

1. Estimarea riscului de a dezvolta BCV reprezintă cheia prevenirii acestora:¹
 Noile ghiduri folosesc non-HDL-C în algoritmi de risc SCORE2 pentru pacienții cu vârsta < 70 de ani și SCORE2-OP pentru pacienții cu vârsta ≥ 70 de ani.

Tensiune arterială sistolică (mmHg)	FEMEIE				BĂRBAT							
	SCORE2-OP		Vârsta		SCORE2		Vârsta					
160-179	62	63	64	65	65	66	67	68	49	54	59	64
140-159	60	61	62	63	63	64	65	66	48	53	58	63
120-139	58	59	60	61	61	62	63	65	47	52	56	61
100-119	56	57	58	60	59	60	61	63	46	50	55	60
160-179	53	54	55	57	59	60	62	65	44	48	52	56
140-159	50	51	52	54	56	57	59	60	42	46	49	53
120-139	47	48	49	51	53	54	56	57	40	43	47	51
100-119	44	45	47	48	50	51	53	54	38	41	45	48
160-179	44	46	47	48	53	55	56	58	40	42	45	48
140-159	41	42	43	45	49	51	52	53	37	39	42	44
120-139	37	39	40	41	46	47	48	49	34	36	39	41
100-119	34	35	36	37	42	43	44	46	31	33	36	38
160-179	57	58	59	61	64	65	67	69	43	45	47	49
140-159	33	34	35	36	43	44	46	47	32	33	35	36
120-139	30	31	32	33	39	40	41	43	28	30	31	33
100-119	26	27	28	29	34	35	37	38	25	26	28	29

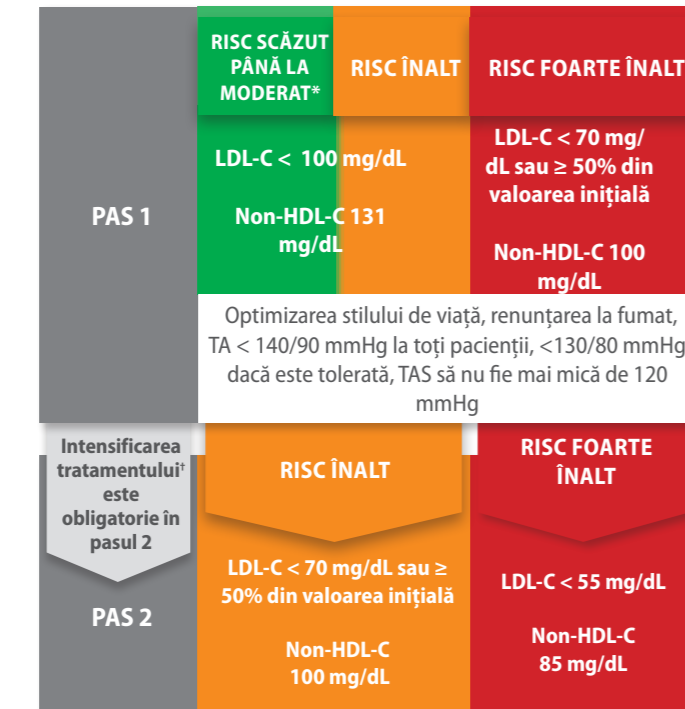
Tensiune arterială sistolică (mmHg)	SCORE2				Vârsta							
	160-179	27	28	30	31	41	42	44	46	26	28	30
140-159	22	23	24	26	34	36	37	39	22	24	26	27
120-139	18	19	20	21	28	30	31	33	18	20	21	23
100-119	15	16	16	17	23	24	26	27	15	17	18	19
160-179	20	21	22	24	33	35	37	39	20	23	25	27
140-159	16	17	18	19	27	28	30	32	17	19	20	22
120-139	12	13	14	15	22	23	25	26	14	15	17	18
100-119	10	11	11	12	17	18	20	21	11	12	14	15
160-179	14	15	17	18	26	28	31	33	16	18	20	23
140-159	11	12	13	14	21	23	24	26	13	14	16	18
120-139	8	9	10	11	16	18	19	21	10	11	13	15
100-119	7	7	8	9	13	14	15	16	8	9	10	12
160-179	10	11	12	14	21	23	25	28	10	12	14	16
140-159	8	9	9	11	16	18	19	22	8	10	11	13
120-139	6	6	7	8	12	13	15	17	7	8	9	11
100-119	4	5	5	6	9	10	11	13	6	7	8	9
160-179	7	8	9	10	16	18	21	23	7	9	11	13
140-159	5	6	7	8	12	14	15	17	5	7	8	10
120-139	4	4	5	6	9	10	12	13	4	5	6	8
100-119	3	3	4	4	7	8	9	10	4	5	6	7
160-179	5	7	8	13	15	17	19	7	9	11	13	
140-159	4	4	5	6	9	11	12	14	5	6	8	10
120-139	3	3	3	4	7	8	9	10	4	5	6	7
100-119	2	2	2	3	5	6	6	7	3	4	4	5

Nivelul țintă pentru Non-HDL-C trebuie să fie cu 0.8 mmol/L (31 mg/dL) mai mare decât nivelul țintă al LDL-C.

2. Categoriile de risc CV la persoane aparent sănătoase în funcție de vârstă:¹

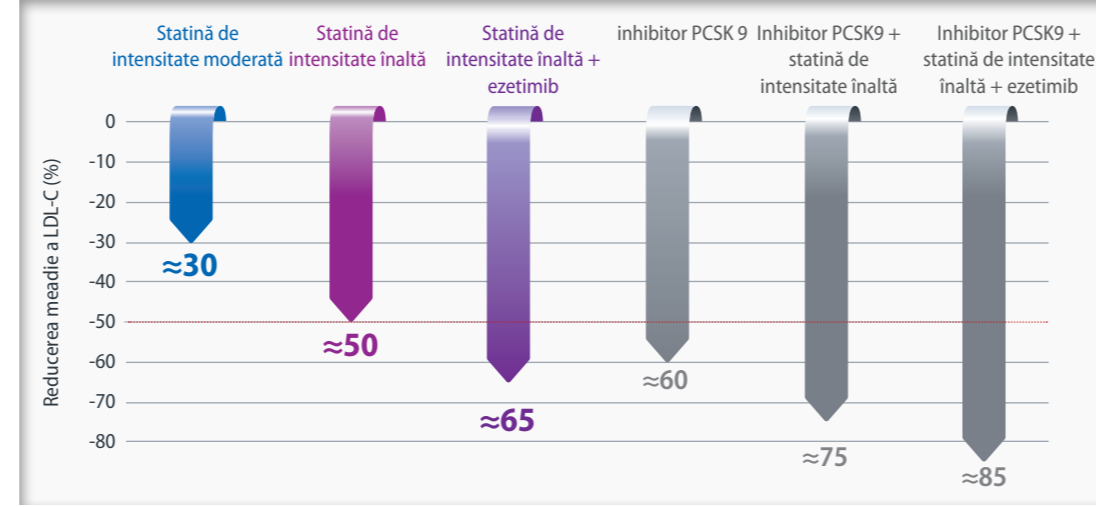
	< 50 ani	50-69 ani	≥ 70 ani
RISC SCĂZUT PÂNĂ LA MODERAT	< 2.5%	< 5%	< 7.5%
RISC ÎNALT	2.5 to < 7.5%	5 to < 10%	7.5 to < 15%
RISC FOARTE ÎNALT	≥ 7.5%	≥ 10%	≥ 15%

3. Abordare terapeutică etapizată:¹



HIPERLIPIDEMIE: TRATAMENT (TOATE CATEGORIILE DE PACIENȚI)

Intensitatea tratamentului hipolipemiant:¹



CU CÂT MAI SCĂZUT, CU ATÂT MAI BINE:
 Cu cât riscul CV este mai mare, cu atât necesitatea tratamentului hipolipemiant este mai mare¹

Reducerea LDL-C obținută după terapie hipolipemiantă²

LDL-C (mg/dL)	Reducere obținută cu diferite strategii terapeutice				
	Statină de intensitate moderată	Plus ezetimib	Statină de intensitate înaltă	Plus ezetimib	Inhibitor PCSK9 + Statină de intensitate înaltă
180	128	100	92	64	36
172	120	96	88	60	36
160	112	88	80	56	32
148	104	80	76	52	28
140	100	76	72	48	28
128	88	72	64	44	24
120	84	68	60	44	24
108	76	60	56	36	20
100	72	56	52	36	20
88	60	48	44	32	16
76	52	40	40	28	16

HIPERTENSIUNE: TRATAMENT (TOATE CATEGORIILE DE PACIENȚI)

HIPERTENSIUNEA¹

Cel mai important aspect este scăderea tensiunii arteriale. Ghidurile de tratament ESC/ESH 2018 recomandă combinația în doză fixă a 2 molecule, ca strategie de bază.

Tratament farmacologic de bază:

1 COMPRIMAT	Terapie inițială: Dublă terapie	IECA sau BRA + BCCa sau diuretic
	Consideră monoterapia la pacienții cu HTA grad 1 (TAS < 150 mmHg) sau la cei foarte vârstnici (≥ 80 ani)	
1 COMPRIMAT	PASUL 2 Triplă terapie	IECA/BRA + BCCa + diuretic
2 COMPRIMATE	PASUL 3 Triplă combinație + spironolactonă sau alte medicamente	HTA rezistentă Aadaugă spironolactona (25-50 mg/zi) sau alt diuretic, alfa-blocant sau beta-blocant
Luați în considerare trimiterea către un centru specializat pentru investigații suplimentare		
Beta-blocante		
Consideră beta-blocantele la oricare pas în terapia hipertensiunii arteriale dacă există indicație specifică pentru utilizarea lor, cum ar fi insuficiența cardiacă, angina, post-IM, fibrilație atrială sau femei tinere însărcinate sau care planifică o sarcină.		

Acest algoritm este adecvat pentru pacienții cu HTA necomplicată și pentru majoritatea pacienților cu afectare de organ mediată de hipertensiune arterială, DZ, boală cerebrovasculară și boală arterială periferică. Se recomandă modificări specifice ale algoritmului de tratament pentru pacienții cu BCR, IC și FA.

Strategia tratamentului cu CDF³

Când?	Terapie inițială: două molecule combinate într-o CDF se recomandă la majoritatea pacienților* Pasul 2: când este necesar, este de preferat CDF de trei molecule
De ce?	Avantajele majore ale CDF: <ul style="list-style-type: none"> • Tratament simplu cu reducerea numărului de comprimate • Aderență îmbunătățită la terapie • Viteză, eficiență și predictibilitate îmbunătățite ale controlului TA
Cât de repede?	Trebuie să reducem TA în termen de trei luni de la diagnosticare

*Excepție fac pacienții vârstnici, cei cu risc scăzut sau cu HTA gradul 1 (în special dacă TAS este < 150 mmHg).

**VĂ SUNTEM ALĂTURI
 PENTRU CĂ E NEVOIE DE MEDICAMENTE ÎN
 CARE SĂ AVEȚI ÎNCREDERE**

TERAPIA HIPOLIPEMIANTĂ KRKA:



TERAPIA ANTIHIPERTENSIVĂ KRKA:



Ghid ESC 2021:



Referințe:

1. Visseren F LJ, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal 2021; 42: 3227-337. 2. Mach F, Baigent C, Catapano AL et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Euro Heart Jour. 2019; 00: 1-78. 3. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). European Heart Journal 2018; 39: 3021-104.

Prevent

Ghid rapid
**DE PREVENȚIE
 AL BOLILOR
 CARDIOVASCULARE**

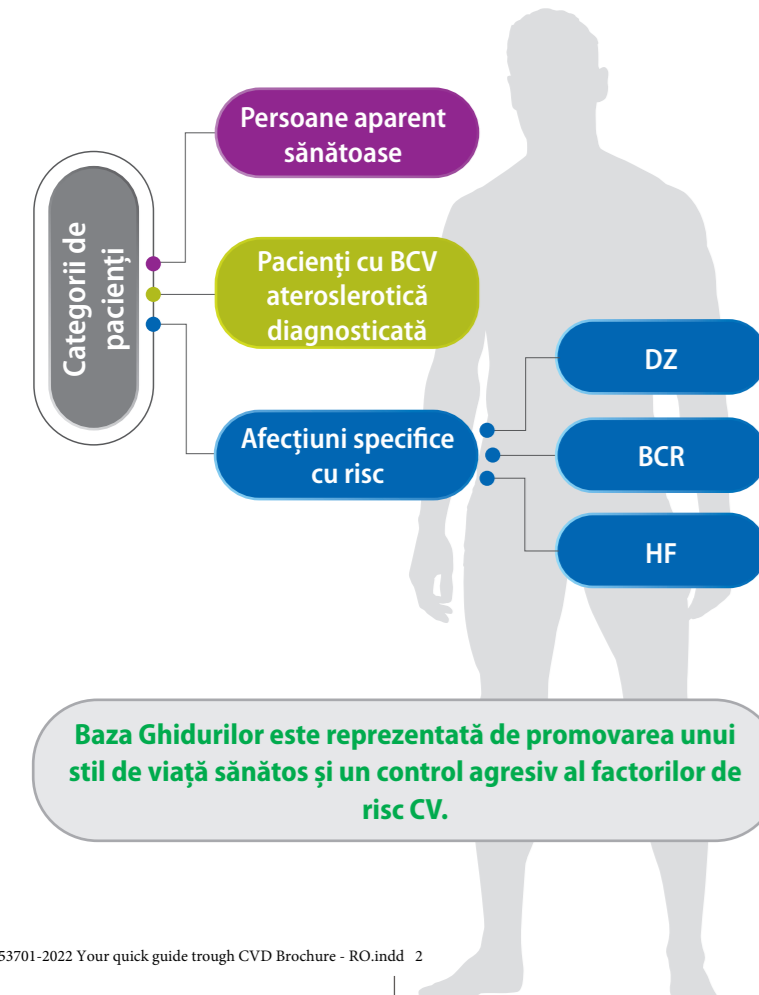
în practica clinică



Ghidul dvs rapid pentru PREVENIREA BCV

Vă prezentăm noul ghid rapid pentru prevenirea BCV în practica clinică. Rezumând Ghidurile ESC 2021 privind prevenirea bolilor cardiovasculare în practica clinică, acest scurt ghid este conceput să vă ofere toate informațiile esențiale în doar câțiva pași.

Cu ajutorul acestuia, acum puteți alege cu ușurință categoria potrivită de pacienți, determina riscul de BCV al pacientului, stabili obiectivele terapeutice în funcție de valorile tensionale sau lipidice pentru a atinge nivelurile țintă.



INTRODUCERE

1. Pacienții cu boală cardiovasculară aterosclerotică prezintă, în medie, un risc foarte mare de apariție a unui eveniment cardiovascular recurent dacă factorii de risc nu sunt tratați:¹

Pacienți cu boală cardiovasculară aterosclerotică	Categorii de risc
BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de IMA, SCA, revascularizare coronariană sau alte proceduri de revascularizare arterială, accident vascular cerebral și AIT, anevrism de aortă și BAP. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include plăcile de aterom la coronarografie, ultrasonografie a carotidiană sau ACT. Nu include valori crescute ale unor parametri cum ar fi grosimea intimă-medie a arterelor carotide.	RISC FOARTE ÎNALT

2. Cu cât riscul absolut de BCV este mai mare, cu atât beneficiul tratării factorului de risc este mai mare:¹

PAS 1	RISC FOARTE ÎNALT LDL-C < 70 mg/dL sau ≥ 50% din valoarea inițială Non-HDL-C 100 mg/dL
	Se recomandă renunțarea la fumat și adoptarea unui stil de viață sănătos, TAS < 140 mmHg până la 130 mmHg dacă este tolerată, terapie antitrombotică
Intensificarea tratamentului ¹ este obligatorie în pasul 2	RISC FOARTE ÎNALT
PAS 2	LDL-C < 55 mg/dL Non-HDL-C 85 mg/dL
	TAS < 130 mmHg dacă este tolerată, DAPT, inhibare duală, intervenții viitoare (colchicină, EPA)

¹Intensificarea tratamentului în funcție de: riscul CV la 10 ani (SCORE2); riscul CV pe termen lung și beneficiile tratamentului; comorbidități, fragilitate; preferințele pacientului

PACIENȚI CU BOALĂ ATEROSCLEROTICĂ

1. Majoritatea adulților cu DZ de tip 2 prezintă un risc înalt sau foarte înalt pentru viitoarele BCV:¹

Pacienți cu DZ tip 2	Subgrup	Categorii de risc
Pacienți cu DZ tip 1 cu vârstă peste 40 ani pot fi clasificați după aceleași criterii	Pacienți cu DZ controlat și diagnosticat (durata de DZ < 10 ani, fără afectarea organelor țintă și fără alți factori de risc CV)	RISC MODERAT
	Pacienții cu DZ fără boală aterosclerotică și/sau afectarea organelor țintă*, care nu îndeplinesc criteriile de risc moderat	RISC ÎNALT
	Pacienții cu DZ cu boală aterosclerotică stabilă și/sau afectarea organelor țintă	RISC FOARTE ÎNALT

* RFG < 45 mL/min/1.73 m², indiferent de albuminurie, eGFR 45–59 mL/min/1.73 m² și microalbuminuria (ACR 30–300 mg/g), proteinurie (ACR > 300 mg/g), prezența bolii microvasculare în cel puțin 3 locuri diferite (microalbuminurie plus retinopatie plus neuropatie)

2. Intensitatea tratamentului trebuie să crească odată cu creșterea riscului CV:¹

PAS 1	RISC MODERAT LDL-C < 100 mg/dL Non-HDL-C 131 mg/dL	RISC ÎNALT LDL-C < 70 mg/dL sau ≥ 50% din valoarea inițială Non-HDL-C 100 mg/dL	RISC FOARTE ÎNALT LDL-C < 70 mg/dL sau ≥ 50% din valoarea inițială Non-HDL-C 100 mg/dL
	Se recomandă renunțarea la fumat și optimizarea stilului de viață, TA < 140/90 mmHg la toți pacienții hipertensivi, <130/80 mmHg, la majoritatea pacienților hipertensivi, dacă tratamentul este bine tolerat (dar nu <120 mmHg)		
Intensificarea tratamentului ¹ este obligatorie în pasul 2	RISC ÎNALT	RISC FOARTE ÎNALT	
PAS 2	LDL-C < 70 mg/dL sau ≥ 50% din valoarea inițială Non-HDL-C 100 mg/dL	LDL-C < 55 mg/dL Non-HDL-C 85 mg/dL	
	TAS < 130 mmHg dacă este tolerată, SGLT2-i sau GLP-1RA dacă nu primesc deja, DAPT, DPI, tratamente noi (ex. colchicină, EPA)		

¹Intensificarea tratamentului în funcție de: riscul CV la 10 ani (SCORE2); riscul CV pe termen lung și beneficiile tratamentului; comorbidități, fragilitate; preferințele pacientului

PACIENȚI CU DIABET ZAHARAT

1. Pacienții cu BCR și HF se încadrează la un grad de risc înalt sau foarte înalt CV:¹

Pacienți cu BCR	Categorii de risc	
BCR fără DZ sau BCV aterosclerotică	BCR moderată (eRFG 30-44 ml/min/1,73 m ² și RAC <30 SAU eRFG 45-59 ml/min/1,73 m ² și RAC 30-300 SAU eRFG ≥60 ml/min/1,73m ² și RAC >300BCR severă (eRFG <30 ml/min/1,73 m ² SAU eRFG 30-44 ml/min/1,73 m ² și RAC >30)	RISC ÎNALT
	BCR severă (eRFG < 30 ml/min/1,73 m ² SAU eRFG 30-44 ml/min/1,73 m ² și RAC >30)	RISC FOARTE ÎNALT
Hipercolesterolemie familială	Categorii de risc	
Asociat cu valori marcat crescute ale colesterolului	RISC ÎNALT	

2. Se recomandă o discuție informată cu pacientul privind riscul CV și beneficiile tratamentului, adaptată nevoilor pacientului:¹

PAS 1	RISC ÎNALT LDL-C < 100 mg/dL Non-HDL-C 131 mg/dL	RISC FOARTE ÎNALT LDL-C < 70 MG/DL NON-HDL-C 100 MG/DL
	Se recomandă renunțarea la fumat și adoptarea unui stil de viață sănătos, TAS < 140 până la 130 mmHg dacă este tolerată, altfel se ia în considerare istoricul	
Intensificarea tratametnului ¹ este obligatoriu în pasul 2	RISC ÎNALT	RISC FOARTE ÎNALT
PAS 2	LDL-C < 70 mg/dL sau ≥ 50% din valoarea inițială Non-HDL-C 100 mg/dL	LDL-C < 55 mg/dL Non-HDL-C 85 mg/dL

¹Intensificarea tratamentului în funcție de: riscul CV la 10 ani (SCORE2); riscul CV pe termen lung și beneficiile tratamentului; comorbidități, fragilitate; preferințele pacientului

PACIENȚI CU BCR SAU HF

ATORIS®
ROSWERA®
CO-ROSWERA®
PRENESSANEO®
CO-PRENESSA®
CO-PRENESSANEO®
AMLESSA®
CO-AMLESSA®



KRKA ROMANIA SRL
Splaiul Independenței 319
etaj 10, sector 6, București
Tel: 021 310 6605/021 310 6606
Fax: 031 1000 703
www.krka.ro