

Κατευθυντήρια οδηγία

**Κολπική μαρμαρυγή:  
διάγνωση και διαχείριση**

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας  
Ιούνιος, 2023



Κολπική μαρμαρυγή: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Ιούνιος 2023)

## Εισαγωγικό σημείωμα

Η κατευθυντήρια οδηγία NG196 του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) «Κολπική μαρμαρυγή: διάγνωση και διαχείριση» αναπτύχθηκε αρχικά το 2014 και επικαιροποιήθηκε τελευταία φορά το 2021. Η επικαιροποιημένη έκδοση της κατευθυντήριας οδηγίας τέθηκε στη διάθεση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ως αποτέλεσμα συμφωνίας άδειας χρήσης με τον οργανισμό NICE, με σκοπό την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας στην πραγματικότητα του συστήματος υγείας της Κύπρου. Γι' αυτό τον σκοπό, ο ΟΑΥ απευθύνθηκε στην Κύπρο σε ιατρούς εμπειρογνώμονες στον τομέα της κολπικής μαρμαρυγής, σε άλλους σχετικούς επαγγελματίες υγείας και σε εκπροσώπους ασθενών, και συγκρότησε Τεχνική Επιτροπή Ειδικών. Τα μέλη της Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών, στο πλαίσιο μιας σειράς συνεδριάσεων, αξιολόγησαν το πεδίο εφαρμογής και το πλήρες κείμενο της κατευθυντήριας οδηγίας και πραγματοποίησαν αλλαγές, εφόσον αυτές υποστηρίζονταν επαρκώς από επιστημονικά στοιχεία. Επιπλέον, η Τεχνική Επιτροπή Ειδικών εξέτασε τους δείκτες ποιότητας που σχετίζονται με τη διάγνωση και τη διαχείριση της κολπικής μαρμαρυγής και έχουν αναπτυχθεί από το NICE για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS), τους αξιολόγησε ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής τους στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) της Κύπρου και επέλεξε όσους κρίθηκαν κλινικά συναφείς και τεχνικά εφικτοί. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, οι προτεινόμενες τροποποιήσεις, μαζί με τα αποδεικτικά επιστημονικά στοιχεία, κοινοποιούνταν στο NICE για επιπλέον σχόλια και διευκρινίσεις. Το πρώτο προσχέδιο της κατευθυντήριας οδηγίας διαμορφώθηκε από την Τεχνική Επιτροπή Ειδικών, αφού έλαβε υπόψη τα σχόλια του NICE, και μεταφράστηκε στα ελληνικά, ενώ ακολούθως η ελληνική έκδοση μεταφράστηκε εκ νέου στα αγγλικά από το NICE για να αξιολογηθεί η εγκυρότητα της μετάφρασης. Ακολούθως, η τελική έκδοση της κατευθυντήριας οδηγίας και οι προτεινόμενοι δείκτες ποιότητας τέθηκαν σε δημόσια διαβούλευση, στην οποία προσκλήθηκαν δυνητικά ενδιαφερόμενα μέρη, όπως κρατικοί οργανισμοί υγείας, ιατρικές/επιστημονικές ενώσεις και εταιρείες, σύνδεσμοι ασθενών και φαρμακευτικές εταιρείες/εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού. Με το πέρας της δημόσιας διαβούλευσης, η Τεχνική Επιτροπή

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Ειδικών προέβη στις τελευταίες αλλαγές επί του κειμένου και οριστικοποίησε την κατευθυντήρια οδηγία στην τελική της μορφή.

Η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία βασίζεται στην κατευθυντήρια οδηγία του οργανισμού NICE © NICE (2023) Atrial fibrillation: diagnosis and management. Διαθέσιμη από <https://www.nice.org.uk/guidance/ng196>

Όλα τα δικαιώματα διατηρούνται. Υπόκειται σε [γνωστοποίηση δικαιωμάτων](#). Η κατευθυντήρια οδηγία του NICE αναπτύχθηκε για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Υπόκειται σε τακτική ανασκόπηση και αναθεώρηση και μπορεί να αποσυρθεί. Το NICE δεν αποδέχεται καμία ευθύνη για τη χρήση του περιεχομένου σε αυτή τη δημοσίευση.

Στην Τεχνική Επιτροπή Ειδικών προσκλήθηκαν και έλαβαν μέρος οι ακόλουθοι:

Δρ Ηλίας Παπασάββας (Πρόεδρος Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών,  
Καρδιολόγος-Ηλεκτροφυσιολόγος)

Δρ Γιώργος Αθανασίου (Γενικός Ιατρός)

κα Στέλλα Ελευθεριάδου (Εκπρόσωπος Ασθενών)

Δρ Νικόλαος Καδόγλου (Λέκτορας Καρδιολογίας)

Δρ Ανδρέας Κωστής (Παθολόγος)

Δρ Αικατερίνη Λαμπρινού (Καθηγήτρια Νοσηλευτικής)

Δρ Αναστάσιος Μπαγουρδής (Γενικός Ιατρός)

κος Στέλιος Χριστοδούλου (Εκπρόσωπος Ασθενών)

Δρ Θεόδωρος Χριστοφίδης (Καρδιολόγος-Ηλεκτροφυσιολόγος)

# Κατευθυντήρια οδηγία

## Κολπική μαρμαρυγή: διάγνωση και διαχείριση

### Τελικό, Ιούνιος 2023

**Αυτή η κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει** τη διάγνωση και τη διαχείριση της κολπικής μαρμαρυγής σε ενήλικες. Στόχος της είναι να διασφαλίσει ότι οι άνθρωποι λαμβάνουν την καλύτερη φροντίδα, ώστε να προλαμβάνονται επιπλοκές, όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, και παρενέργειες της θεραπείας, όπως αιμορραγία.

#### **Σε ποιους απευθύνεται;**

- Επαγγελματίες υγείας
- Πάροχους υπηρεσιών υγείας
- Άτομα με κολπική μαρμαρυγή, στις οικογένειές τους και στους φροντιστές τους

#### **Τι περιλαμβάνει;**

- τις συστάσεις
- συστάσεις για έρευνα
- ενότητες σχετικά με το σκεπτικό και τον αντίκτυπο που εξηγούν γιατί η επιτροπή διατύπωσε τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική
- το πλαίσιο των κατευθυντήριων γραμμών.

**Πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο αναπτύχθηκε η κατευθυντήρια οδηγία βρίσκονται στην [ιστοσελίδα της αρχικής κατευθυντήριας οδηγίας](#).** Αυτό περιλαμβάνει τους ελέγχους αποδεικτικών στοιχείων, το πεδίο εφαρμογής, τα στοιχεία της επιτροπής και τυχόν δηλώσεις συμφερόντων.

Οι συστάσεις αυτής της κατευθυντήριας οδηγίας από το NICE αναπτύχθηκαν πριν από την πανδημία COVID-19.

## Περιεχόμενα

Συστάσεις.....	6
1.1 Ανίχνευση και διάγνωση.....	7
1.2 Αξιολόγηση των κινδύνων εγκεφαλικού επεισοδίου και αιμορραγίας .....	8
1.3 Εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας .....	10
1.4 Εξατομικευμένο πακέτο φροντίδας και πληροφοριών .....	11
1.5 Παραπομπή για εξειδικευμένη διαχείριση .....	12
1.6 Πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου .....	12
1.7 Έλεγχος καρδιακής συχνότητας και ρυθμού .....	18
1.8 Διαχείριση ατόμων που παρουσιάζουν οξεία κολπική μαρμαρυγή.....	26
1.9 Αρχική αντιμετώπιση του εγκεφαλικού επεισοδίου και της κολπικής μαρμαρυγής.....	28
1.10 Πρόληψη και αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής ..	29
1.11 Διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής .....	30
Όροι που χρησιμοποιούνται στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία .....	31
Αιτιολόγηση και επιπτώσεις.....	32
Ανίχνευση και διάγνωση .....	32
Κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου .....	33
Κίνδυνος αιμορραγίας.....	34
Πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου .....	37
Έλεγχος συχνότητας.....	39
Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής.....	41
Πρόληψη υποτροπής μετά από κατάλυση.....	42
Έλεγχος συχνότητας και ρυθμού για άτομα που παρουσιάζουν οξύ επεισόδιο....	43
Πρόληψη μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής .....	44
Αντιμετώπιση κολπικής μαρμαρυγής μετά από καρδιοθωρακική χειρουργική επέμβαση.....	45
Διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής .....	46
Πλαίσιο .....	47
Περισσότερες πληροφορίες και λεπτομέρειες .....	49
Παραρτήματα.....	50

## Συστάσεις

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε συζητήσεις και να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους, όπως περιγράφεται στο Παράρτημα Ι.

Σημειώστε ότι η κατευθυντήρια οδηγία ακολουθεί μία συγκεκριμένη μορφή όσον αφορά στη διατύπωση και στη δομή, ώστε η ισχύς των συστάσεων να είναι σαφής στον τελικό χρήστη. Η ισχύς της σύστασης μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ υποχρεωτικής, ισχυρής και αδύναμης.

- **Υποχρεωτική:** Εάν υπάρχει νομική υποχρέωση εφαρμογής μίας σύστασης ή εάν οι συνέπειες της μη τήρησης μίας σύστασης είναι εξαιρετικά σοβαρές, η σύσταση χρησιμοποιεί τους όρους «πρέπει» ή «δεν πρέπει» και διατυπώνεται με παθητική φωνή.
- **Ισχυρή:** Για συστάσεις ή δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που πρέπει (ή δεν πρέπει) να προσφέρονται, η γλώσσα κατευθύνει και χρησιμοποιεί όρους όπως «προσφέρετε» (ή «μην προσφέρετε»), «συμβουλευστε» ή «ρωτήστε για».
- **Αδύναμη:** Εάν υπάρχει μεγαλύτερη ισορροπία μεταξύ οφέλους και βλάβης (δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν), ο όρος που χρησιμοποιείται είναι «εξετάστε».

Επιπλέον, η κατευθυντήρια οδηγία περιέχει πληροφορίες σχετικά με τη συνταγογράφηση φαρμάκων (καθώς και τη μη προβλεπόμενη χρήση), επαγγελματικές κατευθυντήριες γραμμές, πρότυπα και νόμους (καθώς και σχετικά με τη συναίνεση και τη διανοητική ικανότητα) και προστασία.

## 1.1 Ανίχνευση και διάγνωση

1.1.1 Εκτελέστε χειροκίνητη ψηλάφηση παλμών για να αξιολογήσετε την παρουσία ακανόνιστου παλμού εάν υπάρχει υποψία κολπικής μαρμαρυγής. Αυτό περιλαμβάνει άτομα που παρουσιάζουν οποιοδήποτε από τα παρακάτω:

- δύσπνοια
- αίσθημα παλμών
- συγκοπή ή ζάλη
- δυσφορία στο στήθος
- εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο.

1.1.2 Εκτελέστε ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών (ΗΚΓ) για να κάνετε διάγνωση κολπικής μαρμαρυγής εάν εντοπιστεί ακανόνιστος παλμός σε άτομα με υποψία κολπικής μαρμαρυγής με ή χωρίς συμπτώματα.

1.1.3 Σε άτομα με [υποψία παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής](#) που δεν ανιχνεύεται από ΗΚΓ 12 απαγωγών:

- χρησιμοποιήστε Holter ρυθμού 24ώρου εάν υπάρχει υποψία μη συμπτωματικών επεισοδίων ή εάν υπάρχουν συμπτώματα με διαφορά μικρότερη των 24 ωρών.
- χρησιμοποιήστε Holter ρυθμού, καταγραφέα συμβάντων ή άλλη τεχνολογία ΗΚΓ για περίοδο κατάλληλη για την ανίχνευση κολπικής μαρμαρυγής εάν τα συμπτωματικά επεισόδια απέχουν περισσότερο από 24 ώρες.

Για μία σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με την ανίχνευση και τη διάγνωση](#).

## 1.2 Αξιολόγηση των κινδύνων εγκεφαλικού επεισοδίου και αιμορραγίας

### Κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου

1.2.1 Χρησιμοποιήστε τη [βαθμολογία κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου βάσει του αλγορίθμου CHA2DS2-VASc](#) για να αξιολογήσετε τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε άτομα με οποιοδήποτε από τα εξής:

- συμπτωματική ή ασυμπτωματική παροξυσμική, εμμένουσα ή μόνιμη κοιλιακή μαρμαρυγή
- κοιλιακό πτερυγισμό
- συνεχιζόμενο κίνδυνο υποτροπής της αρρυθμίας μετά από καρδιοανάταξη πίσω στον φλεβοκομβικό ρυθμό ή κατάλυση με τη χρήση καθετήρα.

Δείτε την [ενότητα «Επανεξέταση ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή»](#) για συμβουλές σχετικά με την επανεκτίμηση του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου.

Για μία σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την [ενότητα «Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου](#).

### Κίνδυνος αιμορραγίας

1.2.2 Αξιολογήστε τον κίνδυνο αιμορραγίας κατά την:

- εξέταση της έναρξης αντιπηκτικής αγωγής σε άτομα με κοιλιακή μαρμαρυγή, **και**
- επανεξέταση των ατόμων που ήδη λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή.

Χρησιμοποιήστε το [εργαλείο αξιολόγησης κινδύνου αιμορραγίας ORBIT](#) επειδή τα στοιχεία δείχνουν ότι έχει μεγαλύτερη ακρίβεια στην πρόβλεψη του απόλυτου κινδύνου αιμορραγίας από άλλα εργαλεία κινδύνου αιμορραγίας. Η ακριβής γνώση του κινδύνου αιμορραγίας υποστηρίζει

την κοινή λήψη αποφάσεων και έχει πρακτικά οφέλη, για παράδειγμα, αυξάνοντας την εμπιστοσύνη των ασθενών και την προθυμία να δεχτούν αγωγή όταν ο κίνδυνος είναι χαμηλός και προωθώντας συζήτηση για τη μείωση του κινδύνου όταν ο κίνδυνος είναι υψηλός. Αν και το ORBIT είναι το καλύτερο εργαλείο για τον σκοπό αυτό, μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιηθούν άλλα εργαλεία κινδύνου αιμορραγίας, όπως το εργαλείο HAS-BLED, έως ότου ενσωματωθεί στη κλινική πρακτική και τα ηλεκτρονικά συστήματα.

1.2.3 Προσφέρετε παρακολούθηση και υποστήριξη για τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου για αιμορραγία, όπως:

- μη ελεγχόμενη υπέρταση (η μη ελεγχόμενη υπέρταση είναι επίμονα αυξημένη κλινική συστολική αρτηριακή πίεση  $\geq 140$  mmHg ή/και κλινική διαστολική αρτηριακή πίεση  $\geq 90$  mmHg ή/και περιπατητική μέση συστολική αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της ημέρας  $\geq 135$  mmHg ή/και περιπατητική μέση διαστολική αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της ημέρας  $\geq 85$  mmHg σε υπερτασικούς ασθενείς με ή χωρίς ιατρική θεραπεία): η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης θα πρέπει να πραγματοποιείται όπως περιγράφεται στο Παράρτημα II (πηγή: κατευθυντήρια οδηγία NICE NG136)
- ανεπαρκής έλεγχος της διεθνούς ομαλοποιημένης αναλογίας (INR) σε ασθενείς που λαμβάνουν ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ
- ταυτόχρονη φαρμακευτική αγωγή, συμπεριλαμβανομένων των αντιαιμοπεταλιακών, των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ)
- επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ (επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ που ορίζεται ως [βαθμολογία AUDIT >8](#), εξετάστε το ενδεχόμενο χρήσης της [ελληνικής έκδοσης του εργαλείου ελέγχου](#) για αξιολόγηση της επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ)
- αναστρέψιμα αίτια αναιμίας.

## Συζήτηση των αποτελεσμάτων εκτίμησης επικινδυνότητας

- 1.2.4 Συζητήστε τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου και αιμορραγίας με το άτομο λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, για παράδειγμα συννοσηρότητες, και τις ατομικές του προτιμήσεις.

Για μία σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την [ενότητα «Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τον κίνδυνο αιμορραγίας](#).

## 1.3 Εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας

- 1.3.1 Εκτελέστε διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφία (ΔΘΥ) σε άτομα με κολπική μαρμαρυγή:

- όταν αρχικά διαγνωστεί κάποιος/α με κολπική μαρμαρυγή
- για όσους/ες εξετάζεται μία στρατηγική ελέγχου ρυθμού που περιλαμβάνει καρδιοανάταξη (ηλεκτρική ή φαρμακολογική)
- σε όσους/ες υπάρχει υψηλός κίνδυνος ή υποψία υποκείμενης δομικής ή λειτουργικής καρδιακής νόσου (όπως καρδιακή ανεπάρκεια ή καρδιακό φύσημα) που επηρεάζει την επακόλουθη διαχείρισή τους (για παράδειγμα, επιλογή αντιαρρυθμικού φαρμάκου)
- σε όσους/ες απαιτείται βελτίωση της διαστρωμάτωσης κλινικού κινδύνου για αντιθρομβωτική θεραπεία (βλ. [παράγραφο 1.2 για την αξιολόγηση κινδύνου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και αιμορραγίας](#) και [παράγραφο 1.6 σχετικά με την πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου](#)).

- 1.3.2 Μην πραγματοποιείτε συνήθως ΔΘΥ αποκλειστικά με σκοπό την περαιτέρω διαστρωμάτωση του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου σε άτομα με κολπική μαρμαρυγή για τα οποία η ανάγκη έναρξης αντιπηκτικής θεραπείας έχει ήδη συμφωνηθεί χρησιμοποιώντας κατάλληλα κλινικά κριτήρια (βλ. παράγραφο 1.2 σχετικά με την αξιολόγηση των κινδύνων αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και αιμορραγίας και παράγραφο 1.6 σχετικά με την πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου).

1.3.3 Εκτελέστε διοισοφάγεια ηχοκαρδιογραφία σε άτομα με κολπική μαρμαρυγή:

- όταν η ΔΘΥ καταδεικνύει ανωμαλία (όπως βαλβιδική καρδιοπάθεια) που δικαιολογεί περαιτέρω ειδική αξιολόγηση
- όταν η ΔΘΥ είναι τεχνικά δύσκολη ή/και αμφιβόλου ποιότητας και όπου υπάρχει ανάγκη να αποκλειστούν καρδιακές ανωμαλίες
- όταν εξετάζεται το ενδεχόμενο καρδιοανάταξης καθοδηγούμενης με διοισοφάγεια ηχοκαρδιογραφία.

## 1.4 Εξατομικευμένο πακέτο φροντίδας και πληροφοριών

1.4.1 Προσφέρετε σε άτομα με κολπική μαρμαρυγή ένα εξατομικευμένο πακέτο φροντίδας. Βεβαιωθείτε ότι το πακέτο φροντίδας τεκμηριώνεται και παραδίδεται, και ότι καλύπτει:

- επίγνωση για τα εγκεφαλικά επεισόδια και μέτρα για την πρόληψη εγκεφαλικών επεισοδίων
- έλεγχο συχνότητας
- αξιολόγηση των συμπτωμάτων για τον έλεγχο του ρυθμού
- με ποιον/α να επικοινωνήσουν για συμβουλές, εάν χρειαστεί
- ψυχολογική υποστήριξη, εάν χρειαστεί
- ενημερωμένη και ολοκληρωμένη εκπαίδευση και πληροφορίες σχετικά με:
  - αιτία, επιδράσεις και πιθανές επιπλοκές της κολπικής μαρμαρυγής
  - διαχείριση του ελέγχου συχνότητας και ρυθμού
  - αντιπηκτική αγωγή
  - πρακτικές συμβουλές για την αντιπηκτική αγωγή, σύμφωνα με τις συστάσεις για την ενημέρωση και την υποστήριξη των ατόμων που υποβάλλονται σε αντιπηκτική αγωγή (Παράρτημα III).
  - δίκτυα υποστήριξης (για παράδειγμα, φιλανθρωπικές οργανώσεις για καρδιαγγειακά νοσήματα).

## 1.5 Παραπομπή για εξειδικευμένη διαχείριση

1.5.1 Παραπέμψτε τους ανθρώπους σε οποιοδήποτε στάδιο αμέσως, εάν η θεραπεία αποτύχει να θέσει υπό έλεγχο τα συμπτώματα της κολπικής μαρμαρυγής και απαιτείται πιο εξειδικευμένη διαχείριση. Αυτό θα πρέπει να γίνει εντός 4 εβδομάδων μετά την αποτυχημένη θεραπεία ή μετά την επανεμφάνιση της κολπικής μαρμαρυγής μετά από καρδιοανάταξη.

## 1.6 Πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου

### Αντιπηκτική αγωγή

1.6.1 Όταν συζητάτε τα οφέλη και τους κινδύνους της αντιπηκτικής αγωγής, χρησιμοποιήστε κλινικά προφίλ κινδύνου και προσωπικές προτιμήσεις για να καθοδηγήσετε τις επιλογές θεραπείας. Συζητήστε με το άτομο ότι:

- για τους περισσότερους ανθρώπους το όφελος της αντιπηκτικής αγωγής υπερτερεί του κινδύνου αιμορραγίας
- για άτομα με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας, το όφελος της αντιπηκτικής αγωγής μπορεί να μην υπερτερεί πάντα του κινδύνου αιμορραγίας και η προσεκτική παρακολούθηση του κινδύνου αιμορραγίας είναι σημαντική.

1.6.2 Όταν αποφασίζετε μεταξύ των επιλογών θεραπείας αντιπηκτικής αγωγής:

- Συζητήστε τους κινδύνους και τα οφέλη των διαφόρων φαρμάκων με το άτομο, και συμπεριλάβετε το άτομο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την αγωγή
- Λάβετε υπόψη τυχόν αντενδείξεις για κάθε φάρμακο και ακολουθήστε τις οδηγίες στο [Κυπριακό Μητρώο Φαρμακευτικών Προϊόντων](#) και στο [Μητρώο Ιατρικών Προϊόντων της Ευρωπαϊκής Ένωσης](#), ιδίως για συμβουλές σχετικά με τις δοσολογίες σε άτομα με νεφρική δυσλειτουργία, αντισταθμιστικά προϊόντα για την καταπολέμηση παρενεργειών των αναισθητικών και παρακολούθηση.

1.6.3 Προσφέρετε αντιπηκτική αγωγή με από του στόματος αντιπηκτικό άμεσης δράσης σε άτομα με κολπική μαρμαρυγή και βαθμολογία CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

ίση ή υψηλότερη από 2, λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο αιμορραγίας. Ως επιλογές συνιστώνται η απιξαμπάνη, η δαμπιγκατράνη και η ριβαροξαμπάνη.

- 1.6.4 Εξετάστε το ενδεχόμενο αντιπηκτικής αγωγής με ένα από του στόματος αντιπηκτικό άμεσης δράσης για άνδρες με κολπική μαρμαρυγή και βαθμολογία CHA<sub>2</sub>DS 2-VASc ίση με 1, λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο αιμορραγίας. Ως επιλογές συνιστώνται η απιξαμπάνη, η δαμπιγκατράνη και η ριβαροξαμπάνη.
- 1.6.5 Εάν τα από του στόματος αντιπηκτικά άμεσης δράσης αντενδείκνυνται, δεν είναι ανεκτά ή δεν είναι κατάλληλα σε άτομα με κολπική μαρμαρυγή, προσφέρετε έναν ανταγωνιστή βιταμίνης Κ. Δείτε την ενότητα [Αυτοέλεγχος και αυτοδιαχείριση ανταγωνιστών βιταμίνης Κ](#).
- 1.6.6 Για ενήλικες με κολπική μαρμαρυγή που λαμβάνουν ήδη ανταγωνιστή βιταμίνης Κ και είναι σταθεροί, συνεχίστε με την τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή τους και συζητήστε την επιλογή αλλαγής θεραπείας στο επόμενο προγραμματισμένο ραντεβού, λαμβάνοντας υπόψη τον χρόνο του ατόμου εντός του θεραπευτικού εύρους.
- 1.6.7 Μην προσφέρετε θεραπεία πρόληψης εγκεφαλικού επεισοδίου με αντιπηκτική αγωγή σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών με κολπική μαρμαρυγή και χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου εκτός από το φύλο τους (δηλαδή, πολύ χαμηλός κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου που ισοδυναμεί με βαθμολογία CHA<sub>2</sub>DS 2-VASc ίση με 0 για τους άνδρες ή ίση με 1 για τις γυναίκες).
- 1.6.8 Μην αναστέλλετε την αντιπηκτική αγωγή αποκλειστικά λόγω της ηλικίας ενός ατόμου ή του κινδύνου που διατρέχει για πτώσεις.

Για μία σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την [ενότητα «Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με την πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου](#).

## Αξιολόγηση αντιπηκτικού ελέγχου με ανταγωνιστές βιταμίνης K

- 1.6.9 Υπολογίστε τον χρόνο του ατόμου εντός θεραπευτικού εύρους (TTR) σε κάθε επίσκεψη. Κατά τον υπολογισμό του χρόνου εντός θεραπευτικού εύρους:
- χρησιμοποιήστε μία επικυρωμένη μέθοδο μέτρησης, όπως η μέθοδος Rosendaal για ηλεκτρονικό υπολογισμό δοσολογίας ή αναλογία των αναλύσεων εντός εύρους για χειροκίνητο υπολογισμό δοσολογίας
  - εξαιρούνται οι μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων της αγωγής
  - υπολογίστε το θεραπευτικό εύρος για περίοδο συντήρησης τουλάχιστον 6 μηνών.
- 1.6.10 Επαναξιολογήστε την αντιπηκτική αγωγή για ασθενείς με ανεπαρκή έλεγχο βάσει των παρακάτω:
- 2 τιμές INR υψηλότερες από 5 ή 1 τιμή INR υψηλότερη από 8 κατά τους τελευταίους 6 μήνες
  - 2 τιμές INR μικρότερες από 1,5 εντός των τελευταίων 6 μηνών
  - TTR χαμηλότερο από 65%.
- 1.6.11 Κατά την επαναξιολόγηση της αντιπηκτικής αγωγής, λάβετε υπόψη και, εάν είναι δυνατόν, αντιμετωπίστε τους παρακάτω παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν στον ανεπαρκή αντιπηκτικό έλεγχο:
- γνωστική λειτουργία
  - συμμόρφωση με τη συνταγογραφούμενη θεραπεία
  - ασθένεια
  - αλληλεπιδράσεις φαρμάκων
  - παράγοντες τρόπου ζωής, καθώς και διατροφή και κατανάλωση αλκοόλ.
- 1.6.12 Εάν ο ανεπαρκής αντιπηκτικός έλεγχος δεν παρουσιάζει βελτίωση, αξιολογήστε τους κινδύνους και τα οφέλη των εναλλακτικών στρατηγικών πρόληψης εγκεφαλικού επεισοδίου και συζητήστε τα με τον/την ασθενή.

### **Αυτοέλεγχος και αυτοδιαχείριση ανταγωνιστών βιταμίνης Κ**

- 1.6.13 Το σύστημα CoaguChek XS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον αυτοέλεγχο της πηκτικότητας σε ενήλικες και παιδιά που λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή με ανταγωνιστές βιταμίνης Κ και πάσχουν από κολπική μαρμαρυγή ή καρδιακή βαλβιδοπάθεια εάν:
- ο ασθενής προτιμά αυτή τη μορφή εξέτασης, και
  - ο/η ασθενής ή ο φροντιστής του είναι σωματικά και γνωστικά ικανός/ή να τηρεί αποτελεσματικό αυτοέλεγχο.
- 1.6.14 Οι ασθενείς και οι φροντιστές θα πρέπει να εκπαιδεύονται στην αποτελεσματική χρήση του συστήματος CoaguChek XS και οι κλινικοί ιατροί που συμμετέχουν στη φροντίδα τους θα πρέπει να επανεξετάζουν τακτικά την ικανότητά τους για αυτοέλεγχο.
- 1.6.15 Ο εξοπλισμός αυτοελέγχου θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά με τη χρήση αξιόπιστων διαδικασιών ελέγχου ποιότητας και με τον έλεγχο του εξοπλισμού των ασθενών έναντι μετρητή πηκτικότητας από επαγγελματία υγείας, που ελέγχεται σύμφωνα με εξωτερικό σύστημα διασφάλισης ποιότητας. Βεβαιωθείτε ότι τα ακριβή αρχεία των ασθενών τηρούνται και κοινοποιούνται κατάλληλα.
- 1.6.16 Για ασθενείς που ενδέχεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες ή να μην είναι σε θέση να αυτοελέγχονται, όπως παιδιά ή άτομα με ειδικές ανάγκες, οι φροντιστές τους θα πρέπει να εμπλέκονται στον αυτοέλεγχο (πηγή: κατευθυντήρια οδηγία NICE NG106).

### **Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή**

- 1.6.17 Για ασθενείς που έχουν ξεχωριστή ένδειξη για αντιπηκτική αγωγή, λάβετε υπόψη όλα τα παρακάτω όταν προγραμματίζετε τη διάρκεια και τον τύπο (διπλή ή μονή) της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής στους 12 μήνες μετά από ένα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο:
- κίνδυνος αιμορραγίας

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- θρομβοεμβολικός κίνδυνος
- καρδιαγγειακός κίνδυνος
- επιθυμίες του ασθενούς.

Πρέπει να γνωρίζετε ότι η βέλτιστη διάρκεια της θεραπείας με ασπιρίνη δεν έχει τεκμηριωθεί και ότι η μακροχρόνια συνέχιση της ασπιρίνης, της κλοπιδογρέλης και της από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής (τριπλή θεραπεία) αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο αιμορραγίας.

1.6.18 Για ασθενείς που λαμβάνουν ήδη αντιπηκτική αγωγή και έχουν υποβληθεί σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI), συνεχίστε την αντιπηκτική αγωγή και την κλοπιδογρέλη για έως και 12 μήνες. Εάν ο ασθενής λαμβάνει απευθείας από του στόματος αντιπηκτική θεραπεία, προσαρμόστε τη δόση ανάλογα με τον κίνδυνο αιμορραγίας, τον θρομβοεμβολικό κίνδυνο και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

1.6.19 Για ασθενείς με νέα ένδειξη αντιπηκτικής αγωγής που είχαν PCI, προσφέρετε κλοπιδογρέλη (αντικαθιστά την πρασουγρέλη ή τικαγρελόρη) για έως και 12 μήνες και ένα κατάλληλο από του στόματος αντιπηκτικό αναλόγως ενδείξεων όπως για:

- κίνδυνο αιμορραγίας
- θρομβοεμβολικό κίνδυνο
- καρδιαγγειακό κίνδυνο
- επιθυμίες του ασθενούς.

1.6.20 Για άτομα που λαμβάνουν ήδη αντιπηκτική αγωγή ή για άτομα με νέα ένδειξη, τα οποία δεν έχουν υποβληθεί σε PCI (ιατρική αντιμετώπιση, αορτοστεφανιαία παράκαμψη), συνεχίστε την αντιπηκτική αγωγή και, εκτός εάν υπάρχει υψηλός κίνδυνος αιμορραγίας, εξετάστε το ενδεχόμενο συνέχισης της ασπιρίνης (ή κλοπιδογρέλης για άτομα με αντένδειξη για ασπιρίνη) για έως και 12 μήνες.

1.6.21 Μην προσφέρετε πρασουγρέλη ή τικαγρελόρη σε συνδυασμό με άλλο αντιπηκτικό που χορηγήθηκε για ξεχωριστή, συνεχή ένδειξη αντιπηκτικής αγωγής.

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

1.6.23 Για ασθενείς με συνεχή ένδειξη αντιπηκτικής αγωγής 12 μήνες μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, λάβετε υπόψη όλα τα παρακάτω όταν αξιολογείτε την ανάγκη συνέχισης της αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας:

- ένδειξη για αντιπηκτική αγωγή
- κίνδυνο αιμορραγίας
- θρομβοεμβολικό κίνδυνο
- καρδιαγγειακό κίνδυνο
- επιθυμίες του ασθενούς.

### **Επανεξέταση ασθενών με κολπική μαρμαρυγή**

1.6.24 Για άτομα που δεν λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή, επανεξετάστε τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου στην ηλικία των 65 ετών ή εάν αναπτύξουν κάποιο από τα παρακάτω σε οποιαδήποτε ηλικία:

- διαβήτη
- καρδιακή ανεπάρκεια
- περιφερική αρτηριακή νόσο
- στεφανιαία νόσο
- εγκεφαλικό επεισόδιο, παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο ή συστηματική θρομβοεμβολή.

1.6.25 Για άτομα που δεν λαμβάνουν αντιπηκτικό λόγω κινδύνου αιμορραγίας ή άλλων παραγόντων, επανεξετάστε τους κινδύνους εγκεφαλικού επεισοδίου και αιμορραγίας ετησίως και βεβαιωθείτε ότι όλες οι αναθεωρήσεις και αποφάσεις καταγράφονται.

1.6.26 Για άτομα που λαμβάνουν αντιπηκτικό, επανεξετάστε την ανάγκη για αντιπηκτική αγωγή και την ποιότητα της αντιπηκτικής αγωγής (λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο αιμορραγίας και την ανάγκη παρακολούθησης της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία) τουλάχιστον ετησίως, ή συχνότερα εάν εμφανιστούν σχετικά κλινικά σημαντικά συμβάντα που επηρεάζουν τον κίνδυνο αντιπηκτικής αγωγής ή αιμορραγίας.

## Σύγκλειση του ωτίου του αριστερού κόλπου

- 1.6.27 Εξετάστε το ενδεχόμενο σύγκλεισης του ωτίου του αριστερού κόλπου εάν η αντιπηκτική αγωγή αντενδείκνυται ή δεν είναι ανεκτή και συζητήστε τα οφέλη και τους κινδύνους σύγκλεισης του ωτίου του αριστερού κόλπου με τον ασθενή.
- 1.6.28 Μην προσφέρετε σύγκλειση του ωτίου του αριστερού κόλπου ως εναλλακτική λύση αντί της αντιπηκτικής αγωγής, εκτός εάν αυτή αντενδείκνυται ή δεν είναι ανεκτή.
- 1.6.29 Η επιλογή των ασθενών θα πρέπει να πραγματοποιείται από διεπιστημονική ομάδα, η οποία να περιλαμβάνει καρδιολόγο και άλλους κλινικούς ιατρούς με εμπειρία στη διαχείριση ασθενών με κολπική μαρμαρυγή που διατρέχουν κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται για εναλλακτικές θεραπείες για μείωση του κινδύνου θρομβοεμβολής και θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με αυτές τις εναλλακτικές επιλογές.
- 1.6.30 Η διαδερμική σύγκλειση του ωτίου του αριστερού κόλπου είναι μία τεχνικά δύσκολη διαδικασία, η οποία πρέπει να διεξάγεται μόνο από ιατρούς με ειδική κατάρτιση και επαρκή εμπειρία στη διαδικασία.
- 1.6.31 Η διαδικασία αυτή πρέπει να πραγματοποιείται μόνο σε μονάδες με διαθέσιμο καρδιοχειρουργικό τμήμα.
- 1.6.32 Οποιαδήποτε ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και προκύπτουν από τη διαδικασία θα πρέπει να αναφέρονται στην [Αρμόδια Αρχή Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού της Κύπρου](#) μέσω του σχετικού [εντύπου](#).

## 1.7 Έλεγχος καρδιακής συχνότητας και ρυθμού

Αυτή η ενότητα καλύπτει τον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας και του καρδιακού ρυθμού για μη επείγοντα περιστατικά. Ανατρέξτε στην [παράγραφο 1.8 για τον έλεγχο της συχνότητας και του ρυθμού σε άτομα που τους παρουσιάζεται εκτάκτως](#) (είτε ως νεοεμφανιζόμενη, είτε ως αποσταθεροποίηση υπάρχουσας κολπικής μαρμαρυγής).

## Έλεγχος συχνότητας

1.7.1 Προσφέρετε κάποια μέθοδο ρύθμισης συχνότητας ως πρώτης γραμμής θεραπεία για κολπική μαρμαρυγή εκτός σε ασθενείς:

- των οποίων η κολπική μαρμαρυγή έχει αναστρέψιμη αιτία
- που έχουν καρδιακή ανεπάρκεια που πιστεύεται ότι προκαλείται κυρίως από κολπική μαρμαρυγή
- με νεοεμφανιζόμενη κολπική μαρμαρυγή
- με κολπικό πτερυγισμό ο οποίος θεωρείται κατάλληλος για κατάλυση προς αποκατάσταση φλεβοκομβικού ρυθμού
- για τους/τις οποίους/ες μία μέθοδος ελέγχου ρυθμού θα ήταν καταλληλότερη βάσει κλινικής κρίσης.

1.7.2 Προσφέρετε είτε έναν συνήθη βήτα-αναστολέα (δηλαδή έναν βήτα-αναστολέα εκτός από τη σοταλόλη) είτε έναν αποκλειστή διαύλων ασβεστίου για ρύθμιση συχνότητας (διλτιαζέμη ή βεραπαμίλη) ως αρχική μονοθεραπεία ελέγχου συχνότητας σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, εκτός εάν ο/η ασθενής έχει τα χαρακτηριστικά που περιγράφονται στη σύσταση 1.7.4. Βασίστε την επιλογή του φαρμάκου στα συμπτώματα, την καρδιακή συχνότητα, τις συννοσηρότητες και τις προτιμήσεις του/της ασθενούς.

Το 2023, η συγκεκριμένη χρήση της διλτιαζέμης ήταν εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.

1.7.3 Για ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και ταυτόχρονη καρδιακή ανεπάρκεια, ακολουθήστε τις συστάσεις σχετικά με τη χρήση βήτα-αναστολέων και την αποφυγή αναστολέων διαύλων ασβεστίου (πηγή: οδηγία NICE NG106):

### Βήτα-αναστολείς

Μην αποφεύγετε τη θεραπεία με βήτα-αναστολείς αποκλειστικά λόγω ηλικίας ή παρουσίας περιφερικής αγγειακής νόσου, στυτικής

δυσλειτουργίας, διαβήτη, διάμεσης πνευμονοπάθειας ή χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

Ξεκινήστε τους βήτα-αναστολείς με χαμηλή δόση και τιτλοποιήστε αργά. Αξιολογήστε την καρδιακή συχνότητα και την κλινική κατάσταση μετά από κάθε τιτλοποίηση. Μετρήστε την αρτηριακή πίεση πριν και μετά από κάθε αύξηση της δόσης ενός βήτα-αναστολέα.

Σε ασθενείς σε σταθερή κατάσταση που ήδη λαμβάνουν έναν βήτα-αναστολέα για συννοσηρότητα (για παράδειγμα, στηθάγχη ή υπέρταση) και που αναπτύσσουν καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης, αλλάξτε σε έναν βήτα-αναστολέα με άδεια χορήγησης για καρδιακή ανεπάρκεια.

Αποκλειστές διαύλων ασβεστίου

Αποφύγετε τη βεραπαμίλη, τη διλτιαζέμη και τους βραχείας δράσης παράγοντες διυδροπυριδίνης σε άτομα που έχουν καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (<40%).

1.7.4 Εξετάστε το ενδεχόμενο μονοθεραπείας με διγοξίνη για αρχικό έλεγχο της συχνότητας σε ασθενείς με μη παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή εάν:

- ο ασθενής δεν κάνει καθόλου σωματική άσκηση ή κάνει πολύ λίγη σωματική άσκηση, ή
- έχουν αποκλειστεί άλλες επιλογές φαρμάκων που περιορίζουν την καρδιακή συχνότητα λόγω συννοσηροτήτων ή προτιμήσεων του/της ασθενούς.

1.7.5 Εάν η μονοθεραπεία δεν ελέγχει τα συμπτώματα του/της ασθενούς, και εάν τα συνεχιζόμενα συμπτώματα πιστεύεται ότι προκαλούνται από ανεπαρκή έλεγχο της κοιλιακής συχνότητας, εξετάστε το ενδεχόμενο συνδυασμένης θεραπείας με 2 από τα παρακάτω:

- βήτα-αποκλειστή

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- διλτιαζέμη
- διγοξίνη.

Το 2023, η συγκεκριμένη χρήση της διλτιαζέμης ήταν εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.

1.7.6 Μην προσφέρετε αμιωδαρόνη για μακροπρόθεσμο έλεγχο συχνότητας.

Για σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, ανατρέξτε στην [ενότητα «Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τον έλεγχο της συχνότητας](#).

### Έλεγχος ρυθμού

1.7.7 Εξετάστε το ενδεχόμενο φαρμακολογικού ή/και ηλεκτρικού ελέγχου του ρυθμού για άτομα με κοιλιακή μαρμαρυγή τα συμπτώματα των οποίων συνεχίζονται αφού έχει τεθεί υπό έλεγχο η καρδιακή συχνότητα ή για τα οποία μία στρατηγική ελέγχου του ρυθμού δεν ήταν επιτυχής.

### Αντιαρρυθμική φαρμακευτική θεραπεία

1.7.8 Αξιολογήστε την ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή για μακροπρόθεσμο έλεγχο του ρυθμού, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις του/της ασθενούς, τις σχετικές συννοσηρότητες, τους κινδύνους της θεραπείας και την πιθανότητα επανεμφάνισης της κοιλιακής μαρμαρυγής.

1.7.9 Μην προσφέρετε αντιαρρυθμικά φάρμακα κατηγορίας 1C όπως η φλεκαϊνίδα ή η προπαιφαινόνη σε άτομα με γνωστή ισχαιμική ή δομική καρδιοπάθεια.

1.7.10 Εάν απαιτείται φαρμακευτική αγωγή για μακροχρόνιο έλεγχο του ρυθμού, εξετάστε το ενδεχόμενο χορήγησης ενός συνήθους βήτα-αναστολέα (δηλαδή, ενός βήτα-αναστολέα εκτός από τη σοταλόλη) ως θεραπεία πρώτης γραμμής, εκτός εάν υπάρχουν αντενδείξεις.

1.7.11 Εάν οι βήτα-αναστολείς αντενδείκνυνται ή είναι ανεπιτυχείς, αξιολογήστε την καταλληλότητα εναλλακτικών φαρμάκων για έλεγχο του ρυθμού, λαμβάνοντας υπόψη τις συννοσηρότητες.

Κοιλιακή μαρμαρυγή: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Ιούνιος 2023)

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- 1.7.12 Ακολουθήστε τις συμβουλές σχετικά με τη δρονεδαρόνη ως επιλογή θεραπείας δεύτερης γραμμής για μακροχρόνιο έλεγχο του ρυθμού μετά από επιτυχή καρδιοανάταξη (πηγή: κατευθυντήρια οδηγία NICE TA197).
- 1.7.13 Η δρονεδαρόνη συνιστάται ως επιλογή για διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού μετά από επιτυχή καρδιοανάταξη σε ασθενείς με παροξυσμική ή εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή:
- των οποίων η κολπική μαρμαρυγή δεν ελέγχεται με θεραπεία πρώτης γραμμής (συνήθως συμπεριλαμβανομένων των βήτα-αναστολέων), δηλαδή ως θεραπεία δεύτερης γραμμής και αφού εξεταστούν εναλλακτικές επιλογές, **και**
  - που έχουν τουλάχιστον 1 από τους παρακάτω καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου:
    - υπέρταση που απαιτεί φάρμακα 2 τουλάχιστον διαφορετικών κατηγοριών
    - σακχαρώδη διαβήτη
    - προηγούμενο παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή συστηματική εμβολή
    - διάμετρο αριστερού κόλπου 50 mm ή μεγαλύτερη, **ή**
    - ηλικία 70 ετών και άνω, **και**
  - που δεν έχουν συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, **και**
  - που δεν έχουν ιστορικό ή τρέχουσα καρδιακή ανεπάρκεια.
- 1.7.14 Τα άτομα που δεν πληρούν τα κριτήρια της παραγράφου 1.7.13 και λαμβάνουν επί του παρόντος δρονεδαρόνη θα πρέπει να έχουν την επιλογή να συνεχίσουν τη θεραπεία έως ότου οι ίδιοι και οι ιατροί τους κρίνουν σκόπιμο να σταματήσουν.
- 1.7.15 Εξετάστε το ενδεχόμενο χορήγησης αμιωδαρόνης για ασθενείς με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας ή καρδιακή ανεπάρκεια.

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- 1.7.16 Σε ασθενείς με μη συχνούς παροξυσμούς και λίγα συμπτώματα, ή εάν τα συμπτώματα πυροδοτούνται από γνωστούς παράγοντες (όπως αλκοόλ, καφεΐνη), θα πρέπει να εξετάζεται και να συζητείται με τον/την ασθενή κάποια «μη φαρμακευτική στρατηγική» ή μία στρατηγική θεραπείας όταν χρειάζεται [«χάπια στην τσέπη» \(pill in the pocket' strategy\)](#) (στην οποία τα αντιαρρυθμικά φάρμακα λαμβάνονται μόνο όταν ξεκινά ένα επεισόδιο).
- 1.7.17 Σε ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή, θα πρέπει να εξεταστεί μία στρατηγική «χάπια στην τσέπη» για όσους/ες:
- δεν έχουν ιστορικό δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας ή βαλβιδικής ή ισχαιμικής καρδιοπάθειας, και
  - έχουν ιστορικό σποραδικών συμπτωματικών επεισοδίων παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής, και
  - έχουν συστολική αρτηριακή πίεση μεγαλύτερη από 100 mmHg και καρδιακή συχνότητα ηρεμίας άνω των 70 bpm, και
  - είναι σε θέση να κατανοήσουν πώς και πότε να πάρουν το φάρμακο.

### Καρδιοανάταξη

- 1.7.18 Σε άτομα που υποβάλλονται σε καρδιοανάταξη λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής που εμμένει για περισσότερο από 48 ώρες, προσφέρετε ηλεκτρική (και όχι φαρμακολογική) καρδιοανάταξη.
- 1.7.19 Εξετάστε το ενδεχόμενο θεραπείας με αμιωδαρόνη ξεκινώντας 4 εβδομάδες πριν και συνεχίζοντας έως και 12 μήνες μετά την ηλεκτρική καρδιοανάταξη για τη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού και συζητήστε με το άτομο τα οφέλη και τους κινδύνους της αμιωδαρόνης.
- 1.7.20 Για άτομα με κοιλιακή μαρμαρυγή διάρκειας μεγαλύτερης των 48 ωρών, στα οποία ενδείκνυται εκλεκτική καρδιοανάταξη:
- τόσο η καρδιοανάταξη καθοδηγούμενη με διοισοφάγεια ηχοκαρδιογραφία όσο και η συμβατική καρδιοανάταξη θεωρούνται εξίσου αποτελεσματικές.

- Η επιλογή της καρδιοανάταξης καθοδηγούμενη με διοισοφάγεια ηχοκαρδιογραφία θα πρέπει να εξετάζεται:
  - εάν υπάρχει έμπειρο προσωπικό και κατάλληλες εγκαταστάσεις, και
  - εάν ενδείκνυται μία ελάχιστη περίοδος πριν την καρδιοανάταξη με αντιπηκτική αγωγή λόγω επιλογής του ατόμου ή κινδύνων αιμορραγίας.

### Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής

1.7.21 Εάν η φαρμακευτική θεραπεία είναι ανεπιτυχής, ακατάλληλη ή μη ανεκτή σε άτομα με συμπτωματική παροξυσμική ή εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή:

- Εξετάστε το ενδεχόμενο κατάλυσης με τη χορήγηση διαδοχικών θερμικών βλαβών (point-by-point) με υψίσυχο ρεύμα ή την κατάλυση με μπαλόني κρουοενέργειας ή την κατάλυση με τη χρήση μπαλονιού και ενέργειας laser.
- Όταν εξετάζετε το ενδεχόμενο κατάλυσης σε περιοχές του αριστερού κόλπου, συζητήστε τους κινδύνους και τα οφέλη και λάβετε υπόψη τις προτιμήσεις του ατόμου. Ειδικότερα, εξηγήστε ότι η διαδικασία δεν είναι πάντα αποτελεσματική και ότι η υποχώρηση των συμπτωμάτων μπορεί να μην είναι μακροχρόνια.

1.7.22 Εξετάστε το ενδεχόμενο χειρουργικής κατάλυσης των περιοχών του αριστερού κόλπου ταυτόχρονα με άλλες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις για άτομα με συμπτωματική κολπική μαρμαρυγή.

Για μία σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την [ενότητα «Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με το θέμα της κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής](#).

### Πρόληψη υποτροπής μετά από κατάλυση

- 1.7.23 Εξετάστε την περίπτωση χορήγησης αντιαρρυθμικών φαρμάκων επί 3 μήνες μετά την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής για πρόληψη της επανεμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις του ατόμου, καθώς και τους κινδύνους και τα πιθανά οφέλη.
- 1.7.24 Επαναξιολογήστε την ανάγκη για λήψη αγωγής με αντιαρρυθμικά φάρμακα 3 μήνες μετά την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής.

Για μία σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την [ενότητα «Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με το θέμα της πρόληψης υποτροπής μετά από κατάλυση](#).

### Βηματοδότηση και κατάλυση

- 1.7.25 Εξετάστε το ενδεχόμενο βηματοδότησης και κατάλυσης του κολποκοιλιακού κόμβου σε άτομα με μόνιμη κολπική μαρμαρυγή με συμπτώματα ή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας που θεωρείται ότι προκαλείται από υψηλές κοιλιακές συχνότητες.
- 1.7.26 Όταν εξετάζετε το ενδεχόμενο βηματοδότησης και κατάλυσης του κολποκοιλιακού κόμβου, επανεκτιμήστε τα συμπτώματα και τη συνεπακόλουθη ανάγκη κατάλυσης, μετά την πραγματοποίηση της βηματοδότησης και την περαιτέρω βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής.
- 1.7.27 Εξετάστε το ενδεχόμενο κατάλυσης του αριστερού κόλπου με καθεήρα πριν από τη βηματοδότηση και την κατάλυση του κολποκοιλιακού κόμβου σε άτομα με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή ή καρδιακή ανεπάρκεια που προκαλείται από μη μόνιμη (παροξυσμική ή εμμένουσα) κολπική μαρμαρυγή.

## 1.8 Διαχείριση ατόμων που παρουσιάζουν οξεία κολπική μαρμαρυγή

### Έλεγχος συχνότητας και ρυθμού για άτομα που παρουσιάζουν οξύ επεισόδιο

- 1.8.1 Πραγματοποιήστε επείγουσα ηλεκτρική καρδιοανάταξη, χωρίς καθυστέρηση για επίτευξη μειωμένης ικανότητας πήξης του αίματος, σε άτομα με απειλητική για τη ζωή αιμοδυναμική αστάθεια που προκαλείται από νεοεμφανιζόμενη κολπική μαρμαρυγή.
- 1.8.2 Σε [άτομα που παρουσιάζουν οξεία κολπική μαρμαρυγή](#) χωρίς απειλητική για τη ζωή αιμοδυναμική αστάθεια:
- προσφέρετε είτε έλεγχο της συχνότητας είτε έλεγχο του ρυθμού εάν η χρονική διάρκεια από την έναρξη της αρρυθμίας είναι λιγότερο από 48 ώρες
  - προσφέρετε έλεγχο της συχνότητας εάν η χρονική διάρκεια από την έναρξη της αρρυθμίας είναι περισσότερο από 48 ώρες ή η χρονική στιγμή από την έναρξη είναι αβέβαιη.
- 1.8.3 Σε άτομα που παρουσιάζουν οξύ επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής όπου υπάρχει και υποψία ταυτόχρονης οξείας μη αντιρροπούμενης καρδιακής ανεπάρκειας, ζητήστε τη γνώμη ειδικού για τη χρήση βήτα-αναστολέων και μη χρησιμοποιείτε αναστολείς διαύλων ασβεστίου.
- 1.8.4 Σε άτομα με νεοεμφανιζόμενη κολπική μαρμαρυγή όπου θα δοθεί αγωγή για έλεγχο της συχνότητας, εξετάστε την περίπτωση φαρμακολογικής ή ηλεκτρικής καρδιοανάταξης ανάλογα με τις συνθήκες και τους πόρους του κλινικού περιβάλλοντος.
- 1.8.5 Σε περιπτώσεις ατόμων με νεοεμφανιζόμενη κολπική μαρμαρυγή όπου έχει συμφωνηθεί η διαχείριση με φαρμακολογική καρδιοανάταξη με βάση τους διαθέσιμους πόρους του κλινικού χώρου, προσφέρετε:

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- την επιλογή μεταξύ φλεκαϊνίδης και αμιωδαρόνης σε άτομα χωρίς ενδείξεις δομικής ή ισχαιμικής καρδιακής νόσου, ή
- αμιωδαρόνη σε άτομα με ενδείξεις δομικής καρδιακής νόσου.

1.8.6 Σε άτομα με κολπική μαρμαρυγή που η χρονική διάρκεια της αρρυθμίας είναι μεγαλύτερη από 48 ώρες ή αβέβαιη, και στα οποία μελετάται ο τρόπος διαχείρισης για μακροπρόθεσμο έλεγχο του ρυθμού, καθυστερήστε την καρδιοανάταξη έως ότου έχουν παραμείνει σε θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή για τουλάχιστον 3 εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου προσφέρετε έλεγχο της συχνότητας ανάλογα με την περίπτωση.

1.8.7 Μην προσφέρετε μαγνήσιο ή αναστολέα διαύλων ασβεστίου ως θεραπεία για φαρμακολογική καρδιοανάταξη.

Για μία σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με το θέμα ελέγχου της συχνότητας και του ρυθμού για τα άτομα που παρουσιάζουν οξύ επεισόδιο.](#)

### **Αντιπηκτική αγωγή για άτομα που παρουσιάζουν οξεία κολπική μαρμαρυγή**

1.8.8 Σε άτομα με διάγνωση νεοεμφανιζόμενης κολπικής μαρμαρυγής που δεν λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή ή λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή σε υποθεραπευτικά επίπεδα:

- προσφέρετε ηπαρίνη κατά την αρχική παρουσίαση εάν δεν υπάρχουν αντενδείξεις
- συνεχίστε την ηπαρίνη μέχρι να γίνει πλήρης αξιολόγηση και να αρχίσει η κατάλληλη αντιθρομβωτική θεραπεία, αναλόγως της διαβάθμισης κινδύνου (βλ. [παράγραφο 1.2 σχετικά με την αξιολόγηση του κινδύνου για ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και αιμορραγία](#) και [παράγραφο 1.6 για πρόληψη ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου](#)).

1.8.9 Σε άτομα με επιβεβαιωμένη πρόσφατη διάγνωση κολπικής μαρμαρυγής (λιγότερο από 48 ώρες από την έναρξη), προσφέρετε από του στόματος αντιπηκτική αγωγή εάν:

- ο σταθερός φλεβοκομβικός ρυθμός δεν αποκατασταθεί επιτυχώς εντός της ίδιας περιόδου 48 ωρών μετά την έναρξη της κολπικής μαρμαρυγής, ή
- υπάρχουν παράγοντες που υποδηλώνουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής της κολπικής μαρμαρυγής, καθώς και ιστορικό αποτυχημένης καρδιοανάταξης, δομικής καρδιοπάθειας, κολπικής μαρμαρυγής παρατεταμένης διάρκειας (άνω των 12 μηνών) ή προηγούμενων υποτροπών, ή
- συνάδει με τις συστάσεις στην ενότητα 1.2 σε σχέση με την αξιολόγηση των κινδύνων εγκεφαλικού επεισοδίου και αιμορραγίας και την ενότητα 1.6 σχετικά με την πρόληψη εγκεφαλικών επεισοδίων.

1.8.10 Σε άτομα με διάγνωση νεοεμφανιζόμενης κολπικής μαρμαρυγής, εάν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με τον ακριβή χρόνο έναρξης, προσφέρετε αντιπηκτική αγωγή από το στόμα όπως για την εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή (βλ. ενότητα 1.2 σχετικά με την αξιολόγηση των κινδύνων εγκεφαλικού επεισοδίου και αιμορραγίας και ενότητα 1.6 σε σχέση με την πρόληψη εγκεφαλικών επεισοδίων).

## **1.9 Αρχική αντιμετώπιση του εγκεφαλικού επεισοδίου και της κολπικής μαρμαρυγής**

1.9.1 Τα άτομα με εκτεταμένο ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και κολπική μαρμαρυγή φροντίστε να υποβάλλονται σε θεραπεία με ασπιρίνη 300 mg για τις πρώτες 2 εβδομάδες πριν εξεταστεί το ενδεχόμενο χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής (πηγή: κατευθυντήρια οδηγία NICE NG128).

## 1.10 Πρόληψη και αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής

### Πρόληψη μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής

1.10.1 Σε άτομα που υποβάλλονται σε καρδιοθωρακική χειρουργική επέμβαση:

- μειώστε τον κίνδυνο μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής προσφέροντας 1 από τα παρακάτω:
  - αμιωδαρόνη
  - έναν τυπικό βήτα-αναστολέα (δηλαδή έναν βήτα-αναστολέα εκτός από τη σοταλόλη)
  - έναν αναστολέα διαύλων ασβεστίου για μείωση του ρυθμού (διλτιαζέμη ή βεραπαμίλη)
- μην προσφέρετε διγοξίνη.

Το 2023, η συγκεκριμένη χρήση της διλτιαζέμης ήταν εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.

1.10.2 Σε άτομα που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση και λαμβάνουν ήδη θεραπεία με βήτα-αναστολέα, συνεχίστε την αγωγή αυτή, εκτός εάν προκύψουν αντενδείξεις (όπως μετεγχειρητική βραδυκαρδία ή υπόταση).

1.10.3 Μην ξεκινάτε στατίνες σε άτομα που υποβάλλονται σε καρδιοθωρακική χειρουργική επέμβαση, αποκλειστικά και μόνο για πρόληψη της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής.

1.10.4 Σε άτομα που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση και ήδη λαμβάνουν στατίνες, συνεχίστε την αγωγή αυτή.

Για μία σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την [ενότητα «Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με την πρόληψη της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής](#).

## Διαχείριση μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής

### Κολπική μαρμαρυγή μετά από καρδιοθωρακική χειρουργική επέμβαση

- 1.10.5 Εξετάστε θεραπευτικές στρατηγικές για σταθεροποίηση της συχνότητας ή του ρυθμού του καρδιακού παλμού ως τον αρχικό τρόπο διαχείρισης νεοεμφανιζόμενης μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής μετά από καρδιοθωρακική χειρουργική επέμβαση.
- 1.10.6 Εάν επιλεγεί κάποια θεραπευτική στρατηγική για σταθεροποίηση του ρυθμού, επανεκτιμήστε την ανάγκη για αγωγή με αντιαρρυθμικά φάρμακα σε κατάλληλο χρονικό σημείο (συνήθως στο χρονικό διάστημα των 6 περιόδου εβδομάδων).

### Κολπική μαρμαρυγή μετά από χειρουργική επέμβαση μη καρδιοθωρακικού τύπου

- 1.10.7 Αντιμετωπίστε τη μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή μετά από χειρουργική επέμβαση μη καρδιοθωρακικού τύπου με τον ίδιο τρόπο που αντιμετωπίζεται μία νεοεμφανιζόμενη κολπική μαρμαρυγή από οποιαδήποτε άλλη αιτία.

### Αντιθρομβωτική θεραπεία για μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή

- 1.10.8 Για την πρόληψη και αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής, χρησιμοποιήστε την κατάλληλη αντιθρομβωτική θεραπεία και διορθώστε τις αναγνωρίσιμες αιτίες (όπως ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή υποξία).

Για μία σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την [ενότητα «Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τη διαχείριση της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής.](#)

## 1.11 Διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής

- 1.11.1 Σε άτομα με διάγνωση κολπικής μαρμαρυγής, μη διακόπτετε την αντιπηκτική αγωγή αποκλειστικά και μόνο επειδή η κολπική μαρμαρυγή δεν είναι πλέον ανιχνεύσιμη.

Κολπική μαρμαρυγή: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Ιούλιος 2023)

- 1.11.2 Βασίστε τις αποφάσεις για διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής στην επανεκτίμηση του κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο και αιμορραγία με τη χρήση των CHA2DS2-VASc και ORBIT και μετά από συζήτηση για τις προτιμήσεις του ατόμου.

Για μία σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την [ενότητα «Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με το θέμα της διακοπής της αντιπηκτικής αγωγής](#).

### **Όροι που χρησιμοποιούνται στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία**

Στην ενότητα αυτή επεξηγούνται οι ορισμοί που χρησιμοποιήθηκαν με συγκεκριμένο τρόπο για την παρούσα κατευθυντήρια οδηγία.

#### **Άτομα με οξεία κοιλιακή μαρμαρυγή**

Άτομα με σαφή νεοεμφανιζόμενη κοιλιακή μαρμαρυγή ή με αποσταθεροποίηση υπάρχουσας κοιλιακής μαρμαρυγής. Αυτό δεν περιλαμβάνει άτομα με κοιλιακή μαρμαρυγή που ανακαλύφθηκε τυχαία, για παράδειγμα μέσω ψηλάφησης παλμών πριν από τη συνήθη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης

#### **Στρατηγική θεραπείας με «χάπια στην τσέπη» (Pill-in-the-pocket)**

Το άτομο αυτοδιαχειρίζεται την παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή λαμβάνοντας αντιαρρυθμικά φάρμακα μόνο όταν ξεκινάει ένα επεισόδιο κοιλιακής μαρμαρυγής.

#### **Παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή**

Επεισόδια κοιλιακής μαρμαρυγής που σταματούν εντός 7 ημερών, συνήθως εντός 48 ωρών, χωρίς καμία θεραπεία.

## ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ

Τα πιο κάτω τμήματα εξηγούν, εν συντομία, γιατί η επιτροπή έχει κάνει τις συστάσεις και πώς ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική. Ως «επιτροπή» ορίζεται η επιτροπή ειδικών του NICE που ανέπτυξε την αρχική κατευθυντήρια οδηγία NG196 «Κολπική μαρμαρυγή: διάγνωση και διαχείριση».

### Ανίχνευση και διάγνωση

[Συστάσεις 1.1.2 και 1.1.3](#)

#### Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Τα στοιχεία δεν υποστήριζαν την αλλαγή των προτεινόμενων διαγνωστικών εξετάσεων είτε για την αντικατάσταση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ) 12 απαγωγών ως εξέταση για την επιβεβαίωση της εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής είτε για την αντικατάσταση της ψηλάφησης παλμού ως το αρχικό βήμα για την εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή σε μία στρατηγική 2 βημάτων. Η επιτροπή διευκρίνισε ότι το ΗΚΓ 12 απαγωγών θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως εξέταση για την επιβεβαίωση της κολπικής μαρμαρυγής, για να αποφεύγεται η χρήση ηλεκτροκαρδιογράφων χαμηλότερης ακρίβειας, όπως φορητοί και ηλεκτροκαρδιογράφοι μίας απαγωγής (1-lead). Η επιτροπή συμφώνησε ότι, αν και τα στοιχεία έδειξαν ότι η ακρίβεια ποικίλλει, υπήρχαν κάποιες ενδείξεις ότι οι νέες συσκευές ήταν ακριβείς και έδειχναν πολλά υποσχόμενες. Σημειώθηκε ότι το NICE έχει αναπτύξει [διαγνωστική οδηγία για τη χρήση ηλεκτροκαρδιογράφου μίας απαγωγής \(1-lead\) για την ανίχνευση συμπτωματικής κολπικής μαρμαρυγής χρησιμοποιώντας μια εξέταση μίας χρονικής στιγμής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη](#). Η επιτροπή έκανε μια ερευνητική σύσταση σχετικά με εξετάσεις για τη διάγνωση της εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής (περισσότερες πληροφορίες στο κείμενο της αρχικής κατευθυντήριας οδηγίας) για την ενθάρρυνση περαιτέρω έρευνας υψηλής ποιότητας σε αυτό τον τομέα για να καθοδηγήσει τη μελλοντική πρακτική.

Η επιτροπή συμφώνησε ότι τα στοιχεία σχετικά με τις εξετάσεις για την ανίχνευση παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής δεν ήταν αρκετά σαφή ώστε να δικαιολογούν μια αλλαγή στην πρακτική από τη σύσταση του 2014. Ωστόσο, τα στοιχεία έδειξαν ότι η μεγαλύτερη διάρκεια ανίχνευσης αύξησε την ακρίβεια. Η επιτροπή έκανε μια

Κολπική μαρμαρυγή: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Ιούλιος 2023)

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

ερευνητική σύσταση σχετικά με εξετάσεις για τη διάγνωση της παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής (περισσότερες πληροφορίες στο κείμενο της αρχικής κατευθυντήριας οδηγίας).

### **Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική**

Οι συστάσεις αντικατοπτρίζουν τις τρέχουσες ορθές πρακτικές και δεν είναι πιθανό να έχουν αντίκτυπο στην πρακτική.

#### [Επιστροφή στις συστάσεις](#)

### **Κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου**

#### [Συστάσεις 1.2.1 και 1.2.4](#)

### **Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Η επιτροπή αποφάσισε να δώσει προτεραιότητα στην αναγνώριση ατόμων πάνω ή κάτω από ένα ορισμένο όριο κινδύνου (διάκριση) στην ερμηνεία των αποδεικτικών στοιχείων αντί να εκτιμήσει τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου ενός ατόμου σε απόλυτους όρους.

Τα στοιχεία έδειξαν ότι μία βαθμολογία 2 ή περισσότερο είναι το ιδανικό όριο για τον αλγόριθμο CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc όσον αφορά στην ένδειξη της ανάγκης για αντιπηκτική αγωγή (Άνδρες με βαθμολογία 1 στο CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc θεωρήθηκε ότι βρίσκονται σε ενδιάμεσο κίνδυνο και αποτελούν μια ομάδα στην οποία θα πρέπει επίσης να εξεταστεί η αντιπηκτική αγωγή). Τα στοιχεία έδειξαν ότι αυτό το όριο του 2 ή περισσότερο προσέφερε έναν καλό συνδυασμό υψηλής ευαισθησίας (0,92) και επαρκούς ειδικότητας (0,23).

Υψηλή ευαισθησία σημαίνει ότι το εργαλείο θα αναγνώριζε σωστά σχεδόν όλους όσοι αργότερα θα είχαν εγκεφαλικό επεισόδιο εάν δεν λάμβαναν αντιπηκτικά. Είναι σημαντικό ότι αυτό θα επιτρέψει να τους συνταγογραφηθούν αντιπηκτικά για να μειωθεί ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου.

Επαρκής ειδικότητα σημαίνει ότι το 23% των ατόμων που δεν θα πάθαιναν αργότερα εγκεφαλικό επεισόδιο (ακόμη και όταν δεν έπαιρναν αντιπηκτικά) θα αναγνωρίζονταν σωστά ότι δεν χρειάζονται αντιπηκτική αγωγή. Αυτό θα αποτρέψει ανεπιθύμητες

Κολπική μαρμαρυγή: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Ιούνιος 2023)

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

ενέργειες από αντιπηκτικά σε αυτούς τους ανθρώπους. Σημαίνει επίσης ότι το 77% των ανθρώπων που δεν θα πάθαιναν αργότερα εγκεφαλικό επεισόδιο (χωρίς αντιπηκτική αγωγή) θα αναγνωρίζονταν λανθασμένα ότι χρειάζονται αντιπηκτική αγωγή. Ωστόσο, αυτό θεωρήθηκε αποδεκτό, δεδομένων των αναμενόμενων μικρότερων βλαβών από την άσκοπη χορήγηση αντιπηκτικών σε σύγκριση με τη μη χορήγηση αντιπηκτικών σε άτομα που τα χρειάζονται, μαζί με την αναπόφευκτη αντιστάθμιση μεταξύ ευαισθησίας και ειδικότητας.

Η κλίμακα κινδύνου εγκεφαλικού ATRIA αποδείχθηκε ότι είχε συνολικά καλύτερη ακρίβεια, αλλά παρόλο που είχε καλύτερη ειδικότητα από το CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (λιγότερα ψευδώς θετικά αποτελέσματα), είχε χαμηλότερη ευαισθησία, πράγμα που σημαίνει ότι περισσότερα άτομα σε κίνδυνο θα ξέφευγαν (περισσότερα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα) σε σύγκριση με το CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, έχει συμφωνηθεί από την επιτροπή ότι η ευαισθησία είναι πιο σημαντική από την ειδικότητα λόγω του ότι οι κίνδυνοι της μη χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής σε άτομα που τη χρειάζονται είναι πιο σημαντικά από τους κινδύνους της αχρείαστης αντιπηκτικής αγωγής. Επιπλέον, η κλίμακα κινδύνου εγκεφαλικού ATRIA μπορεί να οδηγήσει σε χρονική καθυστέρηση στον υπολογισμό των αποτελεσμάτων.

Η επιτροπή συζήτησε επίσης ότι τα στοιχεία για το εργαλείο υπολογισμού κινδύνου QStroke υποδεικνύουν ότι θα μπορούσε να είναι χρήσιμο εργαλείο. Ωστόσο, τα στοιχεία ήταν περιορισμένα και υποστηρίζουν ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

### **Πώς η σύσταση μπορεί να επηρεάσει την πρακτική**

Η σύσταση δεν συνιστά αλλαγή στην πρακτική και, ως εκ τούτου, δεν θα υπάρξει αντίκτυπος στους πόρους για το Εθνικό σύστημα υγείας.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

### **Κίνδυνος αιμορραγίας**

[Συστάσεις 1.2.2 έως 1.2.4](#)

## Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Η επιτροπή συμφώνησε ότι η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής πρέπει να εξετάζεται σε άτομα με κίνδυνο για εγκεφαλικό ακόμα και αν ο κίνδυνος αιμορραγίας είναι υψηλός, και ως εκ τούτου δεν απαιτείται η χρήση ενός εργαλείου υπολογισμού κινδύνου αιμορραγίας για την εκτίμηση ενός κατωφλιού που θα καθορίζει ποιος πρέπει να λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή. Αντ' αυτού, το εργαλείο θα πρέπει να χρησιμοποιείται για την παροχή ακριβούς γνώσης του απόλυτου κινδύνου αιμορραγίας, και η γνώση αυτή μπορεί να υποστηρίξει τη συζήτηση μεταξύ του ατόμου και του επαγγελματία υγείας για τον μετριασμό του κινδύνου αιμορραγίας και τα κατάλληλα επίπεδα επαγρύπνησης. Ως αποτέλεσμα, συμφωνήθηκε ότι ο ακριβής υπολογισμός του κινδύνου (βαθμονόμηση) είναι πιο σημαντικός από την αναγνώριση ενός κατωφλιού για χορήγηση αντιπηκτικών (διάκριση) κατά την επιλογή μεταξύ διαφορετικών εργαλείων υπολογισμού κινδύνου αιμορραγίας.

Η επιτροπή επικεντρώθηκε στα δεδομένα βαθμονόμησης για τα εργαλεία με τα περισσότερα στοιχεία: ORBIT, HAS-BLED και ATRIA. Τα στοιχεία βαθμονόμησης έδειξαν σαφώς ότι το ORBIT ήταν πιο ακριβές από το HAS-BLED και το ATRIA στην πρόβλεψη του απόλυτου κινδύνου μείζονος αιμορραγικού συμβάντος, τόσο για άτομα που χρησιμοποιούσαν ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ όσο και για εκείνους που χρησιμοποιούσαν από του στόματος αντιπηκτικά άμεσης δράσης. Είναι σημαντικό ότι το ORBIT ήταν καλύτερα βαθμονομημένο σε όλα τα επίπεδα μείζονος κινδύνου αιμορραγικού επεισοδίου, καθώς και σε υψηλότερα επίπεδα. Το ORBIT ήταν επίσης καλύτερο στην πρόβλεψη του απόλυτου κινδύνου ενδοκρανιακής αιμορραγίας.

Τα δεδομένα διαγνωστικής διάκρισης έδειξαν μικρή διαφορά μεταξύ των εργαλείων για την πρόβλεψη μείζονος αιμορραγικού συμβάντος, με ορισμένα μέτρα έκβασης να μη δείχνουν καμία διαφορά και άλλα να δείχνουν ένα μικρό όφελος είτε με το ORBIT είτε με το HAS-BLED. Τα στοιχεία έδειξαν ότι το ORBIT είχε σημαντικά υψηλότερη ειδικότητα και ελαφρώς χαμηλότερη ευαισθησία από τα άλλα εργαλεία, αλλά η επιτροπή συμφώνησε ότι η χαμηλότερη ευαισθησία δεν θα αποτελούσε μειονέκτημα όταν χρησιμοποιείται για την ενημέρωση των συζητήσεων σχετικά με τον κίνδυνο.

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Η επιτροπή συμφώνησε ότι τα στοιχεία συνολικά, και ιδιαίτερα τα δεδομένα βαθμονόμησης που αποδεικνύουν μεγαλύτερη ακρίβεια απόλυτου κινδύνου, υποστήριξαν σθεναρά το ORBIT ως το εργαλείο επιλογής.

Η επιτροπή συμφώνησε ότι οι προηγούμενες συμβουλές του NICE σχετικά με την παρακολούθηση και την αντιμετώπιση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου εξακολουθούσαν να είναι σημαντικές και προστέθηκαν οι αναστρέψιμες αιτίες αναιμίας αφού αποτελούν συστατικό στοιχείο του εργαλείου ORBIT.

### **Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική**

Η χρήση της βαθμολογίας ORBIT είναι μια αλλαγή στην πρακτική, η οποία θα χρειαστεί χρόνο για να εφαρμοστεί. Η επιτροπή έκρινε ότι η ακριβέστερη πρόβλεψη του απόλυτου κινδύνου αιμορραγίας αποτελεί πραγματικό πλεονέκτημα για την υποστήριξη των ασθενών και των κλινικών ιατρών στην κοινή λήψη αποφάσεων, γεγονός που θα πρέπει να οδηγήσει σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα. Η επιτροπή εξέτασε προσεκτικά ορισμένα πρακτικά ζητήματα που παραθέτονται στην παρούσα ενότητα. Συνολικά, η επιτροπή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αξίζει να γίνει αυτή η αλλαγή.

Μια πιθανή ανησυχία που συζητήθηκε από την επιτροπή είναι ότι το ORBIT δεν περιλαμβάνει όλους τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου που περιλαμβάνονται στο HAS-BLED, επομένως δεν χρησιμεύει ως υπενθύμιση αυτών στους κλινικούς ιατρούς. Ωστόσο, η επιτροπή έκρινε ότι η πλήρης διερεύνηση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου είναι καθιερωμένη κλινική πρακτική, ανεξάρτητα από το εργαλείο που χρησιμοποιείται.

Μια άλλη πιθανή πρόκληση είναι ότι το ORBIT δεν είναι το συνιστώμενο εργαλείο κινδύνου αιμορραγίας για άλλες καταστάσεις (όπως φλεβική θρομβοεμβολή). Ως εκ τούτου, ενδέχεται να χρειαστεί μία αρχική μεταβατική περίοδος για κατάρτιση και εκπαίδευση τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, ενώ οι επαγγελματίες υγείας εξοικειώνονται με το εργαλείο. Αυτό θα έχει αντίκτυπο στους πόρους, αν και θα υπάρχει χρονικός περιορισμός. Η επιτροπή σημείωσε επίσης ότι το εργαλείο ORBIT και η πρόσβαση σε διαδικτυακές εκδόσεις είναι απλή.

Τέλος, η επιτροπή συζήτησε, επίσης, ότι σε αντίθεση με το HAS-BLED, το ORBIT δεν είναι ενσωματωμένο στα συστήματα των προσωπικών/γενικών ιατρών, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει κάποιες αρχικές πρακτικές δυσκολίες. Ωστόσο, επειδή αυτό θα περιλαμβάνει αλλαγές σε κεντρικό λογισμικό, πιστεύεται ότι θα είναι απλό να εφαρμοστεί, και το ORBIT θα συμπεριληφθεί γρήγορα στα συστήματα των παθολόγων. Κανένα εργαλείο δεν περιλαμβάνεται στα νοσοκομειακά συστήματα, αν και τα δύο είναι ευρέως διαθέσιμα σε εφαρμογές smartphone.

### [Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## Πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου

### [Συστάσεις 1.6.1 έως 1.6.8](#)

### Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Στοιχεία από μία ανάλυση αρκετών μελετών έδειξαν ότι τα από του στόματος αντιπηκτικά άμεσης δράσης είναι πιο αποτελεσματικά από τη βαρφαρίνη για μια σειρά από αποτελέσματα. Ένα οικονομικό μοντέλο έδειξε επίσης ότι προσέφεραν καλύτερη ισορροπία οφελών ως προς τα έξοδα από τη βαρφαρίνη. Δεν υπήρξαν μελέτες που να συγκρίνουν άμεσα τα αντιπηκτικά άμεσης δράσης το ένα με το άλλο, αλλά έμμεσες συγκρίσεις με βάση τα κλινικά στοιχεία έδειξαν ότι τα διαφορετικά από του στόματος αντιπηκτικά άμεσης δράσης προσέφεραν διαφορετικά οφέλη ανάλογα με το αποτέλεσμα που εξετάστηκε. Όταν όλα αυτά τα αποτελέσματα συνδυάστηκαν στην ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, η απιξαμπάνη ήταν το πιο κλινικά αποτελεσματικό και οικονομικά αποδοτικό αντιπηκτικό με βάση τις τιμές των φαρμάκων του Ηνωμένου Βασιλείου εκείνη την περίοδο. Ωστόσο, η επιτροπή εξέφρασε ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη συγκριτικών αντιπαραβολών, τις διαφορές στους πληθυσμούς της μελέτης και τις αβεβαιότητες στο οικονομικό μοντέλο.

Με βάση τα στοιχεία και την εμπειρία τους, τα μέλη της επιτροπής αποφάσισαν να μη συστήσουν ένα από του στόματος αντιπηκτικό άμεσης δράσης έναντι κάποιου άλλου, αλλά αντίθετα να τονίσουν ότι η θεραπεία πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις κλινικές ανάγκες και προτιμήσεις του ατόμου. Κάθε αντιπηκτικό έχει διαφορετικούς κινδύνους και οφέλη που πρέπει να ληφθούν υπόψη και να συζητηθούν πλήρως με το άτομο ως μέρος της κοινής λήψης αποφάσεων κατόπιν ενημέρωσης. Η επιτροπή

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

τόνισε ότι η επιλογή μπορεί να επηρεαστεί από παράγοντες όπως νεφρική δυσλειτουργία και δυσκολίες στην κατάποση και ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να απευθύνονται στο [Κυπριακό Μητρώο Πρακτόρευσης Φαρμακευτικών Προϊόντων](#) και στο [Μητρώο Ιατρικών Προϊόντων της Ευρωπαϊκής Ένωσης](#) για συμβουλές σχετικά με αντενδείξεις και προφυλάξεις. Τόνισαν, επίσης, ότι κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης, πρέπει να υπολογίζεται η σημασία της συμμόρφωσης και των παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν αυτήν, όπως η συχνότητα δόσολογίας. Εάν τα από του στόματος αντιπηκτικά άμεσης δράσης δεν είναι κατάλληλα, όπως για παράδειγμα σε άτομα με αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, η επιτροπή συμφώνησε ότι θα πρέπει να προσφέρεται ανταγωνιστής της βιταμίνης Κ.

Σχετικά με τα άτομα που παίρνουν σταθερά έναν ανταγωνιστή της βιταμίνης Κ, η επιτροπή συμφώνησε ότι πρέπει να συζητηθούν τα οφέλη της μετάβασης σε ένα αντιπηκτικό άμεσης δράσης. Ως εκ τούτου, οι κίνδυνοι και τα οφέλη από την αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής, ο χρόνος του ατόμου εντός του θεραπευτικού εύρους και οι προτιμήσεις του ατόμου θα πρέπει να διερευνηθούν στο επόμενο προγραμματισμένο ραντεβού.

Η επιτροπή συμφώνησε ότι τα υφιστάμενα κατώτατα όρια για το κατώφλι της κλίμακας CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc για την αντιπηκτική αγωγή είναι σύμφωνα με την τρέχουσα πρακτική.

Αν και οι βαθμολογίες κινδύνου αιμορραγίας μπορούν περιστασιακά να χρησιμοποιηθούν ως λόγος για τη μη προσφορά αντιπηκτικής αγωγής, η επιτροπή συμφώνησε ότι θα πρέπει συνήθως να χρησιμοποιούνται ως προτροπή για τον εντοπισμό και τη διαχείριση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου για αιμορραγία και όχι ως λόγος για τη μη προσφορά αντιπηκτικής αγωγής σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο. Η επιτροπή συζήτησε ότι όταν δεν χορηγείται αντιπηκτική αγωγή λόγω κινδύνου αιμορραγίας, οι άνθρωποι θα πρέπει να αξιολογούνται τακτικά και να επανεξετάζονται για θεραπεία.

Η επιτροπή εξέφρασε την ανησυχία ότι η αντιπηκτική αγωγή μερικές φορές δεν συνιστάται για άτομα που διατρέχουν κίνδυνο πτώσεων και για ηλικιωμένους, παρόλο που η ηλικία λαμβάνεται υπόψη στη βαθμολογία κινδύνου αιμορραγίας και οι πτώσεις σπάνια αποτελούν αιτία μείζονος αιμορραγίας. Ως εκ τούτου, η ηλικία προστέθηκε

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

στην προηγούμενη σύσταση σχετικά με τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο πτώσεων για να διασφαλιστεί ότι προσφέρεται αντιπηκτική αγωγή σε αυτούς τους ανθρώπους όταν χρειάζεται. Τα οφέλη και οι βλάβες πρέπει να συζητηθούν με το άτομο.

### **Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική**

Οι συστάσεις είναι πιθανό να οδηγήσουν σε αλλαγή της τρέχουσας πρακτικής, με μείωση της χρήσης βαρφαρίνης. Η επιτροπή σημείωσε ότι αυτή είναι μια τάση συνταγογράφησης τα τελευταία χρόνια και μπορεί να οδηγήσει σε συρρίκνωση των υπηρεσιών κλινικής σε σχέση με τη βαρφαρίνη. Το μοναδιαίο κόστος των αντιπηκτικών άμεσης δράσης είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο για τη βαρφαρίνη, επομένως είναι πιθανό να υπάρξει αντίκτυπος στους πόρους του συστήματος υγείας από την αυξημένη χρήση αντιπηκτικών άμεσης δράσης.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

### **Έλεγχος συχνότητας**

[Συστάσεις 1.7.2 έως 1.7.6](#)

### **Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Η επιτροπή προέβη σε ορισμένες ενημερώσεις στις συστάσεις του 2014, με βάση την εμπειρία και τις γνώσεις της.

Η χρήση βήτα-αναστολέων ή αναστολέων διαύλων ασβεστίου που περιορίζουν τη συχνότητα για την αρχική θεραπεία ελέγχου συχνότητας διατηρήθηκε από την επιτροπή επειδή αυτή είναι η τρέχουσα πρακτική, και δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία που να υποδηλώνουν κάποια εναλλακτική επιλογή. Η επιτροπή συμφώνησε ότι η επιλογή της θεραπείας θα πρέπει να εξακολουθεί να γίνεται με βάση τα συμπτώματα, την καρδιακή συχνότητα, τις συννοσηρότητες και τις προτιμήσεις των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία.

Η επιτροπή συμφώνησε ότι οι συστάσεις θα πρέπει να παραπέμπουν στην κατευθυντήρια οδηγία [του NICE για τη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια](#) για συμβουλές σχετικά με τους βήτα-αναστολείς και την αποφυγή περιοριστικών της συχνότητας

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

αναστολέων των διαύλων ασβεστίου, όπως η διλτιαζέμη και η βεραπαμίλη, σε άτομα που έχουν κολπική μαρμαρυγή με καρδιακή ανεπάρκεια.

Η επιτροπή συμφώνησε ότι η μονοθεραπεία με διγοξίνη για μη παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή θα πρέπει να συνεχίσει να εξετάζεται για άτομα που κάνουν καθιστική ζωή. Με βάση την εμπειρία τους, τα μέλη της επιτροπής συμφώνησαν ότι μπορεί επίσης να εξεταστεί ως θεραπευτική επιλογή όταν δεν είναι κατάλληλα άλλα φάρμακα που περιορίζουν την συχνότητα, οπότε επέκτειναν τη σύσταση της προηγούμενης κατευθυντήριας οδηγίας για να καλύψουν και αυτές τις περιπτώσεις. Η επιτροπή γνώριζε ότι ορισμένοι κλινικοί ιατροί πιστεύουν ότι η μονοθεραπεία με διγοξίνη είναι συχνά καλύτερη από εναλλακτικές λύσεις για βελτίωση των συμπτωμάτων. Ωστόσο, η έλλειψη διαθέσιμων αποδεικτικών στοιχείων σήμαινε ότι η σύσταση για τη διγοξίνη δεν επεκτάθηκε για να καλύψει περαιτέρω ομάδες ανθρώπων.

Ελλείψει νέων στοιχείων, η επιτροπή συμφώνησε επίσης με την υπάρχουσα σύσταση για επιλογές συνδυασμένης θεραπείας εάν αποτύχει η αρχική μονοθεραπεία, κάτι που συνάδει με την εμπειρία και την τρέχουσα πρακτική της επιτροπής.

Υπήρξε έλλειψη στοιχείων σχετικά με τον μακροπρόθεσμο έλεγχο της συχνότητας και η επιτροπή γνώριζε πολλές σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη μακροχρόνια χρήση της αμιωδαρόνης (καθώς και βλάβη του θυρεοειδούς, των πνευμόνων και των νεύρων), πολλές από τις οποίες είναι μη αναστρέψιμες. Η επιτροπή σημείωσε ότι αν και οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν λιγότερο σοβαρές, η εμφάνιση σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν απρόβλεπτη και θα πρέπει να αποφεύγεται ο μακροχρόνιος έλεγχος της καρδιακής συχνότητας με αμιωδαρόνη. Η αμιωδαρόνη πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο ως ενδιάμεση θεραπεία, για παράδειγμα σε αναμονή για καρδιοανάταξη, και συνήθως δεν λαμβάνεται για περισσότερο από 12 μήνες.

### **Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική**

Οι συστάσεις αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα πρακτική. Η μονοθεραπεία με διγοξίνη μπορεί τώρα να είναι μια επιλογή στη μη παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή εάν οι συννοσηρότητες ή οι προτιμήσεις των ασθενών περιορίζουν άλλες επιλογές

φαρμάκων ελέγχου της καρδιακής συχνότητας. Ωστόσο, η επιτροπή συμφώνησε ότι αυτό συμβαίνει ήδη στην πράξη.

### [Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής**

### [Συστάσεις 1.7.19 έως 1.7.21](#)

### **Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Η κατάλυση μπορεί να είναι μία θεραπευτική επιλογή εάν η αντιαρρυθμική φαρμακευτική αγωγή δεν ήταν επιτυχής ή δεν είναι ανεκτή. Η επιτροπή εξέτασε νέα κλινικά και υγειονομικά οικονομικά στοιχεία για τους διαφορετικούς τύπους κατάλυσης για άτομα με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή και συμφώνησε ότι οι διαθέσιμες τεχνικές κατάλυσης (κατάλυση με χορήγηση διαδοχικών – point-by-point – θερμικών βλαβών με υψίσυχο ρεύμα, μπαλόني κρουοενέργειας και κατάλυση με τη χρήση μπαλονιού και ενέργειας laser) χαρακτηρίζονται από ισοδύναμη αποτελεσματικότητα σύμφωνα με πρόσφατα αποδεικτικά στοιχεία και για αυτόν τον λόγο πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο. Επίσης, το προφίλ ασφαλείας αυτών των μεθόδων ήταν παρόμοιο. Τα αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν αυτή την αξιολόγηση στηρίζονται σε δύο πρόσφατες τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36184349/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31630538/>), καθώς και μία πρόσφατη ανασκόπηση και μετα-ανάλυση (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29564527/>).

### **Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική**

Η κατάλυση πραγματοποιείται σε σχετικά περιορισμένο αριθμό ατόμων (περίπου το 1% έως 2% όλων των ατόμων με κολπική μαρμαρυγή έχουν υποστεί κατάλυση σήμερα) και συνήθως προορίζεται για άτομα στα οποία έχουν αποτύχει τα αντιαρρυθμικά φάρμακα. Η επιτροπή σημείωσε ότι μόνο η κατάλυση με χορήγηση διαδοχικών – point-by-point – θερμικών βλαβών με υψίσυχο ρεύμα και η κατάλυση με μπαλόني κρουοενέργειας προσφέρονται στην Κύπρο την παρούσα χρονική στιγμή αλλά η συχνότητα με την οποία γίνονται αυτές οι επεμβάσεις είναι άγνωστη. Ως εκ

τούτου, η επιτροπή δεν ήταν σε θέση να εκφράσει γνώμη για το πώς θα επηρεάσει αυτή η σύσταση την πρακτική.

### [Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## Πρόληψη υποτροπής μετά από κατάλυση

### [Συστάσεις 1.7.23 και 1.7.24](#)

### Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Τα περισσότερα από τα στοιχεία για την πρόληψη της υποτροπής μετά την κατάλυση ήταν για την αμιωδαρόνη. Τα στοιχεία έδειξαν ότι η αμιωδαρόνη μπορεί να μειώσει την επανεμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής μετά από κατάλυση. Ωστόσο, υπήρξαν ενδείξεις αυξημένου κινδύνου για νοσηλεία και η επιτροπή σημείωσε τις γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες της αμιωδαρόνης, οι οποίες αν και σπάνιες, μπορεί να είναι σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή.

Υπήρχε έλλειψη στοιχείων για άλλα αντιαρρυθμικά φάρμακα και δεν υπήρχαν συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών αντιαρρυθμικών φαρμάκων. Ως εκ τούτου, η επιτροπή συμφώνησε ότι υπήρχε υπερβολική αβεβαιότητα για να συστήσει ένα συγκεκριμένο αντιαρρυθμικό φάρμακο έναντι άλλων.

Επιπλέον, οι μελέτες συχνά δεν έκαναν διάκριση μεταξύ των ατόμων που είχαν λάβει αντιαρρυθμικά φάρμακα μέχρι την κατάλυση και εκείνων που δεν είχαν. Υπάρχει ποικιλία στην τρέχουσα πρακτική σχετικά με το αν τα άτομα που δεν έπαιρναν προηγουμένως αντιαρρυθμικά φάρμακα θα πρέπει να τα ξεκινήσουν μετά την κατάλυση για να μειώσουν τις πιθανότητες υποτροπής. Ωστόσο, τα στοιχεία δεν συνηγορούσαν υπέρ της διατύπωσης χωριστών συστάσεων για την αποσαφήνιση αυτού του ζητήματος.

Η επιτροπή αποφάσισε ότι θα πρέπει να εξετάζεται η χρήση αντιαρρυθμικής φαρμακευτικής αγωγής μετά την κατάλυση, αλλά μόνο μετά από συζήτηση με το άτομο, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις του για θεραπεία και τους πιθανούς ατομικούς κινδύνους και οφέλη. Ειδικότερα, η επιτροπή σημείωσε ότι οι άνθρωποι πρέπει να κατανοήσουν πλήρως τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται

με αυτά τα φάρμακα. Αν και υπάρχει κάποια διαφοροποίηση, η επιτροπή συμφώνησε ότι σωστή πρακτική την τρέχουσα στιγμή είναι οι ασθενείς που λαμβάνουν αντιαρρυθμικά φάρμακα μέχρι την κατάλυση να τα συνεχίζουν για 3 μήνες μετά την κατάλυση και να επανεκτιμούν την ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή μετά από αυτό το διάστημα.

### **Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική**

Υπάρχει κάποια διαφοροποίηση στην τρέχουσα πρακτική. Η εφαρμογή είναι πιθανό να αλλάξει σε ορισμένα κέντρα τόσο στη συνταγογράφηση όσο και στην ανάγκη για μια πιο επίσημη επαναξιολόγηση της θεραπείας στους 3 μήνες. Ο αντίκτυπος σε σχέση με τη χρήση αντιαρρυθμικών φαρμάκων είναι δύσκολο να προβλεφθεί, αλλά μπορεί να υπάρξει αύξηση από τα τρέχοντα επίπεδα. Μπορεί να χρειαστούν αυξημένοι πόροι για την επαναξιολόγηση, αλλά αναμένεται ότι αυτό θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε ραντεβού προγραμματισμένης παρακολούθησης με καρδιολόγο.

### [Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Έλεγχος συχνότητας και ρυθμού για άτομα που παρουσιάζουν οξύ επεισόδιο**

### [Σύσταση 1.8.3](#)

### **Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Η επιτροπή συμφώνησε ότι τα στοιχεία ήταν πολύ περιορισμένα σε ποιότητα και ποσότητα για να είναι σε θέση να καθορίσουν ένα προτιμώμενο φάρμακο ελέγχου καρδιακής συχνότητας για οξεία κολπική μαρμαρυγή. Αν και υπήρχαν κάποιες ενδείξεις ότι η αμιωδαρόνη ήταν καλύτερη από τη διγοξίνη για έλεγχο της καρδιακής συχνότητας, η επιτροπή είχε ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων και το σύντομο χρονικό διάστημα που χρησιμοποιήθηκε σε 1 μελέτη, και το οποίο, συμφώνησε, ότι θα μπορούσε να θέσει σε μειονεκτική θέση τη διγοξίνη. Επιπλέον, υπήρχαν περιορισμένα διαθέσιμα στοιχεία για νοσηρότητα και ανεπιθύμητες ενέργειες για τη σύγκριση αυτή και δεν εντοπίστηκαν στοιχεία για άλλες κατηγορίες φαρμάκων.

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Η επιτροπή τόνισε ότι οι υπάρχουσες συστάσεις δεν παρείχαν καθοδήγηση σχετικά με την οξεία κολπική μαρμαρυγή με οξεία μη αντιρροπούμενη καρδιακή ανεπάρκεια. Χρησιμοποιώντας την τεχνογνωσία και την εμπειρία της, η επιτροπή συμφώνησε ότι θα πρέπει να συμπεριληφθούν συμβουλές σχετικά με τη χρήση βήτα-αναστολέων και αποκλειστών διαύλων ασβεστίου που περιορίζουν τη συχνότητα, επειδή μπορεί να οδηγήσουν σε περαιτέρω επιδείνωση σε άτομα με πνευμονικό οίδημα που προκαλείται από καρδιακή ανεπάρκεια.

### **Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική**

Η μονοθεραπεία με διγοξίνη μπορεί τώρα να είναι μια επιλογή στη μη παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή εάν αποκλειστούν άλλες επιλογές φαρμάκων ελέγχου της συχνότητας. Ωστόσο, η επιτροπή συμφώνησε ότι αυτό συμβαίνει ήδη στην πράξη.

Οι συστάσεις δεν συνιστούν αλλαγή στην πράξη και, ως εκ τούτου, είναι απίθανο να έχουν αντίκτυπο στους πόρους.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

### **Πρόληψη μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής**

[Συστάσεις 1.10.3 και 1.10.4](#)

#### **Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Η επιτροπή σημείωσε ότι οι πιο πρόσφατες μελέτες που εξετάστηκαν δεν έδειξαν κανένα όφελος από τις στατίνες στη μείωση της κολπικής μαρμαρυγής μετά από καρδιοθωρακική χειρουργική επέμβαση. Αυτό ερχόταν σε αντίθεση με την ανάλυση των στοιχείων συνολικά, η οποία έδειξε ένα μικρό αλλά σαφές όφελος από τις στατίνες. Η επιτροπή συμφώνησε ότι η απόδειξη της μη επίδρασης στις νεότερες μελέτες ήταν σημαντική, επειδή αυτές οι μελέτες ήταν μεγαλύτερες και υψηλότερης ποιότητας από τις παλαιότερες μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση.

Αν και οι νεότερες μελέτες έδειξαν ότι οι στατίνες δεν επηρέασαν τον βραχυπρόθεσμο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου, έδειξαν μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας κατά την περιεγχειρητική περίοδο σε σύγκριση με τη θεραπεία με εικονικό φάρμακο ή τη συνήθη φροντίδα. Η επιτροπή συμφώνησε ότι αν και ο πρόσθετος κίνδυνος θανάτου ήταν

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

πιθανόν μικρός, ωστόσο ήταν σημαντικός, ειδικά σε συνδυασμό με την έλλειψη πειστικών αποδεικτικών στοιχείων για το όφελος.

Για τους λόγους αυτούς, η επιτροπή αποφάσισε ότι δεν πρέπει να χορηγούνται στατίνες για πρόληψη της κολπικής μαρμαρυγής μετά από καρδιοθωρακική χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, η επιτροπή θέλησε να τονίσει ότι οι στατίνες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη καρδιαγγειακών επεισοδίων εκτός από την κολπική μαρμαρυγή και ότι τα άτομα που ήδη λαμβάνουν στατίνες για άλλους λόγους θα πρέπει να συνεχίσουν να το κάνουν.

### **Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική**

Η επιτροπή συμφώνησε ότι η σύσταση δεν θα συνιστούσε αλλαγή στην πρακτική και ότι δεν θα υπήρχε αντίκτυπος στους πόρους για το σύστημα υγείας

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Αντιμετώπιση κολπικής μαρμαρυγής μετά από καρδιοθωρακική χειρουργική επέμβαση**

[Σύσταση 1.1 0.5 και 1.10.6](#)

### **Γιατί η επιτροπή έκανε τη σύσταση**

Τα στοιχεία για τη διαχείριση μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής μετά από καρδιοθωρακική χειρουργική επέμβαση σε άτομα χωρίς προϋπάρχουσα κολπική μαρμαρυγή ήταν περιορισμένα – πολλές από τις μελέτες που εξετάστηκαν ήταν παλιές και περιλάμβαναν μικρό αριθμό συμμετεχόντων. Υπήρξαν λίγες μελέτες που συνέκριναν τις κατηγορίες φαρμάκων και η επιτροπή συμφώνησε ότι δεν μπορούσαν να συστήσουν μία συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων με βάση τόσο περιορισμένα στοιχεία.

Μια μεγαλύτερη μελέτη που συνέκρινε τον μεικτό έλεγχο συχνότητας και ρυθμού με αποκλειστή διαύλων καλίου (αμιωδαρόνη) με ή χωρίς έλεγχο συχνότητας, έδειξε μια μικρή διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων. Με βάση τα στοιχεία αυτά και την εμπειρία τους, τα μέλη της επιτροπής αποφάσισαν ότι θα μπορούσε να εξεταστεί το ενδεχόμενο ελέγχου του ρυθμού, αλλά ότι τα στοιχεία δεν υποστήριζαν πλέον την ισχυρότερη

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

σύσταση που περιλαμβάνεται στην κατευθυντήρια οδηγία του 2014. Η επιτροπή σημείωσε ότι η μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή συχνά υποχωρεί με φυσικό τρόπο, πράγμα που σημαίνει ότι ο έλεγχος της συχνότητας και όχι ο έλεγχος του ρυθμού μπορεί να είναι μια κατάλληλη επιλογή για ορισμένα άτομα. Η μείωση της έμφασης στις στρατηγικές ελέγχου του ρυθμού επιτρέπει την εξέταση στρατηγικών ελέγχου της συχνότητας, εάν αυτό ενδείκνυται για το άτομο.

Η επιτροπή γνώριζε επίσης τον κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών εάν η αμιωδαρόνη, ένα φάρμακο ελέγχου του ρυθμού, λαμβάνεται μακροπρόθεσμα. Τόνισαν ότι εάν επιλεγεί στρατηγική ελέγχου του ρυθμού, η ανάγκη για φάρμακα ελέγχου του ρυθμού θα πρέπει να επανεκτιμηθεί σε περίπου 6 εβδομάδες, σύμφωνα με την τρέχουσα πρακτική, και δεν θα πρέπει να συνεχίζεται αυτόματα για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Η επιτροπή συμφώνησε ότι οι 6 εβδομάδες είναι ένα κατάλληλο χρονικό σημείο για αξιολόγηση της ανάρρωσης του ατόμου, συμπεριλαμβανομένης, για παράδειγμα, της λειτουργίας της προσθετικής βαλβίδας, και για να ελεγχθεί εάν έχει αποκατασταθεί ο φλεβοκομβικός ρυθμός.

Η επιτροπή δεν έκανε ξεχωριστή σύσταση για άτομα με προϋπάρχουσα κολπική μαρμαρυγή λόγω έλλειψης αποδεικτικών στοιχείων. Η επιτροπή σημείωσε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση μιτροειδούς βαλβίδας με προϋπάρχουσα κολπική μαρμαρυγή θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση αριστερού κόλπου για ταυτόχρονη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής.

### **Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική**

Ο έλεγχος του ρυθμού για θεραπεία της νεοεμφανιζόμενης κολπικής μαρμαρυγής μετά από καρδιοθωρακική χειρουργική επέμβαση είναι η τρέχουσα ενέργεια και πιο συχνά χρησιμοποιείται αμιωδαρόνη. Αυτό μπορεί, παρόλα αυτά, να ληφθεί υπ' όψιν, αλλά μπορεί να υπάρξει μείωση στη χρήση ελέγχου του ρυθμού σε αυτό τον αριθμό ατόμων και αύξηση της χρήσης φαρμάκων για έλεγχο της συχνότητας.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

### **Διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής**

[Συστάσεις 1.11.1 και 1.11.2](#)

Κολπική μαρμαρυγή: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Ιούνιος 2023)

### **Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Υπήρχαν περιορισμένα στοιχεία σχετικά με το αν πρέπει να συνεχιστεί η αντιπηκτική αγωγή ή να σταματήσει και να αντικατασταθεί με ασπιρίνη μετά από επιτυχή θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής με κατάλυση με τη χρήση καθετήρα. Η επιτροπή συμφώνησε ότι τα αποδεικτικά στοιχεία ήταν ανεπαρκή και ότι υπήρχε υπερβολική αβεβαιότητα στα αποτελέσματα για να γίνει σύσταση με βάση τα αποδεικτικά στοιχεία.

Η επιτροπή ανησυχούσε για την πιθανή απόσυρση της αντιπηκτικής αγωγής σε άτομα που δεν είχαν υποβληθεί σε κατάλυση ή καρδιοχειρουργική επέμβαση για κολπική μαρμαρυγή, αλλά στα οποία ο φλεβοκομβικός ρυθμός είναι πλέον παρών και η κολπική μαρμαρυγή δεν είναι πλέον ανιχνεύσιμη. Συγκεκριμένα, η επιτροπή σημείωσε ότι η παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή δεν είναι πάντα ανιχνεύσιμη. Με βάση την εμπειρία τους, τα μέλη της επιτροπής έκαναν μια ομόφωνη σύσταση που διασφαλίζει ότι οι αποφάσεις σχετικά με τη διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής σε αυτό τον αριθμό ατόμων βασίζονται στην επίσημη εκτίμηση κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο και αιμορραγίες και στην προτίμηση των ασθενών.

### **Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική**

Η επιτροπή θεώρησε ότι η σύσταση δεν θα συνιστούσε αλλαγή στην πρακτική και ότι δεν θα υπήρχε αντίκτυπος στους πόρους για το σύστημα υγείας.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Πλαίσιο**

Η κολπική μαρμαρυγή είναι η πιο κοινή διαταραχή του καρδιακού ρυθμού (που επηρεάζει περίπου το 2% του ενήλικου πληθυσμού) και οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι ο επιπολασμός της αυξάνεται. Η κολπική μαρμαρυγή προκαλεί αίσθημα παλμών και δύσπνοια σε πολλούς ανθρώπους, αλλά μπορεί να είναι σιωπηλή και μη ανιχνεύσιμη. Εάν αφαιρεθεί χωρίς αγωγή αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο και άλλες νοσηρότητες: εκτιμάται ότι είναι υπεύθυνη για το 20% περίπου όλων των εγκεφαλικών επεισοδίων και σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα. Οι άνδρες επηρεάζονται συχνότερα από τις γυναίκες και ο επιπολασμός αυξάνεται με την ηλικία

## ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

καθώς και σε άτομα με υποκείμενες καρδιακές παθήσεις, διαβήτη, παχυσαρκία και υπέρταση.

Σε ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) η κολπική μαρμαρυγή συνήθως ανιχνεύεται ως ακανόνιστος παλμός ή ακανόνιστος ρυθμός. Αυτό μπορεί να είναι ένα τυχαίο εύρημα ή να προκύψει κατά τη διερεύνηση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν την ασθένεια. Επειδή η κολπική μαρμαρυγή μπορεί να είναι διαλείπουσα, η ανίχνευση και η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολες.

Στόχος της θεραπείας είναι η πρόληψη επιπλοκών, ιδιαίτερα εγκεφαλικού επεισοδίου, και η ανακούφιση των συμπτωμάτων. Οι φαρμακευτικές θεραπείες περιλαμβάνουν αντιπηκτικά για μείωση του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου και αντιαρρυθμικά για αποκατάσταση ή διατήρηση του φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού ή για επιβράδυνση της καρδιακής συχνότητας σε άτομα που παραμένουν σε κολπική μαρμαρυγή. Η μη φαρμακολογική αντιμετώπιση περιλαμβάνει ηλεκτρική καρδιοανάταξη, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να «σοκάρει» την καρδιά και να την επαναφέρει στον φυσιολογικό της ρυθμό· περιλαμβάνει, επίσης, κατάλυση με τη χρήση καθετήρα ή χειρουργική κατάλυση για τη δημιουργία βλαβών που σταματούν τους παράγοντες που προκαλούν κολπική μαρμαρυγή. Αυτές οι διαδικασίες μπορούν να μειώσουν σημαντικά την επιβάρυνση των συμπτωμάτων όταν η φαρμακευτική θεραπεία δεν είναι ανεκτή ή είναι αναποτελεσματική.

Αυτή η κατευθυντήρια οδηγία επικεντρώνεται σε τομείς νέων στοιχείων και μεταβαλλόμενης πρακτικής σε σύγκριση με την προηγούμενη αντίστοιχη κατευθυντήρια οδηγία του Ινστιτούτου NICE (2014). Αυτά τα στοιχεία περιλαμβάνουν μεθόδους εντοπισμού της κολπικής μαρμαρυγής, αξιολόγηση του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου και αιμορραγίας, αντιθρομβωτικούς παράγοντες, στρατηγικές κατάλυσης, πρόληψη της υποτροπής και πρόληψη και διαχείριση της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής. Αυτή η κατευθυντήρια οδηγία περιλαμβάνει συστάσεις σχετικά με αυτά τα συγκεκριμένα ζητήματα.

Οι συστάσεις ισχύουν για ενήλικες (18 ετών και άνω) με κολπική μαρμαρυγή, καθώς και παροξυσμική (υποτροπιάζουσα), εμμένουσα και μόνιμη κολπική μαρμαρυγή και

κολπικό πτερυγισμό. Δεν ισχύουν για άτομα με κολπική μαρμαρυγή που οφείλεται σε συγγενή καρδιοπάθεια.

## Περισσότερες πληροφορίες και λεπτομέρειες

Για πλήρεις λεπτομέρειες σχετικά με τα αποδεικτικά στοιχεία και τις συζητήσεις της επιτροπής του NICE για την κατευθυντήρια οδηγία, ανατρέξτε στις [επισκοπήσεις αποδεικτικών στοιχείων](#). Μπορείτε επίσης να βρείτε πληροφορίες σχετικά με [τον τρόπο με τον οποίο αναπτύχθηκε η κατευθυντήρια οδηγία](#).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### Πληροφορίες σχετικά με τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα σας

#### Η φροντίδα σας

Είναι δικαίωμά σας να θέλετε να συμμετέχετε σε αποφάσεις για διαθέσιμες επιλογές σχετικά με τη φροντίδα σας. Για να λάβετε μία απόφαση, πρέπει να ξέρετε ποιες είναι οι επιλογές σας και τι μπορεί να συμβεί εάν δεν θέλετε καμία αγωγή ή φροντίδα.

Λάβετε πληροφορίες σχετικά με το τι πρέπει να κάνετε:

- πριν δείτε τον επαγγελματία υγείας ή περίθαλψης
- όταν δείτε τον επαγγελματία υγείας ή περίθαλψης
- όταν εμπλέκονται άλλα άτομα
- όταν δεν μπορείτε να δώσετε τη συγκατάθεσή σας.

#### Κοινή λήψη αποφάσεων

Η κοινή λήψη αποφάσεων είναι όταν συνεργάζονται οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς. Σας βάζει στο επίκεντρο των αποφάσεων σχετικά με τη δική σας θεραπεία και φροντίδα.

Αυτό σημαίνει ότι:

- συζητούνται διαφορετικές επιλογές που έχει στη διάθεσή του ο/η ασθενής
- οι επιλογές φροντίδας ή θεραπείας διερευνώνται πλήρως, μαζί με τους κινδύνους και τα οφέλη
- οι ασθενείς λαμβάνουν μία απόφαση με τον δικό τους επαγγελματία υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### Διάγνωση υπέρτασης

Εάν η αρτηριακή πίεση στην κλινική είναι 140/90 mmHg ή υψηλότερη:

- Κάντε μια δεύτερη μέτρηση κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.
- Εάν η δεύτερη μέτρηση είναι σημαντικά διαφορετική από την πρώτη, πραγματοποιείται τρίτη μέτρηση.
- Καταγράψτε τη χαμηλότερη από τις τελευταίες 2 μετρήσεις ως την αρτηριακή κλινική πίεση.

Όταν χρησιμοποιείτε περιπατητική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης για να επιβεβαιώσετε τη διάγνωση της υπέρτασης, βεβαιωθείτε ότι λαμβάνονται τουλάχιστον 2 μετρήσεις ανά ώρα κατά τις συνήθεις ώρες εγρήγορσης του ατόμου (για παράδειγμα μεταξύ 08:00 και 22:00). Χρησιμοποιήστε τη μέση τιμή τουλάχιστον 14 μετρήσεων που ελήφθησαν κατά τις συνήθεις ώρες εγρήγορσης του ατόμου για να επιβεβαιώσετε τη διάγνωση της υπέρτασης.

Επιβεβαιώστε τη διάγνωση της υπέρτασης σε άτομα με:

- κλινική αρτηριακή πίεση 140/90 mmHg ή υψηλότερη, **και**
- μέσο όρο περιπατητικής αρτηριακής πίεσης (ABPM) για την ημέρα ή μέσο όρο πίεσης του αίματος κατ' οίκον (HBPM) 135/85 mmHg ή υψηλότερο.

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

#### **Ενημέρωση και υποστήριξη για άτομα που παίρνουν αντιπηκτική αγωγή**

1. Δώστε στους ανθρώπους που παίρνουν αντιπηκτική αγωγή προφορικές και γραπτές πληροφορίες σχετικά με:

- πώς να χρησιμοποιούν τα αντιπηκτικά
- πόσο καιρό να παίρνουν τα αντιπηκτικά
- πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιπηκτικών και τι πρέπει να κάνουν εάν εμφανιστούν
- πώς άλλα φάρμακα, τρόφιμα και αλκοόλ μπορούν να επηρεάσουν την από του στόματος αντιπηκτική αγωγή
- τυχόν παρακολούθηση που απαιτείται για την αντιπηκτική τους αγωγή
- πώς τα αντιπηκτικά μπορεί να επηρεάσουν την οδοντιατρική τους θεραπεία
- λήψη αντιπηκτικών για γυναίκες εάν σχεδιάζουν εγκυμοσύνη ή μείνουν έγκυες
- πώς τα αντιπηκτικά μπορούν να επηρεάσουν δραστηριότητες όπως ο αθλητισμός και τα ταξίδια
- πότε και πώς να ζητούν ιατρική βοήθεια.

2. Δώστε πληροφορίες σε άτομα που παίρνουν αντιπηκτική αγωγή και μία «κάρτα προειδοποίησης για χρήση αντιπηκτικών» που είναι ειδική για τη θεραπεία τους. Συμβουλευτέ τους να έχουν πάντα μαζί τους την «κάρτα προειδοποίησης για χρήση αντιπηκτικών».

3. Να γνωρίζετε ότι οι ηπαρίνες είναι ζωικής προέλευσης και ότι η απιξαμπάνη και η ριβαροξαμπάνη περιέχουν λακτόζη από αγελαδινό γάλα.