

Secțiunea II: Hipertensiunea arterială

1. Managementul hipertensiunii arteriale

Capitolul 1

Ghidul ESH/ESC pentru managementul hipertensiunii arteriale* 2013

Grupul de Lucru pentru managementul hipertensiunii arteriale al Societății Europene de Hipertensiune (ESH) și al Societății Europene de Cardiologie (ESC)

Președinte ESC

Profesor Robert Fagard

Hypertension & Cardiovascular
Rehabilitation Unit
KU Leuven University, Herestraat 49,
3000 Leuven, Belgium
Tel: +32 16 348 707
Fax: + 32 16 343 766
E-mail: robert.fagard@uzleuven.be

Președinte ESH

Profesor Giuseppe Mancia

Centro di Fisiologia Clinica
e Ipertensione
Via F. Sforza, 35
20121 Milano, Italy
Tel: +39 039 233 3357
Fax: +39 039 322 274
E-mail: giuseppe.mancia@unimib.it

Autorii/Membrii Grupului de Lucru

Krzysztof Narkiewicz (Coordonator al Secțiunii) (Polonia), Josep Redon (Coordonator al Secțiunii) (Spania), Alberto Zanchetti (Coordonator al Secțiunilor) (Italia), Michael Böhm (Germania), Thierry Christiaens (Belgia), Renata Cifkova (Cehia), Guy De Backer (Belgia), Anna Dominiczak (Marea Britanie), Maurizio Galderisi (Italia), Diederick E. Grobbee (Olanda), Tiny Jaarsma (Suedia), Paulus Kirchhof (Germania/Marea Britanie), Sverre E. Kjeldsen (Norvegia), Stéphane Laurent (Franța), Athanasios J. Manolis (Grecia), Peter M. Nilsson (Suedia), Luis Miguel Ruilope (Spania), Roland E. Schmieder (Germania), Per Anton Sirnes (Norvegia), Peter Sleight (Marea Britanie), Margus Viigimaa (Estonia), Bernard Waeber (Elveția), Faiez Zannad (Franța).

Alte entități ESC care au participat la realizarea acestui document:

Asociații: Asociația pentru Insuficiența Cardiacă (HFA), Asociația Europeană pentru Imagistica Cardiovasculară (EACVI), Asociația Europeană pentru Prevenția și Reabilitarea Cardiovasculară (EACPR), Asociația Europeană pentru Tulburări de Ritm (EHRA).

*Grupuri de Lucru: Hipertensiunea și Inima, Farmacologia Cardiovasculară și Terapia Medicamentoasă
Consilii: Îngrijirea Primară Cardiovasculară, Cardiovascular Nursing and Allied Professions, Cardiologie Practică.*

Secretariat ESC:

Veronica Dean, Catherine Despres, Karine Villanese – Sophia Antipolis, Franța.

Mulțumiri pentru contribuție lui Christi Deaton, Paulus Kircchhof, Stephan Achenbach.

*Adaptat după 2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension (Eur Heart J 2013; 34:2159–2219 – doi:10.1093/eurheartj/ehf151).

1. Introducere

1.1 Principii

Spre deosebire de ghidurile ESH/ESC din 2003 și 2007, ghidul din 2013 ordonează nivelele de evidență și clasele de recomandare legate de probleme de diagnostic și tratament conform principiilor enunțate în Tabelele 1 și 2.

Tabelul 1. Clase de recomandări		
Clase de recomandări	Definiție	Formulare sugerată pentru folosire
Clasa I	Dovezi și/sau acord general că un anumit tratament sau o anumită procedură sunt benefice, folositoare, eficiente.	Este recomandat/ indicat.
Clasa II	Dovezi contradictorii și/sau divergene de opinie legate de utilitatea/eficiența tratamentului sau a procedurii.	
Clasa IIa	Puterea dovezilor/opiniilor este în favoarea utilității/eficacității.	Ar trebui considerat.
Clasa IIb	Utilitatea/eficacitatea sunt mai puțin bine stabilite de dovezi/opinii.	Poate fi considerat.
Clasa III	Dovezi sau opinia generală că tratamentul respectiv sau procedura nu sunt folositoare/eficiente și în unele cazuri ar putea fi dăunătoare.	Nu este recomandat.

Tabel 2. Nivel de evidență	
Nivel de evidență A	Date provenite din multiple trialuri clinice randomizate sau meta-analize.
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur trial clinic randomizat sau din studii mari non-randomizate.
Nivel de evidență C	Consens al opiniilor experților și/sau studii mici, retrospective, registre.

1.2 Aspecte noi

Datorită dovezilor noi legate de diagnosticul și tratamentul hipertensiunii arteriale (HTA), ghidul de față diferă din multe puncte de vedere de cele anterioare. Unele din cele mai importante diferențe sunt:

1. Date epidemiologice despre hipertensiune și controlul tensiunii arteriale în Europa
2. Sublinierea valorii prognostice a monitorizării tensiunii arteriale la domiciliu (MDTA) și a rolului său pentru diagnosticul și managementul hipertensiunii, alături de monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale (MATA)
3. Actualizarea semnificației prognostice a tensiunii arteriale (TA) nocturne, a hipertensiunii de halat alb și hipertensiunii mascate
4. Sublinierea necesității integrării valorilor tensionale, a factorilor de risc cardiovascular (CV), a afectării asimptomatice de organ țintă (OT) și a complicațiilor clinice pentru evaluarea riscului CV total
5. Actualizarea semnificației prognostice a afectării asimptomatice de OT și anume afectarea cordului, vaselor de sânge, rinichilor, ochilor și creierului
6. Reconsiderarea riscului adăugat de supraponderalitate și ținta pentru indexul de masă corporală în HTA
7. Hipertensiunea la tineri
8. Inițierea tratamentului antihipertensiv. Mai multe criterii bazate pe dovezi și neinițierea tratamentului pentru TA normal înaltă
9. Ținta TA pentru tratament. Mai multe criterii bazate pe dovezi agreează că tensiunea arterială sistolică (TAS) ținută sa fie <140 mmHg, atât la pacienții cu risc CV înalt cât și cu risc scăzut
10. Abordarea liberă a monoterapiei inițiale, fără scopul unei sortări exhaustive
11. Schema revizuită pentru combinațiile prioritare de două medicamente
12. Noi algoritmi terapeutici pentru atingerea TA ținută
13. Secțiune extinsă asupra strategiilor terapeutice în condiții speciale
14. Recomandări revizuite pentru tratamentul hipertensiunii la vârstnici
15. Tratament farmacologic al octogenarilor
16. Atenție specială acordată hipertensiunii rezistente și noi abordări terapeutice
17. Atenție sporită la terapia ghidată de afectarea de organe țintă
18. Noi abordări pentru managementul cronic al bolii hipertensive

2. Aspecte epidemiologice

2.1 Relația dintre tensiunea arterială și afectarea cardiovasculară și renală

În mod convențional există o relație continuă independentă între TA de cabinet și evenimentele CV de tipul: accident vascular cerebral (AVC), infarct miocardic, moarte subită, insuficiență cardiacă (IC) sau boală arterială periferică (BAP), dar și stadiul final al bolii cronice renale

(BCR). Relația cu TA se extinde de la nivele înalte până la valori relativ scăzute (110-115 mmHg pentru TA sistolică și 70-75 mmHg pentru TA diastolică) la indivizii fără antecedente de boli vasculare. TA sistolică pare să fie un predictor mai bun pentru evenimente comparativ cu TA diastolică, după vârsta de 50 de ani.

2.2 Definiția și clasificarea hipertensiunii

Definiția și clasificarea TA de cabinet sunt neschimbate față de ghidurile ESH/ESH anterioare (Tabelul 3):

Tabel 3. Definiția și clasificarea tensiunii arteriale de cabinet (mmHg) ^a			
Categorie	Sistolică		Diastolică
Optimă	<120	și	<80
Normală	120-129	și/sau	80-84
Normal înaltă	130-139	și/sau	85-89
Hipertensiune grad 1	140-159	și/sau	90-99
Hipertensiune grad 2	160-179	și/sau	100-109
Hipertensiune grad 3	≥180	și/sau	≥110
Hipertensiune sistolică izolată	≥140	și	<90

^a Categoriile TA sunt definite de cele mai mari valori ale TA, indiferent că sunt sistolice sau diastolice. Hipertensiunea sistolică izolată trebuie clasificată în gradul 1, 2 sau 3 în funcție de valorile TA sistolice ale intervalelor menționate.

2.3 Prevalența hipertensiunii

Pe baza celor 21 de studii efectuate în ultimul deceniu, prevalența HTA a fost estimată în jurul valorii de 30-45% în populația generală în Europa, înregistrându-se o creștere considerabilă odată cu înaintarea în vârstă. Din cauza dificultăților legate de obținerea unor rezultate comparabile între mai multe țări și de-a lungul timpului, mortalitatea prin accident vascular cerebral (AVC) poate fi considerată ca un marker de recunoaștere a statusului

hipertensiv. Conform statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), țările vest europene urmează un trend descrescător, în timp ce țările est europene înregistrează o creștere semnificativă a deceselor prin AVC.

2.4 Hipertensiunea și riscul cardiovascular total

Tabelul de mai jos este rezumatul recomandărilor privind evaluarea riscului cardiovascular total.

Evaluarea riscului cardiovascular total		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
La subiecții hipertensivi asimptomatici și în absența BCV, BCR și a diabetului, stratificarea riscului CV total conform modelului SCORE este o cerință minim necesară.	I	B
Existând dovezi că AOȚ prezice mortalitatea CV independent de SCORE, evaluarea pentru afectarea OȚ trebuie considerată în special la subiecții cu risc moderat.	IIa	B
Se recomandă ca deciziile terapeutice să fie luate în funcție de riscul CV total inițial.	I	B

CV = cardiovascular; BCV = boala cardiovasculară; BCR = boala cronică de rinichi; OȚ = organ țintă; AOȚ = afectare organ țintă; SCORE = Systematic COronary Risk Evaluation
^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență

Mai bine de un deceniu ghidurile internaționale pentru managementul HTA au stratificat riscul CV în mai multe categorii pe baza valorilor TA, factorilor de risc CV, AOȚ asimptomatică sau prezența diabetului zaharat, a bolii CV simptomatice sau bolii cronice de rinichi. Figura 1

sumarizează stratificarea riscului CV total în risc scăzut, moderat, înalt și foarte înalt, vizând totodată și riscul de mortalitate CV pe 10 ani așa cum este definit în Ghidul ESC de Prevenție a Bolilor Cardiovasculare din 2012. Factorii utilizați pentru stratificarea riscului sunt prezentați în Tabelul 4.

Figura 1. Stratificarea riscului CV total în următoarele categorii: mic, moderat, înalt și foarte înalt în funcție de TAS, TAD și prevalența factorilor de risc, a AO asimptomatice, a diabetului, a stadiilor BCR și a bolii CV simptomatice. Subiecții cu TA normal-înaltă la cabinet dar cu o TA crescută în afara acestuia (HTA mascată) au un risc CV conferit de valorile TA. Subiecții cu TA de cabinet crescută, dar cu cea din afara acestuia normală (HTA de halat alb), în special în absența diabetului, a AO, a BCV și a BCR prezintă un risc mai mic decât cei cu HTA susținută pentru aceeași TA de cabinet.

Alți factori de risc, afectare asimptomatică de organ țintă sau alte afecțiuni	Tensiune arterială (mmHg)			
	Normal înaltă TAS 130-139 sau TAD 85-99	HTA grad 1 TAS 140-159 sau TAD 90-99	HTA grad 2 TAS 160-179 sau TAD 100-109	HTA grad 3 TAS ≥180 sau TAD ≥110
Fără alți FR		Risc scăzut	Risc moderat	Risc înalt
1-2 FR	Risc scăzut	Risc moderat	Risc moderat spre înalt	Risc înalt
≥ 3 FR	Risc mic spre moderat	Risc moderat spre înalt	Risc înalt	Risc înalt
AO, BCR stadiul 3 sau diabet	Risc moderat spre înalt	Risc înalt	Risc înalt	Risc înalt spre foarte înalt
BCV simptomatică, BCR stadiul ≥4 sau diabet cu AOT/FR	Risc foarte înalt	Risc foarte înalt	Risc foarte înalt	Risc foarte înalt

AO = afectare de organ; BCR = boală cronică de rinichi; BCV = boală cardiovasculară; CV = cardiovascular; FR = factor de risc; HTA = hipertensiune arterială; TA = tensiune arterială; TAS = TA sistolică; TAD = TA diastolică

Tabel 4. Factorii – alții decât TA măsurată la cabinet – care influențează prognosticul, utilizați pentru stratificarea riscului CV total în Figura 1
Factorii de risc
Sexul masculin
Vârsta (bărbați ≥ 55 ani, femei ≥ 65 ani)
Fumatul
Dislipidemia
Cholesterol total > 4.9 mmol/L (190 mg/dL) și/sau
LDL colesterol > 3.0 mmol/L (115 mg/dL) și/sau
HDL colesterol : bărbați < 1mmol/L (40 mg/dL) și femei < 1.2 mmol/L (46 mg/dL) și/sau
Trigliceride > 1.7mmol/L (150mg/dL)
Glucoza plasmatică 5.6-6.9mmol/L (102-125 mg/dL)
Testul de toleranță la glucoză anormal
Obezitate (IMC ≥ 30kg/m²)
Obezitate abdominală (circumferința taliei: bărbați ≥ 102 cm, femei ≥ 88 cm) (pentru caucazieni)
Istoric familial de BCV la vârstă tânără (bărbați < 55 ani, femei < 65ani)
Afectare asimptomatică de organ țintă
Presiunea pulsului (la vârstnici) ≥ 60 mmHg
HVS electrocardiografic (indice Sokolov-Lyon > 3.5 mV; RaVL > 1.1 mV, produsul Cornell voltaj-durată >244 mV*ms) sau
HVS ecocardiografic (index MVS: bărbați > 115g/m², femei > 95 g/m²) (BSA)a
Îngroșări ale pereților carotidieni (indice intimă-medie IMT > 0.9 mm) sau placă
PWV carotido-femural > 10 m/s
Indicele gleznă-brăț < 0.9

Boala cronică de rinichi cu RFGe 30-60 ml/min/1.73 m ² (BSA)
Microalbuminurie (30-300 mg/24 ore) sau raportul albumină-creatinină (30-300 mg/g, 3.4-34 mg/mmol) (preferabil din proba de urină de dimineață)
Diabet zaharat
Glucozo plasmatică à jeun ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dL) din două recoltări diferite și/sau
HbA1c > 7 % (53 mmol/mol) și/sau
Glucozo plasmatică post-prandială >11.0 mmol/L (198 mg/dL)
Boli CV sau renale cunoscute
Boli cerebrovasculare: AVC ischemic, hemoragie cerebrală, accident ischemic tranzitor
BCI: infarct miocardic, angină, revascularizare miocardică cu PCI sau CABG
Insuficiență cardiacă, inclusiv cea cu FE preservată
Boala arterială periferică a membrelor inferioare simptomatică
BCR cu RFGe <30 ml/min/1.73 m ² (BSA), proteinurie (>300 mg/24 ore)
Retinopatie stadiu avansat: hemoragii sau exudate, edem papilar

IMC = index de masă corporală; TA = tensiunea arterială; BSA = aria suprafeței corporale; CABG = by-pass aorto-coronarian; BCI = boală coronariană ischemică; BCR = boală cronică de rinichi; CV = cardiovascular; BCV= boală cardiovasculară; FE = fracție de ejeție; RFGe = rata de filtrare glomerulară estimată; HbA1c = hemoglobina glicată; IMT = indice intimă-medie; HVS = hipertrofie ventriculară stângă; MVS = masa ventriculului stâng; PCI = angioplastie percutană; PWV = viteza undei pulsului.

^a Risc maxim pentru HVS concentrică: creșterea indexului MVS cu un raport al grosimii peretelui/rază > 0.42.

3. Evaluarea diagnostică

Evaluarea inițială a pacientului hipertensiv ar trebui: 1) să confirme diagnosticul de HTA; 2) să depisteze cauzele de HTA secundară și 3) să evalueze riscul cardiovascular, afectarea de organe țintă și condițiile clinice asociate. Aceasta presupune măsurarea TA, evaluarea antecedentelor personale patologice și a celor heredo-colaterale, examen fizic obiectiv, investigații de laborator și teste diagnostice ulterioare. Unele dintre investigații sunt necesare tuturor pacienților; altele sunt efectuate numai anumitor grupe de pacienți.

3.1 Măsurarea tensiunii arteriale

3.1.1 Tensiunea arterială în cabinet

În prezent tensiunea arterială nu mai poate fi estimată folosind sfigmomanometrul cu mercur în multe țări europene, deși nu în toate. În locul acestuia sunt folosite sfigmomanometre auscultatorii sau oscilometrice semiautomate. Instrucțiunile privind măsurarea corectă a TA se regăsesc în Tabelul 5.

Tabelul 5. Măsurarea TA în cabinet
Atunci când se măsoară TA în cabinet trebuie respectate următoarele reguli:
- Pacientul trebuie să stea așezat 3-5 minute înainte de începerea măsurării TA. - TA va fi măsurată de cel puțin două ori, în poziție șezândă, la interval de 1-2 minute între măsurători și vor fi efectuate măsurători suplimentare dacă valorile obținute la primele două determinări sunt semnificativ diferite. Atunci când este necesar poate fi luată în considerare media valorilor TA. - Efectuarea de măsurători repetate ale TA la pacienți cu aritmii (cum este fibrilația atrială), pentru creșterea acurateții. - Folosirea unei manșete standard (12–13 cm lățime și 35 cm lungime), dar trebuie să existe și manșete mai mari sau mai mici disponibile pentru brațe mai mari (circumferința brațului >32 cm) sau respectiv, mai mici. - Așezarea manșetei la nivelul inimii, indiferent de poziția pacientului. - Atunci când este utilizată metoda auscultatorie este indicat să se folosească zgomotele Korotkoff de fază I și V (disparația) pentru identificarea TAS și respectiv a TAD. - Măsurarea TA la ambele brațe la primul consult pentru a decela eventuala diferență între valorile TA obținute la cele două brațe, situație în care trebuie luată drept valoare de referință TA cea mai mare. - La primul consult, la pacienții vârstnici, diabetici sau cu afecțiuni/situații în care poate să apară hipotensiunea ortostatică frecvent sau când aceasta este suspectată se recomandă măsurarea TA la 1 și 3 minute după trecerea în ortostatism - Măsurarea, în cazul măsurării convenționale a TA, a frecvenței cardiace prin palparea pulsului (cel puțin 30 secunde) după cea de-a doua măsurătoare în poziție șezândă.

TA = tensiune arterială, TAS = tensiune arterială sistolică, TAD = tensiune arterială diastolică.

3.1.2 Măsurarea tensiunii arteriale în afara cabinetului

Principalul avantaj al monitorizării ambulatorii a TA este acela că furnizează un număr mare de măsurători ale TA la distanță de mediul medical, reprezentând o metodă de evaluare de mai mare încredere decât măsurarea TA în cabinet. Măsurarea TA în afara cabinetului se realizează în mod obișnuit prin monitorizarea ambulatorie a TA (MATA) sau prin monitorizare la domiciliu a TA (MDTA). MATA și MDTA furnizează informații întrucâtva diferite în ceea ce privește statusul tensional și riscul pacientului, astfel, cele două metode trebuie considerate complementare. Meta-analizele unor studii prospective efectuate pe

populația generală, în servicii de medicină de familie și la pacienți hipertensivi, indică faptul că puterea de predicție a evenimentelor CV este semnificativ mai bună în cazul TA în afara cabinetului versus TA măsurată în cabinet. În plus, prognosticul este mai bun în cazul HTA de halat alb decât în HTA susținută, iar meta-analizele studiilor prospective demonstrează că acesta este similar cu al pacienților cu adevărat normotensivi. În cazul subiecților cu HTA mascată, incidența evenimentelor CV este de aproximativ două ori mai mare decât în cazul subiecților cu adevărat normotensivi și este similară cu cea din HTA susținută. Valorile limită pentru definirea HTA în cabinet și în afara cabinetului sunt redate în Tabelul 6.

Tabelul 6. Definiții ale HTA funcție de valorile măsurate în cabinet sau în afara cabinetului			
Categorie	TAS (mmHg)		TAD (mmHg)
TA cabinet	≥ 140	și/sau	≥ 90
TA ambulatorie			
Ziua (veghe)	≥ 135	și/sau	≥ 85
Noaptea (somn)	≥ 120	și/sau	≥ 70
24 ore	≥ 130	și/sau	≥ 80
TA la domiciliu	≥ 135	și/sau	≥ 85

TA = tensiune arterială, TAS = TA sistolică, TAD = TA diastolică

3.1.3 Indicații clinice de evaluare a tensiunii arteriale în afara cabinetului

În prezent este general acceptat faptul că TA măsurată în afara cabinetului medical reprezintă un adjuvant important al măsurării convenționale în cabinet, ultima

rămânând însă “standardul de aur” pentru screening-ul, diagnosticul și managementul hipertensiunii. Condițiile considerate indicații clinice pentru măsurarea TA în afara cabinetului în scop diagnostic sunt enumerate în Tabelul 7.

Tabelul 7. Indicații clinice ale monitorizării TA în afara cabinetului în scop diagnostic	
Indicații clinice pentru MATA sau MDTA	
Suspiciune de HTA de halat alb	
- HTA grad I în cabinet	
- Valori TA mari în cabinet la indivizi fără AOT și cu risc CV total mic	
Suspiciune de HTA mascată	
- Valori TA normal-înalte la cabinet	
- Valori normale ale TA în cabinet la pacienți cu AOT și risc CV total înalt	
Identificarea efectului de halat alb la pacienții hipertensivi	
Variabilitate semnificativă a TA la cabinet în timpul aceleiași vizite sau la consulturi diferite	
Hipotensiunea autonomă, posturală, post-prandială, indusă de siestă sau de medicamente	
TA crescută la cabinet la gravide sau suspiciune de pre-eclampsie	
Identificarea HTA adevărate sau a HTA fals rezistente	
Indicații specifice pentru MATA	
Discordanță marcată între valorile TA măsurate în cabinet și cele de la domiciliu	
Evaluarea statusului dipper	
Suspiciunea de HTA nocturnă sau de absență a dipping-ului nocturn la pacienții cu sindrom de apnee în somn, BCR sau diabet	
Evaluarea variabilității TA	

TA = tensiunea arterială; MATA = monitorizarea ambulatorie a TA; MDTA = monitorizarea la domiciliu a TA; HTA = hipertensiune arterială; AOT = afectare asimptomatică de organe țintă; CV = cardiovascular; BCR = boală cronică de rinichi

3.2 Istoricul medical

Detaliile despre istoricul familial și medical sunt rezumate în Tabelul 8.

Tabelul 8. Istoricul medical personal și antecedentele familiale
1. Durata și nivelul valorilor tensionale înalte, incluzând și măsurătorile la domiciliu.
2. Hipertensiunea secundară
a) Istoric familial de boală renală cronică (rinichi polichistic)
b) Istoric de boală renală, infecții de tract urinar, hematurie, abuz de analgezice (boală renoparenchimatoasă)
c) Aport de medicamente/substanțe, ex. contraceptivele orale, licorice, carbenoxolonă, picături nazale vasoconstrictoare, cocaină, amfetamine, gluco- și mineralocorticoizi, anti-inflamatoare nonsteroidiene, eritropoietină, ciclosporină
d) Episoade repetitive de transpirații, cefalee, anxietate, palpitații (feocromocitom)
e) Episoade de slăbiciune musculară și tetanie (hiperaldosteronism)
f) Simptome sugestive de boală tiroidiană
3. Factorii de risc
a) Istoric familial și personal de HTA și boală cardiovasculară
b) Istoric familial sau personal de dislipidemie
c) Istoric familial și personal de diabet zaharat (medicație, glucoză serică, poliurie)
d) Fumatul
e) Obiceiurile alimentare
f) Modificări recente ale greutatei, obezitate
g) Gradul de efort fizic
h) Sforăitul, apneea în somn (informații obținute și de la partenerul de viață)
i) Greutatea mică la naștere
4. Istoric și simptome de afectare de organe țintă și de boală cardiovasculară
a) Creier și ochi: cefalee, vertij, tulburări de vedere, AIT, revascularizare carotidiană, deficit senzitiv sau motor, AVC
b) Cord: angină, dispnee, edeme gambiere, infarct miocardic, revascularizări, sincope, istoric de palpitații, aritmii, în special fibrilație atrială
c) Rinichi: sete, poliurie, nicturie, hematurie
d) Artere periferice: extremități reci, claudicație intermitentă, distanța de mers până la apariția durerii, revascularizare periferică
e) Istoric de sforăit / boala pulmonară cronică / apnee în somn
f) Disfuncție cognitivă
5. Managementul hipertensiunii
a) Tratamentul antihipertensiv curent
b) Tratamentul antihipertensiv urmat în trecut
c) Documentarea complianței sau a lipsei de aderență la tratament
d) Eficacitatea și efectele adverse ale medicației utilizate

HTA = hipertensiunea arterială; AIT = accident ischemic tranzitor; BCR = boală cronică de rinichi; BCV = boală cardiovasculară

3.3 Examenul fizic

Examenul fizic ajută la stabilirea sau verificarea diagnosticului de HTA, stabilește valoarea curentă a tensiunii arteriale, evaluează cauzele de HTA secundară și ajută la

estimarea riscului cardiovascular global. Diagnosticul de hipertensiune arterială trebuie să se bazeze pe cel puțin două măsurători ale TA per vizită, la cel puțin două vizite medicale. Detaliile despre examenul fizic sunt rezumate în Tabelul 9.

Tabelul 9. Examenul fizic pentru HTA secundară, afectarea de organe țintă și obezitate	
Semne sugestive pentru hipertensiune secundară	
Caracteristici ale sindromului Cushing	
Stigmate cutanate de neurofibromatoză (feocromocitom)	
Palparea unor rinichi de mari dimensiuni (rinichi polichistici)	
Auscultarea de sufluri abdominale (HTA renovasculară)	
Auscultarea de sufluri precordiale sau toracice (coarctăție de aortă, boală aortică, boala arterială a membrelor superioare)	
Diminuarea și întârzierea pulsului femural și reducerea TA femurale comparativ cu TA brahială (coarctăție de aortă, boală aortică, boală arterială a membrelor inferioare)	
Diferența TA dintre cele două brațe (coarctăție de aortă, stenoză de arteră subclavie)	
Semne pentru afectare de organ țintă	
Creier: deficite senzitive și motorii	
Retina: modificări la examenul fundului de ochi	
Cord: frecvența cardiacă, zgomotele 3 sau 4, sufluri cardiace, aritmii, localizarea șocului apexian, raluri pulmonare, edeme periferice	
Artere periferice: absența, reducerea și asimetria pulsului, extremități reci, leziuni ischemice cutanate	
Artere carotide: sufluri sistolice	
Semne ale obezității	
Greutatea și înălțimea	
Calculul IMC: greutatea corporală / înălțimea ² (kg/m ²)	
Circumferința taliei măsurate în ortostatism la jumătatea distanței dintre rebordul costal inferior (marginea inferioară a celei mai joase coaste) și marginea superioară a crestei iliace	

HTA = hipertensiune arterială; TA=tensiune arterială, IMC=indice de masă corporală.

3.4 Rezumatul recomandărilor privind măsurarea TA, istoricul medical și examenul fizic

Măsurarea tensiunii arteriale, istoricul și examenul fizic		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Se recomandă obținerea unui istoric medical complet și examinarea fizică a tuturor pacienților cu HTA pentru verificarea diagnosticului, detectarea cauzelor de HTA secundară, înregistrarea factorilor de risc CV, identificarea afectării de OȚ și a altor boli CV.	I	C
Obținerea unui istoric familial este recomandată pentru a investiga predispoziția familială către HTA și boli cardiovasculare.	I	B
Măsurarea TA la cabinet se recomandă pentru screeningul și diagnosticul HTA.	I	B
Se recomandă ca diagnosticul de HTA să se bazeze pe cel puțin două măsurători ale TA pe consult, la cel puțin două consulturi.	I	C
Se recomandă ca tuturor pacienților hipertensivi să le fie măsurată frecvența cardiacă de repaus prin palparea pulsului și să fie evaluați pentru aritmii, în special fibrilație atrială.	I	B
Valorile TA măsurate în afara cabinetului trebuie luate în calcul pentru confirmarea diagnosticului de HTA, identificarea tipului de HTA, detectarea episoadelor hipotensive, maximizarea predicției riscului cardiovascular.	II a	B
Pentru măsurătorile în afara cabinetului, MATA sau MDTA trebuie luate în considerare, în funcție de indicație, disponibilitate, ușurința folosirii, cost și, dacă este adecvat, de preferința pacientului.	II b	C

HTA = hipertensiune arterială; CV = cardiovascular; OȚ = organ țintă; TA = tensiune arterială; MATA = monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale; MDTA = monitorizarea la domiciliu a tensiunii arteriale.

^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

3.5 Investigațiile de laborator

Investigațiile de laborator sunt direcționate către furnizarea de date care să ateste prezența factorilor de risc adiționali, evidențierea cauzelor de HTA secundară și absența sau

prezența afectării de organe țintă. Investigațiile trebuie efectuate începând cu cele mai simple și progresând către cele mai complexe. Detaliile despre investigațiile de laborator sunt rezumate în Tabelul 10.

Tabelul 10. Investigații de laborator	
Teste de rutină	
• Hemoglobina și/sau hematocritul	
• Glucoza plasmatică à jeun	
• Colesterolul seric total, LDL-colesterolul, HDL-colesterolul	
• Trigliceridele plasmatice à jeun	
• Sodiul și potasiul seric	
• Acidul uric seric	
• Creatinina serică (cu estimarea RFG)	
• Sumar de urină: examen microscopic, proteine urinare prin test dipstick, test pentru microalbuminurie	
• ECG 12 derivații	
Teste adiționale, bazate pe istoric, examenul fizic și rezultatele testelor de rutină	
• Hemoglobina A1c (dacă glucoza plasmatică este >5,6 mmol/L (102 mg/dL) sau diabet diagnosticat anterior)	
• Proteinurie cantitativă (dacă testul dipstick este pozitiv); concentrația sodiului și potasiului urinar și raportul lor	
• Monitorizarea tensiunii arteriale la domiciliu și ambulatorie pe 24 ore	
• Ecocardiografie	
• Monitorizarea Holter în caz de aritmii	
• Test de efort	
• Ultrasonografie carotidiană	
• Ultrasonografie artere periferice / abdominală	
• Velocitatea unei pulsului	
• Indexul gleznă-braț	
• Examinarea fundului de ochi	
Evaluare extinsă (mai ales de domeniul specialistului)	
• Investigații suplimentare pentru afectare cerebrală, cardiacă, renală și vasculară, obligatorie în HTA rezistentă sau complicată	
• Investigarea cauzelor de HTA secundară atunci când aceasta este sugerată de istoric, examen fizic, testele de rutină sau suplimentare	

LDL = low density lipoprotein; HDL = high density lipoprotein; RFG = rata de filtrare glomerulară; ECG = electrocardiograma; HTA = hipertensiune arterială.

3.6 Genetica

Istoricul familial pozitiv de HTA se întâlnește frecvent în rândul pacienților hipertensivi, cu o rată de transmitere estimată ce variază între 35 și 50% în majoritatea studiilor. Au fost descrise și câteva forme rare monogenice de HTA. Hipertensiunea arterială esențială este o afecțiune cu o înaltă heterogenicitate și cu o etiologie multifactorială.

3.7 Screening-ul pentru afectarea asimptomatică de organ țintă

Datorită importanței afectării de organe țintă asimptomatice, ca un stadiu intermediar în continuum-ul bolii vasculare, și ca un factor determinant pentru riscul car-

diovascular global, semnele de afectare trebuie căutate cu atenție folosind tehnici corespunzătoare dacă este necesar. Evaluarea afectării de organe țintă asimptomatice sau simptomatice presupune investigarea cordului, arterelor, rinichilor, ochilor și creierului. Tabelul 11 redă valoarea predictivă, disponibilitatea și cost-eficiența unora dintre markerii de afectare de organ, iar următorul tabel cuprinde recomandările în ceea ce privește screening-ul pentru afectarea asimptomatică de organ, a bolii CV și a bolii cronice de rinichi. Valorile limită pentru unii markeri de afectare de organ pot fi găsiți în Tabelul 4.

Tabelul 11. Valoarea predictivă, disponibilitatea, reproductibilitatea și cost-eficiența unora dintre markerii de afectare de organ.				
Marker	Valoare predictivă CV	Disponibilitate	Reproductibilitate	Raport cost-eficiență
Electrocardiograma	+++	++++	++++	++++
Ecocardiografie și evaluare Doppler	++++	+++	+++	+++
RFGe	+++	++++	++++	++++
Microalbuminuria	+++	++++	++	++++
IMT carotidian, plăci aterom	+++	+++	+++	+++
Rigiditatea arterială (PWV)	+++	++	+++	+++
Indexul gleznă – braț	+++	+++	+++	+++
Examen fund de ochi	+++	++++	++	+++
Măsurători suplimentare				
Scorul de calciu coronarian	++	+	+++	+
Disfuncție endotelială	++	+	+	+
Lacune cerebrale / leziuni ale substanței albe	++	+	+++	+
Rezonanță magnetică cardiacă	++	+	+++	++

Scorurile sunt între + și ++++
CV = cardiovascular; RFGe = rata estimată a filtrării glomerulare; IMT = indicele intimă-medie; PWV = viteza undei pulsului

Screening-ul pentru afectarea asimptomatică de organ, a bolii CV și a bolii cronice de rinichi		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Cordul		
ECG este recomandată tuturor pacienților hipertensivi pentru a detecta HVS, dilatare atrială stângă, aritmii sau boli cardiace concomitente.	I	B
În cazul tuturor pacienților cu un istoric sau examen fizic sugestiv de aritmii cardiace majore, ar trebui efectuată monitorizarea ECG de lungă durată și, în cazul suspiecției aritmiilor induse de efort, trebuie luat în considerare un test de efort ECG.	Ila	C
Ecocardiografia trebuie luată în considerare pentru a evalua mai corect riscul CV și pentru a confirma diagnosticul ECG de HVS, dilatarea atrială stângă sau bolile cardiace concomitente, atunci când acestea sunt bănuite.	Ila	B
Atunci când istoricul sugerează ischemie miocardică, este recomandat un test de efort ECG și, dacă acesta este pozitiv sau ambiguu se recomandă un test de stres imagistic (ecocardiografie de stres, rezonanță magnetică cardiacă sau scintigrafie nucleară de stres).	I	C
Arterele		
Ultrasonografia carotidiană trebuie luată în considerare pentru a detecta hipertrofia vasculară sau ateroscleroza asimptomatică, în special la vârstnici.	Ila	B
Velocitatea undei pulsului (PWV) carotido-femural trebuie luată în considerare pentru detectarea rigidității arterelor mari.	Ila	B
Indexul gleznă – braț trebuie luat în considerare pentru detecția BAP.	Ila	B
Rinichii		
Determinarea creatininei serice și estimarea ratei de filtrare glomerulară sunt recomandate tuturor pacienților hipertensivi ^c .	I	B
Evaluarea proteinelor urinare prin dipstick este recomandată tuturor pacienților hipertensivi .	I	B
Se recomandă evaluarea microalbuminuriei dintr-o probă de urină și raportarea la excreția urinară de creatinină.	I	B
Examenul fund de ochi		
Examinarea retinei trebuie luată în considerare în cazurile de HTA dificil de controlat sau rezistente pentru a detecta hemoragii, exudate și edem papilar, asociate cu risc CV crescut.	Ila	C
Examinarea retinei nu este recomandată în HTA ușoară sau moderată la pacienții nediabeteici, cu excepția celor tineri.	III	C

Creierul		
La hipertensivii cu declin cognitiv se poate lua în considerare imagistica prin IRM cerebral sau tomografia computerizată pentru detectarea infarctelor cerebrale silențioase, a infarctelor lacunare, a microhemoragiilor și leziunilor substanței albe.	IIb	C

CV = cardiovascular; ECG = electrocardiograma; HVS = hipertrofie ventriculară stângă; BAP = boala arterială periferică; PWV = viteza undei pulsului.
^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență. ^c Formula MDRD este recomandată în mod curent, dar și alte metode noi, precum CKD-EPI au rolul de a îmbunătăți acuratețea măsurătorii.

3.8 Screening-ul pentru formele secundare de hipertensiune

La un procent relativ redus dintre pacienții adulți cu HTA putem identifica o cauză specifică, potențial reversibilă a creșterii tensiunii arteriale. Totuși, datorită prevalenței ge-

nerale crescute a HTA, formele secundare pot afecta milioane de pacienți din întreaga lume. Dacă investigațiile de rutină conduc la suspiciunea de formă secundară de HTA, procedurile specifice de diagnostic devin necesare, așa cum sunt descrise în Tabelul 12.

Tabelul 12. Indicațiile clinice și diagnosticul formelor de HTA secundară					
Indicații clinice				Diagnostic	
Cauze frecvente	Istoric clinic	Examen clinic	Investigații de laborator	Investigații de primă intenție	Investigații suplimentare/ de confirmare
Boli reno-parenchimotoase	Istoric de infecții de tract urinar sau obstrucție, hematurie, abuz de analgezice; istoric familial de rinichi polichistic	Formațiuni abdominale palpabile (în rinichiul polichistic)	Prezența de proteine, hematii sau leucocite în urină, scăderea ratei de filtrare glomerulară	Ecografie renală	Investigații detaliate pentru boala renală
Stenoza de arteră renală	Displazie fibromusculară – debut precoce al HTA (în special la femei). Stenoza aterosclerotică: HTA cu debut brusc, agravată sau tot mai dificil de tratat; edem pulmonar “flash”	Sufluri abdominale	Diferența de > 1,5 cm în lungimea celor doi rinichi (ecografic), deteriorarea rapidă a funcției renale (spontană sau ca răspuns la blocanții SRA).	Ultrasonografie Doppler duplex renală	Angiografie prin rezonanță magnetică, CT spiral, angiografie cu subtracție digitală intra-arterială
Aldosteronism primar	Slăbiciune musculară, istoric familial de HTA cu debut precoce și evenimente cerebrovasculare sub vârsta de 40 ani	Aritmii (în caz de hipopotasemie severă)	Hipopotasemie (spontană sau indusă de diuretic) descoperire accidentală a unei tumori adrenale	Raport aldosteron-renină în condiții standard (corecția hipopotasemiei și renunțarea la medicamente care interferează cu SRA)	Teste de confirmare (încărcare orală cu sodiu, perfuzie salină, supresie la fludrocortizon sau test la captopril); CT de suprarenale; probe de sânge din venele adrenale
Cauze rare					
Feocromocitom	HTA paroxistică sau o criză suprapusă peste HTA susținută; cefalee, transpirații, palpitații, paloare; istoric familial de feocromocitom	Stigmat cutanat de neurofibromatoză (pete „cafea cu lapte”, neurofibroame)	Descoperirea accidentală de tumori adrenale (sau uneori extra-adrenale)	Determinarea metanefrinelor urinare fracționate sau a metanefrinelor plasmatiche	CT/IRM de abdomen și pelvis; scanare izotopică cu ¹²³ I-metaiodobenzilguanidină și screening genetic pentru mutații patogene
Sindrom Cushing	Creștere rapidă în greutate, poliurie, polidipsie, tulburări psihice	Aspect tipic: obezitate centrală, fațes în lună plină, ceafa de bizon, vergeturi, hirsutism	Hiperglicemie	Excreția urinară de cortizol pe 24 de ore	Teste de supresie la dexametazonă

HTA = hipertensiune arterială; SRA = sistem renină – angiotensină; IRM = imagistica prin rezonanță magnetică; CT = tomografie computerizată

4. Abordarea terapeutică

4.1 Dovezi în favoarea reducerii terapeutice a valorilor crescute ale TA

Un număr mare de studii clinice randomizate, majoritatea controlate placebo, dar și meta-analizele acestora au demonstrat avantajele administrării medicației antihipertensive, în sensul reducerii riscului de evenimente majore clinice CV (AVC fatal/non-fatal, infarct miocardic, insuficiența cardiacă și alte decese CV) la pacienții hipertensivi.

4.2 Momentul inițierii terapiei antihipertensive

Figura 2 sintetizează recomandările privind schimbarea stilului de viață și inițierea tratamentului antihipertensiv, în funcție de nivelul riscului CV total, după cum am evidențiat în Figura 1. Detalii suplimentare privind inițierea terapiei farmacologice antihipertensive sunt rezumate în tabelul cu recomandări.

Figura 2. Schimbarea stilului de viață și inițierea tratamentului antihipertensiv. Valorile țintă ale tratamentului sunt de asemenea indicate. Culoarele sunt aceleași cu cele din Figura 1. La pacienții diabetici valorile TAD optime sunt cuprinse între 80 și 85 mmHg. În caz de valori normal-înalte se ia în considerare tratamentul antihipertensiv în prezența unei TA crescute în afara cabinetului (HTA mascată).

Alți factori de risc, afectare asimptomatică de organ țintă sau alte afecțiuni	Tensiunea arterială (mmHg)			
	Normal înaltă TAS 130-139 sau TAD 85-89	HTA gradul 1 TAS 140-159 sau TAD 90-99	HTA gradul 2 TAS 160-179 sau TAD 100-109	HTA gradul 3 TAS ≥180 sau TAD ≥110
Fără alți factori de risc	• Fără intervenții asupra TA	• Modificări ale stilului de viață pentru câteva luni • Apoi adaugă tratament antihipertensiv pentru obținerea unor valori TA <140/90 mmHg	• Modificări ale stilului de viață pentru câteva luni • Apoi adaugă tratament antihipertensiv pentru obținerea unor valori TA <140/90 mmHg	• Modificări ale stilului de viață • Tratament antihipertensiv imediat pentru obținerea unor valori TA <140/90 mmHg
1-2 factori de risc	• Modificări ale stilului de viață • Fără intervenții asupra TA	• Modificări ale stilului de viață pentru câteva luni • Apoi adaugă tratament antihipertensiv pentru obținerea unor valori TA <140/90 mmHg	• Modificări ale stilului de viață pentru câteva luni • Apoi adaugă tratament antihipertensiv pentru obținerea unor valori TA <140/90 mmHg	• Modificări ale stilului de viață • Tratament antihipertensiv imediat pentru obținerea unor valori TA <140/90 mmHg
≥ 3 factori de risc	• Modificări ale stilului de viață • Fără intervenții asupra TA	• Modificări ale stilului de viață pentru câteva luni • Apoi adaugă tratament antihipertensiv pentru obținerea unor valori TA <140/90 mmHg	• Modificări ale stilului de viață • Tratament antihipertensiv pentru TA <140/90 mmHg	• Modificări ale stilului de viață • Tratament antihipertensiv imediat pentru obținerea unor valori TA <140/90 mmHg
Afectare de OT, BCR stadiul 3 sau diabet	• Modificări ale stilului de viață • Fără intervenții asupra TA	• Modificări ale stilului de viață • Tratament antihipertensiv pentru TA <140/90 mmHg	• Modificări ale stilului de viață • Tratament antihipertensiv pentru TA <140/90 mmHg	• Modificări ale stilului de viață • Tratament antihipertensiv imediat pentru obținerea unor valori TA <140/90 mmHg
BCV simptomatică, BCR ≥ stadiul 4 sau DZ cu AOT/ alți factori de risc	• Modificări ale stilului de viață • Fără intervenții asupra TA	• Modificări ale stilului de viață • Tratament antihipertensiv pentru TA <140/90 mmHg	• Modificări ale stilului de viață • Tratament antihipertensiv pentru TA <140/90 mmHg	• Modificări ale stilului de viață • Tratament antihipertensiv imediat pentru obținerea unor valori TA <140/90 mmHg

TAS = tensiune arterială sistolică; TAD = tensiune arterială diastolică; TA = tensiune arterială; OT = organ țintă; BCR = boală cronică de rinichi; BCV = boală cardiovasculară; DZ = diabet zaharat; AOT = afectare de organ țintă.

Inițierea tratamentului antihipertensiv		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Inițierea promptă a terapiei este recomandată la pacienții cu HTA de grad 2 și 3 cu orice nivel de risc cardiovascular, la câteva săptămâni după sau simultan cu schimbarea stilului de viață.	I	A
Scăderea terapeutică a TA este recomandată când riscul total CV este mare datorită afectării de organ, diabetului, bolii CV sau bolii renale cronice, chiar și când hipertensiunea este de grad 1.	I	B
Inițierea tratamentului antihipertensiv ar trebui luată în considerare și la pacienții hipertensivi de gradul 1 cu risc mic spre moderat atunci când TA se menține la acest nivel la examinări repetate sau îndeplinește criteriile de TA crescută la MATA și rămâne la acest nivel în pofida unei perioade rezonabile de modificare a stilului de viață.	IIa	B
La pacienții vârstnici tratamentul este recomandat când TA sistolică este ≥ 160 mmHg.	I	A
Tratamentul antihipertensiv poate fi luat în considerare la vârstnici (cel puțin la cei sub 80 de ani) când TAS este între 140-159 mmHg, dacă acesta este bine tolerat.	IIb	C
În lipsa unor dovezi concrete, nu se recomandă inițierea terapiei antihipertensive la TA normal înaltă.	III	A
Lipsa dovezilor nu permite recomandarea terapiei antihipertensive la tinerii cu hipertensiune sistolică izolată brahială; ei ar trebui urmăriți îndeaproape și se recomandă modificarea stilului de viață.	III	A

HTA=hipertensiune arterială; TA=tensiunea arterială; CV=cardiovascular; MATA=monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale; TAS=tensiune arterială sistolică

^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

4.3 Țintele tratamentului antihipertensiv

Recomandările privind valorile țintă ale TA la pacienți hipertensivi vin în completarea datelor prezentate în Figura 2.

Țintele TA la pacienții hipertensivi		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
TAS țintă <140 mmHg		
se recomandă pacienților cu risc CV scăzut-moderat	I	B
se recomandă pacienților cu diabet zaharat	I	A
ar trebui să fie luată în considerare la pacienții cu AVC sau AIT în antecedente	IIa	B
ar trebui să fie luată în considerare la pacienții cu BCI	IIa	B
ar trebui să fie luată în considerare la pacienții cu BCR diabetici sau non-diabetici	IIa	B
La vârstnicii < 80 de ani cu TAS ≥ 160 mmHg există dovezi solide care recomandă reducerea TAS între 140 și 150 mmHg.	I	A
La vârstnicii < 80 de ani într-o stare bună poate fi considerată TAS <140 mmHg, în timp ce la vârstnicii fragili țintele TAS trebuie adaptate la tolerabilitatea individuală.	IIb	C
La vârstnicii > 80 de ani cu TAS inițială ≥ 160 mmHg se recomandă reducerea TAS între 150 și 140 mmHg, însă în prezența unei condiții fizice și mentale bune.	I	B
TAD țintă < 90 mmHg este recomandă întotdeauna, cu excepția pacienților cu diabet, la care sunt recomandate valori < 85 mmHg. Ar trebui considerat totuși că valorile TAD între 80 și 85 mmHg sunt sigure și bine tolerate.	I	A

CV = cardiovascular; AVC = accident vascular cerebral; AIT = accident ischemic tranzitor; BCI = boală cardiacă ischemică; BCR = boală cronică de rinichi; TAS = tensiune arterială sistolică; TAD = tensiune arterială diastolică.

^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

5. Strategii terapeutice

5.1 Modificarea stilului de viață

Modificarea corespunzătoare a stilului de viață reprezintă piatra de temelie în prevenția hipertensiunii arteriale și în tratarea pacientului hipertensiv. Modificarea stilului de viață poate întârzia sau preveni în mod eficient apariția HTA la subiecții non-hipertensivi, poate întârzia sau preveni administrarea unei terapii farmacologice la pacienții cu HTA grad 1 și poate contribui la reducerea TA la pacienții

hipertensivi aflați deja sub tratament, permițând totodată reducerea numărului și a dozelor de antihipertensive. Pe lângă efectul de scădere a tensiunii arteriale, modificarea stilului de viață contribuie și la controlul altor factori de risc CV și al eventualelor comorbidități. Dezavantajul major este reprezentat de nivelul scăzut de complianță în timp, care ar necesita o atenție deosebită în cazul acestor pacienți.

Rezumatul recomandărilor privind schimbarea stilului de viață este prezentat în tabelul următor.

Modificarea stilului de viață			
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^{b,c}	Nivel ^{b,d}
Restricția de sare la 5-6g/zi.	I	A	B
Consum moderat de alcool (max 20-30g etanol/zi/bărbați, max 10-20g etanol/zi/femei).	I	A	B
Creșterea consumului de legume, fructe, lactate degresate.	I	A	B
Scăderea în greutate până la un IMC ~25 kg/m ² și circumferința taliei <102 cm la bărbați și <88 cm la femei, în absența contraindicațiilor.	I	A	B
Exercițiu fizic regulat, exemplu min 30 min de efort dinamic moderat, 5-7 zile/ săptămână.	I	A	B
Este recomandată sfătuirea fumătorilor să renunțe la fumat și oferirea asistenței.	I	A	B

IMC=indice de masă corporală.
^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență. ^c Bazat pe efectul asupra TA și/sau a profilului de risc CV. ^d Bazat pe rezultatele studiilor privind prognosticul.

5.2 Terapia farmacologică

5.2.1 Alegerea medicației antihipertensive

Numeroase studii randomizate și meta-analizele lor nu sesizează diferențe semnificative din punct de vedere clinic între clasele terapeutice astfel încât se poate concluziona că principalele beneficii ale tratamentului antihipertensiv sunt datorate scăderii TA per se și că sunt în mare parte independente de medicamentele utilizate. În

consecință, cele cinci clase de agenți farmacologici (diureticele, beta-blocantele, antagoniștii de calciu, inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei și blocanții recepto-rilor de angiotensină) sunt toate potrivite pentru inițierea și menținerea tratamentului antihipertensiv, fie ca mono-terapie, fie sub forma unor combinații, luând în conside-rare contraindicații certe și posibile (Tabelul 13) și indicații specifice (Tabelul 14).

Tabelul 13. Contraindicații certe și posibile ale terapiei antihipertensive		
Medicament	Contraindicații certe	Contraindicații posibile
Diuretice (tiazidice)	Gută	Sindrom metabolic Intoleranță la glucoză Sarcină Hipercalcemie Hipopotasemie
Beta-blocante	Astm Bloc AV (grad 2 sau 3)	Sindrom metabolic Intoleranță la glucoză Atleți, pacienți activi fizic BPOC (cu excepția beta-blocanțelor cu efect vasodilatator)
Antagoniști de calciu (dihidropi-ridine)		Tahiaritmie Insuficiență cardiacă
Antagoniști de calciu (verapamil, diltiazem)	Bloc AV (grad 2, 3, bloc trifascicular) Disfuncție severă de VS Insuficiență cardiacă	
Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei	Sarcină Edem angioneurotic Hiperpotasemie Stenoză bilaterală de arteră renală	Femei fertile
Blocanții receptorilor de angiotensină	Sarcină Hiperpotasemie Stenoză bilaterală de arteră renală	Femei fertile
Antagoniștii de receptori minera-locorticoizi	Insuficiență renală acută sau severă (RFGe <30 ml/min) Hiperpotasemie	

AV = atrioventricular; RFGe = rata de filtrare glomerulară estimată; BPOC = bronhopneumopatie cronică obstructivă.

Tabelul 14. Medicamente de preferat în situații specifice

Situația	Medicament
Leziune asimptomatică de organ	
Hipertrofie ventriculară stângă	IECA, antagonist de calciu, BRA
Ateroscleroză asimptomatică	Antagonist de calciu, IECA
Microalbuminurie	IECA, BRA
Disfuncție renală	IECA, BRA
Evenimente clinice cardiovasculare	
AVC în antecedente	Orice preparat antihipertensiv eficient
Infarct miocardic în antecedente	Beta-blocant, IECA, BRA
Angină pectorală	Beta-blocant, antagonist de calciu
Insuficiență cardiacă	Diuretic, beta-blocant, IECA, BRA, antagonist de receptor mineralocorticoid
Anevrism de aortă	Beta-blocant
Fibrilație atrială, prevenție	De luat în considerare BRA, IECA, beta-blocant sau antagonist de receptor mineralocorticoid
Fibrilație atrială, controlul frecvenței ventriculare	Beta-blocant, antagonist de calciu non-dihidropiridinic
Boală renală terminală/proteinurie	IECA, BRA
Boală arterială periferică	IECA, antagonist de calciu
Altele	
Hipertensiune sistolică izolată (la vârstnici)	Diuretic, antagonist de calciu
Sindrom metabolic	IECA, BRA, antagonist de calciu
Diabet zaharat	IECA, BRA
Sarcină	Metil-dopa, beta-blocant, antagonist de calciu
Rasa neagră	Diuretic, antagonist de calciu

IECA=inhibitor al enzimelor de conversie a angiotensinei; BRA=blocant de receptor de angiotensină; AVC = accident vascular cerebral.

5.2.2 Monoterapia și terapia combinată

Inițierea tratamentului antihipertensiv cu monoterapie este recomandată în cazul pacienților cu HTA ușoară sau cu risc scăzut-moderat, în timp ce combinația de două medicamente poate fi indicată celor cu valori înalte tensi-

onale sau cu risc înalt-foarte înalt. Figura 3 arată trecerea de la o strategie mai puțin intensă la una mai agresivă, ori de câte ori TA țintă nu este atinsă. Figura 4 ilustrează posibilele combinații ale claselor de medicamente antihipertensive, incluzând combinațiile preferate, dar și folosi-

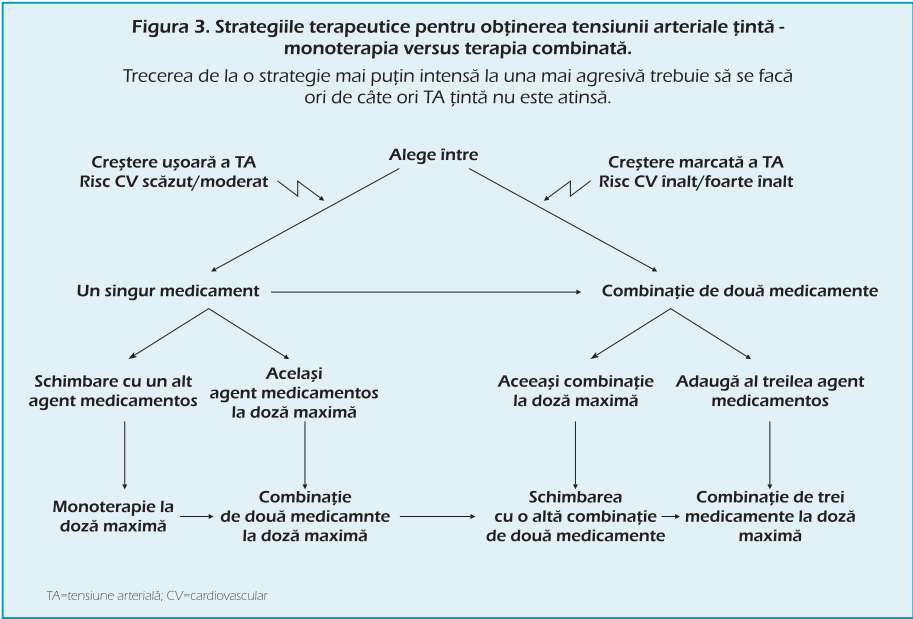
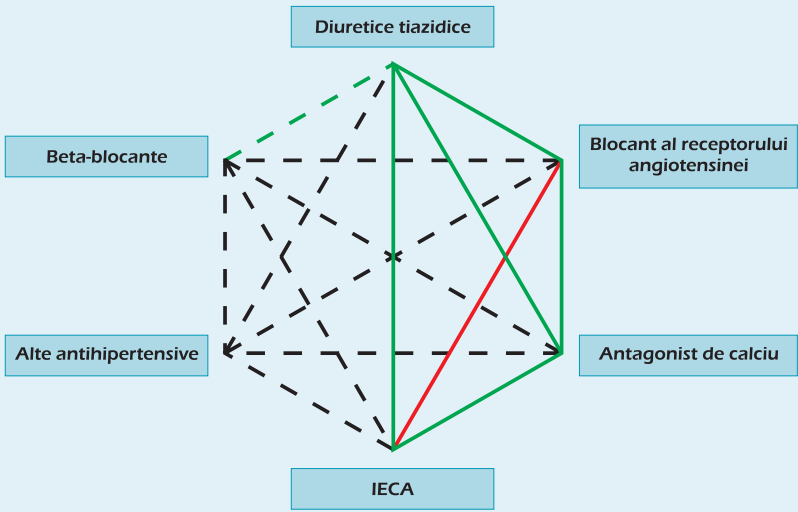


Figura 4. Combinații posibile ale claselor de medicamente antihipertensive.

Liniile continue verzi: combinații preferate; linia verde întreruptă: combinație utilă (cu câteva limitări); liniile negre întrerupte: combinații posibile, dar puțin testate; linia roșie: combinații nerecomandate. Deși verapamilul și diltiazemul sunt uneori folosite în asocieri cu un beta-blocant pentru a îmbunătăți controlul frecvenței cardiace la pacienții cu fibrilație atrială permanentă, doar antagoniștii de calciu dihidropiridinici ar trebui combinați în mod normal cu beta-blocantele.



ACE = angiotensin-converting enzyme.

5.2.3 Rezumatul recomandărilor privind strategia de tratament și alegerea medicamentelor

Strategia terapeutică și alegerea medicamentelor		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Diureticele (tiazidicele, clortalidona și indapamida), beta-blocantele, antagoniștii de calciu, IECA și blocanții receptorilor angiotensinei sunt toate medicamente potrivite și recomandate pentru inițierea și menținerea tratamentului antihipertensiv, ca monoterapie sau sub forma unor combinații.	I	A
Unii agenți terapeutici trebuie luați în considerare ca alegere preferențială în situații specifice, deoarece au fost testați în trialuri în acele situații sau datorită eficacității crescute în afectări specifice de organ.	IIa	C
Inițierea tratamentului antihipertensiv cu o combinație de două medicamente poate fi luată în considerare la pacienții cu TA mult crescută încă de la început sau la cei cu risc CV crescut.	IIb	C
Folosirea concomitentă a doi antagoniști ai SRA nu este recomandată și trebuie descurajată.	III	A
Alte combinații terapeutice trebuie luate în considerare și probabil sunt benefice proporțional cu gradul reducerii TA. Totuși, combinațiile care au fost testate cu succes în studiile clinice trebuie preferate.	IIa	C
Combinațiile de două medicamente în doză fixă într-o singură tabletă pot fi recomandate și sunt de preferat, deoarece reducerea numărului de pastile zilnice crește aderența la tratament, care este oricum scăzută la pacienții hipertensivi.	IIb	B

IECA=inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei, TA=tensiune arterială, CV=cardiovascular, SRA=sistem renină-angiotensină.
^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență

6. Strategii de tratament în cazuri particulare

6.1 Hipertensiunea de halat alb și cea mascată

Strategia terapeutică în hipertensiunea de halat alb și cea mascată		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
În hipertensiunea de halat alb fără factori de risc adiționali, intervențiile terapeutice presupun doar modificări ale stilului de viață, dar această decizie necesită o urmărire atentă ulterioară.	Ila	C
În HTA de halat alb cu risc CV mai crescut din cauza unor anomalii metabolice sau AOT asimptomatice, tratamentul medicamentos poate fi luat în considerare alături de schimbările stilului de viață.	Ilb	C
În hipertensiunea mascată, atât schimbarea stilului de viață cât și tratamentul antihipertensiv trebuie luate în considerare, deoarece acest tip de hipertensiune s-a dovedit în mod repetat a avea un risc CV asemănător cu hipertensiunea de cabinet sau din afara acestuia.	Ila	C

CV = cardiovascular; AOT = afectare de organ
^a Clasă de recomandări. ^b Nivel de evidență.

6.2 Vârstnici

Strategii de tratament antihipertensiv la vârstnici		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Pentru pacienții vârstnici hipertensivi cu TAS ≥160 mmHg există dovezi clare, pe baza cărora se recomandă reducerea TAS la valori între 150 și 140 mmHg.	I	A
La pacienții vârstnici < 80 de ani cu stare clinică bună, tratamentul antihipertensiv poate fi luat în considerare la valori ale TAS ≥140 mmHg cu scopul de a atinge valori ale TAS <140 mmHg, dacă tratamentul este bine tolerat.	Ilb	C
La pacienții > 80 de ani cu o TAS inițială ≥160 mmHg este recomandată scăderea TAS la valori între 150 și 140 mmHg, cu condiția ca aceștia să fie într-o stare fizică și psihică bună.	I	B
La pacienții vârstnici într-o stare precară, este recomandat ca deciziile cu privire la administrarea tratamentului antihipertensiv să fie stabilite de către medicul curant și bazate pe monitorizarea efectelor clinice ale tratamentului.	I	C
Continuarea tratamentului antihipertensiv bine tolerat trebuie luată în considerare la atingerea vârstei de 80 de ani.	Ila	C
Toate medicamentele antihipertensive sunt recomandate și pot fi folosite la pacienții vârstnici, deși diureticele și antagoniștii de calciu ar putea fi preferate în hipertensiunea sistolică izolată.	I	A

TAS = tensiune arterială sistolică
^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

6.3 Adulții tineri

Deși nu există dovezi din trialuri clinice randomizate privind beneficiile tratamentului antihipertensiv la adulții tineri, tratamentul farmacologic al acestora poate fi consi-

derat prudent. Dacă aceștia asociază și alți factori de risc, TA ar trebui scăzută la valori <140/90 mmHg. Tratamentul adulților tineri cu hipertensiune de halat alb poate consta doar în măsuri privind stilul de viață.

6.4 Femeile

Strategia terapeutică la femeile hipertensive		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Terapia hormonală sau modulatorii selectivi ai receptorilor pentru estrogeni nu sunt recomandați și nu trebuie folosiți pentru prevenția primară sau secundară a BCV. Dacă CO sunt folosite ca tratament la femeile tinere aflate în perimenopauză pentru simptome menopauzale severe, beneficiile trebuie puse în balanță cu riscurile potențiale ale terapiei.	III	A
Se recomandă tratament medicamentos al hipertensiunii severe din sarcină (TAS > 160 mmHg sau TAD > 110 mmHg).	I	C
Tratamentul medicamentos poate fi luat în considerare la femeile însărcinate cu creșterea persistentă a TA ≥ 150/95 mmHg și la cele cu TA ≥ 140/90 mmHg în prezența hipertensiunii gestaționale, AOȚ subcl-nice sau simptomelor.	IIb	C
La femeile cu risc crescut de pre-eclampsie, dar cu risc scăzut de sângerare gastro-intestinală, se poate lua în considerare administrarea de doze mici de aspirină începând cu săptămâna a 12-a de sarcină până la naștere.	IIb	B
La femeile în perioada fertilă, blocanții SRA nu sunt recomandați și trebuie evitați.	III	C
Metildopa, labetalol și nifedipina ar trebui considerate antihipertensivele de preferat în sarcină. Labetalo-lul sau nitroprusiatul intravenos pot fi folosite în caz de urgență (pre-eclampsie).	IIa	B

TA=tensiunea arterială; BCV=boală cardiovasculară; TAD=tensiune arterială diastolică; TAS=tensiune arterială sistolică; AOȚ=afectare de organ țintă; SRA=sistem renină-angiotensină, CO=contraceptive orale.
^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

6.5 Diabetul zaharat

Strategia terapeutică la pacienții diabetici		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Tratamentul antihipertensiv este obligatoriu la pacienții diabetici cu TAS ≥ 160 mmHg, dar se recomandă inițierea acestuia și la TAS ≥ 140 mmHg.	I	A
Se recomandă o țintă terapeutică a TAS < 140 mmHg la pacienții diabetici.	I	A
Se recomandă o țintă terapeutică a TAD < 85 mmHg la pacienții diabetici.	I	A
Toate clasele de antihipertensive sunt recomandate și pot fi folosite la pacienții diabetici; blocanții SRA pot fi preferați, în special în prezența proteinuriei sau a microalbuminuriei.	I	A
Este recomandat ca alegerea medicamentului antihipertensiv să ia în considerare și comorbiditățile pacientului.	I	C
Administrarea simultană a doi blocanți ai SRA nu este recomandată și trebuie evitată la pacienții diabe-tici.	III	B

TAD = TA diastolică; TAS = TA sistolică; SRA = sistem renină angiotensină.
^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

6.6 Sindromul de apnee în somn

Asocierea dintre sindromul de apnee în somn (SAS) și hipertensiunea arterială este bine documentată, în spe-cial în ceea ce privește hipertensiunea nocturnă. Datorită

legăturii strânse dintre obezitate și SAS, scăderea pon-derală și exercițiul fizic sunt deseori recomandate. Tera-pia cu CPAP (continuous positive airway pressure) este o metodă foarte bună de scădere a SAS, deși efectul CPAP asupra TA ambulatorie este foarte mic.

6.7 Nefropatia diabetică și non-diabetică

Strategia terapeutică la pacienții hipertensivi cu nefropatie		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Trebuie luată în considerare scăderea TAS <140mmHg.	IIa	B
În prezența proteinuriei, se poate lua în considerare scăderea TAS <130mmHg, cu condiția ca modificările în RFGe să fie monitorizate.	IIb	B
Blocanții SRA sunt mai eficienți în reducerea albuminuriei decât alte antihipertensive, motiv pentru care sunt indicați tuturor pacienților hipertensivi cu microalbuminurie și proteinurie.	I	A
Atingerea unor valori țintă ale TA necesită adesea combinații medicamentoase și este recomandată asocierea unui blocant al SRA cu alți agenți antihipertensivi.	I	A
Combinarea a doi blocanți ai SRA nu este recomandată, deși sunt potențial mai eficienți în scăderea proteinuriei.	III	A
Antagoniștii aldosteronului nu sunt recomandați în BCR, mai ales în combinație cu un blocant al SRA, deoarece există riscul unei deteriorări semnificative a funcției renale și a dezvoltării hiperkaliemiei.	III	C

TA = tensiune arterială; TAS = TA sistolică; BCR = boală cronică renală; RFGe = rata de filtrare glomerulară estimată; SRA = sistem renină angiotensină.

^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

6.8 Patologia cerebrovasculară

Strategia terapeutică la pacienții hipertensivi cu boli cerebrovasculare		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Nu este recomandată administrarea medicației antihipertensive pe parcursul primei săptămâni după AVC acut indiferent de nivelul TA, deși în prezența unor valori ale TAS foarte mari, decizia se va judeca în context clinic.	III	B
Tratamentul antihipertensiv este recomandat pacienților hipertensivi cu istoric de AVC sau AIT, chiar și atunci când TAS este în intervalul 140-159 mmHg.	I	B
La pacienții hipertensivi cu AVC sau AIT în antecedente ar trebui luată în considerare ca țintă terapeutică o valoare a TAS < 140mmHg.	IIa	B
Pentru pacienți hipertensivi vârstnici cu istoric de AVC sau AIT pot fi luate în considerare valori țintă ceva mai mari pentru TAS.	IIb	B
Orice schemă terapeutică este recomandată pentru prevenția AVC atâta timp cât TA este scăzută eficient.	I	A

TA = tensiune arterială; TAS = tensiune arterială sistolică, AIT = accident ischemic tranzitor, AVC = accident vascular cerebral

^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

6.9 Boala cardiacă

Strategiile terapeutice la pacienții hipertensivi cu boală cardiacă		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
La pacienții hipertensivi cu BCI ar trebui luată în considerare o țintă a TAS < 140mmHg.	IIa	B
La pacienții hipertensivi cu IMA recent sunt recomandate beta-blocantele. În cazul altor forme de BCI, orice tratament antihipertensiv poate fi folosit, dar beta-blocantele și antagoniștii de calciu sunt de preferat din considerente simptomatice (angor).	I	A
Diureticele, beta-blocantele, IECA, blocanții receptorilor angiotensinei și/sau antagoniștii receptorilor mineralocorticoizi sunt recomandate la pacienții cu insuficiență cardiacă sau disfuncție severă de VS pentru a reduce mortalitatea și spitalizările.	I	A
Pentru pacienții cu insuficiență cardiacă cu FE păstrată nu există nicio dovadă că terapia antihipertensivă per se sau un anumit medicament ar aduce vreun beneficiu. Totuși, la acești pacienți, precum și la cei hipertensivi cu disfuncție sistolică, scăderea TAS la 140 mmHg ar trebui luată în considerare. De asemenea, tratamentul ghidat de reducerea simptomatologiei (congestia cu diuretice, frecvența cardiacă crescută cu BB, etc.) ar trebui luat în considerare.	IIa	C
IECA și blocanții receptorilor angiotensinei (și beta-blocantele și antagoniștii receptorilor mineralocorticoizi dacă se asociază și insuficiență cardiacă) ar trebui luate în considerare ca tratament antihipertensiv la pacienții cu risc de a dezvolta FiA nouă sau recurentă.	IIa	C
Se recomandă ca toți pacienții cu HVS să primească tratament antihipertensiv.	I	B
Pentru pacienții cu HVS ar trebui luată în considerare inițierea tratamentului cu unul dintre medicamentele care au dovedit un efect superior de reducere a HVS: IECA, blocanții receptorilor angiotensinei și BCC.	IIa	B

IECA = inhibitor de enzimă de conversie; BCI= boală cardiacă ischemică; FE= fracție de ejeție; VS= ventricul stâng; HVS= hipertrofie ventriculară stângă; TAS= tensiune arterială sistolică, IMA=infarct miocardic acut, BB=beta-blocant, BCC=antagonist de calciu, FiA=fibrilație atrială.

^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

6.10 Ateroscleroza, arterioscleroza și boala arterială periferică

Strategii terapeutice la pacienții hipertensivi cu ateroscleroză, arterio-scleroză și boală arterială periferică		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Prescrierea unui BCC și IECA trebuie luată în considerare în prezența aterosclerozei carotidiene întrucât acești agenți și-au dovedit superioritatea asupra întârzierii progresiei aterosclerozei comparativ cu diureticele sau beta-blocantele.	Ila	B
La pacienții hipertensivi cu viteza undei pulsului peste 10 m/s, orice medicament antihipertensiv poate fi ales atâta timp cât se obține scăderea TA <140/90 mmHg și menținerea constantă sub aceste valori.	Ila	B
Tratamentul antihipertensiv este recomandat la pacienții hipertensivi cu BAP pentru a atinge o valoare țintă <140/90 mmHg dat fiind riscul crescut de IMA, AVC, insuficiență cardiacă și deces al acestor pacienți.	I	A
Deși este necesară o urmărire atentă, beta-blocantele pot fi luate în considerare pentru tratamentul HTA la pacienții hipertensivi cu boală arterială periferică, având în vedere că utilizarea lor nu pare să fie asociată cu exacerbarea simptomelor de BAP.	IIb	A

IECA= inhibitor de enzimă de conversie; BCC=antagonist de calciu, TA= tensiune arterială, HTA=hipertensiune arterială, BAP= boala arteriala periferică; IMA = infarct miocardic acut; AVC = accident vascular cerebral.
^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

6.11 Hipertensiunea rezistentă

Strategiile terapeutice la pacienții cu hipertensiune rezistentă		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Pentru pacienții cu HTA rezistentă se recomandă să se verifice dacă medicamentele existente în schema terapeutică pluri-medicamentoasă au vreun efect de scădere a TA, iar în cazul în care acest efect nu există sau este minim, acestea ar trebui întrerupte.	I	C
Antagoniștii receptorilor mineralocorticoizilor, amiloridul și alfa-1 blocantul de tip doxazosin ar trebui luate în considerare dacă nu există contraindicații.	Ila	B
În cazul ineficienței tratamentului medicamentos, procedurile invazive precum denervarea renală sau stimularea baroreceptorilor pot fi luate în considerare.	IIb	C
Până vor fi disponibile mai multe dovezi legate de eficiența și siguranța pe termen lung a denervării renale și a stimulării baroreceptorilor, se recomandă ca aceste proceduri să fie efectuate numai de medici cu experiență, iar diagnosticul și urmărirea pacienților să se facă doar în centre specializate pentru HTA.	I	C
Abordarea invazivă se recomandă numai în cazul HTA rezistente adevărate, cu valori ale TAS ≥160 mmHg sau TAD ≥100 mmHg și cu valori tensionale crescute confirmate prin MATA.	I	C

MATA = monitorizare ambulatorie a tensiunii arteriale; TA=tensiune arterială;TAS= tesiune arterială sistolică; TAD=tensiune arterială diastolică; HTA = hipertensiune arterială.
^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

6.12 Hipertensiunea malignă

Hipertensiunea malignă este o urgență hipertensivă definită clinic prin prezența TA foarte crescute asociată cu afectare ischemică de organ țintă (retină, rinichi, inimă sau creier). Tratamentul se bazează pe medicamente care pot fi administrate intravenos în perfuzie și titrate.

6.13 Hipertensiunea renovasculară

Stenoza arterei renale secundară aterosclerozei este relativ frecventă mai ales în rândul populației vârstnice. Este

discutabil dacă astfel de pacienți pot avea un beneficiu în urma procedurilor intervenționale, în principal stentarea percutanată a arterei renale. Tratamentul intervențional nu este recomandat dacă funcția renală s-a menținut constantă timp de 6-12 luni și dacă hipertensiunea poate fi controlată printr-o schemă medicamentoasă acceptabilă. Displazia fibromusculară este mai frecventă la pacienții tineri, în special de sex feminin, cu HTA necontrolată, pentru care există dovezi convingătoare (chiar dacă provin din studii fără lot control) în favoarea acestei intervenții.

7. Tratamentul factorilor de risc asociați

Tabelul de mai jos însumează recomandările privind medicația hipolipemiantă, terapia antiplachetară și tratamentul hiperglicemiei la pacienții hipertensivi.

Tratamentul factorilor de risc asociați hipertensiunii arteriale		
Recomandări	Clasa ^a	Nivel ^b
Este recomandat să se administreze statine la pacienții hipertensivi cu risc mediu-înalt, având ca țintă o valoare a LDL-colesterolului < 3,0 mmol/L (115 mg/dL)	I	A
La pacienții cu BCI manifestă este recomandat să se administreze statine pentru atingerea unei valori țintă a LDL-colesterolului <1,8 mmol/L (70 mg/dL)	I	A
Terapia antiplachetară, în special aspirina în doză mică, este recomandată la pacienții hipertensivi cu istoric de evenimente CV	I	A
Aspirina ar trebui, de asemenea, luată în considerare la pacienții hipertensivi cu funcție renală alterată sau cu risc CV înalt, cu condiția ca TA să fie bine controlată	IIa	B
Aspirina nu este recomandată la pacienții hipertensivi cu risc scăzut-moderat, la care beneficiul și riscul administrării sunt echivalente	III	A
La pacienții hipertensivi cu diabet zaharat se recomandă obținerea unei HbA1c < 7.0% sub tratament antidiabetic	I	B
La pacienții vârstnici mai fragili, cu o evoluție îndelungată a diabetului, comorbidități multiple și cu risc crescut, trebuie luată în considerare o valoare țintă a HbA1c < 7.5-8.0%	IIa	C

BCI = boală coronariană ischemică; CV = cardiovascular; HbA1c = hemoglobină glicată; LDL = low density lipoprotein; TA = tensiunea arterială
^a Clasa de recomandări. ^b Nivelul de evidență.

8. Urmărirea pacienților hipertensivi și ameliorarea controlului TA

Persoanele cu TA normal-înaltă sau cu hipertensiune de halat alb, chiar dacă nu sunt tratate, necesită urmărire regulată, cel puțin o dată pe an, pentru măsurarea TA în cabinet dar și în afara acestuia, pentru evaluarea profilului de risc CV și pentru a sublinia recomandările referitoare la schimbarea stilului de viață.

După inițierea tratamentului antihipertensiv, pacienții trebuie reexaminați la intervale de 2-4 săptămâni pentru a evalua efectele medicației asupra TA și pentru a aprecia eventualele reacții adverse. De îndată ce ținta a fost atinsă, intervalul optim de urmărire este de câteva luni.

În funcție de organizarea locală a sistemului de sănătate, vizitele ulterioare pot fi efectuate de personalul medical mediu, precum asistenții medicali. Pentru pacienții stabili, monitorizarea TA la domiciliu și comunicarea electronică a acestora către medic pot reprezenta alternative convenabile.

Se recomandă evaluarea factorilor de risc și a afectării asimptomatice de organ țintă cel puțin o dată la 2 ani. Așa cum este ilustrat în Figura 5, regresia afectării organelor țintă în timpul tratamentului antihipertensiv reflectă scăderea morbidității și mortalității CV indusă de tratament, oferind astfel informații valoroase despre gradul de protecție al pacienților sub strategia terapeutică adoptată pentru aceștia.

Figura 5. Sensibilitatea detectării modificărilor induse de tratament, timpul de modificare și valoarea prognostică a acestora utilizând markerii afectării asimptomatice de organ țintă			
Markerul afectării de organ	Sensibilitatea la modificări	Timpul de modificare	Valoarea prognostică a modificării
HVS/ECG	Scăzută	Moderat (>6 luni)	Da
HVS/ECO	Moderată	Moderat (>6 luni)	Da
HVS/IRM cardiac	Înaltă	Moderat (>6 luni)	Lipsă date
RFGe	Moderată	Foarte lent (ani)	Lipsă date
Proteinurie	Înaltă	Rapid (săpt.-luni)	Moderată
Grosimea peretelui carotidian	Foarte scăzută	Lent (>12 luni)	Nu
Viteza undei de puls	Înaltă	Rapid (săpt.-luni)	Date limitate
Indicele gleznă-braț	Scăzută	Lipsă date	Lipsă date

ECG=electrocardiogramă; ECO=ecocardiografie; HVS=hipertrofie de ventricul stâng; IRM= rezonanță magnetică; RFGe=rata estimată a filtrării glomerulare

Detectarea unor valori necontrolate ale TA impune întotdeauna identificarea cauzelor apariției acestora, cum ar fi: aderență scăzută la tratament, hipertensiune de halat alb persistentă sau consumul de substanțe ce cresc TA.

Pentru îmbunătățirea controlului TA, trebuie aplicate măsuri adecvate, însă evitând inerția terapeutică a medicului. Tabelul 15 redă metodele de creștere a aderenței la recomandările medicale.

Tabelul 15. Metode pentru îmbunătățirea complianței la recomandările medicului
Metode care implică pacientul
Informarea pacientului și strategii motivaționale
Terapie de grup
Automonitorizarea tensiunii arteriale
Automanagement prin sisteme simple
Intervenții complexe ^a
Metode care implică tratamentul
Simplificarea schemei de tratament
Utilizarea de cutii pentru repartitia dozelor pe zile și ore (reminder packaging)
Metode care implică sistemul de sănătate
Îngrijirea intensivă (monitorizare, controale telefonice, memento-uri, vizite la domiciliu, telemonitorizarea TA măsurate la domiciliu, suport social, consiliere asistată de calculator)
Metode care presupun implicarea directă a farmacistului
Strategii de rambursare pentru implicarea medicilor generaliști în evaluarea și tratarea HTA

^a Aproape toate metodele eficiente pe termen lung au fost intervenții complexe, incluzând combinații ale îngrijirilor mai simple, informații, memento-uri, auto-monitorizarea, consilierea, terapia de familie, terapia psihologică, intervenția în urgențe, urmărirea telefonică, terapie de susținere, programe farmaceutice.

Traducere coordonată de Grupul de Lucru Hipertensiune Arterială, Președinte Prof. Dr. Mircea Cintează, Secretar Dr. Elisabeta Bădilă, efectuată de Dr. Cristina Grigore, Dr. Hanna Tewelde, Dr. Emma Tintea, Dr. Ana Maria Daraban, Dr. Polixenia Stanciu, Dr. Oana Soare.