



Screening al TA pentru identificarea valorilor ridicate

O dată la 2 ani;
>75 de ani - anual

Normală	<130/85	Verifică la 2 ani /1 an > 75 de ani	Evaluează RCV și inițiază măsuri non-farmacologice
N înaltă	130-139/85-89	Verifică anual	
Grad I	140-159/ 90-99	Verifică la 1 - 2 luni	
Grad II	160-179/ 100-109	Verifică săptămânal primele 3 săpt.	
Grad III	>180/110	Verifică prima: -zi, -săptămână, -lună Simptomatic = tratament imediat!	

Măsurătoare standardizată, cu aparate recent calibrate

Se confirmă valorile crescute ale TA

Examen fizic

Anamneză

Laborator



Valorile de la care se consideră un pacient hipertensiv diferă în funcție de tipul și locul măsurătorii:

	TAS (mmHg)	TAD (mmHg)
Cabinet medical sau spital	140	90
MATA (24 ore)	125	80
Automăsurarea (la domiciliu)	135	85

Investigații de rutină

Electrocardiograma
Ex. sumar de urină
Glicemie
Hemoglobină și hematocrit
Potasiu seric
Creatinina
Colesterol total și HDL colesterol
Trigliceride
Acid uric
Proteina C reactivă
Examen fund de ochi (în hipertensiunea severă)

Investigații opționale

Ecocardiografie
Doppler carotidian
Microalbuminurie
Proteinurie cantitativă

Exclue pe criteriile clinice și de laborator cauzele secundare de HTA

Evaluarea riscului cardiovascular

FR pentru bolile cardiovasculare (CV), folosiți pentru stratificarea riscului:

Nivelurile TAS și TAD

Bărbați (B) > 55 ani

Femei (F) > 65 ani

Fumat

Dislipidemie

Colesterol (Cst) total >200 mg/dl sau

LDL - Cst >155 mg/dl sau

HDL - Cst la B<40, la F<48 mg/dl

AHC de boli cardiovasculare la vârste tinere (B<55 ani, F<65 ani)

Obezitate tip abdominal (circumferința abd. B>102 cm, F>88cm)

Proteina C reactivă >1 mg/dl

Afectare de organe țintă (AOT):

Hipertrofie Ventriculară Stângă

La ECG:

Indice Sokolov-Lyon>38mm

Indice Cornell>2440mm*ms

La Ecografie:

Indice masă VS la B>125, F>110g/m²

Îngroșarea peretelui arterial și plăci de aterom

La Echo vase - grosimea intimă-medie carotidă ≥ 0.9 mm)

Afectare renală

Creatinina (Cr) serică ușor crescută

(B 1,3-1,5mg/dl;

F 1,2-1,4 mg/dl)

Microalbuminuria

- 30 - 300 mg/24h

Boli asociate (BA):

Boli cerebrovasculare:

- Accident Vascular Cerebral ischemic

- Hemoragie cerebrală

- Accident Ischemic Tranzitor (AIT)

Boli cardiace:

- Infarct Miocardic Acut (IMA)

- Angina pectorală

- Revascularizare coronariană

- Insuficiență Cardiacă Congestivă (ICC)

Boli renale:

- Nefropatie diabetică

- Alterarea funcției renale

(Cr serică B>1,5 F>1,4 mg/dl

- Proteinurie (>300 mg/24h)

Boli vasculare periferice

Retinopatie avansată:

- Hemoragii sau exudate

- Edem papilar

Diabet zaharat

ECHIVALEAZĂ CU

3 FACTORI DE RISC

Σ Suma FR, AOT sau BA va stabili

TIPUL DE RISC ADIȚIONAL

TENSIUNEA ARTERIALĂ (mmHg)

Factori de risc (FR), afectare de organe țintă (AOT), boli asociate (BA) sau diabet zaharat (DZ)	Tensiunea arterială (mmHg)				
	Normală TAS 120-129 sau TAD 80-84	Normal înaltă TAS 130-139 sau TAD 85-89	Gradul 1 (HTA usoară) TAS 140-150 sau TAD 90-99	Gradul 2 (HTA medie) TAS 160-179 sau TAD 100-109	Gradul 3 (HTA severă) TAS ≥ 180 sau TAD ≥ 110
I Fără alți FR	Risc obișnuit	Risc obișnuit	Risc adițional scăzut	Risc adițional mediu	Risc adițional înalt
II 1-2 factori de risc (FR)	Risc adițional scăzut	Risc adițional scăzut	Risc adițional mediu	Risc adițional mediu	Risc adițional foarte înalt
III 3 sau mai mulți FR sau AOT sau DZ	Risc adițional mediu	Risc adițional înalt	Risc adițional înalt	Risc adițional înalt	Risc adițional foarte înalt
IV Boli asociate	Risc adițional înalt	Risc adițional foarte înalt	Risc adițional foarte înalt	Risc adițional foarte înalt	Risc adițional foarte înalt

TENSIUNEA ARTERIALĂ (mmHg)

	N înaltă	Grad I	Grad II	Grad III
Risc obișnuit	Fără tratament medicamentos			
Risc adițional scăzut	Fără tratament medicamentos	Monitorizează 3-12 luni TA și FR		
Risc adițional mediu	Monitorizează TA frecvent	Monitorizează min. 3 luni TA și FR	Monitorizează min. 3 luni TA și FR	
Risc adițional înalt				
Risc adițional foarte înalt				

Modifică stilul de viață

INIȚIEREA TRATAMENTULUI ANTIHIPERTENSIV ȘI COMBINAȚII DE MEDICAMENTE

Criterii de individualizare a tratamentului antihipertensiv - indicații specifice de primă linie

	DT/DA	BB	IECA	BRA	BCC-NDHP	BCC-DHP	ANT. Aldo
HTA necomplicată	DT ✓	✓	✓	✓		✓	
Post - infarct miocardic		✓	✓			contraindicată nifedipina de 10mg	
Angina pectorală		✓	✓			contraindicată nifedipina de 10mg	
Diabet zaharat			✓	✓			
Boală renală cronică			✓	✓			
Post AVC/AIT	DT ✓		✓				
Insuficiență cardiacă	DA ✓	BB* ✓	✓				✓
HTA sistolică izolată	✓					✓	

IECA: inhibitor de enzima de conversie
 BRA: blocanți de receptori ai angiotensinei
 DT: diuretic tiazidic
 DA: diuretic de ansa
 BB: beta-blocant
 BB*: metoprolol, carvedilol, bisoprolol
 BCC: blocanți de canale de calciu (BCC) DHP: dihidropiridinici (BCC) NDHP: non-dihidropiridinici

*Adaptat după Canadian Hypertension Education Program, 2004.

Asocieri posibile ale medicamentelor antihipertensive

	DT	DA	D Ec. de K	ANT. Aldo	BB	IECA	BRA	BCC-DHP	BCC-NDHP
DT			+		+	+	+	+	+
DA	NU SE ASOCIAZA		+		+/-	+	+		
D Ec. de K	+	+							
ANT. Aldo					+	+/-*			
BB	+	+/-		+		+/-	+/-	+	
IECA	+	+		+/*	+/-		+/-	+	+
BRA	+	+			+/-	+/-		+	+
BCC-DHP	+				+	+	+		
BCC-NDHP	+					+	+		

* se asociază în insuficiența cardiacă

