HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Edit Fekete

Sursa foto: Freepik

Introducere

De-a lungul timpului s-au făcut progrese în înțelegerea epidemiologiei, proceselor fiziologice și a factorilor de risc asociați hipertensiunii, iar dovezile științifice acumulate demonstrează că scăderea presiunii sângelui poate să reducă substanțial morbiditatea și mortalitatea premature (1).

Intervenția asupra factorilor de risc comportamentali ca și un număr de tratamente medicamentoase pot conduce la scăderea presiunii sângelui. În ciuda acestui fapt, nivelul de control al tensiunii arteriale (TA) rămâne încă la un nivel scăzut, la nivel mondial și chiar și în Europa. În consecință, hipertensiunea arterială (HTA) continuă să rămână principala cauză prevenibilă a bolilor cardiovasculare (BCV) și a mortalității prin toate cauzele în lume și în Europa. (1)

Glosar de termeni

Tensiunea arterială se referă la forța exercitată de sângele care circulă asupra pereților vaselor de sânge. Presiunea sângelui care circulă scade în timp ce sângele trece prin artere, arteriole, capilare și vene. Tensiunea arterială sistolică (TAS) este definită ca presiunea cea mai mare în artere, care apare aproape de începutul ciclului cardiac. Tensiunea arterială diastolică (TAD) este cea mai mică presiune (în faza de repaus a ciclului cardiac). Măsurile presiunii arteriale nu sunt statice, ci suferă variații naturale de la o bătaie a inimii la alta și pe tot parcursul zilei. Valorile tensiunii arteriale sunt raportate în mmHg (milimetri pe coloana de Mercur).

Automonitorizarea tensiunii arteriale este o metodă de monitorizare a tensiunii arteriale la domiciliu, de către pacient sau de către familia acestuia, cu ajutorul dispozitivelor automate. Această metodă poate fi folosită pentru diagnosticul hipertensiunii arteriale sau pentru verificarea eficacității tratamentului.

Monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale reprezintă o metodă neinvazivă, automatizată, prin care se înregistrează valorile TA pe o durată îndelungată de timp, în condiții ambulatorii, permițând ilustrarea modificărilor de tensiune arterială în corelație cu momentele zilei și calcularea de valori medii pe un anumit interval de timp (de obicei 24h).

Hipertensiunea de halat alb se referă la o condiție netratată în care valoarea presiunii sângelui este ridicată în cabinetul medical, dar este normală când este măsurată în ambulator (Holter TA) sau acasă (sau în ambele). (2)

Hipertensiunea mascată se referă la pacienții netratați la care valoarea presiunii sângelui este normală atunci când este măsurată în cabinetul medicului, dar este ridicată atunci când este măsurată acasă sau în ambulator.(2)

Sursa foto: Freepik

Importanța problemei

Hipertensiunea arterială reprezintă un factor de risc cardiovascular (FRC) major, cu o pondere semnificativă în populația generală. Hipertensiunea arterială este recunoscută ca având un rol important în apariția bolii coronariene ischemice (BCI), a bolii cerebrovasculare (BCV), a insuficienței cardiace (IC), a bolii renale cronice (BRC), precum și a bolii arteriale periferice (BAP). Hipertensivii dezvoltă BCV cu 5 ani mai devreme (95% CI 4.8-5.2) decât normotensivii. Asocierea HTA cu alți factori de risc cardiovascular, cu prezența de leziuni de organe țintă (AOT) și comorbidități, influențează morbiditatea și mortalitatea cardiovasculară. O scădere a TA sistolice cu 10-15 mmHg și a celei diastolice cu 5-8mmHg poate duce la o înjumătățire a morbidității și mortalității prin boli cardiovasculare. Având în vedere importanța hipertensiunii ca factor de risc, determinarea valorii ei, la orice adult, este un gest simplu (2).

Studiile SEPHAR (Study of Prevalence of Hypertension and Cardiovascular Risk in an adult population in România, SEPHAR I și SEPHAR II, 2005) au arătat o prevalență de 40% a hipertensiunii arteriale (HTA), 37% a obezității, 46% a dislipidemiei și 29% a fumatului în populația generală adultă a României. Peste 50% dintre hipertensivii nou diagnosticați nu se știau hipertensivi la data screeningului, iar dintre hipertensivii cunoscuți, doar 39% erau sub tratament. Studiul a evidențiat o prevalență crescută a factorilor de risc cardiovascular în regiuni cu nivel socio-economic scăzut (2).

Un raport al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), actualizat în ianuarie 2015, arată că bolile cardiovasculare (BCV) sunt în continuare cauza principală de deces în lume. Majoritatea acestor decese pot fi prevenite prin modificarea factorilor de risc cu rol în apariția bolii cardiovasculare aterosclerotice (BCVAS), cum ar fi fumatul, dieta nesănătoasă și obezitatea, lipsa activității fizice, consumul inadecvat de alcool.(2)

Impact, beneficii, eficacitatea intervențiilor pentru reducerea riscurilor

Impactul tratamentului hipertensiunii arteriale

Relația dintre valoarea tensiunii arteriale și riscul cardiovascular este una continuă. Studii de cohortă, trialuri controlate au arătat relația între creșterea valorilor tensiunii arteriale și apariția de BCVAS (infarctul de miocard, accidentul vascular cerebral, boala vasculară periferică) și insuficiența cardiacă (2).

Beneficiul scăderii tensiunii arteriale este demonstrat în studii clinice. O metaanaliză din 1994 a demonstrat că scăderea TAD cu 5-6 mmHg produce o reducere cu 16% a BCI și cu 38% la AVC după o perioadă de urmărire de 5 ani (6).

Tratamentul hipertensiunii arteriale beneficiază de o serie de mijloace non-farmacologice, care țin în principal de modificări la nivel de stil de viață dar și de foarte multe mijloace farmacologice.

Recomandări (3,4)

RECOMANDĂRI	Clasa de recomandare	Nivel de evidență
Definiție și screening (3)		
Este recomandată clasificarea TA în optimă, normală, înalt normală și grad 1-3 în funcție de valorile TA măsurate în cabinet (3)	I	C
Toți adulții peste 18 ani trebuie să aibă valoarea TA măsurată și înregistrată în fișă și să își cunoască medicul de familie (3)	I	B
Se recomandă măsurarea TA la cel puțin 5 ani pentru persoane între 14 și 40 de ani și la fiecare doi ani pentru persoane peste 40 de ani (3)	I	C
La diabetici și la pacienții cu afecțiuni renale cronice diagnosticul de HTA se face după aceleași criterii (TAS ≥ 140 mmHg și / sau TAD ≥ 90 mmHg (3)		B
Măsurarea TA(3)		
Măsurarea TA trebuie efectuat cu aparate calibrate conform standardelor internaționale		D
Recomandări practice(4)		
Trebuie folosită orice oportunitate pentru a evalua tensiunea arterială la adulți pentru depistarea precoce a hipertensiunii arteriale.(4)		D
Se va utiliza tehnica corectă, dimensiunea corespunzătoare a manșetei și în mod corespunzător echipamente calibrate.(4)		D
Se recomandă ca profesioniștii din sănătate să aibă cunoștințe cu privire la diagnosticul de hipertensiune.(4)		D
Se recomandă să educe persoanele despre automonitorizarea tensiunii arteriale, despre valorile tensiunii arteriale țintă și despre importanța de atingere și menținere a acestui obiectiv.(4)		D
Intervenții privind stilul de viață (3)		
Toți pacienții cu hipertensiune ar trebui să primească sfaturi profesionale cu privire la modificările necesare schimbării stilului de viață.	II	B
Intervenția asupra schimbărilor stilului de viață ar trebui să fie individualizată și este necesar să se acorde prioritate în funcție de caracteristicile pacientului.		C
Dieta /Alimentație(3)		
Se recomandă să evalueze persoanele cu privire la factorii de risc alimentari, în colaborare cu dieteticieni și alți membrii ale echipei de asistență medicală.		D
Se recomandă o dietă echilibrată, bogată în fructe, legume și produse lactate degresate, împreună cu reducerea grăsimilor totale și saturate.	IV	A
Reducerea aportului de sare la <5 g pe zi este o măsură eficientă la pacienții hipertensivi.	I	A
Alcoolul (3)		
Se recomandă evaluarea consumului de alcool a persoanelor, inclusiv cantitatea și frecvența, și se va recomandă limitarea consumului de alcool, după caz, la maximum: ■ Două băuturi standard pe zi sau 14 băuturi standard pe săptămână pentru bărbați; ■ O băutură standard pe zi sau 8 băuturi pe săptămână pentru femei și bărbați cu greutate mai mică.	I	A

Fumatul (3)		
Se recomandă să aibă cunoștințe despre relația dintre fumat și riscul bolilor cardiovasculare.	I	B
Se recomandă stabilirea statusului de fumător al persoanelor și se va recomanda renunțarea la fumat la cei cu hipertensiune		
Stresul (3)		
Se va recomanda evitarea stărilor stresante.	IV	
Greutate(3)		
Se va evalua greutatea peroanelor, indicele de masă corporală (IMC) și circumferința taliei.		
La persoanele cu un IMC mai mare sau egal cu 25 și cu circumferință taliei peste 102 cm (bărbați) și 88 cm (femei) se va recomanda reducerea greutății.		
O scădere în greutate de cel puțin 4 kg este recomandată la pacienții hipertensivi cu indice de masă corporală> 27 kg / m2		C
Activitate fizică(3)		
Se va evalua nivelul de activitate fizică al persoanelor	IV	
La persoanele hipertensive este indicat să efectueze exerciții aerobe la o intensitate de 60-80% din ritmul cardiac maxim, timp de 45- 60 minute, cel puțin trei zile pe săptămână.		A
Medicația(4)		
Se recomandă cunoașterea principalelor grupe de medicamente prescrise în tratamentul hipertensiunii arteriale(diuretice, beta blocante, blocante de canal Ca, vasodilatatoare etc.).		
Urmărire(4)		
Un pacient hipertensiv bine controlat trebuie urmărit la fiecare șase luni și de către personalul medical de îngrijire primară anual.		D
Ținta valorilor TA variază în funcție de situația clinică. La majoritatea pacienților ținta este <140/90 mmHG	I	A
Frecvența vizitelor poate fi mai mare în anumite situații, cum ar fi: control nesatisfăcător al TA, apariția efectelor secundare și a unor factori de risc cardiovascular sau a bolilor concomitente.		D

Descriere recomandări

6.1 Definiție și clasificare

Definiție: Hipertensiunea arterială reprezintă o creștere a valorilor tensiunii arteriale peste 140 mmHg pentru tensiunea sistolică (TAS), și/sau 90 mmHg a tensiunii diastolice (TAD).

Tensiunea prag este stabilită prin convenție la 140/90 mmHg. Această valoare este utilizată pentru a facilita diagnosticul HTA și pentru decizia de începere a tratamentului. (2)

Clasificarea hipertensiunii arteriale se face în funcție de valorile tensiunii arteriale măsurată în cabinet. În funcție de etiologie, HTA se poate clasifica în esențială și secundară.

Tensiunea arterială se încadrează după valorile TA măsurate în poziție șezândă.

Încadrarea în gradul de HTA se face în funcție de valoarea cea mai mare a TA măsurată în cabinet indiferent dacă este TAS sau TAD.

Hipertensiunea sistolică izolată se împarte în grad 1,2 și 3 în funcție de valorile tensiunii arteriale sistolice.

Hipertensiunea arterială este influențată de către factorii de risc cardiovasculari, în special de către fumat și de asocierea diabetului zaharat.

Tabel 1: Clasificarea HTA (valori în mmHg)

Categoria*	Sistolică (mmHg)	Diastolică (mmHg)	Recomandări**
Optimă	<120	<80	**Vârsta 14-40 ani:** la fiecare patru ani și **>40 ani:** la fiecare doi ani
Normală	120 -129	80 -84	**Vârsta 14-40 ani:** la fiecare patru ani și **>40 ani:** la fiecare doi ani
Normal-înaltă	130 -139	85 -89	Evaluare anuală
HTA de grad 1	**140 -159**	**90 -99**	**Confirmare și evaluare din două în două luni**
HTA de grad 2	160 -179	100 -109	Confirmare și evaluare lunară
HTA de grad 3	**≥180**	**≥110**	**Evaluare imediată sau maxim într-o săptămână**
HTA sistolică izolată	**≥140**	**<90**	**Clasificare conform TA sistolică**

Sursa: adaptat după Ghidul 2018 ESC/ESH

*Dacă TAS și TAD se află în categorii diferite, ar trebui să se aplice clasificarea și gama de recomandări pentru valoarea cea mai înaltă

** Modificabil în funcție de cifrele anterioare ale TA, situația clinică, afectarea organelor și prezența unor alți factori de risc cardiovascular

6.2. Tehnica măsurării TA

Măsurarea TA

Trebuie folosită orice oportunitate pentru a evalua tensiunea arterială la adulți pentru depistarea precoce a hipertensiunii arteriale. Se recomandă ca asistentul medical să aibă cunoștințe cu privire la diagnosticul de hipertensiune.

Pentru un diagnostic corect al HTA este necesar ca măsurarea TA să se facă în conformitate cu standardele. Erorile de măsurare pot determina încadrarea necorespunzătoare a pacientului atât din punct de vedere al diagnosticului cât și din punct de vedere al clasei de risc.

Pregătirea pentru măsurare

Pacientul ar trebui să se abțină de la mâncare, băutură, fumat și de la primirea medicamentelor, care afectează tensiunea arterială, cu o oră înainte de măsurare.

Măsurarea tensiunii arteriale

Echipamentul necesar:

- tensiometru aneroid cu manșetă de dimensiuni corespunzătoare;
- stetoscop biauricular;
- mănuși (dacă este necesar),
- alcool sanitar,
- un tampon de bumbac.

Măsurarea se poate face și cu un tensiometru electronic.

Se informează pacientul cu privire la efectuarea și scopul tehnicii.

Pacientul trebuie să fie așezat în decubit dorsal (culcat pe spate), șezând, semișezând sau ortostatism (poziție vertical), în funcție de capacitatea acestuia de mobilizare.

Aplicarea manșetei:

- se verifică dacă manșeta conține aer și se elimină deschizând ventilul de siguranță, dacă este necesar
- se introduce manșeta pe bratul pacientului, deasupra plicii cotului (manșeta se aplică direct pe piele), astfel încat tubul de cauciuc să fie îndreptat în direcția antebrațului. Se lasă un spațiu de aprox. 2-3cm între marginea inferioară a manșetei și plica cotului. Se trage manșeta de capătul liber și se închide cu velcro-ul (ariciul) fără a fi strânsă prea tare. Între manșetă și braț nu trebuie să fie spațiu liber, întrucât aceasta poate afecta rezultatul.

● se așează brațul pacientului pe masă, cu palma în sus, astfel încât manșeta să se afle la aceeași înalțime cu inima.

● se fixează capsula stetoscopului sub marginea inferioară a manșetei, deasupra arterei brahiale (se palpează artera exercitând o ușoara presiune cu degetele pentru a o localiza); capsula este fixată corect dacă pulsul (zgomotele Korotkoff) se aude cu intensitate maximă. Olivele stetoscopului trebuie introduse bine în urechi, pentru ca zgomotele Korotkoff să se audă clar în timpul măsurării.

● se închide ventilul de siguranță și se pompează ritmic aer în manșetă strângând para de umflare până la dispariția zgomotelor pulsatile.

Tensiunea arterială sistolică:

Se deschide ușor supapa cu o viteză de 2-3 mmHg până la apariția primului zgomot Korotkoff care reprezintă valoarea tensiunii sistolice.

Tensiunea arterială diastolică:

Se dezumflă cu aceeași viteză până când zgomotele încetează, ultimul zgomot reprezentând valoarea tensiunii diastolice.

Diferența dintre valorile celor două brațe ar trebui să fie în limita a 10-15 mm Hg. Diferențe mai mari de 10-15 implică fluxul sanguin diferențial. Dacă doriți să repetați măsurarea tensiunii arteriale, ar trebui să lăsați manșeta să se dezumfle complet, să permiteți ca orice congestie venoasă în braț să fie soluționată și apoi repetați la un interval de un minut.

6.3 Hipertensiune și riscul cardiovascular

Factorii de risc care influențează hipertensiunea arterială

- Lipsa de activitate fizică;
- Consumul mare de alcool;
- Aportul crescut de sodiu dietetic;
- Aportul scăzut de potasiu dietetic;
- Stresul;
- Vârsta și sexul- înaintarea în vârstă;
- Fumatul;
- Colesterolul mărit din sânge;
- Pacienții cu boli sistemice care includ diabetul zaharat, boala renală, boli vasculare periferice;
- Antecedente familiale de hipertensiune arterială, boală coronariană sau accident vascular cerebral.
- Factori psihosociali (2)

În afară de factorii de risc, la un pacient hipertensiv contează și bolile pe care le asociază bolile cardiovasculare sau renale cum ar fi: boala cerebrovasculară (accidental vascular ischemic, hemoragia cerebrală, accidental ischemic tranzitor), boala coronariană aterosclerotică (infarctul miocardic, angina pectorală), insuficiența cardică, boala arterială periferică, fibrilația atrială. (1) Și alte afecțiuni pot modifica riscul pacientului cu hipertensiune arterială și anume: diabetul zaharat, poliartrita reumatoidă, psoriazisul.

Cu cât un pacient hipertensiv asociază mai mulți factori de risc cardiovasculari, cu atât prognosticul său este influențat, de aceea este foarte important ca pacienții să fie corect evaluați și consiliați cu privire la modificarea comportamentelor la risc.

Creșterea TA este persistentă dacă media a două determinări făcute la fiecare vizită, dintr-un total de trei vizite, este întotdeauna crescută.

Se recomandă măsurarea TA la fiecare 5 ani (cel puțin) pentru persoane între 14 și 40 de ani și la fiecare doi ani pentru persoane peste 40 de ani.

La diabetici și la pacienții cu afecțiuni renale cronice diagnosticul de HTA se face după aceleași criterii (TAS ≥ 140 mmHg și / sau TAD ≥ 90 mmHg).

Se recomandă să se educe persoanele despre automonitorizarea tensiunii arteriale, despre valorile tensiunii arteriale țintă și despre importanța de atingere și menținere a acestui obiectiv.

Se va utiliza tehnica corectă, dimensiunea corespunzătoare a manșetei și în mod corespunzător echipamente calibrate.

6.4 Intervenții privind stilul de viață

Intervențiile pentru modificarea stilului de viață sunt primele măsuri în managementul riscului cardiovascular. Acestea sunt cu atât mai eficace cu cât se adresează mai multor factori de risc cardiovascular simultan. Intervențiile dovedite a avea un impact mare asupra mortalității prin boli cardiovas-

culare sunt cele care au vizat tratamentele medicamentoase pentru scăderea TAD, a colesterolului, precum și cele orientate asupra marilor fumători.(2)

Toți pacienții cu hipertensiune ar trebui să primească sfaturi profesionale cu privire la modificările necesare schimbării stilului de viață. Intervenția asupra stilului de viață ar trebui să fie individualizată și este necesar să se acorde prioritate acelor schimbări care țin cont de caracteristicile pacientului.

Dieta. În ciuda dovezilor aduse de studiile observaționale în legătură cu beneficiile dietei sănătoase asupra factorilor de risc cardiovasculari, aderența la aceste diete nu s-a îmbunătățit simțitor. Analiza NHANES III (National Health and Nutrition Survey) arată că 81% dintre bărbați și 70% dintre femei au o dietă inadecvată, definită ca una cu conținut scăzut de fructe și legume, pește și cereale integrale, precum și cu exces de sare, zahăr și băuturi îndulcite.(1) Se recomandă o dietă echilibrată, bogată în fructe, legume și produse lactate degresate, împreună cu reducerea grăsimilor totale și saturate. Reducerea aportului de sare la <6 g pe zi este o măsură eficientă la pacienții hipertensivi. (3

Alcoolul. Se recomandă evaluarea consumului de alcool a persoanelor, inclusiv cantitatea și frecvența, și se va recomanda limitarea consumului de alcool la maximum, după caz:

- cel mult două băuturi standard pe zi sau 14 băuturi pe săptămână pentru bărbați
- cel mult băutură standard pe zi sau 9 băuturi pe săptămână pentru femei și bărbați cu greutate mai mică

Persoanelor hipertensive care consumă alcool li se va recomanda reducerea consumului de alcool la mai puțin de 140g/ săptămână pentru bărbați și la mai puțin de 70g / săptămână pentru femei.

1 unitate de alcool = 10g alcool pur =
1 bere (330ml) = 1 pahar vin (125ml) =
1 shot (40ml)

Fiecare țară și-a stabilit limite privind cantitatea de alcool care reprezintă un consum nepericulos pentru sănătate, în grame de alcool pur/zi pentru bărbați și femei sau în unități de alcool. (5)

În România, se consideră un consum problematic (riscant, nociv, extrem de nociv) depășirea următoarelor cantități:

- Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 unități/ săptămână;
- Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/ săptămână;
- Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru probleme de sănătate.(5)

Fumatul. Fumatul de orice fel (activ sau pasiv) reprezintă un factor de risc cardiovascular care acționează și independent. Se recomandă ca asistentul medical comunitar să aibă cunoștințe despre relația dintre fumat și riscul de boli cardiovasculare. (1) Se recomandă stabilirea statusului de fumător al persoanelor și se va recomanda renunțarea la fumat mai ales la cei cu hipertensiune. (3)

Stresul. Se va recomanda evitarea stărilor stresante.(3)

Greutatea. Se va evalua greutatea persoanelor, indicele de masă corporală (IMC) și circumferința taliei. La persoanele cu un IMC mai

Tabel 2. Modificări ale greutății și circumferinței abdominale (3)

IMC (greutate/înălțime^2)		Perimetru abdominal (cm)	
18 -24.9 kg/m^2	Normală	Bărbați≤ 102 cm	Normal*
		Femei≤ 88 cm	
25 -29.9 kg/m^2	Supraponderală	Bărbați> 102 cm Femei> 88 cm	Obezitate abdominală
≥ 30 kg/m^2	**Obezitate**		

Sursa: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/Guia_breu_HTA.pdf

*Federația Internațională pentru Diabet propune definirea obezității abdominale pentru o circumferință a taliei mai mare de 94 cm la bărbați și 80 la femei, pentru indivizii de etnie europeană.

mare sau egal cu 25 și cu circumferința taliei peste 102 cm (bărbați) și 88 cm (femei), se va recomanda reducerea greutății. O scădere în greutate de cel puțin 4 kg este recomandată la pacienții hipertensivi cu indice de masă corporală> 27 kg / m2 . (3)

Activitate fizică. Practicarea regulată a exercițiilor fizice determină reducerea riscului de evenimente cardiovasculare fatale și non-fatale. Practicarea regulată a exercițiilor fizice previne apariția HTA, crește nivelurile de HDL (colesterol bun), ajută la menținerea greutății corporale și scade riscul de apariție a diabetului zaharat. Intensitatea efortului este mai bine corelată cu mortalitatea prin toate cauzele, decât durata acestuia. Pentru reducerea mortalității cardiovasculare și a mortalității prin toate cauzele, se recomandă un nivel de activitate fizică totală și/ sau aerobă de 2,5-5 ore pe săptămână. Cu cât durata este mai mare, cu atât beneficiile sunt mai mari. În cazul în care exercițiile fizice sunt de intensitate mare, volumul poate fi mai mic (1-1,5 ore/săptămână).(2)

Exemple de activități fizice aerobe sunt alergarea, cățăratul, ciclismul, patinatul, vâslitul, aerobicul, schiatul, mersul alert, urcatul scărilor, grădinăritul. (4) În scopul prevenirii bolilor cardiovasculare se recomandă ca adulții sănătoși să petreacă 2,5-5 ore pe săptămână, cu activități fizice sau exerciții aerobice de intensitate, cel puțin moderată sau 1-2,5 ore de exerciții viguroase. Se va evalua nivelul de activitate fizică al persoanelor. Persoanelor hipertensive le este indicat să efectueze exerciții aerobe la o intensitate de 60-80% din ritmul cardiac maxim, timp de 45- 60 minute, cel puțin trei zile pe săptămână. (3)

Medicația. Se recomandă cunoașterea principalelor grupe de medicamente prescrise în tratamentul hipertensiunii arteriale (diuretice, beta blocante, blocante de canal Ca, vasodilatatoare, etc.)(4)

6.5 Urmărire

Un pacient hipertensiv bine controlat trebuie urmărit de personalul medical la fiecare șase luni și de către asistentul medical comunitar anual. Frecvența vizitelor poate fi mai mare în anumite situații, cum ar fi: control nesatisfăcător al TA, apariția efectelor secundare și a unor factori de risc cardiovascular sau a bolilor concomitente. (4)

Monitorizare Ghid

Asistenții medicali comunitari implementează recomandările prin monitorizarea valorilor TA cu periodicitatea descrisă pentru fiecare tip de pacient și vârsta indicată, notând valorile înregistrate în fișa de monitorizare descrisă în Anexa.

Bibliografie

1. Bryan Williams et all. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104
2. Ghid de prevenție – vol. 3 Intervenții preventive integrate adresate riscurilor pripritare de boli netransmisibile în medicina primară
3. http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/Guia_breu_HTA.pdf
4. https://rnao.ca/bpg/guidelines/nursing-management-hypertension Mapping RNAO Nursing Management of Hypertension Best Practice Guideline (BPG) Recommendations to the Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children
5. Ghid de prevenție – vol. 2 Intervenții preventive integrate adresate riscurilor prioritare de boli netransmisibile în medicina primară
6. Neutel, Joel M. „Hypertension and its management: a problem in need of new treatment strategies." Journal of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System 1.2_suppl (2000): 10-13.

Anexa

A. Evaluarea tensiunii arteriale

FIȘA DE EVALUARE A T.A.

Nume: _____ Prenume: _____

Sex: M___ F___ Vârsta: _____ Înălțime: _____ Greutate_____ Calcul IMC_____

Circumferința abdominală a taliei_____

Aderența la tratament DA/NU

Măsurarea TA

Data	Valori ale TA	Observații

Înregistrarea factorilor de risc asociați HTA

Data	Alți factori de risc (vezi lista)	Observații