

---

# MANUAL PËR MJEKËT E KUJDESIT PARËSOR



---

## PROTOKOLL PËR DIAGNOSTIKIMIN, KLASIFIKIMIN DHE TRAJTIMIN E HIPERTENSIONIT ARTERIAL

MARS 2020

---

FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

# Përkufizimi i Hipertensionit

Përkufizohet si TAS  $\geq$  140 mmHg dhe/ose TAD  $\geq$  90 mmHg, i matur në zyrën e mjekut ose si mesatare e vlerave të monitorimit ambulator (Holter)  $\geq$  130/80 mmHg, ose si mesatare e matjeve në shtëpi  $\geq$  135/85 mmHg.

**Tabela 1. Klasifikimi i Hipertensionit sipas matjes në zyrën e mjekut**

Kategoria	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	dhe	< 80
Normal	120-129	dhe/ose	80-84
Normal-i lartë	130-139	dhe/ose	85-89
Hipertension i gradës 1	140-159	dhe/ose	90-99
Hipertension i gradës 2	160-179	dhe/ose	100-109
Hipertension i gradës 3	>180	dhe/ose	>110
Hipertension sistolik i izoluar	>140	dhe	<90

# Matja e presionit të gjakut

**Tabela 2. Matja e Tensionit Arterial (TA) në zyrën e mjekut**

Pacientët duhet të ulen dhe të rehatohen pesë minuta në një mjedis të qetë përpara matjes së TA.
Duhet të regjistrohen tre matje, me distancë 1-2 minuta nga njëra-tjetra dhe matje shtesë nëse dy të parat kanë diferencë >10 mmHg. TA regjistrohet si mesatarja e dy leximeve të fundit.
Në pacientët me FA mund të bëhen matje të tjera shtesë dhe duhet të bëhen matje manuale auskultatore, pasi shumica e aparateve nuk janë të vlefshëm për matjen e TA në FA.
Përdorni një manshetë standarde (12 – 13 cm të gjatë dhe 35 cm të gjerë) për shumicën e pacientëve, por duhet të keni një manshetë më të madhe (> 32 cm) dhe më të vogël, respektivisht për krahë të trashë ose të hollë. Përdorni manshetën e vogël për fëmijët.

Mansheta duhet të pozicionohet në nivelin e zemrës, me shpinën dhe krahun të mbështetur.
Për metodat auskultative përdoret faza I dhe V e tingujve të Korotkoff për të identifikuar TA sistolik dhe diastolik respektivisht.
Në vizitën e parë matet TA në të dy krahët, për të zbuluar diferencat e mundshme. Si referencë përdoret krahu me vlerën më të lartë.
Në vizitën e parë për të gjithë pacientët bëhet matja e TA në pozicionin në këmbë, 1 dhe 3 minuta pasi kanë qëndruar ulur, për të zbuluar hipotensionin postural. Në vizitat e mëvonshme kjo procedurë përsëritet në pacientët e moshuar, diabetikë, ose në rastet e hipotensionit postural të dyshuar.
Regjistroni rrahjet e zemrës dhe palponi pulsën për të përjashtuar aritminë.

## Matja e tensionit arterial jashtë zyrës së mjekut

Bëhet matja në shtëpi e TA, ose monitorimi ambulator i TA (MAPA).

Matja e shtëpisë është mesatarja e të gjitha leximeve të TA të kryera në shtëpi për të paktën 3 ditë rresht (preferohen 6-7 ditë) para çdo vizite klinike, me lexime në mëngjes dhe mbrëmje, të marra në një dhomë të qetë, pas 5 minutash pushim, me pacientin e ulur, e me shpinën dhe krahun të mbështetur. Në çdo rast duhet të bëhen dy matje tensioni 1-2 minuta larg nga njëra-tjetra.

MAPA siguron mesataren e leximeve të TA në një periudhë të caktuar, zakonisht për 24 orë.

MAPA është parashikuesi më i mirë i dëmtimeve organore nga TA dhe ngjarjeve të ardhshme kardiovaskulare, sesa matja e TA në zyrën e mjekut.

**Tabela 3. Përkufizimi i hipertensionit sipas matjeve në zyrën e mjekut/ matjeve në shtëpi dhe monitorimit ambulator**

Kategoria	TAS (mmHg)		TAS (mmHg)
TA i matur në zyrë	>140	dhe/ose	>90
TA ambulator	≥ 135	dhe/ose	≥ 85
Gjatë ditës (ose zgjuar) - mesatare	≥120	dhe/ose	≥70
Gjatë natës (ose në gjumë) - mesatare	≥130	dhe/ose	≥80
TA i matur në shtëpi - mesatare	≥135	dhe/ose	≥85

# Rreziku Kardiovaskular

## Rrezik vertet i larte

- ✓ SKVA e dokumentuar klinike ose imazherike e qarte
- ✓ Klinike (IM, APP, APQ, PCI, CABG, revakularizim arterial, insult TIA, semundje arteriale periferike/
- ✓ Imazherike pllaka sinjifikante ne koronarografi, CT (semundje koronare multivazale qe kane dy dege kryesore >50%) ose eko e karotideve
- ✓ DM me demtim te organeve target, ose me te pakten tre faktore madhore rreziku, ose fillim I hershem me kohezgjate te madhe te DMT1 ( > 20 vjet)
- ✓ SRK severe (eGFR <30 mL/min/1.73 m2).
- ✓ Nje SCORE i llogaritur >\_10% per risk 10 vjecar i SKV
- ✓ HK me SKVA me nje faktor tjeter madhor risku

## Rrezik i larte

- Faktore risku te vetem te rritur ndjeshem, ne vecanti:
- ✓ Kolesterol total >8 mmol/L (>310 mg/dL),
  - ✓ LDL-C >4.9 mmol/L (>190 mg/dL),
  - ✓ PA >\_180/110 mmHg
  - ✓ Pacientet me HF pa faktore te tjere madhore risku
  - ✓ Pacientet me DM pa demtim te organeve target, me DM > 10 vjet, ose me nje faktor risku shtese
  - ✓ SRK e moderuar (eGFR 30-59 mL/min/1.73 m2).
  - ✓ Nje SCORE i llogaritur >\_5% dhe <10% per nje risk 10 vjecar te SKV fatale

## Rrezik i Moderuar

- ✓ Paciente te rinj (DMT1 < 35 vjec, DMT2 < 50 vjec) me kohezgjatje DM < 10 vjet, pa faktore te tjere risku
- ✓ SCORE i llogaritur >\_1 % dhe <5% per risk 10 vjecar per SKV fatale

## Rrezik i Ulet

- ✓ SCORE i llogaritur <1% per risk 10 vjecar te SKV fatale

**Tabela 4. Klasifikimi i stadeve të hipertensionit në përputhje me nivelet e TA, praninë e faktorëve të rrezikut kardiovaskular, dëmtimin organor të mediuar nga hipertensioni, ose sëmundjet bashkëshoqeruese**

<b>Presioni i Gjakut në (mmHg)</b>					
<b>Stadet e HTA</b>	<b>Faktorë të tjerë rreziku, DO, ose sëmundje</b>	Normal-i lartë TAS 130-139 TAD 85-89	Grada 1 TAS 140-159 TAD 90-99	Grada 2 TAS 160-179 TAD 100-109	Grada 3 TAs $\geq$ 180 Ose TAD $\geq$ 110
<b>Stadi 1</b> (i pakomplikuar)	Pa faktorë të tjerë rreziku	Rrezik i ulët	Rrezik i ulët	Rrezik i moderuar	Rrezik i lartë
<b>Stadi 2</b> (sëmundje asimptomatike)	1 ose 2 faktorë rreziku	Rrezik i ulët	Rrezik i moderuar	Rrezik i moderuar-i lartë	Rrezik i lartë
	$\geq$ faktore rreziku	Rrezik i ulët-i moderuar	Rrezik i moderuar- i lartë	Rrezik i lartë	Rrezik i lartë
<b>Stadi 3</b> (semundje e instaluar)	DO,SRK stadi 3 ose DM pa demtim organor	Rrezik i moderuar- i lartë	Rrezik i lartë	Rrezik i lartë	Rrezik i lartë deri shumë i lartë
Sëmundje e njohur KV ose Renale	SKV e instaluar, SRK stadi $\geq$ 4, ose DM me demtim organor	Rrezik shumë i lartë	Rrezik shumë i lartë	Rrezik shumë i lartë	Rrezik shumë i lartë

## Vlerësimi klinik dhe vlerësimi i dëmtimeve organore me ndërmjetësinë e Hipertensionit

**Tabela 5. Informacioni kyç që duhet të mblidhet në historinë mjekësore personale dhe familjare**

<b>Faktorët e rrezikut</b>
Historia familjare dhe personale për hipertensionin, SKV, insult, ose sëmundjen renale
Historia familjare dhe personale për faktorët shoqëruar të rrezikut (p.sh. hiperkolesterolemia familjare)
Historia për pirjen e duhanit
Dieta dhe marrja e kripës
Konsumi i alkoolit
Mungesa e aktivitetit fizik/ stili sedentar i jetës
Historia për disfunktionin erektil
Gjumi, gërrhitja, apnea e gjumit (informacion edhe nga partneri)
Hipertension i mëparshëm në shtatëzani/pre-eklamsi
<b>Historia dhe simptoma për dëmtime organore , SAK, Insult dhe sëmundje renale</b>
Truri dhe sytë: dhimbje koke, vertigo, sinkope, vizus i dëmtuar. TIA, deficit ndijor ose motorik, insult, rivaskularizim karotid, dëmtim konjektiv, demencë (në të moshuar)
Zemra: dhimbje gjoksi, dispne, infarkt miokardi, rivaskularizim koronar, sinkop, histori palpitacionesh, aritmi (sidomos FA), IK
Veshkat: etje, poliuri, nokturi, hematuri, infeksione të traktit urinar
Arteriet periferike: ekstermitetet e ftohta, claudicatio intermitens, dhimbje në qetësi, rivaskularizim periferik
Histori për SRK personale ose familjare (p.sh. veshka polikistike)
<b>Histori për hipertension të mundshëm sekondar</b>
Fillim i ri i hipertensionit i gradës 2 ose 3 (< 40vjeç), zhvillim i papritur ose përkeqësim i shpejtë i TA në të moshuar
Histori për sëmundje renale/traktit urinar
Medikamete rikreative/ substanca abuzuese/ terapi të njëkohëshme: kortikosteroide, vazokonstriktore nazale, kimioterapi, yohimbine, liquorice

Episodë të përsëritura të djersitjes, dhimbjes së kokës, ankthit, ose palpacioneve që sugjerojnë feokromocitomën
Histori e hipokalemisë spontane ose të induktuar nga diuretikët, episodë të dobësisë muskulore ose të tetanisë (hipoaldosteronizmit)
Simptoma sugjестive të sëmundjeve tiroide ose të hiperparatiroidizmit
Histori për shtatëzani të tanishme dhe përdorim i kontraktivëve oralë
Histori për apnenë e gjumit
<b>Trajtimi me medikamente antihipertensive</b>
Terapia aktuale/ e kaluar, duke përfshirë efektivitetin dhe intolerancën ndaj medikamenteve të mëparshme
Aderenca në terapi

**Tabela 6. Hapat kyce në ekzaminimin fizik**

<b>Trupi</b>
Pesha, gjatësia, indeksi i masës trupore
Perimetri i belit
<b>Shenjat e dëmtimit organor</b>
Ekzaminimi neurologjik, statusi konjektiv
Fundoskopi për retinopati hipertensive
Palpimi dhe auskultimi i zemrës dhe i vazave të gjakut
Palpimi i arterieve periferike
Krahasimi i TA në të dy krahët (të pakten një herë)
<b>Hipertensioni sekondar</b>
Inspektimi i lëkurës për feokromocitomë: njolla “café-au-lait” (feokromocitomë)
Palpimi i veshkave për shenja të zmadhimit renal në renin polikistik
Auskultimi i zemrës dhe arterieve renale për zhurma indicative për koarktacion aorte ose hipertension reno-vaskular
Krahasimi i pulsit radial me atë femoral për të zbuluar vonesën radio-femorale në koarktacion aorte
Shenjat e sëmundjes Cushing ose akromegalisë
Shenjat e sëmundjes së tiroides

**Tabela 7. Përpunimi rutinë për diagnozën e hipertensionit**

<b>Teste rutinë laboratorike</b>
Hemoglobina dhe/ose hematokriti
Glicemia esëll dhe hemoglobina e glukozuar
Lipidograma: kolesteroli total, LDL, HDL, TG
Elektrolitet- natremi, kalemi
Uricemi
Kreatinina dhe klirensi i kreatininës
Testet e funksionit hepatic
Analiza e urinës: ekzaminim mikroskopik, proteinuri; ideale raporti albuminë:kreatininë
EKG 12-lidhëshe

**Tabela 8. Vlerësimi klinik dhe i dëmtimit të organeve target nga hipertensionit**

<b>Rekomandimet</b>	<b>Klasa</b>	<b>Niveli</b>
<b>Zemra</b>		
EKG 12 lidhëshe rekomandohet për të gjithë pacientët hipertensivë	<b>I</b>	<b>B</b>
Ekokardiografia Rekomandohet në pacientët hipertensivë, EKG është jonormale ose ka shenja ose simptoma të disfunksionit të VM	<b>I</b>	<b>B</b>
Mund të konsiderohet kur zbulimi i HVM influencon në vendimin për trajtim	<b>IIb</b>	<b>B</b>
<b>Vazat e gjakut</b>		
Ekzaminimi me ultrasonografi e arterive karotide	<b>I</b>	<b>B</b>
Mund të konsiderohet për zbulimin e pllakave aterosklerotike asimptomatike ose stenozeve karotide në pacientë me një sëmundje vasculare të dokumentuar	<b>IIb</b>	<b>B</b>
Matja e indeksit kembë-krah për zbulimin e sëmundjes së avancuar të anësive inferiore	<b>IIb</b>	<b>B</b>
<b>Veshkat</b>		
Matja e kreatinemisë dhe filtrimit glomerular rekomandohet në të gjithë pacientët hipertensivë	<b>I</b>	<b>B</b>



Matja e raportit albuminë:kreatininë në urinë rekomandohet në të gjithë pacientët hipertensivë	<b>I</b>	<b>B</b>
Ultrasonografia renale dhe ekzaminimi Doppler duhet të konsiderohen në pacientë me keqësim të funksionit renal, albuminuri ose dyshim për hipertension sekondar	<b>IIa</b>	<b>C</b>
<b>Fundoskopi</b>		
Rekomandohet në pacientët me gradë 2 ose 3 të hipertensionit dhe gjithë pacientët hipertensivë me diabet	<b>I</b>	<b>C</b>
Mund të konsiderohet në pacientët e tjerë me hipertension	<b>IIb</b>	<b>C</b>
<b>Truri</b>		
Në pacientët hipertensivë me simptoma neurologjike dhe/ose prekje konjiktive, MRI ose CT duhet të konsiderohen për zbulimin e infarkteve të trurit, mikrohemoragjive dhe lezioneve të zonës së bardhë	<b>IIa</b>	<b>B</b>

## Mjekimi i HTA

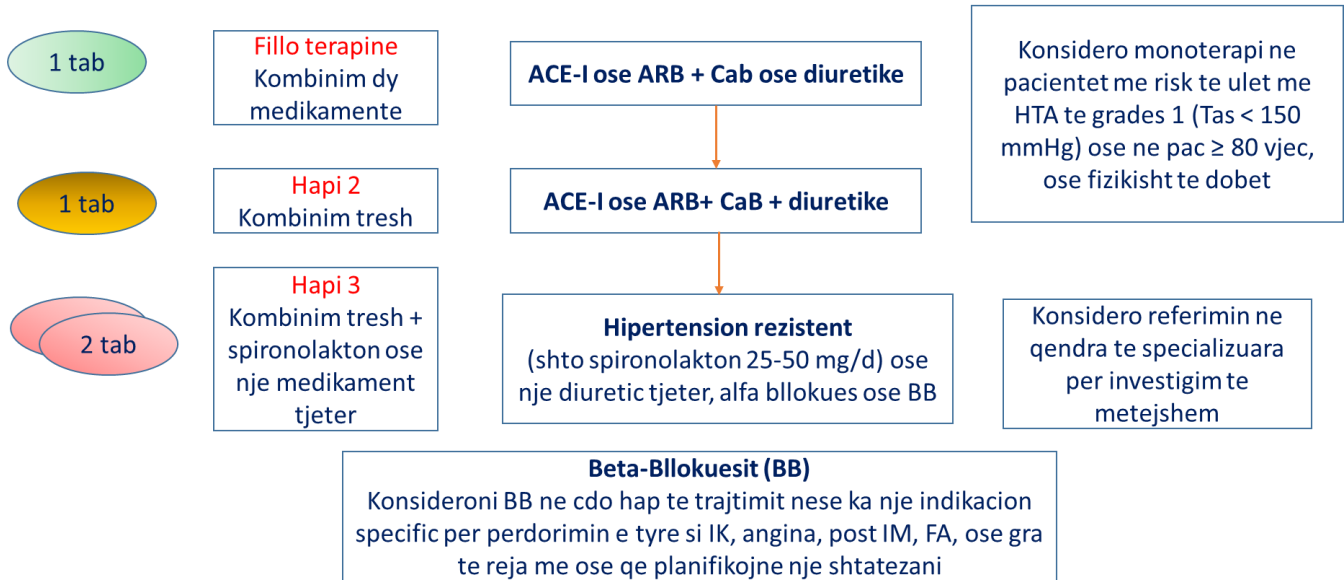
Tabela 9. Vlerat prag për mjekimin e HTA

Grup mosha	Pragu për trajtimin e TAS të matur në zyrën e mjekut (mmHg)					Pragu për trajtimin e TAD të zyrës (mmHg)
	Hipertension	+ Diabet	+SRK	+SAK	+ AVC/TIA	
18-65 vjec	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 90
65-79 vjec	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 90
≥ 80 vjec	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 90
Pragu për trajtimin e TAD të zyrës (mmHg)	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	

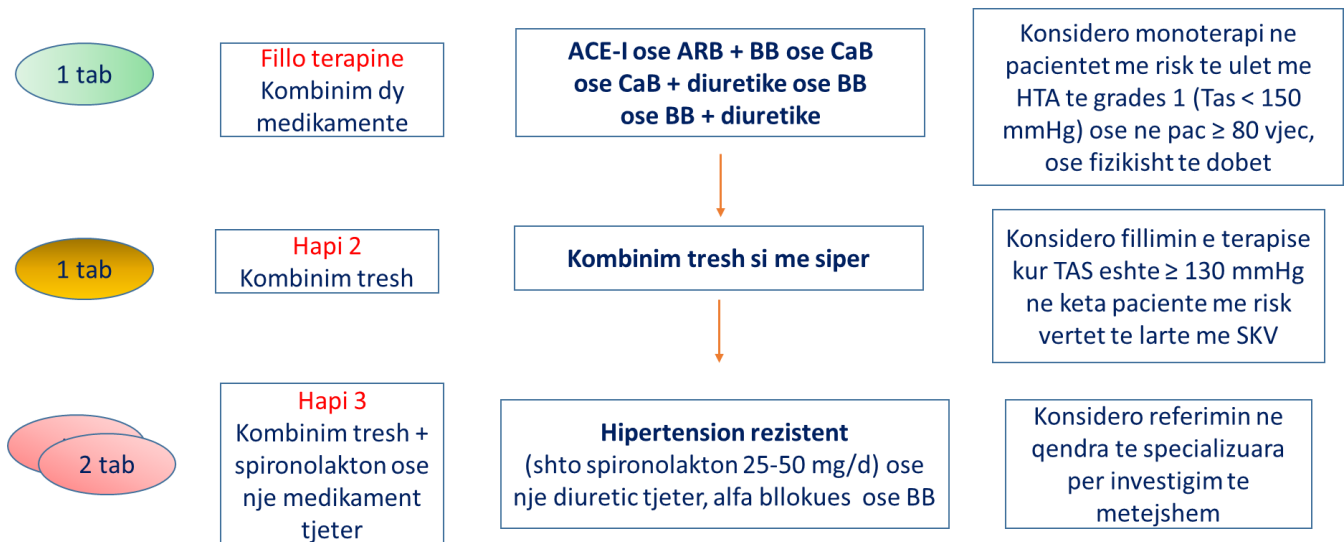
**Tabela 10. Kunderindikacionet e medikamenteve antihipertensive**

Klasa	Kunderindikacioni	
	I detyruar	I mundshëm
Diuretikët tiazidikë/ të ngjashëm me tiazidikët	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guta (Podagra)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sindroma metabolike</li> <li>• TDG</li> <li>• Shtatëzani</li> <li>• Hiperkalemi</li> <li>• Hipokalemi</li> </ul>
Beta bllokuesit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Astma</li> <li>• Çdo bllok i gradës së lartë sino-atrial/atrioventricular</li> <li>• Bradikardi (&lt;60/min)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sindroma metabolike</li> <li>• TDG</li> <li>• Atlete dhe pacientë fizikisht aktivë</li> </ul>
Antagonistët e kalciumit (dihidropiridinat)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Takiaritmi</li> <li>• Insuficiencë kardiake (FS ulur, NYHA III-IV)</li> <li>• Edema preekzistuese të këmbëve</li> </ul>
Antagonistët e kalciumit (verapamili, diltiazemi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cdo bllok i gradës së lartë sino-atrial/atrioventricular</li> <li>• Disfunksion i rëndë i VM (FE &lt;40 mmHg)</li> <li>• Bradikardi (&lt; 60/min)</li> </ul>	
ACE-i	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Shtatëzani</li> <li>• Edemë e mëparshme angioneurogjene</li> <li>• Hiperkalemi</li> <li>• Stenozë bilaterale e arteries renale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gra me mundësi për shtatëzani pa kontraktivë të sigurtë</li> </ul>
ARB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Shtatëzani</li> <li>• Hiperkalemi</li> <li>• Stenozë bilaterale e arteries renale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gra me mundësi për shtatëzani pa kontraktivë të sigurtë</li> </ul>

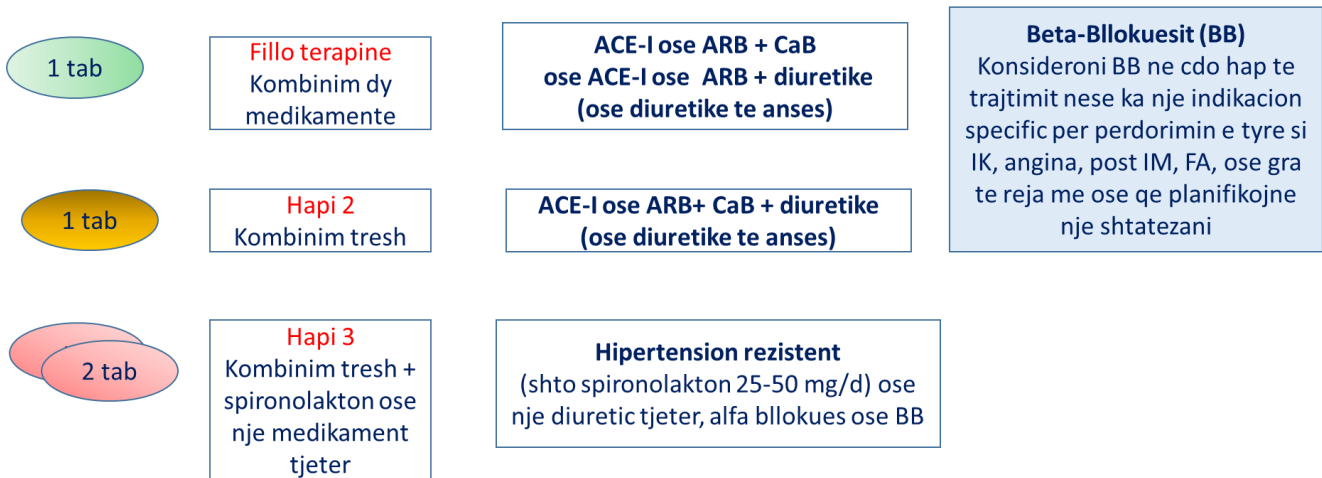
## Trajtimi i Hipertensionit te pakomplikuar



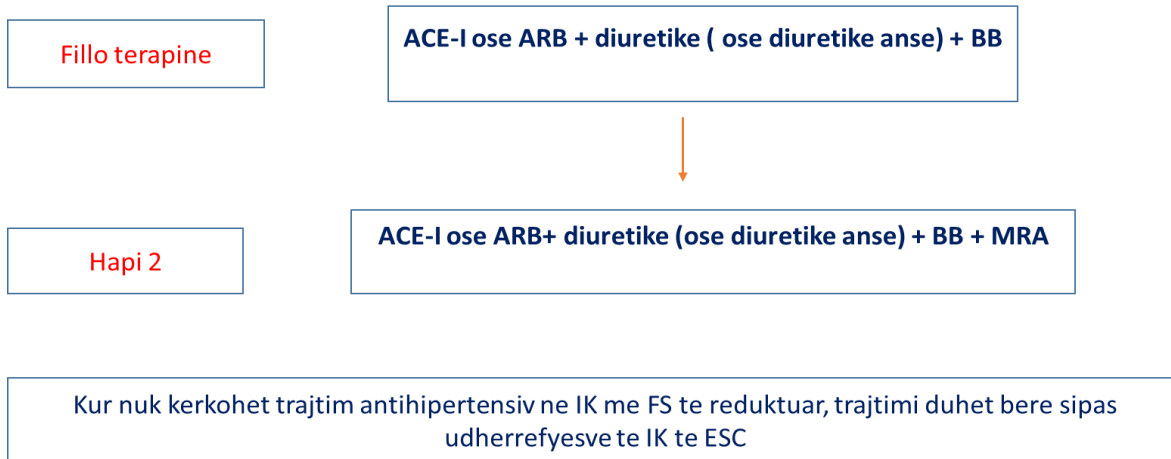
## Trajtimi i Hipertensionit dhe SAK



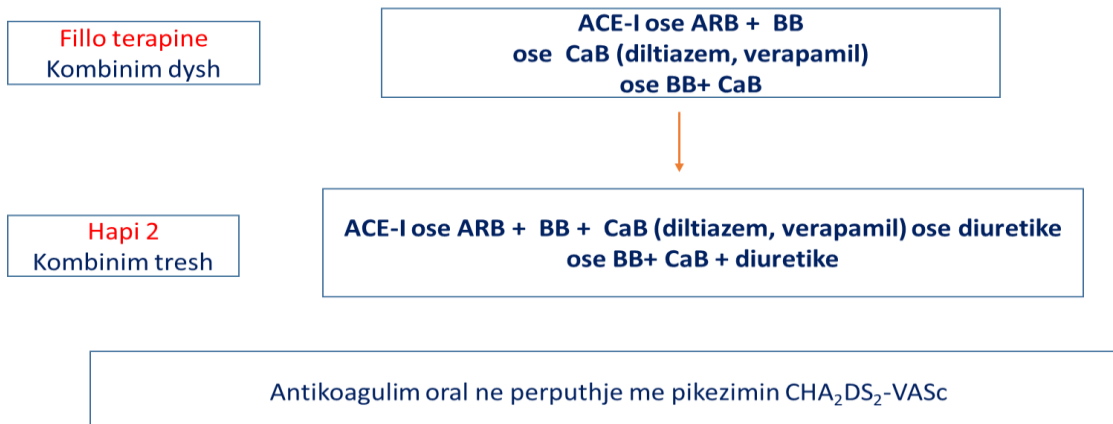
## Trajtimi i Hipertensionit dhe SRK



## Trajtimi i Hipertensionit dhe IK



## Trajtimi i Hipertensionit dhe FA



## Rekomandimet e ESC/ESH për HTA (2018)

<b>Diagnoza</b> Rekomandohet diagnoza e hipertensionit mbi bazën e: <ul style="list-style-type: none"><li>• Matjeve të përsëritura në zyrën e mjekut; ose</li><li>• Matjeve ambulatore të TA me MAPA and/or HBPM nëse është e mundur ekonomikisht dhe nga ana logjistike</li></ul>
<b>Pragjet e trajtimit</b> Normal i lartë TA (130–139/85–89 mmHg): Trajtimi medikamentoz mund të konsiderohet kur risku KV është vërtet i lartë për shkak të SKV shoqëruese, sidomos SAK
<b>Trajtimi i hipertensionit grada 1 me risk të ulët:</b> Në pacientët me gradë 1 të hipertensionit dhe risk të ulët-të moderuar dhe pa të dhëna për DOH, rekomandohet ulje medikamentoze kur pacienti mbetet hipertensiv pas një periudhe të përmirësimit të stilit të jetës.
<b>Pragjet e trajtimit</b> <b>Pacientë të moshuar</b> Trajtimi medikamentoz për uljen e TA dhe ndryshimi i stilit të jetës rekomandohet në pacientët e moshuar (> 65 vjeç por jo >80 vjeç), kur TAS është i gradës 1 (140-159 mmHg), nëse trajtimi tolerohet mirë.
<b>Objektivat e trajtimit të TA</b> Rekomandohet që objektivi i parë i trajtimit duhet të jetë ulja e TA < 140/90 mmHg në të gjithë pacientët dhe, nëse trajtimit tolerohet mirë, objektivi duhet të jetë ≤ 130/80 mmHg në shumicën e pacientëve. <ul style="list-style-type: none"><li>• Në pacientët &lt; 65 vjeç rekomandohet që TAS duhet të ulet në nivelet 120-129 mmHg në shumicën e pacientëve.</li></ul>
<b>Objektivat e trajtimit të TA në pacientë të moshuar (65-80 vjeç)</b> Në pacientët e moshuar (≥ 65 vjeç), rekomandohet që TAS duhet të ulet në nivelet 130–139 mmHg.
<b>Objektivat e trajtimit të TA në pacientët mbi 80 vjeç</b> TAS 130-139 mmHg rekomandohet për pacientët e moshuar mbi 80 vjeç nëse tolerohet.
<b>Objektivat e TAD</b> < 80 mmHg duhet të konsiderohet në të gjithë pacientët hipertensivë, pavarësisht nivelit të rrezikut dhe sëmundjeve bashkëshoqëruese
<b>Fillimi i terapisë medikamentoze</b> Rekomandohet fillimi i terapisë antihipertensive me një kombinim të dy medikamenteve, e preferuar në një tabletë të vetme. Përfshihen pacientët e moshuar fizikisht të brishtë dhe ata me gradë 1 të hipertensionit dhe risk të ulët (sidomon nëse TAS <150 mmHg).

### Hipertensioni rezistent

Trajtimi i rekomanduar i HTA rezistent është shtimi i spironolaktonit në doza të vogla, ose shtimi më tej i terapisë diuretike në rast intolerance nga spironolaktoni me eplerenone, amiloride, doza të larta tiazidikes/ diuretike tiazidike të ngjashme ose diuretike të ansës, ose të shtohet bisoprololi ose doxazosin.

Terapi për hipertensionin e bazuar në pajisje mjekësore (device-based therapies)

Nuk rekomandohet në rutinë për trajtimin e hipertensionit për sa kohë nuk ka evidencë të qartë për sigurinë dhe efikasitetin

### Ndarja e HTA në gradë

	<b>Grada I</b>		<b>Grada IIa</b>		<b>Grada IIb</b>		<b>Grada III</b>
--	----------------	--	------------------	--	------------------	--	------------------

## Përmbledhje e Diagnozës, Trajtimit dhe Ndjekjes së HTA

### Depistimi dhe diagnoza

- **Vlerësimi i TA** të paktën çdo 5 vjet dhe më shpesh në njerëz me TA normal të lartë. Kur dyshohet HTA, diagnoza duhet të konfirmohet nga matje të përsëritura në zyrën e mjekut, monitorimi ambulator (Holter), ose matjet në shtëpi (sipas vlerave të përcaktuara).
- **Vlerësimi i rrezikut** kardiovaskular dhe dëmtimi i organeve target
- **Përrjashtimi i shkaqeve sekondare** të HTA – referim tek specialisti
- **Trajtimi i hipertensionit**- stili i jetës + terapia medikamentoze
- **Kush përfiton nga terapia medikamentoze?**
  - Pacientët me risk të ulët - të moderuar, me HTA të gradës 1 (140-159/90-99) edhe pa dëmtime të organeve target duhet të marrin mjekim nëse TA nuk kontrollohet pas një periudhe të ndryshimit të stilit të jetesës.
  - Pacientët me risk të lartë, me HTA të gradës 1, si dhe ata me dëmtime organore, ose ata me gradë më të lartë të hipertensionit, rekomandohet fillimi i terapisë krahas modifikimit të stilit të jetës.

*Rekomandimet aplikohen për të gjithë pacientët < 80 vjec*

### Sa duhet ulur TA?

- Ulja e vlerave të TAS të matur në zyrë < 140 mmHg është përfituese për të gjithë pacientët.
- Për shumicën e pacientëve përfitimi më i mirë është vlera e TAS 130 mmHg nëse tolerohet prej tyre.
- Ulja e TAS < 130 mmHg ka efekte përfituese në disa kategori pacientësh sidomos për uljen e rrezikut të insultit.
- Ulja e TA < 120 mmHg nuk duhet të jetë si qëllim, pasi duhet vlerësuar rapoti risk/ benefit.
- Për moshat > 65 vjeç, TAS i dëshiruar është 130-139 mmHg.

- Për moshat < 65 vjeç, TAS i dëshiruar është 120-129 mmHg
- Në pacientët me DM, TAS nuk duhet të jetë < 120 mmHg
- Për pacientët me SRK, TAS duhet të jetë 130-139 mmHg
- TAD duhet të ulët < 80 mmHg

## Sa pacientë arrijnë nivelet e dëshiruara të TA nën terapi?

< 50% e pacientëve – si shkaqe kryesore janë titrimi jo adekuat sidomos në monoterapi, dhe aderenca e ulët e pacientit ndaj mjekimit për shkak të numrit të madh të tabletave që duhet të pijë.

- **Filloni terapinë me dy medikamente**
- **Rekomandohet strategjia e marrjes së disa medikamenteve në një tablete të vetme**

## Medikamentet e rekomanduara

- ACE-i, ARB, beta bllokuesit, calciblokuesit dhe diuretikët (tiazidikët dhe të ngjashëm me tiazidikët – clortalidon dhe indapamid) janë baza e mjekimit antihipertensiv.
- Për shumicën e pacientëve hipertensivë rekomandohet terapia e kombinuar si terapi fillestare. Kombinimet e preferuara janë një frenues i sistemit reninë angiotenzinë (ACE-i ose ARB) me një calciblokues ose diuretik. Por mund të përdoren kombinime të tjera të pesë klasave.
- Rekomandohet betablokuesi i kombinuar me njerën nga klasat e tjera në situata specifike si: angina pectoris, post IM, IKK, ose kontroll i frekuencës kardiake.
- Rekomandohet fillimi i terapisë antihipertensive me kombinim të dy medikamenteve mundësisht në një tabletë të vetme.
- Rekomandohet monoterapia tek të moshuarit me dobësi të shprehur fizike, ata me rrezik të ulët, dhe ata me hipertension të gradës 1 (sidomos nese TAS < 150 mmHg).
- Rekomandohet që nëse TA nuk kontrollohet nga kombinimi me dy medikamente, trajtimi duhet të rritet në kombinim tre medikamentesh, zakonisht një bllokues të sistemit reninë angiotenzinë (ACE-i ose ARB) me një calciblokues dhe një diuretic tiazidik/ të ngjashëm tiazidik të kombinuar në një tabletë të vetme.
- Nese TA nuk kontrollohet nga kombinimi i tre medikamenteve, trajtimi duhet të rritet nga shtesa e spironolaktonit, nese ky nuk tolerohet të shtohen diuretikë të tjerë si amiloridi, ose diuretikët e tjerë në doza më të larta, një beta bllokues ose një alfablokues.

## Terapia në hipertensionin e pakomplikuar

- **1 tabletë** – **terapi fillestare** (kombinim dysh) - ACE-i/ARB + CaB ose diuretikë
- **1 tabletë** – **hapi 2** (kombinim tresh) - ACE-i/ARB + CaB + diuretikë
- **2 tableta** – **hapi 3** (kombinim tresh + spironolakton ose një medikament tjetër)
- **Hipertension rezistent** (spironolakton 25-50 mg/d ose një diuretik tjetër, alfa bllokues ose betablokues) – referim tek një qendër e specializuar.

- 
- **Betablokuesit-** në cdo hap të trajtimit kur ka një indikacion specifik- IKK, Anginë, Post IM, FA, në gra të reja shtatzana ose që planifikojnë një shtatëzani.

### **Ndjekja e pacientëve hipertensivë**

- Pas fillimit të terapisë medikamentoze antihipertensive vizita e rikontrollit duhet brenda 2 muajve për të vlerësuar efektin mbi TA dhe mundësinë e efekteve anësore.
- Frekuenca e mëvonshme e vizitave do të varet nga grada e hipertensionit, urgjencës për të arritur kontrollin e TA, dhe sëmundjeve bashkëshoqëruese.
- Terapia e kombinuar në një tabletë të vetme duhet të ulë TA brenda 1-2 javësh dhe të ulë më tej TA brenda 2 muajve nga fillimi i saj.
- Nga momenti që është arritur TA i dëshiruar, rikontrolli duhet kryer midis 3 dhe 6 muajve.
- Për pacientet e stabilizuar frekuenca e vizitave pas këtij momenti do jetë më e rrallë.