

4. Damian Irene. “*Studiul corelațiilor anatomo-clinice, morfologice și imunohistochimice în distrofiile musculare*”. Teza de doctorat. Universitatea “Ovidius” Constanța 2008
5. Marshall P, Galasko C. *No improvement in delay in diagnosis of Duchenne muscular dystrophy*. Lancet 1995; 345:590-1
6. El-Bohy AA, Wong BL. *The diagnosis of muscular dystrophy*. Pediatr Ann. 2005. Jul 34(7):525-30
7. Emer A.E., Skinner R., *The heart in Becker muscular dystrophy, facioscapular humeral dystrophy and Bethlem myopathy*. Muscle&Nerve 2002, 15, 591-6
8. Sveen ML, Schwartz M, Vissing J. *High prevalence and phenotype-genotype correlations of limb girdle muscular dystrophy type 2I in Denmark*. Ann Neurol. 2006 May; 59(5):808-15
9. Wong BL. *Muscular dystrophies*. Pediatr Ann. 2005 Jul; 34(7):507-10
10. Finsterer Josef, Ramaciotti Claudio, Wang Ching H. *Cardiac findings in congenital muscular dystrophies*. PEDIATRICS Vol.126, Nr.3, 1 septembrie 2010, p.538 -545.
11. McNally Elizabeth M; MacLeod Heather. *Therapy Insight: Cardiovascular Complications Associated With Muscular Dystrophy*. Nat Clin Pract Cardiovasc Med. 2005;2(6):301
12. Muchir A, Bonne G, van der Kooij AJ, et al. *Identification of mutations in the gene encoding lamins A/C in autosomal dominant limb girdle muscular dystrophy with atrioventricular conduction disturbances (LGMD1B)*. Hum Mol Genet 2000; 9(9):1453–9.
13. Dellefave Lisa M., McNally Elizabeth M. *Cardiomyopathy in neuromuscular disorders*. Progress in Pediatric Cardiology 24 (2007) 35–46.
14. Fauchier L, Babuty D, Pellioux S, Toutain A, Cosnay P. *Troubles conductifs et troubles du rythme dans les myopathies périphériques*. Arch Mal Coeur Vaiss 2004; 97: 25-33.
15. Dulac Y, Wahbi K, Latcu DG, et al. *Surveillance rythmologique de l'enfant et l'adolescent avec maladie neuro-musculaire*. Arch Mal Coeur Vaiss 2007; 100: 490-5.
16. Norwood, F., De Visser, M., Eymard, B., Lochmüller, H. and Bushby, K. (2007), *EFNS guideline on diagnosis and management of limb girdle muscular dystrophies*. European Journal of Neurology, 14: 1305–1312. doi: 10.1111/j.1468-1331.2007.01979.x
17. Vardas PE, Auricchio A, Blanc JJ, Daubert JC, Drexler H, Ector H, Gasparini M, Linde C, Morgano FB, Oto A, Sutton R, Trusz-Gluza M; European Society of Cardiology; European Heart Rhythm Association. *Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: The Task Force for Cardiac Pacing and Cardiac Resynchronization Therapy of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association*. Eur Heart J. 2007 Sep;28(18):2256-95. Epub 2007 Aug 28.

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ ȘI URGENȚELE HIPERTENSIVE LA FEMEI

Gheorghe Ciobanu

Catedra “Urgențe Medicale” USMF “N. Testemițanu”,
Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență

Summary

Arterial hypertension and hypertensive emergency on the women

Hypertension is an extremely common clinical problem, affecting approximately 30% of adult female in Republic of Moldova. Hypertensive emergencies and urgencies represent 54,8% of all cardiovascular urgencies-emergencies and the most frequent types of end-organ damage in hypertensive emergencies are cerebral infarction and transient ischemic attack (28,3%), acute left ventricular failure with pulmonary edema (22,6%), acute myocardial infarction and unstable angina pectoris (18,4%) and hypertensive encephalopathy (17,9%).

Rezumat

HTA reprezintă o problemă medico-socială majoră, afectând în medie 30% din populația feminină adultă din Republica Moldova. UHE și UHC reprezintă 54,8% din toate urgențele cardiovasculare și cele mai frecvente organe țintă afectate sunt creierul – UHE cu infarct cerebral și accident ischemic tranzitor (28,3%) și encefalopatia hipertensivă (17,9%), cordul – UHE cu insuficiență ventriculară acută stângă și edem pulmonar (22,6%), infarct miocardic acut și angină pectorală instabilă (18,4%).

Actualitatea

Bolile cardiovasculare în structura mortalității populației din Europa constituie 48%, inclusiv cauzând 54% din mortalitatea la femei și 43% din mortalitatea la bărbați (2).

În Republica Moldova, mortalitatea cardiovasculară reprezintă cauza principală de deces la femei, constituind în a.2010 – 719,37 cazuri la 100 mii femei (Figura 1).

Numărul deceselor prin boli cardiovasculare la femei îl depășește pe cel al bărbaților începând cu a.1985, diferența în defavoarea femeilor constituind mai mult de 2510 decese în a.2010 (Figura 1).

În a.2010 decesele prin boli cardiovasculare au constituit în total pe republică 24512 cazuri, inclusiv 13303 (54,3%) femei și 11209 (45,7%) bărbați. Astfel 54,3% din mortalitatea cardiovasculară a fost înregistrată în populația feminină (4).

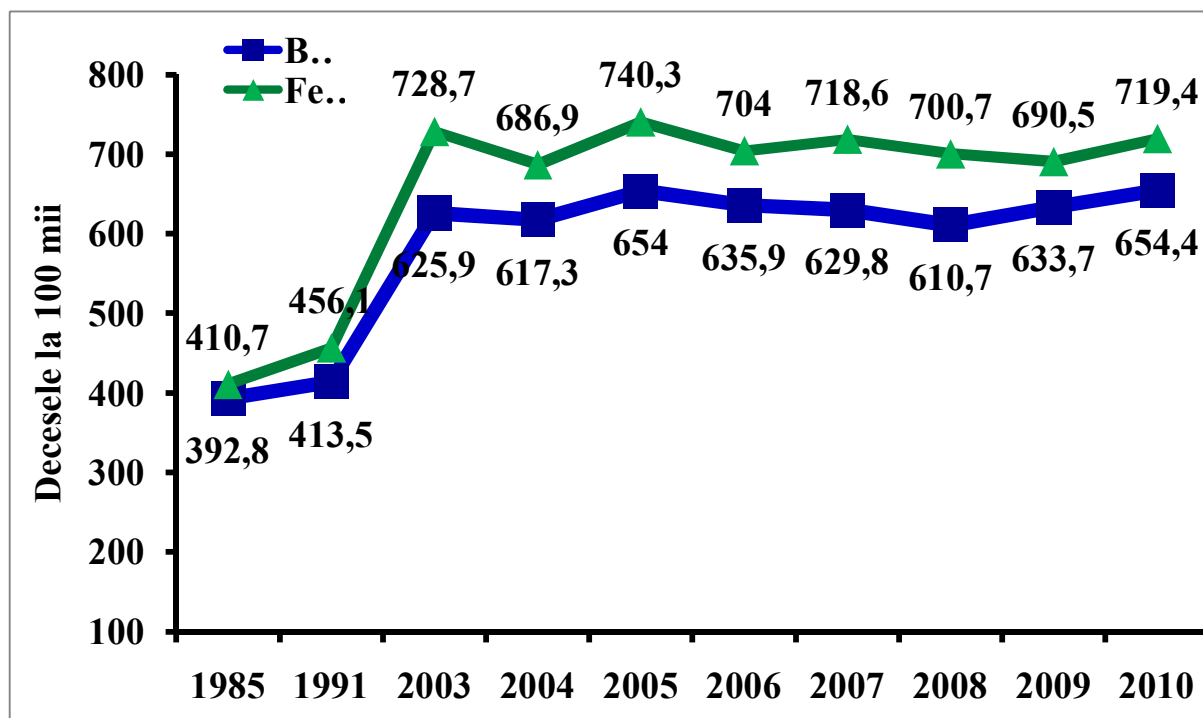


Figura 1. Mortalitatea pe sexe a populației Republicii Moldova prin boli cardiovasculare, anii 1985 – 2010

Sursa: Sănătatea Publică în Moldova a.2010 MS CNMS)

Pentru comparație, în a.2010 în Republica Moldova au decedat 20420 femei, dintre care 13303 prin boli cardiovasculare, sau 65,2% din decese la femei sunt prin boli cardiovasculare.

Creșterea actuală a morbidității și mortalității prin boli cardiovasculare la femei poate fi cauzată fie de apariția și creșterea ponderii unor factori de risc sau de particularitățile clinice și răspunsul diferit la tratament al femeilor sau de o combinație a acestor factori.

Prevalența HTA la femei în vîrsta de pînă la 55 ani este mai mică, apoi ea crește substanțial cu vîrsta depășind pe cea a bărbaților în categorii similare de vîrste.

În Republica Moldova, conform rezultatelor studiului CINDI, prevalența hipertensiunii arteriale la persoane cuprinse între 25 și 64 de ani constituie 30%.

Depistarea, tratamentul și controlul HTA la femei rămîne o problemă majoră de sănătate insuficient rezolvată atât în plan mondial cât și în particular în Republica Moldova.

Se estimează că în Comunitatea Europeană 130 milioane femei nu primesc tratamentul adecvat pentru controlul HTA și această cifră va crește în următorii 20 ani la 160 milioane (2).

Populația globală în următoarele 4 decenii va crește cu 50% de la 6,6 miliarde în prezent la 9,4 miliarde către anul 2050 (Figura 2).

Procese de îmbătrânire a populației se vor accentua substanțial în următorii 40 ani și aproximativ 1 miliard vor constitui femeile în perioada postmenopauză (1).

Îmbătrânirea populației va constitui determinanta demografică cea mai importantă în creșterea prevalenței HTA la femei care de rînd cu creșterea ponderii obezitității și sedentarismului vor influența substanțial morbiditatea și mortalitatea prin boli cardiovasculare în populația feminină.

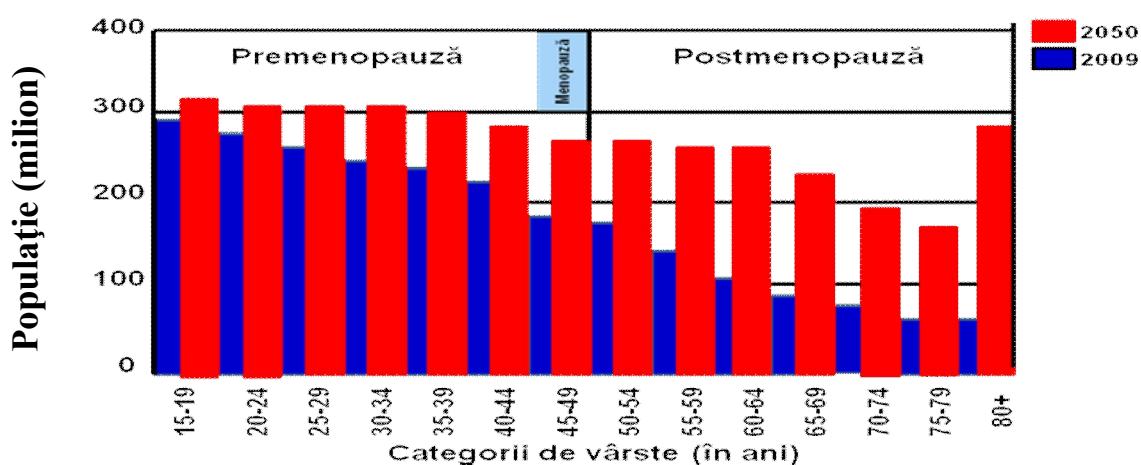


Figura 2. Estimările demografice de perspectivă a populației feminine în plan mondial, anii 2009-2050

Sursa: Barton M.: Meyer M.R.: Postmenopausal Hypertension. Mechanisms and Therapy Hypertension, AHA 2009: 54: p.11-18

Scopul

Studiul hipertensiunii arteriale (HTA) și a urgenților hipertensive (UH) în structura morbidității și mortalității femeilor din Republica Moldova.

Materiale și metode

În baza ordinului MS RM nr.569 din 16.08.2010 “Cu privire la organizarea studiului epidemiologic a urgenților medico-chirurgicale în populația urbană și rurală a RM” a fost realizat:

1. Studiul a evaluat prevalența HTA și incidența UH pe sexe și categorii de vârste cât și gradul de corelare cu complanța tratamentelor aplicate la nivelul asistenței medicale primare.
2. Au fost evaluate urgențele hipertensive în populația mun.Chișinău în perioada anilor 2006-2010 deservite în cadrul serviciului prespitalicesc de asistență medicală urgentă și modalitatea de rezolvare.

În scopul sistematizării materialului a fost utilizată clasificarea JNC V (1993) și clasificarea utilizată în PCN nr.5 a UH din RM.

Urgența hipertensivă (UH) este un sindrom clinic caracterizat prin creșterea rapidă, severă și persistentă a TA, cel mai frecvent cu valori mai mari de 220 mm Hg, pentru TAs, și/sau 120-130 mm Hg, pentru TAd, cu potențial de deteriorare acută a funcției unuia sau mai multor organe-țintă.

De menționat, că mai important decât nivelul absolut al valorilor tensionale este rata și rapiditatea creșterii TA.

Urgențe hipertensive extreme, cu risc vital major (UHE): creștere severă și persistentă a TA, care se asociază cu afectarea acută sau progresivă a organelor țintă. UHE necesită reducerea imediată (maximum timp de 1 oră) a TA cu remedii administrate intravenos.

Urgențe hipertensive comune, relative (UHC) creștere severă și persistentă a TA, dară fără semne de afectare acută a organelor – țintă. UHC necesită reducerea treptată a TA timp de 24 ore, de obicei utilizând remedii antihipertensive orale.

Notă: Nu valoarea TA face distincția dintre aceste două tipuri de urgențe hipertensive, ci afectarea acută de organe-țintă.

Epidemiologie

UH se pot manifesta în orice formă de hipertensiune arterială. Incidența este mai mare - 20-25% în formele secundare de HTA (ex., feocromocitom, HTA renovasculară) și mult mai mică (1-5%) – în HTA esențială.

În UH afectarea acută a unui organ-țintă se înregistrează în 83% din cazuri. Două organe-țintă sunt afectate în 14% din cazuri. Implicarea poliorganică (mai mult de 3 organe) se atestă la 3% dintre pacienții cu urgențe hipertensive.

Conform datelor lui Papadopoulos D.P. și coautorii (2010) urgențele hipertensive comune constituie 76% și urgențele hipertensive extreme -24% din totalul urgențelor hipertensive.

Morbiditatea și mortalitatea prin UH depinde de afectarea organelor-țintă și de gradul TA. În condiții de control adecvat al TA și de complianță medicamentoasă, rata de supraviețuire la pacienții cu urgențe hipertensive reprezintă 70%.

Rata mortalității în caz de urgențe hipertensive netratate constituie 79% *la un an*. Rata supraviețuirii la 5 ani, printre toți pacienții care prezintă urgențe hipertensive, este de 74%.

Fiziopatologia

Studiile efectuate de OMS arată că aproximativ 62% din accidentele cerebrovasculare și 49% din evenimentele acute cardiace sunt cauzate de hipertensiunea arterială.

Studiile au confirmat că presiunea arterială mai joasă la femeile tinere este cauzată de efectele vasculare ale estrogenilor endogeni.

Un nivel al concentrației plasmatice de estradiol mai redus a fost pus în evidență la femeile tinere hipertensive în comparație cu femeile normotensive.

În comparație cu bărbații femeile hipertensive au un nivel al concentrației plasmatice de renină mai scăzut.

Variații ale presiunii arteriale sunt înregistrate la femeile tinere în timpul cicșușii hormonal și presiunea arterială este mai joasă în timpul gravidității, perioadă în care nivelul hormonilor estrogeni circulanți este ridicat.

La femei în premenopauză diminuarea rezistenței vasculare arteriale în mijlocul ciclului menstrual coincide cu creșterea maximală a concentrației de estradiol în sânge. În postmenopauză se constată o creștere a rezistenței vasculare.

Efectele vasculare a estrogenilor sunt în dependență de activarea receptorilor de estrogeni alfa și beta (3).

Administrarea directă de 17-beta-estradiol în artera coronară stimulează în câteva minute producția de celulele endoteleale a oxidului nitric (NO). În celulele musculare netede 17-beta-estradiolul activează canalele potasice cauzând relaxarea acestor celule.

Receptorii alfa și beta estrogenici sunt prezenți în celulele musculaturii netede a arterelor și în celulele endoteleale.

Ca răspuns la o leziune vasculară estrogenii stimulează proliferarea celulelor endoteliale și inhibă apoptoza endoteleală, estrogenii cresc cantitatea disponibilă de NO în peretele vascular. Numeroase studii sunt consacrate efectelor estradiolului vizând mecanismele de acțiune (figura 3):

- Asupra presiunii arteriale
- Tonusului vascular
- Inhibării remodelării vasculare prin efecte vasoprotectoare
- Modulării sintezei factorilor circulați, care influențează tonusul vascular și structura anatomică a peretelui vascular
- Asupra rinichilor și sistemului nervos simpatic

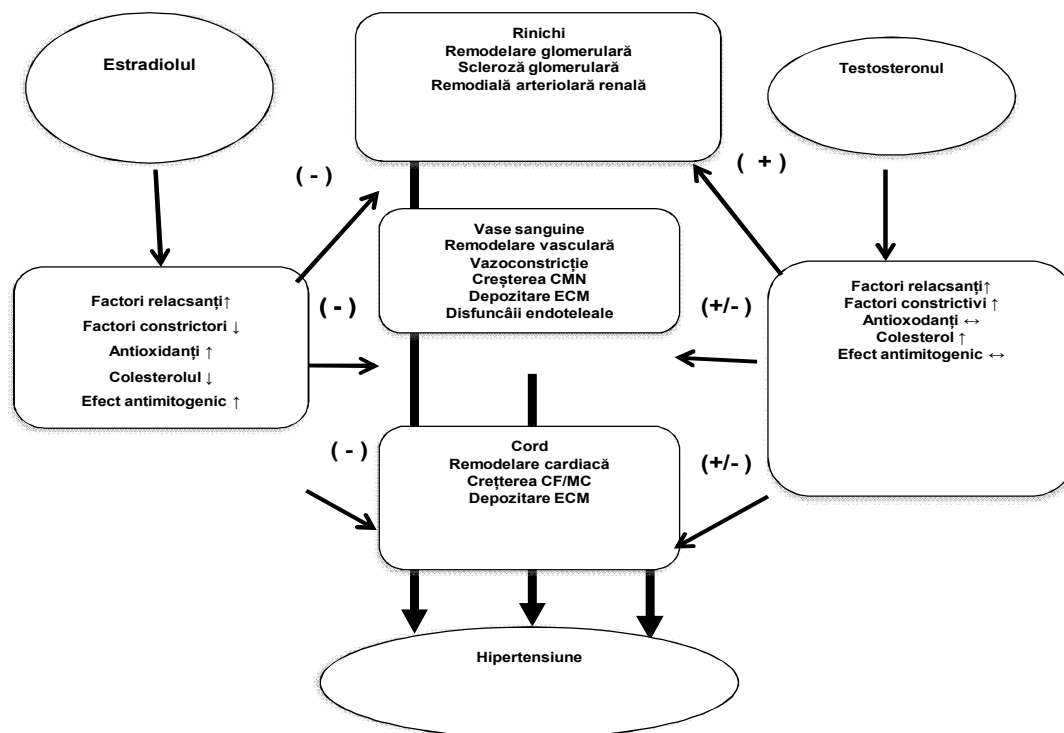


Figura 3. Mecanismelor prin care estradiolul și testosteronul influențează presiunea arterială sunt multifactoriale și implică efecte directe vasculare, renale, cardiace cât și efecte indirecte mediate de factorii humorali

URGENTE HIPERTENSIVE EXTREME INCLUDE:

- Encefalopatie hipertensivă
- HTA asociată cu hemoragie intracerebrală
- HTA asociată cu hemoragie subarahnoidiană
- HTA asociată cu accidente cerebrovasculare
- Insuficiență ventriculară stângă acută hipertensivă cu edem pulmonar acut
- HTA asociată cu infarct acut de miocard sau angină pectorală instabilă
- HTA asociată cu disecție acută de aortă
- HTA asociată cu insuficiență renală acută
- Preeclampsia și eclampsia
- Retinopatia hipertensivă stadiul III –IV Keith-Wagener
- Criza catecolaminică
- Rebound-ul la clonidină sau beta-blocante

Ponderea urgențelor hipertensive în structura solicitărilor cardiologice variază de la 51,1% în 2006 la 55,5% în a.2010, media pe 5 ani -24,4%.

În 2010 din 32026 UH, urgențele hipertensive extreme au constituit 26,9% și urgențele hipertensive comune 73,1%, media pe 5 ani constituind 28,1% UHE și 79,9% UHC.

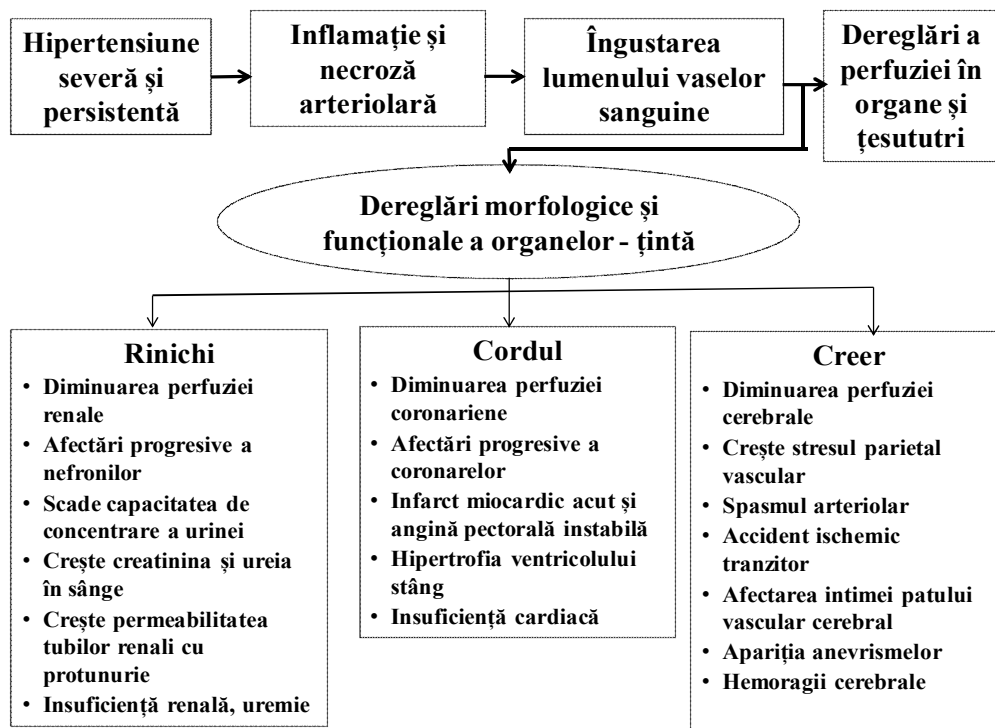


Figura 4. Patofiziologia Urgențelor Hipertensive

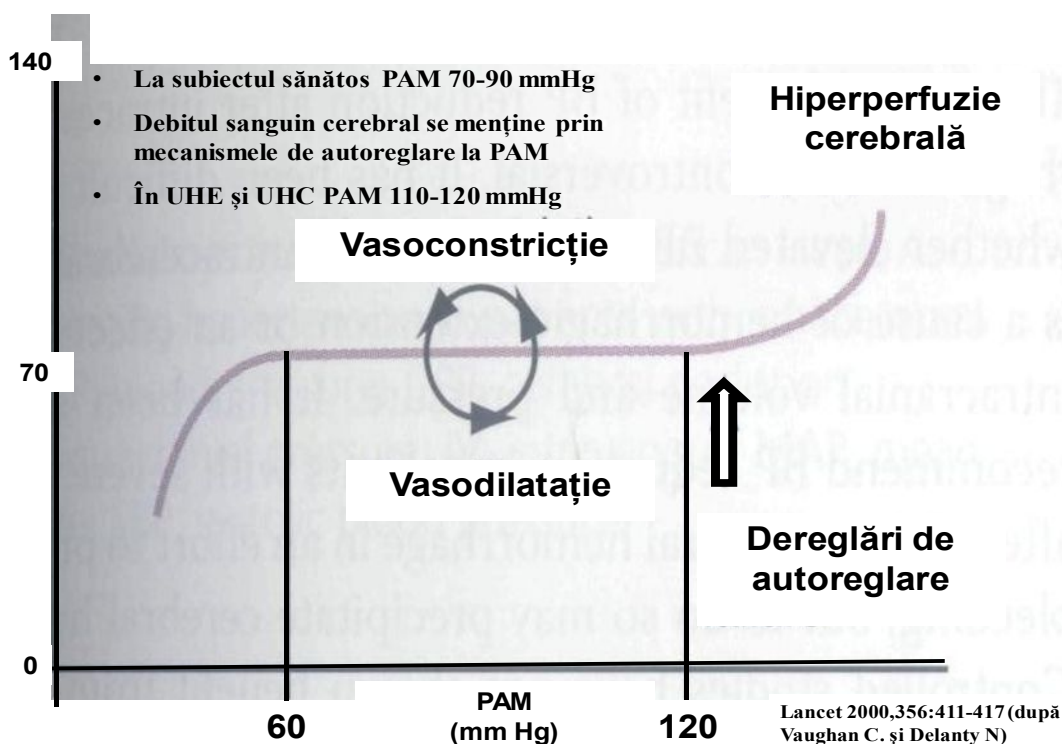


Figura 5. Mecanisme de autoreglare a debitului sanguin cerebral

Tabelul 1

URGENTELE HIPERTENSIVE ÎN POPULAȚIA MUN.CHIȘINĂU, AA.2006-2010

Indicii	2006		2007		2008		2009		2010		Total 5 ani	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Solicități deservite total	222292	100	234571	100	246364	100	270796	100	252738	100	1226761	100
Solicități cardiologice	61392	27,6	61228	26,1	59227	24,0	59139	21,8	57733	12,8	298719	24,4
Urgențe hipertensive total	31322	51,1	31568	51,5	32031	54,1	36670	62,0	32026	55,5	163617	54,8
Urgențe hipertensive extreme	8459	27,0	9155	29,0	8968	27,9	10634	28,9	8647	26,9	45863	28,1
Urgențe hipertensive comune	22863	73,0	22413	71,0	23063	72,1	26036	71,1	23379	73,1	117754	79,9

În tabelul 2 sunt prezentate manifestările clinice în UH.

Tabelul 2

MANIFESTĂRILE CLINICE ÎN UH, UHE ȘI UHC LA FEMEI

Manifestări clinice	UH	UHE	UHC	P
Cefalee	18,7	22	15,4	<0,001
Epistaxis	19	21	17	<0,001
Durere toracică	15,7	25	6	<0,005
Papitații	18,3	15,6	21	<0,005
Dispnee	16	8	24	<0,001
Lipotemie, sincopă	12	14	10	<0,001
Agitație psihomotorie	12,4	10,6	14,8	<0,001
Deficit neurologic	28	34,2	21,8	<0,001
Aritmii	7,2	8,2	6,4	<0,004
Vomă	3,4	4,6	2,2	<0,002
Oligurie	6,8	12,4	1,4	NCS
Alte manifestări	16,6	20,2	13	<0,004

Din totalul urgențelor hipertensive extreme 4,9% au fost înregistrate în vârstă de până la 40 ani, 41,6% în categoriile de vârstă de 40-60 ani, 42,9% în vârstă 60-80 ani și 10,6% în vârstă de peste 80 ani (tabelul 3, figura 6).

Tabelul 3

**REPARTIZAREA URGENTELOR HIPERTENSIVE EXTREME
PE CATEGORII DE VÂRSTE ȘI SEXE A.2010**

	<40 ani		40-60 ani		60-80 ani		> 80 ani		Total	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Barbati	216	8,9	1160	48,1	876	36,3	158	6,5	2419	27,9
Femei	210	3,3	2440	39,1	2829	45,4	758	12,2	6237	72,1
Total	426	4,9	3600	41,6	3707	42,9	916	10,6	8647	100

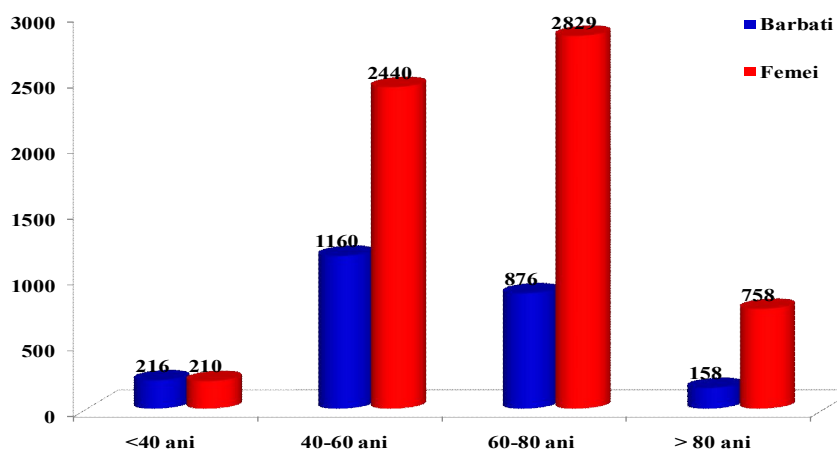


Figura 6. Urgențele hipertensive extreme pe sexe și categorii de vârstă în populația mun. Chișinău

Din 8647 urgențe hipertensive extreme deservite în 2010, 6237 (72,1%) au fost la femei și 2419 (27,9%) la bărbați.

Tabelul 4

**STRUCTURA URGENTELOR HIPERTENSIVE COMUNE PE CATEGORII DE
VÂRSTE ȘI SEXE VÂRSTĂ ÎN POPULAȚIA MUN. CHIȘINĂU**

	<40 ani		40-60 ani		60-80 ani		> 80 ani		Total	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Bărbați	500	8,3	2460	40,6	2697	44,5	403	6,6	6060	25,9
Femei	572	3,3	5801	33,5	8856	51,1	2090	12,1	17319	74,1
Total	1072	4,6	8261	35,3	11553	49,4	2493	10,6	23379	

Urgențele hipertensive comune au fost înregistrate în vârsta de până la 40 ani în proporție de 4,6%, 35,3% au fost în categoria de vârstă 40-60 ani, 49,4% în categoria de vârstă 60-80 ani și în vârsta de peste 80 ani 10,6%.

Tabelul 5
**NIVELUL SPITALIZĂRII PACIENȚILOR CU URGENȚE HIPERTENSIVE
 ÎN POPULAȚIA MUN.CHIȘINĂU, ANII 2006-2010**

Tipul UH	2006	2007	2008	2009	2010
	%	%	%	%	%
Urgențe Hipertensive	43,3	43,9	44,7	45,8	47,2
Urgențe Hipertensive Extreme	82,3	82,8	84,2	85,2	85,6
Urgențe Hipertensive Comune	4,3	5	5,2	6,4	8,8

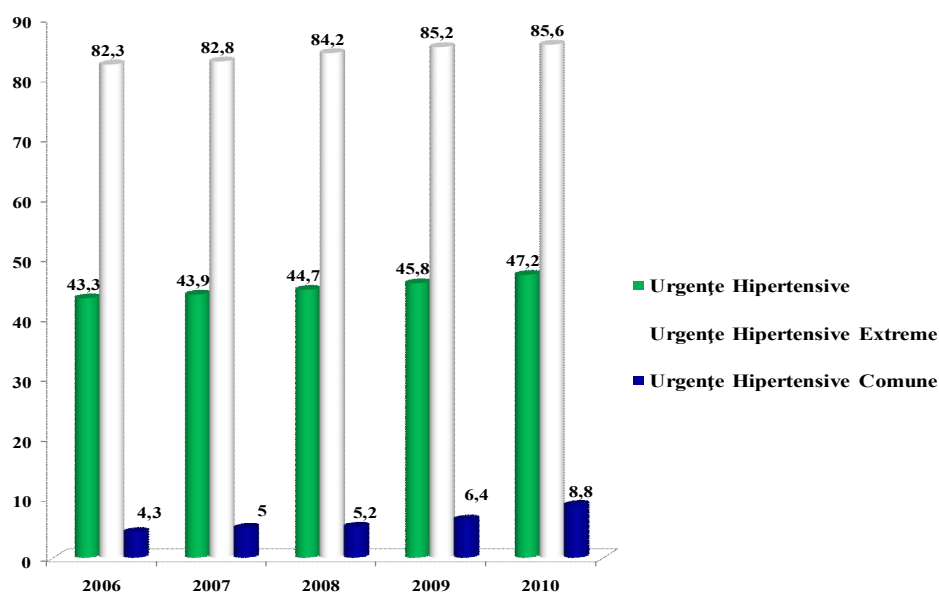


Figura7. Urgențele hipertensive comune pe sexe și categorii de vârstă în populația mun.Chișinău

Tabelul 6

PONDEREA AFECTĂRII ORGANELOR-ȚINTĂ ÎN UHE LA FEMEI

	Tipul UHE	Pondere (%)
1	Encefalopatie hipertensivă	17,9
2	HTA asociată cu accident vascular cerebral ischemic sau tranzitor	28,3
3	HTA asociată cu hemoragie subarahnidiană sau intracerebrală	5,9
5	Insuficiență ventriculară stângă hipertensivă cu edem pulmonar acut	22,6
6	HTA asociată cu infarct acut de miocard sau angină pectorală instabilă	18,4

7	HTA asociată cu disecție acută de aortă	0,08
8	HTA asociată cu insuficiență renală acută	6,2
9	Preeclampsia și eclampsia	0,4
10	Criza catecolaminică	0,03
11	Rebound-ul la clonidină sau beta-blocante	1,4
12	Retinopatia hipertensivă stadiul III –IV Keith-Wagener	37,8

EVALUAREA BOLNAVULUI HIPERTENSIV ASPECTE IMPORTANTE ALE ISTORICULUI BOLII ȘI EXAMENULUI OBIECTIV

Durata HTA- valori ale TA, evoluție
 Tratamente anterioare - doze, complianță (fenomene de rebound), reacții adverse.
 Ingestia de substanțe care pot determina HTA: simpatomimetice, corticosteroizi, cocaină, alcool
 Simptome sugestive de HTA secundară - oboseala musculară, tahicardie paroxistică, Transpirații, tremor, modificări ale tegumentelor
 Simptome și semne de afectare de organe țintă
 Măsurarea cu acuratețe a TA - manșetă adecvată, repaus minim 5 min anterior, repetarea măsurătorii de două ori, excluderea condițiilor intercurente (stress, durere, febră, senzație de micțiune impetuoasă).

Semne care sugerează leziune de organ-țintă:

- Crier: sufluri la nivel carotidian, deficit motor sau senzitiv
- Retina: 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

Anamneza

- HTA esențială sau secundară;
- Vechimea HTA;
- Tratamentul efectuat și răspunsul TAs și al TAd la remediile antihipertensive, doze de medicație;
- Tratamentul a fost aplicat continuu sau intermitent

Managementul Urgențelor Hipertensive include:

1. Stabilirea nivelului tensiunii arteriale și verificarea tipului de UH;
2. Verificarea cauzelor de instalare a UH;
3. Managementul UH conform tipului și a comorbidităților;
4. De asigurat tratamentul bolnavului și nu a HTA;
5. De inițiat tratamentul în UHE cu preparate administrate intravenos cu debut de acțiune prompt, durată de acțiune scurtă și efecte adverse minime;
6. De asigurat tratamentul ținând cont de conceptul autoreglării;
7. De redus PAM cu 20-25% timp de 1 oră la pacienții cu UGE cu afectarea acută a organelor -țintă.

Tratamentul UH comune

1. Inițiere de terapie antihipertensivă orală în caz de elevare a TA – 180-220/120-130 mmHg.
2. Reducerea TA se realizează treptat (ore).

3. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
4. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
5. Fluxul de Oxigen 2-4 l/min.
6. Remediile antihipertensive se administrează oral:
 - a. Nifedipină 5-10 mg sublingval sau oral *sau*
 - Captopril 6,25-50 mg s/l sau oral, *sau*
 - Nicardipina* 20 mg oral, *sau*
 - Metoprolol 50 sau 100 mg oral, *sau*
 - Labetalol * 100-200 mg oral, *sau*
 - Clonidină 0,2 mg oral, la fiecare 60 min câte 0,1 mg (maxim 0,8 mg) (contraindicată în encefalopatia hipertensivă și AVC).
 - b. Furosemid 20-40 mg oral.
7. Spitalizarea nu este obligatorie

Principiile managementului UH Extreme

La pacienții cu complicații extracerebrale și cu disfuncții ale organelor țintă, reducerea TAs se realizează rapid cu 20-25%, sau reducerea TAd se realizează rapid până la 100-110 mmHg, timp de o oră.

La pacienții cu afectarea acută a creierului, terapia antihipertensivă nu este obligatorie. Remediile antihipertensive se administrează în afectarea acută a creierului numai în condițiile unei creșteri a TA peste 220/130 mmHg și reducerea TA se va realiza treptat și lent până la stabilizarea TAd sub 130 mmHg;

La pacienții cu encefalopatie hipertensivă, reducerea TA se va realiza treptat cu 20% până la TAd 100 mmHg.

Spitalizare obligatorie în secțiile ATI – reanimare, montarea unei linii intravenoase și administrarea de remedii antihipertensive.

Tratamentul UHE a fost efectuat în conformitate cu cerințele PCN nr.5 “Urgențe hipertensive”.

Criteriile de jugulare a UH și de stabilizare a stării pacientului

1. Examenul clinic și paraclinic:
 - ameliorarea stării generale;
 - înlăturarea sau ameliorarea manifestărilor cardiace: durerea precordială, tahicardia, Ps, alura ventriculară;
 - răspunsul pozitiv în serie pe traseu ECG (segmentul ST).
2. Înlăturarea sau ameliorarea manifestărilor neurologice:
 - cefaleea;
 - dereglările de conștiență;
 - tulburările de vedere;
 - disartria;
 - deficitul de focar;
 - greața, voma.
3. Înlăturarea sau ameliorarea manifestărilor renale:
 - diureza;
 - creatinina.

Transportarea, monitorizarea și spitalizarea pacientului

Vor fi spitalizați de urgență, obligatoriu toți bolnavii cu urgențe hipertensive extreme.

Transportarea bolnavilor va fi pe brancardă cu ridicarea extremității cefalice la 40°.

Supravegherea pacientului în timpul transportării:

- starea de conștiență;

- colorația tegumentelor;
- auscultația cardiopulmonară;
- monitorizare: Ps, TA, FR;
- monitorizarea ECG;
- oxigenoterapie;
- perfuzie continuă;
- supravegherea ventilației mecanice .

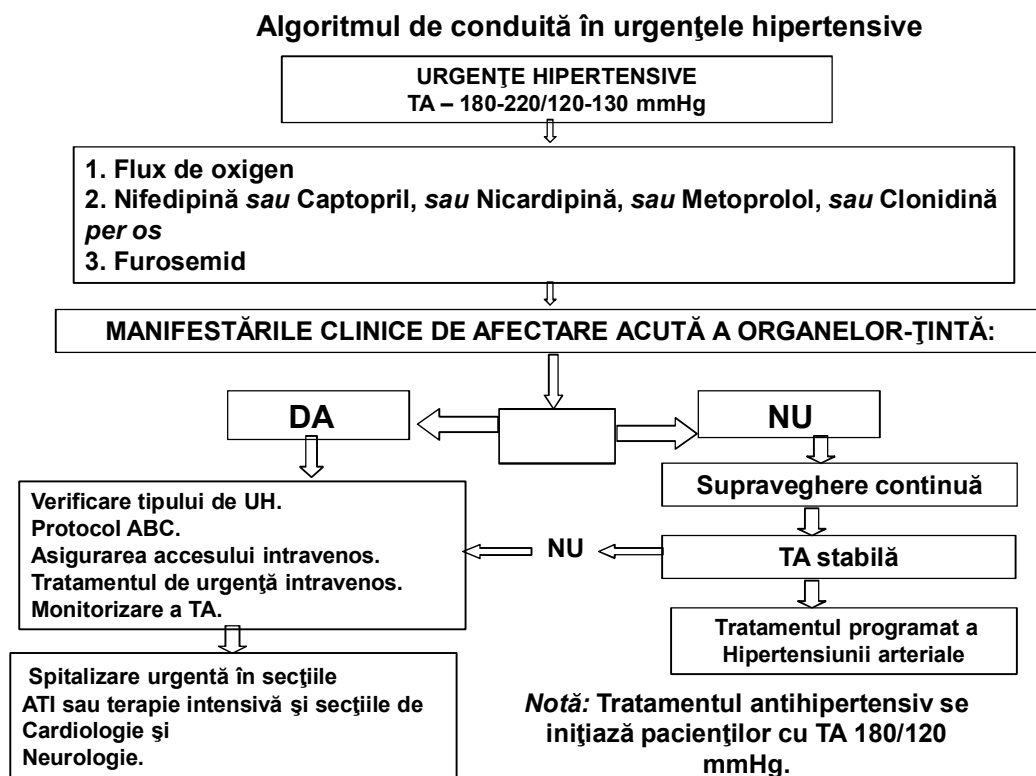


Figura 8. Algoritmul de conduită în urgențele hipertensive

Concluzii

HTA la femei reprezintă o problemă medico-socială majoră, afectând în medie 30% din populația feminină adultă cu un impact substanțial asupra morbidității și mortalității femeilor prin boli cardiovasculare.

În următoarele decenii datorită prognozelor demografice de creștere și îmbătrânire a populației feminine, impactul HTA prin ponderea prevalenței și riscul absolut pentru complicațiile cardiovasculare va influența substanțial nivelul morbidității și mortalității feminine.

Incidența crescută a UH în populația adultă în general și la femei în particular constituie un indicator al depistării, calității tratamentelor aplicate și a calității controlului HTA la nivel de medicină primară.

Bibliografie

1. Barton M., Meyer M.R. Postmenopausal Hypertension. Mechanisms and Therapy Hypertension, AHA 2009: 54:p.11-18;
2. European cardiovascular disease statistics 2008 edition Department of Public Health University of Oxford
3. Papadopoulos D.P., Mourouzis I., Thomopoulos C., et al. Hypertension crisis, Blood Pressure 2010, 19 (6): p.328-336;
4. Sănătatea publică în Moldova a.2010 MS CNMS