica dovrebbero essere incorporate nei percorsi diagnostici e terapeutici cardiovascolari:

Nell'ottica dell'adozione **dell'approccio geriatrico nella pratica clinica di routine**, le seguenti tappe fondamentali della valutazione geriatrica dovrebbero essere incorporate nei percorsi diagnostici e terapeutici cardiovascolari:

1. **Esecuzione di una valutazione geriatrica completa**, compreso lo stato funzionale, le prestazioni cognitive e fisiche, l'anamnesi delle cadute e la misurazione della pressione arteriosa ortostatica;
2. **Identificare i disturbi e le sindromi geriatriche (ad esempio, fragilità) che possono influenzare i risultati di salute dell'individuo;**
3. **Affrontare la polifarmacia**, per rivedere i farmaci e ottimizzare la prescrizione;
4. **Integrare le prospettive e gli obiettivi del paziente nella gestione della CVD avanzata;**
5. Favorire lo sviluppo di **modelli organizzativi che garantiscano la continuità delle cure per i pazienti anziani e fragili** con patologie cardiache croniche, ad esempio dagli ospedali alle strutture di riabilitazione, all'assistenza domiciliare e alle unità di cure palliative.



Toward a geriatric approach to patients with advanced age and cardiovascular diseases: position statement of the EuGMS Special Interest Group on Cardiovascular Medicine

Andrea Ungar¹ · Giulia Rivasi¹ · Mirko Petrovic² · Andreas Schönenberger³ · Manuel Martínez-Sellés⁴ · Jerzy Gasowski⁵ · Gülistan Bahat-Ozturk⁶ · Mario Bo⁷ · Dhayana Dallmaier⁸ · Stefano Fumagalli¹ · Tomasz Grodzicki⁵ · Yulia Kotovskaya⁹ · Stefania Maggi¹⁰ · Francesco Mattace Raso¹¹ · Maria Cristina Polidori¹² · Raj Rajkumar¹³ · Timo Strandberg^{14,15} · Nikos Werner¹⁶ · Athanase Benetos¹⁷ · From the EuGMS Special Interest Group on Cardiovascular Medicine



- For patients with a **preserved function profile**, diagnostic and therapeutic strategies should be **similar to those proposed for younger old adults**.

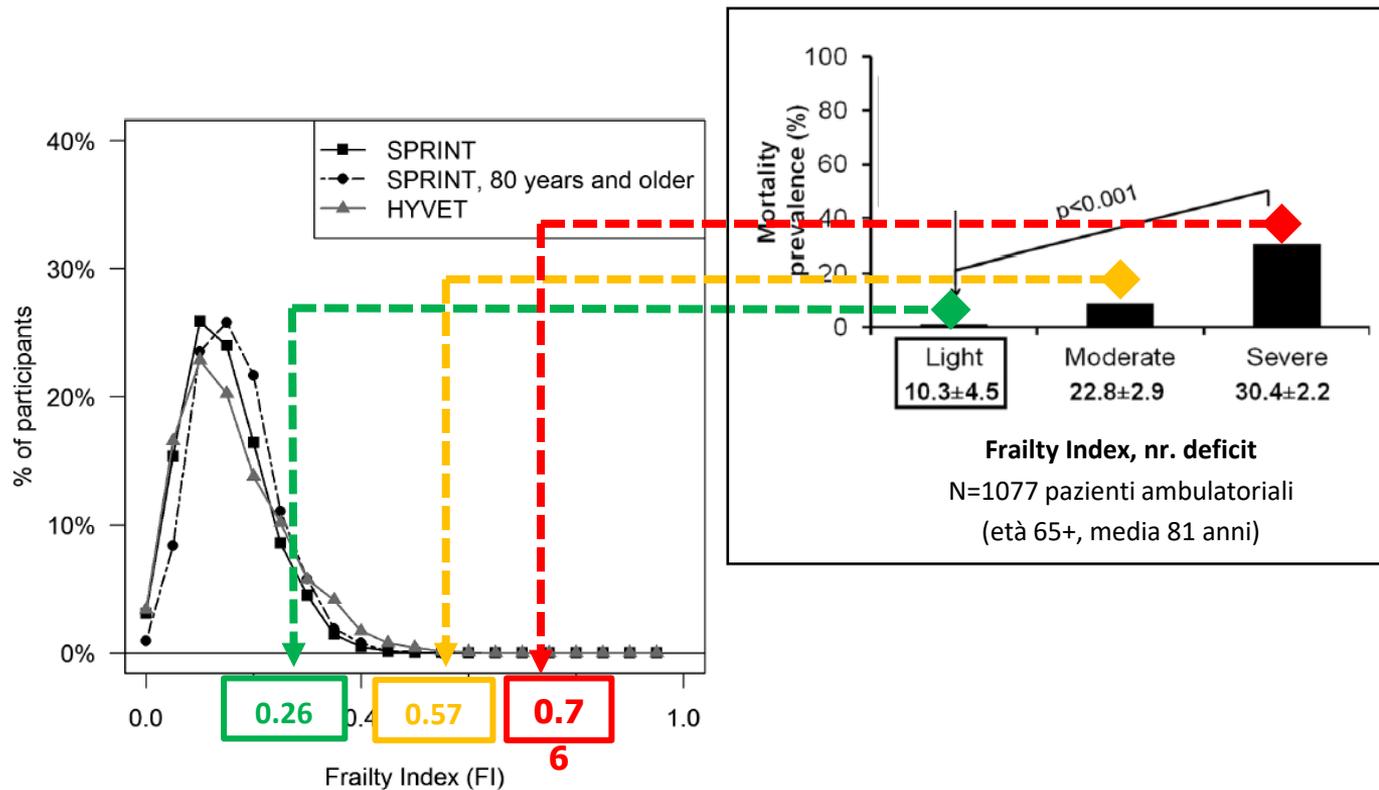
• For patients with a **functional decline without a significant loss of autonomy** in daily life, **a more detailed geriatric assessment** is needed to define the benefit/risk balance of the various therapeutic strategies.

- For patients with a **significant loss of function and autonomy**, therapeutic strategies **should be thoroughly reassessed including deprescribing** when

Grey Zone ???

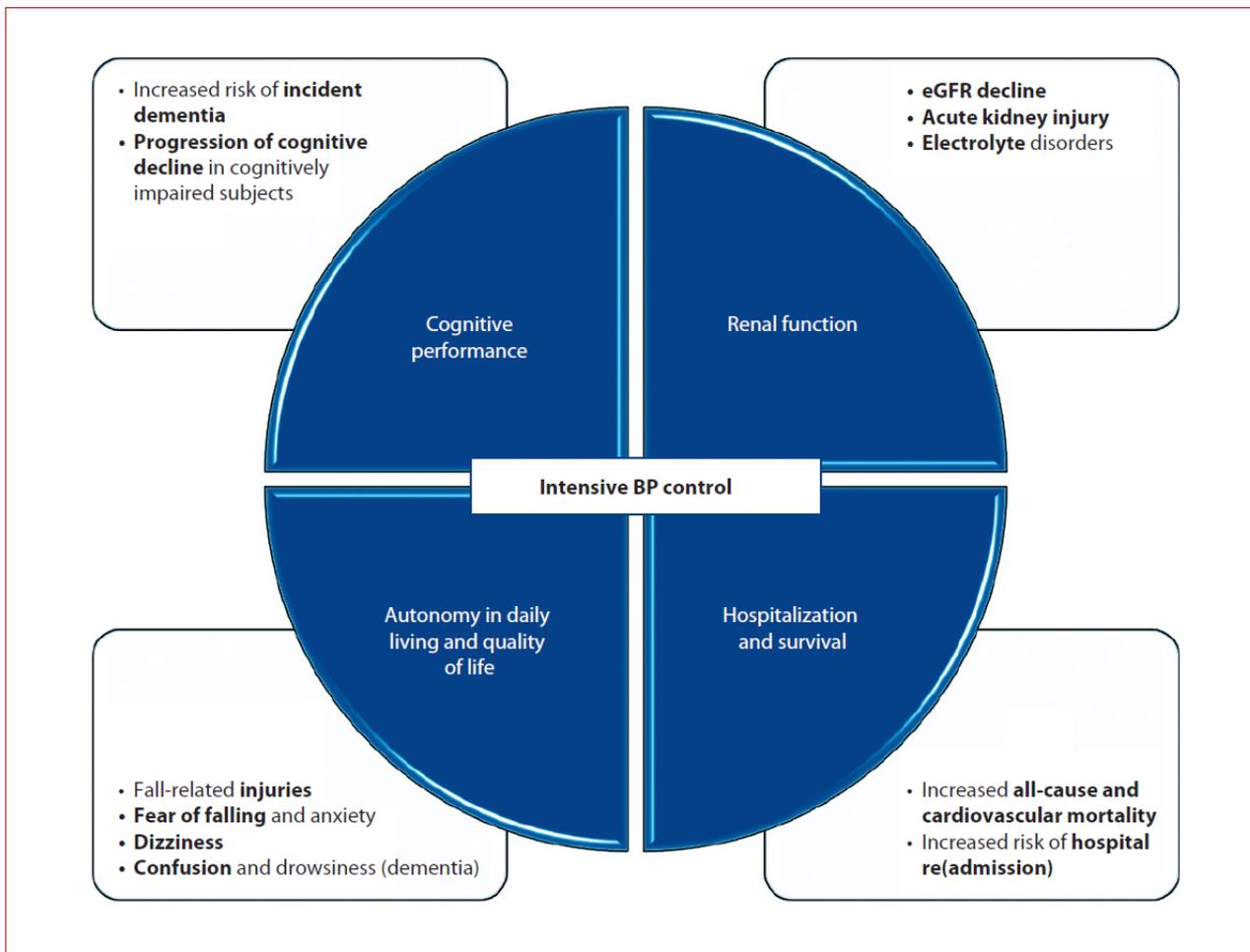
Miti e leggende

La «leggenda» della fragilità



Miti e leggende

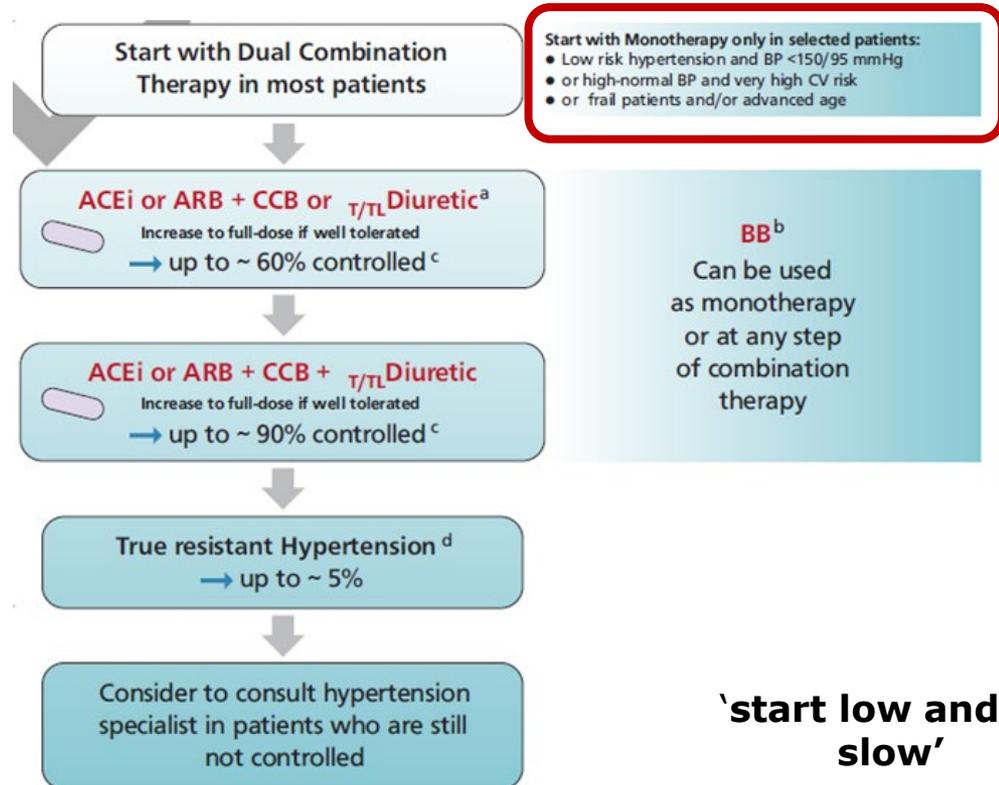
Il «mito» del controllo intensivo – Rischi nel paziente anziano



Attenzione alla diastolica!

- To prevent organ hypoperfusion, **DBP should not be reduced below 70mmHg** by drug treatment, although compliance with this recommendation is often difficult as a large number of ISH patients already have a DBP <70mmHg
- Physicians should aim at achieving a balance between **the best achievable SBP reduction with DBP values that do not raise suspicion of reduced organ perfusion**

- **Initial monotherapy** should be considered the first treatment step, especially with grade 1 hypertension.
- Although delayed achievement of BP control should be avoided, it may be wise to start **with lower doses and up-titrate treatment somewhat more slowly** in older than in younger patients.



La terapia non farmacologica

- **Nei soggetti di età pari o superiore a 80 anni potrebbe essere necessario adattare le misure non farmacologiche indicate per i pazienti più giovani.**

La terapia non farmacologica

- **Nei soggetti di età pari o superiore a 80 anni potrebbe essere necessario adattare le misure non farmacologiche indicate per i pazienti più giovani.**
- **La perdita di peso** può portare a perdita di massa muscolare, sarcopenia e malnutrizione. Pertanto, **salvo il caso di obesità grave o di anziani robusti, la perdita di peso è sconsigliata.**

La terapia non farmacologica

- **Nei soggetti di età pari o superiore a 80 anni potrebbe essere necessario adattare le misure non farmacologiche indicate per i pazienti più giovani.**
- **La perdita di peso** può portare a perdita di massa muscolare, sarcopenia e malnutrizione. Pertanto, **salvo il caso di obesità grave o di anziani robusti, la perdita di peso è sconsigliata.**
- **La restrizione del sale** può contribuire alla perdita di appetito con effetti deleteri sullo stato nutrizionale e **non dovrebbe essere adottata, tranne nei casi di consumo di sale molto elevato (ad esempio NaCl >10 g al giorno).**

La terapia non farmacologica

- **Nei soggetti di età pari o superiore a 80 anni potrebbe essere necessario adattare le misure non farmacologiche indicate per i pazienti più giovani.**
- **La perdita di peso** può portare a perdita di massa muscolare, sarcopenia e malnutrizione. Pertanto, **salvo il caso di obesità grave o di anziani robusti, la perdita di peso è sconsigliata.**
- **La restrizione del sale** può contribuire alla perdita di appetito con effetti deleteri sullo stato nutrizionale e **non dovrebbe essere adottata, tranne nei casi di consumo di sale molto elevato (ad esempio NaCl >10 g al giorno).**
- Uno sforzo particolare dovrebbe essere dedicato alla **promozione dell'attività fisica...** Dovrebbero essere preferite le attività fisiche collettive (ad esempio danza, tai-chi o passeggiate) anche per promuovere i contatti sociali e combattere la solitudine e l'isolamento sociale nelle persone anziane.

Quindi,
**quale strategia di trattamento per il
paziente anziano?**

Ricapitolando

- **For fit patients with an (Activities of Daily Living) score of 5+ /6**, assenza di demenza clinicamente significativa e capacità di svolgere attività di deambulazione di routine, le strategie e gli obiettivi del trattamento dovrebbero essere ***simili a quelli del gruppo di età compresa tra 65 e 79 anni.***

- **For fit patients with an (Activities of Daily Living) score of 5+ /6**, assenza di demenza clinicamente significativa e capacità di svolgere attività di deambulazione di routine, le strategie e gli obiettivi del trattamento dovrebbero essere ***simili a quelli del gruppo di età compresa tra 65 e 79 anni.***
- For patients with **intermediate functional status**, cioè pazienti con compromissione funzionale moderata e perdita parziale di autonomia, le strategie di trattamento antipertensivo dovrebbero essere più conservative, cioè ***il trattamento dovrebbe iniziare quando la PAS > 160 mmHg, mirando a un range di PAS compreso tra 140 e 150 mmHg. La riduzione progressiva del trattamento farmacologico antipertensivo potrebbe essere presa in considerazione se la PAS è <120 mmHg o in presenza di ipotensione ortostatica***

- **For fit patients with an (Activities of Daily Living) score of 5+ /6**, assenza di demenza clinicamente significativa e capacità di svolgere attività di deambulazione di routine, le strategie e gli obiettivi del trattamento dovrebbero essere ***simili a quelli del gruppo di età compresa tra 65 e 79 anni.***
- For patients with **intermediate functional status**, cioè pazienti con compromissione funzionale moderata e perdita parziale di autonomia, le strategie di trattamento antipertensivo dovrebbero essere più conservative, cioè ***il trattamento dovrebbe iniziare quando la PAS > 160 mmHg, mirando a un range di PAS compreso tra 140 e 150 mmHg. La riduzione progressiva del trattamento farmacologico antipertensivo potrebbe essere presa in considerazione se la PAS è <120 mmHg o in presenza di ipotensione ortostatica***
- For patients with **severe loss of functionality/autonomy** (ADL ≤ 2 , with severe dementia, chronic bedridden or end of life), l'indicazione del trattamento deve essere ***decisa individualmente*** in base ai sintomi, alle comorbilità e alla politerapia. ***Se la PAS è <130 mmHg o in presenza di ipotensione ortostatica, deve essere presa in considerazione la deprecrizione progressiva.***



3° Congresso Nazionale SIONG (Società Italiana OtoNeuroGeriatría)
ORGANI DI SENSO, NEUROINFIAMMAZIONE E NEURODEGENERAZIONE

Castellammare di Stabia (NA), 14/16 Maggio 2024

Thanks for your attention

Nicola Ferrara, MD

University of Naples "Federico II", Department of Translational Medical Sciences, Naples, Italy

