

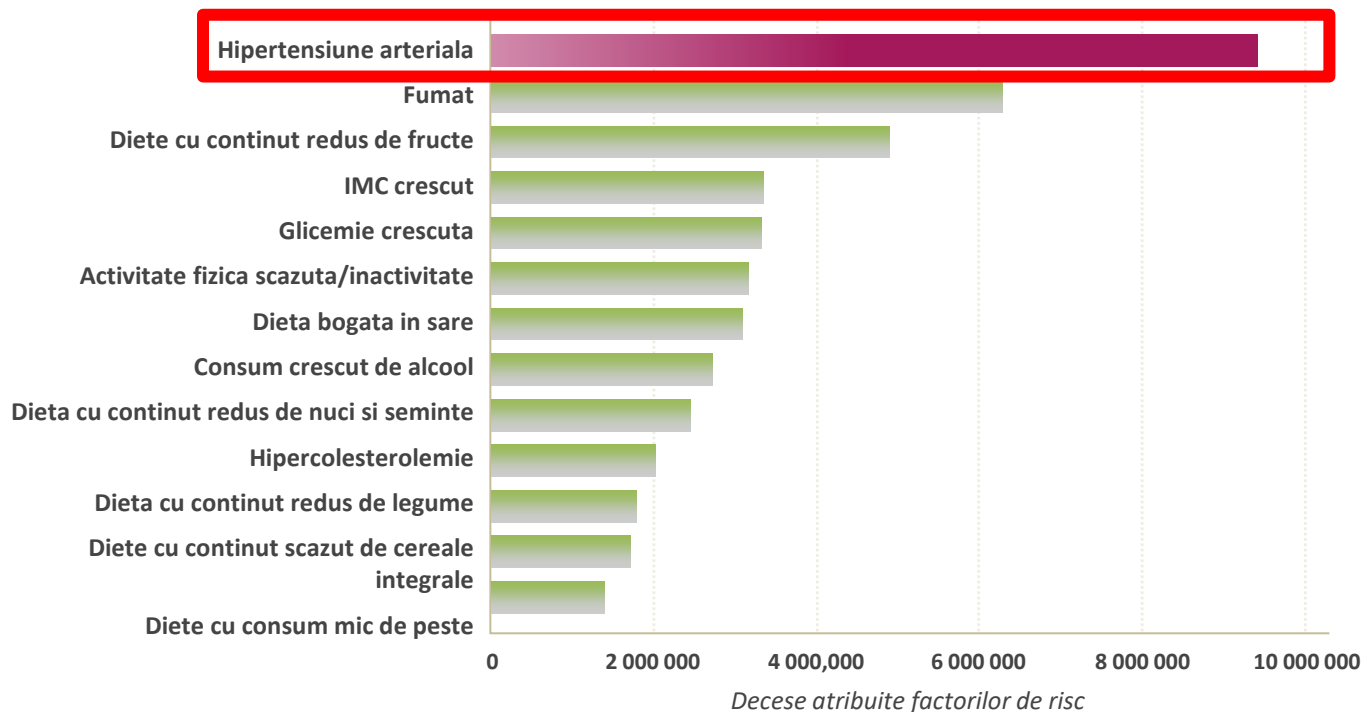
# Managementul hipertensiunii în vreme de covid- control rapid, persistență și răspuns la tratament



Dr Manea Adelina  
Medic specialist cardiolog

# Hipertensiunea arteriala este principala cauza de deces la nivel mondial<sup>1</sup>

○ Decese



**10,4**  
milioane  
decese  
in fiecare an<sup>2</sup>

1. Ezzati M et al. *N Engl J Med.* 2013;369:954-964. 2. Unger T et al. *J Hypertens.* 2020;38:982-1004.

IMC = indice de masa corporala

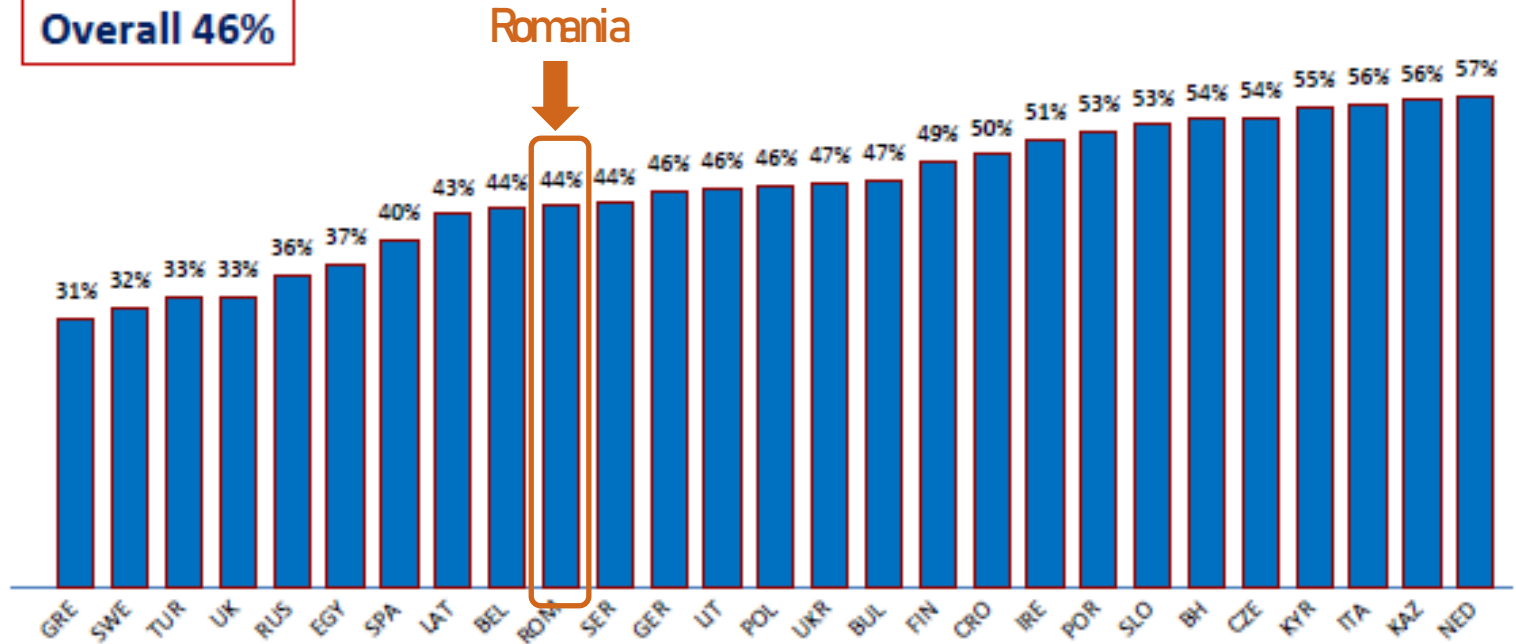
# Prevalența tensiunii arteriale în România este de 44 %



## Raised blood pressure Prevalence\*



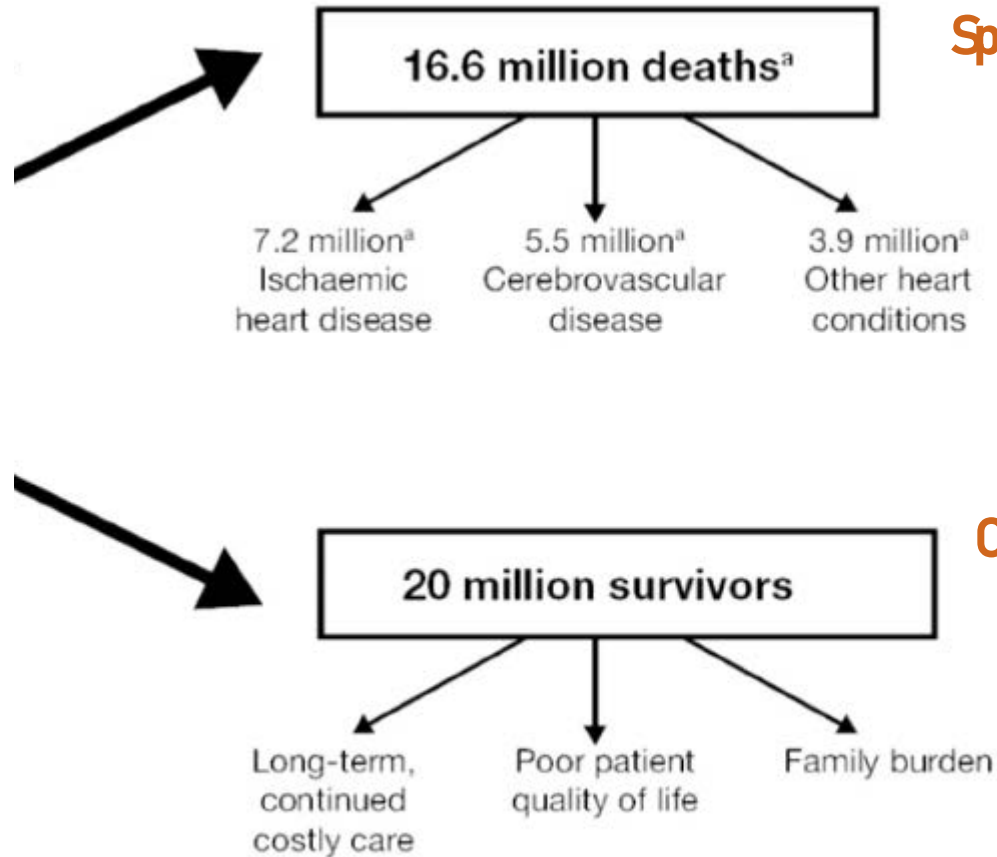
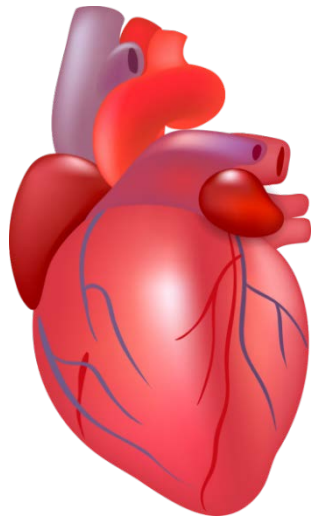
Overall 46%



ESC Congress  
Munich 2018

\*SBP/DBP  $\geq$  140/90 mmHg ( $\geq$  140/80 mmHg for patients with diabetes)  
Standardized for age and gender

# BCV este una dintre cele mai frecvente și devastatoare probleme de sănătate la nivel global ...



Speranța de viață este mai scurtă

Oamenii au o calitate a vieții scăzută

Figure 1 The mortal and morbid consequences of cardiovascular disease.  
Source: <sup>a</sup>World Health Organization, 2005

BCV – boală cardiovasculară

# Hipertensiunea arteriala:

## Unul din factorii cheie de risc modificabili ai BCV

Categorie	Factor	Contribuție la BCV
Factori de risc modificabili	<b>Hipertensiune</b>	<b>Relația continuă între nivelul TA și riscul de BCV peste 135/85 mmHg.</b>
	Dislipidemie	Nivelul CT și al LDL-C înalt și foarte înalt, precum și HDL-C scăzut, conferă risc de BCV.
	Fumat	Riscul de BCV este de 2-4 ori mai mare la fumători decât la nefumători.
	Diabet	Impune un risc CV similar cu infarctul miocardic și un risc echivalent cu îmbătrânirea de 15 ani. Crește riscul chiar și atunci când nivelurile de glucoză sunt controlate.
	Obezitate	Reprezintă un risc major pentru hipertensiune, dislipidemie și diabet zaharat.
	Consum excesiv de alcool	Crește TA, provoacă insuficiență cardiacă și poate duce la accident vascular cerebral.
	Stil de viață sedentar	Reprezintă un risc major pentru hipertensiune, dislipidemie și diabet zaharat.
Factori ce îmbunătățesc	Consumul zilnic de fructe și legume	Reduce tensiunea arterială și crește HDL-C.
	Activitate fizică regulată	
Factori nonmodificabili	Varsta înaintată	Crește riscul c-v bărbați >45 ani și femei >55 ani
	Sexul masculin	Risc mai crescut la aceeași vârstă cu femeile
	Istoric familial de BCV prematură	<55 ani la bărbați și <65 ani la femei rude

**ACȚIONĂM  
PENTRU A  
PREVENI!**

BCV – boala cardiovasculară, TA- tensiunea arterială, CT –colesterol total, CHD – boala coronariană

# Reducerea tensiunii arteriale este principalul factor de reducere al riscului CV

**10** mm Hg scade TAS  
sau

**5** mm Hg scade TAD

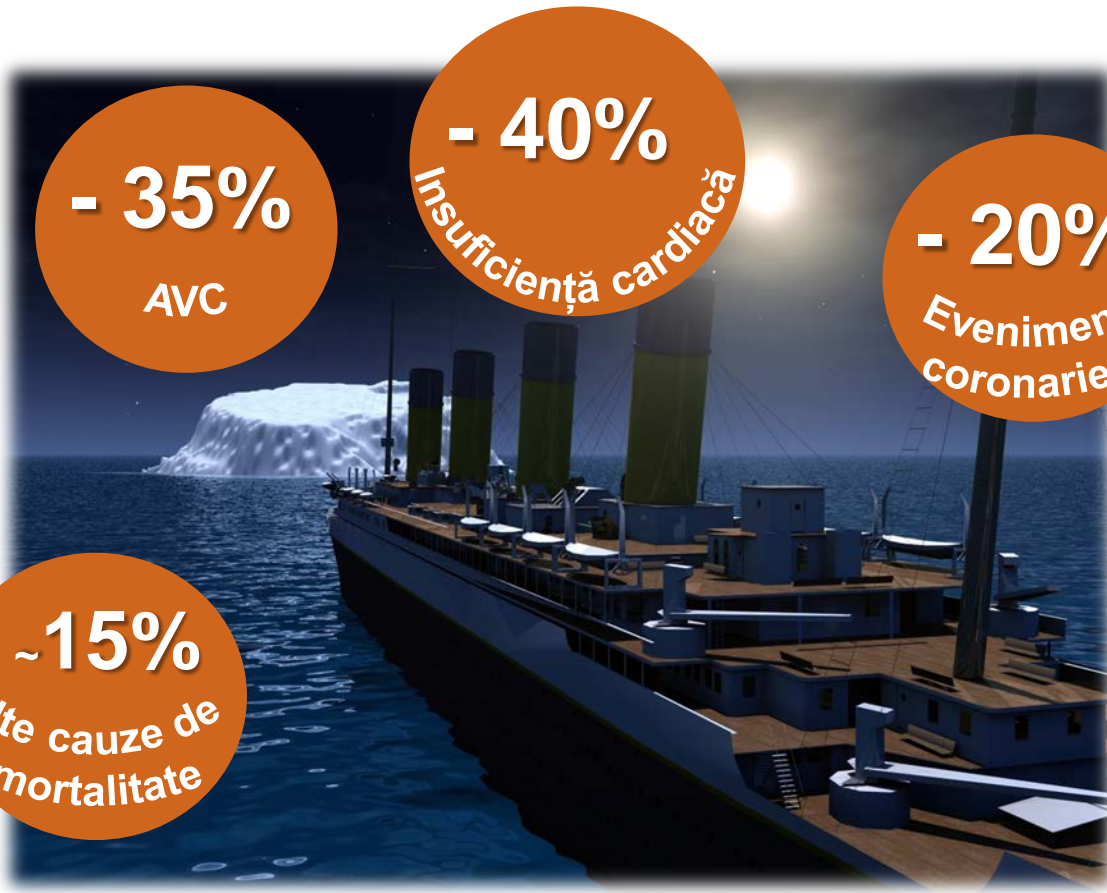
**Scădere semnificativă a  
mortalității și morbidității CV**

**- 35%**  
AVC

**- 40%**  
Insuficiență cardiacă

**- 20%**  
Evenimente  
coronariene

**- ~15%**  
Alte cauze de  
mortalitate



# De ce controlul TA este dificil de obținut?



**2 din 3** pacienți hipertensivi **renunță la** tratament în termen de **1 an** de la inițierea terapiei

Aderența după:

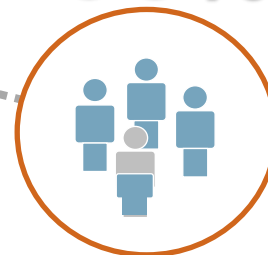
**47%**

3 luni

**43%**

6 luni

**35%**

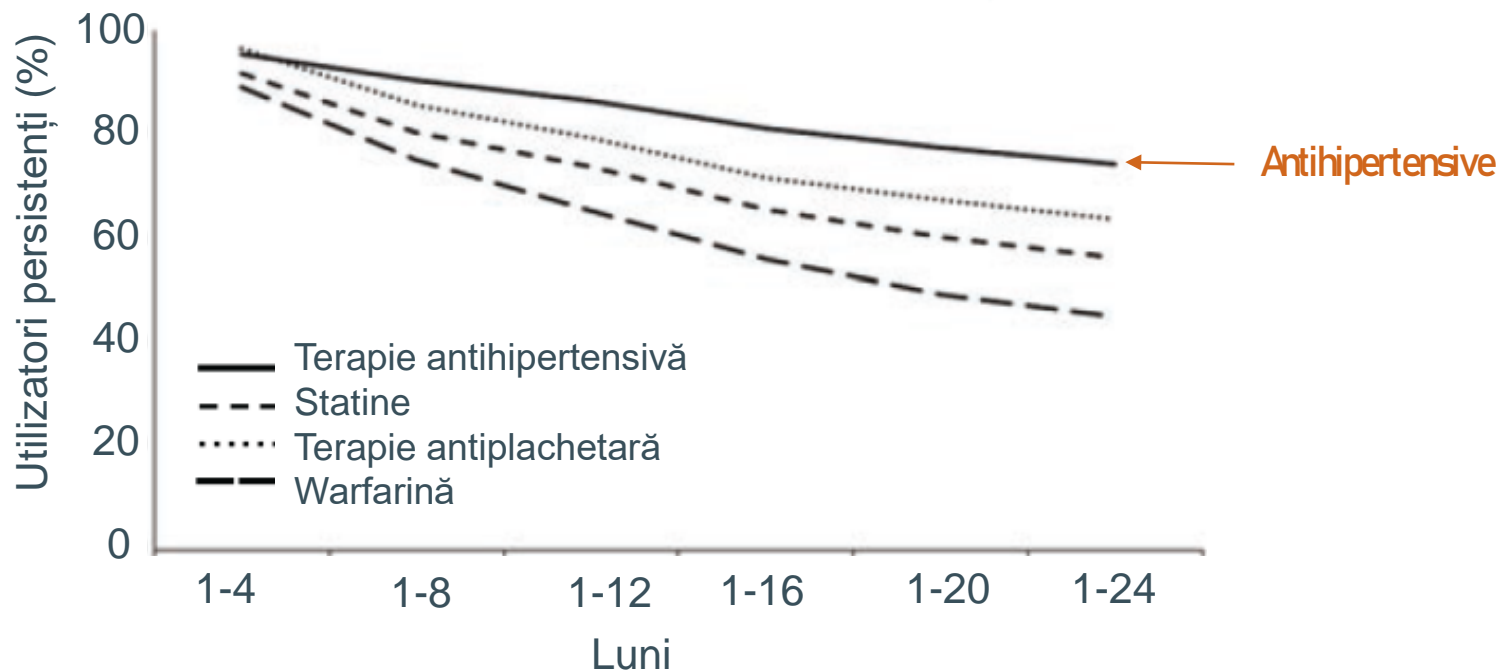


12 luni

**Aderența scăzută la tratamentul antihipertensiv crește riscul apariției BCV, ce afectează calitatea vieții și crește costurile asistenței medicale.**

# Aderența scăzută de obicei afectează toate liniile de terapie la toți pacienții – prevenție primară sau secundară

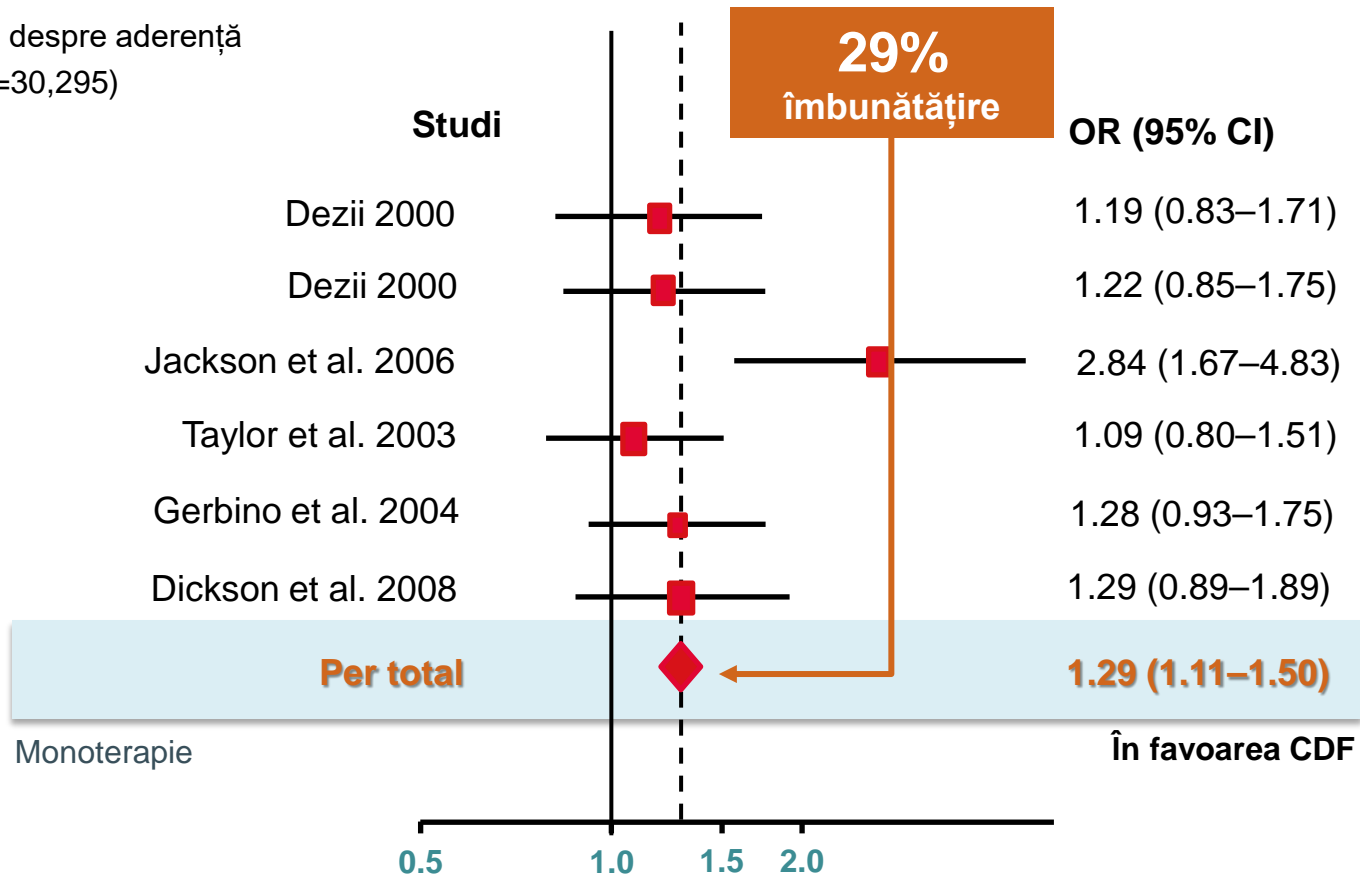
Persistența cu medicamente pentru prevenția secundară în 24 de luni după un accident vascular cerebral ischemic:





# ↓ numărului de cpr. din medicație = ↑ aderența

- Meta-analiză despre aderență
- în 6 studii (n=30,295)



CDF – combinație în doză fixă; OR – raportul de cote; CI – interval de încredere

# Recomandările ghidurilor ESC/ESH 2018: CDF pentru majoritatea pacienților hipertensivi



1 Tabletă

## Terapie inițială

Dublă terapie

IECA sau BRA + BCC sau  
diuretic

Se consideră monoterapie la pacienți cu hipertensiune arterială grad 1 risc adițional scăzut (TAS < 150 mmHg) sau la pacienții foarte vârstnici (≥ 80 ani) sau tarați.



1 Tabletă

## Pasul 2

Triplă terapie

IECA sau BRA + BCC + diuretic



2 Tablete

## Pasul 3

Triplă terapie +  
spironolactonă sau  
altă clasă  
antihipertensivă

## Hipertensiune rezistentă

Se adaugă spironolactonă (25-50 mg o.d.) sau alt diuretic, alfa-blocant sau beta-blocant

Se consideră îndrumarea spre un centru de referință pentru investigații suplimentare

## Beta-blocante

Se consideră beta-blocante la oricare pas în terapia hipertensiunii arteriale dacă există indicație specifică pentru utilizarea lor ex. insuficiență cardiacă, angină, post-IM, fibrilație atrială sau femei tinere însărcinate sau care planifică o sarcină.

# Eficacitatea BRA vs. iECA

**BRA** au prezentat **eficacitate similară** în ceea ce privește mortalitatea CV, IM, accident vascular cerebral și boală renală în stadiu terminal, comparativ **cu inhibitorii ECA**

## Rezultate

## Studii

## RR (95% CL)

### Eficacitate

Mortalitatea CV

5

1.00 (0.89-1.12)

Infarct miocardic

5

1.07 (0.94-1.22)

AVC

4

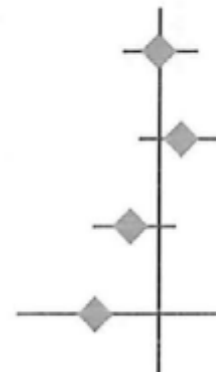
0.92 (0.80-1.06)

Boala renală în stadiul final

2

0.88 (0.63-1.22)

### Head-to-Head Studies

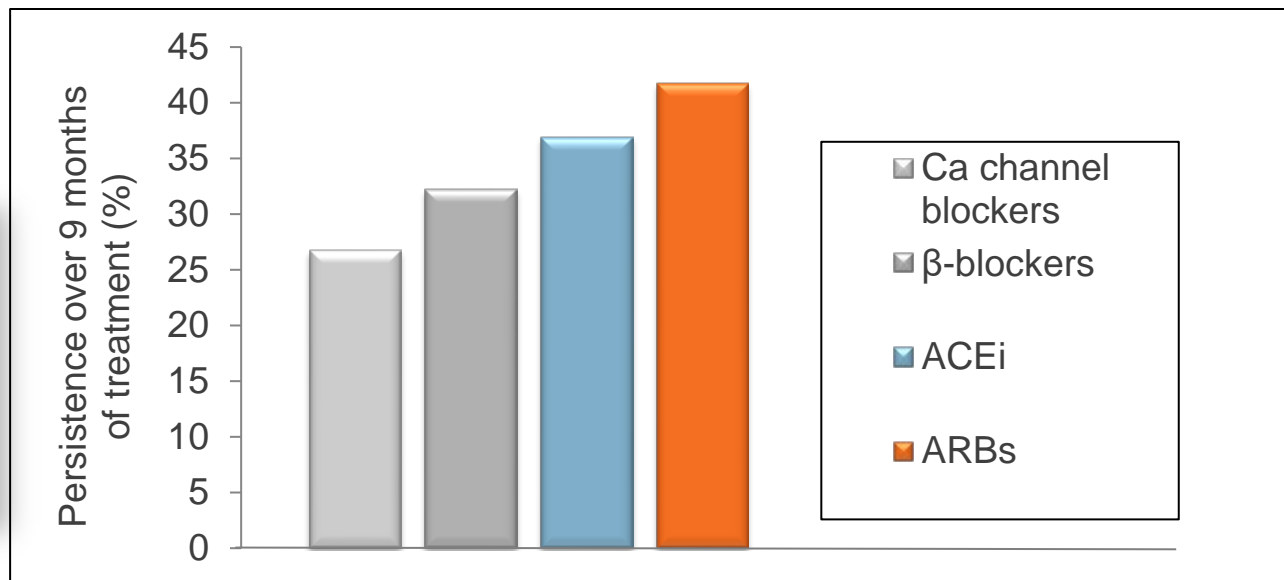


Favorabil BRA

Favorabil iECA

# BRA – terapie optimă pe termen lung

**Majoritatea pacienților  
au continuat tratamentul cu  
sartani pe o durată lungă  
vs.  
alte antihipertensive**





# BRA

Control optim al TA

Cea mai persistentă și  
aderentă terapie  
antihipertensivă

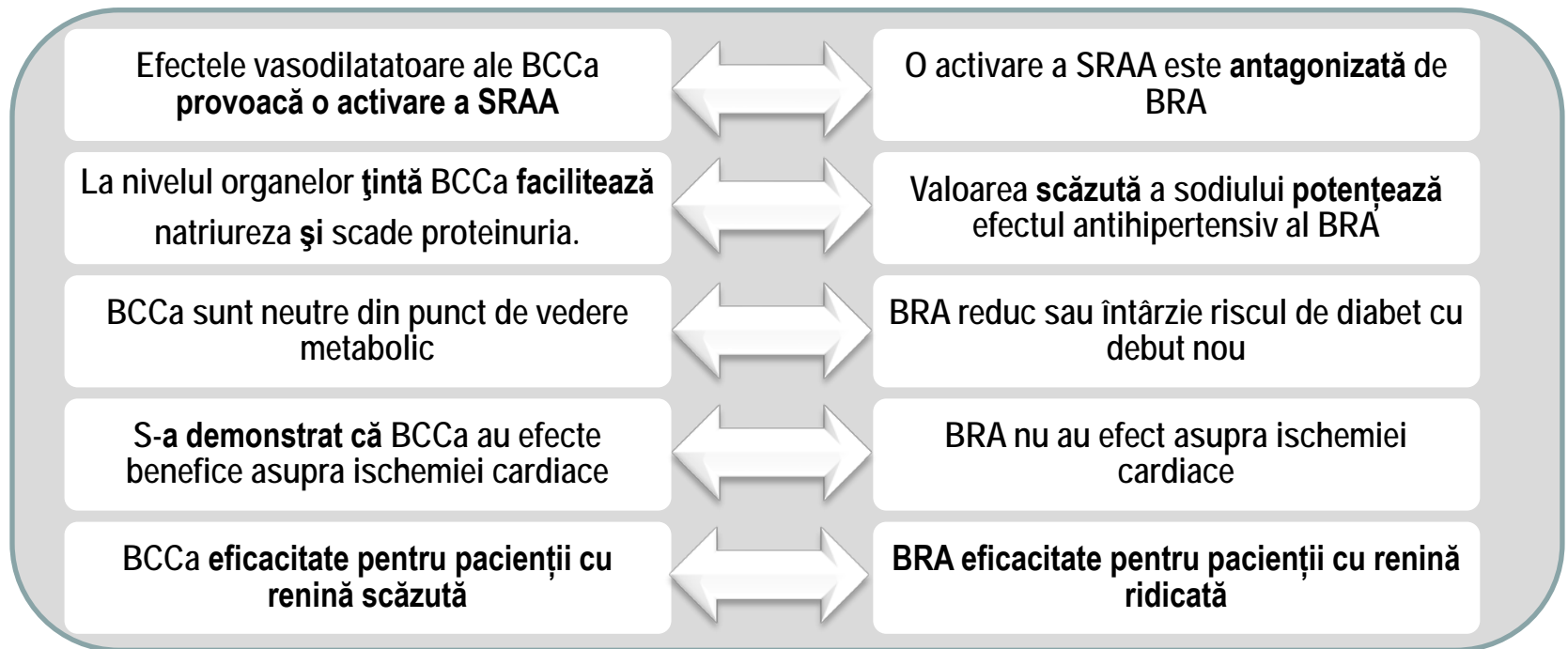
Risc scăzut de  
întrerupere din cauze RA

Reducere  
semnificativă a  
riscului CV

# BRA și BCCa au mecanisme complementare de acțiuni care vizează o reducere suplimentară a TA

## BCCa

## BRA





# De ce să asociem amlodipină la sartani?

- ❖ **Efect antihipertensiv de lungă durată;**
- ❖ **Efect cardioprotector mai pronunțat - efect antianginos;**
- ❖ **Îmbunătățește prognosticul pacienților cu hipertensiune arterială cu ateroscleroză prin valente vasoprotectoare suplimentare;**
- ❖ **Efectele antioxidante ale amlodipinei îmbunătățesc funcția endotelială;**
- ❖ **Proprietăți renoprotectoare suplimentare prin acțiune pe glomerul și prin reducerea variabilității TA.**

# Ce aduce suplimentar BCCa față de diuretic?

**SRAA (BRA sau iECA)**

+

Diabet



Boli renale cronice



Hipertrofie ventriculara stângă



AVC anterior



Fibrilația atrială\*



Angină pectorală



Sindrom metabolic



Concomitant conditions

Diuretice

sau

BCCa

Diabet



Boală renală cronică  
GFR > 30 ml/min



Hipertrofie ventriculară stângă



AVC anterior



Insuficiență cardiacă





# Terapia HTA – importanța combinațiilor in doze fixe

**CDF** – majoritatea pacienților

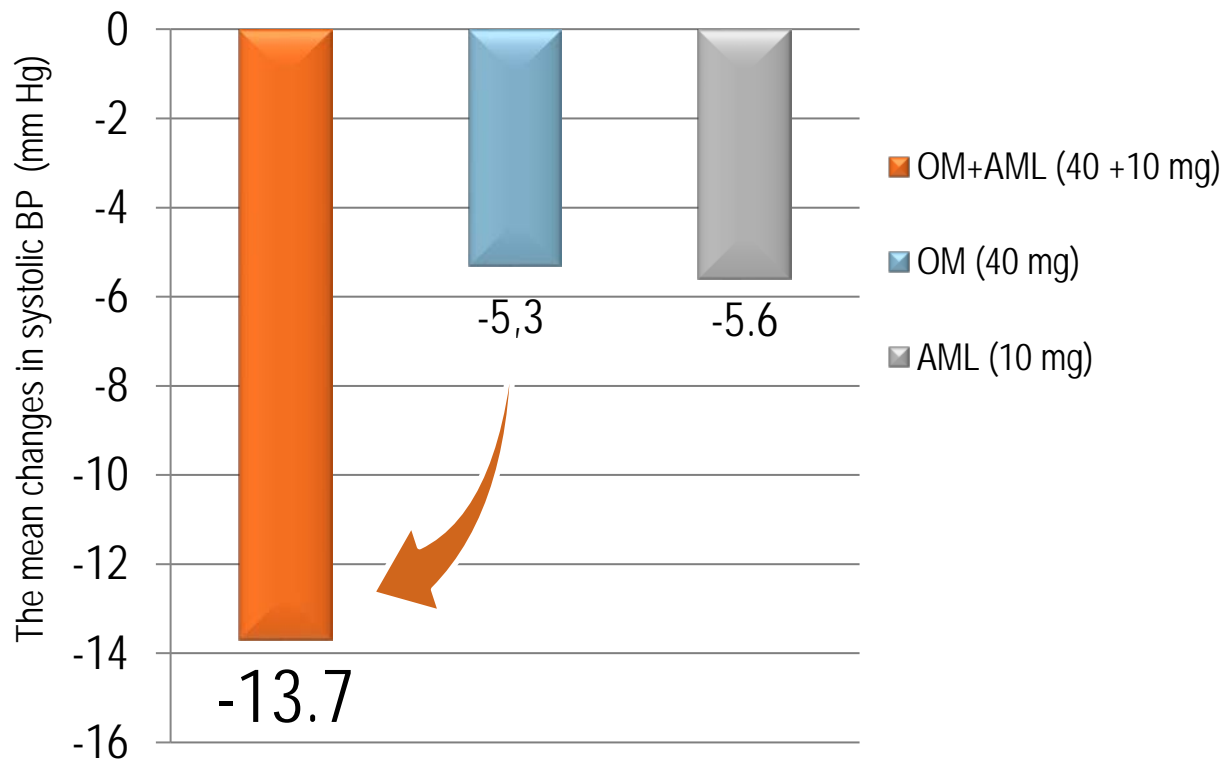
- Chiar și la HTA grad I – studiul HOPE 3 – CDF in doze mici – scăderea evenimentelor cardio-vasculare
- Efecte adverse mai mici decât doze mari a unui singur agent hipotensor
- Reacții adverse puține - aderența crescută
- ***Control superior al TA***

**Monoterapie**

- HTA grad I risc scăzut
- TA înalt normală
- Vârșnici



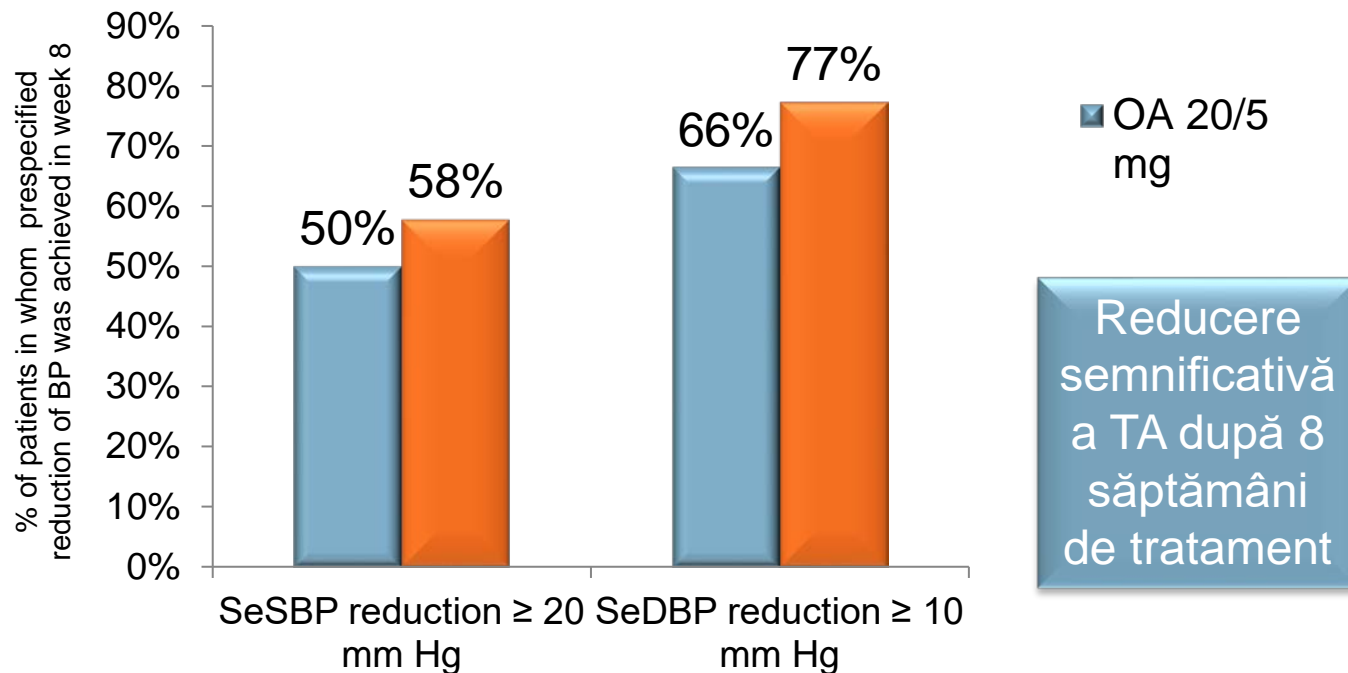
# Asocierea OLM + AML asigură o reducere semnificativă a TA



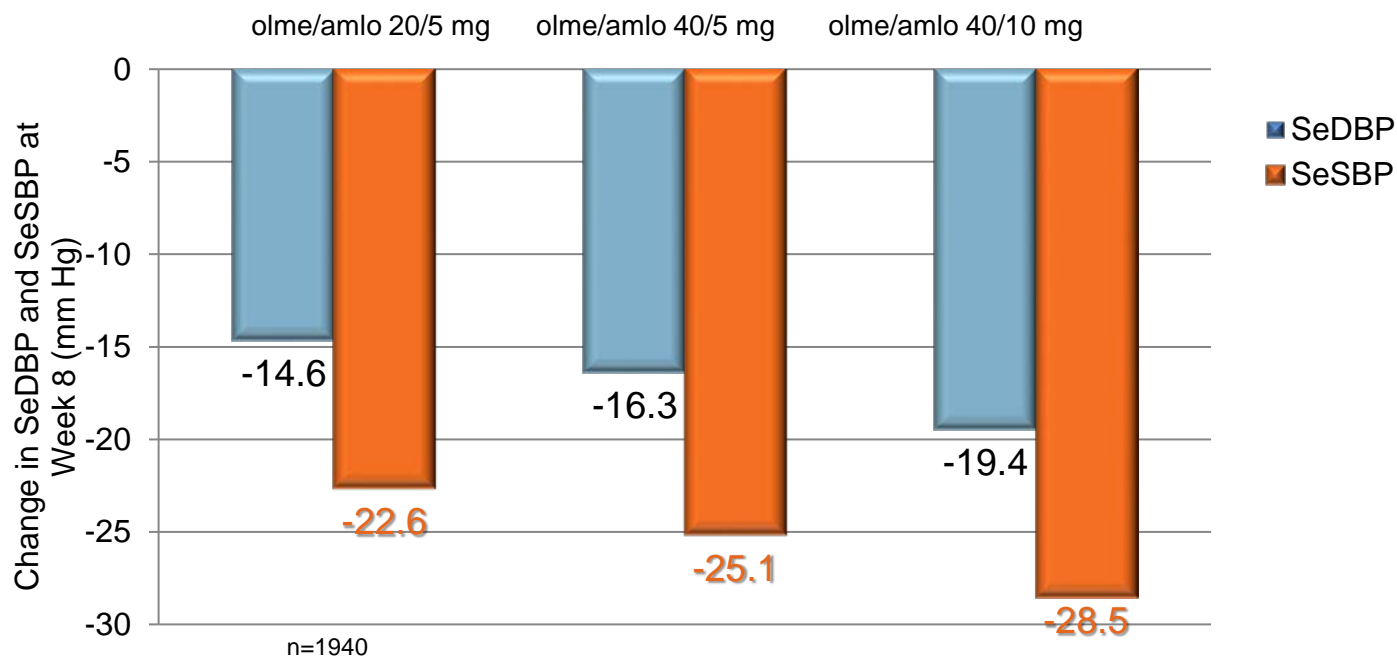
**Reducere semnificativă a TA obținută prin asocierea OLM și AML decât prin monoterapie pentru vârstnicii cu hipertensiune arterială rezistentă.**

n=157, durata studiului= 8 săptămâni

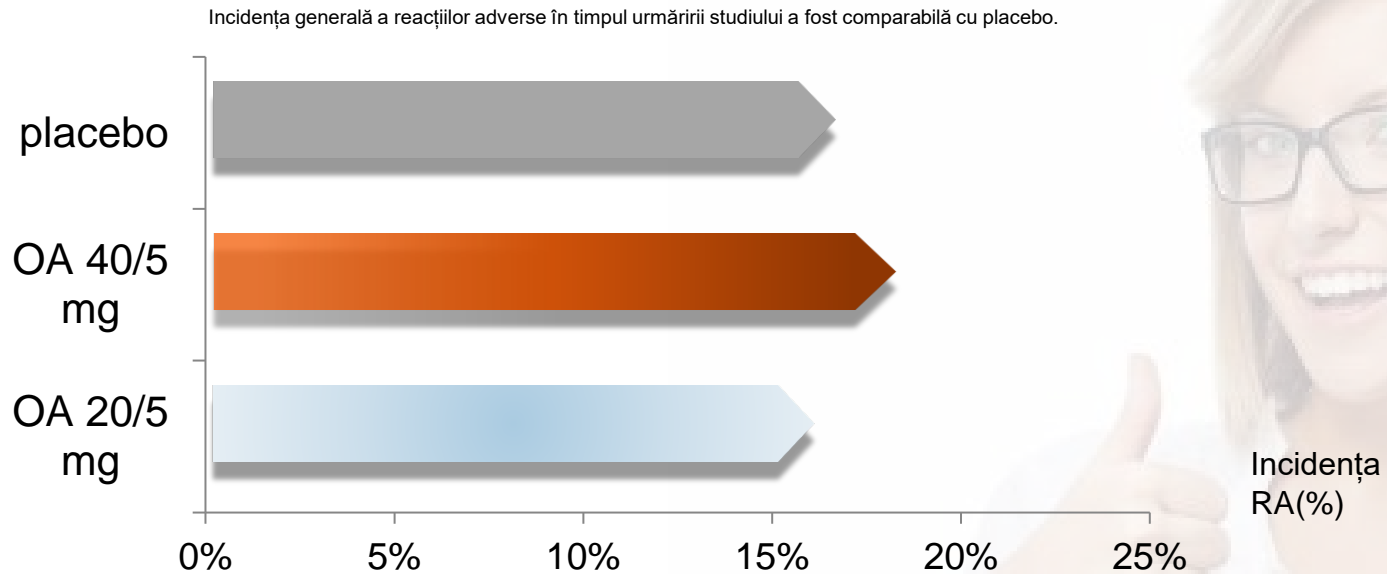
# Eficacitate și rapiditate în scăderea TA



# Scăderea TA similară pe toate palierele de doză la combinația fixă OLM/AMLO



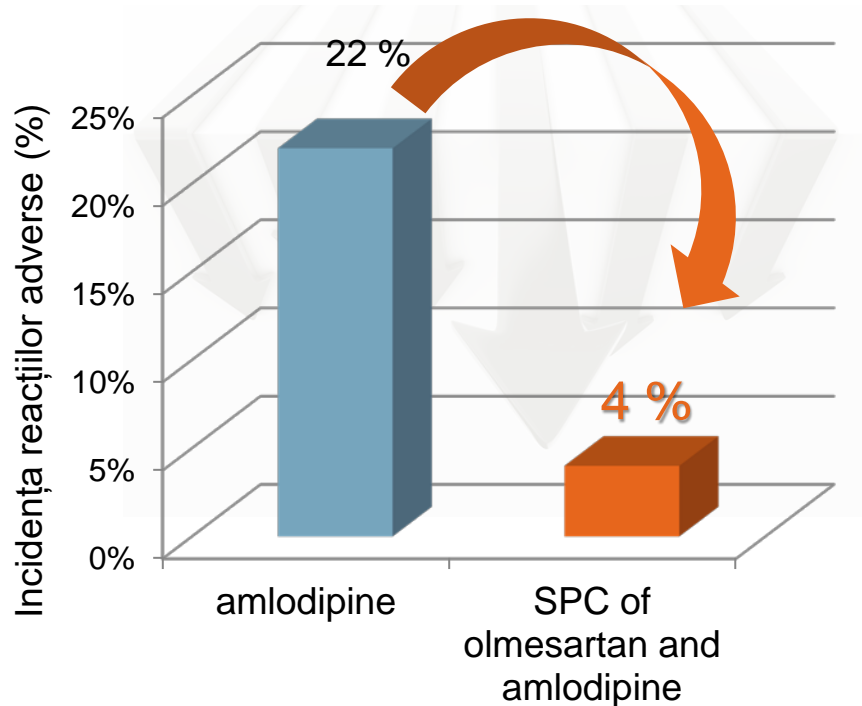
# CDF olmesartan / amlodipină oferă un profil de siguranță și tolerabilitate bun la pacienții cu hipertensiune arterială



RA – reacții adverse

The efficacy and safety of olmesartan medoxomil/amlodipine fixed combination in patients with grade 1 to grade 2 arterial hypertension. An international randomized, double-blind, 10-week multi-factorial clinical study. Data on file. Krka, d. d., Novo mesto 2017.

# CDF olmesartan/ amlodipină prezintă mai puține reacții adverse în comparație cu amlodipina în monoterapie



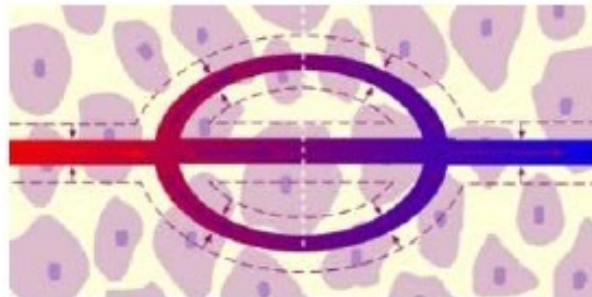
Grupul ce a beneficiat de terapie combinată (CDF OLM/AML) a înregistrat o prevalență mai mică a efectelor adverse față de terapia cu amlodipină.



n=118, durata studiului = 6 săptămâni OM-olmesartan, AML-amlodipină

# Complementary Effects of a CCB/ARB

## Reduction of CCB-associated Edema



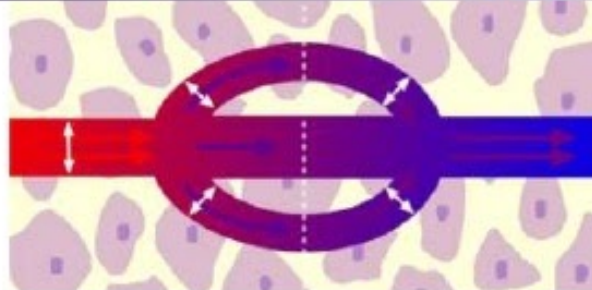
Arterial hypertension

- Constricted blood vessels, high resistance



CCBs

- BP reduction due to arterial vasodilation
- Tendency towards edema due to absent venodilation
- BP reduction stimulates RAAS & causes venoconstriction



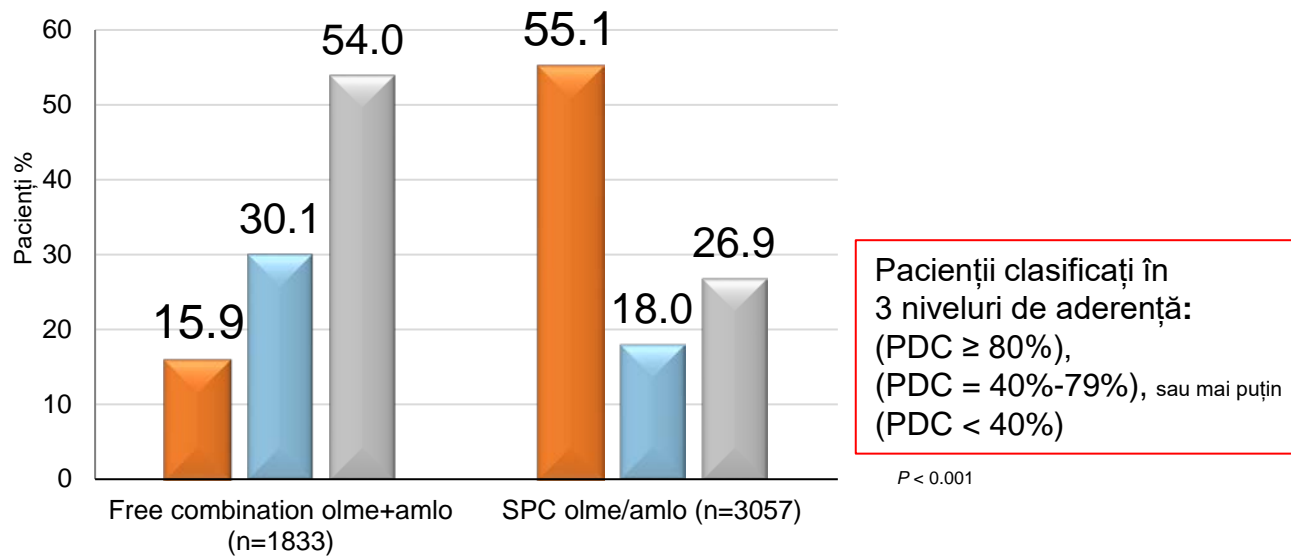
CCBs + RAS inhibitors\*

- Blockade of RAAS inhibits effects of angiotensin II, giving rise to additional BP reduction
- Additional venodilation by RAS inhibitors reduces edema

\*Angiotensin receptor blockers or angiotensin-

Messerli. Am J Hypertens 2001;14:978-9

# Din raportul eficiență vs reacții adverse aderența superioară la combinație OLM/AMLO



➤ Aderența este de 3 X mai mare cu CDF olm / amlo VS. monoterapie

Aderența este estimată prin calcularea proporției de zile acoperite (PDC).



# Olssa®

Olmesartan medoxinil/ amlodipină  
Comprimate filmate



Aderență mai bună

Control deplin al TA

Reducerea  
riscu CV

## CONTROL DEPLIN DE LA BUN ÎNCEPUT

Terapia cu o CDF dublează ratele de control ale TA

*„Inițierea tratamentului la majoritatea pacienților hipertensivi cu o CDF care asociază două molecule, va îmbunătăți **eficacitatea, persistența și răspunsul pacientului la tratament**”*

*Avantajul major al CDF - reprezintă **simplificarea schemei terapeutice prin administrarea unui singur cpr. zilnic**, ce asigură o **aderență crescută la tratament**, obținând **un control optim al TA prin mecanisme multiple**.*

ESC/ESH 2018 - Guidelines for the management of arterial hypertension.



**Va multumesc !**

Don't **treat** Diabetes  
to your heart.

People with Diabetes are 2 to 4 times likely to