



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR-PM-MI-02

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 1 / 9

SECȚIA CLINICĂ MEDICINĂ INTERNĂ

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod PR-PM-MI-02, Ediția II, Revizia 0

LISTA RESPONSABILILOR CU ELABORAREA, VERIFICAREA, AVIZAREA ȘI APROBAREA
EDIȚIEI SAU, DUPĂ CAZ, A REVIZIEI

Nr crt.	Operațiune	Nume și prenume	Funcția	Data	Semnătura
1	Elaborat	Prof. Univ. Dr. Irina Mihaela Eșanu	Medic șef Secția Clinică Medicină Internă	17.10.2025	
		Șef lucrări dr. Diana Tatarciuc	Medic specialist Secția Clinică Medicină Internă	17.10.2025	
2	Avizat pentru conformitate MC	Băhnăreanu Andreea	RMC	24.10.2025	
3	Avizat Consiliul medical	Dr. Cătălina Ciolpan	Director medical	5.11.2025	
4	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager	6.11.2025	

☒ Document original

☒ Copie controlată (Nr. exemplar: Intranet)

☐ Copie necontrolată



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR-PM-MI-02

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 2 / 9

II. SITUAȚIA EDIȚIILOR ȘI A REVIZIILOR

Nr. crt.	Ediția/revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Descrierea modificării	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	I/0	X	X	03.08.2022
2	II/0	X	X	27.11.2025



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR-PM-MI-02

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 3 / 9

CUPRINS

1. SCOP

2. DOMENIUL DE APLICARE

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. *Definiții ale termenilor*

3.2. *Abrevieri ale termenilor*

4. REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

5. DESCRIEREA PROTOCOLULUI

5.1. *Etiologie*

5.2. *Factori de risc*

5.3. *Anamneza*

5.4. *Tablou clinic*

5.5. *Investigații paraclinice*

5.6. *Diagnostic pozitiv*

5.7. *Diagnostic diferențial*

5.8. *Complicații*

5.9. *Tratament*

5.10. *Evoluție*

6. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE

7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

8. RESPONSABILITĂȚI

9. INDICATORI DE MONITORIZARE

10. ANEXE

11. DIFUZARE



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR-PM-MI-02

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 4 / 9

1. SCOP

- 1.1. Protocolul a fost elaborat având drept principal scop stabilirea unui set de recomandări pentru diagnosticul, evaluarea și stabilirea tratamentului pacienților cu Hipertensiune arterială.
- 1.2. Protocolul a fost elaborat din următoarele considerente:
 - patologie frecvent întâlnită la pacienții internați în Secția Clinică Medicină Internă
 - standardizarea actului medical
 - utilizarea eficientă a resurselor tehnico-materiale
- 1.3. Tip protocol: de diagnostic și tratament

2. DOMENIUL DE APLICARE

- 2.1. Denumire/Cod diagnostic(cod DRG):
 - Hipertensiune arterială esențială: I10
- 2.2. Protocolul se aplică în cadrul Secției Clinice Medicină Internă.
- 2.3. Protocolul se aplică de către medici și asistenți medicali.
- 2.4. Nivelul de asistență medicală: asistență medicală spitalicească (spitalizare continuă, spitalizare de zi)

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții:

HTA sau hipertensiune arterială este un sindrom caracterizat prin creșterea presiunii arteriale, atât sistolice, cât și diastolice, peste valorile optime.

HTA reprezintă cel mai comun factor de risc cardiovascular și în același timp cea mai răspândită afecțiune cronică în Europa și America. În ciuda tratamentului, pacienții cu HTA au o supraviețuire mai mică și o mortalitate cardiovasculară crescută în comparație cu pacienții normotensivi de aceeași vârstă. O întârziere în inițierea terapiei antihipertensive, controlul neadecvat al valorilor tensionale, precum și tipul terapiei utilizate cu o incompletă acoperire a componentelor riscului cardiovascular adăugat ar putea contribui la prognosticul nefavorabil. Studiile randomizate au demonstrat faptul că inclusiv scăderile reduse prin tratament eficient reduc semnificativ incidența evenimentelor majore cardiovasculare (IMA și AVC), prevenind sau întârziind dezvoltarea insuficienței cardiace sau a bolii renale.

Relația dintre tensiunea arterială și evenimentele cardiovasculare și de la nivel renal este continuă, încât este dificilă distincția între normo și hipertensiune pe baza unor limite standard. Totuși, aceste valori de referință sunt utilizate în practica curentă pentru a ușura diagnosticul și decizia terapeutică. HTA este definită ca valori ale tensiunii arteriale sistolice mai mari sau egale cu 139 mm Hg și/ sau TA diastolice mai mari sau egale cu 90 mm Hg, în absența tratamentului antihipertensiv.

Hipertensiunea arterială se asociază des cu alți factori de risc CV precum dislipidemia și intoleranța la glucoză, care au un efect multiplicator asupra riscului CV. Cuantificarea riscului total CV este importantă pentru stratificarea riscului pacienților cu hipertensiune arterială, pentru a determina dacă tratamentele adiționale cu statine sau antiagregante pot fi indicate pentru reducerea suplimentară a riscului CV.

3.2. Abrevieri:

- HTA - Hipertensiune arterială
- HTAe - Hipertensiune arterială esențială
- AVC- Accident vascular cerebral
- CV- Cardiovasculari
- IMA- infarct miocardic acut

4. REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

- 4.1. Ghid ESC 2024 - *Hipertensiune arterială*
- 4.2. Carmen Ginghina - *Mic tratat de cardiologie* – Ediția a II-a- Ed. Academiei Române, București, 2017
- 4.3. Adrian Covic și colab. - *Terapeutică medicală*, 2025
- 4.4. Lange - *Current Medical Diagnosis & Treatment*, 2025



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR-PM-MI-02

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 5 / 9

5. DESCRIEREA PROTOCOLULUI

5.1. Etiologie

Factorii etiologici:

- factorii ereditari sunt incriminați în 30-60% din cazuri, intervenția fiind însă de tip poligenic și nu prin transmisie de tip mendelian (șansa de a apărea HTAE din părinți non-HTA este 3-4%, 20% când unul dintre părinți este hipertensiv și 40% în cazul ambilor părinți cu HTAE);
- dieta - aportul alimentar de sare ar juca un rol esențial;
- obezitatea crește predispoziția la HTA și ambele la insulino rezistență (în special la tineri);
- consumul excesiv de alcool (peste 30 ml/zi) probabil prin hipersimpaticotonie consecutivă;
- fumatul determină creșteri pasagere ale tonusului simpatic (favorizând complicațiile vasculare ale HTA);
- sedentarismul, mai ales asociat cu stresul emoțional și comportamentul psihosomatic tip A.

5.2. Factori de risc

Factori de risc: fumat, consum etanol, dieta inadecvată.

Detalii legate de screening: screening populațional la categoriile cu risc.

5.3. Anamneza

Anamneza cuprinde date despre istoricul personal și familial de HTA, factorii de risc, comportamente (consum de alcool, fumat), antecedente ale afectării de organ, boala cardiovasculară, AVC sau boala renală.

5.4. Tablou clinic

- Cefalee occipitală
- Acufene
- Fosfene
- Vertij
- Paretezii la nivelul feței și membrelor superioare

5.5. Investigații paraclinice

Teste de laborator:

- Hemoleucograma
- Creatinina serică și rata de filtrare glomerulară
- Ionograma (Na și K seric)
- Profilul lipidic
- Acid uric
- Glicemia plasmatică a jeun
- Sumarul de urină
- Raport albumină/creatinină urinară
- EKG - 12 derivații
- Ecocardiografie
- ABPM
- Indice gleznă braț
- Examen Fund de Ochi +/- CTcerebral (în funcție de caz)

5.6. Diagnostic pozitiv

- Măsurarea TA
- Evaluarea clinică și paraclinică
- Afectarea organelor mediate de HTA
- Evaluarea riscului cardiovascular global



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR-PM-MI-02

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 6 / 9

5.7. Diagnostic diferențial

Diagnosticul diferențial se face între HTA esențială, pseudo-hipertensiunea arterială și formele secundare de HTA:

De cauză renală

Din acest grup fac parte hipertensiuni lereo-vasculare (anomalii congenitale ale vaselor renale, stenoze; anevrism, tromboze, embolii), hipertensiuni din bolile parenchimului renal (glomerulo-nefrita acută și cronică, leziuni renale din diabet, pielonefrite etc.). În apariția hipertensiunii renale, rolul principal este deținut de o enzimă care ia naștere în rinichiul ischemic – renina. Aceasta se transformă în sânge într-o substanță hipertensivă – angiotensina.

De cauză endocrină

Din acest grup fac parte:

- Feocromocitomul - o tumoare localizată în medulara glandei suprarenale caracterizate prin crize paroxistice de hipertensiune, datorită descărcării în sânge a catecolaminei (adrenalină, noradrenalină); tratamentul e chirurgical
- Hiperaldosteronismul primar (adenom cortico suprarenal cu secreție excesivă de aldosteron)
- Sindromul Cushing, datorită unei tumori corticosuprarenale sau hipofizare care se caracterizează prin hipertensiune, obezitate, vergeturi, hirsutism și creșterea eliminării urinare a cetosteroizilor-tratamentul e chirurgical.
- Hipertensiuni endocrine, mai apar în hipertiroidism și în cursul sarcinii; în cursul primei sarcini poate apărea o hipertensiune reversibilă, recedivând eventual cu fiecare nouă sarcină, alteori, graviditatea agravează într-o hipertensiune arterială preexistentă, de altă natură.

De cauză neurogenă

În boli traumatiche, tumorale sau inflamatorii ale creierului care duc la o creștere a presiunii intracraniene sau în caz de leziune ale centrilor vasomotori se observă, uneori, și creșterea tensiunii arteriale.

De cauză cardiovasculară

Bolile însoțite de hipertensiune arterială sunt: coarctația aortică, blocul complet, insuficiența aortică și ateroscleroza.

5.8. Complicații

Complicațiile depind de forma clinică – benignă sau malignă. În forma malignă, evoluția este foarte rapidă, etapele bolii fiind parcurse în 1-3 ani. În hipertensiunea benignă complicațiile se datorează aterosclerozei, cele mai frecvente fiind tromboza cerebrală și infarctul miocardic. În cea malignă domină degradarea arteriolară. Aici se întâlnesc frecvent encefalopatia hipertensivă, hemoragia cerebrală, insuficiența cardiacă și insuficiența renală.

Prognosticul

Depinde de forma clinică, de ereditate, de nivelul tensiunii diastolice bazale, de vârstă (tinerii fac norme mai grave), de respectarea tratamentului, de modul de viață recomandat și de apariția complicațiilor.

Prognosticul este favorabil în primul stadiu de boală, fiind mai rezervat în stadiul al doilea și mai ales al treilea. Moartea se datorează îndeosebi complicațiilor cardiace, cerebrale și renale. Sub influența tratamentului actual prognosticul s-a îmbunătățit.

Complicațiile se consemnează în FOCG.

5.9. Tratament

Praguri de inițiere a terapiei Tensiune arterială normal-înaltă (130-139/85-89 mmHg): Tratamentul antihipertensiv poate fi luat în considerare dacă riscul CV este foarte înalt datorită bolii CV asociate, în special a BCI.

Praguri de inițiere a terapiei Tratamentul hipertensiunii arteriale grad 1 cu risc scăzut: la pacienții cu HTA grad 1 cu risc scăzut și fără dovezi de AOTMH (afectare de organ țintă mediată de hipertensiune), medicația antihipertensivă este recomandată dacă pacientul rămâne hipertensiv după o perioadă de modificare a stilului de viață.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR-PM-MI-02

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 7 / 9

Praguri de inițiere a terapiei Pacienții vârstnici Medicația antihipertensivă și modificările stilului de viață sunt recomandate pentru pacienții vârstnici cu formă fizică bună (>65 de ani dar nu >80 de ani) când TAS este în intervalul stabilit pentru gradul 1 de HTA.

Tratamentul recomandat pentru HTA rezistentă constă în adăugarea spironolactonei în doză mică la terapia existentă sau adăugarea altor diuretice în caz de intoleranță la spironolactonă, fie eplerenonă, fie amilorid, creșterea dozei de diuretic tiazidic/tiazidic-like sau un diuretic de ansă, sau adăugarea de bisoprolol sau doxazosin.

Algoritmul terapeutic a fost dezvoltat pentru a oferi o recomandare simplă și pragmatică a tratamentului hipertensiunii bazată pe câteva recomandări cheie: 1. Inițierea tratamentului la majoritatea pacienților trebuie să fie făcută cu o combinație în doză fixă a două medicamente, pentru a îmbunătăți viteza, eficiența și predictibilitatea controlului TA. Recomandarea întărește conceptul că tratamentul inițial eficient necesită **cel puțin 2 clase terapeutice** la cei mai mulți pacienți. 2. 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. 3. Monoterapia se utilizează în general ca terapie anti hipertensivă inițială doar la: pacienții cu HTA grad 1 cu risc scăzut și cu TAS < 150 mmHg.

- **Blocanții sistemului renina angiotensina (IECA și BRA)**- reduc mortalitatea și evenimentele cardiovasculare. Ambele tipuri nu trebuie asociate datorită efectelor adverse renale. Reduc albuminuria și au eficiență în întârzierea reducerii progresiei bolii renale cronice. Efecte adverse: hiperkaliemie, hipotensiune ortostatică, rush cutanat, cefalee, greață, diaree.
- **Blocantele canalelor de Calciu** -previn accidentul vascular cerebral, având efecte similare asupra TA și a mortalității cardiovasculare. Diltiazemul și Verapamilul scad frecvența cardiacă, dar induc vasodilatație, deprimă contractilitatea miocardică și inhibă conducerea atrio-ventriculară. Amlodipina și nicardipina-efect pronunțat asupra vasodilatației și mai puțin asupra contractilității miocardice. Efecte adverse- eritem facial, edeme periferice, precipită fenomenele de insuficiență cardiacă, tulburări de conducere.
- **Diureticele** - potențează efectul celorlalte clase de antihipertensiv, efectul depinzând de contracția volumului de lichid și de prevenirea acumulării lichidiene. Scad TA prin creșterea excreției urinare de sodiu și scăderea volumului plasmatic, a volumului de fluid extracelular și a debitului cardiac. Efectele adverse sunt reprezentate de hiponatremie, hiperglicemie, hiperuricemie, dislipidemie, insuficiența renală funcțională.
- **Beta-** blocantele: Previn evenimentele majore cardiovasculare, cu excepția AVC-ului unde efectele sunt reduse. Sunt recomandate în tratamentul pacienților hipertensivi care asociază angina pectorală, insuficiența cardiacă sau post infarct miocardic. Efecte adverse: bronhospasm, vasospasm periferic, astenie fizică, insomnie, rebound la întreruperea bruscă.

5.10. Evoluție

Studiile din ultimii 20 de ani au demonstrat o legătură directă între valorile tensionale înalte și incidența accidentului vascular cerebral și a bolii coronariene ischemice. În cea mai mare parte morbiditatea și mortalitatea asociate HTA sunt legate de procesul aterosclerotic.

Pe parcursul perioadei de titrare a medicamentelor, pacienții ar trebui evaluați frecvent pentru a se ajusta regimul de tratament ales (creșterea dozei de medicament, asocierea altor medicamente, reducerea sau oprirea medicamentelor) în funcție de nivelul tensiunii arteriale obținut sau de apariție a efectelor secundare. În această fază instruirea pacientului pentru măsurarea tensiunii arteriale la domiciliu poate ajuta la titrarea medicamentelor și atingerea țintelor terapeutice.

Criterii de externare: Odată ce țintele terapeutice au fost atinse, inclusiv atingerea valorilor țintă ale tensiunii arteriale și controlul tuturor factorilor de risc corectabili.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR-PM-MI-02

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 8 / 9

6. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE

6.1. Resurse umane

- Medic specialitatea medicină internă
- Medic laborator clinic
- Medic radiolog
- Asistent medical

6.2. Resurse tehnico-materiale

- Stetoscop
- Tensiometru
- Electrocardiograf
- Aparatură pentru laborator de analize
- Ecocardiograf
- ABPM
- Aparat pentru măsurarea indicelui gleznă braț
- Materiale sanitare
- Medicamente (a se vedea capitolul *Tratament*)
- Servicii administrative de cazare, igienizare, alimentație

7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

Abaterile de la prevederile protocolului se consemnează în FOCG/FSZ și se argumentează/justifică, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui pacient, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a medicului.

8. RESPONSABILITĂȚI

8.1. Medic șef Secția Clinică Medicină Internă

- ▶ răspunde de implementarea protocolului la nivelul secției

8.2. Medic curant

- ▶ respectă prevederile protocolului
- ▶ stabilește diagnosticul și conduita de tratament (medicație, investigații paraclinice specifice patologiei)
- ▶ monitorizează și consemnează în FOCG evoluția zilnică a pacientului
- ▶ decide externarea pacientului
- ▶ consemnează în FOCG/FSZ abaterile de la protocol

8.3. Asistenți medicali

- ▶ pregătesc pacientul pentru investigațiile recomandate de către medic
- ▶ însoțesc pacientul la investigațiile paraclinice
- ▶ administrează tratamentul (medicația) recomandat de către medicul curant
- ▶ monitorizează funcțiile vitale

9. INDICATORI DE MONITORIZARE

9.1. Rata cazurilor care au depășit DMS/patologie

Numărul total de cazuri cu diagnosticul I10 pentru care s-a depășit DMS pentru HTA/număr total de cazuri externate cu diagnosticul I10

9.2. Procentul pacienților externați în stare ameliorată

Număr total de pacienți cu diagnosticul I10 cu starea la externare ameliorat/numărul total de pacienți externați cu diagnosticul I10



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HTA

Cod: PR-PM-MI-02

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 9 / 9

- 9.3. Procentul pacienților cu HTA la care valorile TA au fost menținute conform ghidurilor în vigoare, pe durata spitalizării
Numărul total de FOCG/FSZ - pacienți cu diagnostic confirmat de HTA la care s-au atins și s-au menținut valorile țintă ale TA/Numărul total de FOCG/FSZ verificate – pacienți cu diagnostic HTA
- 9.4. Procentul pacienților cu HTA pentru care s-au recomandat investigații în vederea controlului factorilor de risc
Numărul total de FOCG/FSZ – pacienți cu diagnostic confirmat de HTA, cu recomandare de investigații LDL-c și non HDL-c; glicemie, e-GFR, FEj/Numărul total de FOCG/FSZ verificate – pacienți cu diagnostic HTA
- 9.5. Procentul de reinternări la 48 de ore după externare
Numărul total de pacienți cu diagnosticul I10 re internați în 48 de ore cu același diagnostic/numărul total de pacienți externați cu diagnosticul I10
- 9.6. Procentul EAAAM în legătură cu aplicarea protocolului de diagnostic și tratament în HTA
Nr. EAAAM în legătură cu aplicarea protocolului/nr. total EAAAM înregistrate
- 9.7. Există cazuri în care pacientul nu a beneficiat de tratament/investigații pentru că nu au fost asigurate resursele tehnico-materiale (Da/Nu)

10. ANEXE

Nu este cazul

11. DIFUZARE

Protocolul se difuzează pe baza Listei de difuzare conform procedurii interne.