

# HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ LA ADULT

Hipertensiunea arterială: tensiunea arterială persistent egală sau mai mare de 140/90 mmHg, în repaus, la persoanele adulte în condiții de cabinet medical.

## Screening-ul pentru HTA conform vârstei:

≥ 18 ani cu TA optimă și normală – o dată la 5 ani;  
18-40 ani cu TAs ≥ 130-139 mmHg și TAd ≥ 85-89 mmHg – anual  
≥ 40 de ani - la fiecare vizită de examen

nu

Se confirmă valorile crescute ale TA

da

## Anamneză

Durata HTA, nivelul TA maxim și "de lucru"  
Elemente de hipertensiune secundară  
Factori de risc  
Simptome ale leziunii de organ  
Terapie antihipertensivă anterioară  
Factori personali, familiali și de mediu

## Examen fizic

Semne sugestive pentru HTA secundară  
Semne sugestive pentru leziune de organ  
Dovezi de obezitate viscerală

Categoria	TAs	TAd
Optimă	<120	<80
Normală	120-129	80-84
Normal înaltă	130-139	85-89
HTA gr 1	140-159	90-99
HTA gr 2	160-179	100-109
HTA gr 3	≥180	≥110
HTA sistolică izolată	≥140	<90

## Valorile prag ale TA (mmHg) pentru definirea HTA în funcție de diferite tipuri de măsurare

	TAs	TAd
În cabinet sau în spital	140	90
La domiciliu	130-135	85
Monitorizarea 24 de ore	120-130	80
● Ziua	130-135	85
☾ Noaptea	120	70

## Excludeți pe criteriile clinice și de laborator cauzele HTA secundare

Calculați riscul adițional pentru pacienții cu HTA

! Măsurări standardizate cu aparate recent calibrate

! Evaluează riscul cardiovascular global și inițiază tratamentul

! Evaluează riscul cardiovascular adițional și alege tactica tratamentului conform riscului

## Investigații paraclinice

### obligatorii (de rutină):

Glicemie à jeun  
Colesterol total  
Trigliceride à jeun  
Acid uric  
Creatinină  
Hemoglobină și hematocrit  
Analize urinare și microalbuminurie  
Electrocardiogramă

### în funcție de posibilitățile de efectuare

LDL-colesterol  
HDL-colesterol  
Potasemie.  
Clearance-ul creatininei estimat sau rata filtrării glomerulare

## 3. Diabetul zaharat

Glicemia à jeun ≥ 7 mmol/l repetat sau  
Glicemia postprandială ≥ 11 mmol/l

## 4. Afecțiunea cardiovasculară sau renală constituită – condiții clinice asociate

### Afecțiunea cerebrovasculară:

Accidentul vascular cerebral ischemic  
Hemoragie cerebrală  
Accident ischemic tranzitoriu

### Afecțiunea cardiacă:

Infarct miocardic  
Angină pectorală  
Revascularizare coronariană  
Insuficiență cardiacă

### Afecțiunea renală:

Nefropatie diabetică  
Disfuncție renală (creatinina serică B > 133;  
F > 124 μmol/l);  
proteinurie (> 300 mg/24 h)

### Arterioopatie periferică

Claudicație intermitentă

### Retinopatie avansată:

Hemoragii sau exsudate  
Edem al papilei nervului optic

## 1. Factorii de risc

Nivelurile TAs și TAd  
Nivelul TA pulsatile (la vîrstnici)  
Bărbați (B) ≥ 55 ani  
Femei (F) ≥ 65 ani  
Fumatul  
Dislipidemia:

Colesterol total ≥ 5 mmol/l sau

LDL-colesterol ≥ 3 mmol/l sau

HDL-colesterol: B ≤ 1 mmol/l, F ≤ 1,2 mmol/l sau:

Trigliceride ≥ 1,7 mmol/l

Glicemie à jeun 5,6-6,9 mmol/l  
Testul de toleranță la glucoză alterat  
Obezitatea tip abdominal (circumferința abdominală B ≥ 102 cm; F ≥ 88 cm)  
Istoric familial de afecțiune cardiovasculară prematură (B < 55 ani; F < 65 ani)

## 2. Semnele de afectare subclinică a organelor-țintă (AOT)

### Hipertrofiie ventriculară stîngă

La ECG: indice Sokolow-Lyon ≥ 38 mm  
(formula  $SV_2(V_3)+RV_4(V_5)>38\text{mm}$ ) sau  
La EcoCG: indice masă miocard VS crescut  
(B ≥ 125 g/m<sup>2</sup>, F ≥ 110 g/m<sup>2</sup>)

### Îngroșarea peretelui arterial sau plăci de aterom

La Eco art. carotide – grosimea intima-media (IMT) ≥ 0,9 mm  
Velocitatea carotido-femurală a undei pulsului ≥ 12 m/s  
Indicele tensional gleznă/braț ≤ 0,9

### Afectare renală

Creatinina serică ușor crescută:  
(B: 115-133 μmol/l; F: 107-124 μmol/l)  
Rata filtrării glomerulare (< 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) sau  
Clearance-ul creatininei < 60 ml/min (formula (140-vîrsta) x  
masa corpului (kg) x 1.22/creatinina serică (μmol/l))  
Microalbuminuria 30-300 mg/24 ore sau  
Raportul albumină/creatinină: (B ≥ 2,5; F ≥ 3,5mg/mmol)

## Stratificarea riscului în cuantificarea prognosticului pacientului cu hipertensiune arterială

Alți factori de risc, leziuni organice subclinice sau afecțiuni	Tensiunea arterială (mmHg)				
	Normală	Normal înaltă	HTA gradul I	HTA gradul II	HTA gradul III
Nici un alt factor de risc	Risc mediu populațional	Risc mediu populațional	Risc adițional mic	Risc adițional moderat	Risc adițional înalt
1-2 factori de risc	Risc adițional mic	Risc adițional mic	Risc adițional moderat	Risc adițional moderat	Risc adițional foarte înalt
≥3 factori de risc; sindrom metabolic; leziuni organice subclinice; diabet zaharat	Risc adițional moderat	Risc adițional înalt	Risc adițional înalt	Risc adițional înalt	Risc adițional foarte înalt
Boală cardiovasculară sau renală constituită	Risc adițional foarte înalt	Risc adițional foarte înalt	Risc adițional foarte înalt	Risc adițional foarte înalt	Risc adițional foarte înalt

## Indicațiile pentru consultația specialiștilor

### De urgență:

Hipertensiune malignă  
Hipertensiune severă (> 220/120 mmHg)  
Complicații iminente. **Pacientul se consultă pe loc!**

### Cauze posibile:

HTA secundară  
Nivel sporit al creatininei serice  
Proteinurie sau hematurie  
Debut sau agravare bruscă a hipertensiunii  
Rezistență la tratament (≥ 3 med. în doze adecvate)  
Vîrsta tînă (<20 de ani)  
HTA care necesită tratament la persoanele <30 ani  
Probleme terapeutice  
Intoleranța la mai multe medicamente  
Contraindicații la utilizarea mai multor medicamente  
Nerespectarea indicațiilor medicului de familie  
Variabilitate neobișnuită a TA  
Posibila HTA „de halat alb”  
HTA în timpul sarcinii  
Alte situații speciale (HTA la vîrstnici etc.)

## GRUPELE DE MEDICAMENTE ANTIHIPERTENSIVE PREFERABILE, ÎN FUNCȚIE DE CONDIȚIILE CLINICE ASOCIATE

### Afectarea subclinică a organelor țintă

Hipertrofiie ventriculară stângă	IECA, ACC, ARA
Ateroscleroză asimptomatică	ACC, IECA
Microalbuminurie	IECA, ARA
Disfuncție renală	IECA, ARA

### Grupele de medicamente

### Condiții clinice asociate

AVC în antecedente	Orice agent care scade TA
IM în antecedente	βB, IECA, ARA
Angină pectorală	βB, ACC
Insuficiență cardiacă	Diuretice, βB, IECA, ARA, Antagoniștii aldosteronici
Fibrilație atrială	
recurentă	ARA, IECA
permanentă	βB, ACC nondihidropiridinici
IRC/proteinurie	IECA, ARA, diuretice de ansă
Angiopatie arterială periferică	ACC

### Situații speciale

HTA sistolică izolată (vîrstnici)	Diuretice, ACC
Sindrom metabolic	IECA, ARA, ACC
Diabet zaharat	IECA, ARA
Sarcină	Metildopa, labetalol, ACC, βB

AVC: accident vascular cerebral

IRC: insuficiență renală cronică

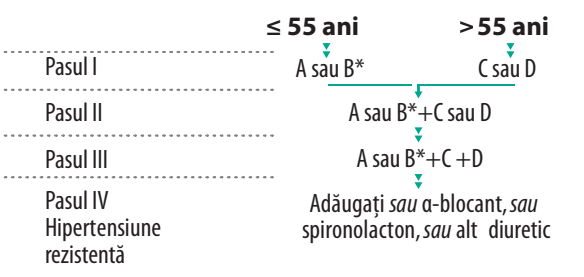
IECA: inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei II

ARA: antagoniști ai receptorilor angiotensinei

ACC: antagoniștii canalelor de calciu

βB: beta-adrenoblocante

## Algoritmul terapiei medicamentoase în HTA



A: inhibitor ECA

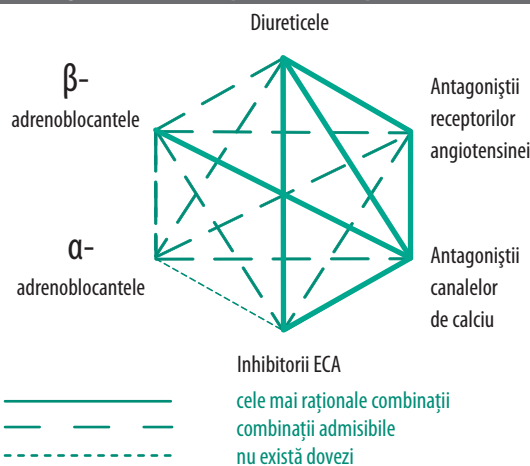
B: β-adrenoblocant

C: blocant al canalelor de calciu

D: diuretic din grupa tiazidelor

\*Terapia combinată cu B și D mai frecvent poate induce diabetul zaharat, în comparație cu alte combinații.

## Strategiile de monoterapie versus terapie combinată



## Indicații pentru alte medicamente în HTA

### Prevenția primară

#### Acid acetilsalicilic:

Doza - 75 mg/zi,  
Vîrsta ≥ 50 de ani  
TA < 150/90 mmHg,  
Leziune a organului-țintă,  
Diabet zaharat sau  
Risc cardiovascular înalt și foarte înalt

#### Statine:

Doza suficientă pentru atingerea valorilor-țintă a colesterolului total (< 4,5 mmol/l)  
Vîrsta < 80 de ani  
Risc cardiovascular înalt și foarte înalt,

### Prevenția secundară în HTA (inclusiv pacienții cu diabet de tipul 2)

#### Acid acetilsalicilic:

Tuturor pacienților, cu excepția prezenței de contraindicații.

#### Statine:

Doze suficiente pentru atingerea valorilor-țintă, dacă pacientul are pină la 80 de ani și o concentrație a colesterolului total ≥ 3,5mmol/l.

## CONTRAINDICAȚII ÎN ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR ANTIHIPERTENSIVE

Grupe de medicamente	Contraindicații absolute	Contraindicații relative
Diuretice tiazidice	Gută	Sindrom metabolic Intoleranță la glucoză Sarcină
Beta-adrenoblocante	Astm bronșic Bloc artioventricular (gradele 2 sau 3)	Boală arterială periferică Sindrom metabolic Intoleranță la glucoză Atleți și persoane active Boală pulmonară cronică obstructivă
Antagoniști ai canalelor de calciu (dihidropiridine)		Tahiaritmii Insuficiență cardiacă
Antagoniști ai canalelor de calciu (non-dihidropiridine)	Bloc atrioventricular (grad 2 sau 3) Insuficiență cardiacă	
Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei II	Sarcină Edem angioneurotic Hiperkaliemie Stenoză bilaterală de artere renale	
Antagoniști ai receptorilor angiotensinei	Sarcină Hiperkaliemie Stenoză bilaterală de artere renale	
Diuretice (antialdosteronice)	Insuficiență renală Hiperkaliemie	

## INIȚIEREA TRATAMENTULUI ÎN RAPORT CU GRADUL DE RISC ADIȚIONAL

Alți factori de risc, leziuni organice subclinice sau afecțiuni	TA normală	TA normal înaltă	HTA gradul I	HTA gradul II	HTA gradul III
Nici un alt factor de risc	Nu sunt necesare intervenții	Nu sunt necesare intervenții	Corecția* 2-3 luni apoi TM#	Corecția* 2-3 săpt. apoi TM#	Corecția* + TM imediat
1-2 factori de risc	Corecția*	Corecția*	Corecția* 2-3 săpt. apoi TM#	Corecția* 2-3 săpt. apoi TM#	Corecția* + TM imediat
≥ 3 factori de risc; sindrom metabolic; leziuni organice subclinice; diabet zaharat	Corecția*	Corecția* + TM	Corecția* + TM	Corecția* + TM	Corecția* + TM imediat
Boală cardiovasculară sau renală constituită	Corecția* + TM imediat	Corecția* + TM imediat	Corecția* + TM imediat	Corecția* + TM imediat	Corecția* + TM imediat

## PERIODICITATEA DE SUPRAVEGHERE A PACIENȚILOR CU HTA DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE

TA normal înaltă - anual.

HTA de gradul I - anual.

HTA de gradele I și II cu risc adițional mic - anual.

HTA de gradele I, II și III cu risc adițional moderat și înalt - de două ori pe an.

HTA de gradele I, II și III cu risc adițional foarte înalt - de patru ori pe an.

Corecția\* - corecția stilului de viață; TM - tratamentul medicamentos; # - dacă TA nu se normalizează

Elaborat în baza Protocolului Clinic Național „Hipertensiunea arterială la adult” (PCN - 1). Elaborat: mai, 2009

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 205 din 08.07.2009 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie „Hipertensiunea arterială la adult”.

