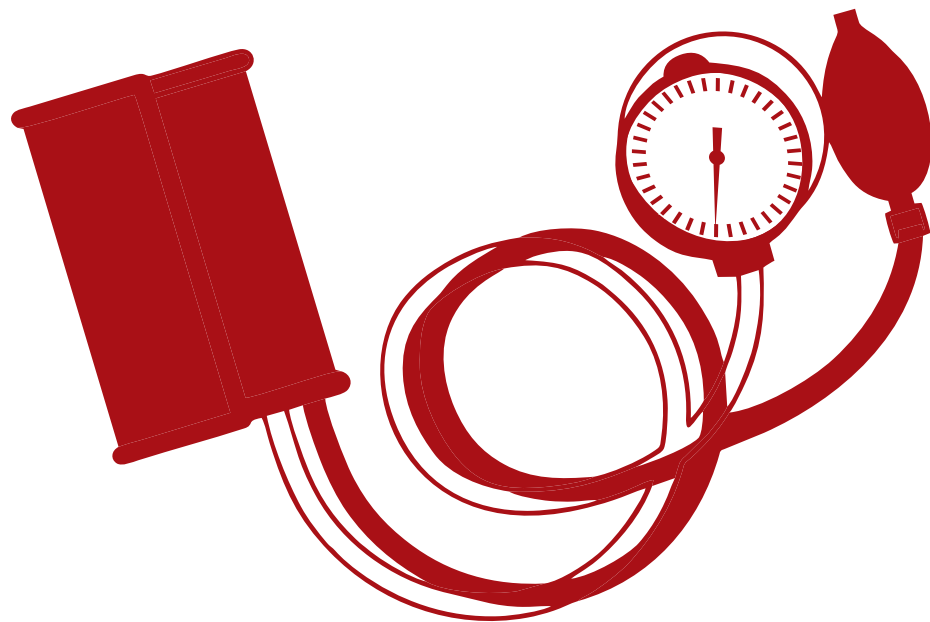




NADCIŚNIENIE TĘTNICZE



PODSTAWOWE POJĘCIA DLA OPIEKI KOORDYNOWANEJ

OPIEKA KOORDYNOWANA (OK)

Przemyślany sposób organizacji aktywności dwóch lub więcej uczestników opieki nad pacjentem (w tym pacjenta), mający na celu ułatwienie odpowiedniego zapewniania świadczeń opieki zdrowotnej.

CELE OPIEKI KOORDYNOWANEJ

- ocena potrzeby interwencji diagnostyczno-terapeutycznej,
- uzyskanie maksymalizacji efektu terapeutycznego przy efektywnym wykorzystaniu nakładów z zachowaniem reguł postępowania diagnostyczno-terapeutycznego,
- zapewnienie przepływu informacji pomiędzy możliwymi do zaangażowania strukturami,
- delegowanie adekwatnych zasobów do realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego,
- kontrolowanie przebiegu opieki,
- zbieranie i analizowanie informacji o realizowanych przebiegach opieki,
- partycypacja pacjenta w proces leczniczy poprzez włączanie w działania autodiagnostyczne i profilaktyczne.

BENEFICJENCI OPIEKI KOORDYNOWANEJ

Osoba, organizacja, uzyskująca na różnych płaszczyznach korzyści z zastosowania rozwiązań opieki koordynowanej, możliwych do udowodnienia i zwymiarowania w stosunku do rozwiązań, nie realizujących opieki koordynowanej (OK).

ORGANIZACJA OPIEKI KOORDYNOWANEJ

Zarządzane, jedno lub wielośrodkowe, dostarczanie pacjentom określonych ich stanem klinicznym zasobów materialnych i niematerialnych (usług, świadczeń i rozwiązań) o uznanej skuteczności, dostępnych w systemie służby zdrowia, w sposób uwzględniający maksymalizację efektu terapeutycznego przy optymalizacji ponoszonych nakładów.

- Zasada Stosowności – dostosowanie opieki do problemów zdrowotnych pacjenta,
- Zasada Substytucji – stosowanie tańszych i równie skutecznych metod diagnostyki i terapii,
- Zasada Kompleksowości – zarządzanie diagnostyką i terapią z wykorzystaniem dostępnych i pożądaných rozwiązań organizacyjnych jedno- i wielośrodkowych.

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI MEDYCZNEJ (IPOM)

Sposób opisanie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w postaci skończonego ciągu jasno zdefiniowanych czynności, koniecznych do wykonania zadań terapeutycznych służących osiągnięciu założonych celów terapeutycznych.

DZIENNICZEK PACJENTA

Zapis zmierzonych wartości ciśnienia tętniczego (BP) i tętna w czasie pomiarów domowych ciśnienia tętniczego (HBPM), wykonywanych przez pacjenta lub jego opiekuna w domu.

SŁOWNIK AKRONIMÓW

ABPM

Automatyczna rejestracja ciśnienia tętniczego

BP

Ciśnienie tętnicze (Blood pressure)

DBP

Ciśnienie rozkurczowe

HBPM

Pomiary domowe ciśnienia tętniczego

IPOM

Indywidualny plan opieki medycznej

NT

Nadciśnienie tętnicze

OK

Opieka koordynowana

POZ

Podstawowa Opieka Zdrowotna

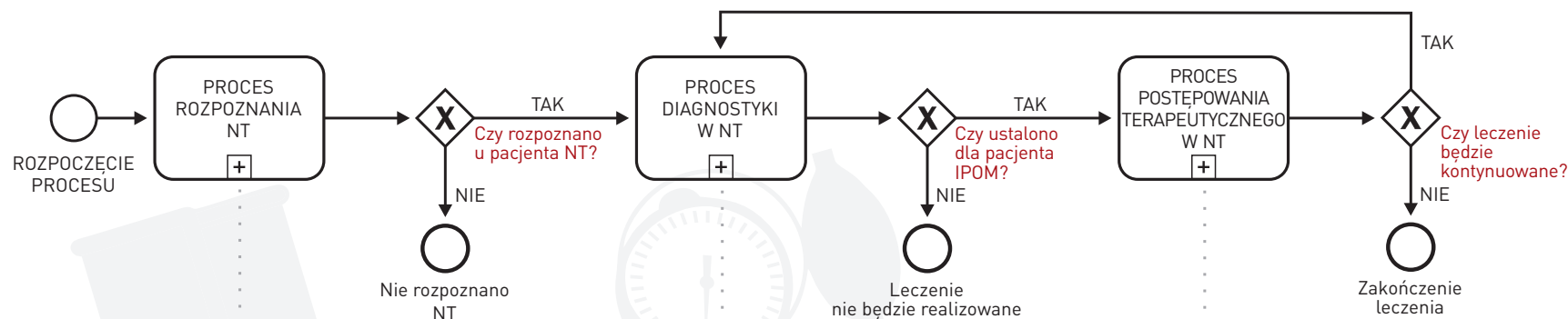
PTNT

Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego

SBP

Ciśnienie skurczowe

PROCES DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNY DLA NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO (SAMOISTNEGO, NIEPOWIKŁANEGO) W OPIECIE KOORDYNOWANEJ



PROCES ROZPOZNANIA NT

CEL PROCESU:

Celem procesu jest jak najszybsze, wiarygodne, zgodne z aktualnymi wytycznymi PTNT rozpoznanie lub nie NT u pacjentów POZ.

PROCES DIAGNOSTYKI W NT

CEL PROCESU:

Celem procesu, realizowanego dla pacjentów, u których rozpoznano NT, jest identyfikacja współistnienia innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, ewentualnych powikłań narządowych i innych chorób, przyczyn podwyższonego BP, zgodnie z wytycznymi PTNT, w jak najkrótszym czasie i przy wykorzystaniu niezbędnych zasobów.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE W NT

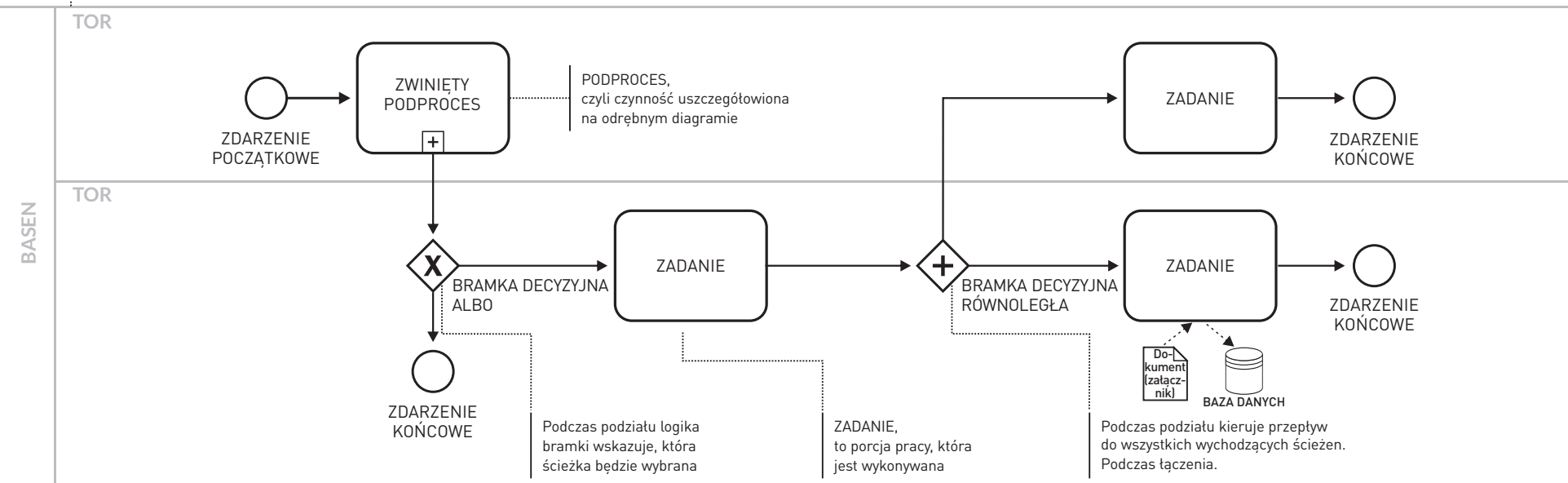
CEL PROCESU:

Celem procesu jest zmniejszenie śmiertelności oraz globalnego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych i nerkowych, a w szczególności obniżenie ciśnienia tętniczego (BP) do wartości uznanych za docelowe u osób z rozpoznaniem i zdiagnozowanym NT.

JAK CZYTAĆ PROCES

BASENY (Uczestnicy) i TORY reprezentują odpowiedzialność za wykonanie czynności w procesie.

Basenem i torem mogą być organizacje, role lub systemy.



IDENTYFIKACJA KOLORYSTYCZNA TYPÓW ZADAŃ WEDŁUG ICH ZAKRESU MERYTORYCZNEGO

Zadania przypisane do:

LEKARZ
RODZINNY / POZ

BADANIE
DIAGNOSTYCZNE

LEKARZ
SPECJALISTA

ZADANIE
EDUKACYJNE

KROK 1

PROCES ROZPOZNANIA NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO POMIAR CIŚNIENIA TĘTNICZEGO

PROCES DOTYCZY DOROSŁYCH PACJENTÓW:

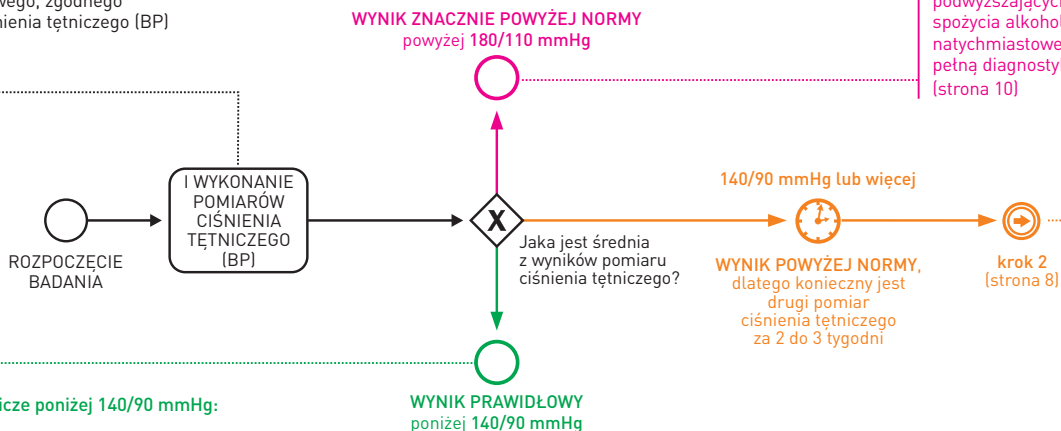
- zgłaszających się do POZ, dla których nie istnieje wynik pomiaru ciśnienia tętniczego (BP) z ostatniego roku lub dla których lekarz POZ widzi wskazanie do wykonania pomiaru,
- zaproszonych na badanie z powodu wysokiego ryzyka naczyniowo-sercowego, obliczonego na podstawie ich dokumentacji medycznej znajdującej się w POZ.

PROCES NIE DOTYCZY PACJENTÓW:

- kobiet w ciąży,
- u których już wcześniej zdiagnozowano NT.

Badania ciśnienia tętniczego (serii minimum 2 pomiarów) może dokonać lekarz lub inna osoba z personelu POZ, przeszkolona w zakresie prawidłowego, zgodnego z wytycznymi PTNT mierzenia, ciśnienia tętniczego (BP) (strona 7)

Ze względu na wysoki poziom ciśnienia tętniczego, przekraczający 180/110 mmHg, po wykluczeniu czynników podwyższających wartości BP, na przykład: lęku, bólu czy spożycia alkoholu, konieczne jest rozpoczęcie natychmiastowej terapii. W tym celu należy przeprowadzić pełną diagnostykę. (strona 10)



Aby utrzymać swoje ciśnienie tętnicze poniżej 140/90 mmHg:

- prowadź zdrowy tryb życia
- uprawiaj aktywnie sport,
- unikaj palenia papierosów i innych wyrobów tytoniowych

Zgodnie z wytycznymi PTNT, aby móc rozpoznać NT u pacjenta, średnia z wyników, z dwóch różnych pomiarów BP, wykonanych na przynajmniej 2 różnych wizytach musi być równa lub większa od 140/90 mmHg

SPOSÓB POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO wg PTNT

WYMAGANIA DOTYCZĄCE SPRZĘTU

Aparat na ramię posiadający certyfikat dokładności patrz:
www.nadcisnienietetnicze.pl/dla_lekarzy/zalecenia_i_standardy/zalecenia_ptnt
Rozmiar mankietu dobrany do wielkości ramienia pacjenta
(w „idealnym” mankiecie część gumowa powinna mieć długość 80%,
a szerokość 40% obwodu ramienia).

PRZYGOTOWANIE PACJENTA

- Zakaz picia kawy i palenia papierosów przez pacjenta co najmniej 30 minut przed pomiarem,
- Bezpośrednio przed pomiarem: kilkuminutowy odpoczynek w pozycji siedzącej z podpartymi plecami, w cichym pomieszczeniu,
- W trakcie badania: pacjent w pozycji siedzącej, z podpartymi plecami, kończyna górna obnażona bez uciskającej odzieży luźno wsparta ze zgięciem łokciowym na poziomie 4. międzyżebra,
- Mankiet na wysokości serca niezależnie od pozycji ciała pacjenta.

TECHNIKA POMIARU

- Pompowanie powietrza w mankiecie do ciśnienia o 30 mmHg wyższego od słyszalnych tonów (wyczuwalnego tętna),
- Wypuszczanie powietrza z prędkością 2 mmHg/s,
- Pierwszy pomiar na obu kończynach górnych, kolejne pomiary należy wykonać na ręce, na której zmierzono wyższą wartość BP,
- Za ciśnienie skurczowe (SBP) uznaje się moment pojawienia się pierwszego tonu przy opróżnianiu mankietu — I faza Korotkowa,
- Za ciśnienie rozkurczowe (DBP) uznaje się moment zaniku słyszalności ostatniego tonu przy opróżnianiu mankietu — V faza Korotkowa,
- Dla ustalenia wartości BP należy obliczyć średnią z 2 pomiarów przeprowadzonych w czasie tej samej wizyty w odstępach 1–2 minut,
- Pomiar tętna powinien być dokonany po drugim pomiarze BP.

SYTUACJE SZCZEGÓLNE

Trzeci pomiar przeprowadza się (i uwzględnia w wyliczeniu średniej), jeśli różnica między 1 a 2 pomiarem przekracza 10 mmHg.

Przy różnicy wartości między kończynami jako właściwą należy przyjąć wartość wyższą.

U osób starszych, chorych na cukrzycę oraz na inne choroby mogące powodować hipotonię ortostatyczną należy dokonywać też pomiaru w 1 i 3 minucie od przyjęcia pozycji stojącej.

PROCES ROZPOZNANIA NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO

PONOWNY POMIAR CIŚNIENIA TĘTNICZEGO

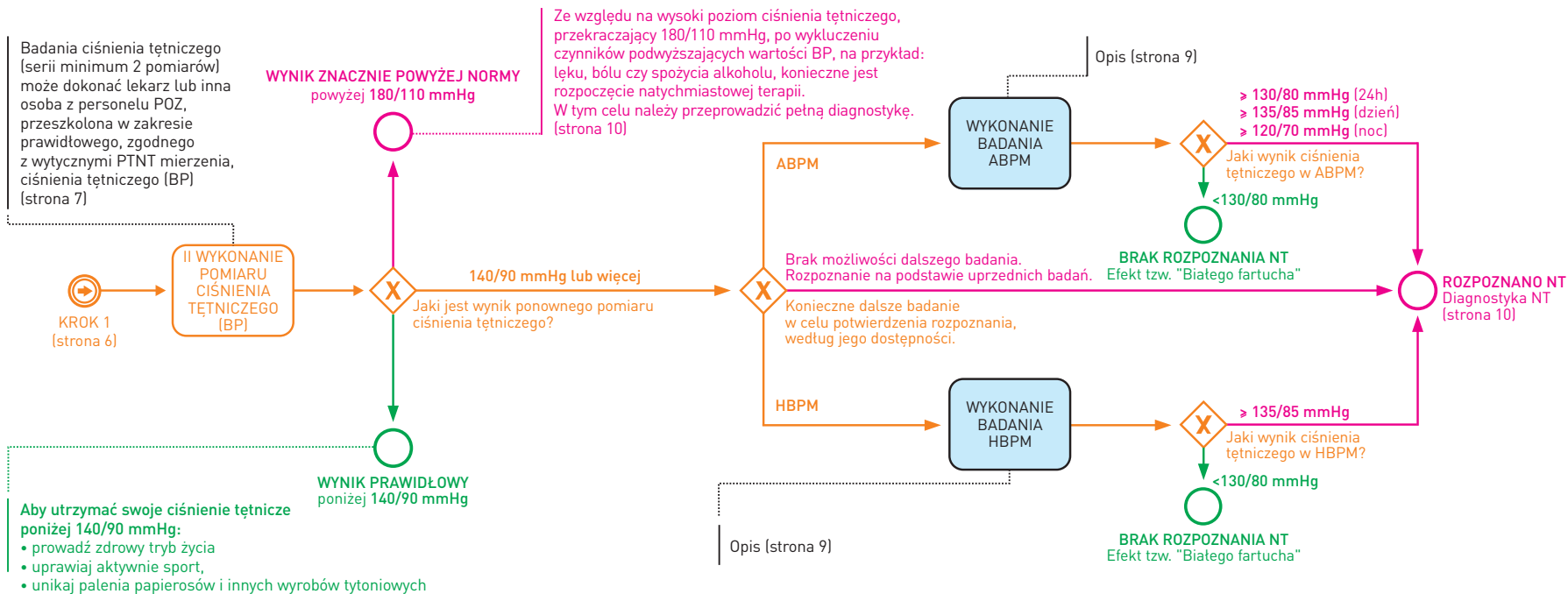
KROK 2

PROCES DOTYCZY DOROSŁYCH PACJENTÓW:

- zgłaszających się do POZ, dla których nie istnieje wynik pomiaru ciśnienia tętniczego (BP) z ostatniego roku, lub dla których lekarz POZ widzi wskazanie do wykonania pomiaru,
- zaproszonych na badanie z powodu wysokiego ryzyka naczyniowo-sercowego, obliczonego na podstawie ich dokumentacji medycznej znajdującej się w POZ.

PROCES NIE DOTYCZY PACJENTÓW:

- kobiet w ciąży,
- u których już wcześniej zdiagnozowano NT.



ABPM / HBPM

HBPM

Zaleca się używanie w pełni automatycznych aparatów posiadających walidację z mankiem zakładanym na ramię patrz: http://www.nadcisnienietetnicze.pl/dla_lekarzy/zalecenia_i_standardy/zalecenia_ptnt

Pomiary należy wykonywać zgodnie z zasadami opisanymi na stronie 6 przez 7 kolejnych dni.

Należy wykonywać po 2 pomiary w kilkuminutowych odstępach, rano i wieczorem, o stałych porach, w równych odstępach czasu (np. 6.00–18.00, 7.00–19.00 itp.). W przypadku przyjmowania leków przez pacjenta, pomiary powinny zostać wykonane przed ich przyjęciem, zaś w godzinach porannych przed jedzeniem.

Pacjent powinien zapisywać uzyskane wartości z poszczególnych pomiarów w kolejnych dniach w dzienniczku samokontroli. Istnieje możliwość stosowania aparatów z pamięcią lub drukarką.

Średnie BP dla HBPM oblicza się, pomijając wartości z pierwszej doby prowadzenia pomiarów.

Należy rozważyć celowość HBPM u chorych z podwyższonym poziomem lęku.

Należy rozważyć celowość HBPM u chorych skłonnych do ciągłej modyfikacji terapii. Wartości pomiarów domowych nie powinny służyć doraźnej modyfikacji terapii przez samego pacjenta.

ABPM

Pierwszy pomiar na obu kończynach górnych przy użyciu standardowego sfigmomanometru według ogólnych zasad opisanych na stronie 7.

Przy różnicy BP między ramionami:

≤ 10 mmHg (SBP) – mankiem na rękę niedominującą,

> 10 mmHg – mankiem na rękę o wyższym ciśnieniu.

Dobranie odpowiedniego mankietu i pomiar automatycznym rejestratorem. Jeśli różnica między początkowo zmierzonymi wartościami a pomiarem BP przez rejestrator przekracza 5 mmHg, należy ponownie dopasować mankiety urządzenia.

Wyznaczyć odstęp między pomiarami (preferowane 15–20 min w dzień i 30 min w nocy, maks. 30 min w dzień i 60 min w nocy).

Wyłączyć wyświetlanie wyniku.

Wydać pacjentowi dzienniczek aktywności (oraz numer telefonu kontaktowego).

Za zadowalające należy uznać badanie, w którym zarejestrowano co najmniej 70% zaplanowanych pomiarów BP w ciągu dnia i w nocy.

W badaniu ABPM rozpoznanie NT następuje w przypadku osiągnięcia lub przekroczenia średniej dobowej wartości BP w wysokości 130/80 mmHg lub wartości średniej BP 135/85 mmHg w ciągu dnia i/lub 120/70 mmHg w ciągu nocy.

PROCES DIAGNOSTYKI W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM

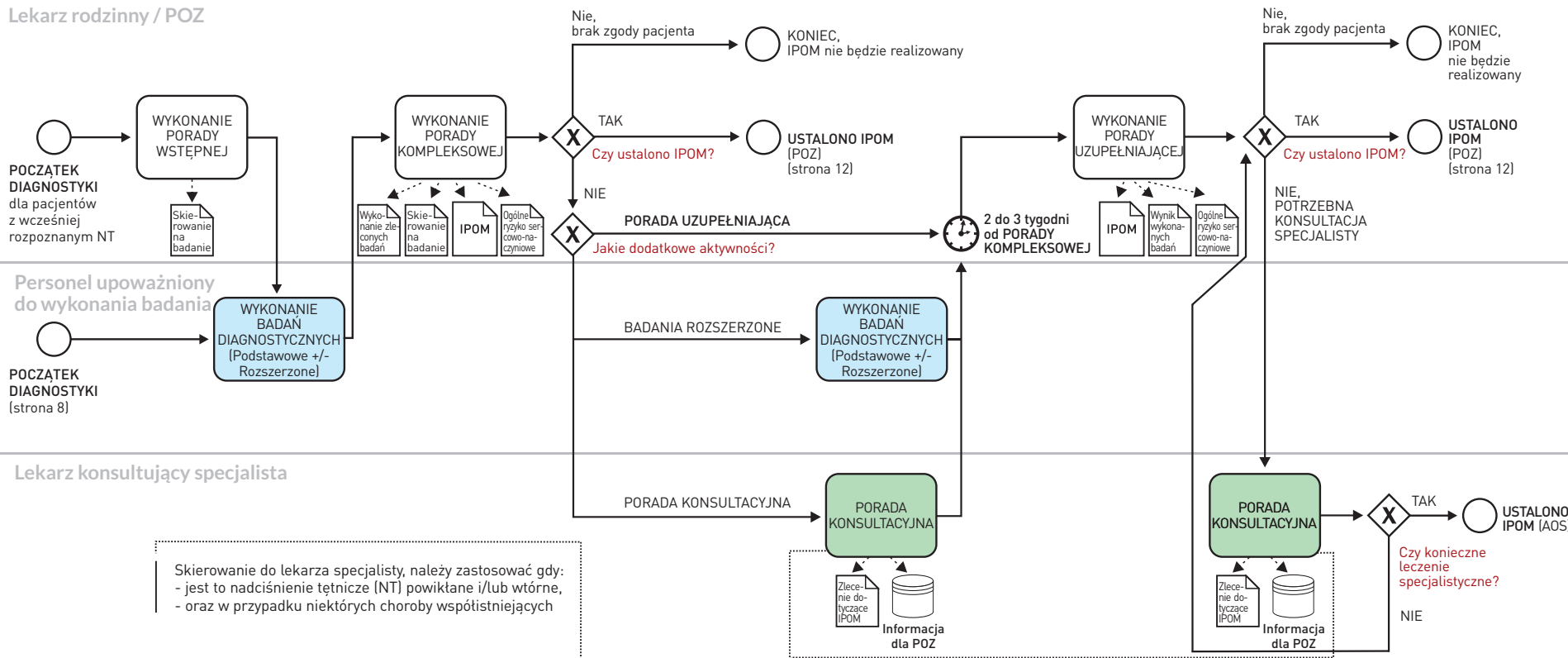
PROCES DOTYCZY DOROSŁYCH PACJENTÓW:

- z nowo rozpoznany nadciśnieniem tętniczym,
- z wcześniej rozpoznany, ale nie leczonym nadciśnieniem tętniczym, bez ustalonego IPOM.

PROCES NIE DOTYCZY PACJENTÓW:

- kobiet w ciąży.

Lekarz rodzinny / POZ



KATALOG BADAŃ

BADANIA PODSTAWOWE

- Morfologia krwi obwodowej,
- Stężenie glukozy w osoczu na czczo,
- Stężenie potasu, sodu i kwasu moczowego w surowicy,
- Badanie ogólne moczu; albuminuria,
- 12-odprowadzeniowy elektrokardiogram,
- Stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL i HDL, triglicerydów w surowicy,
- Stężenie kreatyniny w surowicy (w połączeniu z szacunkową oceną GFR),

BADANIA ROZSZERZONE

ZLECANE PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO / POZ

- Wydalanie dobowe sodu i potasu w moczu (stwierdzenie stężenia potasu poniżej 4 lub stężenie potasu poniżej 3,5 w trakcie przyjmowania leków moczopędnych),
- OGTT (nieprawidłowa glikemia na czczo),
- ABPM (podejrzenie OBS i/lu b rozpoznanie jaskry i/lub rozpoznanie cukrzycy),
- poziom TSH - hormon tyreotropowy,
- Ultrasonografia jamy brzusznej,
- Ilościowa ocena białkomoczu (jeżeli dodatni wynik w badaniu ogólnym moczu).

BADANIA ROZSZERZONE

ZLECANE PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO / POZ PO KONSULTACJI Z INNYM SPECJALISTĄ

- 24-godzinna rejestracja EKG w przypadku zaburzeń rytmu serca,
- Echokardiografia,
- Ultrasonografia dopplerowska tętnic szyjnych.

PROCES POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM

PROCES DOTYCZY DOROSŁYCH PACJENTÓW:

- dla których został opracowany Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM),
- dla których IPOM został zmieniony przez lekarza w POZ lub lekarza specjalistę.

PROCES NIE DOTYCZY PACJENTÓW:

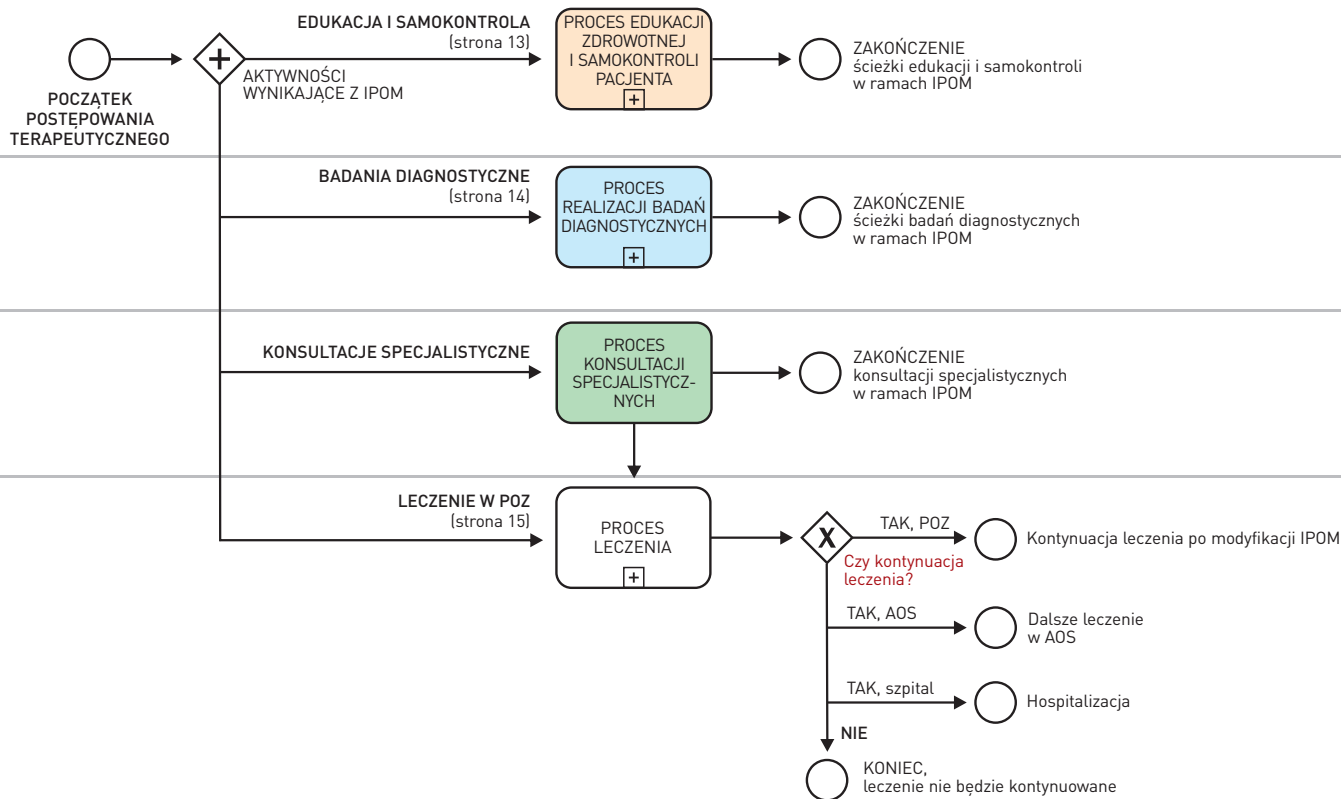
- kobiet w ciąży.

Edukator zdrowotny

Personel upoważniony
do wykonania badania

Lekarz konsultujący specjalista

Lekarz rodzinny / POZ

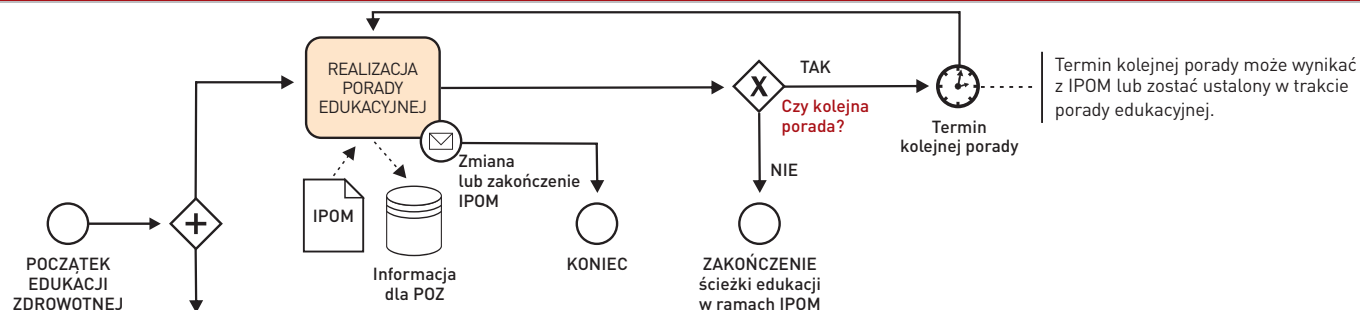


PROCES EDUKACJI ZDROWOTNEJ I SAMOKONTROLI PACJENTA W POSTĘPOWANIU TERAPEUTYCZNYM W NT

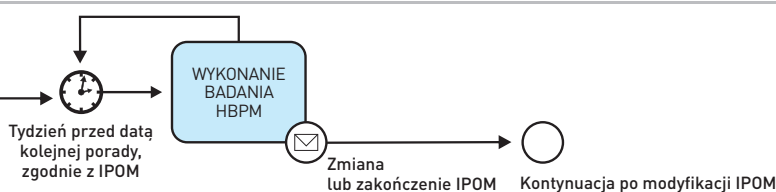
PROCES DOTYCZY DOROSŁYCH PACJENTÓW:

- dla których, w ramach IPOM zostały określone działania z zakresu edukacji zdrowotnej i/lub samokontroli pacjenta

Edukator zdrowotny



Pacjent

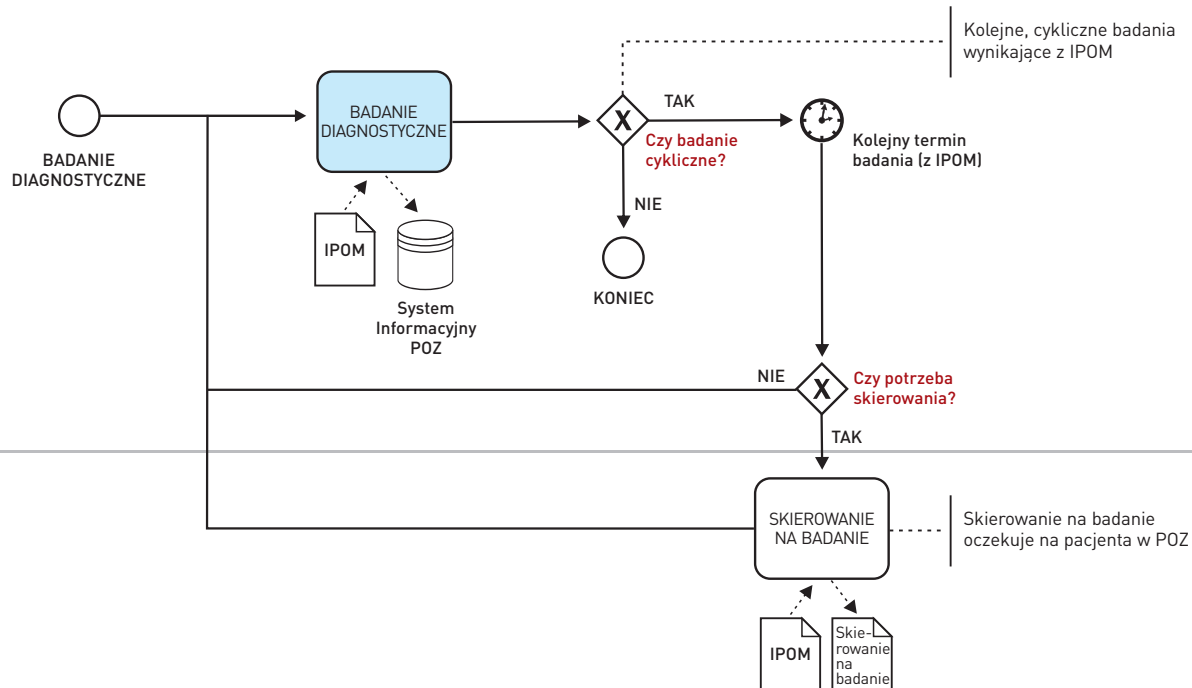


PROCES REALIZACJI BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH PACJENTA W POSTĘPOWANIU TERAPEUTYCZNYM W NT

PROCES DOTYCZY DOROSŁYCH PACJENTÓW:

- dla których, w ramach IPOM zostały zlecone badania diagnostyczne

Personel uprawniony do wykonania badania



Lekarz rodzinny / POZ

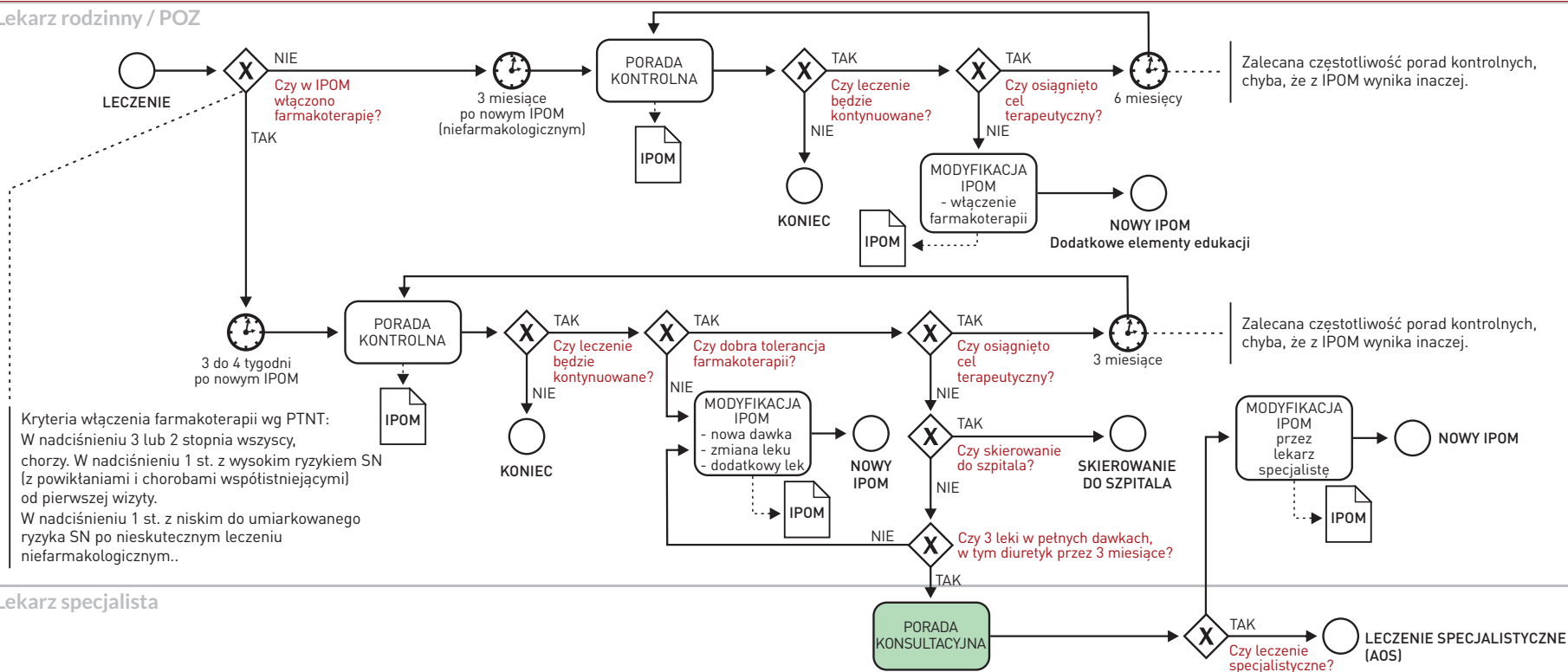
PROCES LECZENIA

W RAMACH POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO W NT

PROCES DOTYCZY DOROSŁYCH PACJENTÓW:

- dla których opracowano IPOM i którzy wyrazili zgodę na jego realizację

Lekarz rodzinny / POZ



Lekarz specjalista

SŁOWNIK POJĘĆ DOTYCZĄCYCH ORGANIZACJI OPIEKI KOORDYNOWANEJ (OK) W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM (NT)

DLA PACJENTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ) W POLSCE

OPIEKA KOORDYNOWANA

Algorytm terapeutyczny

Zalecenia dotyczące postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w wybranym zespole objawowym lub chorobie przewlekłej, opracowane w oparciu o opublikowane wytyczne EBM (evidence based medicine) przez polskie i europejskie towarzystwa naukowe.

Beneficjent Opieki Koordynowanej

Osoba, organizacja, uzyskująca na różnych płaszczyznach korzyści z zastosowania rozwiązań opieki koordynowanej, możliwych do udowodnienia i zwymiarowania w stosunku do rozwiązań, nie realizujących opieki koordynowanej (OK).

Cel Opieki Koordynowanej

Cele opieki koordynowanej (OK) to:

- ocena potrzeby interwencji diagnostyczno-terapeutycznej,
- uzyskanie maksymalizacji efektu terapeutycznego przy efektywnym wykorzystaniu nakładów z zachowaniem reguł postępowania diagnostyczno-terapeutycznego,
- zapewnienie przepływu informacji pomiędzy możliwymi do zaangażowania strukturami,
- delegowanie adekwatnych zasobów do realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego,
- kontrolowanie przebiegu opieki,
- zbieranie i analizowanie informacji o realizowanych przebiegach opieki,
- partycypacja pacjenta w proces leczniczy poprzez włączanie w działania autodiagnostyczne i profilaktyczne.

Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM)

Sposób opisania ŚPDT w postaci skróconego ciągu jasno zdefiniowanych czynności, koniecznych do wykonania zadań terapeutycznych służących osiągnięciu założonych celów terapeutycznych.

Jakość opieki medycznej w OK

Poziom zgodności postępowania (ang. adherence) w określonych grupach pacjentów z zespołami objawowymi i chorobami przewlekłymi z wytycznymi ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (ŚPDT) i wynikającymi z nich wskaźnikami.

Konsultacja specjalistyczna

Porada lekarza specjalisty określonej specjalności medycznej, po skierowaniu pacjenta przez lekarza rodzinnego/POZ, prowadzącego diagnostykę przyczyny zespołów objawowych lub leczenie choroby przewlekłej, zakończona przekazaniem informacji zwrotnej lekarzowi kierującemu. Może się odbywać w relacji lekarz-lekarz – również w systemie telekomunikacyjnym (np. telefonicznym, mailowym, telekonferencyjnym) oraz relacji lekarz-pacjent – w postaci porady lekarskiej lub telekonsultacji.

Monitorowanie jakości Opieki Koordynowanej

Monitorowanie poziomu jakości opieki koordynowanej (OK) jest realizowane w trzech obszarach: struktury, procesu i wyniku, na podstawie zdefiniowanych wskaźników.

Opieka koordynowana

Przemyślany sposób organizacji aktywności dwóch lub więcej uczestników opieki nad pacjentem (w tym pacjenta), mający na celu ułatwienie odpowiedniego zapewniania świadczeń opieki zdrowotnej.

Organizacja Opieki Koordynowanej

Zarządzane, jedno lub wieloosrodkowe, dostarczanie pacjentom określonych ich stanem klinicznym zasobów materialnych i niematerialnych (usług, świadczeń i rozwiązań) o uznanej skuteczności, dostępnych w systemie służby zdrowia, w sposób uwzględniający maksymalizację efektu terapeutycznego przy optymalizacji ponoszonych nakładów.

- Zasada Stosowności – dostosowanie opieki do problemów zdrowotnych pacjenta,
- Zasada Substytucji – stosowanie tańszych i równie skutecznych metod diagnostyki i terapii,
- Zasada Kompleksowości – zarządzanie diagnostyką i terapią z wykorzystaniem dostępnych i pożądaných rozwiązań organizacyjnych jedno- i wieloosrodkowych.

Porada diagnostyczna

Kontakt z pacjentem w celu przeprowadzenia diagnostyki różnicowej w zespołach objawowych do czasu rozpoznania choroby przewlekłej.

Porada edukacyjna

Kontakt z pacjentem w celu poszerzenia wiedzy pacjenta i jego rodziny o chorobie oraz sposobach radzenia sobie z nią w trakcie jej trwania. Elementem tej porady jest uświadamianie celowości przyjętego IPOM i wynikającego z niego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Porada kompleksowa

Porada lekarska zrealizowana w oparciu o zdefiniowany w ŚPDT zakres badania podmiotowego, przedmiotowego i badań diagnostycznych, podczas której lekarz ocenia stopień zaawansowania choroby i samodzielności pacjenta, kwalifikuje go do odpowiedniej grupy dyspenseryjnej (dokonuje stratyfikacji), opracowuje i uzgadnia z pacjentem indywidualny plan opieki medycznej (IPOM) oraz zleca niezbędne kontrolne badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne.

Porada kontrolna

Kontakt z pacjentem związany z realizowanym IPOM w celu kontroli realizacji założonego celu terapeutycznego lub zaleceń (np. wykonania zleconych badań diagnostycznych).

Porada uzupełniająca

Kontakt z pacjentem po poradzie kompleksowej w przypadku braku możliwości ustalenia w jej trakcie IPOM.

Ścieżka postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (ŚPDT)

Opis wymogów organizacyjnych w odniesieniu do podmiotu leczniczego realizujących świadczenia w zakresie opieki koordynowanej (OK).

Telemonitoring

Zbieranie określonych danych o aktualnym stanie zdrowia i poziomie parametrów bez konieczności wizyty w placówce ochrony zdrowia ich przesyłanie do placówki, analiza wartości i podejmowanie działań, przy pomocy rozwiązań informatycznych i organizacyjnych CL.

Zakres Opieki Koordynowanej

Zakres działań profilaktycznych w tym edukacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych będących przedmiotem opieki koordynowanej (OK).

Dzienniczek pacjenta

Zapis zmierzonych wartości ciśnienia tętniczego (BP) i tętna w czasie pomiarów domowych ciśnienia tętniczego (HBPM), wykonywanych przez pacjenta lub jego opiekuna w domu.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Automatyczna rejestracja ciśnienia tętniczego (ABPM)

Badanie diagnostyczne polegające na całodobowym (24 godzinny), automatycznym monitorowaniu ciśnienia tętniczego (BP) pacjenta poza gabinetem lekarskim.

Badanie podstawowe

Badanie obowiązkowe do wykonania u każdego chorego z nadciśnieniem tętniczym (NT), wg. wytycznych PTNT, takie jak:

- morfologia krwi;
- stężenie glukozy na czczo;
- stężenie potasu;
- stężenie cholesterolu całkowitego, frakcji HDL i LDL oraz trójglicerydów;
- stężenie kreatyniny i oszacowanie filtracji kłębuszkowej na podstawie wzoru MDRD;
- stężenie kwasu moczowego;
- badanie ogólne moczu i ocena albuminurii;
- elektrokardiogram.

Badanie rozszerzone

Badanie dodatkowe wykonywane u chorych, u których elementy wywiadu, badania przedmiotowego lub badań podstawowych wskazują na konieczność poszerzenia diagnostyki:

- echokardiograficzne badanie serca;
- USG tętnic szyjnych i nerkowych;
- w przypadku dodatniego wyniku albuminurii (badania rutynowe), badanie ilościowe białka w moczu dobowym;
- badanie dna oka;
- wykonanie doustnego testu obciążenia glukozą (OGTT);
- ocena dobowego wydalania sodu i potasu;
- USG jamy brzusznej;
- TSH.

Pomiar ciśnienia

Badanie diagnostyczne polegające na pomiarze ciśnienia tętniczego (BP), realizowane wg. wytycznych PTNT, z zachowaniem odpowiednich warunków pomiaru, właściwego aparatu oraz wielkości stosowanego mankietu.

Pomiar domowy ciśnienia tętniczego (HBPM)

Badanie diagnostyczne polegające na pomiarze ciśnienia tętniczego (BP) w warunkach domowych po przeszkoleniu pacjenta lub jego opiekuna, wykonane na aparacie z odpowiednio dobranym mankietem, zgodnie z wytycznymi PTNT.

Sfignomanometr

Aparat do mierzenia ciśnienia (BP), spełniający wymagania PTNT.

Monitorowanie jakości Opieki Koordynowanej

Monitorowanie poziomu jakości opieki koordynowanej (OK) jest realizowane w trzech obszarach: struktury, procesu i wyniku, na podstawie zdefiniowanych wskaźników.

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Efekt białego fartucha

Występowanie wyższych wartości ciśnienia tętniczego (BP) w gabinecie lekarskim niż w pomiarach poza gabinetem. Może dotyczyć pacjentów bez nadciśnienia, wówczas w gabinecie BP jest niższe niż kryteria rozpoznania NT, jak również chorych i z rozpoznany nadciśnieniem.

Izolowane nadciśnienie skurczowe

Wartości skurczowego ciśnienia tętniczego (SBP) powyżej 140 mmHg przy rozkurczowym ciśnieniu tętniczym (DBP) poniżej < 90 mmHg.

Maskowane niekontrolowane nadciśnienie tętnicze

Dotyczy osób z rozpoznany nadciśnieniem tętniczym (NT), u których wartości ciśnienia tętniczego (BP) w gabinecie lekarskim spełniają kryteria dobrze kontrolowanego NT, zaś w pomiarach HBPM lub ABPM przekraczają wartości docelowe.

Nadciśnienie białego fartucha (Izolowane nadciśnienie gabinetowe)

Ciśnienie tętnicze (BP) mierzone w gabinecie lekarskim spełniające kryteria rozpoznania NT, z powodu reakcji alarmowej, lękowej i/lub reakcji warunkowej na nietypową sytuację, ciśnienie mierzone poza gabinetem (ABPM, HBPM) prawidłowe - wyłącznie u osób bez rozpoznanego nadciśnienia tętniczego.

Nadciśnienie pierwotne

Nadciśnienie tętnicze po wykluczeniu wtórnych przyczyn nadciśnienia tętniczego, czynników przejściowych podwyższających wartości RR oraz przyjmowanych leków powodujących podwyższenie RR.

Nadciśnienie tętnicze 1 stopnia

Średnie wartości ciśnienia w granicach 140-149 / 90-99 mmHg.

Nadciśnienie tętnicze 2 stopnia

Średnie wartości ciśnienia w granicach 150-179 / 100-109 mmHg.

Nadciśnienie tętnicze 3 stopnia

Średnie wartości ciśnienia równe lub wyższe niż 180 / 110 mmHg.

Nadciśnienie tętnicze odporne na leczenie

Brak normalizacji ciśnienia tętniczego (BP) przy stosowaniu trzech leków hipotensyjnych w pełnych dawkach, w tym diuretyku, przez co najmniej 3 miesiące.

Nadciśnienie zamaskowane (maskowane nadciśnienie tętnicze)

Dotyczy pacjentów bez rozpoznanego nadciśnienia tętniczego (NT), dla których ciśnienie tętnicze (BP) mierzone w gabinecie jest prawidłowe, a mierzone poza gabinetem lekarskim jest nieprawidłowe, spełniające kryteria rozpoznania nadciśnienia (zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe).

Pozorna oporność nadciśnienia tętniczego (pseudo nadciśnienie tętnicze odporne)

Jest to stan, w którym z uwagi na brak współpracy z chorym (niski compliance, przyczyny ekonomiczne) kontrola RR nie jest uzyskiwana, nie jest możliwa do weryfikacji w warunkach kontrolowanego przyjmowania leków lub pomiaru stężenia metabolitów leków w surowicy lub moczu.

FARMAKOTERAPIA

Antagoniści wapnia/ blokery kanałów wapniowych

Jedna z 5 podstawowych grup leków stosowanych w leczeniu nadciśnienia tętniczego (NT) w mono i politerapii.

Inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę

Jedna z 5 podstawowych grup leków hipotensyjnych, stosowana w monoterapii i terapii łączonej, szczególnie u chorych z uszkodzeniami narządowymi, z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, towarzyszącą chorobą niedokrwienną serca, niewydolnością serca, chorobą nerek i w nadciśnieniu tętniczym współistniejącym z zespołem metabolicznym i/lub cukrzycą oraz w skojarzeniu z diuretykiem tiazydowym u pacjentów po udarze.

Kombinacje leków hipotensyjnych (terapia łączona)

Wskazane w wytycznych połączenia leków hipotensyjnych zalecane z uwagi na działanie synergistyczne i zmniejszanie ryzyka działań niepożądanych.

Leczenie przeciwpłytkowe

Kwas acetylosalicylowy w małej dawce 75 mg .

Leki blokujące receptory AT

Jedna z 5 podstawowych grup leków hipotensyjnych, stosowana w monoterapii i terapii łączonej, szczególnie wskazana w nadciśnieniu tętniczym (NT) u chorych z przerostem lewej komory serca, ze współistniejącą chorobą nerek, po przebytych udarach.

Leki blokujące receptory beta-adrenergiczne

Jedna z 5 podstawowych grup leków hipotensyjnych, stosowana w monoterapii i terapii łączonej, szczególnie w nadciśnieniu tętniczym (NT) u chorych z objawami krążenia hiperkinetycznego, tachykardią i zaburzeniami rytmu serca oraz w nadciśnieniu współistniejącym z niewydolnością serca, chorobą wieńcową, po przebytych zawałach serca.

Leki moczopędne tiazydowe lub tiazydopodobne

Jedna z 5 podstawowych grup leków hipotensyjnych, stosowana w monoterapii i terapii łączonej, stanowiąca podstawowe leki w leczeniu nadciśnienia tętniczego (NT) u osób w podeszłym wieku, po 80 roku życia i po przebytych udarach oraz w terapii złożonej NT, przy towarzyszącej cukrzycy (tiazydopochodne), u chorych z upośledzoną czynnością wydalniczą nerek lub ze współistniejącą niewydolnością serca.

Podstawowe grupy leków hipotensyjnych

5 głównych grup leków hipotensyjnych stosowanych w nadciśnieniu tętniczym przy rozpoczęciu terapii:

- diuretyki,
- beta-adrenolityki,
- antagoniści wapnia,
- inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę,
- leki blokujące receptory AT.

Preparaty złożone

Preparaty stanowiące stałe połączenie dwóch lub więcej leków, pozwalające na zwiększenie skuteczności leczenia, wg. wytycznych mogą być stosowane do rozpoczynania terapii.

KRYTERIA, MIERNIKI I WSKAŹNIKI

Kryteria rozpoznania nadciśnienia tętniczego

Nadciśnienie tętnicze można rozpoznać, jeśli średnie wartości ciśnienia tętniczego mierzonego w gabinecie lekarskim, wyliczone co najmniej z dwóch pomiarów dokonanych podczas co najmniej dwóch różnych wizyt u lekarza, są równe lub wyższe niż 140 / 90 mmHg.

Nieprawidłowe BP w pomiarach domowych

Nieprawidłowe ciśnienie tętnicze można rozpoznać jeśli średnia wartość ciśnienia tętniczego z kilku pomiarów wykonywanych w domu jest równa lub wyższa niż ≥ 135 i/lub ≥ 85 mmHg.

Objawy sugerujące nadciśnienie tętnicze wtórne

W chorobach nerek: wywiady zakażenia lub nieprawidłowości budowy dróg moczowych, krwiomocz, nadużywanie leków przeciwbólowych, choroby nerek w wywiadach rodzinnych. W nadciśnieniu naczyniowo - nerkowym - nadciśnienie tętnicze (NT) o nagłym początku, nasilenie lub pogorszenie kontroli nadciśnienia, oporne lub złośliwe nadciśnienie tętnicze, nawracające epizody obrzęku płuc. W FMD - nadciśnienie tętnicze (NT) o wczesnym początku (zwłaszcza u kobiet), nasilenie lub pogorszenie kontroli nadciśnienia tętniczego, oporne lub złośliwe nadciśnienie tętnicze, wywiad dysplazji włóknisto-mięśniowej lub rozwarstwienia tętnicy w innym obszarze naczyniowym. W guzie chromochłonny nadnerczy - napadowe zwiększenie ciśnienia tętniczego, bóle głowy, wzmożona potliwość, kołatanie serca i bledność skóry, guz chromochłonny w wywiadach rodzinnych. W zespole Cushinga - szybki przyrost masy ciała, poliuria, polidypsja, zaburzenia psychiczne. W pierwotnym hiperaldosteronizmie - osłabienie mięśniowe, wywiady rodzinne zwłaszcza ciężkiego nadciśnienia tętniczego lub hipokaliemii o wczesnym początku i incydentów naczyniowo-mózgowych w wieku < 40 lat. Nadczynność lub niedoczynność tarczycy. Koarktacja aorty - chromanie przestankowe, bóle głowy, utraty przytomności, krwawienia z nosa, różnica ciśnień tętniczych ramiennej i udowej. Obturacyjny bezdech senny - charakterystyczne objawy - okres dnia i okres nocy, ocena objawów za pomocą kwestionariuszy (ESS,BQ). Leki i substancje mogące podwyższać ciśnienie tętnicze.

Wartości docelowe ciśnienia tętniczego

Docelowe ciśnienie tętnicze to wartość graniczna, poniżej której staramy się utrzymywać ciśnienie tętnicze (BP) pacjenta w trakcie optymalnej terapii hipotensyjnej. Osiągnięcie tej wartości zwalnia z konieczności intensyfikacji leczenia nadciśnienia tętniczego (NT). Dla większości chorych wartością docelową jest BP poniżej 140 / 90 mmHg. U chorych z cukrzycą BP wartością docelową jest BP poniżej 140 / 85 mmHg, zaś u chorych powyżej 80 roku życia wartością docelową jest skurczowe ciśnienie tętnicze (SBP) poniżej 150 mmHg.

Wartości progowe ciśnienia tętniczego

Wartość ciśnienia tętniczego (BP) stosowana w pediatrii, w oparciu o które planuje się terapię i rozpoznaje nadciśnienie tętnicze (NT); BP > 90 . pc dla wieku, płci i wzrostu.

Wartość BP optymalna

Wartość ciśnienia tętniczego poniżej 120 / 80 mmHg.

Wartość BP prawidłowa

Wartość ciśnienia tętniczego w granicach 120-129 / 80-84 mmHg.

Wartość BP wysoka prawidłowa

Wartość ciśnienia tętniczego w granicach 130-139 / 85-89 mmHg.

Dobowy profil ciśnienia

Wartości ciśnienia tętniczego z ABPM:

- prawidłowo - spadek nocnego ciśnienia tętniczego o 10-20% w porównaniu do wartości z okresu dnia,
- nieprawidłowo - brak spadku lub wzrost ciśnienia w nocy, ew. nadmierny spadek ciśnienia w nocy.

Średnia wyników pomiarów ciśnienia

Średnia wyników pomiarów ciśnienia tętniczego (BP) wykonanych, w zależności od okoliczności: w gabinecie lekarskim, w całodobowym monitorowaniu ciśnienia (ABPM) lub w pomiarach domowych (HBPM).

Średnia wyników pomiarów ciśnienia w ciągu doby

Element wyniku badania ABPM, stanowiący średnią wszystkich wykonanych pomiarów ciśnienia tętniczego (BP) w okresie 24 godzinnego założenia aparatu.

Średnia wyników pomiarów ciśnienia w ciągu dnia

Element wyniku badania ABPM, stanowiący średnią wszystkich wykonanych pomiarów ciśnienia tętniczego (BP), w okresie od 6:00-22:00 lub w zależności od godzin aktywności pacjenta.

Średnia wyników pomiarów ciśnienia w nocy

Element wyniku badania ABPM, stanowiący średnią wszystkich wykonanych pomiarów ciśnienia tętniczego (BP), w okresie od 22:00-6:00 lub w zależności od godzin spoczynku pacjenta.

Nadmierny (skrajny) nocny spadek BP

Jeden ze wskaźników nadciśnienia tętniczego (NT), określający stosunek średniego ciśnienia tętniczego w nocy do średniego ciśnienia tętniczego w ciągu dnia $\leq 0,8$, spadek o $> 20\%$ w stosunku do średniej wartości z okresu czuwania.

Pacjenci z rozpoznanym, nieleczonym NT

Pacjenci z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym (NT) w gabinecie lekarskim lub w czasie pobytu szpitalnego związanego np. z powikłaniami w NT, którzy nie podjęli lub przerwali leczenie nadciśnienia.



Autor:
Piotr Jagiełło

Współautorzy:
prof dr hab. med Krzysztof Narkiewicz
dr hab. prof. nadz. Maciej Godycki-Ćwirko
dr n. med. Jacek Grabowski
dr n. med. Cezary Lipiński
dr n. med. Anna Szyndler
dr n. med. Michał Hoffmann

Grafika:
Klaudia Zakrzewska

Skład:
Klaudia Zakrzewska

Wersja 1.0 z dnia 15 grudnia 2016

Działanie 2.3
Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Poddziałanie 2.3.3
Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia Projekt
pn.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I
Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. KSI: POWR.05.02.00-00-0150/15