

PACIENTS FRÀGILS

Xifres de PA i gravetat de la HTA				
FRCV i MCV concomitants	PA normal-alta PAS 130-139/ PAD 85-89 mmHg	HTA grau 1 PAS 140-159/ PAD 90-99 mmHg	HTA grau 2 PAS 160-179/ PAD 100-109 mmHg	HTA grau 3 PAS \geq 180/ PAD \geq 110 mmHg
Sense altres FRCV			Provar MEV algunes setmanes. Si no s'aconsegueixen objectius de control (PAS 160-140 mmHg/ PAD 90-60mmHg), valorar iniciar fàrmacs (GR C)	Iniciar tractament farmacològic des de l'inici conjuntament amb MEV Objectius de control: PAS 160-140 mmHg/ PAD 90-60mmHg, (GR C)
1-2 FRCV				
\geq 2 FRCV, però no DM	No tractament farmacològic. Únicament MEV (GR A)	No tractament farmacològic. Únicament MEV (GR B)		
LOD o DM				
MCV				

FRCV: Factors de risc cardiovascular; MCV: Malaltia cardiovascular; DM: Diabetis Mellitus; LOD: Lesió d'òrgan diana; PA: Pressió Arterial; PAS: Pressió Arterial Sistòlica; PAD: Pressió Arterial Diastòlica; MEV: Mesures d'estil de vida.

PACIENTS TERMINALS:

No hi ha cap evidència de benefici del tractament antihipertensiu en aquest tipus de pacient.

AMB QUIN FÀRMAC INICIAR EL TRACTAMENT FARMACOLÒGIC?

Grup farmacològic d'elecció:

1. Sense una clara evidència sobre la superioritat d'un grup farmacològic sobre un altre, els diürètics, els calci-antagonistes i els Inhibidors de l'enzim convertidor de l'angiotensina (IECA) són una bona opció com a primera elecció (GR: B).

2. S'hauria d'iniciar amb dosis baixes, i fer un augment gradual, segons tolerància.
3. Segons les comorbiditats acompanyants, pot ser que el grup farmacològic d'elecció variï. Diürètics i calci-antagonistes, estarien especialment indicats en el cas de HTA sistòlica aïllada (GR B).
4. En els pacients ancians és important descartar la HTA ortostàtica, mesurant la PA just en el moment de posar-se dret, als 3 minuts i als 5 minuts de bipedestació. És aconsellable fer-ho abans d'iniciar el tractament, sobretot en diabètics o en aquells que presentin caigudes freqüents.

Combinació de fàrmacs:

- La combinació farmacològica no està contraindicada en els pacients ancians, però cal fer-la amb prudència, avaluant la resposta i monitoritzant possibles efectes adversos, entre ells la hipotensió ortostàtica.
- En els pacients fràgils, si xifres de PA < 140 mmHg pot ser necessari valorar la retirada de medicació antihipertensiva, així com no posar tractament amb més de 2 fàrmacs (GR C-D).

SEGUIMENT DEL PACIENT HIPERTENS ANCIÀ:

1. En els pacients ancians en tractament farmacològic, si aquest és un diürètic o un inhibidor del sistema renina

angiotensina, caldria fer un control analític amb ionograma i funció renal als 15 dies d'haver-lo iniciat (GR D).

2. En les visites de seguiment cal valorar possible hipotensió ortostàtica, i reconsiderar el tractament segons la seva presència o no.
3. També en les visites de seguiment cal preguntar per possibles símptomes d'hipotensió o hipotensió postprandial, o caigudes injustificades, que podrien indicar episodis d'hipotensió.
4. En aquest cas, valorar la realització d'una MAPA per confirmar-la, i si és així reconsiderar el tractament farmacològic.
5. Es recomana una visita anual amb analítica, exploració física i ECG (aquest cada 2 anys). No hi ha motiu per no recomanar-ho en els majors de 80 anys.

GRAUS - FORÇA DE LA RECOMANACIÓ:

- GR A** Basada en assajos clínics i revisions sistemàtiques d'alta qualitat. Evidència forta a favor dels beneficis del tractament.
- GR B** Basada en assajos clínics de menys qualitat i estudis de cohorts d'alta qualitat. Evidència a favor dels beneficis del tractament, però menys que en el cas anterior.
- GR C** Basada en estudis de casos i controls i cohorts de menys qualitat. No hi ha evidència clara a favor o en contra del tractament.
- GR D** Basada en sèries de casos i/o opinió d'experts.

Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi la procedència (autor, títol, òrgan editor), i que no es faci amb fins comercials. No es permet la creació d'obres derivades sense autorització expressa dels autors i de l'editor. La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>



Desembre 2016

GUIA PRÀCTICA

HTA en els pacients ancians

GRUP D'AUTORS
Gabriel Coll de Tuero
i Cristina Sierra

COORDINADORA DE LA GUÍA
Mència Benítez

Desembre 2016

DIAGNÒSTIC

La HTA en els ancians es diagnostica de la mateixa manera que en els pacients joves, però cal tenir en compte tres situacions més freqüents a mesura que augmenta l'edat, i que podrien donar lloc a sobrediagnòstic i sobretractament:

1. La **rigidesa arterial**, que pot donar lloc a xifres falsament elevades, i pseudohipertensió.
2. La **HTA de "bata blanca" o aïllada a la consulta**, més freqüent en els pacients grans.
3. **Major variabilitat** en les xifres de pressió arterial (PA) respecte a persones més joves.

Per aquests motius, les tècniques de mesura ambulatoria, ja siguin MAPA o AMPA, són especialment rellevants, i millor predictores del risc d'esdeveniments cardiovasculars.

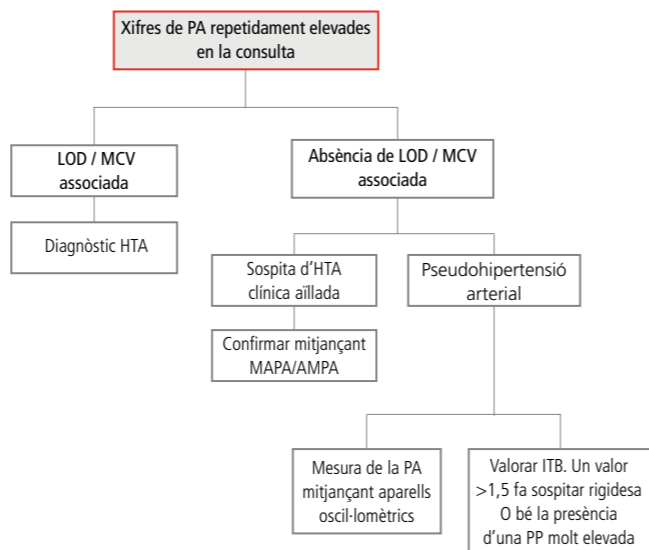
El diagnòstic de pseudohipertensió és per sospita clínica, a partir de dades indirectes com les exposades en l'esquema. La confirmació requeriria mesura intraarterial de la PA, que no s'utilitza de forma rutinària. La maniobra d'Osler ha demostrat tenir baixa sensibilitat i especificitat.

Els aparells automàtics oscil·lomètrics sembla que estimen millor la PA davant d'una possible rigidesa arterial.

OBJECTIUS DE CONTROL

A l'hora d'establir i recomanar uns objectius de control en els pacients ancians, cal tenir en compte l'edat, la comorbiditat associada i la funcionalitat, pel que la valoració geriàtrica integral serà molt important. A la figura 2 es poden veure els objectius recomanats segons aquestes característiques.

Figura 1: Diagnòstic d' HTA en ancians.



LOD: Lesió d'òrgan diana; MCV: Malaltia cardiovascular; HTA: hipertensió arterial; PA: pressió arterial; MAPA: Monitorització ambulatoria de la pressió arterial; AMPA: automesura de la pressió arterial; ITB: índex turmell/braç; PP: pressió de pols

Figura 2: Objectius de control de PA segons edat, valoració geriàtrica integral i graus de recomanació (GR).

Objectius de control segons edat i comorbiditat	65-79 anys, bona qualitat de vida	PAS < 140 mmHg PAD < 90 mmHg (GR B)
	≥ 80 anys, bona qualitat de vida	PAS 140-150 mmHg PAD < 90 mmHg (GR B-C)
	Fragilitat elevada, sigui quina sigui l'edat	PAS 140-160 mmHg PAD 60-90 mmHg (GR C-D)

TRACTAMENT DE LA HTA EN ELS PACIENTS ANCANS

Mesures d'estil de vida a recomanar

Recomanació	Com?	A Qui?	Consideracions
Dieta mediterrània	Dieta rica en fruita i verdura, proteïnes procedents de peix i carns blanques, làctics desnatats, cereals integrals, greixos poliinsaturats	A tots. És una dieta equilibrada	Cal que sigui hipocalòrica en els ancians amb sobrepès.
Exercici físic	Aeròbic de moderada intensitat	A tots, segons les seves possibilitats	Si el toleren, i no hi ha MCV, un cert grau d'exercici isotònic pot ajudar a mantenir massa muscular
Reducció de sal	< 6g de clorur sòdic	Tots els ancians hipertensos	No ha demostrat benefici en els >85 anys
Pèrdua de pes	Dieta hipocalòrica equilibrada.	Als que tinguin sobrepès	Tot i que la reducció de pes sembla ser perjudicial en els ancians, aquesta consideració val per la pèrdua de pes involuntària.
	Hipocalòrica hiperproteica	Ancians fràgils.	Cal assegurar un aportació proteica adequada
Reducció alcohol	No sobrepassar les 2 UBE/dia en homes i 1 UBE/dia dones	Tots els hipertensos	--

UBE: Unitat de beguda estàndar (10grams /enol) MCV: Malaltia cardiovascular.

*Informació més detallada a la guia específica de Mesures d'estils de vida.
http://www.schta.cat/arxius/2015/ESTIL_VIDA_NUEVO2015-2.pdf

Quan iniciar tractament farmacològic?

PACIENTS ENTRE 65 I 79 ANYS

Xifres de PA i gravetat de la HTA				
FRCV i MCV concomitants	PA normal-alta PAS 130-139/ PAD 85-89 mmHg	HTA grau 1 PAS 140-159/ PAD 90-99 mmHg	HTA grau 2 PAS 160-179/ PAD 100-109 mmHg	HTA grau 3 PAS ≥ 180/ PAD ≥ 110 mmHg
Sense altres FRCV 1-2 FRCV, però no DM	No tractament farmacològic. Únicament MEV (GR A)	Provar MEV (fins a 1 any). Si no s'aconsegueixen objectius de control, valorar iniciar fàrmacs (GR B)	Provar MEV Algunes setmanes. Si no s'aconsegueixen objectius de control, valorar iniciar fàrmacs (GR B)	Iniciar tractament farmacològic des de l'inici conjuntament amb MEV (GR B)
		Iniciar tractament farmacològic des de l'inici conjuntament amb MEV (GR B)		
LOD o DM MCV	Iniciar tractament farmacològic des de l'inici conjuntament amb MEV (GR B)			

FRCV: Factors de risc cardiovascular; MCV: Malaltia cardiovascular; DM: Diabetis Mellitus; LOD: Lesió d'òrgan diana; PA: Pressió Arterial; PAS: Pressió Arterial Sistòlica; PAD: Pressió Arterial Diastòlica; MEV: Mesures d'estil de vida.

PACIENTS ≥ 80 ANYS

Xifres de PA i gravetat de la HTA				
FRCV i MCV concomitants	PA normal-alta PAS 130-139/ PAD 85-89 mmHg	HTA grau 1 PAS 140-159/ PAD 90-99 mmHg	HTA grau 2 PAS 160-179/ PAD 100-109 mmHg	HTA grau 3 PAS ≥ 180/ PAD ≥ 110 mmHg
Sense altres FRCV 1-2 FRCV, però no DM	No tractament farmacològic. Únicament MEV (GR A)	No tractament farmacològic. Únicament MEV (GR B)	Provar MEV Algunes setmanes. Si no s'aconsegueixen objectius de control (PAS 150-140/ PAD 90-60 mmHg), valorar iniciar fàrmacs (GR B)	Iniciar tractament farmacològic des de l'inici, conjuntament amb MEV (GR B) Objectius de control: PAS 150-40 mmHg/ PAD 90-60mmHg.
			Iniciar tractament farmacològic des de l'inici, conjuntament amb MEV (GR C)	
LOD o DM MCV	Iniciar tractament farmacològic des de l'inici, conjuntament amb MEV (GR C)			

No és recomanable que la PAD disminueixi per sota de 60 mmHg.

FRCV: Factors de risc cardiovascular; MCV: Malaltia cardiovascular; DM: Diabetis Mellitus; LOD: Lesió d'òrgan diana; PA: Pressió Arterial; PAS: Pressió Arterial Sistòlica; PAD: Pressió Arterial Diastòlica; MEV: Mesures d'estil de vida.