



**Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
IMSP SR Soroca**

Urgențe hipertensive

Protocol clinic instituțional

PCN-f/n



**Soroca
2022**

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din
06.06.2008, proces verbal nr. 3.**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 239 din 10.06.2008 cu
privire la aprobarea Protocolului clinic național “Urgențe hipertensive”**



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
SPITALUL RAIONAL SOROCA „A.PRISACARI”

ORDIN

Din 31 martie 2022

Nr. 75/7

„Cu privire la elaborarea Protocolului clinic instituțional „Urgențe hipertensive”

În scopul elaborării Protocolului clinic instituțional „Urgențe hipertensive”, precum și în temeiul Regulamentului IMSP Spitalul Raional Soroca, aprobat de Ministerul Sănătății Ordinul Nr.1003 din 15 decembrie 2017, înregistrat Consiliul Raional Soroca Nr.20/04 din 26 octombrie 2017, înregistrat la Agenția Servicii Publice Departamentul de Înregistrare și Licențiere a Unității de Drept la data de 22 februarie 2018, dosar Nr.1003607150209,

ORDON:

1.0. Se aprobă Protocolul clinic instituțional „Urgențe hipertensive”, conform anexei.

2.0. Șefii secțiilor și subdiviziunilor :

2.1. Vor organiza implementarea prevederilor Protocolul clinic instituțional „Urgențe hipertensive”, în cadrul asistenței medicale acordate populației.

3.0. Consiliul Calității din cadrul IMSP Spitalul Raional Soroca va organiza periodic controlul respectării prevederilor și eficienței utilizării Protocolul clinic instituțional „Urgențe hipertensive”.

4.0. Dnei Nadejda Romanciuc-farmacist diriginte:

4.1. Va organiza asigurarea secțiilor respective din cadrul instituției cu medicamentele necesare, incluse în Protocolul clinic instituțional „Urgențe hipertensive”.

5.0.Dlui Ion Ursu-Programist:

5.1. Va organiza plasarea prezentului Protocol anexat la prezentul ordin pe pagina WEB a IMSP SR Soroca la rubrica „Activitate”.

6.0. Controlul executării prezentului ordin se atribuie **dlui Valeriu Bordian-vicedirector medical.**

**Director al IMSP
Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari”**

Angela Rusnac

1. Lista responsabililor de elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr.crt.	Elemente privind responsabil de operațiune	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1	2	3	4	5
1.1	Aprobat	Angela Rusnac	Director	03.04.2022	
1.2	Verificat	Valeriu Bordian	Vicedirector medical	02.04.2022	
1.3	Elaborat	E.Rezuș	Șefa secției terapie	01.04.2022	
1.4					

2. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale.

Nr. crt.	Ediția/revizia în cadrul ediției	Componența revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
	1	2	3	4
2.1	Ediția 1			2017
2.2	Revizia 1			2022

3. Lista persoanelor la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr. crt.	Scopul difuzării	Exemplar Nr. ...	Compartiment	Funcția	Nume și prenume	Data primirii	Semnătura
	1.	2	3	4	5	6	7
3.1	Aplicare	1	Președintele CC	Vicedirector medical	Bordian Valeriu		
3.2	Informare	2	Secția statistică medicală	Șef de secție	Ion Ursu		
3.3	Informare	3	Secția Boli interne	Șef de secție	Eugenia Rezuș		
3.4	Informare	4	Secția Neurologie	Șef de secție	Valeriu Petrovici		
3.5	Informare	5	Secția UPU	Șef de secție	Alexei Procopii		
3.6	Informare	6	Secția Pediatrie	Șef de secție	Silvia Tetiu		
3.7	Informare	7	Centrul Perinatal	Șef de secție	Igor Babără		
3.8	Informare	8	Secția Traumatolog	Șef de secție	Valeriu Petrovici		

			ie				
3.9	Informare	9	Secția ATI	Șef de secție	Veaceslav Neamțu		
3.10	Informare	10	Secția boli contagioase	Șef de secție	Victoria Tverdohleb		
3.11	Informare	11	Secția Imagistică	Șef de secție	Veaceslav Donos		
3.12	Informare	12	Secția îngrijiri cronice	Șef de secție	Nelea Slivinschii		
3.13	Informare	13	Secția consultativă	Șef de secție	Rodica Todirean		
3.14	Informare	14	Laborator	Șef de secție	Liubovi Homa		
3.15	Informare	15	Farmacia	Șef de secție	Nadejda Romancic		
3.16	Informare	16	Secția transfuzie	Șef de secție	Angela Gușan		

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ABC	<i>Airway, Breathing, Circulation</i>
AMP	asistența medicală primară
AMU	asistența medicală de urgență
ATI	anestezie – terapie intensivă
AVC	accident vascular cerebral
cf.	clasă funcțională
CIM	clasificare internațională a maladiilor
CPI	cardiopatie ischemică
DAA	disecție acută de aortă
DMU	departamentul de medicină urgentă
ECG	electrocardiogramă
ESH/ESC	<i>European Society of Hypertension/ European Society of Cardiology</i>
FR	frecvență a respirațiilor pe minut
gr.	grad
HTA	hipertensiune arterială
IC	insuficiență cardiacă
ICA	insuficiență cardiacă acută
i.m.	intramuscular
i.v.	intravenos
IR	insuficiență renală
JNS	<i>Joint National Committee of Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure</i>
LSD	<i>lysergic acid diethylamid</i>
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PCN	protocol clinic național
Ps	puls
PVC	presiune venoasă centrală
SCA	sindrom coronarian acut
ST	segmentul ST pe electrocardiogramă
TA	tensiune arterială
TAd	tensiune arterială diastolică
TAs	tensiune arterială sistolică
UH	urgență hipertensivă
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

Diagnosticul: Urgență hipertensivă

Exemple de diagnostice clinice:

1. Hipertensiune arterială gr. III, risc adițional foarte înalt. Urgență hipertensivă cu risc vital (data). CPI. Sindrom coronarian acut ST-elevat în regiunea anterioară a ventriculului stâng (data). IC cf. Killip III. Edem pulmonar acut.
2. Hipertensiune arterială gr. II, risc adițional înalt. Urgență hipertensivă comună (data).
3. Hipertensiune arterială primar depistată, de origine neidentificată. Urgență hipertensivă comună (data).

Codul bolii (CIM 10): I10.00 – I15.00

Gradul urgențelor medico-chirurgicale: Major

Utilizatorii:

- Secția consultativ al SR Soroca (toți specialiștii);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, asistente medicale de familie);
- Unitatea de medicină urgentă (medici de urgență);
- secțiile de terapie și chirurgie generală ale SR Soroca (medici generaliști);
- secțiile ATI ale al SR Soroca (reanimatologi, cardiologi).

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

Scopurile protocolului:

1. Sporirea numărului de pacienți care beneficiază de tratament de urgență adecvat în prima oră de dezvoltare a UH, etapa prespitalicească.
2. Majorarea numărului de pacienți spitalizați pe parcursul primelor 3 ore, după dezvoltarea UH cu risc vital.
3. Ameliorarea calității tratamentului pacienților cu UH la etapele prespitalicească și spitalicească.
4. Reducerea numărului de complicații al UH extreme la etapele prespitalicească și spitalicească.

Definițiile folosite în document

Urgență hipertensivă (UH): este un sindrom clinic, caracterizat prin creșterea rapidă, severă și persistentă a TA, cel mai frecvent cu valori mai mari de 220 mmHg, pentru TAS, și/ sau 120-130 mmHg, pentru TAd, cu un potențial de deteriorare acută a funcției unuia sau a mai multor organe-țintă. Totodată trebuie menționat, că mai important decât nivelul absolut al valorilor tensionale este rata și rapiditatea creșterii TA.

Urgență hipertensivă extremă (cu risc vital major): formă severă a TA, care se asociază cu afectarea acută sau progresivă a organelor-țintă [1]. Această stare clinică necesită reducerea imediată (maxim timp de o oră) a TA cu remedii administrate intravenos [8, 9].

Urgență hipertensivă comună (relativă): creștere severă și persistentă a TA, dar fără semne de afectare acută a organelor-țintă. În această situație este indicată reducerea treptată a TA

timp de 24 de ore, de obicei folosind antihipertensive orale [8, 9].

În concluzie, nu valoarea TA face distincția dintre aceste două tipuri de urgențe, ci afectarea acută de organe-țintă.

Hipertensiune accelerat-malignă: creștere marcantă a TA în asociere cu afectarea de organe-țintă. HTA accelerată este sindromul în care, alături de TA sever crescută (TAd 130-140 mmHg), sunt prezente hemoragii și exsudate retiniene (retinopatie de gradul 3 Keith-Wagener); HTA malignă se asociază cu edem papilar (retinopatie de gradul 4) [8, 9].

Encefalopatie hipertensivă: elevare bruscă, persistentă a TA cu cefalee severă și cu alterarea statusului mental, simptomele fiind reversibile după reducerea TA [8, 9].

Recomandabil: nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de către medic pentru fiecare caz individual.

Informația epidemiologică

UH se pot manifesta în orice formă de hipertensiune arterială. Incidența este mare (20- 25%) în formele secundare de HTA (ex., feocromocitom, HTA renovasculară) și mult mai mică (sub 1%) – în HTA esențială tratată [10].

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 [11].

Pentru fiecare 20 mmHg în TA sistolică, și 10 mmHg, în TA diastolică, valori ridicate de la 115/75 mmHg, rata mortalității prin cardiopatie ischemică și prin boli cerebrovasculare se dublează [3].

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% [2].

Rata mortalității în caz de urgențe hipertensive netratate constituie 79% *per an*. Rata supraviețuirii de 5 ani, printre toți pacienții care prezintă urgențe hipertensive, este de 74% [11].

Studiile efectuate de OMS arată că aproximativ 62% din accidente cerebrovasculare și 49% din evenimentele acute cardiace sunt cauzate de hipertensiunea arterială [6].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară și specializată de ambulator		
Descriere (măsur)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de contactul cu lichidele biologice, de expunerea la agenții infecțioși și toxici se efectuează în timpul examenului clinic al pacientul.	Obligatoriu: Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (mănuși, halate).
1. Diagnosticul		
1.1. Examenul primar și cel secundar	Diagnosticul UH permite aplicarea intervențiilor medicale rapide ce contribuie la reducerea considerabilă a complicațiilor.	Obligatoriu: Anamneza (caseta 1). Examenul clinic (caseta 2).
1.2. Examinările paraclinice (numai în oficiu)	Evaluarea și diagnosticarea în afectarea acută a organelor-țintă.	Obligatoriu: Examenul instrumental (caseta 3).
2. Tratatamentul		
2.1. Poziția pacientului	Scăderea presarcinii și profilaxia edemului cerebral.	Obligatoriu: Ridicarea extremității cefalice la 40°.
2.2. Urgență hipertensivă	Beneficiile tratamentului HTA se datorează diminuării TA <i>per se</i> .	Obligatoriu: Fluxul de oxigen 2-4 l/min. Tratamentul medicamentos (caseta 4) până la înlăturarea UH (caseta 16). În caz în care, UH nu este înlăturată sau se agravează starea bolnavului, se solicită echipa de AMU.

I	II	III
3. Transportarea în secția ATI: se recomandă în absența echipelor specializate de AMU (pacienții cu UH extremă)	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permit evaluarea complicațiilor și transportarea pacientului în staționar.	Obligatoriu: Aprecierea criteriilor de stabilizare și asigurarea posibilităților de transport (<i>casetele 16, 17</i>).

B.2. Nivel de asistență medical spitalicească: secții de terapie și chirurgie generală (raionale, municipale)

Descriere (măsură)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de contactul cu lichidele biologice, de expunerea la agenții infecțioși și toxici se efectuează în timpul examenului clinic al pacientul.	Obligatoriu: Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (mănuși, halate).
1. Diagnosticul		
1.1. Examenul primar și cel secundar	Diagnosticul UH permite aplicarea intervențiilor medicale rapide ce contribuie la reducerea considerabilă a complicațiilor.	Obligatoriu: Anamneza (<i>caseta 1</i>). Examenul clinic (<i>caseta 2</i>).
1.2. Examinările paraclinice	Evaluarea și diagnosticarea în afectarea acută a organelor-țintă.	Obligatoriu: Examenul instrumental (<i>caseta 3</i>).
2. Tratamentul		
2.1. Poziția pacientului	Scăderea presarcinii și profilaxia edemului cerebral.	Obligatoriu: Ridicarea extremității cefalice la 40°.
2.2. Urgență hipertensivă	Beneficiile tratamentului HTA se datorează diminuării TA <i>per se</i> .	Obligatoriu: Fluxul de oxigen 2- 4 l/min. Tratamentul medicamentos (<i>caseta 4</i>) până la înlăturarea UH (<i>caseta 16</i>).

I	II	III
		Consultație urgentă a medicului specialist: cardiolog sau neurolog, sau reanimatolog
3. Transportarea în secția specializată (pacienții cu UH extremă)	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permit evaluarea complicațiilor și transportarea pacientului în secția specializată.	Obligatoriu: Aprecierea criteriilor de stabilizare și asigurarea posibilităților de transport (<i>casele 16, 17</i>)

**B.3. Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească:
echipe de profil general și de felceri/asistenți medicali 903 (112)**

Descriere (măsură)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de contactul cu lichidele biologice, de expunerea la agenții infecțioși și toxici se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului.	Obligatoriu: Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (mănuși, măști, ochelari, halate).
1. Diagnosticul		
1.1. Examenul primar și cel secundar	Diagnosticul UH permite aplicarea intervențiilor medicale rapide ce contribuie la reducerea considerabilă a complicațiilor.	Obligatoriu: Anamneza (<i>caseta 1</i>). Examenul clinic (<i>caseta 2</i>).
1.2. Examinările paraclinice	Evaluarea și diagnosticarea în afectarea acută a organelor-țintă.	Obligatoriu: Examenul instrumental (<i>caseta 3</i>).
2. Tratatamentul		

I	II	III
2.1. Poziția pacientului	Scăderea presarcinii și profilaxia edemului cerebral.	Obligatoriu: Ridicarea extremității cefalice la 40°.
2.2. Urgență hipertensivă	Beneficiile tratamentului HTA se datorează diminuării TA <i>per se</i> .	Obligatoriu: Fluxul de oxigen 2-4 l/min. Tratamentul medicamentos (caseta 4) până la înlăturarea UH (caseta 16). În caz în care, UH nu este înlăturată sau se agravează starea bolnavului, se solicită echipa specializată de AMU.
3. Transportarea în secția ATI: se recomandă în absența echipelor specializate de AMU	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permite evaluarea complicațiilor și transportarea pacientului în staționar.	Obligatoriu: Aprecieri criteriilor de stabilizare și asigurarea posibilităților de transport (casetele 16, 17).

**B.4. Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească:
echipe de profil specializat (reanimare, cardiologie) 903(112)**

Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de contactul cu lichidele biologice, de expunerea la agenții infecțioși și toxici se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului.	Obligatoriu: Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (mănuși, măști, ochelari, halate).
1. Diagnosticul		
1.1. Examenul primar și cel secundar	Diagnosticul urgențelor hipertensive permite aplicarea intervențiilor medicale rapide ce contribuie la reducerea considerabilă a complicațiilor.	Obligatoriu: Anamneza (caseta 1). Examenul clinic (caseta 2).

I	II	III
1.2. Examinările paraclinice	Evaluarea și diagnosticarea în afectarea acută a organelor-țintă.	Obligatoriu: Examenul instrumental (caseta 3).
2. Tratatamentul		
2.1. Poziția pacientului	Scăderea presarcinii și profilaxia edemului cerebral.	Obligatoriu: Ridicarea extremității cefalice la 40°.
2.2. Urgență hipertensivă extremă	Beneficiile tratamentului HTA se datorează diminuării TA <i>per se</i> .	Obligatoriu: Tratamentul medicamentos se administrează conform principiilor de management (caseta 5). UH asociată cu encefalopatie hipertensivă (caseta 6). Insuficiența ventriculară stângă acută hipertensivă (caseta 7). UH asociată cu infarctul miocardic acut sau cu angina instabilă (caseta 8). UH asociată cu disecția acută de aortă (caseta 9). UH asociată cu hemoragia subarahnoidiană sau cu AVC (caseta 10). Preeclampsie, eclampsie (caseta 11). UH în criza acută de feocromocitom (caseta 12). Hipertensiunea perioperatorie (caseta 13). UH în caz de utilizare a drogurilor de tip Amfetamină, LSD, Cocaină sau Extasy (caseta 14). UH în IR acută sau cronică (caseta 15). Tratamentul medicamentos pînă la înlăturarea UH (caseta 16).

I	II	III
3. Transportarea în secțiile: ATI, cardiologie sau neurologie (pacienții cu UH extreme)	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permite evaluarea complicațiilor și transportarea pacientului în staționar.	Obligatoriu: Aprecieri criteriilor de stabilizare și asigurare a posibilităților de transport (casetele 16, 17). Monitorizarea pacientului (caseta 17).

B.5. Nivel de asistență medicală spitalicească: secții ATI și de terapie intensivă pe lângă departamentul de medicină urgentă și secțiile de cardiologie și neurologie

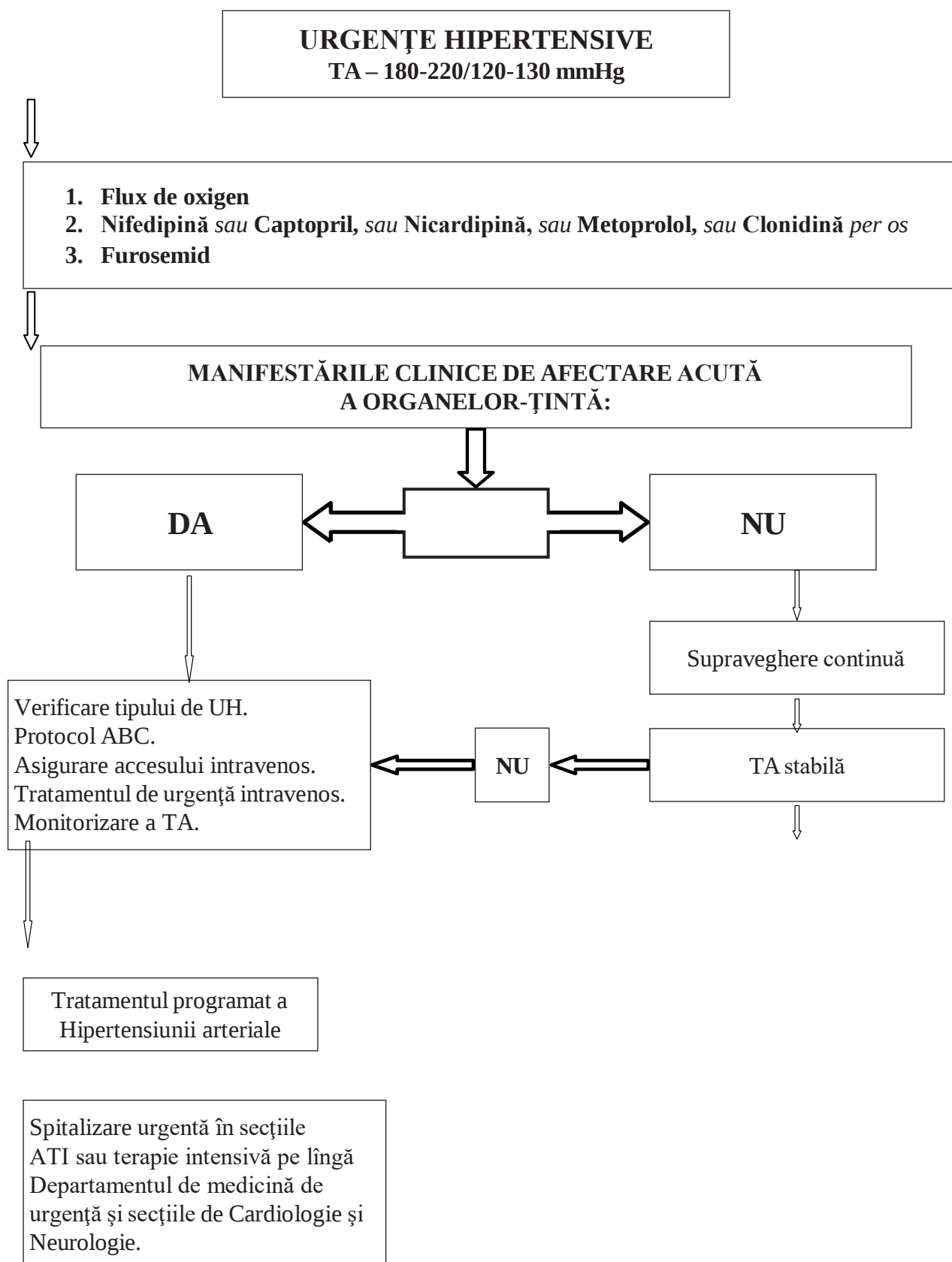
Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de contactul cu lichidele biologice, de expunerea la agenții infecțioși și toxici se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului.	Obligatoriu: Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (mănuși, măști, ochelari, halate).
1. Diagnosticul		
1.1. Examenul primar și cel secundar	Diagnosticul urgențelor hipertensive permite aplicarea intervențiilor medicale rapide ce contribuie la reducerea considerabilă a complicațiilor.	Obligatoriu: Anamneza (caseta 1). Examenul clinic (caseta 2).
1.2. Examinările paraclinice	Evaluarea și diagnosticarea în afectarea acută a organelor-țintă.	Obligatoriu: Examenul instrumental (caseta 3).
1.3. Consultația specialiștilor	Pentru corecția tratamentului programat și pentru înlăturarea complicațiilor.	Obligatoriu: Cardiolog. Neurolog. Reanimatolog.

I	II	III
		Conform indicațiilor: Endocrinolog. Neurochirurg. Ginecolog.
2. Tratamentul		
2.1. Poziția pacientului	Scăderea presarcinii și profilaxia edemului cerebral.	Obligatorii: Ridicarea extremității cefalice la 40°.
2.2. Urgență hipertensivă extremă	Beneficiile tratamentului HTA se datorează diminuării TA <i>per se</i> .	Obligatoriu: Tratamentul medicamentos se administrează conform principiilor de management (caseta 5). UH asociată cu encefalopatie hipertensivă (caseta 6). Insuficiența ventriculară stângă acută hipertensivă (caseta 7). UH asociată cu infarctul miocardic acut sau cu angina instabilă (caseta 8). UH asociată cu disecția acută de aortă (caseta 9). UH asociată cu hemoragia subarahnoidiană sau cu AVC (caseta 10). Preeclampsie, eclampsie (caseta 11). UH în criza acută de feocromocitom (caseta 12). Hipertensiunea perioperatorie (caseta 13). UH în caz de utilizare a drogurilor de tip Amfetamină, LSD, Cocaină sau Extasy (caseta 14).

I	II	III
		UH în IR acută sau cronică (caseta 15). Tratamentul medicamentos pînă la înlăturarea UH (caseta 16). Tratamentul medicamentos programat a Hipertensiunii arteriale (vezi protocolul <i>Hipertensiunea arterială</i>). Tratamentul medicamentos programat al Sindromului coronarian acut (vezi protocolul <i>Sindromului coronarian acut</i>). Tratamentul medicamentos programat al Accidentului vascular cerebral (vezi protocolul <i>Accidentul vascular cerebral</i>). Tratamentul medicamentos a Intoxicației acute medicamentoase (vezi protocolul <i>Intoxicație acută medicamentoasă</i>). Tratamentul medicamentos programat a Insuficienței renale acute și cronice (vezi protocolul <i>Insuficiență renală acută și cronică</i>).
3. Transferarea pacientului în secția specializată	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permite evaluarea complicațiilor și transferarea pacientului în secția specializată.	Obligatoriu: Aprecierea criteriilor de stabilizare și asigurarea posibilităților de transport (casetele 16, 17). Monitorizarea pacientului (caseta 17). Aprecierea criteriilor de transferarea pacientului în secția specializată (vezi protocolul <i>conform maladiei esențiale</i>).

C. 1. ALGORITMII DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul de conduită în urgențele hipertensive



Notă: Tratatamentul antihipertensiv se inițiază pacienților cu TA 180/120 mmHg [8].

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

Clasificarea urgențelor hipertensive extreme (după N. Kaplan)

1. **Hipertensiune accelerat-malignă cu edem papilar.**
2. **Urgențe cerebrovasculare:**
 - Encefalopatie hipertensivă.
 - Infarct cerebral aterotrombotic cu hipertensiune severă.
 - Hemoragie intracerebrală.
 - Hemoragie subarahnoidiană.
 - Traumatism cerebral.
3. **Urgențe cardiace:**
 - Disecție acută de aortă.
 - Insuficiența ventriculară stângă acută.
 - Infarct miocardic acut sau iminent (sindromul coronarian acut).
 - După *by-pass* aortocoronarian.
4. **Urgențe renale:**
 - Glomerulonefrită acută.
 - Crize renale din bolile vasculare de collagen.
 - Hipertensiune renovasculară.
 - Hipertensiune severă după transplant renal.
5. **Exces de catecolamine circulante:**
 - Criza de feocromocitom.
 - Interacțiune alimentară sau medicamentoasă cu inhibitorii monoaminoxidazei.
 - Abuz de medicamente simpatomimetice (tip Amfetamină, LSD, Cocaină sau Extasy).
 - Întreruperea bruscă a tratamentului cu medicamente antihipertensive (*hipertensiune rebound*).
 - Hiperreflexia după traumatismul spinal.
6. **Eclampsia.**
7. **Urgențe peri-operatorii:**
 - Hipertensiune severă la pacienții care necesită o intervenție chirurgicală urgentă.
 - Hipertensiune postoperatorie.
 - Sîngerare postoperatorie la nivelul liniilor de sutură vasculară.
8. **Arsuri corporale severe.**
9. **Epistaxis sever.**
10. **Purpură trombocitopenică trombotică.**

Managementul în caz de urgență hipertensivă:

- 1) stabilirea nivelurilor tensiunii arteriale;
- 2) verificarea tipului de UH;
- 3) managementul UH conform afectării organelor-țintă și a comorbidităților;
 - 4) verificarea cauzelor de instalare a UH (vezi Protocolul clinic național *Hipertensiunea arterială la adult*).

Anamneza

Caseta 1. Anamneza [1, 2, 4, 7, 8]:

- 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.

Examenul clinic

Caseta 2. Examenul clinic [1, 2, 4, 7, 8]:

- **Simptomele generale:**
 - ✓ febra;
 - ✓ diaforeza;
 - ✓ paliditatea;
 - ✓ acufenele;
 - ✓ epistaxisul.
- **Simptomele cardiace:**
 - ✓ durerea toracică;
 - ✓ dispneea;
 - ✓ edemul pulmonar;
 - ✓ palpitațiile;
 - ✓ dereglările de ritm;
 - ✓ TA majorată la ambele brațe;
 - ✓ TA medie majorată.
- **Simptomele cerebrale:**
 - ✓ cefaleea;
 - ✓ amețelile;
 - ✓ greața, voma;
 - ✓ dereglările de conștiință: confuzia, somnolență, obnubilare, stupoare, coma;
 - ✓ deficitul de focar;
 - ✓ convulsiile.
- **Simptomele renale:**
 - ✓ oliguria;
 - ✓ hematuria;
 - ✓ proteinuria;
 - ✓ dezechilibrele electrolitice;
 - ✓ azotemia;
 - ✓ uremia.
- **Simptomele oftalmice:**
 - ✓ sclipirea;
 - ✓ scotoamele;
 - ✓ vederea încețoșată;
 - ✓ defectele vizuale;
 - ✓ diplopia;
 - ✓ amauroza.

Investigațiile paraclinice

Caseta 3. Investigațiile paraclinice [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Pentru instituțiile de asistență medicală primară

Examenul instrumental. Obligatoriu:

- ECG: semne de hipertrofie ventriculară stângă, semne de ischemie acută a miocardului.
- Fundoscopia: hemoragie, exsudate, edem papilar.

Notă: după sistarea UH, se va iniția Protocolul clinic național *Hipertensiunea arterială la adult*, pentru determinarea cauzei a UH.

2. Pentru echipele AMU

Examenul instrumental. Obligatoriu:

- ECG.
- Puls-oximetrie.

3. Pentru DMU, secția ATI și pentru alte secții spitalicești – după sistarea UH, se va iniția Protocolul clinic național *Hipertensiunea arterială la adult*, pentru determinarea cauzei.

Tratamentul UH

Caseta 4. Tratamentul UH comune [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Spitalizarea nu este obligatorie.
2. Start de terapie antihipertensivă orală în caz de elevare a TA – 180-220/120-130 mmHg.
3. Reducerea TA se realizează treptat (ore).
4. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
5. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
6. Fluxul de Oxigen 2-4 l/min.
7. 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.

Caseta 5. Principiile managementului UH extreme [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Pacientul cu encefalopatie sau cu semne de ischemie acută rapid progresivă (minute) trebuie să fie spitalizat în secția ATI sau de terapie intensivă pe lângă secțiile specializate. Se realizează linia venoasă și începe monitoring-ul TA cu sfigmomanometrul automatic. Imediat se administrează remediile antihipertensive intravenos și se efectuează analiza generală a sîngelui și a urinei.
2. La pacienții cu complicații extracerebrale și cu disfuncții ale organelor extracerebrale, reducerea TAs se realizează rapid cu 20-25%, în primele 2 ore, sau reducerea TAd se realizează rapid pînă la 100-110 mmHg, în primele 2 ore.

3. 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 TA peste 220/130 mmHg și reducerea TA se va realiza treptat și foarte lent pînă la stabilizarea TAd sub 130 mmHg;
4. La pacienții cu encefalopatie hipertensivă, reducerea TA se va realiza treptat cu 20% pînă la TAd 100 mmHg, în 2 ore.

Caseta 6. Tratamentul UH asociată cu encefalopatie hipertensivă [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
2. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
3. În prezența semnelor de detresă vitală:
 - a. intubație endotraheală și ventilație mecanică dirijată.
4. Fluxul de Oxigen 8-10 l/min.
5. Nitroprusiat de Sodiu* 0,25-10 µg/kg/min i.v. în perfuzie sau
Enalaprilat 1,25-5 mg i.v. la fiecare 6 ore, sau
Labetalol * 20-80 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeași doză la 10 min sau 2 mg/min i.v. în perfuzie (maxim 300 mg), sau
Furosemid 20-40 mg i.v. în 1-2 min.

Caseta 7. Tratamentul UH asociată cu insuficiența ventriculară stîngă acută hipertensivă [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
2. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
3. În prezența semnelor de detresă vitală:
 - a. intubație endotraheală și ventilație mecanică dirijată.
4. Fluxul de oxigen 8-10 l/min.
5. Nitroglicerină spray 0,4 mg sublingual, la fiecare la 5-10 min, maxim în 3 prize sau
Nitroglicerină 5-100 µg/min i.v. în perfuzie, sau
Nitroprusiat de Sodiu* 0,25-10 µg/kg/min i.v. în perfuzie, sau
Enalaprilat 1,25-5 mg i.v. la fiecare 6 ore.
6. Furosemid 20-40 mg i.v. în 1-2 min.

Caseta 8. Tratamentul UH asociată cu infarctul miocardic acut sau cu angina instabilă [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
2. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
3. În prezența semnelor de detresă vitală:
 - a. intubație endotraheală și ventilație mecanică dirijată.
4. Fluxul de oxigen 8-10 l/min.
5. Nitroglicerină 5-100 µg/min i.v. în perfuzie sau
Nitroglicerină spray 0,4 mg sublingual, la 5-10 min, maxim în 3 prize, sau
Metoprolol 5 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeași doză la 5 min (maxim 15 mg), sau
Esmolol* 200-500 µg/kg i.v. în 1-4 min, continuat cu 50-300 µg/kg/min i.v. în perfuzie, sau
Labetalol* 20-80 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeași doză la 10 min sau 2 mg/min i.v. în perfuzie (maxim 300 mg).

Caseta 9. Tratamentul UH asociată cu disecția acută de aortă [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
2. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
3. În prezența semnelor de detresă vitală:
 - a. intubație endotraheală și ventilație mecanică dirijată.
4. Fluxul de oxigen 8-10 l/min.
5. Nitroprusiat de Sodiu* 0,25-10 µg/kg/min i.v. în perfuzie *sau*
Esmolol* 200-500 µg/kg i.v. în 1-4 min, continuat cu 50-300 µg/kg/min i.v. în perfuzie, *sau*
Trimetafan 0,5-5 mg/min în perfuzie, *sau*
Azametoniu 50 mg i.v. lent.

Caseta 10. Tratamentul UH asociată cu hemoragia subarahnoidiană sau AVC [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
2. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
3. În prezența semnelor de detresă vitală:
 - a. intubație endotraheală și ventilație mecanică dirijată.
4. Fluxul de oxigen 8-10 l/min.
5. Nitroprusiat de Sodiu* 0,25-10 µg/kg/min i.v. în perfuzie *sau*
Enalaprilat 1,25-5 mg i.v. la fiecare 6 ore, *sau*
Labetalol* 20-80 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeași doză la 10 min sau 2 mg/min i.v. în perfuzie (maxim 300 mg).
6. Urapidil* 12,5-25 mg i.v.

Caseta 11. Tratamentul preeclampsiei și al eclampsiei [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
2. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
3. În prezența semnelor de detresă vitală:
 - a. intubație endotraheală și ventilație mecanică dirijată.
4. Fluxul de oxigen 8-10 l/min.
5. Nitroprusiat de Sodiu* 0,25-10 µg/kg/min i.v. în perfuzie *sau*
Hidralazină* 5 mg i.v. în bolus, urmat 10 mg i.v. în bolus la fiecare 20-30 min, maxim 25 mg, *sau*
Labetalol* 20-80 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeași doză la 10 min sau 2 mg/min i.v. în perfuzie (maxim 300 mg), *sau*
Sulfat de Magneziu 4-6 g i.v. în 15-30 min și urmat 1-2 g/oră i.v. în perfuzie maxim 8-10 g în 24 de ore).
Nifedipină 10 mg oral, la fiecare 20 min, maxim 30 mg.
6. Nifedipină 10 mg oral la fiecare 20 min, maxim 30 mg.
7. Metildopa 250-500 mg oral.

Caseta 12. Tratamentul UH în criza acută de feocromocitom [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
2. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
3. În prezența semnelor de detresă vitală:
 - a. intubație endotraheală și ventilație mecanică dirijată.
4. Fluxul de oxigen 8-10 l/min.
5. Fentolamină* 5-15 mg i.v. *sau*
Labetalol* 20-80 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeași doză la 10 min sau 2 mg/min i.v. în perfuzie (maxim 300 mg).

Caseta 13. Tratamentul hipertensiunii perioperatorii [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
2. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
3. În prezența semnelor de detresă vitală:
 - a. intubație endotraheală și ventilație mecanică dirijată.
4. Fluxul de oxigen 8- 10 l/min.
5. Esmolol* 200-500 µg/kg i.v. în 1-4 min, continuat cu 50-300 µg/kg/min i.v. în perfuzie *sau*
Nitroprusiat de Sodiu* 0,25-10 µg/kg/min i.v., în perfuzie, *sau*
Verapamil 5-10 mg i.v. *sau*
Labetalol* 20-80 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeași doză la 10 min sau 2 mg/min i.v. în perfuzie (maxim 300 mg).

Caseta 14. UH în caz de utilizare a drogurilor de tip Amfetamină, LSD, Cocaină sau Extasy [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Poziția bolnavului cu ridicarea extremității cefalice la 40°.
2. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
3. În prezența semnelor de detresă vitală:
 - b. intubație endotraheală și ventilație mecanică dirijată.
4. Fluxul de oxigen 8-10 l/min.
5. Metoprolol 5 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeași doză la 5 min (maxim 15 mg) *sau*
Esmolol* 200-500 µg/kg i.v. în 1-4 min, continuat cu 50-300 µg/kg/min i.v. în perfuzie, *sau*
Labetalol* 20-80 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeași doză la 10 min sau 2 mg/min i.v. în perfuzie (maxim 300 mg).

Caseta 15. Tratamentul UH în insuficiența renală acută sau cronică [1, 2, 4, 7, 8]:

1. Poziția bolnavului cu ridicarea extremităților cefalice la 40°.
2. Examenul primar. Protocol ABC – controlul: Ps, TA, FR.
3. În prezența semnelor de detresă vitală:
 - a. intubație endotraheală și ventilație mecanică dirijată.
4. Fluxul de oxigen 8-10 l/min.
5. Fenoldopam* 0,1-0,6 µg/kg/min i.v. în perfuzie *sau*
Labetalol* 20-80 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeași doză la 10 min sau 2 mg/min i.v. în perfuzie (maxim 300 mg).

Notă: Remediul marcat cu semnul *, la momentul elaborării protocolului, nu este omologat în Republica Moldova.

Criteriile de înlăturare a UH și de stabilizare a stării pacientului

Caseta 16. Criteriile de înlăturare a UH și de stabilizare a stării pacientului [1, 2, 4, 7, 8]:

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;
 - ✓ deficitale de focar;
 - ✓ greața, voma.
3. Înlăturarea sau ameliorarea manifestărilor renale:
 - ✓ diureza;
 - ✓ creatinina.

Transportarea, monitorizarea și spitalizarea pacientului

Caseta 17. Transportarea, monitorizarea și spitalizarea pacientului [1, 2, 4, 7, 8]:

- Vor fi spitalizați de urgență, obligatoriu toți bolnavii cu urgență hipertensivă extremă.
- Transportarea bolnavilor va fi cruțătoare, pe brancardă în poziție cu ridicare extremității cefalice la 40°.

• Supravegherea pacientului în timpul transportării:

- ✓ starea de conștiență;
 - ✓ colorația tegumentelor;
 - ✓ auscultația cardiopulmonară;
 - ✓ controlul: Ps, TA, FR;
 - ✓ monitorizarea ECG;
 - ✓ oxigenoterapia;
 - ✓ perfuzia continuă;
 - ✓ supravegherea ventilației mecanice.
- Pacienții cu urgența hipertensivă extremă vor fi spitalizați în secția ATI (toate formele de UH). În prezența secțiilor specializate de cardiologie sau neurologie, pacienții cu urgență hipertensivă se spitalizează în secție de terapie intensivă pe lângă secție de cardiologie cu: ***UH asociată cu encefalopatie hipertensivă, UH asociată cu insuficiență ventriculară stângă acută hipertensivă, UH asociată cu infarctul miocardic acut sau cu angina instabilă, UH asociată cu disecția acută de aortă, UH în criză acută de feocromocitom***) și în secție de terapie intensivă pe lângă secție de neurologie (***UH asociată cu hemoragie subarahnoidiană sau cu AVC***).

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară; instituțiile/ secțiile de asistență medicală specializată de ambulator; instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de terapie și chirurgie generală</i>	Personal: medic de familie certificat, medic profil general, asistentă medicală
	Aparataj, utilaj: sfigmomanometru; fonendoscop; electrocardiograf; oftalmoscop; defibrilator.
	Truse: trusă medicală de urgență; set echipament pentru oxigenoterapie.
	Consumabile: oxigen; mănuși.
	Medicamente pentru administrare orală: Captopril. Nifedipină. Nicardipină*. Metoprolol. Clonidină. Labetalol*. spray Nitroglicerină. Furosemid.
<i>D.2. Serviciul de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească: echipe de profil general și de felceri/asistenți medicali 903 (112)</i>	Personal: felcer certificat, asistentă medicală AMU.
	Aparataj, utilaj: sfigmomanometru; fonendoscop; electrocardiograf portativ; oftalmoscop; puls-oximetru; defibrilator.
	Truse: trusă medicală de urgență.
	Seturi: set echipament și aparataj medical din dotarea autosanitarei; set echipament special din dotarea autosanitarei; set inventar moale.
	Consumabile: oxigen; seringi; mănuși; vată.

	Medicamente pentru administrare orală: Captopril. Nifedipină. Nicardipină*. Metoprolol. Clonidină. Labetalol*. spray Nitroglicerină. comprimate; soluție Furosemid.
D.3. Serviciul de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească: echipe de profil specializat 903 (112)	Personal: medic de urgență certificat.
	Aparataj, utilaj: sfigmomanometru; fonendoscop; electrocardiograf portativ; oftalmoscop; puls-oximetru; set pentru monitorizare cardiorespiratorie; set pentru respirație artificială; defibrilator.
	Truse: trusă cateterizarea venelor centrale și periferice; trusă perfuzie; trusă cateterizarea vezicii urinare; trusă intubație; trusă medicală de urgență.
	Seturi: set echipament și aparataj medical din dotarea autosanitarei; set echipament special din dotarea autosanitarei; set inventar moale.
	Consumabile: oxigen; seringi; mănuși; vată.
	Medicamente: comprimate Captopril. comprimate Nifedipină. comprimate Nicardipină*. comprimate; soluție Metoprolol. comprimate Clonidină. comprimate Labetalol*. spray Nitroglicerină. comprimate; soluție Furosemid. soluție Nitroprusiat de Sodiu*. soluție Enalaprilat. soluție Labetalol*. soluție Esmolol*. soluție Nitroglicerină.

	soluție Azametonii. soluție Urapidil*. soluție Hidralazină*. soluție Sulfat de Magneziu. soluție Verapamil. soluție Diazepam. soluție Trimetafan. soluție Fenoldopam. soluție Fentolamină*.
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții ATI și de terapie intensivă pe lângă departamentul de medicină de urgență și secțiile cardiologie și neurologie	Personal: medic reanimatolog certificat, medic cardiolog certificat, medic neurolog certificat.
	Aparataj, utilaj. sfigmomanometru; fonendoscop; electrocardiograf; oftalmoscop; ciocănaș neurologic puls-oximetru defibrilator.
	Truse: trusă cateterizarea venelor centrale și periferice; trusă perfuzie; trusă cateterizarea vezicii urinare; trusă intubație; trusă medicală de urgență.
	Seturi: set echipament și aparataj medical specializat.
	Consumabile: oxigen; seringi; mănuși; vată; sisteme pentru perfuzie.
	Medicamente: comprimate Captopril. comprimate Nifedipină. comprimate Nicardipină*. comprimate; soluție Metoprolol. comprimate Clonidină. comprimate Labetalol*. spray Nitroglicerină. comprimate; soluție Furosemid. soluție Nitroprusiat de Sodiu*. soluție Enalaprilat. soluție Labetalol*. soluție Esmolol*. soluție Nitroglicerină. soluție Azametoniu.

	soluție Urapidil*. soluție Hidralazină*. soluție Sulfat de Magneziu. soluție Verapamil. soluție Diazepam. soluție Trimetafan. soluție Fenoldopam. soluție Fentolamină*.
--	--

Notă: Remediul marcat cu semnul *, la momentul dat, nu este omologat în Republica Moldova.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
		Numărător	Numitor
1. Sporirea numărului de pacienți care beneficiază de un tratament de urgență adecvat în prima oră de dezvoltare a UH, la etapa prespitalicească	1.1. Proporția pacienților, cărora li s-a administrat de către medicul de familie un tratament de urgență adecvat în prima oră de dezvoltare a UH, conform recomandărilor protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienților, cărora li s-a administrat de către medicul de familie un tratament de urgență adecvat în prima oră de dezvoltare a UH, conform recomandărilor protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total de pacienți cu UH, cărora li s-a administrat un tratament de urgență de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an
	1.2. Proporția pacienților, cărora echipa de AMU le-a administrat un tratament adecvat în prima oră de dezvoltare a UH, conform recomandărilor protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienți, cărora li s-a administrat de către echipa de AMU un tratament de urgență adecvat în prima oră de dezvoltare a UH, conform recomandărilor protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total al pacienților cu UH, cărora li s-a administrat un tratament de urgență de către echipa de AMU, pe parcursul ultimului an
2. Majorarea numărului de pacienți spitalizați pe parcursul primelor 3 ore, după dezvoltarea UH extreme	2.1. Proporția pacienților spitalizați pe parcursul primelor 3 ore după dezvoltarea UH extreme, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți spitalizați în primele 3 ore după dezvoltarea UH extreme, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți spitalizați cu UH extreme, pe parcursul ultimului an

Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
		Numărător	Numitor
3. Ameliorarea de calitate a tratamentului acordat pacienților cu UH, la etapele prespitalicească și spitalicească	3.1. Proporția medicilor de familie care utilizează în tratamentul UH recomandările protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul unui an	Numărul de medici de familie care tratează UH, conform recomandărilor protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul de medici de familie care activează pe parcursul ultimului an.
	3.2. Proporția felcerilor de urgență din cadrul AMU, care activează de sine stătător și utilizează în tratamentul UH recomandările protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul unui an	Numărul de felceri din cadrul AMU, care activează de sine stătător și tratează UH, conform recomandărilor protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul de felceri de urgență care activează de sine stătător în cadrul AMU pe parcursul ultimului an
	3.3. Proporția medicilor de urgență din cadrul AMU care utilizează în tratamentul UH recomandările protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul unui an	Numărul de medici de urgență din cadrul AMU care tratează UH, conform recomandărilor protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul de medici de urgență care activează în cadrul AMU pe parcursul ultimului an
	3.4. Proporția medicilor din DMU care utilizează în tratamentul UH recomandările protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul unui an	Numărul de medici din DMU care tratează UH, conform recomandărilor protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul de medici care activează în cadrul DMU pe parcursul ultimului an
	3.5. Proporția medicilor din secțiile de profil general și ATI care utilizează în tratamentul UH recomandările protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul unui an	Numărul de medici din secțiile de profil general și ATI care tratează UH, conform recomandărilor protocolului clinic național <i>Urgențe hipertensive la adult</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul de medici care activează în secțiile de profil general și ATI pe parcursul ultimului an

Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
		Numărător	Numitor
4. Reducerea numărului de complicații a UH cu risc vital la etapa prespitalicească și spitalicească.	4.1. Proporția pacienților care au dezvoltat complicații ale UH, la etapa prespitalicească, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți care au dezvoltat complicații ale UH, la etapa prespitalicească pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care au dezvoltat UH extremă pe parcursul ultimului an, la etapa prespitalicească
	4.2. Proporția pacienților care au dezvoltat complicații ale UH, la etapa spitalicească, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți care au dezvoltat complicații ale UH, la etapa spitalicească pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care au fost spitalizați cu UH extremă pe parcursul ultimului an

