



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

«Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Κωδικός MIS: 464637

Νόσημα: Αρτηριακή Υπέρταση

Ομάδα εργασίας: Δρ. Αντώνης Καρότσης (Συντονιστής)
Δρ. Ιωάννα Χρασιώτη (Αναπληρώτρια συντονίστρια)
κ. Δήμητρα Καραγεώργου (Επιστημονικός συνεργάτης)

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Καθηγητής Χρήστος Λιονής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής
Ιατρικής
Τ.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη

UNIVERSITY OF CRETE
FACULTY OF MEDICINE

Clinic of Social and Family Medicine
P.O Box 2208, Heraklion 71003,
Crete, Greece





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύνθεση της ομάδας ανασκόπησης:

ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονικός Υπεύθυνος έργου
ΚΑΡΟΤΣΗΣ ΑΝΤΩΝΗΣ	Ιατρός ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Συντονιστής της ομάδας ανασκόπησης
ΧΡΑΝΙΩΤΗ ΙΩΑΝΝΑ	Ιατρός, Αναπληρώτρια συντονίστρια της ομάδας ανασκόπησης
ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ	Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Υποψήφια Διδάκτωρ, Επιστημονικός συνεργάτης

Σύνθεση της ομάδας ομοφωνίας (κατ' αλφαβητική σειρά):

ΖΕΜΠΕΚΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Αντιυπερτασικής Εταιρείας
ΚΑΥΚΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΚΟΥΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΜΑΡΙΟΛΗΣ ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΣΤΕΡΓΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης της Υπέρτασης
ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΧΑΤΖΗΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ	Εκπρόσωπος Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
PROF. RICHARD HOBBS	Καθηγητής και επικεφαλής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, University of Oxford, Chairman of EPCCS Scientific Organizing Committee
PROF. ARNO HOES	Καθηγητής Επιδημιολογίας και Γενικής Ιατρικής, Julius Center for Health Sciences and Primary Care University Medical Center Utrecht



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Περιεχόμενα

	Πρόλογος	4
1.	Εισαγωγή	5
2.	Ορισμός Αρτηριακής Υπέρτασης	7
3.	Κλινικά ερωτήματα	8
4.	Μεθοδολογία	10
	Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο	14
5.		
6.	Πρακτικός Αλγόριθμος	34
7.	Επίλογος	35
8.	Βιβλιογραφία	36



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Πρόλογος

Είναι μεγάλη χαρά στο πλαίσιο του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013» να προλογίζω ως Επιστημονικός Υπεύθυνος την παρούσα Κατευθυντήρια Οδηγία.

Είναι σημαντικό που για πρώτη φορά στη χώρα μας συντάχθηκαν Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Γενική Ιατρική ως αποτέλεσμα συστηματικής αναζήτησης της βιβλιογραφίας και συμφωνίας με εκπρόσωπους Επιστημονικών Εταιρειών (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης), ιατρών (Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής) και νοσηλευτών (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας), ασθενών και εκπροσώπων της κεντρικής/περιφερειακής διοίκησης καθώς και Ευρωπαϊκών δικτύων. Στο έργο αυτό χρησιμοποιήθηκε μεθοδολογία που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του συγκεκριμένου έργου και αποτελεί σύνθεση δοκιμασμένων εμπειριών και τεχνολογιών από Αμερική, Ευρώπη και Αυστραλία.

Η παρούσα έκδοση παρουσιάζει τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης που ολοκλήρωσε η ομάδα εργασίας για την Αρτηριακή Υπέρταση. Σε αυτήν ο ιατρός γενικής ιατρικής και επαγγελματίας υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) μπορεί να αναζητήσει απαντήσεις σε κλινικά ερωτήματα που τίθενται συχνά στην καθ' ημέρα πράξη και να λάβει αποφάσεις που είναι σύμφωνες με τη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και τη γνώμη των ασθενών.

Θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτού του έργου και ιδιαίτερα τα μέλη της ομάδας έργου (κ. Αντώνη Καρότση που συντόνισε την ομάδα εργασίας, κ. Ιωάννα Χρανιώτη, κ. Δήμητρα Καραγεώργου) που διάβασε συστηματικά τη βιβλιογραφία και συνέταξε μεγάλο μέρος του παρόντος κειμένου, καθώς και την κ. Ειρήνη Βασιλάκη για τον ουσιαστικό της ρόλο στο συντονισμό του έργου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες και στους εκπρόσωπους του European Primary Care Cardiovascular Society (EPCCS), Prof. Richard Hobbs και Prof. Arno Hoes.

Θα είναι τιμή και χαρά για όλους μας, εάν αυτές οι οδηγίες χρησιμοποιηθούν επ' ωφελεία των ασθενών και των υπηρεσιών υγείας, των ιατρών και των νοσηλευτών στην Π.Φ.Υ.

Με εκτίμηση,

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του έργου

Χρήστος Λιονής

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής

Τμήμα Ιατρικής

Πανεπιστήμιο Κρήτης



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

1. Εισαγωγή

Η αυξημένη αρτηριακή πίεση εκτιμάται ότι προκαλεί 7.5 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως, νούμερο που αντιστοιχεί στο 12.8% του συνολικού αριθμού θανάτων (1,2,3).

Από διάφορες μελέτες υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη το ποσοστό των ενηλίκων ατόμων που πάσχουν από υπέρταση κυμαίνεται μεταξύ 25-30% με κάποιες χώρες της ανατολικής Ευρώπης να ξεπερνούν το 40% (4).

Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης αυξάνει με την ηλικία, έτσι ώστε περίπου το 60% των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών να πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση (5,6,7).

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα ο επιπολασμός της υπέρτασης φαίνεται να είναι χαμηλότερος συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, ενώ ταυτόχρονα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο μέσος όρος συστολικής αρτηριακής πίεσης παρουσιάζει αρκετά χαμηλότερες τιμές (8).

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η υπέρταση είναι νόσος ασυμπτωματική. Οι περισσότεροι ασθενείς διαγιγνώσκονται μετά από μία τυχαία μέτρηση της αρτηριακής πίεσης ή μετά από την εκδήλωση επιπλοκών της υπέρτασης. Τα συμπτώματα της υπέρτασης μπορεί να περιλαμβάνουν κεφαλαλγία, πόνο στο θώρακα και θάμβος όρασης. Πρέπει να τονιστεί ότι η απουσία συμπτωμάτων δε διασφαλίζει την απουσία ή την καλή ρύθμιση της υπέρτασης, αντίθετα είναι αναγκαίος ο τακτικός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης. Η απουσία συμπτωμάτων, συμβάλλει στην υποδιάγνωση και υποθεραπεία της υπέρτασης. Περίπου το 30% των ενηλίκων υπερτασικών δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από υπέρταση, ενώ από τους διαγνωσμένους υπερτασικούς μόνο το 50% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή (8). Ωστόσο, οι μισοί από αυτούς διακόπτουν μόνοι τους τη θεραπεία και, τελικά, μόνο το 27% όσων παίρνουν θεραπεία επιτυγχάνει σωστή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (9,10,11,12,16).

Η ανάγκη για πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης υπογραμμίζεται από το γεγονός ότι η υπέρταση αυξάνει τον κίνδυνο ισχαιμικού και αιμορραγικού εγκεφαλικού επεισοδίου, εμφράγματος του μυοκαρδίου, συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας και τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας, ενώ άλλες επιπλοκές περιλαμβάνουν περιφερική αγγειακή νόσο, αιμορραγία του αμφιβληστροειδούς και προβλήματα όρασης (12,13,14,15).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Ιδιαίτερα, για ορισμένες ομάδες πληθυσμού, ο κίνδυνος καρδιαγγειακού κινδύνου διπλασιάζεται για κάθε 20 mmHg αύξησης συστολικής πίεσης ή για κάθε 10 mmHg αύξησης διαστολικής πίεσης, με αρχικό σημείο τιμές 115 και 75 mmHg αντίστοιχα (6).

Η σύνταξη και η δημοσίευση νέων διεθνών οδηγιών δικαιολογείται από την πρόσφατη δημοσίευση πολλών σημαντικών μελετών, αλλά δεν καταργεί την ανάγκη σύνταξης εθνικών οδηγιών που να είναι προσαρμοσμένες στις συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα ως προς τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (επιπολασμός, σχετιζόμενος κίνδυνος, ποσοστά ρύθμισης), τις αντιλήψεις και τον τρόπο ζωής, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τις δυνατότητες και τη δομή των συστημάτων δημόσιας υγείας κάθε χώρας.

Η Ελλάδα διαφέρει σε πολλά σημεία από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι μικρότερος συγκριτικά με χώρες της Β.Ευρώπης, η επίπτωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων αυξάνει, ενώ, αντίθετα με τις περισσότερες χώρες, η χρήση των μετρήσεων της πίεσης στο σπίτι στην Ελλάδα είναι ευρύτατα διαδεδομένη, ώστε να λειτουργεί ως ένα είδος εθνικού

προγράμματος διάγνωσης της υπέρτασης και η αντιμετώπιση της υπέρτασης γίνεται κυρίως από ειδικευμένους καρδιολόγους και παθολόγους και λιγότερο από γενικούς γιατρούς του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ). Είναι λοιπόν, σκόπιμη η προσαρμογή της στρατηγικής αντιμετώπισης της υπέρτασης στα ιδιαίτερα αυτά εθνικά χαρακτηριστικά και κατά συνέπεια, είναι επιβεβλημένη η σύνταξη ιδιαίτερων οδηγιών για Γενικούς Ιατρούς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και γενικά επαγγελματιών υγείας που λειτουργούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

2. Ορισμός Αρτηριακής Υπέρτασης

Η αρτηριακή υπέρταση είναι ένα εξελικτικό καρδιαγγειακό σύνδρομο προερχόμενο από περίπλοκα διαπλεκόμενες αιτιολογίες. Πρώιμοι δείκτες του συνδρόμου προηγούνται συχνά προτού παρατηρηθεί αύξηση της ΑΠ. Η εξέλιξη σχετίζεται ισχυρά με λειτουργικές και οργανικές καρδιακές και αγγειακές ανωμαλίες οι οποίες βλάπτουν την καρδιά, τους νεφρούς, τον εγκέφαλο, τα αγγεία και άλλα όργανα και οδηγούν σε πρώιμη νοσηρότητα και θάνατο (17,18,20) .

Μέ τον όρο αρτηριακή υπέρταση εννοούμε τις αυξημένες τιμές της συστολικής (≥ 140 mmHg) ή και της διαστολικής (≥ 90 mmHg) αρτηριακής πίεσης (18,21).

Ωστόσο για ειδικές πληθυσμιακές ομάδες όπως οι πάσχοντες από Σακχαρώδη Διαβήτη και οι πάσχοντες από Νεφρική νόσο θα πρέπει να θεωρούμε ως αρτηριακή υπέρταση τιμές της συστολικής (≥ 130 mmHg) ή και της διαστολικής (≥ 80 mmHg) αρτηριακής πίεσης (19,20).

Στις Εθνικές Αμερικανικές Οδηγίες για την Υπέρταση (JNC-7, 2003), τιμές αρτηριακής πίεσης 120-139/80-89 mmHg χαρακτηρίζονται ως "προϋπέρταση", επειδή συνδέονται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης αλλά και μεγαλύτερο καρδιαγγειακό κίνδυνο συγκριτικά με χαμηλότερες τιμές πίεσης. Η υιοθέτηση του όρου αυτού που αφορά σε μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού, στοχεύει στην ευρύτερη εφαρμογή μη φαρμακευτικών μέσων για την καθυστέρηση της εμφάνισης της υπέρτασης και στη στενότερη παρακολούθηση για την έγκαιρη έναρξη (21,19) .

Οι πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης (ESH-2009) ωστόσο, επισημαίνουν ότι δεν υπάρχουν δεδομένα ικανά σε αριθμό που να τεκμηριώνουν ότι η μείωση της Αρτηριακής πίεσης κάτω από το επίπεδο 130/80 mmHg μπορεί να συνδεθεί με μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων (19) .



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

3. Κλινικά ερωτήματα

Τα κλινικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν από τις επιμέρους ομάδες ανασκόπησης ομαδοποιήθηκαν βάσει ενός κοινού πλαισίου αναφοράς. Για το λόγο αυτό σχηματίστηκαν ενιαίες κατηγορίες. Η ταξινόμηση των κλινικών ερωτημάτων έγινε σε πέντε ομάδες αναφορικά με: τη διάγνωση και τα διαγνωστικά εργαλεία, τις παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη), την πρόληψη, την παραπομπή, τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας. Βασική προϋπόθεση της προσπάθειας αυτής ήταν τα ερωτήματα να προέρχονταν από την κλινική εμπειρία σε δομές Π.Φ.Υ. και να διατυπώνονταν με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονταν στην ελληνική πραγματικότητα.

Τα μείζονα κλινικά ερωτήματα που εν τέλει διατυπώθηκαν από την ομάδα ανασκόπησης της ΑΠ στην αρχή του έργου (Παραδοτέο 1.1) και κατεύθυναν τη διατύπωση των συστάσεων ήταν τα ακόλουθα:

Αναφορικά με τη διάγνωση και τα διαγνωστικά εργαλεία:

1. Υπάρχουν κριτήρια εκτέλεσης, διαφοροποίησης, αξιολόγησης και κατάταξης των μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης ή θεωρούμε ότι η μέτρηση είναι μια ενιαία απλοποιημένη διαδικασία που απαιτεί απλά ένα όργανο που λέγεται πιεσόμετρο;

2. Απαιτείται κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος και εάν ναι:

α) τι σκοπεύουμε να αποδείξουμε με αυτόν;

β) ποιες είναι οι εξετάσεις επιλογής ως προς την εξειδίκευση/ αποτελεσματικότητα/ κόστος/ προσβασιμότητα σε αυτές ώστε να εξασφαλίζεται η αντιπροσωπευτικότητα του εν λόγω ελέγχου;

3. Με ποιο ή ποιά κριτήρια θα επιλεχθούν οι υποομάδες πληθυσμού που πρέπει να υποβληθούν σε έλεγχο για πιθανή διάγνωση υπέρτασης;

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη):

4. Ποια είναι τα κριτήρια έναρξης και διαμόρφωσης της φαρμακευτικής αγωγής υπό το πρίσμα της εκτίμησης του συνολικού ΚΑΚ και της συννοσηρότητας;

5. Ποια κριτήρια καθορίζουν την στρατηγική της φαρμακοθεραπείας (έναρξη, τιτλοποίηση, τροποποίηση, παραπομπή στον ειδικό) καθώς και την εφαρμογή της στον ασθενή σε συνάρτηση με το κόστος και την αποτελεσματικότητα;



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

6. Μπορεί η μη φαρμακευτική αγωγή να τροποποιήσει θετικά την αντιμετώπιση τόσο της υπέρτασης όσο και των συνυπαρχόντων παραγόντων κινδύνου;

Αναφορικά με την πρόληψη:

7. Σε ποιο βαθμό η εμπλοκή του Γενικού ιατρού αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού συνεπάγεται την καλύτερη πρώιμη ανίχνευση και αντιμετώπιση των δυνητικών υπερτασικών αλλά και τη μείωση των εκβάσεων των ήδη υπαρχόντων;

8. Σε ποιο βαθμό η αλλαγή τρόπου ζωής προλαβαίνει ή μεταθέτει την εμφάνιση της υπέρτασης;

Αναφορικά με την παραπομπή:

9. Ποια είναι τα κριτήρια αναγκαιότητας εκτέλεσης ιατρικών εξετάσεων/ πράξεων σε συνάρτηση με την ασφαλή αντιμετώπιση του υπερτασικού συνυπολογιζόμενου και του παράγοντα κόστους/διαγνωστικής αξίας της κάθε εξέτασης;

Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας:

10. Ποια οργανωτικά χαρακτηριστικά σε μια δομή Π.Φ.Υ. επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα ως προς την αποδοτικότερη (κόστους /οφέλους) διαχείριση του ατόμου με υπέρταση;



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

4. Μεθοδολογία

Σκοπός της Κ.Ο. για την αρτηριακή υπέρταση

Στην Ελλάδα παρουσιάζεται μεγάλη διακύμανση στην εφαρμογή των ιατρικών πρακτικών. Η υιοθέτηση από τους παρόχους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κοινών κατευθυντηρίων οδηγιών υψηλής τεκμηρίωσης ως οδηγός για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων για την αντιμετώπιση της Αρτηριακής Υπέρτασης κρίθηκε μείζονος σημασίας, δεδομένου ότι ενισχύουν την υπευθυνότητα, μειώνουν τις αποκλίσεις στις ιατρικές πράξεις, εξοικονομούν πόρους και παρέχουν ως ένα βαθμό διαφάνεια^{19,20}.

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω παραμέτρους, ως κύριος σκοπός της προσπάθειας σύνταξης των πρώτων Κατευθυντηρίων Οδηγιών όσον αφορά στη διαχείριση της ΑΠ στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα τέθηκε η διατύπωση συστάσεων αναφορικά με τη διαχείριση της ΑΠ στοχεύοντας αφενός στην ανάπτυξη παρεμβάσεων προαγωγής υγείας και αφετέρου στην πρόληψη της νόσου και στην πρόληψη της επιδείνωσης της.

Σε ποιους απευθύνεται

Οι συστάσεις που διατυπώνονται στην παρούσα Κατευθυντήρια Οδηγία για την ΑΠ απευθύνονται στους παρόχους υγείας που εργάζονται σε δομές Π.Φ.Υ. στην ελληνική επικράτεια. Πρωταρχικοί αποδέκτες είναι οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην Π.Φ.Υ., ωστόσο η Κ.Ο. απευθύνεται και στους άλλους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. (νοσηλεύτες/ριες, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, διαιτολόγοι, φαρμακοποιοί κ.α.) ώστε να τους βοηθήσει να αναγνωρίζουν έγκαιρα και συνεπώς να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τους ασθενείς με ΑΠ στα πλαίσια της Π.Φ.Υ.

Μεθοδολογία ανάπτυξης της Κ.Ο.

Στο πλαίσιο των εργασιών για τις ανάγκες του παρόντος έργου, δημιουργήθηκε ένα εγχειρίδιο της μεθοδολογίας για την Ανάπτυξη Κατευθυντηρίων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σε αυτό, περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία και τα επιστημονικά εργαλεία που ακολούθησε η κάθε επιστημονική ομάδα. Στη συνέχεια επιχειρείται μια σύντομη περιγραφή των υιοθετηθέντων βημάτων.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η ομάδα εργασίας, στην προσπάθεια της σύνταξης των συστάσεων αναφορικά με τη διαχείριση της ΑΠ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, προέβει σε συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας: α) σε επιλεγμένους ιστοτόπους οι οποίοι αποτελούν αξιόπιστες πηγές αναζήτησης κατευθυντηρίων οδηγιών και β) σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων υψηλής ποιότητας. Προηγουμένως, είχε πραγματοποιηθεί η διατύπωση του ορισμού της νόσου καθώς και τα κλινικά ερωτήματα τα οποία κατεύθυναν την αναζήτηση.

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου, η ομάδα ανασκόπησης αναζήτησε Κατευθυντήριες Οδηγίες από δικτυακούς τόπους σύμφωνα με δημοσιευμένο άρθρο²¹ του Επιστημονικά Υπεύθυνου του έργου, κ. Χ. Λιονή όπου έχει διαμορφωθεί ένας κατάλογος Επιστημονικών Εταιριών ή Κολεγίων Γενικών Ιατρών με εμπειρία στην ανάπτυξη Κατευθυντηρίων Οδηγιών. Επιπρόσθετα, η ομάδα ανασκόπησης επέκτεινε την αναζήτηση αυτή και σε άλλους Ευρωπαϊκούς και διεθνείς γνωστούς ιστοτόπους παραγωγής και διανομής Κ.Ο. για την ΑΠ. Προς αξιολόγηση επιλέχθηκαν οι Κατευθυντήριες Οδηγίες που ήταν προϊόν συμφωνίας ειδικών (consensus), ήταν επιστημονικά τεκμηριωμένες (evidence based) και είχαν δημοσιευτεί την τελευταία πενταετία. Εν συνεχεία, οι εντοπισθείσες κατευθυντήριες οδηγίες αξιολογήθηκαν από τα μέλη της ομάδας. Απώτερος σκοπός, ήταν να επιλεγθούν προς αξιολόγηση οι Κατευθυντήριες Οδηγίες που παρουσίαζαν μεγαλύτερη συνάφεια με το σκοπό του παρόντος εγχειρήματος και μπορούσαν να εφαρμοστούν στην ελληνική πραγματικότητα. Η ποιότητα των Κ.Ο. αξιολογήθηκε με το εργαλείο AGREE (έκδοση Ι). Τέσσερις Κ.Ο. από τις συνολικά 11 που βρέθηκαν, κρίθηκαν ως αποδεκτής ποιότητας και χρησιμοποιήθηκαν για την διατύπωση των συστάσεων.

Αναφορικά με την ανασκόπηση των άρθρων, εξετάσαμε όλες τις δημοσιευμένες εργασίες που εντοπίσαμε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων υψηλής ποιότητας PUBMED (<http://www.pubmed.com/>), με σκοπό να απαντήσουμε στα κλινικά ερωτήματα αναφορικά με τη νόσο.

Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν ξεχωριστοί αλγόριθμοι αναζήτησης για κάθε κλινικό ερώτημα συνδυάζοντας τις λέξεις-κλειδιά (key-words) και χρησιμοποιώντας ως επί το πλείστον ιατρικές θεματικές επικεφαλίδες (Mesh terms). Τα κριτήρια εισαγωγής που τέθηκαν κατά τη συστηματική ανασκόπηση των εργασιών, ήταν ο τύπος μελέτης (συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές), το χρονικό διάστημα δημοσίευσης (πενταετία), και η γλώσσα του κειμένου (αγγλικά,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

ελληνικά). Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας στην βάση δεδομένων που προαναφέρθηκε προέκυψαν συνολικά 804 μελέτες για όλα τα ερωτήματα.

Στην συνέχεια, ανασκοπήθηκαν από τα μέλη της ομάδας τα επιλεγμένα βάσει τα κριτήρια άρθρα. Η ανασκόπηση περιελάμβανε την ανάγνωση του τίτλου καθώς και της περίληψης των άρθρων που προέκυπταν από τον αλγόριθμο αναζήτησης ανά κλινικό ερώτημα. Παρέμειναν 158 μελέτες, οι οποίες ήταν συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές.

Μετά την εφαρμογή του εργαλείου AMSTAR επιλέχθηκαν 29 Μετα-αναλύσεις και Συστηματικές Ανασκοπήσεις. Στη συνέχεια, με τη χρήση του δελτίου κριτικής αποτίμησης για ΤΕΚΔ (RCTs' Critical Appraisal Sheet), ή του δελτίου αποτίμησης Διαγνωστικών Μελετών (Diagnostic Study Appraisal Work Sheet) του Centre of Evidence Based Medicine του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, επιλέχθηκαν συνολικά 38 Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Κλινικές Δοκιμές.

Μετά την ολοκλήρωση των προαναφερθέντων βημάτων, τα αποτελέσματα της επιλεγμένης βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν για την διατύπωση των συστάσεων. Στο στάδιο αυτό πραγματοποιήθηκε και η εκτίμηση του επιπέδου τεκμηρίωσης της κάθε σύστασης σύμφωνα με το σύστημα που προτείνεται από το National Health and Medical Research Council²⁶.

Οι διαμορφωθείσες συστάσεις απεστάλησαν ηλεκτρονικά μαζί με μια επτάβαθμη βαθμολογημένη κλίμακα (Α' κύκλος DELPHI) στα μέλη του consensus panel προκειμένου να γίνει μια πρώτη εκτίμηση και διατύπωση σχολίων που θα συνέβαλαν καθοριστικά στην τελική συνάντηση ομοφωνίας στην Κρήτη. Τα σχόλια που διατυπώθηκαν συνέβαλαν στην αναδιαμόρφωση ορισμένων συστάσεων ενώ πραγματοποιήθηκε και μια πρώτη εκτίμηση του βαθμού σύγκλισης των απόψεων των πάνελιστ.

Στην συνέχεια, οι επαναδιατυπωμένες συστάσεις παρουσιάστηκαν στα μέλη του consensus panel στη συνάντηση ομοφωνίας που πραγματοποιήθηκε για την ΑΠ. Την πρώτη μέρα στη συνάντηση ομοφωνίας πραγματοποιήθηκε εκτενής συζήτηση αναφορικά με το περιεχόμενο και τη διατύπωση κάθε σύστασης στην ελληνική γλώσσα. Την δεύτερη μέρα, τα μέλη της συνάντησης ομοφωνίας κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τις διαμορφωθείσες συστάσεις βάσει του Δελτίου Αξιολόγησης των συστάσεων του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας (National Health and Medical Research



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Council) της Αυστραλίας. Κάθε σύσταση αξιολογήθηκε αναφορικά με την τεκμηρίωσή της, τη συνοχή της, την κλινική της επίδραση, τη δυνατότητα γενίκευσής της και τη δυνατότητα εφαρμογής της. Από το άθροισμα των βαθμολογιών των επιμέρους αυτών στοιχείων, προέκυψε το επίπεδο τεκμηρίωσης κάθε σύστασης (Α= Το σύνολο των τεκμηρίων μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο στην πράξη, Β= Το σύνολο των τεκμηρίων μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο στην πράξη στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, C=Το σύνολο των τεκμηρίων ενισχύει μερικώς τις συστάσεις αλλά πρέπει να δίνεται προσοχή στην εφαρμογή του, D= Το σύνολο των τεκμηρίων δεν έχει μεγάλη ισχύ και πρέπει να εφαρμόζεται με προσοχή).

Δήλωση συμφερόντων

Όλοι οι συνεργάτες που συνέβαλαν στη συγγραφή της παρούσας Κ.Ο. δηλώνουν ότι δεν υπόκεινται σε σύγκρουση συμφερόντων και βεβαιώνουν ότι δεν απασχολούνται στη φαρμακευτική βιομηχανία.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

5. Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο

Διάγνωση και διαγνωστικά εργαλεία

Σύσταση 1: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να αντιμετωπίζουν ως άτομα με υπέρταση όλα εκείνα που παρουσιάζουν τιμές Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης μεγαλύτερες ή ίσες με 140mmHg ή/ και Διαστολικής Αρτηριακής Πίεσης μεγαλύτερες ή ίσες με 90mmHg διαπιστωμένες σε τουλάχιστον δύο διαφορετικές επισκέψεις στο ιατρείο και με τουλάχιστον 2 μετρήσεις σε κάθε επίσκεψη μετά από λίγα λεπτά ανάπαυσης σε καθιστή θέση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Η συνεχής σχέση μεταξύ της αρτηριακής πίεσης, του συνολικού Καρδιαγγειακού Κινδύνου και των εκδηλώσεων από τους νεφρούς κάνει τη διάκριση μεταξύ της φυσιολογικής αρτηριακής πίεσης και της αρτηριακής υπέρτασης δύσκολη όταν βασίζεται σε μεμονωμένες μετρήσεις. Στην πράξη, ωστόσο, οι μεμονωμένες μετρήσεις αρτηριακής πίεσης χρησιμοποιούνται καθολικά, τόσο για την απλοποίηση της διαγνωστικής προσέγγισης όσο και για να διευκολυνθεί η απόφαση σχετικά με τη θεραπεία.

Μέ τον όρο αρτηριακή υπέρταση εννοούμε τιμές της συστολικής αρτηριακής πίεσης (≥ 140 mmHg) ή και της διαστολικής (≥ 90 mmHg) (18,21).

Όσον αφορά τις μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, αυτές διακρίνονται σε μετρήσεις στο ιατρείο και σε μετρήσεις εκτός ιατρείου (23).

Για τις μετρήσεις που γίνονται στο ιατρείο θα πρέπει να τηρούνται οι εξής παράμετροι:

α. Να μπορούν οι ασθενείς να αναπαύονται για 3-5 λεπτά πριν από την έναρξη των μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης.

β. Να λαμβάνονται τουλάχιστον δύο μετρήσεις αρτηριακής πίεσης σε καθιστή θέση, σε διάστημα 1-2 λεπτών μεταξύ τους, καθώς και πρόσθετες μετρήσεις, εάν οι δύο πρώτες είναι αρκετά διαφορετικές. Να λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος των μετρήσεων εφόσον κρίνεται σκόπιμο.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

γ. Να λαμβάνονται επαναλαμβανόμενες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης για να βελτιωθεί η ακρίβεια σε ασθενείς με αρρυθμίες, όπως κολπική μαρμαρυγή.

δ. Να χρησιμοποιείται σταθερού μεγέθους περιχειρίδα (12-13 εκ. πλάτος και 35 εκ. μήκος), αλλά να είναι διαθέσιμες μία μεγαλύτερη και μία μικρότερη περιχειρίδα για μεγάλα (περίμετρος βραχίονα > 32 εκ.) και λεπτά χέρια, αντίστοιχα.

ε. Να τοποθετείται η περιχειρίδα στο επίπεδο της καρδιάς, ανεξάρτητα από τη θέση του ασθενούς.

στ. Όταν εφαρμόζεται η ακροαστική μέθοδος, να χρησιμοποιούνται οι φάσεις I και V (εξαφάνιση) των ήχων Korotkoff για να προσδιοριστούν η συστολική και η διαστολική πίεση αντίστοιχα.

ζ. Κατά την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο, να γίνεται μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και στα δύο άνω άκρα για τον εντοπισμό πιθανών διαφορών. Σε αυτήν την περίπτωση, θεωρήστε το άνω άκρο με την υψηλότερη τιμή ως τιμή αναφοράς. Κατά την πρώτη επίσκεψη να πραγματοποιείται μέτρηση αρτηριακής πίεσης 1 και 3 λεπτά μετά την ανάληψη όρθιας θέσης σε ηλικιωμένα άτομα, ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, και άλλες συνθήκες υπό τις οποίες η ορθοστατική υπόταση μπορεί να είναι συχνή ή αυξημένης υποψίας.

η. Στην περίπτωση μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης με συμβατικά μέσα, να μετράται η καρδιακή συχνότητα με ψηλάφηση του σφυγμού (τουλάχιστον 30 δευτερόλεπτα) μετά τη δεύτερη μέτρηση σε καθιστή θέση (18,20,22).

Σύσταση 2: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να διαγιγνώσκουν ως υπέρταση λευκής μπλούζας την αρτηριακή υπέρταση που διαπιστώνεται στο ιατρείο σε τουλάχιστον 3 επισκέψεις, ενώ η τιμή της Αρτηριακής Πίεσης παραμένει χαμηλή σε μετρήσεις εκτός ιατρείου (με 24ωρη καταγραφή της πίεσης ή με μετρήσεις στο σπίτι). Στις περιπτώσεις αυτές, εφόσον δεν υπάρχει αυξημένος συνολικός Καρδιαγγειακός Κίνδυνος, συστήνονται μόνο αλλαγές του τρόπου ζωής και τακτική ιατρική παρακολούθηση (1-2 φορές το χρόνο).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Η υπέρταση λευκής μπλούζας ορίζεται ως αυξημένη πίεση στο ιατρείο σε τουλάχιστον 3 επισκέψεις, ενώ εκτός ιατρείου (με 24ωρη καταγραφή της πίεσης ή με μετρήσεις στο σπίτι)



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

η πίεση είναι φυσιολογική. Το φαινόμενο είναι συχνό, ακόμα και σε υπερτασικά άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία και μπορεί να οδηγήσει σε υπερθεραπεία.

Τα άτομα με υπέρταση λευκής μπλούζας δεν χρειάζονται φαρμακευτική θεραπεία υπό την προϋπόθεση ότι (1) η διάγνωση έχει επιβεβαιωθεί, (2) δεν υπάρχουν ενδείξεις προσβολής οργάνων-στόχων και (3) ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι μικρός.

Επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται μέσα σε διάστημα μερικών εβδομάδων ή μηνών με επανάληψη της ίδιας ή της άλλης τεχνικής (24ωρη καταγραφή ή μετρήσεις στο σπίτι). Η υπέρταση λευκής μπλούζας αντιμετωπίζεται με μη φαρμακευτικά μέσα και παρακολουούθηση 1-2 φορές το χρόνο με μετρήσεις της πίεσης στο ιατρείο και εκτός ιατρείου. Στις περισσότερες περιπτώσεις, μετά από κάποιο διάστημα (συνήθως μερικών ετών) χρειάζεται αντιυπερτασική θεραπεία λόγω αύξησης της πίεσης και εκτός ιατρείου (22,23,24,25).

Σύσταση 3: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να διαγιγνώσκουν τα άτομα με χαμηλή τιμή αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο αλλά αυξημένη εκτός ιατρείου (σε 24ωρη καταγραφή της πίεσης ή σε μετρήσεις στο σπίτι) ως έχοντα "συγκαλυμμένη" υπέρταση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τα τελευταία χρόνια συζητείται το φαινόμενο της "συγκαλυμμένης" υπέρτασης (masked hypertension), δηλαδή φυσιολογική πίεση στο ιατρείο αλλά αυξημένη εκτός ιατρείου, η οποία είναι εξίσου συχνή με την υπέρταση λευκής μπλούζας. Η συγκαλυμμένη υπέρταση συνδέεται με βλάβη οργάνων στόχων και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο σχεδόν όσο και η αρρύθμιστη υπέρταση. Η διάγνωση τίθεται με 24ωρη καταγραφή ή με μετρήσεις στο σπίτι και χρειάζεται επιβεβαίωση με την ίδια ή εναλλακτική τεχνική σε διάστημα μερικών εβδομάδων ή μηνών. Αν η πίεση εκτός ιατρείου παραμένει σταθερά αυξημένη συνιστάται φαρμακευτική θεραπεία (22,23,25) .

Σύσταση 4: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να προτείνουν 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης σε επιλεγμένες περιπτώσεις όπως η υπέρταση λευκής μπλούζας και η συγκαλυμμένη υπέρταση.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III

Βαθμός Σύστασης: Α

Η κύρια ένδειξη της 24ωρης καταγραφής είναι η διάγνωση της υπέρτασης λευκής μπλούζας (μεμονωμένης υπέρτασης ιατροείου). Άλλες ενδείξεις είναι: συγκαλυμμένη υπέρταση, οριακή υπέρταση σε άτομα με μικρό καρδιαγγειακό κίνδυνο, ανθεκτική υπέρταση, ασυνήθιστη μεταβλητότητα της πίεσης και συμπτώματα υπότασης σε άτομα υπό αντιυπερτασική θεραπεία.

Πολλές από τις διαθέσιμες στην αγορά συσκευές για 24ωρη καταγραφή δεν έχουν ελεγχθεί με την ενδεδειγμένη μεθοδολογία ή αποδείχθηκαν αναξιόπιστες. Πληροφορίες για την αξιοπιστία των συσκευών είναι διαθέσιμες στο διαδίκτυο (www.dablededucational.org ή www.hypertension.gr) (25,27).

Σύσταση 5: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να προτρέπουν άτομα με αρτηριακή υπέρταση να παρακολουθούν την αρτηριακή τους πίεση στο σπίτι με πιστοποιημένα ηλεκτρονικά πιεσόμετρα βραχίονα.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III

Βαθμός Σύστασης: Β

Το μεγάλο πλεονέκτημα της καταγραφής της αρτηριακής πίεσης εκτός ιατροείου είναι ότι παρέχει έναν μεγάλο αριθμό μετρήσεων μακριά από το ιατρικό περιβάλλον, το οποίο αντιπροσωπεύει μια πιο αξιόπιστη εκτίμηση της πραγματικής αρτηριακής πίεσης σε σχέση με αυτή στο ιατρείο. Η εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης εκτός ιατροείου γίνεται συνήθως από το ίδιο το άτομο του οποίου η πίεση εκτιμάται, μέσω 24ωρης καταγραφής ή προγραμματισμένων μετρήσεων στο σπίτι. Η τιμή της αρτηριακής πίεσης που μετράται στο ιατρείο είναι συνήθως υψηλότερη από αυτή εκτός ιατροείου και η διαφορά αυξάνεται όσο η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο αυξάνει(16,27,28).

Αξιόπιστες μετρήσεις στο σπίτι μπορεί να γίνουν με αξιόπιστο υδραργυρικό ή μεταλλικό πιεσόμετρο και την κλασική στηθοσκοπική τεχνική, εφόσον έχει προηγηθεί σχολαστική εκπαίδευση. Συνιστώνται, όμως, τα αυτόματα ηλεκτρονικά πιεσόμετρα με μνήμη που μετρούν την πίεση στο βραχίονα. Για τη σωστή χρήση των πιεσομέτρων αυτών χρειάζεται λιγότερη εκπαίδευση και οι μετρήσεις γίνονται με αντικειμενικό τρόπο. Δυστυχώς, λίγα από τα ηλεκτρονικά πιεσόμετρα που κυκλοφορούν στην αγορά έχουν ελεγχθεί με την ενδεδειγμένη μεθοδολογία και είναι αξιόπιστα. Τα πιεσόμετρα καρπού είναι λιγότερο αξιόπιστα και δεν συνιστώνται. Πληροφορίες για την αξιοπιστία των πιεσομέτρων είναι διαθέσιμες στο διαδίκτυο (www.dablededucational.org ή www.hypertension.gr).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Για τη μακροχρόνια παρακολούθηση της πίεσης σε άτομα υπό θεραπεία, 1-2 μετρήσεις της πίεσης την εβδομάδα είναι συνήθως αρκετές. Πριν από κάθε επίσκεψη στο ιατρείο συνιστάται να γίνονται μετρήσεις για 7 εργάσιμες μέρες (διπλές μετρήσεις μετά από 5 λεπτά ανάπαυσης σε καθιστή θέση, το πρωί πριν από τη λήψη των φαρμάκων και το απόγευμα) σε διάστημα 1-2 εβδομάδων και να υπολογίζεται ο μέσος όρος.

Καθημερινή μέτρηση της πίεσης και αλλαγές στη θεραπεία ως αποτέλεσμα μεμονωμένων μετρήσεων πρέπει να αποφεύγονται.

Σύσταση 6: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε κάθε άτομο με αρτηριακή υπέρταση να υπολογίζουν το συνολικό Καρδιαγγειακό Κίνδυνο και να τον διαβαθμίζουν σε μικρό, μέσο, μεγάλο και πολύ μεγάλο.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Η εκτίμηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου είναι εύκολη σε συγκεκριμένες υποομάδες ασθενών, όπως σε αυτούς με προηγούμενη εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (CVD), με διαβήτη, στεφανιαία νόσο ή με σοβαρά αυξημένους παράγοντες επικινδυνότητας. Σε όλες αυτές τις συνθήκες, ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι μεγάλος ή πολύ μεγάλος, απαιτώντας εντατικά μέτρα μείωσης του καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο, ένας μεγάλος αριθμός των ατόμων με υπέρταση δεν ανήκουν σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες και ο εντοπισμός όσων βρίσκονται σε μικρό (Low), μέσο (Moderate), μεγάλο (high) ή πολύ μεγάλο (very high) καρδιαγγειακό κίνδυνο απαιτεί τη χρήση μοντέλων για την εκτίμηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου, έτσι ώστε να είναι σε θέση να προσαρμοστεί η θεραπευτική προσέγγιση αναλόγως. Αρκετές υπολογιστικές μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί για τον υπολογισμό του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου. Οι τιμές και οι περιορισμοί τους έχουν αξιολογηθεί πρόσφατα. Το μοντέλο της Συστηματικής Εκτίμησης του Στεφανιαίου Κινδύνου (SCORE) έχει αναπτυχθεί με βάση μεγάλες ευρωπαϊκές μελέτες (Cohort studies). Το μοντέλο υπολογίζει τον 10ετή κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακή (όχι μόνο στεφανιαία) νόσο με βάση την ηλικία, το φύλο, το κάπνισμα, την ολική χοληστερόλη και τη συστολική αρτηριακή πίεση.

Στο μοντέλο SCORE, ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος, εκφράζεται ως ο απόλυτος κίνδυνος θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο μέσα σε 10 χρόνια. Λόγω της μεγάλης εξάρτησής του από την ηλικία, σε νέους ασθενείς, ο απόλυτος συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος μπορεί να είναι μικρός, ακόμη και με την παρουσία υψηλής αρτηριακής πίεσης με επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου. Η κατάταξη σε μικρό, μέσο, μεγάλο και πολύ μεγάλο κίνδυνο διατηρείται στις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες και αναφέρεται στον κίνδυνο



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

10ετούς θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών συμβαμάτων, όπως ορίζονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες πρόληψης της ESC 2012 (23,30,31).

Σύσταση 7: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να ζητούν στους νεοδιαγνωσθέντες με αρτηριακή υπέρταση ως απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις: γλυκόζη, ολική χοληστερόλη, HDL και LDL χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, ουρία, κρεατινίνη, ουρικό οξύ, κάλιο, νάτριο, γενική αίματος, γενική εξέταση ούρων και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III

Βαθμός Σύστασης: A

Οι εργαστηριακές εξετάσεις στοχεύουν στο να παρέχουν στοιχεία για την παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου, να ερευνούν την ύπαρξη δευτεροπαθούς υπέρτασης και την απουσία ή την παρουσία βλαβών σε άλλα όργανα.

Η σχολαστική λήψη οικογενειακού και ατομικού ιστορικού καθώς και η προσεκτική κλινική εξέταση είναι απαραίτητες σε όλα τα άτομα με αυξημένη πίεση, με σκοπό την αξιολόγηση όλων των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, την ανίχνευση ασυμπτωματικής βλάβης ή νόσου στα όργανα στόχους (στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αρτηριοπάθεια, νεφρική βλάβη) και τη διάγνωση δευτεροπαθούς υπέρτασης. Χρειάζονται επίσης πληροφορίες για τον τρόπο ζωής, το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ και αλατιού, τη σωματική δραστηριότητα και τη χρήση φαρμάκων.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις είναι: σάκχαρο, ολική, HDL και LDL χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, κρεατινίνη, ουρία, ουρικό οξύ, κάλιο, νάτριο, γενική αίματος, γενική εξέταση ούρων και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Συνιστάται ο υπολογισμός της κάθαρσης κρεατινίνης μέσω της εξίσωσης Cockcroft-Gault*. Εξετάσεις για την αποκάλυψη ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων (υπερηχογράφημα καρδιάς και καρωτίδων, μέτρηση μικρολευκωματινουρίας) είναι χρήσιμες, κυρίως σε περιπτώσεις με αμφιβολία για την αναγκαιότητα της θεραπείας (π.χ. οριακές τιμές πίεσης ή υπέρταση λευκής μπλούζας) (23).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

* Εξίσωση Cockcroft-Gault για τον υπολογισμό της κάθαρσης κρεατινίνης

$$\text{Κάθαρση κρεατινίνης (ml/min)} = \frac{(140 - \text{ηλικία}) \times \text{βάρος σώματος (kg)}}{72 \times \text{κρεατινίνη ορού (mg/dl)}}$$

× 0,85 στις γυναίκες

Παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη)

Σύσταση 8: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να προτρέπουν κάθε υπέρβαρο άτομο με αρτηριακή υπέρταση ή υψηλή φυσιολογική πίεση να ελαττώνει το σχετικό σωματικό του βάρος (Δείκτης Μάζας Σώματος μικρότερος από 25 kg/m²) και την περιφέρεια μέσης του σε λιγότερο από 102 εκ. για τους άνδρες και σε λιγότερο από 88 εκ. για τις γυναίκες.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A

Για τη μείωση της πίεσης, το αποτελεσματικότερο μη φαρμακευτικό μέσο, είναι η ελάττωση του σωματικού βάρους στους υπέρβαρους ή παχύσαρκους υπερτασικούς. Ακόμα και μικρή μείωση του βάρους (5 kg) μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της πίεσης και τη βελτίωση άλλων παραγόντων κινδύνου (30,32,33).

Σύσταση 9: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να προτρέπουν κάθε άτομο με αρτηριακή υπέρταση ή υψηλή φυσιολογική πίεση να διακόπτει άμεσα το κάπνισμα.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I,II

Βαθμός Σύστασης: A

Παρ' ότι το κάπνισμα επηρεάζει λίγο την αρτηριακή πίεση, η διακοπή του αποτελεί τον πρώτο στόχο για τους υπερτασικούς καπνιστές, αφού αποτελεί εξίσου σημαντικό, και σε μερικές περιπτώσεις σημαντικότερο, παράγοντα κινδύνου με την υπέρταση (34).

Σύσταση 10: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς, στους άλλους ιατρούς και τους λοιπούς επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να ενθαρρύνουν κάθε άτομο με αρτηριακή υπέρταση ή υψηλή φυσιολογική πίεση να:



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

- υιοθετεί δίαιτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, άπαχα γαλακτοκομικά, κάλιο και ασβέστιο και φτωχή σε λιπαρά,
- μειώνει την πρόσληψη αλατιού στο φαγητό και την κατανάλωση αλκοόλ σε 1-2 πρότυπα ποτά ημερησίως, και
- πραγματοποιεί τακτική σωματική άσκηση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A

Τα μη φαρμακευτικά μέσα είναι χρήσιμα σε όλα τα υπερτασικά άτομα, ανεξάρτητα από το αν υποβάλλονται ή όχι σε φαρμακευτική αγωγή, αλλά και στα άτομα με οριακή υπέρταση. Με την αποτελεσματική εφαρμογή τους μπορεί να μειωθούν οι δόσεις των φαρμάκων ή και σε πολλές περιπτώσεις να καθυστερήσει ή να αποφευχθεί η φαρμακευτική θεραπεία.

Αποτελεσματικά μέσα για τη μείωση της πίεσης είναι: δίαιτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, άπαχα γαλακτοκομικά, κάλιο και ασβέστιο και χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, μείωση της πρόσληψης αλατιού με την τροφή, περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλ (το πολύ 2-3 ποτά την ημέρα για τους άνδρες και 1-2 για τις γυναίκες) και συστηματική σωματική άσκηση.

Αντιλήψεις όπως, ότι οι υπερτασικοί δεν πρέπει να καταναλώνουν πορτοκάλια ή καφέ, ή ότι είναι χρήσιμο να καταναλώνουν σκόρδα ή σκευάσματα σκόρδου, αποτελούν διαδεδομένους μύθους χωρίς επιστημονική τεκμηρίωση (36,37,38).

Σύσταση 11: Συνιστάται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να μην ξεκινούν αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή σε άτομα με Συστηματική Αρτηριακή Πίεση μικρότερη από 140 mmHg και Διαστολική μικρότερη από 90mmHg, ανεξάρτητα από την ύπαρξη άλλων συνοδών νοσημάτων.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A

Σύσταση 12: Συνιστάται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε κάθε άτομο με αρτηριακή υπέρταση σταδίου 1 ή 2 και μικρό ή μέσο Συνολικό Καρδιαγγειακό Κίνδυνο, η εφαρμογή μη φαρμακολογικών μέσων για μερικούς μήνες και στη συνέχεια χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας αν η Αρτηριακή Πίεση παραμένει σε τιμές μεγαλύτερες από 140/90mmHg.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A

Σύσταση 13: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε κάθε άτομο με αρτηριακή υπέρταση σταδίου 1 ή 2 και μεγάλο ή πολύ μεγάλο Συνολικό Καρδιαγγειακό Κίνδυνο, να ξεκινούν αντιυπερτασική φαρμακευτική θεραπεία εντός λίγων εβδομάδων.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A

Σύσταση 14: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε κάθε άτομο με αρτηριακή υπέρταση σταδίου 3, να ξεκινούν άμεσα (εντός μερικών ημερών) αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A

Η απόφαση για έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας λαμβάνεται σε συνάρτηση με το επίπεδο του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου που διατρέχει κάθε ασθενής. Συνεπώς, για κάθε στάδιο υπέρτασης η απόφαση για παρέμβαση καθορίζεται από το αν ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι μικρός, μέσος, μεγάλος ή πολύ μεγάλος. Σε υπερτασικά άτομα με μικρό ή μέσο καρδιαγγειακό κίνδυνο, προτείνεται παρακολούθηση με προσπάθεια τροποποίησης συνηθειών ζωής για 3-12 μήνες (ανάλογα με το επίπεδο του κινδύνου) πριν από την έναρξη φαρμακοθεραπείας. Όσο μικρότερος είναι ο καρδιαγγειακός κίνδυνος και χαμηλότερη η αρτηριακή πίεση τόσο μεγαλύτερο πρέπει να είναι και το διάστημα παρακολούθησης πριν από την έναρξη θεραπείας (19,20,30,38,39,40).

Σύσταση 15: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να ξεκινούν αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή σε άτομα ηλικίας 65-80 ετών με συστολική αρτηριακή πίεση >140 mmHg, ενώ σε άτομα ηλικίας >80 ετών όταν η συστολική πίεση είναι > 160 mmHg.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Πολυκεντρικές μελέτες σε ηλικιωμένα άτομα με αρτηριακή υπέρταση δείχνουν ότι η έναρξη αντι-υπερτασικής αγωγής σε άτομα ηλικίας 65-80 ετών με συστολική αρτηριακή πίεση >140 mmHg, προκαλεί μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων υπό την προϋπόθεση ότι δεν συνυπάρχουν άλλα νοσήματα και η αγωγή είναι καλά ανεκτή.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Αξιόπιστα αποτελέσματα μελετών για το αποτέλεσμα της αντιυπερτασικής αγωγής σε άτομα άνω των 80 ετών (octogenarians) δεν υπήρχαν μέχρι πρόσφατα. Η πρόσφατη δημοσίευση της μελέτης HYPVET (HYPertension in Very Elderly Trial) αποδεικνύει όφελος στην έναρξη αγωγής στους άνω των 80 με συστολική αρτηριακή πίεση >160mmHg (39,41,42).

Σύσταση 16: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με νεοδιαγνωσμένη αρτηριακή υπέρταση, να ξεκινούν αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή με διουρητικά (θειαζίδες, χλωρθαλιδόνη και ινδαπαμίδα), ή β-αποκλειστές, ή ανταγωνιστές ασβεστίου, ή αναστολείς ΜΕΑ, ή αποκλειστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A

Σύσταση 17: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η δυνατότητα να ξεκινούν αντιυπερτασική θεραπεία με συνδυασμό 2 φαρμάκων σε κάθε άτομο με αρτηριακή υπέρταση σταδίου 3 και μεγάλο ή πολύ μεγάλο Καρδιαγγειακό Κίνδυνο.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A

Αν δεν υπάρχουν ειδικές ενδείξεις θεραπείας, η επιλογή του πρώτου αντιυπερτασικού φαρμάκου δεν έχει τόσο μεγάλη σημασία, επειδή (α) η επίτευξη άριστης ρύθμισης έχει μεγαλύτερη σημασία στη μείωση του κινδύνου και (β) στις περισσότερες περιπτώσεις χρειάζεται συνδυασμός 2-3 φαρμάκων.

Με βάση τα θετικά αποτελέσματα μεγάλων μελετών επιβίωσης, έναρξη θεραπείας σε άτομα με υπέρταση χωρίς μείζονες επιπλοκές μπορεί να γίνει με θειαζιδικά διουρητικά, β-αποκλειστές, αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (ΜΕΑ), ανταγωνιστές ασβεστίου ή ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης.

Οι β-αποκλειστές δεν θεωρούνται από όλους φάρμακα πρώτης επιλογής, εκτός όταν υπάρχει ειδική ένδειξη για τη χορήγησή τους (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, στηθάγχη, ταχυαρρυθμία). Σε άτομα με μεταβολικό σύνδρομο ή αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη, οι β-αποκλειστές κυρίως σε συνδυασμό με θειαζιδικά διουρητικά πρέπει να αποφεύγονται, εκτός βέβαια αν υπάρχει απόλυτη ένδειξη. Επίσης, στους ηλικιωμένους, οι β-αποκλειστές είναι λιγότερο αποτελεσματικοί από άλλα



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

αντιυπερτασικά φάρμακα πρώτης γραμμής τόσο στη μείωση της πίεσης όσο και την καρδιαγγειακή προστασία.

Άλλα φάρμακα, όπως οι α-αποκλειστές, τα κεντρικώς δρώντα ανταδρενεργικά και τα αμέσως δρώντα αγγειοδιασταλτικά, χρησιμοποιούνται όταν τα φάρμακα πρώτης γραμμής δεν επαρκούν ή δεν είναι καλά ανεκτά (43,44,45,46).

Σύσταση 18: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και Καρδιακή ανεπάρκεια να χορηγούν ως φάρμακα πρώτης επιλογής αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτασίνης (Α-ΜΕΑ), β-αποκλειστές και αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτασίνης. Οι ανταγωνιστές αλδοστερόνης είναι χρήσιμη επιπρόσθετη θεραπεία.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Στα υπερτασικά άτομα συχνά συνυπάρχουν παθήσεις που επιβάλλουν την επιλογή συγκεκριμένης κατηγορίας αντιυπερτασικών φαρμάκων. Η επιλογή των φαρμάκων βασίζεται στα αποτελέσματα μεγάλων μελετών που έδειξαν ότι η χορήγησή τους βελτιώνει την πρόγνωση. Οι βασικοί κανόνες της εξατομικευμένης αντιυπερτασικής θεραπείας και οι απόλυτες ενδείξεις των φαρμάκων φαίνονται παρακάτω:

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: Οι αναστολείς ΜΕΑ, οι β-αποκλειστές και οι ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης είναι φάρμακα πρώτης επιλογής. Οι ανταγωνιστές της αλδοστερόνης είναι χρήσιμη επιπρόσθετη θεραπεία. Η χρήση διουρητικών επιβάλλεται μόνο επί παρουσίας οιδήματος (47,48).

Σύσταση 19: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου να χορηγούν ως φάρμακα πρώτης επιλογής αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτασίνης (Α-ΜΕΑ), β-αποκλειστές και αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτασίνης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ: Οι β-αποκλειστές, οι αναστολείς ΜΕΑ και οι ανταγωνιστές υποδοχέων της αγγειοτασίνης είναι φάρμακα πρώτης επιλογής (49).

Σύσταση 20: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και στηθάγχη να



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

χορηγούν ως φάρμακα πρώτης επιλογής β-αποκλειστές ή/και ανταγωνιστές ασβεστίου μακράς δράσης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

ΣΤΗΘΑΓΧΗ: Οι β-αποκλειστές και οι ανταγωνιστές ασβεστίου μακράς δράσης είναι φάρμακα πρώτης επιλογής (39).

Σύσταση 21: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε κάθε άτομο με αρτηριακή υπέρταση και με υπερτροφία αριστερής κοιλίας, να χορηγούν αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, ή αποκλειστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, και/ή ανταγωνιστές ασβεστίου.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ: Η άριστη ρύθμιση της πίεσης είναι πολύ σημαντική για την υποστροφή της υπερτροφίας. Οι αναστολείς ΜΕΑ και οι ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης είναι τα αποτελεσματικότερα φάρμακα (50).

Σύσταση 22: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη να χρησιμοποιούν όλες τις κατηγορίες αντι-υπερτασικών φαρμάκων. Προτιμώνται οι αποκλειστές του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης ειδικά όταν παρατηρείται πρωτεϊνουρία ή μικροαλβουμινουρία.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ – ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: Οι αναστολείς ΜΕΑ και οι ανταγωνιστές υποδοχέων της αγγειοτασίνης είναι φάρμακα πρώτης επιλογής (52,53,54).

Σύσταση 23: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και Χρόνια Νεφρική Νόσο διαβητικής ή μη αιτιολογίας να χορηγούν ως φάρμακα πρώτης επιλογής αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης ή αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτασίνης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 24: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια ($eGFR < 30 \text{ ml/min}$) όταν κρίνεται απαραίτητη η χρήση διουρητικών, να μη χορηγούνται θειαζιδικά διουρητικά αλλά διουρητικά της αγκύλης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ: Τόσο στη διαβητική όσο και στη μη διαβητική νεφροπάθεια οι αναστολείς ΜΕΑ και οι ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης καθυστερούν την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Κατά την αρχική χορήγηση των φαρμάκων αυτών αύξηση της κρεατινίνης του ορού (μέχρι 30% της βασικής τιμής) είναι αναμενόμενη και δεν αποτελεί λόγο διακοπής της θεραπείας.

Όταν η κρεατινίνη του ορού είναι $>2,5-3 \text{ mg/dl}$ ή η κάθαρση κρεατινίνης $<35 \text{ ml/min}$, τα θειαζιδικά διουρητικά δεν δρουν και αντί γι' αυτά χορηγούνται διουρητικά της αγκύλης (φουροσεμίδη) (55,56,57,58).

Σύσταση 25: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και Παροξυσμική Κολπική Μαρμαρυγή να χορηγούν αναστολείς ΜΕΑ ή αποκλειστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III

Βαθμός Σύστασης: A

ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ: Σε υπερτασικούς με επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής η χορήγηση αναστολέων ΜΕΑ ή ανταγωνιστών των υποδοχέων της αγγειοτασίνης μειώνει την πιθανότητα υποτροπής. Τα φάρμακα αυτά υπερέχουν των άλλων αντιυπερτασικών και στην πρωτογενή πρόληψη της κολπικής μαρμαρυγής. Σε εγκατεστημένη κολπική μαρμαρυγή, οι β-αποκλειστές ή οι μη διυδροπυριδινικοί ανταγωνιστές ασβεστίου μπορεί να είναι χρήσιμοι στη ρύθμιση της καρδιακής συχνότητας (60,61,62,63).

Έμμεση υποστήριξη στα ανωτέρω δίδουν τα στοιχεία από μια βάση δεδομένων από ιατρεία Γενικής Ιατρικής στην Αγγλία με περίπου 5 εκατομμύρια φακέλους υπερτασικών ασθενών. Αναφέρεται ότι οι αναστολείς του Αγγειομετατρεπτικού ενζύμου και οι ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης συγκρινόμενοι με τους ανταγωνιστές ασβεστίου παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής (59).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 26: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα >65 ετών με μεμονωμένη συστολική αρτηριακή υπέρταση να ξεκινούν αντιυπερτασική φαρμακευτική θεραπεία με θειαζιδικό διουρητικό ή ανταγωνιστή ασβεστίου (διυδροπυριδίνη).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A

ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: Η θεραπεία με βάση θειαζιδικό διουρητικό ή ανταγωνιστή ασβεστίου (διυδροπυριδίνη) βελτιώνει σημαντικά την πρόγνωση (64) .

Σύσταση 27: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη να αποφεύγουν τη χορήγηση συνδυασμού θειαζιδικού διουρητικού με β-αποκλειστή.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III

Βαθμός Σύστασης: A

Σε άτομα με μεταβολικό σύνδρομο ή αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη, οι β-αποκλειστές κυρίως σε συνδυασμό με θειαζιδικά διουρητικά πρέπει να αποφεύγονται, εκτός βέβαια αν υπάρχει απόλυτη ένδειξη (65,66).

Σύσταση 28: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και ιστορικό ουρικής αρθρίτιδας (όχι απλή υπερουριχαιμία) να μη χορηγούν θειαζιδικά διουρητικά.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III

Βαθμός Σύστασης: A

Δεν συνιστάται η χορήγηση θειαζιδικού διουρητικού σε άτομα με ιστορικό ή/και ενεργό ουρική αρθρίτιδα (όχι απλή υπερουριχαιμία), ιστορικό βαριάς υπονατριάμιας λόγω πιθανής επιβάρυνσης της υπονατριάμιας ή αναζωπύρωσης της ουρικής αρθρίτιδας (23).

Σύσταση 29: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η ΑΠΟΦΥΓΗ χορήγησης β-αποκλειστών σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και άσθμα ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή κολποκοιλιακό αποκλεισμό 2ου ή 3ου βαθμού.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II, III

Βαθμός Σύστασης: A



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σε άτομα με υπέρταση και άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, κολποκοιλιακό αποκλεισμό 2ου ή 3ου βαθμού, μεταβολικό σύνδρομο και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη είναι σχετική αντένδειξη η χορήγηση β-αποκλειστή (23).

Σύσταση 30: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση να μη συγχορηγούν αναστολέα ΜΕΑ με αποκλειστή υποδοχέων αγγειοτασίνης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης ONTARGET δεν πρέπει να αποκλείεται ο άξονας ρενίνης-αγγειοτενσίνης με συγχορήγηση 2 διαφορετικών παραγόντων (44).

Σύσταση 31: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση να μη χορηγούν Αναστολείς ΜΕΑ ή Αποκλειστές Υποδοχέων Αγγειοτασίνης σε εγκυμοσύνη (και σε ενδεχόμενη εγκυμοσύνη), αμφοτερόπλευρη στένωση νεφρικών αρτηριών, υπερκαλιαιμία, ή ιστορικό αγγειοιδήματος (αναστολείς ΜΕΑ).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III

Βαθμός Σύστασης: A

Συνιστάται η αποφυγή συγχορήγησης Αναστολέα ΜΕΑ ή/και Ανταγωνιστή Υποδοχέων Αγγειοτασίνης σε Εγκυμοσύνη (αποφυγή και σε γυναίκες με ενδεχόμενη εγκυμοσύνη), αμφοτερόπλευρη στένωση νεφρικών αρτηριών, υπερκαλιαιμία, ιστορικό αγγειοιδήματος (αναστολείς ΜΕΑ) (23).

Σύσταση 32: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση να χορηγούν θειαζιδικό διουρητικό με αναστολέα ΜΕΑ ή αποκλειστή των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, υπό μορφή σταθερού ή ελεύθερου συνδυασμού.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Σύσταση 33: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση να χορηγούν ανταγωνιστή ασβεστίου της ομάδας των διυδροπυριδινών με αναστολέα ΜΕΑ ή αποκλειστή των υποδοχέων της αγγειοτασίνης ή θειαζιδικό διουρητικό, υπό μορφή σταθερού ή ελεύθερου συνδυασμού.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Η χρησιμοποίηση σταθερών συνδυασμών δύο φαρμάκων σε ένα δισκίο απλοποιεί το δοσολογικό σχήμα και βελτιώνει τη μακροχρόνια συνεργασιμότητα.

Στους τριπλούς συνδυασμούς συνήθως πρέπει να περιλαμβάνεται διουρητικό, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη (23, 9, 16).

Σύσταση 34: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση να μη συγχορηγούν β-αποκλειστές με μη διυδροπυριδινικούς ανταγωνιστές ασβεστίου.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Βάσει κλινικών μελετών, ο συνδυασμός β-αποκλειστή με μη διυδροπυριδινικούς ανταγωνιστές ασβεστίου πρέπει όσον είναι δυνατόν να αποφεύγεται επειδή αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κολποκοιλιακού αποκλεισμού (23).

Σύσταση 35: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση η τιμή στόχος της συστολικής/διαστολικής αρτηριακής πίεσης να είναι <140/90 mmHg, ανεξάρτητα από την παρουσία νεφρικής βλάβης, στεφανιαίας νόσου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου κλπ.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Σύσταση 36: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη η τιμή στόχος της συστολικής /διαστολικής αρτηριακής πίεσης να είναι <140/85 mmHg.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Σύσταση 37: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση, ηλικίας 65-80 ετών η τιμή στόχος της συστολικής αρτηριακής πίεσης να είναι <140 mmHg, ενώ σε >80 ετών 140-150mmHg υπό την προϋπόθεση ότι βρίσκονται σε καλή σωματική και νοητική κατάσταση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Γενικά, σε όλα τα υπερτασικά άτομα η πίεση-στόχος είναι $<140/90$ mmHg.
- Σε όλα τα άτομα με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο (βλέπε πίνακα 4), η πίεση-στόχος είναι $<130/80$ mmHg.
- Στους ηλικιωμένους (>65 ετών), η πίεση-στόχος είναι όπως και στους νεότερους υπερτασικούς.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων στις περισσότερες περιπτώσεις χρειάζεται συνδυασμός φαρμάκων και συχνά χρειάζονται 3 ή και περισσότερα φάρμακα (κυρίως σε ασθενείς με νεφρική βλάβη, διαβήτη, συστολική υπέρταση, κ.λπ.).

Παράλληλα με την υπέρταση πρέπει να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά και οι άλλοι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (κάπνισμα, υπερχοληστερολαιμία, διαβήτης, κ.λπ.) (23,57).

Σύσταση 38: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση και ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου, ή αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, ή νεφρικής ανεπάρκειας, ή μεγάλου καρδιαγγειακού κινδύνου να χορηγούν ασπιρίνη (100 mg ημερησίως), υπό την προϋπόθεση ότι η αρτηριακή πίεση είναι καλά ρυθμισμένη.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, II

Βαθμός Σύστασης: A

Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, ιδιαίτερα χαμηλή δόση ασπιρίνης, χορηγείται σε υπερτασικά άτομα με ιστορικό καρδιο-αγγειακής νόσου και μπορεί να χορηγηθεί και σε υπερτασικά άτομα με μειωμένη νεφρική λειτουργία ή υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Η ασπιρίνη δεν συνιστάται σε υπερτασικά άτομα με χαμηλό ή μεσαίο καρδιαγγειακό κίνδυνο στους οποίους οι μελέτες αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει όφελος από την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (67,68,69).

Παραπομπή

Σύσταση 39: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να εξετάζουν το ενδεχόμενο παραπομπής σε ειδικό σε περιπτώσεις με ανθεκτική αρτηριακή υπέρταση (ανεπαρκής ρύθμιση παρά τη χορήγηση



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

τουλάχιστον τριών διαφορετικών κατηγοριών φαρμάκων σε πλήρη δοσολογία συμπεριλαμβανομένου διουρητικού).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II, III

Βαθμός Σύστασης: A

Ανθεκτική υπέρταση ορίζεται η υπέρταση όταν δεν επιτυγχάνεται ρύθμιση παρά την ταυτόχρονη χορήγηση πλήρους δοσολογίας τριών διαφορετικών κατηγοριών φαρμάκων εκ των οποίων η μία είναι διουρητικά.

Υπερτασικά άτομα με δυσκολία στη ρύθμιση πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικά ιατρεία (70).

Σύσταση 40: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η παραπομπή σε ειδικό περιπτώσεων με υποψία δευτεροπαθούς αρτηριακή υπέρτασης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II, III

Βαθμός Σύστασης: A

Στους ενήλικες υπερτασικούς η συχνότητα της δευτεροπαθούς υπέρτασης δεν υπερβαίνει το 5%. Συχνότερα αίτια είναι η χρόνια νεφρική νόσος, η άπνοια στον ύπνο, η νεφραγγειακή υπέρταση λόγω στένωσης νεφρικής αρτηρίας (συνήθως αθηρωματικής αιτιολογίας) και λιγότερο συχνά ο πρωτοπαθής αλδοστερονισμός. Άλλα αίτια όπως το σύνδρομο Cushing, η στένωση του ισθμού της αορτής και το φαιοχρωμοκύτωμα είναι σπάνια.

Φάρμακα (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αντισυλληπτικά, ερυθροποιητίνη, κυκλοσπορίνη, αποσυμφορητικά ρινός, κορτικοειδή) και ουσίες (κοκαΐνη) μπορεί να προκαλέσουν αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Το ιστορικό, η κλινική εξέταση και οι απλές εργαστηριακές εξετάσεις μπορεί να θέσουν υπόνοια δευτεροπαθούς υπέρτασης. Πολύ αυξημένη αρτηριακή πίεση, αιφνίδια εμφάνιση της υπέρτασης και ανθεκτική υπέρταση μπορεί επίσης να υποκρύπτουν δευτεροπαθή υπέρταση.

Έλεγχος για δευτεροπαθή υπέρταση χρειάζεται μόνο σε λίγες επιλεγμένες περιπτώσεις. Ο έλεγχος αυτός μπορεί να είναι πολύπλοκος και δαπανηρός και να συνεπάγεται ταλαιπωρία για τον ασθενή. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνεται μόνο από ειδικούς (23).

Επαγγελματίες υγείας και υπηρεσίες υγείας



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 41: Για την καλύτερη ρύθμιση των ατόμων με αρτηριακή υπέρταση συνίσταται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η συνεργασία με ομάδα ειδικών ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας (νοσηλεύτες/ριες, επισκέπτες/ριες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, διαιτολόγους /διατροφολόγους, ψυχολόγους).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: B

Σύσταση 42: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να συνεργάζονται με τους άλλους επαγγελματίες υγείας και τα άτομα με αρτηριακή υπέρταση και να συντάσσουν ένα γραπτό σχέδιο με συμβουλές και πρακτικές αυτοφροντίδας που θα συμβάλλει περαιτέρω στην ρύθμιση της υπέρτασης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: B

Σύσταση 43: Συνιστάται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η τήρηση φακέλου του ατόμου με αρτηριακή υπέρταση με δυνατότητα ανάκλησης και διαχείρισης δεδομένων σε πρωτοβάθμιες δομές και μονάδες του εθνικού δικτύου υγείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III

Βαθμός Σύστασης: B

Σύσταση 44: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να συνεργάζονται με υπηρεσίες και προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: B

Σύσταση 45: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και στους άλλους επαγγελματίες υγείας να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των ατόμων με αρτηριακή υπέρταση σε προγράμματα και δράσεις φορέων και συλλόγων προκειμένου να κινητοποιηθούν και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: B



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Ως τρόποι που βελτιώνουν τη μακροχρόνια συνεργασιμότητα των ιατρών και επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μεταξύ τους αλλά και με τα υπερτασικά άτομα και το συγγενικό τους περιβάλλον θα πρέπει να θεωρηθούν:

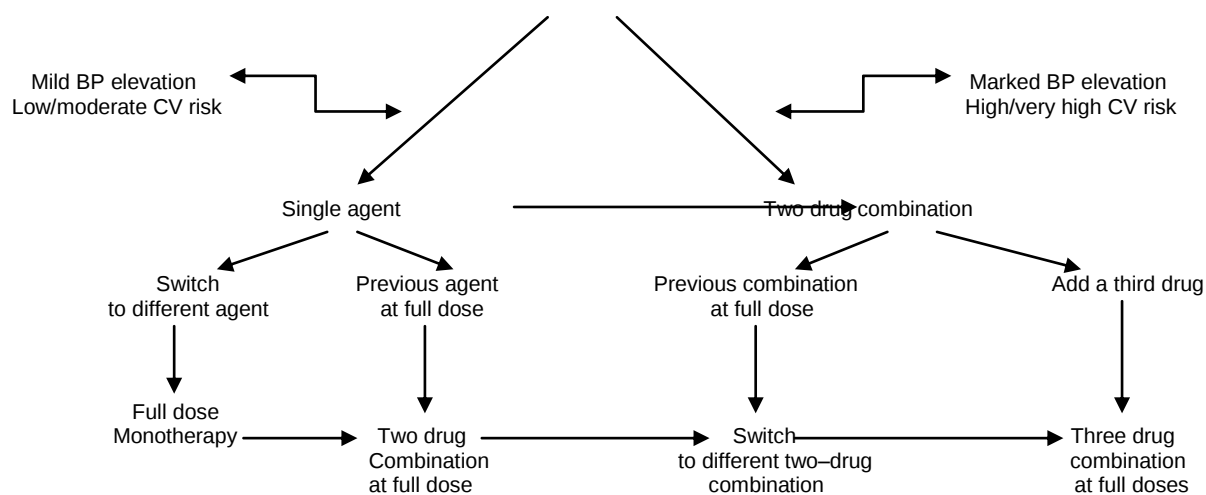
- Η υιοθέτηση από τους Γενικούς ιατρούς και τους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των σύγχρονων βασικών αρχών αντιμετώπισης της υπέρτασης και η τροποποίηση ή/και αποπομπή λανθασμένων τακτικών που ενδεχομένως εφαρμόζαν μέχρι τώρα.
- Απλούστευση της θεραπείας μειώνοντας τον αριθμό των δόσεων.
- Τακτική αναζήτηση και έγκαιρη διαπίστωση ανεπιθύμητων ενεργειών θεραπείας.
- Καλή ενημέρωση του ασθενή με προφορικές οδηγίες και έντυπο εκπαιδευτικό υλικό (βλέπε www.hypertension.gr «Πληροφορίες για το κοινό»).
- Συμμετοχή μελών της οικογένειας στην ενημέρωση και τους στόχους της θεραπείας.
- Παρακολούθηση της πίεσης από τους ασθενείς στο σπίτι.
- Η εκπαίδευση του υπερτασικού ατόμου αποσκοπεί:
 - ο στην αποδοχή της ανάγκης διά βίου θεραπείας και της έλλειψης ριζικής θεραπείας,
 - ο στην αντίληψη της υπέρτασης ως έναν από τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και όχι ως άμεση απειλή, στην ανάγκη συνέχισης της θεραπείας και μετά την επίτευξη της μείωσης της πίεσης, (71,72,73,74,75,76,77).

Επισημαίνεται ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν πρέπει να θεωρούνται αυστηρά πρωτόκολλα, τα οποία οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να ακολουθήσουν. Η κρίση του γιατρού παραμένει κορυφαίος παράγοντας για την εξατομικευμένη (για κάθε άρρωστο ξεχωριστά) εφαρμογή των οδηγιών στην πράξη.

6. Πρακτικός Αλγόριθμος

Σχήμα 1: Αλγόριθμος αντιμετώπισης ατόμου με ΑΠ στην Π.Φ.Υ.

Choose between



BP = blood pressure; CV = cardiovascular



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

7. Επίλογος

Η παρούσα Κ.Ο. συνοψίζει και αξιολογεί όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα για την Αρτηριακή Υπέρταση με σκοπό να βοηθήσει το γενικό ιατρό, τους άλλους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. στην παροχή φροντίδας που να βασίζεται στην τεκμηρίωση, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αν και εκδίδονται σε τακτική βάση διεθνείς Κ.Ο. υψηλής τεκμηρίωσης, υπήρχε μεγάλη ανάγκη σύνταξης εθνικών οδηγιών που να είναι προσαρμοσμένες στις συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα, ως προς τους παράγοντες κινδύνου της νόσου, τις αντιλήψεις, τον τρόπο ζωής, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τη δομή του συστήματος υγείας.

Αναμένεται ότι οι ιατροί γενικής ιατρικής και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας στη Π.Φ.Υ., κατά την άσκηση των καθηκόντων τους θα χρησιμοποιήσουν τις οδηγίες στη καθημερινή πρακτική και ιδιαίτερα στις κλινικές αποφάσεις τους. Αναμφίβολα, αυτές δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τον θεράποντα ιατρό και την επιστημονική του κρίση, όπως επίσης και την ευθύνη στη διαχείριση των ασθενών του, ωστόσο αποτελούν ένα ευέλικτο εργαλείο για την υποστήριξη της κλινικής απόφασης που βασίζεται στη σύγχρονη επιστημονική γνώση και πληροφορία.

Εκ μέρους της ομάδας του έργου του Πανεπιστημίου Κρήτης, της ομάδας ανασκόπησης και της Ελληνικής Εταιρίας Γενικών Ιατρών θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια να καταστεί αποτελεσματική η εφαρμογή της παρούσας Κ.Ο. από τις δομές Π.Φ.Υ. της χώρας μας, μέσω της διανομής έντυπου υλικού με τις συστάσεις για τη διαχείριση της Αρτηριακής Υπέρτασης που θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας και σε όλους τους πιθανούς αποδέκτες, την ηλεκτρονική διάθεση της από ειδικό ιστότοπο που θα δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό. Φυσικά η διάδοση και χρήση της οδηγίας αυτής εναπόκειται και στις ενέργειες του Υπουργείου Υγείας και ιδιαίτερα της Διεύθυνσης ΠΦΥ που μετά της επιδοκιμασία από το ΚΕ.Σ.Υ. αναλαμβάνει και τη συνολική ευθύνη της επιδοκιμασίας και διανομής. Δέσμευση του Πανεπιστημίου Κρήτης, του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της ομάδας σύνταξης αποτελεί ο εμπλουτισμός και η αναθεώρηση της παρούσας ΚΟ με βάση τα νέα ερευνητικά και επιστημονικά δεδομένα στο μέλλον, καθώς και η συμβολή της, σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής στην αξιολόγηση της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας αυτής της Κ.Ο.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

8. Βιβλιογραφία

1. World Health Organization Fact Sheet, 317: Cardiovascular Diseases September 2011; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> [Last accessed: September 2012]
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. J Hypertens. 2004;22:11–9. doi: 10.1097/00004872-200401000-00003. [PubMed] [Cross Ref]
3. Wolf-Maier et al; JAMA 2003;289(18)
4. W.H.O project MON.I.C.A (MONitoring trends and determinants In CARDiovascular diseases) ;2010
5. Aronow W. J Am Coll Cardiol. 2011; 57:2037-2114.
6. JNC 7 ,Hypertension 2003;42:1206-1252
7. Vasan R.S et al: JAMA 2002; 287:1003-1010
8. EUROASPIRE study II: Eur. Heart journal 2002;22;554-572
9. Aggressive Blood Pressure Control in General Practice in Greece, (ABC-GP study), A.Karotsis, Ath.Symeonidis, G.Stergiou et al, Am.Journal of Human Hypertension (2003)17;767-773
10. Stergiou et al.Didima study, Am J Hypertens 1999,
11. Efstratopoulos et al, Am J Hypertens 2006; 19: 53-60
12. The ATTICA Study, Panagiotakos, et al., J Hypertens 2003; 21: 1483-1489
13. Eur Heart J. 2007 Jun;28(12):1462-536
14. (ESC/ESH, 2007). Bruce Goldfarb. ASH Panel Proposes New Hypertension Definition. 2005; 2: 1–7.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

15. From the Centers for Disease Control and Prevention Decline in deaths from heart disease and stroke—United States, 1990–1999. JAMA. 1999;282:724–6. doi: 10.1001/jama.282.8.724. [PubMed] [Cross Ref]
16. Hypertension Guidelines Implementation and multiple cardiovascular risk factors control in General Practice ,HYGIA-study, Symeonidis,Karotsis,Stergiou et al: ESH 2011: Milan-Italy
17. J Clin Hypertension 2005; 7: 505-512
18. Mancia G, Grassi G. The new European Society of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC) Guidelines. Ther Adv Cardiovasc Dis. 2008;2(1):5–12. doi: 10.1177/1753944707087409. [PubMed] [Cross Ref]
19. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003;42:1206–1252. doi: 10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2. [PubMed] [Cross Ref]
20. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. J Hypertens. 2009;27:2121–58. doi: 10.1097/HJH.0b013e328333146d. [PubMed] [Cross Ref]
21. Subcommittee G. World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. J Hypertens. 1999;17:151–83. [PubMed]
22. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ – 2010,Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Υπέρτασης
23. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. TheTask Force for the management ofarterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC): Journal of Hypertension 2013, 31:1281–1357



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

24. Fagard RH, Cornelissen VA. Incidence of cardiovascular events in white-coat, masked and sustained hypertension vs. true normotension: a meta-analysis. *J Hypertens* 2007; 25:2193–2198.
25. Franklin SS, Thijs L, Hansen TW, Li Y, Boggia J, Kikuya M, et al. Significance of white-coat hypertension in older persons with isolated systolic hypertension: a meta-analysis using the International Database on Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Relation to Cardiovascular Outcomes population. *Hypertension* 2012; 59:564–571
26. Bobrie G, Clerson P, Menard J, Postel-Vinay N, Chatellier G, Plouin PF. Masked hypertension: a systematic review. *J Hypertens* 2008; 26:1715–1725.
27. Fagard RH, Celis H, Thijs L, Staessen JA, Clement DL, De Buyzere ML, De Bacquer DA. Daytime and night-time blood pressure as predictors of death and cause-specific cardiovascular events in hypertension. *Hypertension* 2008; 51:55–61.
28. O'Brien E, Parati G, Stergiou G, Asmar R, Beilin L, Bilo G, et al., on behalf of the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. *J Hypertens* 2013; in press.
29. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y, et al. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. *J Hum Hypertens* 2010; 24:779–785.
30. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2012; 33:1635–1701.
31. Cooney MT, Dudina AL, Graham IM. Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk: a review for physicians. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54:1209–1227.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

32. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006; 144:485–495.
33. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013;309:71–82.
34. The Effects of a Smoking Cessation Intervention on 14.5-Year Mortality: A Randomized Clinical Trial. Nicholas R. Anthonisen, MD; Melissa A. Skeans, MS; Robert A. Wise, MD; Jure Manfreda, MD; Richard E. Kanner, MD; John E. Connett, PhD, Lung Health Study Research Group* *Ann Intern Med.* 2005;142(4):233-239. doi:10.7326/0003-4819-142-4-200502150-00005
35. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006; 144:485–495.
36. Frisoli TM, Schmieder RE, Grodzicki T, Messerli FH. Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. *Eur Heart J* 2011; 32:3081–3087.
37. Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a metaanalysis of randomized controlled trials (Cochrane review). *Am J Hypertens* 2011; 24:843–853.
38. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Re-appraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009; 27:2121–2158.
39. Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical re-appraisal. *J Hypertens* 2009;27:923–934.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΥΠΕΡΥΒΑΘΙΝΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

40. Zhang Y, Zhang X, Liu L, Zanchetti A. Is a systolic blood pressure target <140mmHg indicated in all hypertensives? Subgroup analyses of findings from the randomized FEVER trial. Eur Heart J 2011; 32:1500–1508
41. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med 2008; 358:1887–1898.
42. JATOS Study Group. Principal results of the Japanese trial to assess optimal systolic blood pressure in elderly hypertensive patients (JATOS). Hypertens Res 2008; 31:2115–2127.
43. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. BMJ 2009; 338:b1665.
44. Mann JF, Schmieder RE, McQueen M, Dyal L, Schumacher H, Pogue J, et al. Renal outcomes with telmisartan, ramipril, or both, in people at high vascular risk (the ONTARGET study): a multicentre, randomised, double-blind, controlled trial. Lancet 2008; 372:547–553.
45. Zanchetti A, Mancia G. Longing for clinical excellence: a critical outlook into the NICE recommendations on hypertension management: is nice always good? J Hypertens 2012; 30:660–668.
46. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a metaanalysis. Hypertension 2010; 55:399–407.
47. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm MD, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2012; 33:1787–1847.
48. Rutten FH, Zuithoff NP, Halk F, Grobbee DE, Hoes AW. Beta-Blocker may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 2010; 170:880–887.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

49. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009; 338:b1665.
50. Fagard RH, Celis H, Thijs L, Wouters S. Regression of left ventricular mass by antihypertensive treatment: a meta-analysis of randomized comparative studies. *Hypertension* 2009; 54:1084–1091
51. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Arch Intern Med* 2005; 165:1410–1419.
52. Parving HH, Brenner BM, McMurray JJV, de Zeeuw D, Haffer SM, Solomon SD. Cardiorenal endpoints in a trial of aliskiren for type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2012; 367:2204–2213.
53. ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370:829–840.
54. The ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010; 362:1575–1585.
55. Upadhyay A, Earley A, Haynes SM, Uhlig K. Systematic review: blood pressure target in chronic kidney disease and proteinuria as an effect modifier. *Ann Intern Med* 2011; 154:541–548.
56. Appel LJ, Wright JT Jr, Greene T, Agodoa LY, Astor BC, Bakris GL, et al. Intensive blood-pressure control in hypertensive chronic kidney disease. *N Engl J Med* 2010; 363:918–929.
57. Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination therapy vs. monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11 000 participants from 42 trials. *Am J Med* 2009; 122:290–300.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

58. Kunz R, Friedrich C, Wolbers M, Mann JF. Meta-analysis: effect of monotherapy and combination therapy with inhibitors of the rennin angiotensin system on proteinuria in renal disease. *Ann Intern Med* 2008; 148:30–48.
59. Schaer BA, Schneider C, Jick SS, Conen D, Osswald S, Meier CR. Risk for incident atrial fibrillation in patients who receive antihypertensive drugs: a nested case-control study. *Ann Intern Med* 2010; 152:78–84.
60. Grundvold I, Skretteberg PT, Liestol K, Erikssen G, Kjeldsen SE, Arnesen H, et al. Upper normal blood pressures predict incident atrial fibrillation in healthy middle-aged men: a 35-year follow-up study. *Hypertension* 2012; 59:198–204.
61. Manolis AJ, Rosei EA, Coca A, Cifkova R, Erdine SE, Kjeldsen S, et al. Hypertension and atrial fibrillation: diagnostic approach, prevention and treatment. Position paper of the Working Group 'Hypertension Arrhythmias and Thrombosis' of the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2012; 30:239–252.
62. Hart RG, Pearce LA, Aquilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007; 146:857–867.
63. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2012; 33:27193274.
64. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009; 338:b1665.
65. Stears AJ, Woods SH, Watts MM, Burton TJ, Graggaber J, Mir FA, Brown MJ. A double-blind, placebo-controlled, crossover trial comparing the effects of amiloride and hydrochlorothiazide on glucosetolerance in patients with essential hypertension. *Hypertension* 2012; 59:934–942.
66. Bakris GL, Fonseca V, Katholi RE, McGill JB, Messerli FH, Phillips RA et al. Metabolic effects of carvedilol vs metoprolol in patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292:2227–2236.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

67. Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, Peto R, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2009; 373:1849–1860.
68. Jardine MJ, Ninomiya T, Perkovic V, Cass A, Turnbull F, Gallagher MP et al. Aspirin is beneficial in hypertensive patients with chronic kidney disease: a posthoc subgroup analysis of a randomized controlled trial. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56:956–965.
69. Rothwell PM, Price JF, Fowkes FG, Zanchetti A, Roncaglioni MC, Tognoni G, et al. Short-term effects of daily aspirin on cancer incidence, mortality and nonvascular death: analysis of the time course of risks and benefits in 51 randomised controlled trials. *Lancet* 2012; 379:1602–1612.
70. Vaclavik J, Sedlak R, Plachy M, Navratil K, Plasek J, Jarkovsky J, et al. Addition of spironolactone in patients with resistant arterial hypertension (ASPIRANT): a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Hypertension* 2011; 57:1069–1075.
71. Morak J, Kumpusch H, Hayn D, Modre-Osprian R, Schreier G. Design and evaluation of a telemonitoring concept based on NFC-enabled mobile phones and sensor devices. *IEEE transactions on information technology in biomedicine: a publication of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society* 2012; 16:17–23.
72. Canzanella VJ, Jensen PL, Schwartz LL, Wona JB, Klein LK. Inferred blood pressure control with a physician-nurse team and home BP measurement. *Mayo Clin Proc* 2005; 80:31–36.
73. Shea K, Chamoff B. Telehomecare communication and self-care in chronic conditions: moving toward a shared understanding. *Worldviews on evidence-based nursing/Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing* 2012; 9:109–116.
74. Parati G, Omboni S, Albini F, Piantoni L, Giuliano A, Revera M, et al. Home blood pressure telemonitoring improves hypertension control in general practice. The TeleBPCare study. *J Hypertens* 2009; 27:198–203.
75. Neumann CL, Menne J, Rieken EM, Fischer N, Weber MH, Haller H, Schulz EG. Blood pressure telemonitoring is useful to achieve blood pressure control in inadequately treated patient with arterial hypertension. *J Hum Hypertens* 2011; 25:732–738.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

76. Omboni S, Guarda A. Impact of home blood pressure telemonitoring and blood pressure control: a meta-analysis of randomized controlled studies. Am J Hypertens 2011; 24:989–998.
77. Russell M, Roe B, Beech R, Russell W. Service developments for managing people with long-term conditions using case management approaches, an example from the UK. International J Integrated Care 2009; 9:e02



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Παράρτημα 1: Γλωσσάριο

Δ.Μ.Σ.	Δείκτης Μάζας Σώματος
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Α.Π.	Αρτηριακή Υπέρταση



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΕΛΥΒΔΩΣΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

"Αυτό το έγγραφο έχει παραχθεί για τις ανάγκες του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» και αντιπροσωπεύει τις απόψεις των συντακτών του. Οι απόψεις αυτές δεν έχουν υιοθετηθεί ή εγκριθεί με οποιοδήποτε τρόπο από την Ειδική Υπηρεσία του τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως θέσεις του Υπουργείου ή της Επιτροπής. Η Ειδική Υπηρεσία δεν εγγυάται την ακρίβεια των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο παρόν έγγραφο, ούτε αποδέχεται την ευθύνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών αυτών. "