

  unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CLINICA DE CARDIOLOGIE ASCAR	PROTOCOL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT	Ediția: I
	PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HIPERTENSIUNEA ARTERIALA	Revizia: 0
		Data implementării:
		Exemplar nr. 1

Nr.....91.....din.....4-02-2021.....



**PROTOCOL: PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HIPERTENSIUNEA
 ARTERIALA**

Cod: Cod: Pr. D. T.-SCMUT-CARDIO-02

ECHIPA DE ELABORARE A PROTOCOLULUI:

ȘEF SECȚIE PROF. DR. TOMESCU MIRELA

S.L DR. CITU IOANA

Prezentul protocol medical a fost avizat de Consiliul medical, în cadrul ședinței din data de 4-02-2021 P.V. 2
 înregistrat la nr. 4-02-2021.

CUPRINS:

1. LISTA DE DIFUZARE	3
2. SCOP ȘI OBIECTIVE (MOTIVARE ȘI FUNDAMNETARE).....	3
3. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ APLICABILE PROTOCOLULUI.....	3
4. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI	4
5. DESCRIEREA PROTOCOLULUI A METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	4
6. RESERSE UMANE SI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLIMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUȚIONALE ȘI INTER- INSTITUȚIONALE	12
7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL	12
8. DIAGRAMA – ALGORITMUL	12
9. INDICATORI DE EFICIENȚĂ ȘI EFICACITATE	12
10. ANEXE - NU E CAZUL.....	12

1. LISTA DE DIFUZARE

Nr. crt.	Scopul difuzării	Microstructura/Persoana	Data difuzării ¹	Semnătura
1.	Informare/ Aplicare			
2.	Informare/ Aplicare			
3.	Informare/ Aplicare			
4.	Informare/ Aplicare			
5.	Evidență			

2. SCOP ȘI OBIECTIVE (MOTIVARE ȘI FUNDAMENTARE)

Relația continuă dintre TA și evenimentele cardio-vasculare și renale face dificilă diferența între normotensiune și hipertensiune atunci când ne bazăm pe valorile prag ale TA. În practică sunt utilizate valorile limită ale TA, atât pentru a simplifica abordul diagnostic, cât și pentru a facilita decizia terapeutică.

Hipertensiunea arterială este definită ca valori ale TAS \geq 140 mmHg și/sau ale TAD \geq 90 mmHg. Obiectivele urmărite sunt:

- Reducerea variabilităților de practică în diagnosticul și tratamentul hipertensiunii arteriale.
- Actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și/sau aptitudinilor medicale de diagnostic și tratament, la nivelul standardului de îngrijire propus în diagnosticul și tratamentul în hipertensiunii arteriale;
- Asigurarea creșterii eficacității și a eficientizării costurilor și promovarea utilizării eficiente a resurselor medicale;
- Crearea unei baze de cercetare pentru eliminarea continuă a incertitudinilor și riscurilor actelor medicale;
- Oferirea de standarde auditaibile, ce pot fi îmbunătățite;
- Reducerea semnificativă a riscurile asociate procesului de diagnostic și tratamentul hipertensiunii arteriale precum:
 - Agravarea stării de sănătate a pacientului;
 - Apariția infecțiilor asociate asistenței medicale;
 - Deficit de imagine a spitalului în mass-media

3. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ APLICABILE PROTOCOLULUI

- *Legea nr.95/2006, privind reforma în sanatate*
- *OMS 1059/2009 pentru aprobarea ghidurilor de practica medicala.*
- *OMS nr.446/2018, privind aprobarea Standardelor, Procedurii si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor;*
- *OMS 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*
- *Ordinul președintelui A.N.MC.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare prevede:*
 - Cerința "02.03.05.02 - Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității" ce subscie indicatorii:

¹Difuzarea protocoalelor medicale este realizată în format electronic

- ”02.03.05.02.02 - Ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate în documentele medicale ale pacientului” aferent LV 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese;
- ”02.03.05.02.03 - În FO este consemnată fundamentarea medicală a recomandărilor de investigații” aferent LV 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese.
- Cerința ”02.03.02.04 - Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR)” ce subscie indicatorii:
 - ”02.03.02.04.02 - Creatinina și clearance-ul de creatinină sunt determinări uzuale la pacienții internați” aferent L.V. 22 - Managementul medical la nivel de secție (atribuțiile șefului de secție);
 - ”02.03.02.04.03 - Examenul sumar de urină este determinare uzuală la pacienții internați” aferent L.V. 22 - Managementul medical la nivel de secție (atribuțiile șefului de secție);
 - ”02.03.02.04.04 - Laboratorul calculează rata filtrării glomerulare (RFG) plecând de la creatinina serică” aferent L.V. 58 – Managementul laboratorului clinic;
 - ”02.03.02.04.05 - În protocoalele clinice este precizată obligativitatea determinării raportului albumină (proteine)/creatinină în urină proaspăt emisă sau albuminurie (proteinurie) în urina din 24 ore, la bolnavii internați cu diabet zaharat, boli cardiovasculare, HTA, antecedentefamiliale de BCR (dializă/transplant)” aferent L.V. 22 - Managementul medical la nivel de secție (atribuțiile șefului de secție);
 - ”02.03.02.04.07 - Scrisorile medicale pentru pacienții externai cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată conțin indicații de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (RFG)” aferent L.V. 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) - centralizarea datelor culese.
- Mic tratat de cardiologie, Carmen Ginghină, editura Academiei Române, București 2010
- Ghidul Societății Europene de Cardiologie – Noul ghid european pentru fibrilația atrială 2020

4. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

Nr. crt.	Termen utilizat	Definiție
1.	Hipertensiune arterială	tensiune arterială persistent crescută la valori ale TAS \geq 140 mmHg și/sau ale TAD \geq 90 mmHg la persoanele cu vârsta egală sau mai mare de 18 ani luate în condiții de cabinet medical
2.	Hipertensiune arterială primară (esențială)	boală cu etiologie neidentificată definitiv, care se stabilește prin excluderea unor cauze certe de majorare a valorilor tensiunii arteriale și a maladiilor, care ar putea genera instalarea hipertensiunii arteriale.
3.	Hipertensiune arterială secundară:	reprezintă un sindrom din cadrul maladiilor renale, endocrine, neurologice, cardiovasculare, în sarcină și în unele intoxicații, având astfel o etiologie bine determinată.
4.	Cardiopatie	denumire comună a bolilor cordului.
5.	Riscul cardiovascular	riscul maladiilor cardiovasculare fatale pe o perioadă de 10 ani conform vârstei, sexului, tensiunii arteriale sistolice, colesterolului total și a statutului de fumător/nefumător.

Nr. crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	TA/TAS/TAD	Tensiune arterială/ Tensiune arterială sistolică/ diastolică
2.	HTA	Hipertensiune arterială
3.	CV	Cardio-vascular
4.	IC	Insuficiență cardiacă
5.	IECA	Inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei
6.	BCC	Blocant al canalelor de calciu
7.	BRA	Blocant al receptorului pentru angiotensină
8.	SRA	Sistem angiotensină- aldosteron
9.	IMC	Indice de masă corporală
10.	HDL COLESTEROL	Colesterolul lipoproteidelor cu densitate înaltă
11.	LDL COLESTEROL	Colesterolul lipoproteidelor cu densitate joasă
12.	DZ	Diabet zaharat
12.	ECG	Electrocardiogramă
14.	BCR	Boală cronică de rinichi
15.	BCV	Boală cardiovasculară
16.	AOTMH	Afectare organ țintă mediată de hipertensiune
17.	FOCG	Foaie de observație clinică generală
18.	FSZ	Fișă spitalizare de zi

5. DESCRIEREA PROTOCOLULUI A METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

EPIDEMIOLOGIE

Prevalența HTA estimată la nivel mondial, luând în considerare TA măsurată în cabinet, era de aproximativ 1,13 miliarde de indivizi în 2015, cu o prevalență de peste 150 de milioane în Europa Centrală și de Est. Prevalența generală a HTA în rândul adulților pare să fie în jurul a 30 – 45% din populația generală, cu o prevalență de 24% și respectiv 20% în rândul bărbaților și al femeilor. HTA înregistrează o creștere bruscă odată cu îmbătrânirea, cu o prevalență de > 60% la indivizii de peste 60 de ani. Se estimează că numărul persoanelor cu HTA va crește cu 20 – 25% în 2025, până la aproximativ 1,5 miliarde.

DIAGNOSTICUL POZITIV

Diagnosticul Hipertensiunii arteriale include:

- obiectivarea valorilor TA crescute și clasificarea HTA (tabel 1)
 - evaluarea riscului cardiovascular prin identificarea prezenței altor factori de risc și/saua afectării de organ țintă (tabel2)
 - identificarea unor posibile cauze de HTA secundară în context clinic sugestiv
- Formularea diagnosticului clinic se face de către:
- medicul din CPU, dacă pacientul se prezintă în urgență
 - medici cu specialitate cardiologie/medicină internă ai secției Cardiologie SCMUT și Ambulator Integrat Cardiologie SCMUT

Tabel 1. Definiția și clasificarea HTA în funcție de valorile TA

Categorie	TA sistolică	TA diastolică
Optimă	<120	<80
Normală	120-129	80-84
Normal înaltă	130-139	85-89
HTA grad 1	140-159	90-99
HTA grad 2	160-179	100-109
HTA grad 3	≥180	≥110
HTA sistolică izolată	≥140	<90

Tabel 2. Stratificarea riscului cardiovascular la pacientul cu HTA

Stadiul HTA	Alți factori de risc, AOTMH sau boală cardiovasculară	Gradul HTA (mmHg)			
		Normal înaltă TAS 130-139 TAD 85-89	Gradul 1 TAS 140-159 TAD 90-99	Gradul 2 TAS 160-179 TAD 100-109	Gradul 3 TAS ≥ 180 TAD ≥ 110
Stadiul 1	Fără alți factori de risc	Risc scăzut	Risc scăzut	Risc moderat	Risc înalt
	1 sau 2 factori de risc	Risc scăzut	Risc moderat	Risc moderat înalt	Risc înalt
	≥ 3 factori de risc	Risc scăzut moderat	Risc moderat înalt	Risc înalt	Risc înalt
Stadiul 2	AOTMH, BCR grad 3 sau diabet zaharat fără afectare de organ	Risc moderat înalt	Risc înalt	Risc înalt	Risc înalt spre foarte înalt
Stadiul 3	BCV stabilită, BCR grad ≥4 sau DZ cu afectare de organ	Risc foarte înalt	Risc foarte înalt	Risc foarte înalt	Risc foarte înalt

Conduita diagnostică presupune:

1. măsurări repetate ale tensiunii arteriale
2. anamneza cu evidențierea istoricului medical
3. examenul clinic obiectiv
4. investigațiile de laborator și paraclinice

1. Măsurarea valorilor tensiunii arteriale în cabinetul din ambulatoriu sau în secție

Data fiind variabilitatea spontană, circadiană și sezonieră a valorilor TA, diagnosticul HTA impune măsurători repetate (cel puțin 2 măsurători/ vizită) la 2 vizite consecutive în decurs de 2-3 săptămâni. Diagnosticul se poate baza pe un singur set de măsurători în cazul în care valorile TA decelate sunt sever crescute. Regulile ce trebuie respectate la măsurarea TA în cabinet:

- pacientul 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
- folosirea unei manșete standard (12 – 13 cm lățime și 35 cm lungime), dar să existe și manșete disponibile pentru brațe mai mari, 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 pentru identificarea TAS și 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

Măsurarea valorilor TA se face de către medicul curant și/sau asistentul medical din ambulatoriu sau secție. Valorile TA se consemnează în documentele medicale: FOCG, FSZ.

Monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale (MATA)

MATA se utilizează ca opțiune pentru confirmarea diagnosticului de hipertensiune, pentru detectarea hipertensiunii de halat alb și a hipertensiunii mascate și pentru monitorizarea controlului TA. MATA se corelează mai strâns cu afectarea de organ țintă și cu riscul de evenimente adverse cardiovasculare decât valorile „de cabinet”.

MATA se realizează prin purtarea de către pacient a unui dispozitiv portabil de măsurare a TA, pentru o perioadă de 24 ore. Dispozitivul este programat să efectueze măsurători ale TA la intervale de 15 – 30 minute, precum și media măsurărilor TA diurnă, nocturnă și pe 24 ore, valorile prag ale acestora fiind în medie mai mici decât TA în cabinet: 135/85 mmHg pentru TA diurnă, 120/70 mmHg TA nocturnă și 130/80 mmHg TA/ 24 ore, comparativ cu 140/90 mmHg pentru TA „de cabinet”.

În cadrul spitalului MATA se poate efectua în cadrul Clinicii de Cardiologie și Clinicii de Medicină Internă. Pacienții care necesită o astfel de monitorizare vor fi îndrumați către instituție medicală care poate efectua procesul, iar ulterior aceștia vor prezenta rezultatul investigațiilor medicului curant care a făcut recomandarea.

2. Anamneza

Anamneza trebuie să determine momentul diagnosticării inițiale a HTA, valorile tensionale actuale și mai vechi, obiceiuri legate de stilul de viață, factori de risc cardiovascular asociați, simptome sugestive, precum și tratamentul antihipertensiv urmat în prezent și cel din trecut.

	Elemente sugestive pentru HTA secundară	Factori de risc cardiovasculari asociați	Afectare de organ țintă
Anamneza	- antecedente heredocolaterale de boală renală (rinichipolichistic); - istoric personal de boală renală, infecție a tractului urinar, hematurie, abuz de analgezice (HTA reno-parenchimatoasă); - ingestie de medicamente / substanțe: contraceptive	- istoric familial și personal de HTA (valori maxime), DZ, BCV sau dislipidemie - dietă și obiceiuri alimentare, - activitate fizică, - fumat, - alcool	- creier, ochi: vertij, tulburări vizuale, atacuri ischemice tranzitorii, deficite motorii sau senzitive - cord: palpitații, durere precordială, dispnee, edeme - rinichi: sete, poliurie, nicturie, hematurie

	orale, picături nazale, cocaină, amfetamine, steroizi, antiinflamatorii non-steroidiene, eritropoietină - episoade de transpirație, cefalee, anxietate, palpitații(feocromocitom), - episoade de slăbiciune musculară și tetanie (aldosteronism)	- sforăit (apnee de somn)	- artere periferice: extremități reci, claudicație intermitentă)
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

3. Examenul obiectiv

- oferă indicii importante în ceea ce privește cauze potențiale de HTA secundară, semne ale unor comorbidități sau ale afectării de organe țintă.

Semne care sugerează existența hipertensiunii secundare:

- Trăsături ale sindromului Cushing
- Semne cutanate de neurofibromatoză (feocromocitom)
- Nefromegalie (rinichi polichistic)
- Auscultația de sufluri abdominale (hipertensiune reno-vasculară)
- Auscultația de sufluri precordiale sau toracice (coarctăție de aortă sau boală aortică)
- Puls femural diminuat și întârziat și TA scăzută la nivel femural (coarctăție de aortă, boală aortică)

Semne care sugerează factori de risc asociați și/sau afectare de organ țintă:

- Creier: sufluri la nivel carotidian, deficit motor sau senzitiv
- Retină: anomalii la examenul fundului de ochi
- Cord: localizarea și caracteristicile șocului apexian, aritmie, galop ventricular, raluri pulmonare, edeme periferice
- Artere periferice: absența, reducerea sau asimetria pulsului, extremități reci, leziuni ischemice cutanate
- Artere carotide: sufluri sistolice
- Dovezi de obezitate viscerală: Greutatea corporală, IMC

Examenul clinic obiectiv și istoricul medical sunt realizate de medicul curant și sunt înregistrate în FOCG/FSZ.

4. Investigațiile de laborator și paraclinice Teste de laborator uzuale în evaluarea pacientului hipertensiv:

- Hemoleucograma,
- Glicemia a jeun,
- Colesterol seric total,
- HDL- colesterol,

- LDL-colesterol,
- Trigliceride,
- Sodiu
- Potasiu seric,
- Acid uric,
- Probe hepatice (TGO,TGP),
- Creatinina serică
- Clearance creatinină, Rata filtrării glomerulare
- Microalbuminuria/creatinină urinară din urina proaspătă (pentru pacienții cu HTA, DZ, boli cardiovasculare, antecedente familiale de BCR¹) sau albuminuria/proteinuria în urina pe 24 ore
- Hemoglobina glicozilată (HbA1C)

Investigații paraclinice uzuale

- ECG în 12 derivații

Investigații paraclinice suplimentare pentru evaluarea prezenței afectării subclinice de organ

- indice gleznă/braț
- examinarea fundului de ochi efectuat în cabinetul de oftalmologie la pacienții cu HTA severă
- MATA/ 24 ore
- ecocardiografie transtoracică efectuată de medicul cardiolog cu competență de ecocardiografie transtoracică
- ecografie Doppler carotidiană efectuată de medicul cardiolog cu competență de ecocardiografie Doppler carotide
- ecografia abdominală și Doppler artere renale efectuată de către medicul cu competență în ecografia abdominală
- imagistică cerebrală prin CT – la pacienți cu istoric de boală cerebrovasculară sau declin cognitiv.

În cazul în care pacientul asociază o patologie oncologică se solicită consult interdisciplinar/interclinic, după caz, al unui medic oncolog².

În cazul în care pacientul asociază o patologie neurologica se solicită consult interdisciplinar/interclinic, după caz, al unui medic neurolog³.

ALGORITMUL DE TRATAMENT ÎN HTA

Algoritmul terapeutic se bazează pe câteva recomandări cheie:

¹Boală cronică renală (dializă/transplant)

² Indicator 02.03.02.05.02 - Secțiile cu competență de a trata cazuri oncologice au protocoale de diagnostic și/sau tratament specifice. (LV 22)

³ Indicator 02.03.02.05.02 - Secțiile cu competență de a trata cazuri oncologice au protocoale de diagnostic și/sau tratament specifice. (LV 22)

- Inițierea tratamentului la majoritatea pacienților trebuie făcută cu o combinație în doză fixă a două medicamente, pentru a îmbunătăți viteza, eficiența și predictibilitatea controlului TA
- Combinația preferată este reprezentată de un blocant al SRA (IECA sau BRA) cu un BCC sau un diuretic. Un beta-blocant în combinație cu un diuretic sau cu o altă clasă terapeutică din cele majore reprezintă o alternativă, în condițiile în care există o indicație specifică pentru beta-blocant (ex angina, post-infarct miocardic, insuficiența cardiacă sau controlul frecvenței cardiace)
- Monoterapia se utilizează în general ca terapie antihipertensivă inițială doar la: a/ pacienții cu HTA grad I cu risc scăzut și cu TAs < 150 mmHg; b/ pacienții cu risc foarte înalt și TA normal-înaltă; c/ la pacienți vârstnici fragili
- Utilizarea unei combinații triple care conține 3 clase de antihipertensive: blocant SRA + BCC + diuretic, ar trebui să fie folosită dacă TA nu este controlată cu o combinație de 2 medicamente
- Spironolactona este tratamentul inițial preferat pentru HTA rezistentă, în absența contraindicațiilor
- Alte clase de antihipertensive pot fi utilizate în rare circumstanțe în care TA nu este controlată cu strategia terapeutică menționată mai sus.

În criza HTA (fără afectare acută de organ țintă) :

- Captopril 25 – 150 mg/zi
- Enalapril fiole de 2mg: 2 – 16 mg/zi iv

În Urgențe hipertensive (cu afectare acută de organ țintă): necesită scăderea tensiunii arteriale imediată cu terapie medicamentoasă intravenoasă)

Prezentare clinică	Intervalul de timp și valoare țintă pentru reducerea TA	Tratament de primă linie	Alternativ
Hipertensiune malignă cu sau fără insuficiență renală acută	Câteva ore Scădere a TAm cu 20-25%	Labetalol Nicardipină	Nitroprusiat Urapidil
Encefalopatie hipertensivă	Scădere imediată a TAm cu 20-25%	Labetalol, nicardipină	Nitroprusiat
Eveniment coronarian acut	Scădere imediată a TAS la	Nitroglicerină, labetalol	Urapidil
Edem pulmonar acut cardiogen	Scădere imediată a TAS la	Nitroprusiat sau nitroglicerină (cu diuretic de ansă)	Urapidil (cu diuretic de ansă)
Disecție acută de aortă	Scădere imediată a TAS la	Esmolol și nitroprusiat sau nitroglicerină sau nicardipină	Labetalol SAU metoprolol

Combinații medicamentoase uzuale

- Perindopril / Indapamidă: 2,5/0,625 – 10/2,5 mg/zi
- Perindopril/Indapamid/Amlodipină: 5/1,25/5 – 10/2,5/10 mg/zi
- Irbesartan/Hidraclorotiazidă: 150/12,5 – 300/25 mg/zi
- Valsartan/Amlodipină: 80/5 – 160/10 mg/zi

Monoterapie:

- a) Betablocante
 - Nebivolol: 5 – 10 mg/zi
 - Carvedilol: 12,5 – 50 mg/zi
 - Metoprolol succinat: 25 – 100 mg/zi
 - Bisoprolol: 2,5 – 10 mg/zi
- b) IECA
 - Perindopril: 2,5 – 10 mg/zi
 - Zofenopril: 7,5 – 30 mg/zi
 - Ramipril: 2,5 – 10 mg/zi
 - Captopril: 25 – 150 mg/zi
 - Enalapril fiole de 2mg: 2 – 16 mg/zi iv
- c) Sartani
 - Irbesartan: 150 – 300 mg/zi
 - Candesartan: 8 – 32 mg/zi
 - Telmisartan: 40 – 80 mg/zi
 - Valsartan: 80 – 160 mg/zi
- d) Blocanți de calciu
 - Lercanidipină: 10 – 40 mg/zi
 - Amlodipină: 5 – 10 mg/zi
- e) Diuretice
 - Indapamid: 1,25 – 2,5 mg/zi
 - Furosemid: 20 – 80 mg/zi
 - Spironolactonă: 25 – 100 mg/zi
- f) Agoniști centrali
 - Rimelnidină: 1 - 2 mg/zi

COMPLICAȚII

- Edem pulmonat acut hipertensiv
- Encefalopatie hipertensivă
- Accident vascular cerebral
- Agravare Insuficiență cardiacă
- Ruptura anevrismului disecant al aortei
- Epistaxis sever, Hemoragii diferite organe (ex. rinichi, retină etc.)
- Moartea subită cardiacă

CRITERII DE INTERNARE

- Criză HTA
- HTA asociată cu alte comorbidități sau complicații (cardiopatie ischemică, insuficiență cardiacă, DZ, boală cronică renală, etc)
- Pacienți cu HTA necontrolată sau refractară la tratament

CRITERII EXTERNARE

- Pacient stabil hemodinamic, cu valori TA controlate

În scrisorile medicale pentru pacienții externăți cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată trebuie menționate indicații de monitorizare a TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (RFG).

6. RESERSE UMANE SI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLIMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUȚIONALE ȘI INTER-INSTITUȚIONALE

Resurse umane:

- a. medici cu specialitate cardiologie (primari, specialiști)
- b. medici cu specialitate cardiologie cu competență de ecocardiografie transtoracică;
- c. asistenți medicali generaliști cu studii postliceale sau studii superioare

Resurse materiale, echipamente medicale:

- d. tensiometru,
- e. aparat ECG,
- f. ecograf cu funcții multiple
- g. Holter TA/24h, Holter ECG/24h
- h. cântar, taliometru

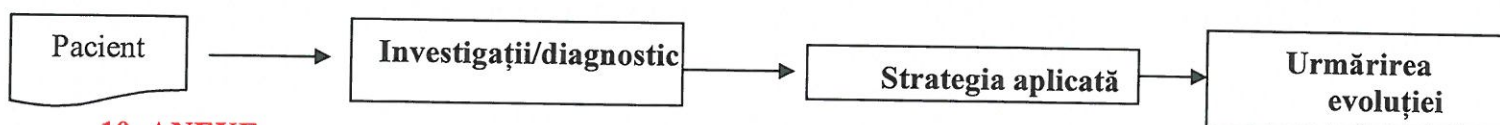
7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

În caz de necesitate clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat vor documenta și se vor argumenta în FOCG/FSZ ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului

8. INDICATORI DE EFICIENȚĂ ȘI EFICACITATE

- a. Numărul de pacienți internați cu diagnosticul de HTA care nu au întrunit criteriile de internare, din totalul pe un an calendaristic.
- b. Numărul de pacienți internați cu diagnosticul de HTA care au dezvoltat complicații, din totalul pe un an calendaristic.
- c. Numărul de pacienți internați cu diagnosticul de HTA care au dezvoltat I.A.A.M., din totalul pe un an calendaristic.
- d. Numărul de pacienți internați cu diagnosticul de HTA care au fost transferați în altă unitate spitalicească din cauza depășirii competenței, din totalul pe un an calendaristic.
- e. Numărul de reclamații legate de pacienții internați cu diagnosticul de HTA, din totalul pe un an calendaristic.

9. DIAGRAMA – ALGORITMUL



10. ANEXE

-NU ESTE CAZUL