

Κατευθυντήρια οδηγία

**Αυξημένη αρτηριακή πίεση και
Υπέρταση σε ενήλικες: διάγνωση
και διαχείριση**

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Ιούνιος 2025



NICE
National Institute
for Health and
Care Excellence

Εισαγωγικό σημείωμα

Η κατευθυντήρια οδηγία NG136 «Hypertension in adults: diagnosis and management» του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) του Ηνωμένου Βασιλείου (ΗΒ), αναπτύχθηκε το 2019, επικαιροποιήθηκε το 2023, και 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. Στο πλαίσιο αυτό, ο ΟΑΥ απευθύνθηκε στην Κύπρο σε ιατρούς με ειδίκευση/εμπειρογνωμοσύνη στον τομέα της υπέρτασης, σε άλλους/ες σχετικούς/σχετικές επαγγελματίες υγείας και σε εκπροσώπους ασθενών, και συγκρότησε Τεχνική Επιτροπή Ειδικών (ΤΕΕ). Τα μέλη της ΤΕΕ, 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 ΤΕΕ εξέτασε τους δείκτες ποιότητας που σχετίζονται με την αξιολόγηση και διαχείριση της υπέρτασης και έχουν αναπτυχθεί από το NICE για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service - NHS) του ΗΒ, τους αξιολόγησε ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής τους στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) της Κύπρου και επέλεξε όσους κρίθηκαν κλινικά συναφείς και τεχνικά εφικτοί. Στη διαδικασία προσαρμογής, η ΤΕΕ βοηθήθηκε, σε οργανωτικό και μεθοδολογικό επίπεδο, από τον ΟΑΥ και από εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat).

Το πρώτο προσχέδιο της κατευθυντήριας οδηγίας διαμορφώθηκε από την ΤΕΕ στην αγγλική γλώσσα, για σκοπούς σύγκρισης με την πρωτότυπη οδηγία του NICE. Ακολούθως μεταφράστηκε στα ελληνικά και 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 ΤΕΕ προέβη στις τελευταίες αλλαγές επί του κειμένου και οριστικοποίησε την κατευθυντήρια οδηγία στην τελική της μορφή.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία βασίζεται στην κατευθυντήρια οδηγία του οργανισμού NICE © NICE (2023) Hypertension in adults: diagnosis and management. Available from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>

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/ες:

- Δρ Ηρακλέους Ήρα (Πρόεδρος Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών, Καρδιολογία)
- Δρ Κωστή Ανδρέας (Αντιπρόεδρος Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών, Παθολογία)
- Δρ Αβρααμίδου Μαίρη (Μέλος, Γενική Ιατρική)
- Δρ Θεοφάνους Θεοφάνης (Μέλος, Νεφρολογία)
- Δρ Καδή Στέλια (Μέλος, Ενδοκρινολογία)
- Δρ Καρπέτας Νίκος (Μέλος, Καρδιολογία)
- Δρ Κούσιος Αντρέας (Μέλος, Νεφρολογία)
- Δρ Κωνσταντίνου Γιώργος (Μέλος, Παθολογία)
- Βαλανάς Κώστας (Μέλος, Εκπρόσωπος ασθενών)
- Γεωργιάδης Πλούταρχος (Μέλος)
- Παχίτα Άννα (Μέλος, Κλινική Διαιτολογία)
- Χριστοδούλου Στέλιος (Μέλος, Εκπρόσωπος ασθενών)

Κατευθυντήρια οδηγία

Αυξημένη αρτηριακή πίεση και Υπέρταση σε ενήλικες: διάγνωση και διαχείριση

Τελικό, Ιούνιος 2025

Σύνοψη

Η εν λόγω κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει τη διάγνωση και τη θεραπεία της αυξημένης αρτηριακής πίεσης και της πρωτοπαθούς υπέρτασης (υψηλής αρτηριακής πίεσης) σε άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Στοχεύει στη μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως η καρδιακή προσβολή και το εγκεφαλικό επεισόδιο, ενισχύοντας το έργο των επαγγελματιών υγείας να διαγνώσουν με ακρίβεια την υπέρταση και να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά.

Σε ποιους/ες απευθύνεται;

- στους/στις επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη
- Στους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και οργανισμούς ασφάλισης υγείας
- Σε ενήλικες με αυξημένη αρτηριακή πίεση και υπέρταση, στις οικογένειες και στα άτομα που τους/τις φροντίζουν και στο ευρύ κοινό

Πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο αναπτύχθηκε η κατευθυντήρια οδηγία είναι διαθέσιμες στην [ιστοσελίδα της αρχικής κατευθυντήριας οδηγίας](#). Εκεί είναι διαθέσιμα: ανασκοπήσεις των επιστημονικών δεδομένων τεκμηρίωσης, το πεδίο εφαρμογής, τα στοιχεία της επιτροπής και τυχόν δηλώσεις συμφερόντων.

Περιεχόμενα

Συστάσεις.....	5
1.1 Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.....	6
1.2 Διάγνωση αυξημένης αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης.....	7
1.3 Αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και βλάβης οργάνων στόχου....	11
1.4 Θεραπεία και παρακολούθηση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης	12
1.5 Προσδιορισμός των ατόμων που πρέπει να παραπεμφθούν για αυθημερόν έλεγχο από ειδικό	25
Όροι που χρησιμοποιούνται στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία	26
Σκεπτικό και επιπτώσεις.....	29
Διάγνωση υπέρτασης	29
Θεραπείες χαλάρωσης	30
Έναρξη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής.....	33
Παρακολούθηση της θεραπείας και των στόχων αρτηριακής πίεσης	36
Πρώτο βήμα θεραπείας	41
Βήμα 2 και 3 θεραπείας	43
Βήμα 4 θεραπείας.....	44
Προσδιορισμός των ατόμων που πρέπει να παραπεμφθούν για αυθημερόν έλεγχο από ειδικό	46
Πλαίσιο	48
Παρατήματα.....	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.

Να σημειωθεί ότι η κατευθυντήρια οδηγία ακολουθεί μια συγκεκριμένη μορφή όσον αφορά στη διατύπωση και στη δομή, ώστε η ισχύς των συστάσεων να είναι σαφής στον/στην τελικό/ή χρήστη/χρήστρια. Η ισχύς της σύστασης μπορεί να ποικίλει μεταξύ υποχρεωτικής, ισχυρής και αδύναμης.

- **Υποχρεωτική:** Εάν υπάρχει νομική υποχρέωση εφαρμογής μιας σύστασης ή εάν οι συνέπειες της μη τήρησης μιας 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 η διαφορά μεταξύ οφέλους και βλάβης είναι μικρότερη (δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν), ο όρος που χρησιμοποιείται είναι «εξετάστε».

Οι συστάσεις για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και τη διάγνωση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης και της υπέρτασης σε αυτήν την κατευθυντήρια οδηγία, ισχύουν για όλους/ες τους/τις ενήλικες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

1.1 Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης

Εκπαίδευση, τεχνική και συντήρηση συσκευών

- 1.1.1 Βεβαιωθείτε ότι οι επαγγελματίες υγείας που λαμβάνουν μετρήσεις αρτηριακής πίεσης, έχουν επαρκή αρχική εκπαίδευση και περιοδική αξιολόγηση της απόδοσής τους.
- 1.1.2 Επειδή οι αυτοματοποιημένες συσκευές ενδέχεται να μην μετρούν με ακρίβεια την αρτηριακή πίεση, εάν υπάρχει ακανόνιστος παλμός (για παράδειγμα, λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής), ψηλαφήστε τον κερκιδικό ή τον βραχιόνιο παλμό, πριν μετρήσετε την αρτηριακή πίεση. Εάν υπάρχει ακανόνιστος παλμός, προτιμάτε να μετρήσετε την αρτηριακή πίεση χωρίς ηλεκτρονικό πιεσόμετρο με άμεση ακρόαση στη βραχιόνια αρτηρία ή λαμβάνοντας πολλαπλές μετρήσεις.
- 1.1.3 Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζουν ότι οι συσκευές μέτρησης της αρτηριακής πίεσης είναι επικυρωμένες κατάλληλα, συντηρούνται και βαθμονομούνται τακτικά, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Περισσότερες πληροφορίες για επικυρωμένα πιεσόμετρα είναι διαθέσιμες στο [STRIDE BP](#).
- 1.1.4 Κατά τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο ή στο σπίτι, εξασφαλίστε ένα οικείο περιβάλλον με ομαλές συνθήκες, με το άτομο να είναι ήρεμο, σε καθιστή θέση και να έχει το χέρι του τεντωμένο καθώς και υποστηριζόμενο. Χρησιμοποιήστε ένα κατάλληλο μέγεθος περιχειρίδας για τον βραχίονα του ατόμου. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, δείτε το Παράρτημα II.

Ορθοστατική υπόταση

- 1.1.5 Σε κάθε ασθενή με διάγνωση αυξημένης πίεσης και υπέρτασης, εξετάστε το ενδεχόμενο ελέγχου για ορθοστατική υπόταση, πριν ξεκινήσετε θεραπεία.
- 1.1.6 Σε άτομα με συμπτώματα ορθοστατικής υπότασης, συμπεριλαμβανομένων πτώσεων ή ορθοστατικής ζάλης:

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- Μετρήστε την αρτηριακή πίεση με το άτομο ξαπλωμένο στην πλάτη του για τουλάχιστον 5 λεπτά (ή εξετάστε σε καθιστή θέση, εάν όμως δεν είναι βολικό, να μετρήσετε την αρτηριακή πίεση, με το άτομο να ξαπλώνει).
- Μετρήστε εκ νέου την αρτηριακή πίεση, αφού το άτομο βρίσκεται σε όρθια θέση, για τουλάχιστον 1 λεπτό. Εάν είναι απαραίτητο, εξετάστε το ενδεχόμενο επανάληψης της μέτρησης, στα 3 λεπτά.

1.1.7 Εάν η συστολική αρτηριακή πίεση του ατόμου μειωθεί κατά 20 mmHg ή περισσότερο ή η διαστολική αρτηριακή πίεση μειωθεί κατά 10 mmHg ή περισσότερο, αφού το άτομο είναι σε όρθια θέση για τουλάχιστον 1 ή 3 λεπτά:

- εξετάστε τις πιθανές αιτίες, συμπεριλαμβανομένης της αναθεώρησης της τρέχουσας φαρμακευτικής αγωγής του
- διαχειριστείτε κατάλληλα (για παράδειγμα, παροχή συμβουλών σχετικά με την πρόληψη των πτώσεων στους ηλικιωμένους)
- λάβετε τις επόμενες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης με το άτομο όρθιο
- εξετάστε το ενδεχόμενο παραπομπής σε εξειδικευμένη φροντίδα, εάν τα συμπτώματα της ορθοστατικής υπότασης επιμένουν, παρά την αντιμετώπιση των πιθανών αιτιών.

1.1.8 Εάν παρά τα ενδεικτικά συμπτώματα, η πτώση της αρτηριακής πίεσης είναι μικρότερη από τα όρια της σύστασης 1.1.7 και η αρχική μέτρηση είχε προηγουμένως ληφθεί σε καθιστή θέση, επαναλάβετε τις μετρήσεις, αυτή τη φορά αρχίζοντας με το άτομο ξαπλωμένο στην πλάτη του.

1.1.9 Εξετάστε το ενδεχόμενο να παραπέμψετε το άτομο για περαιτέρω εξειδικευμένη αξιολόγηση, εάν οι μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης δεν επιβεβαιώνουν την ορθοστατική υπόταση, παρά τα ενδεικτικά συμπτώματα.

1.2 Διάγνωση αυξημένης αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης

1.2.1 Όταν εξετάζετε τη διάγνωση αυξημένης πίεσης και υπέρτασης, μετρήστε την αρτηριακή πίεση και στα δύο χέρια:

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- Εάν η διαφορά στις μετρήσεις μεταξύ των χεριών είναι μεγαλύτερη από 10 mmHg για τη συστολική αρτηριακή πίεση, επαναλάβετε τις μετρήσεις.
- Εάν η διαφορά στις μετρήσεις μεταξύ των χεριών παραμένει μεγαλύτερη από 10 mmHg για τη συστολική αρτηριακή πίεση στη δεύτερη μέτρηση, λάβετε υπόψη τις επόμενες μετρήσεις αρτηριακής πίεσης στο χέρι με την υψηλότερη ένδειξη.

1.2.2 Εάν η αρτηριακή πίεση που μετράται στο ιατρείο είναι $\geq 120/70$ mmHg ή υψηλότερη:

- πραγματοποιήστε μία δεύτερη μέτρηση κατά τη διάρκεια της επίσκεψης
- εάν η δεύτερη μέτρηση διαφέρει σημαντικά από την πρώτη, πραγματοποιήστε μία τρίτη μέτρηση.

Καταγράψτε τον μέσο όρο των δύο τελευταίων μετρήσεων, ως την αρτηριακή πίεση στο ιατρείο.

1.2.3 Εάν η αρτηριακή πίεση στο ιατρείο είναι μεταξύ 140/90 mmHg και 180/110 mmHg, προσφέρετε τη διενέργεια 24ωρης καταγραφής αρτηριακής πίεσης (Ambulatory Blood Pressure Monitoring - ABPM) ή τις μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι (Home Blood Pressure Monitoring - HBPM), για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της υπέρτασης. Βλέπε [Ενότητα σχετικά με τον προσδιορισμό των ατόμων που πρέπει να παραπεμφθούν](#) για άτομα με τιμές αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο 180/110 mmHg ή υψηλότερες.

1.2.4 Ενώ αναμένετε επιβεβαίωση της διάγνωσης της υπέρτασης, πραγματοποιήστε:

- διερεύνηση για [βλάβες στα όργανα-στόχου](#) (βλέπε [σύσταση 1.3.3](#)), **ακολουθούμενη από**
- επίσημη αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου, με τη χρήση ενός εξειδικευμένου εργαλείου εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου (για παράδειγμα, [εργαλείο SCORE2](#)).

1.2.5 Όταν χρησιμοποιείτε ABPM για να επιβεβαιώσετε τη διάγνωση υπέρτασης, βεβαιωθείτε ότι λαμβάνονται τουλάχιστον 2 μετρήσεις ανά ώρα, κατά τις

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

συνήθεις ώρες εγρήγορσης του ατόμου (για παράδειγμα, μεταξύ 08:00 και 22:00) και τουλάχιστον μία μέτρηση ανά ώρα, κατά τη διάρκεια της νύχτας (για παράδειγμα μεταξύ 22:00 και 08:00). Επιβεβαιώστε τη διάγνωση, εάν τουλάχιστον το 70% των μετρήσεων είναι αξιοποιήσιμο, συνήθως αριθμώντας ≥ 27 μετρήσεις, σε διάστημα 24 ωρών.

1.2.6 Όταν χρησιμοποιείτε HBPM για να επιβεβαιώσετε τη διάγνωση της υπέρτασης, βεβαιωθείτε ότι:

- για κάθε καταγραφή αρτηριακής πίεσης, λαμβάνονται 2 διαδοχικές μετρήσεις, με μεσοδιάστημα τουλάχιστον 1 λεπτού και με το άτομο να είναι σε καθιστή θέση **και**
- η αρτηριακή πίεση να καταγράφεται δύο φορές την ημέρα, ιδανικά το πρωί και το βράδυ **και**
- με την καταγραφή της αρτηριακής πίεσης να συνεχίζεται για τουλάχιστον 4 ημέρες, ιδανικά για 7 ημέρες.

Απορρίψτε τις μετρήσεις που έγιναν την πρώτη ημέρα και χρησιμοποιήστε τη μέση τιμή όλων των υπόλοιπων μετρήσεων, για να επιβεβαιώσετε τη διάγνωση υπέρτασης.

1.2.7 Επιβεβαιώστε την αυξημένη αρτηριακή πίεση σε άτομα με:

- αρτηριακή πίεση στο ιατρείο μεταξύ 120/70 και 139/89 mmHg **ή**
- αρτηριακή πίεση στο σπίτι (HBPM), μεταξύ 120/70 mmHg και 135/85 mmHg **ή**
- μέσο όρο ABPM 24ώρου μεταξύ 115/65 και 129/79 mmHg.

1.2.8 Επιβεβαιώστε τη διάγνωση της υπέρτασης σε άτομα με:

- αρτηριακή πίεση στο ιατρείο 140/90 mmHg ή υψηλότερη **ή**
- μέσο όρο ABPM 24ώρου 130/80 mmHg ή υψηλότερη **ή**

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- μέσο όρο ABPM ή HBPM κατά τη διάρκεια της ημέρας 135/85 mmHg ή υψηλότερο ή
- νυχτερινό μέσο όρο ABPM 120/70 mmHg ή υψηλότερο.

Οι ασθενείς θα πρέπει να διατηρούν ημερολόγιο των συνηθειών και των δραστηριοτήτων τους, κατά τη διάρκεια της 24ωρης περιόδου παρατήρησης.

1.2.9 Εάν δεν τεθεί η διάγνωση υπέρτασης, αλλά υπάρχουν ενδείξεις βλάβης των οργάνων-στόχου, εξετάστε το ενδεχόμενο διερεύνησης εναλλακτικών αιτιών για τη βλάβη στα όργανα-στόχου (για πληροφορίες σχετικά με τη διερεύνηση για νεφρική δυσλειτουργία, δείτε [την κατευθυντήρια οδηγία του ΟΑΥ για τη χρόνια νεφρική νόσο](#)).

1.2.10 Εάν δεν διαγνωστεί αυξημένη αρτηριακή πίεση και υπέρταση, μετρήστε την αρτηριακή πίεση του ατόμου στο ιατρείο τουλάχιστον κάθε 3 χρόνια και στη συνέχεια εξετάστε το ενδεχόμενο να τη μετράτε συχνότερα (τουλάχιστον ετησίως), εάν οι τιμές της αρτηριακής πίεσης, κατά την κλινική επίσκεψη του ατόμου, πλησιάζουν το όριο των 120/70 mmHg ή το άτομο είναι άνω των 40 ετών.

Ετήσια μέτρηση αρτηριακής πίεσης για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

1.2.11 Μετρήστε την αρτηριακή πίεση τουλάχιστον ετησίως, σε ενήλικα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, χωρίς προηγούμενη διάγνωση αυξημένης αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης ή νεφρικής νόσου. Προσφέρετε και ενισχύστε τις προληπτικές συμβουλές για τη διασφάλιση ενός υγιούς τρόπου ζωής.

Ειδικές εξετάσεις για πιθανές δευτερογενείς αιτίες υπέρτασης

1.2.12 Εξετάστε την ανάγκη για τη διενέργεια ειδικών εξετάσεων, σε άτομα με σημεία και συμπτώματα που υποδηλώνουν κάποια δευτερογενή αιτία αυξημένης αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης.

Για μία σύντομη επεξήγηση του γιατί η επιτροπή διατύπωσε τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, παρακαλώ δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» στην ενότητα για τη διάγνωση αυξημένης αρτηριακής πίεσης και της υπέρτασης](#).

1.3 Αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και της βλάβης των οργάνων-στόχος

Για καθοδήγηση σχετικά με την έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση της χρόνιας νεφρικής νόσου, δείτε την [κατευθυντήρια οδηγία του ΟΑΥ για τη χρόνια νεφρική νόσο](#).

1.3.1 Εκτιμήστε τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, χρησιμοποιώντας κάποιο έγκυρο εργαλείο (για παράδειγμα, [εργαλείο SCORE2](#)), για να συζητήσετε την πρόγνωση και τις επιλογές θεραπείας με τα άτομα που παρουσιάζουν αυξημένη αρτηριακή πίεση ή υπέρταση, τόσο για την αυξημένη αρτηριακή πίεση όσο και για άλλους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Χρησιμοποιήστε μετρήσεις αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο για τον υπολογισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου. Μία συνοπτική αναφορά σε καταστάσεις που σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο γίνεται στο Παράρτημα III.

1.3.2 Για όλα τα άτομα με αυξημένη αρτηριακή πίεση και υπέρταση προσφέρετε:

- εξέταση ούρων για την παρουσία πρωτεΐνης, με αποστολή δείγματος ούρων για την εκτίμηση της αναλογίας λευκωματίνης/κρεατινίνης και εξέταση για την παρουσία αιματουρίας με τη χρήση ταινίας αντιδραστηρίου
- λήψη δείγματος αίματος για τη μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1C), των ηλεκτρολυτών (νάτριο, κάλιο, ασβέστιο), της κρεατινίνης, του εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης, της ολικής χοληστερόλης, της LDL χοληστερόλης, της HDL χοληστερόλης της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης και της γλυκόζης νηστείας
- οφθαλμολογική εξέταση για την παρουσία υπερτασικής αμφιβληστροειδοπάθειας

- τη διασφάλιση διενέργειας ηλεκτροκαρδιογραφήματος 12 απαγωγών.

1.4 Θεραπεία και παρακολούθηση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης και της υπέρτασης

Παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής

- 1.4.1 Προσφέρετε συμβουλές για τον τρόπο ζωής σε άτομα με αυξημένη αρτηριακή πίεση και υπέρταση, κατά τακτά χρονικά διαστήματα.
- 1.4.2 Να συμπεριληφθούν στο ιστορικό οι συνήθειες διατροφής και άσκησης, καθώς η υγιεινή διατροφή και η τακτική άσκηση μπορούν να μειώσουν την αρτηριακή πίεση. Προσφέρετε κατάλληλη καθοδήγηση και γραπτό ή οπτικοακουστικό υλικό για την προώθηση των αλλαγών στον τρόπο ζωής (όπως το διατροφικό σχήμα Dietary Approaches to Stop Hypertension - DASH που περιλαμβάνεται στο Παράρτημα III).
- 1.4.3 Να συμπληρωθεί το ιστορικό αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ και να ενθαρρύνετε τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, ούτως ώστε να μην υπερβαίνει τα επιτρεπόμενα όρια - ενδεικτικά να μην υπερβαίνει τα 100 γραμμάρια αλκοόλ την εβδομάδα (για παράδειγμα, 6 μικρές μπύρες, 5 ποτήρια κρασί, 10 σφηνάκια ούζο/ζιβανία, 5 ποτήρια βότκα/ουίσκι), καθώς αυτό μπορεί να μειώσει την αρτηριακή πίεση και να έχει ευρύτερα οφέλη για την υγεία.
- 1.4.4 Αποθαρρύνετε την υπερβολική κατανάλωση καφέ και άλλων προϊόντων πλούσιων σε καφεΐνη (ενδεικτικά >400 mg/ημέρα).
- 1.4.5 Ενθαρρύνετε τα άτομα να διατηρούν την πρόσληψη νατρίου μέσω της διατροφής σε χαμηλά επίπεδα [<5 g αλάτι/ημέρα (< 1 κουταλάκι του γλυκού ή λιγότερο), 2 g νατρίου/ημέρα], είτε μειώνοντας ή αντικαθιστώντας το αλάτι νατρίου, καθώς κάτι τέτοιο μπορεί να μειώσει την αρτηριακή πίεση. Σημειώστε ότι τα υποκατάστατα αλατιού που περιέχουν χλωριούχο κάλιο δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από ηλικιωμένους/ες, άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, έγκυες γυναίκες, άτομα με νεφρική νόσο και άτομα που λαμβάνουν κάποια αντιυπερτασικά φάρμακα, όπως αναστολείς

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (ΜΕΑ) και ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτενσίνης II. Ενθαρρύνετε τη μείωση του αλατιού σε αυτές τις ομάδες.

- 1.4.6 Μην προσφέρετε συμπληρώματα ασβεστίου, μαγνησίου ή καλίου, ως μέθοδο μείωσης της αρτηριακής πίεσης.
- 1.4.7 Προσφέρετε συμβουλές και βοήθεια στους/στις καπνιστές/τριες για να διακόψουν το κάπνισμα.
- 1.4.8 Ενημερώστε για τυχόν τοπικές πρωτοβουλίες (όπως, για παράδειγμα, από ομάδες εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη ή οργανώσεις ασθενών που παρέχουν υποστήριξη και προωθούν τον υγιεινό τρόπο ζωής) - ειδικά για εκείνες που προωθούν την ομαδική συνεργασία για την κινητοποίηση του ατόμου να αλλάξει τον τρόπο ζωής του.

Για μία σύντομη επεξήγηση του γιατί η επιτροπή διέγραψε τη σύσταση σχετικά με τις θεραπείες χαλάρωσης και πώς αυτό μπορεί να επηρεάσει την πρακτική, παρακαλώ δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» στις θεραπείες χαλάρωσης](#).

- 1.4.9 Προσφέρετε περαιτέρω αξιολόγηση (διαστρωμάτωση) του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, όταν η αρτηριακή πίεση στο ιατρείο είναι 120-139/70-89 mmHg και ο/η ασθενής θεωρείται ότι έχει αυξημένη αρτηριακή πίεση, προκειμένου να καθοδηγηθεί η θεραπεία.
- 1.4.10 Προσφέρετε συστάσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου σε ενήλικες με αυξημένη αρτηριακή πίεση και χαμηλό/μεσαίο δεκαετή κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου (<10%).
- 1.4.11 Προσφέρετε φαρμακευτική θεραπεία μετά από 3 μήνες παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής, όταν η αρτηριακή πίεση είναι $\geq 130/80$ mmHg και ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου είναι αυξημένος (>10%).

Έναρξη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής

Υποστηρίξτε την προσήλωση στη θεραπεία και διασφαλίστε ότι τα άτομα με αυξημένη αρτηριακή πίεση και υπέρταση κάνουν την πιο αποτελεσματική χρήση των φαρμάκων τους.

1.4.12 Προσφέρετε αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή, επιπρόσθετα των συμβουλών για τον τρόπο ζωής, σε ενήλικες οποιασδήποτε ηλικίας με υπέρταση. Χρησιμοποιήστε την κλινική σας κρίση για άτομα οποιασδήποτε ηλικίας, με εύθραυστη κατάσταση υγείας (frailty) ή πολυνοσηρότητα.

1.4.13 Συζητήστε την έναρξη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής, πέρα από την παροχή συμβουλών για τον τρόπο ζωής, σε ενήλικες ηλικίας κάτω των 80 ετών, με επίμονα αυξημένη αρτηριακή πίεση 130-139/80-89 mmHg που έχουν 1 ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- βλάβη οργάνων-στόχου
- [εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο](#)
- νεφρική νόσο
- σακχαρώδη διαβήτη
- οικογενή υπερχοληστερολαιμία
- εκτιμώμενο 10ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο 10% ή περισσότερο
- εκτιμώμενο 10ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο 5%-10%, σε συνδυασμό με παρουσία τροποποιητών κινδύνου ή μη φυσιολογικών παραμέτρων άλλων εργαλείων εκτίμησης κινδύνου.

Χρησιμοποιήστε την κλινική σας κρίση, για άτομα με εύθραυστη κατάσταση υγείας (frailty) ή πολυνοσηρότητα.

1.4.14 Συζητήστε τον ατομικό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και τις προτιμήσεις των ατόμων για θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της μη θεραπείας, και εξηγήστε τους κινδύνους και τα οφέλη πριν την έναρξη αγωγής με αντιυπερτασικά φάρμακα. Συνεχίστε να προσφέρετε συμβουλές και να στηρίξετε τα άτομα να προβαίνουν σε αλλαγές στον τρόπο ζωής τους (παρακαλώ δείτε την [ενότητα σχετικά με τις παρεμβάσεις στον τρόπο](#)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

[ζωής](#)), ανεξάρτητα από το εάν επιλέγουν ή όχι να ξεκινήσουν αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή.

1.4.15 Εξετάστε το ενδεχόμενο αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής, επιπλέον των συμβουλών για τον τρόπο ζωής, για άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών που:

- είναι σε καλή φυσική κατάσταση και στις περισσότερες περιπτώσεις η συστολική αρτηριακή πίεσή τους στο ιατρείο είναι ίση ή πάνω από 140 mmHg
- δεν είναι σε καλή φυσική κατάσταση αλλά είναι αυτόνομα για τις περισσότερες δραστηριότητες και η συστολική αρτηριακή τους πίεση είναι ίση ή πάνω από 140 mmHg
- είναι σοβαρά εξαρτώμενα και η συστολική αρτηριακή τους πίεση είναι ίση ή πάνω από 160 mmHg.

Χρησιμοποιώντας την κλινική σας κρίση, λάβετε υπόψη την πολυνοσηρότητα και την πολυφαρμακία.

1.4.16 Για ενήλικες ηλικίας κάτω των 40 ετών με υπέρταση, εξετάστε το ενδεχόμενο να αναζητήσετε εξειδικευμένη αξιολόγηση των δευτερογενών αιτιών υπέρτασης (εκτός από τους/τις παχύσαρκους/ες νεαρούς/ές ενήλικες όπου συνιστάται αρχικά να διερευνήσετε το ενδεχόμενο αποφρακτικής υπνικής άπνοιας) και μία πιο λεπτομερή αξιολόγηση της μακροπρόθεσμης ισορροπίας του οφέλους και των κινδύνων της θεραπείας.

Για μία σύντομη επεξήγηση των λόγων που η επιτροπή διατύπωσε τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, παρακαλώ δείτε το [«Σκεπτικό και τις επιπτώσεις» στην έναρξη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής](#).

Παρακολούθηση της θεραπείας και των στόχων αρτηριακής πίεσης

1.4.17 Διατηρήστε την αρτηριακή πίεση κάτω από αυτούς τους στόχους:

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- Για άτομα κάτω των 80 ετών, ο στόχος της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο είναι 120-129/70-79 mmHg.
- Για άτομα άνω των 80 ετών και που:
 - είναι σε καλή φυσική κατάσταση, ο στόχος για την αρτηριακή τους πίεση στο ιατρείο είναι 120-129/70-79 mmHg
 - δεν είναι σε καλή φυσική κατάσταση, αλλά είναι αυτόνομα για τις περισσότερες δραστηριότητες, ο στόχος για την αρτηριακή τους πίεση στο ιατρείο είναι 130-139/80-89 mmHg
 - είναι σοβαρά εξαρτώμενα, ο στόχος για την αρτηριακή τους πίεση στο ιατρείο είναι ίσος ή χαμηλότερος από 150/90 mmHg, με βάση την ανοχή. Να λαμβάνεται υπόψη η αρχή «στο χαμηλότερο επίπεδο του ευλόγως εφικτού» (“As Low As Reasonably Achievable” - ALARA).

1.4.18 Για άτομα ηλικίας κάτω των 80 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ή σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και με αναλογία λευκωματίνης προς κρεατινίνη μικρότερη από 70 mg / mmol ή με χρόνια νεφρική νόσο και αναλογία λευκωματίνης προς κρεατινίνη μικρότερη από 70 mg/mmol, διατηρήστε την αρτηριακή πίεση στο ιατρείο μεταξύ 120-129/70-79 mmHg..

Για συγκεκριμένες συστάσεις σχετικά με τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης σε άτομα με χρόνια νεφρική νόσο, παρακαλώ δείτε [την κατευθυντήρια οδηγία του ΟΑΥ για τη χρόνια νεφρική νόσο](#).

1.4.19 Για άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών με χρόνια νεφρική νόσο και αναλογία λευκωματίνης προς κρεατινίνη μικρότερη από 70 mg/mmol, ο στόχος αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο είναι 130-139/80-89 mmHg.

1.4.20 Για άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών με χρόνια νεφρική νόσο και αναλογία λευκωματίνης προς κρεατινίνη 70 mg/mmol ή περισσότερο, ο στόχος της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο είναι 120-129/70-79 mmHg.

Για συγκεκριμένες συστάσεις σχετικά με τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης σε άτομα με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση,

παρακαλώ δείτε [την κατευθυντήρια οδηγία του ΟΑΥ για τη χρόνια νεφρική νόσο](#).

1.4.21 Χρησιμοποιήστε μετρήσεις αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο για να παρακολουθήσετε την ανταπόκριση στις αλλαγές του τρόπου ζωής ή στη φαρμακευτική αγωγή σε άτομα με υπέρταση. Εξετάστε τη χρήση ABPM ή HBPM, επιπλέον από τις μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο.

1.4.22 Ελέγξτε για ορθοστατική υπόταση (παρακαλώ δείτε τη [σύσταση 1.1.5](#)) σε άτομα με υπέρταση και:

- σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ή
- συμπτώματα ορθοστατικής υπότασης (παρακαλώ δείτε επίσης τη [σύσταση 1.1.7](#)) ή
- ηλικίας 80 ετών και άνω.

Σε άτομα με σημαντική ορθοστατική υπόταση ή συμπτώματα ορθοστατικής υπότασης, παρέχετε θεραπεία με στόχο αρτηριακής πίεσης που βασίζεται στη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε όρθια θέση.

1.4.23 Συμβουλέψτε τα άτομα με υπέρταση που επιλέγουν να παρακολουθούν από μόνα τους την αρτηριακή τους πίεση, να χρησιμοποιούν HBPM.

1.4.24 Εξετάστε το ενδεχόμενο χρήσης ABPM ή HBPM, επιπλέον των μετρήσεων αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο, για άτομα με υπέρταση που έχει αναγνωριστεί ότι παρουσιάζουν το [φαινόμενο λευκής μπλούζας](#) ή [συγκεκριαυμμένη υπέρταση](#) (όπου οι μετρήσεις στο ιατρείο και οι μετρήσεις στο σπίτι διαφέρουν σημαντικά). Να ληφθεί υπόψη ότι το όριο των βέλτιστων μετρήσεων αρτηριακής πίεσης ABPM ή HBPM, δύναται να είναι χαμηλότερο κατά 5 mmHg ή και περισσότερο, από το αντίστοιχο όριο μετρήσεων αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο.

1.4.25 Για άτομα που επιλέγουν να χρησιμοποιήσουν HBPM, παρέχετε:

- εκπαίδευση και συμβουλές σχετικά με την παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- διαφώτιση με το πώς πρέπει να ενεργήσουν, εάν δεν επιτυγχάνουν το στόχο για την αρτηριακή τους πίεση.

Λάβετε υπόψη ότι οι αντίστοιχες μετρήσεις για HBPM είναι κατά 5 mmHg χαμηλότερες από ότι οι μετρήσεις στο ιατρείο (παρακαλώ δείτε τη [σύσταση 1.2.9 για διαγνωστικά όρια](#)).

- 1.4.26 Για ενήλικες με υπέρταση ηλικίας κάτω των 80 ετών, μειώστε την αρτηριακή πίεση στο ιατρείο στα 120-129/70-79 mmHg και βεβαιωθείτε ότι διατηρείται σε αυτό το επίπεδο. Παρακαλώ δείτε επίσης τη [σύσταση 1.4.18](#) για στόχους αρτηριακής πίεσης σε άτομα ηλικίας κάτω των 80 ετών με συννοσηρότητες.
- 1.4.27 Για ενήλικες με υπέρταση ηλικίας 80 ετών και άνω, μειώστε την αρτηριακή πίεση στο ιατρείο κάτω από 150/90 mmHg με βάση την ανοχή και βεβαιωθείτε ότι διατηρείται κάτω από αυτό το επίπεδο. Χρησιμοποιήστε την κλινική σας κρίση για ευπαθή άτομα με εύθραυστη κατάσταση υγείας (frailty) ή με συννοσηρότητες. Παρακαλώ δείτε επίσης τις [συστάσεις 14.17 – 1.4.19](#) για στόχους αρτηριακής πίεσης για άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών με συννοσηρότητες.
- 1.4.28 Όταν χρησιμοποιείτε ABPM ή HBPM για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία σε ενήλικες με υπέρταση, χρησιμοποιήστε το μέσο επίπεδο αρτηριακής πίεσης που λαμβάνεται κατά τις συνήθεις ώρες εγρήγορσης του ατόμου. Μειώστε την αρτηριακή πίεση και βεβαιωθείτε ότι διατηρείται:
- κάτω των 135/85 mmHg για ενήλικες ηλικίας κάτω των 80 ετών
 - κάτω των 145/85 mmHg για ενήλικες ηλικίας 80 ετών και άνω.

Χρησιμοποιήστε την κλινική σας κρίση, για άτομα με εύθραυστη κατάσταση υγείας (frailty) ή με πολυνοσηρότητα.

Για μία σύντομη επεξήγηση του γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις σχετικά με την παρακολούθηση της θεραπείας και των στόχων αρτηριακής πίεσης και πώς αυτό

μπορεί να επηρεάσει την πρακτική, παρακαλώ δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για την παρακολούθηση της θεραπείας και των στόχων αρτηριακής πίεσης.](#)

1.4.29 Μετά τον αποτελεσματικό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης, παρέχετε τουλάχιστον ετήσια αξιολόγηση της φροντίδας σε ενήλικες με υπέρταση, για την παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και την παροχή υποστήριξης, και συζητήστε τον τρόπο ζωής, τυχόν συμπτώματα και τη φαρμακευτική αγωγή τους.

Επανεξέταση θεραπείας μετά τη διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

1.4.30 Για ενήλικα σε αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή που θα διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη, επανεξετάστε τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται. Προβείτε σε αλλαγές αποκλειστικά και μόνο εάν υπάρχει ανεπαρκής έλεγχος ή εάν η τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή δεν είναι κατάλληλη, λόγω μικροαγγειακών επιπλοκών ή μεταβολικών προβλημάτων.

Επιλογή αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής (για άτομα με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2)

Οι συστάσεις αυτής της ενότητας ισχύουν για άτομα με υπέρταση με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Σημειώνεται ότι οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (ΜΕΑ) και οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II (ΑΥΑ) δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε έγκυες ή θηλάζουσες γυναίκες ή γυναίκες που είναι στο πλάνο τους να κυοφορήσουν, εκτός εάν είναι απολύτως απαραίτητο, οπότε και θα πρέπει να συζητούνται οι πιθανοί κίνδυνοι και τα οφέλη. Ακολουθήστε τις [οδηγίες του Κυπριακού Μητρώου Φαρμακευτικών Προϊόντων](#) και του [Μητρώου Ιατρικών Προϊόντων της Ευρωπαϊκής Ένωσης](#), σχετικά με τους αναστολείς ΜΕΑ και τους ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- 1.4.31 Εξετάστε τη χορήγηση γενόσημων φαρμάκων εάν αυτά είναι κατάλληλα και ελαχιστοποιήστε το κόστος.
- 1.4.32 Προσφέρετε αναστολείς ΜΕΑ ή τους ΑΥΑ, σε ασθενείς με λευκωματουρία ή πρωτεϊνουρία.
- 1.4.33 Προσφέρετε αναστολείς ΜΕΑ και ΑΥΑ, για μείωση της αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή με κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη.
- 1.4.34 Προσφέρετε μακράς δράσης αναστολείς διαύλου ασβεστίου (CCB) διυδροπυριδίνης ή αναστολέων συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης (RAS), ως αρχική θεραπεία για ασθενείς ηλικίας ≥ 80 ετών και/ή με μέτρια έως σοβαρή εύθραυστη κατάσταση υγείας (frailty) (σε οποιαδήποτε ηλικία).
- 1.4.35 Όταν επιλέγετε αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή για ενήλικες Μαύρης Αφρικανικής καταγωγής ή καταγωγής από Αφρική-Καραϊβική, εξετάστε έναν ΑΥΑ, έναντι ενός αναστολέα ΜΕΑ.

Ακολουθήστε τις οδηγίες του [Κυπριακού Μητρώου Φαρμακευτικών Προϊόντων](#) και του [Μητρώου Ιατρικών Προϊόντων της Ευρωπαϊκής Ένωσης](#) σχετικά με τους αναστολείς ΜΕΑ και τους ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II.

Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ)

- 1.4.36 Προσφέρετε σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ΧΝΝ και επιβεβαιωμένη αρτηριακή πίεση $\geq 130/80$ mmHg, βελτιστοποίηση του τρόπου ζωής και φαρμακευτική αγωγή μείωσης της αρτηριακής πίεσης.
- 1.4.37 Προσφέρετε σε υπερτασικούς ασθενείς με ΧΝΝ και εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) >20 ml/min/1,73 m² και/ή καρδιακή ανεπάρκεια οποιουδήποτε σταδίου, αναστολείς του Συμμεταφορέα Νατρίου-Γλυκόζης τύπου 2 (Sodium-Glucose Co-Transporter 2 - SGLT2).
- 1.4.38 Για καθοδήγηση σχετικά με την επιλογή αντιυπερτασικών φαρμάκων σε άτομα με χρόνια νεφρική νόσο, παρακαλώ δείτε [την κατευθυντήρια οδηγία](#)

[του ΟΑΥ για τη χρόνια νεφρική νόσο](#). Εάν είναι δυνατόν, προσφέρετε θεραπεία με φάρμακα που λαμβάνονται μόνο μία φορά την ημέρα.

Γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας

- 1.4.39 Προσφέρετε αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή σε γυναίκες με διαγνωσμένη υπέρταση που δύναται να τεκνοποιήσουν, σύμφωνα με τις συστάσεις αυτής της κατευθυντήριας οδηγίας.
- 1.4.40 Για τις γυναίκες με χρόνια υπέρταση που είναι στο πλάνο τους να κυοφορήσουν, προσφέρετε παραπομπή σε ειδικό/ή στις περιπτώσεις διαταραχών υπέρτασης σχετιζόμενες με την εγκυμοσύνη, με σκοπό να συζητήσουν τους κινδύνους και τα οφέλη της θεραπείας.
- 1.4.41 Συμβουλευστε τις γυναίκες που λαμβάνουν αναστολείς ΜΕΑ ή ΑΥΑ:
- ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος συγγενών ανωμαλιών, εάν αυτά τα φάρμακα λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
 - να συζητήσουν εναλλακτική αντιυπερτασική θεραπεία με τον/την επαγγελματία υγείας που είναι υπεύθυνο/η για τη διαχείριση της υπέρτασής τους, εάν προγραμματίζουν εγκυμοσύνη
 - να συζητήσουν εναλλακτική θεραπεία με τον/την επαγγελματία υγείας που είναι υπεύθυνος/η για τη διαχείριση της κατάστασής τους, εάν λαμβάνονται αναστολείς ΜΕΑ ή ΑΥΑ για άλλες καταστάσεις, όπως η νεφρική νόσος.
- 1.4.42 Διακόψτε άμεσα την αντιυπερτασική θεραπεία με αναστολείς ΜΕΑ ή ΑΥΑ σε γυναίκες εάν κυοφορήσουν και προσφέρετε εναλλακτικές λύσεις.
- 1.4.43 Συμβουλευστε τις γυναίκες που λαμβάνουν υδροχλωροθειαζίδη ή θειαζιδικά διουρητικά:
- ότι μπορεί να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος συγγενών ανωμαλιών και νεογνικών επιπλοκών, εάν αυτά τα φάρμακα λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- να συζητήσουν εναλλακτική αντιυπερτασική θεραπεία με τον/την επαγγελματία υγείας που είναι υπεύθυνος/η για τη διαχείριση της υπέρτασής τους, εάν προγραμματίζουν εγκυμοσύνη.

1.4.44 Καταστήστε σαφές στις γυναίκες που λαμβάνουν αντιυπερτασική θεραπεία, εκτός από αναστολείς ΜΕΑ, ΑΥΑ, ή θειαζιδικά διουρητικά, ότι τα περιορισμένα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα δεν έχουν δείξει αυξημένο κίνδυνο συγγενούς δυσπλασίας από τη χρήση τέτοιων θεραπειών.

Βήμα 1 Θεραπείας

1.4.45 Προσφέρετε θεραπεία διπλού συνδυασμού χαμηλής δόσης σε μεγάλο ποσοστό ατόμων που πάσχουν από υπέρταση, λαμβάνοντας υπόψη τις συννοσηρότητες, τον κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών και την ανάγκη αναπροσαρμογής της δοσολογίας.

- Εάν είναι διαθέσιμη, εξετάστε συνδυαστική θεραπεία σταθερής δόσης ενός δισκίου.
- Μην συνδυάζετε έναν αναστολέα ΜΕΑ με έναν ΑΥΑ για τη θεραπεία της υπέρτασης.

Σε οποιοδήποτε στάδιο, προσθέστε β-αναστολείς επί ειδικών ενδείξεων (στηθάγχη, μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, συστολική καρδιακή ανεπάρκεια ή για έλεγχο του καρδιακού ρυθμού).

1.4.46 Εξετάστε ως πρώτη επιλογή στη θεραπεία διπλού συνδυασμού χαμηλής δόσης, τη χρήση αναστολέων RAS και CCB, αντί διουρητικών, λόγω των καιρικών συνθηκών που επικρατούν στην Κύπρο.

1.4.47 Εξετάστε τη μέγιστη ανεκτή δόση αναστολέων ΜΕΑ ή ΑΥΑ σε άτομα με λευκωματουρία.

1.4.48 Προσφέρετε μονοθεραπεία ως αρχική θεραπεία σε άτομα με:

- Αυξημένη αρτηριακή πίεση (120/70–139/89 mmHg)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- Μέτρια έως σοβαρή εύθραυστη κατάσταση υγείας (frailty)
- Συμπτωματική ορθοστατική υπόταση
- Ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 85 ετών.

Για την επιλογή του φαρμάκου έναρξης, λάβετε υπόψη το προφίλ του κάθε ασθενή, για παράδειγμα, συννοσηρότητες, ηλικία, και άλλα.

Για μία σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή διατύπωσε τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, παρακαλώ δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για το βήμα 1 θεραπείας](#).

Βήμα 2 θεραπείας

- 1.4.49 Πριν εξετάσετε το επόμενο βήμα για τη θεραπεία της υπέρτασης, συζητήστε με το άτομο για το εάν λαμβάνει το φάρμακό του σύμφωνα με τις οδηγίες και συζητήστε διαφορετικές επιλογές και εργαλεία για να ενισχυθεί η συμμόρφωση στη θεραπεία.
- 1.4.50 Εάν η υπέρταση δεν ελέγχεται σε ενήλικες που ακολουθούν το πρώτο βήμα θεραπείας για χρονικό διάστημα ενός έως τριών μηνών, προσφέρετε χαμηλή δόση τριπλής συνδυαστικής θεραπείας.

Βήμα 3 θεραπείας

- 1.4.51 Πριν εξετάσετε το επόμενο βήμα θεραπείας για υπέρταση:
- προσαρμόστε τη φαρμακευτική αγωγή του ατόμου για να βεβαιωθείτε ότι λαμβάνονται οι βέλτιστες ανεκτές δόσεις **και**
 - συζητήστε σχετικά με τη συμμόρφωση του στη θεραπεία.

Για μία σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή διατύπωσε τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, παρακαλώ δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για τα βήματα 2 και 3 θεραπείας](#).

Βήμα 4 Θεραπείας

1.4.52 Εάν η υπέρταση δεν ρυθμίζεται σε ενήλικες που λαμβάνουν τις μέγιστες ανεκτές δόσεις ενός φαρμάκου αναστολέα ΜΕΑ ή ΑΥΑ, ενός αναστολέα διαύλων ασβεστίου και ενός θειαζιδικού διουρητικού, θεωρήστε ότι έχουν ανθεκτική υπέρταση.

1.4.53 Πριν εξετάσετε το ενδεχόμενο επιπρόσθετης θεραπείας για άτομο με ανθεκτική υπέρταση:

- Επιβεβαιώστε τις αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο με μετρήσεις ABPM ή HBPM
- Αξιολογήστε για ορθοστατική υπόταση
- Συζητήστε σχετικά με τη συμμόρφωση στη θεραπεία και προτείνετε ποικιλία επιλογών και εργαλείων για τη βελτίωσή της.

1.4.54 Για άτομα με επιβεβαιωμένη ανθεκτική υπέρταση, εξετάστε το ενδεχόμενο προσθήκης ενός τέταρτου αντιυπερτασικού φαρμάκου, ως τέταρτο βήμα θεραπείας, και ζητήστε γνωμάτευση από ειδικούς.

Ακολουθήστε τις οδηγίες [του Κυπριακού Μητρώου Φαρμακευτικών Προϊόντων και του Μητρώου Ιατρικών Προϊόντων της Ευρωπαϊκής Ένωσης](#), σχετικά με τους αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και τους ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II.

1.4.55 Εξετάστε το ενδεχόμενο περαιτέρω διουρητικής θεραπείας, ξεκινώντας το τέταρτο βήμα θεραπείας, με χαμηλή δόση σπειρονολακτόνης, για ενήλικες με ανθεκτική υπέρταση που έχουν επίπεδα καλίου στο αίμα 4,5 mmol/L ή χαμηλότερα. Να μη διαφύγει της προσοχής σας το γεγονός ότι άτομα με μειωμένο εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR), διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης υπερκαλιαιμίας.

Εάν η σπειρονολακτόνη δεν είναι ικανοποιητικά ανεκτή, εξετάστε το ενδεχόμενο επλερενόνης.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- 1.4.56 Όταν χρησιμοποιείτε επιπρόσθετη διουρητική θεραπεία, αναφορικά με το βήμα 4 θεραπείας της ανθεκτικής υπέρτασης, παρακολουθήστε τα επίπεδα νατρίου και καλίου στο αίμα, καθώς και τη νεφρική λειτουργία, σε διάστημα ενός μηνός από την έναρξη της θεραπείας και επανεξετάστε τους προαναφερόμενους δείκτες, όπως απαιτείται στη συνέχεια.
- 1.4.57 Εξετάστε το ενδεχόμενο χορήγησης ενός α-αναστολέα ή β-αναστολέα, αντί της σπειρονολακτόνης, σε ενήλικες με ανθεκτική υπέρταση, σε περίπτωση που τα επίπεδα καλίου στο αίμα ξεπερνούν τη συγκέντρωση των 4.5 mmol/L.
- 1.4.58 Εάν η αρτηριακή πίεση παραμένει εκτός ελέγχου σε άτομα με ανθεκτική υπέρταση που λαμβάνουν τις βέλτιστες ανεκτές δόσεις 4 φαρμάκων, ζητήστε γνωμάτευση από ειδικούς.

Για μία σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή διατύπωσε τις συστάσεις και του πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, παρακαλώ δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για το βήμα 4 θεραπείας](#).

1.5 Προσδιορισμός των ατόμων που πρέπει να παραπεμφθούν για αυθημερόν έλεγχο από ειδικό

- 1.5.1 Εάν ένα άτομο έχει σοβαρή υπέρταση (αρτηριακή πίεση στο ιατρείο 180/120 mmHg ή υψηλότερη), αλλά δεν υπάρχουν συμπτώματα ή σημεία που να υποδεικνύουν παραπομπή την ίδια ημέρα (δείτε σύσταση 1.5.2), πραγματοποιήστε έλεγχο για βλάβη των οργάνων-στόχου (δείτε [σύσταση 1.3.2](#)) το συντομότερο δυνατό:
- Εάν εντοπιστεί βλάβη στα όργανα-στόχου, εξετάστε το ενδεχόμενο να ξεκινήσετε αμέσως αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή, χωρίς να αναμένετε τα αποτελέσματα της ABPM ή της HBPM
 - Εάν δεν εντοπιστεί βλάβη στα όργανα-στόχου, επιβεβαιώστε τη διάγνωση με:

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- επαναλαμβανόμενη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο εντός 7 ημερών, ή
- εξέταση του ενδεχομένου παρακολούθησης με χρήση ABPM (ή HBPM, εάν η ABPM δεν είναι κατάλληλη ή μη ανεκτή), σύμφωνα με τις συστάσεις 1.2.6 και 1.2.7, και εξασφάλιση κλινικής επανεξέτασης εντός 7 ημερών.

1.5.2 Παραπέμψτε επειγόντως τα άτομα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, εάν καταγράφεται στην επίσκεψη αρτηριακή πίεση 180/120 mmHg ή υψηλότερη με:

- σημεία αιμορραγίας αμφιβληστροειδούς ή οιδήματος οπτικής θηλής ([επιταχυνόμενη υπέρταση](#)) ή
- απειλητικά για τη ζωή συμπτώματα, όπως πρωτοεμφανιζόμενη σύγχυση, πόνο στο στήθος, σημεία καρδιακής ανεπάρκειας ή οξεία νεφρική βλάβη.

1.5.3 Παραπέμψτε τα άτομα αυθημερόν για ειδική αξιολόγηση, για τα οποία τέθηκε η υποψία συμπτωματολογίας συμβατή με φαιοχρωμοκύττωμα (όπως για παράδειγμα, ασταθής ή ορθοστατική υπόταση, κεφαλαλγία, αίσθημα παλμών, ωχρότητα, κοιλιακό άλγος ή εφίδρωση).

Για μία σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή διατύπωσε τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, παρακαλώ δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για τον προσδιορισμό των ατόμων που πρέπει να παραπεμφθούν για αυθημερόν αξιολόγηση από ειδικό](#).

Όροι που χρησιμοποιούνται στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία

Η εν λόγω ενότητα εξηγεί όρους που έχουν χρησιμοποιηθεί με συγκεκριμένο τρόπο σε αυτήν την κατευθυντήρια οδηγία.

Επιταχυνόμενη υπέρταση

Σοβαρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης στα 180/120 mmHg ή υψηλότερα (και συχνά πάνω από 220/120 mmHg) με σημεία αιμορραγίας του αμφιβληστροειδούς και/ή

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

οίδημα οπτικής θηλής (οίδημα του οπτικού νεύρου). Συνήθως σχετίζεται με νέα ή προοδευτική βλάβη οργάνων-στόχου και είναι επίσης γνωστή ως κακοήθης υπέρταση.

Εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσος

Ιατρικό ιστορικό ισχαιμικής καρδιοπάθειας, αγγειακής εγκεφαλικής νόσου, περιφερικής αγγειακής νόσου, ανευρύσματος αορτής ή καρδιακής ανεπάρκειας. Η καρδιαγγειακή νόσος είναι ένας γενικός όρος για τις συνθήκες που επηρεάζουν την καρδιά ή τα αιμοφόρα αγγεία. Συνήθως συνδέεται με συσσώρευση εναποθέσεων λιπιδίων μέσα στις αρτηρίες (αθηροσκλήρωση) και αυξημένο κίνδυνο θρόμβωσης. Μπορεί επίσης να συσχετιστεί με βλάβη των αρτηριών σε όργανα όπως ο εγκέφαλος, η καρδιά, τα νεφρά και τα μάτια, μέσω εναπόθεσης υαλώδους υλικού εντός των τοιχωμάτων των αρτηριών (αρτηριοσκλήρωση). Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου και αναπηρίας στην Κύπρο, αλλά συχνά μπορούν να προληφθούν σε μεγάλο βαθμό ακολουθώντας τις βέλτιστες υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις.

Αυξημένη αρτηριακή πίεση: Η αυξημένη αρτηριακή πίεση ορίζεται ως αρτηριακή πίεση στο ιατρείο μεταξύ 120/70 mmHg και 139/89 mmHg και αρτηριακή πίεση στο σπίτι μεταξύ 120/70 mmHg και 135/85 mmHg ή 24ωρη μέση καταγραφή αρτηριακής πίεσης (Ambulatory Blood Pressure Monitoring - ABPM) μεταξύ 115/65 mmHg και 129/79 mmHg. Η μη θεραπεύσιμη αυξημένη αρτηριακή πίεση συνδέεται συνήθως με προοδευτική αύξηση της αρτηριακής πίεσης

Υπέρταση: Η υπέρταση ορίζεται ως αρτηριακή πίεση στο ιατρείο 140/90 mmHg ή υψηλότερη και μέση 24ωρη ABPM 130/80 mmHg ή υψηλότερη ή μέση ημερήσια τιμή ABPM ή καταγραφής αρτηριακής πίεσης στο σπίτι (Home Blood Pressure Monitoring - HBPM) 135/85 mmHg ή υψηλότερη ή μέση ABPM κατά τη διάρκεια της νύχτας 120/70 mmHg ή υψηλότερη. Η υπέρταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο (ισχαιμικό και αιμορραγικό), έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια νεφρική νόσο, γνωσιακή ύφεση και πρόωρο θάνατο.

Συγκεκαλυμμένη υπέρταση

Οι μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο είναι φυσιολογικές (κάτω από 140/90 mmHg), αλλά οι μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης είναι υψηλότερες όταν λαμβάνονται εκτός του ιατρείου χρησιμοποιώντας 24ωρη ABPM ή HBPM.

Επίμονη υπέρταση

Υψηλή αρτηριακή πίεση σε επαναλαμβανόμενες κλινικές συναντήσεις.

Βλάβη οργάνων στόχου

Καταγραφή υπερτροφίας αριστερής κοιλίας, χρόνιας νεφρικής νόσου, υπερτασικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή αυξημένης αναλογίας λευκωματίνης:κρεατινίνης ούρων.

Φαινόμενο λευκής μπλούζας

Απόκλιση μεγαλύτερη από 20/10 mmHg μεταξύ μέτρησης στο ιατρείο και μέσης ημερήσιας ABPM ή μέσης μέτρησης της αρτηριακής πίεσης HBPM κατά τη διάγνωση.

ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι εν λόγω ενότητες αναλύουν εν συντομία γιατί η Επιτροπή διατύπωσε τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική. Συνδέονται με λεπτομέρειες των αποδεικτικών επιστημονικών στοιχείων και πλήρη περιγραφή της συζήτησης της Επιτροπής.

Πιο κάτω παρατίθεται επιγραμματική επεξήγηση, γιατί η Επιτροπή έχει καταρτίσει τις συστάσεις και πώς αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική. Ως «Επιτροπή» ορίζεται η επιτροπή ειδικών του NICE που ανέπτυξε και επικαιροποίησε την αρχική κατευθυντήρια οδηγία NG136 «Υπέρταση σε ενήλικες: διάγνωση και αντιμετώπιση» και ως «Τεχνική Επιτροπή Ειδικών - ΤΕΕ» ορίζεται η επιτροπή ειδικών από την Κύπρο που έχει διεκπεραιώσει την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας, ούτως ώστε να είναι συμβατή με την Κυπριακή πραγματικότητα.

Διάγνωση υπέρτασης

[Συστάσεις 1.2.1 έως 1.2.5 και 1.2.10](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις

Συνολικά, υπήρχαν περιορισμένα νέα επιστημονικά στοιχεία σχετικά με την ακρίβεια των διαφόρων μεθόδων μέτρησης της αρτηριακής πίεσης. Οι περισσότερες από τις μελέτες που εντοπίστηκαν είχαν μικρό μέγεθος δείγματος και οι πληθυσμοί και τα πρωτόκολλα μέτρησης διέφεραν, καθιστώντας δύσκολη την ερμηνεία. Ωστόσο, η Επιτροπή συμφώνησε ότι ήταν σημαντικό να επικεντρωθεί στα επιστημονικά δεδομένα από τις πιο πρόσφατες μελέτες (μετά το 2000), διότι θα πρέπει αυτά τα στοιχεία να αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα χρήση ηλεκτρονικών σφυγμομανόμετρων, τα οποία έχουν αντικαταστήσει τα σφυγμομανόμετρα υδραργύρου.

Τα επιστημονικά δεδομένα δεν έδειξαν ότι η αλλαγή των σημερινών ορίων αρτηριακής πίεσης για τη μέτρηση στο ιατρείο ή την παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι (HBPM), θα βελτίωνε τη διαγνωστική ακρίβεια, σε σύγκριση με την 24-ωρη παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης (ABPM). Ως εκ τούτου, η Επιτροπή συμφώνησε ότι τα όρια του 2011 για τη διάγνωση πρέπει να διατηρηθούν. Η Επιτροπή

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

σημείωσε ότι αυτά είναι συμβατά με τις περισσότερες διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές.

Περιορισμένα επιστημονικά στοιχεία έδειξαν ότι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο είναι λιγότερο ακριβής, από τη HBPM ή τη ABPM, όταν χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της υπέρτασης. Τα μέλη της Επιτροπής αναγνώρισαν ότι αυτά τα ευρήματα ήταν συμβατά με την κλινική τους εμπειρία και κατέληξαν στο ότι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο, από μόνη της δεν θα ήταν επαρκής μέθοδος για τη διάγνωση της υπέρτασης.

Η Επιτροπή συζήτησε για τις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο, όταν υπάρχει διαφορά στην αρτηριακή πίεση μεταξύ αριστερού και δεξιού βραχίονα, και σημείωσε ότι η κλινική πρακτική ποικίλλει. Με βάση την εμπειρία και τις γνώσεις τους, τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι το όριο των 15 mmHg θα ήταν καταλληλότερο από τα 20 mmHg, το οποίο καθορίστηκε στις συστάσεις του 2011. Αυτό είναι συμβατό με πρόσφατα στοιχεία που δείχνουν ότι μία μικρή διαφορά στην αρτηριακή πίεση μεταξύ των βραχιόνων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων, πιθανώς λόγω αγγειακής βλάβης.

Η ABPM συσχετίζεται ικανοποιητικά με την επεμβατική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και μπορεί να εντοπίσει τόσο την υπέρταση λευκής μπλούζας όσο και την λανθάνουσα υπέρταση. Η TEE συστήνει τη λήψη ≥ 27 μετρήσεων σε διάστημα 24 ωρών, καθώς φαίνεται, από τα μέχρι στιγμής δεδομένα, ότι αυτός ο αριθμός επαρκεί για την επιβεβαίωση της διάγνωσης αρτηριακής υπέρτασης. Παράλληλα, αναγνωρίζει ότι υπάρχουν νέα δεδομένα στη βιβλιογραφία για μικρότερο αριθμό μετρήσεων (για παράδειγμα ≥ 8 μετρήσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας και ≥ 4 κατά τη διάρκεια της νύκτας που μπορεί να είναι αρκετές, εάν υπάρχουν δυσκολίες στην καταμέτρηση), όμως το επίπεδο επιστημονικής τεκμηρίωσης για μία τέτοια προσθήκη παραμένει χαμηλό. Με βάση τα στοιχεία της κατευθυντήριας οδηγίας του 2011 και την εμπειρία και τις γνώσεις της Επιτροπής, συμφωνήθηκε ότι η ABPM παραμένει μέθοδος επιλογής για την ακριβή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ως εκ τούτου, η ABPM έχει διατηρηθεί ως η προτιμώμενη μέθοδος για τη διάγνωση της υπέρτασης. Επιπλέον, τα οικονομικά στοιχεία που προέκυψαν από την επικαιροποίηση του οικονομικού μοντέλου υγείας για την κατευθυντήρια γραμμή του

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

2011, επιβεβαίωσαν ότι η ABPM εξακολουθεί να είναι η πιο οικονομικά αποδοτική μέθοδος διάγνωσης, ακόμη και κατά τη συμπερίληψη νέων δεδομένων για τη βελτιωμένη ακρίβεια των μετρήσεων στο σπίτι και στην κλινική.

Τα στοιχεία έδειξαν ότι η μέτρηση HBPM με αξιόπιστο και έγκυρο εξοπλισμό συνιστά μία ακριβή μέθοδο διάγνωσης της υπέρτασης για άτομα με φλεβοκομβικό ρυθμό. Αυτό υποστηρίχθηκε και από την εμπειρία των μελών της Επιτροπής στην κλινική πράξη και συμφώνησαν ότι αποτελεί μια κατάλληλη, εναλλακτική λύση, όταν η ABPM είναι ακατάλληλη ή δεν είναι ανεκτή. Η Επιτροπή σημείωσε ότι η Βρετανική και Ιρλανδική Εταιρεία Υπέρτασης διατηρεί κατάλογο αξιόπιστων και έγκυρων συσκευών μέτρησης της αρτηριακής πίεσης για χρήση στο σπίτι. Η Βρετανική και Ιρλανδική Εταιρεία Υπέρτασης αποτελεί ανεξάρτητο φορέα κρίσης δημοσιευμένων εργασιών χωρίς ο κατάλογος που διατηρεί να συνεπάγεται έγκριση συγκεκριμένων συσκευών από το NICE.

Τα επιστημονικά δεδομένα δεν δείχνουν οφέλη από την προσθήκη τηλεπαρακολούθησης στη HBPM. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν μπορούσε να προβεί σε σύσταση σχετικά με την τηλεπαρακολούθηση για τη διάγνωση της υπέρτασης.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις ενισχύουν την τρέχουσα ορθή πρακτική. Ωστόσο, η Επιτροπή σημείωσε ότι η εφαρμογή των συστάσεων του 2011 σχετικά με την ABPM ήταν δύσκολη και ότι εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές στην πράξη. Θα χρειαστεί αλλαγή στην πρακτική και πρόσθετοι πόροι και κατάρτιση σε περιοχές όπου επί του παρόντος δεν υπάρχει πρόσβαση σε συσκευές ABPM. Ωστόσο, η ABPM βρέθηκε να είναι η πιο οικονομικά αποδοτική μέθοδος διάγνωσης και αναμένεται ότι τα μακροπρόθεσμα οφέλη της ακριβούς διάγνωσης και θεραπείας (όπως η αποφυγή υπερεκτιμημένης διάγνωσης και περιττής θεραπείας) θα αντισταθμίσουν το οποιοδήποτε αρχικό κόστος.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Θεραπείες χαλάρωσης

Γιατί η Επιτροπή διέγραψε τη σύσταση σχετικά με τις θεραπείες χαλάρωσης

Τα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τις θεραπείες χαλάρωσης ήταν λίγα και προέρχονταν από μία μόνο μικρή μελέτη. Η έρευνα αυτή έδειξε κάποιο όφελος στη μείωση της στηθάγχης και του εμφράγματος του μυοκαρδίου, αλλά σημείωνε επίσης αύξηση του κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η μελέτη αυτή δεν επαρκούσε για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτών των θεραπειών ή για τη διατύπωση σύστασης.

Η κατευθυντήρια οδηγία του 2011 ανέφερε ότι οι θεραπείες χαλάρωσης θα μπορούσαν να μειώσουν την αρτηριακή πίεση, αλλά δεν συνιστούσε τη χρήση τους ως μέθοδο ρουτίνας στην πράξη. Η Επιτροπή σημείωσε ότι αυτό βασίστηκε σε στοιχεία μόνο για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης και δεν υπήρχαν δεδομένα για άμεσο όφελος σε άτομα με υπέρταση, όπως η βελτίωση της ποιότητας ζωής ή η μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία οφέλους για να συστήσει στα άτομα να ακολουθήσουν τα ίδια αυτή επιλογή και συμφώνησε να αφαιρέσει αυτή τη σύσταση. Δεν είναι πρόθεση της Επιτροπής να αποθαρρύνει επιλογές σχετικά με θεραπείες χαλάρωσης, εάν τα άτομα το επιθυμούν, αλλά να τους ενημερώσει ότι υπάρχουν λιγοστά δεδομένα για το όφελος αυτής της παρέμβασης, σε σύγκριση με άλλες παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής ή με φαρμακολογικές θεραπείες. Η Επιτροπή ήταν σύμφωνη αναφορικά με τη μη φαρμακολογική θεραπεία της υπέρτασης, με σκοπό να εστιάσει την προσοχή στην προτροπή των ατόμων για αλλαγή του τρόπου ζωής και συνεπώς στην τακτική φυσική δραστηριότητα/σωματική άσκηση και στη διατήρηση, εντός των φυσιολογικών ορίων, του δείκτη μάζας σώματος.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι περαιτέρω έρευνα θα ήταν χρήσιμη για να καθοριστεί εάν οι θεραπείες χαλάρωσης αποτελούν μία κλινικά αποτελεσματική θεραπεία για την υπέρταση, όσον αφορά στη μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων ή στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σημείωσε επίσης η Επιτροπή ότι θα χρειαζόταν μεγαλύτερο μεγέθους μελέτη για να αναδειχθούν πιθανά σημαντικά αποτελέσματα.

Πώς αυτό μπορεί να επηρεάσει τη συνήθη πρακτική

Οι θεραπείες χαλάρωσης δεν συνιστώνται ως μέθοδος ρουτίνας στην κατευθυντήρια οδηγία του 2011 και δεν χρησιμοποιούνται στην τρέχουσα πρακτική για τη διαχείριση της πρωτοπαθούς υπέρτασης σε ενήλικες. Η οδηγία του 2011 συμβούλευσε το κοινό ότι μπορεί να τις επιλέγει ως μέρος της θεραπείας τους για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Ωστόσο, η Επιτροπή κατέληξε ότι η υιοθέτηση είναι ελάχιστη. Ως εκ τούτου, η τρέχουσα πρακτική δεν θα επηρεαστεί από την κατάργηση της σύστασης του 2011.

Έναρξη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής

[Συστάσεις 1.4.12 έως 1.4.16](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις

Τα επιστημονικά δεδομένα έδειξαν ότι η αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή ήταν αποτελεσματική στη μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων, σε άτομα με καταγραφή αρτηριακής πίεσης στην επίσκεψη 160/100 mmHg ή περισσότερο. Μεγάλη μελέτη έδειξε επίσης ότι υπήρχε όφελος από τη θεραπεία ατόμων με συστολική αρτηριακή πίεση μεταξύ των τιμών 130-139 ή διαστολική αρτηριακή πίεση μεταξύ των τιμών 80-89 mmHg αντίστοιχα. Ωστόσο, άλλες μελέτες σε άτομα με χαμηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο δεν εντόπισαν όφελος από τη θεραπεία και η Επιτροπή συμφώνησε ότι το όφελος της θεραπείας σε διαφορετικές ομάδες καρδιαγγειακού κινδύνου ήταν αβέβαιο. Τα επιστημονικά δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη ενός οικονομικού μοντέλου με σκοπό τη σύγκριση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας αντιυπερτασικής θεραπείας και μη θεραπείας σε άτομα με συστολική αρτηριακή πίεση μεταξύ των τιμών 130-139 ή διαστολική αρτηριακή πίεση μεταξύ των τιμών 80-89 mmHg αντίστοιχα, σε διαφορετικά επίπεδα καρδιαγγειακού κινδύνου. Σε πληθυσμό ηλικίας 60 ετών, το μοντέλο έδειξε ότι η θεραπεία ήταν οικονομικά αποδοτική σε άτομα με 10ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο 10%, αλλά υπήρχε κάποια αβεβαιότητα όταν ο καρδιαγγειακός κίνδυνος ήταν γύρω στο 5%. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι ήταν οικονομικά αποδοτική η προσφορά αντιυπερτασικής θεραπείας σε άτομα ηλικίας 40 και 50 ετών, με συστολική αρτηριακή πίεση μεταξύ των τιμών 130-139 ή διαστολική αρτηριακή πίεση μεταξύ των τιμών στο 80-89 mmHg αντίστοιχα, με καρδιαγγειακό κίνδυνο 5% και σε άτομα ηλικίας 70 και 75 ετών με καρδιαγγειακό κίνδυνο 10% ή 15%. Το QRISK ορίστηκε ως το εργαλείο ανίχνευσης κινδύνου επειδή συστήνεται από το

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

NICE για τον υπολογισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου και είναι πιθανότερο να χρησιμοποιηθεί στην πράξη. Η TEE προτείνει ένα διαφορετικό αλλά επίσης κατάλληλο εργαλείο για την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου (SCORE2) και παρέχει έναν [σύνδεσμο για αυτό](#). Το [SCORE2](#) αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, και οι καρδιολόγοι και γενικοί ιατροί είναι εξοικειωμένοι με αυτό.

Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα και τα αποτελέσματα του μοντέλου, η Επιτροπή ήταν βέβαιη ότι τα άτομα κάτω των 80 ετών, με συστολική αρτηριακή πίεση μεταξύ των τιμών 130-139 mmHg ή διαστολική αρτηριακή πίεση μεταξύ των τιμών 80-89 mmHg αντίστοιχα και καρδιαγγειακό κίνδυνο άνω του 10%, θα πρέπει να συζητήσουν με επαγγελματία υγείας σχετικά με την έναρξη αντιυπερτασικής θεραπείας, παράλληλα με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, και ότι αυτό θα ήταν μια κλινικά και οικονομικά αποδοτική χρήση των πόρων του NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η Επιτροπή συμφώνησε επίσης ότι η αντιυπερτασική θεραπεία θα πρέπει να εξετάζεται για άτομα κάτω των 60 ετών, με κίνδυνο κάτω του 10%, με τον βαθμό αβεβαιότητας στη θεραπεία ατόμων χαμηλού κινδύνου να αντικατοπτρίζεται στην ισχύ της σύστασης.

Τα μέλη της Επιτροπής είχαν επίγνωση του επιπλέον πληθυσμού που θα επηρεαζόταν από τη μείωση του ορίου και γνώριζαν ότι η απόφαση για έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας θα βασιζόταν στις προτιμήσεις του ατόμου και στον ατομικό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Οι συστάσεις υπογραμμίζουν τη σημασία της συζήτησης των προτιμήσεων του ατόμου για θεραπεία και της ενθάρρυνσης αλλαγών στον τρόπο ζωής.

Μερικές μελέτες διερεύνησαν τα οφέλη της θεραπείας της υπέρτασης σε άτομα με χαμηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο ή άτομα με αρτηριακή πίεση κάτω από 140/90 mmHg. Ωστόσο, ορισμένες από αυτές τις μελέτες δεν ήταν άμεσα συναφείς, επειδή περιλάμβαναν υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων/ουσών με χρόνια νεφρική νόσο και προηγούμενα καρδιαγγειακά επεισόδια. Για τον λόγο αυτό, αρκετές μελέτες δεν μπόρεσαν να χρησιμοποιηθούν για την τεκμηρίωση των συστάσεων.

Η Επιτροπή συζήτησε την έλλειψη αποδεικτικών επιστημονικών στοιχείων για όριο έναρξης θεραπείας σε άτομα ηλικίας κάτω των 40 ετών. Συμφωνήθηκε ότι πρόκειται

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

για σημαντικό τομέα μελλοντικής έρευνας και η σύσταση για έρευνα μεταφέρθηκε από την κατευθυντήρια οδηγία του 2011.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν υπήρχαν στοιχεία που να δείχνουν ότι τα κατώτατα όρια για την έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να είναι διαφορετικά σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Οι προηγούμενες συστάσεις για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, πρότειναν την έναρξη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής θεραπείας, εάν οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής από μόνες τους δεν μείωναν την αρτηριακή πίεση κάτω από 140/80 mmHg ή 130/80 mmHg, παρουσία νεφρικής, εγκεφαλοαγγειακής νόσου ή οφθαλμικής νόσου. Ωστόσο, αυτό βασίστηκε σε στοιχεία από 2 μικρού εύρους μελέτες στις οποίες οι συμμετέχοντες/ουσες δεν είχαν υπέρταση. Περαιτέρω στοιχεία σχετικά με χαμηλότερα όρια θεραπείας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ήταν περιορισμένα στο πλαίσιο αυτής της ανασκόπησης, με την Επιτροπή να γνωρίζει την ύπαρξη ορισμένων δεδομένων που δείχνουν ότι τα χαμηλότερα όρια αρτηριακής πίεσης δεν μείωσαν το ποσοστό καρδιαγγειακών επεισοδίων σε άτομα χωρίς πρόσθετους παράγοντες κινδύνου. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία για να προταθεί διαφορετικό κατώτατο όριο για την έναρξη θεραπείας σε αυτήν την υποομάδα.

Δεν εντοπίστηκαν στοιχεία σχετικά με τα κατώτατα όρια για άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών και δεν υπήρξε προηγούμενη σύσταση για αυτήν την ηλικιακή ομάδα με υπέρταση που χαρακτηρίζεται από συστολική αρτηριακή πίεση κάτω από 140 mmHg ή διαστολική αρτηριακή πίεση κάτω από 90 mmHg. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή συμφώνησε ότι το κατώτατο όριο για έναρξη θεραπείας σε άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών, θα πρέπει να είναι συνεπές με τον στόχο για θεραπεία στον εν λόγω πληθυσμό (150/90 mmHg ή χαμηλότερο).

Η Επιτροπή συζήτησε τους πρόσθετους κινδύνους από την έναρξη θεραπείας σε ηλικιωμένα άτομα, ιδιαίτερα σε εκείνα που χαρακτηρίζονται με εύθραυστη κατάσταση υγείας (frailty) ή έχουν πολλαπλές συννοσηρότητες. Με βάση την εμπειρογνωμοσύνη και την εμπειρία τους, τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι η αξιοποίηση της κλινικής κρίσης θα πρέπει να τονίζεται στη λήψη αποφάσεων για άτομα με εύθραυστη κατάσταση υγείας ή πολυνοσηρότητα και ότι θα πρέπει αυτό να ισχύει και για άτομα οποιασδήποτε ηλικίας. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι ορισμένοι παράγοντες θα πρέπει

να λαμβάνονται υπόψη κατά τη συζήτηση των θεραπευτικών επιλογών σε αυτή την ομάδα.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις θα έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην πρακτική, επειδή περισσότερα άτομα θα είναι δυνατόν να επιλεγούν για θεραπεία. Είναι δύσκολο να προβλεφθεί η έκταση των επιπτώσεων, διότι υπάρχει μεταβλητότητα στον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται στην πράξη η σύσταση του 2011 με κατώτατο όριο το 20%. Ωστόσο, πιστεύεται, με βάση ορισμένα πρόσφατα δημοσιευμένα δεδομένα του Ηνωμένου Βασιλείου, ότι δυνητικά περίπου το 50% των ατόμων με υπέρταση σταδίου 1 και κίνδυνο κάτω από 20% υποβάλλονται ήδη σε θεραπεία με αντιυπερτασικά φάρμακα ([Association of guideline and policy changes with incidence of lifestyle advice and treatment for uncomplicated mild hypertension in primary care: a longitudinal cohort study in the Clinical Practice Research Datalink, Sheppard et al. 2018](#)).

Τα άτομα με υπέρταση σταδίου 1 θα πρέπει ήδη να παρακολουθούνται κάθε χρόνο, αλλά η μείωση του κατώτατου ορίου θα αυξήσει τον αριθμό των ατόμων στα οποία συνταγογραφούνται αντιυπερτασικά φάρμακα και θα αυξήσει τον χρόνο ενασχόλησης του προσωπικού και των επισκέψεων που απαιτούνται για την έναρξη και την παρακολούθηση της φαρμακευτικής θεραπείας. Ωστόσο, θα υπάρξει μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων, αν και αναγνωρίζεται ότι το κόστος και η εξοικονόμηση ενδέχεται να κατανέμονται σε διαφορετικούς τομείς του συστήματος υγείας.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Παρακολούθηση της θεραπείας και των στόχων αρτηριακής πίεσης

[Συστάσεις 1.4.17 έως 1.4.30](#)

Παρακολούθηση της θεραπείας

Γιατί η Επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν υπήρχαν αρκετά δεδομένα για να συστήσει ανεπιφύλακτα την παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι (HBPM) στο πλαίσιο παρακολούθησης της θεραπείας ενηλίκων με υπέρταση. Τα δεδομένα για την

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

παρακολούθηση ήταν περιορισμένα, με σχετικά μικρό αριθμό μελετών να συγκρίνουν διαφορετικούς συνδυασμούς HBPM (με ή χωρίς τηλεπαρακολούθηση και με ή χωρίς τη συμβολή φαρμακοποιού), παρακολούθηση στο φαρμακείο και παρακολούθηση στο ιατρείο. Με βάση αυτά τα δεδομένα, τα άτομα έλεγχαν καλύτερα την αρτηριακή πίεση με HBPM με τηλεπαρακολούθηση, με ή χωρίς τη συμβολή φαρμακοποιού, σε σύγκριση με την παρακολούθηση στην κλινική, και η μεγαλύτερη μείωση της αρτηριακής πίεσης επιτεύχθηκε με τη συμβολή του φαρμακοποιού. Ωστόσο, τα αποδεικτικά επιστημονικά δεδομένα ήταν ανεπαρκή για να προβεί η Επιτροπή σε σύσταση.

Η Επιτροπή αποφάσισε να διατηρήσει τη σύσταση του 2011, σχετικά με τη μέτρηση αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο, αλλά συμφώνησε επίσης ότι η επικαιροποιημένη κατευθυντήρια οδηγία θα πρέπει να υποστηρίζει την παρακολούθηση στο σπίτι για άτομα που επιθυμούν να τη χρησιμοποιήσουν. Η Επιτροπή συζήτησε τη σημασία της επιλογής του/της ασθενούς και συμφώνησε ότι η παρακολούθηση στο σπίτι θα πρέπει να αποτελεί επιλογή, εάν είναι κατάλληλη και το άτομο είναι πρόθυμο να τη χρησιμοποιήσει. Η HBPM χρησιμοποιείται ήδη ευρέως στην πράξη, ειδικά για άτομα στα οποία παρατηρείται το φαινόμενο λευκής μπλούζας. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι αυτό θα αντικατοπτρίζεται στη σύσταση που υποστηρίζεται από αποδεικτικά επιστημονικά στοιχεία και την ομόφωνη άποψη των μελών της. Με βάση την εμπειρία των μελών της, η Επιτροπή συμφώνησε ότι θα χρειαστεί εκπαίδευση και συμβουλές για τα άτομα που χρησιμοποιούν την HBPM, ώστε να διασφαλιστεί ότι μετρούν σωστά και γνωρίζουν πότε να επικοινωνήσουν με τον επαγγελματία υγείας τους, εάν δεν επιτυγχάνουν τον στόχο της αρτηριακής πίεσης.

Η κατευθυντήρια οδηγία του 2011 περιλάμβανε σύσταση για περαιτέρω έρευνα σχετικά με την καλύτερη μέθοδο παρακολούθησης της υπέρτασης σε άτομα με κολπική μαρμαρυγή. Δεν εντοπίστηκαν δεδομένα στις επικαιροποιημένες ανασκοπήσεις που έγιναν στο πλαίσιο της διατύπωσης συστάσεων για αυτήν την ομάδα. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή συμφώνησε ότι η σύσταση για περαιτέρω έρευνα θα πρέπει να διατηρηθεί, ώστε τα ερευνητικά δεδομένα που θα προκύψουν να παρέχουν την κατάλληλη πληροφόρηση στις μελλοντικές επικαιροποιήσεις της κατευθυντήριας οδηγίας (παρακαλώ δείτε τη σύσταση για έρευνα σχετικά με την αυτοματοποιημένη παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης).

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν μπορούσαν να προβούν σε σύσταση σχετικά με την τηλεπαρακολούθηση, διότι τα αποδεικτικά επιστημονικά στοιχεία δεν ήταν επαρκή να δείξουν σαφές όφελος και οι μελέτες ήταν αντιφατικές στις μεθόδους τηλεπαρακολούθησης που χρησιμοποιήθηκαν.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα πρακτική, επομένως δεν θα πρέπει να υπάρξει αλλαγή στην πράξη. Θα ενθαρρύνουν την παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης, έτσι ώστε τόσο τα άτομα με υπέρταση όσο και οι επαγγελματίες υγείας τους να είναι σίγουροι/ες ότι η αρτηριακή πίεση μετράται σωστά όταν χρησιμοποιούνται συσκευές παρακολούθησης στο σπίτι.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Στόχοι αρτηριακής πίεσης

[Συστάσεις 1.4.17 έως 1.4.30](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις

Δεν εντοπίστηκαν επιστημονικά δεδομένα για να καθοριστεί εάν πρέπει να χρησιμοποιηθεί στόχος καρδιαγγειακού κινδύνου ή στόχος αρτηριακής πίεσης. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι, ελλείψει αποδεικτικών επιστημονικών στοιχείων, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στους στόχους της αρτηριακής πίεσης, με βάση την εμπειρογνωμοσύνη και την εμπειρία τους από την τρέχουσα πρακτική.

Τα επιστημονικά στοιχεία για τους στόχους της αρτηριακής πίεσης έδειξαν ότι υπήρχαν τόσο οφέλη όσο και αρνητικές επιπτώσεις που σχετίζονται με έναν χαμηλότερο κλινικό στόχο συστολικής αρτηριακής πίεσης στα 120 mmHg, σε σύγκριση με τα 140 mmHg, σε άτομα με πρωτοπαθή υπέρταση χωρίς σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Αν και τα επιστημονικά δεδομένα έδειξαν κάποιο όφελος στη μείωση της θνησιμότητας και των καρδιαγγειακών επεισοδίων, ο στόχος χαμηλότερης αρτηριακής πίεσης συσχετίστηκε με μεγαλύτερο κίνδυνο βλαβών, όπως τραυματισμό από πτώσεις και οξεία νεφρική βλάβη. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν ασαφείς και ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Αυτά τα δεδομένα προήλθαν από τη δοκιμή SPRINT, μία μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ). Η Επιτροπή συζήτησε τους ενδοιασμούς που υπήρχαν σχετικά με τον πληθυσμό που περιλαμβάνεται στη μελέτη και την εφαρμογή των χρησιμοποιούμενων μεθόδων στην πρακτική του Ηνωμένου Βασιλείου. Η συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποίησε αυτοματοποιημένες συσκευές μέτρησης αρτηριακής πίεσης με χρονική καθυστέρηση και περιλάμβανε μικρή περίοδο ανάπαυσης του συμμετέχοντα πριν την μέτρηση, κάτι που δεν είναι κοινή πρακτική στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η Επιτροπή θεώρησε ότι η χρήση αυτών των συσκευών θα οδηγούσε σε χαμηλότερες μετρήσεις αρτηριακής πίεσης από ό, τι στη συνήθη κλινική πρακτική του Ηνωμένου Βασιλείου. Τέθηκε, επίσης, ο προβληματισμός ότι σταμάτησε η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όταν επιτεύχθηκαν οι στόχοι της αρτηριακής πίεσης, γεγονός που μπορεί να είχε αντίκτυπο στα αποτελέσματα. Η Επιτροπή συζήτησε επίσης τις ανησυχίες που προκύπτουν σχετικά με τη δυνατότητα εφαρμογής στον ευρύτερο πληθυσμό. Για παράδειγμα, οι συμμετέχοντες/ουσες είχαν υψηλά επίπεδα καρδιαγγειακού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων πολλών με προϋπάρχουσα καρδιαγγειακή νόσο ή νεφρική δυσλειτουργία, και λάμβαναν ήδη θεραπεία πριν από την έναρξη της μελέτης. Οι εν λόγω ανησυχίες καθιστούσαν δύσκολη την ερμηνεία και τη χρήση των δεδομένων της μελέτης για την επιστημονική υποστήριξη και τεκμηρίωση των συστάσεων.

Στοιχεία από μία μικρότερου μεγέθους μελέτη έδειξαν επίσης κάποιο όφελος από τη μείωση των κλινικών στόχων συστολικής αρτηριακής πίεσης στα 130 mmHg. Ωστόσο, η Επιτροπή σημείωσε ότι η μελέτη βασίστηκε σε άτομα που ήδη λάμβαναν θεραπεία και ότι δεν υπήρχαν πληροφορίες σχετικά με ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν υπήρχαν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι στόχοι αρτηριακής πίεσης θα πρέπει να είναι διαφορετικοί σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Τα επιστημονικά δεδομένα για χαμηλότερους στόχους σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ήταν επίσης περιορισμένα, με ορισμένα στοιχεία να δείχνουν ότι οι στόχοι χαμηλότερης αρτηριακής πίεσης δεν μείωσαν το ποσοστό καρδιαγγειακών επεισοδίων. Προηγούμενες συστάσεις για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 πρότειναν στόχο αρτηριακής πίεσης κάτω από 130/80 mmHg, παρουσία βλάβης οργάνων στόχου, όπως νεφρική, εγκεφαλοαγγειακή ή οφθαλμική νόσο. Η Επιτροπή σημείωσε ότι η σύσταση είχε ως υπόβαθρο στοιχεία από 2 μικρές

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

μελέτες σε άτομα χωρίς υπέρταση. Διατυπώθηκαν επίσης προβληματισμοί σχετικά με τη συνάφεια του σχεδιασμού της μελέτης. Η Επιτροπή γνώριζε επίσης τα δεδομένα δοκιμών που δείχνουν μικρότερο όφελος σε πληθυσμούς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, με λιγότερους επιπλέον παράγοντες κινδύνου. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία για να προταθεί διαφορετικός στόχος αρτηριακής πίεσης για αυτήν την υποομάδα. Σημειώθηκε ότι τα άτομα με εγκατεστημένη χρόνια νεφρική νόσο καλύπτονται από άλλες κατευθυντήριες γραμμές του NICE.

Συνολικά, η Επιτροπή συμφώνησε ότι τα αποδεικτικά στοιχεία ήταν ασαφή και ανεπαρκή για να καθοριστεί εάν ένας χαμηλότερος στόχος θα ήταν επωφελής και εάν θα υπερτερούσε των σχετικών ανεπιθύμητων ενεργειών. Ως εκ τούτου, ο στόχος της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο για το έτος 2011 που είχε οριστεί σε 140/90 mmHg για ενήλικες κάτω των 80 ετών, διατηρήθηκε και ισχύει για άτομα με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Οι αντίστοιχοι στόχοι HBPM και ABPM διατηρήθηκαν επίσης στα 135/85 mmHg. Οι συστάσεις τονίζουν τη σημασία επίτευξης και διατήρησης ενός επιπέδου σταθερά κάτω από τον στόχο της αρτηριακής πίεσης του ατόμου, είτε αυτός ο στόχος βασίζεται στην αρτηριακή πίεση στο ιατρείο, στην HBPM ή στην ABPM.

Με βάση την εμπειρία τους, τα μέλη της Επιτροπής θεώρησαν ότι τα άτομα με ορθοστατική υπόταση διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, εάν για παρακολούθηση χρησιμοποιείται η αρτηριακή πίεση που λαμβάνεται σε καθιστή ή ξαπλωμένη θέση, επειδή αυτή η μέτρηση θα υπερεκτιμούσε την αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της ημέρας και θα οδηγούσε σε υπερεκτίμηση της θεραπείας. Για παράδειγμα, ασθενής σε καθιστή θέση με συστολική αρτηριακή πίεση 140 mmHg μπορεί να έχει πολύ χαμηλότερη αρτηριακή πίεση όταν βρίσκεται σε όρθια θέση και να διατρέχει αυξημένο κίνδυνο πτώσεων, εάν αντιμετωπιστεί με βάση την αρτηριακή πίεση σε καθιστή θέση. Η Επιτροπή αποφάσισε να συστήσει ότι 3 ομάδες που διατρέχουν κίνδυνο ορθοστατικής υπότασης (άτομα άνω των 80 ετών, με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και με συμπτώματα ορθοστατικής υπότασης) θα πρέπει να ελέγχουν την αρτηριακή τους πίεση και να τροποποιήσουν ανάλογα τη θεραπεία τους, εάν έχουν ορθοστατική υπόταση. Η ορθοστατική αρτηριακή πίεση θα πρέπει να χρησιμοποιείται για μελλοντική παρακολούθηση.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις θα πρέπει να ενισχύσουν τις τρέχουσες ορθές πρακτικές. Ωστόσο, οι νέες συστάσεις δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σταθερά κάτω από τους στόχους. Ως αποτέλεσμα, αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε υψηλότερη χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων και αύξηση των επισκέψεων για τη διατήρηση του στόχου της αρτηριακής πίεσης. Για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και βλάβη των οργάνων-στόχου (που δεν καλύπτονται από άλλες κατευθυντήριες οδηγίες), ο ελαφρώς υψηλότερος στόχος στην αρτηριακή πίεση, σε σύγκριση με αυτόν που συστήθηκε προηγουμένως, μπορεί να μειώσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες και να οδηγήσει σε λιγότερες επισκέψεις και μειωμένη χρήση φαρμάκων.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Πρώτο βήμα θεραπείας

[Συστάσεις 1.4.45 έως 1.4.48](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις

Η Επιτροπή εξέτασε τα επιστημονικά δεδομένα για έναρξη θεραπείας για πρωτοπαθή υπέρταση με ένα μόνο αντιυπερτασικό φάρμακο, σε σύγκριση με την έναρξη με 2 αντιυπερτασικά φάρμακα ταυτόχρονα (διπλή θεραπεία). Επιπλέον, η Επιτροπή αξιολόγησε τα στοιχεία σχετικά με το εάν συγκεκριμένες υποομάδες ατόμων με υπέρταση θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την έναρξη διπλής θεραπείας, όπως για παράδειγμα τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ηλικιωμένα άτομα ή άτομα συγκεκριμένης καταγωγής.

Περιορισμένα στοιχεία από μία μόνο μελέτη έδειξαν ότι η αρχική διπλή θεραπεία μπορεί να μειώσει τα καρδιαγγειακά επεισόδια σε άτομα με υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αλλά τα μέλη της Επιτροπής εξέφρασαν την απογοήτευση τους από την έλλειψη πιο ολοκληρωμένων δεδομένων. Η Επιτροπή συζήτησε χωρίς χρονοτριβή τα οφέλη της βελτιστοποίησης της θεραπείας για την υπέρταση και συμφώνησε ότι κάτι τέτοιο μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής. Ωστόσο, δεν υπήρχαν αρκετά στοιχεία για να προσδιοριστούν με βεβαιότητα τα οφέλη ή οι ανεπιθύμητες

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

ενέργειες από την έναρξη της θεραπείας με δύο αντιυπερτασικά φάρμακα ταυτόχρονα.

Ελλείπει αδιάσειστων νέων στοιχείων σχετικά με τη διπλή θεραπεία στο βήμα 1, η Επιτροπή συμφώνησε ότι οι προηγούμενες συστάσεις για το βήμα 1 της θεραπείας θα πρέπει να διατηρηθούν (με μικρές αλλαγές για λόγους σαφήνειας), επειδή βασίστηκαν σε ισχυρά κλινικά δεδομένα και στοιχεία κόστους-αποτελεσματικότητας. Εξαίρεση σε αυτό ήταν η σύσταση του 2006 για την εξέταση χρήσης των βήτα αναστολέων σε ορισμένες ομάδες νεότερου ηλικιακού φάσματος. Η Επιτροπή συζήτησε αυτή τη σύσταση και συμφώνησε ότι οι βήτα αναστολείς σπάνια χρησιμοποιούνται ως πρώτο βήμα για αντιυπερτασική θεραπεία στην τρέχουσα κλινική πράξη και δεν υπάρχει τεκμηριωμένη σχέση μεταξύ της χρήσης βήτα αναστολέων στην πρωτοπαθή υπέρταση και της μείωσης των καρδιαγγειακών επεισοδίων. Για αυτούς τους λόγους, η Επιτροπή αποφάσισε ότι η σύσταση δεν πρέπει να διατηρηθεί. Η Επιτροπή σημείωσε ότι αυτό συνάδει με τις περισσότερες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Η τρέχουσα κατευθυντήρια οδηγία ενημερώνει και αντικαθιστά την ενότητα για τη διαχείριση της αρτηριακής πίεσης που υπήρχε στην κατευθυντήρια οδηγία του NICE για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε ενήλικες. Η τρέχουσα κατευθυντήρια οδηγία συνιστά οι ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 οποιασδήποτε ηλικίας να ξεκινούν με έναν αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (ΜΕΑ), ως θεραπεία πρώτου σταδίου (εκτός από τις γυναίκες με πιθανότητα να κυοφορήσουν και τα άτομα Μαύρης Αφρικανικής καταγωγής ή καταγωγής από Αφρική-Καραϊβική). Η Επιτροπή συζήτησε τα αποδεικτικά επιστημονικά στοιχεία για αυτό και συμφώνησε ότι ήταν επαρκή για να υποστηρίξουν και να διατηρήσουν αυτή τη σύσταση. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι θα πρέπει να διευρυνθεί η σύσταση ώστε να συμπεριλάβει την επιλογή ενός αναστολέα ΜΕΑ ή ενός ΑΥΑ (που αναφέρονται επίσης ως φάρμακα τύπου Α), επειδή στη παρούσα φάση είναι ισοδύναμα ως προς το κόστος και η Επιτροπή συμφώνησε επίσης ότι είναι ισοδύναμα ως προς την κλινική δράση.

Για άτομα Μαύρης Αφρικανικής καταγωγής ή καταγωγής από Αφρική-Καραϊβική με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η προηγούμενη σύσταση ήταν να προσφερθεί ως πρώτο βήμα διπλή θεραπεία με αναστολέα ΜΕΑ και είτε διουρητικό (φάρμακο τύπου D) είτε αποκλειστής διαύλων ασβεστίου (Calcium – Channel Blocker - CCB - φάρμακο

τύπου C). Ωστόσο, αυτές οι συστάσεις βασίστηκαν σε μελέτες μονοθεραπείας και όταν η Επιτροπή αξιολόγησε αυτά τα στοιχεία, παράλληλα με τη νέα ανασκόπηση των στοιχείων διπλής θεραπείας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν επαρκούσαν τα δεδομένα για να συστήσει την έναρξη διπλής θεραπείας σε οποιαδήποτε υποομάδα ατόμων με διαβήτη τύπου 2. Η Επιτροπή σημείωσε ότι τα άτομα με διαβήτη τύπου 2 που είναι μεγαλύτερης ηλικίας ή είναι άτομα Μαύρης Αφρικανικής καταγωγής ή καταγωγής από Αφρική-Καραϊβική, μπορεί να μην επιτύχουν τον στόχο της αρτηριακής πίεσης με χρήση αναστολέα ΜΕΑ ή μονοθεραπείας ΑΥΑ και μπορεί να χρειαστεί να ξεκινήσουν το δεύτερο βήμα της φαρμακευτικής θεραπείας σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Συνολικά, οι συστάσεις για το βήμα 1 θεραπείας αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα πρακτική για άτομα που δεν έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Για έγχρωμα άτομα Μαύρης Αφρικανικής καταγωγής ή καταγωγής από Αφρική-Καραϊβική που έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η σύσταση για έναρξη αντιυπερτασικής μονοθεραπείας, αντί για διπλή θεραπεία, μπορεί να οδηγήσει σε επιπλέον επίσκεψη στο ιατρείο, εάν η δόση πρέπει να προσαρμοστεί. Ωστόσο, μπορεί επίσης να μειώσει τις πιθανές παρενέργειες από την αρχική υπερθεραπεία της αρτηριακής πίεσης.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Βήμα 2 και 3 θεραπείας

[Συστάσεις 1.4.49 έως 1.4.51](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις

Δεν βρέθηκαν επιστημονικά δεδομένα για τα βήματα 2 και 3 της θεραπείας που να σχετίζονται με τον προσδιορισμό της βέλτιστης αλληλουχίας για την αντιυπερτασική θεραπεία στα βήματα αυτά. Ορισμένες από τις διαθέσιμες μελέτες σχετικά με φαρμακευτικές θεραπείες για την υπέρταση δεν συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν την ανασκόπηση, επειδή σχεδιάστηκαν για να προσφέρουν δεδομένα και πληροφόρηση για τη θεραπεία του βήματος 1. Άλλες δεν αντικατόπτριζαν την κλινική πρακτική του Ηνωμένου Βασιλείου.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Με βάση τα στοιχεία από την προηγούμενη έκδοση της κατευθυντήριας οδηγίας και την κλινική εμπειρογνωμοσύνη τους, τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν να διατηρήσουν την ίδια επιλογή φαρμάκων με την κατευθυντήρια γραμμή του 2011, τα οποία αντανakλούν τις τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι, ελλείψει αποδεικτικών επιστημονικών στοιχείων σχετικά με το ποιες θεραπείες είναι πιο αποτελεσματικές για το βήμα 2 ή το βήμα 3, η σύσταση θα πρέπει να είναι η προσφορά οποιασδήποτε από αυτές τις θεραπείες, στη βάση μιας εξατομικευμένης προσέγγισης που θα καθορίζεται από τους κινδύνους και τα οφέλη κάθε θεραπείας και την προτίμηση του/της εκάστοτε ατόμου με υπέρταση.

Η Επιτροπή σημείωσε ότι οι αλλαγές στις συστάσεις του βήματος 1 για ορισμένα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, δεν απαιτούν αλλαγή στις συστάσεις του βήματος 2, δεδομένου ότι οι ίδιες επιλογές για συνδυασμένη θεραπεία στο βήμα 2 είναι διαθέσιμες.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η επιλογή του φαρμάκου θα πρέπει να συζητηθεί και να συμφωνηθεί με το κάθε άτομο, με βάση τη θεραπεία του στο βήμα 1, τους κινδύνους και τα οφέλη κάθε θεραπευτικής επιλογής, και λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις του και άλλους κλινικούς παράγοντες. Οι επικαιροποιημένες συστάσεις αντανakλούν αυτό το γεγονός, δίνοντας τη δυνατότητα επιλογής διάφορων πιθανών θεραπευτικών επιλογών.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις είναι απίθανο να μεταβάλουν την τρέχουσα πρακτική. Οι επιλογές φαρμακευτικής θεραπείας παραμένουν οι ίδιες και οι περισσότερες αποφάσεις θεραπείας του βήματος 2 ή 3 βασίζονται ήδη στην εξατομικευμένη προσέγγιση.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Βήμα 4 θεραπείας

[Συστάσεις 1.4.52 έως 1.4.58](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις

Δεν εντοπίστηκαν επιστημονικά στοιχεία σχετικά με το βήμα 4 της θεραπείας που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη διατύπωση νέων συστάσεων. Ωστόσο, η

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Επιτροπή επανεξέτασε τις συστάσεις του 2011 και συμφώνησε ότι θα πρέπει να διατηρηθούν και να επικαιροποιηθούν, ώστε να αντικατοπτρίζουν τις τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές.

Η Επιτροπή συζήτησε τη σημασία της επιβεβαίωσης της ανθεκτικής υπέρτασης προ της έναρξης της θεραπείας του βήματος 4. Με βάση την κλινική τους εμπειρία και τη γνώση της βέλτιστης τρέχουσας πρακτικής, τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι μια σχετική σύσταση έπρεπε να προστεθεί, ώστε να τονιστεί αυτό το σημείο. Με αυτόν τον τρόπο, μειώνεται η πιθανότητα υπερθεραπευτικής αντιμετώπισης και διασφαλίζεται ότι τα άτομα λαμβάνουν τη σωστή φροντίδα.

Παρά την έλλειψη επιστημονικών αποδεικτικών στοιχείων, η Επιτροπή συζήτησε τη σύσταση με βάση την κλινική εμπειρία των μελών της, λαμβάνοντας υπόψη τις συστάσεις του 2011. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι, παρόλο που τα επιστημονικά αποδεικτικά στοιχεία για τη σπειρονολακτόνη δεν πληρούσαν τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση για την κατευθυντήρια οδηγία, επειδή η βασική μελέτη είχε πολύ σύντομη παρακολούθηση και δεν ανέφερε κάποια καρδιαγγειακή έκβαση όπως καθορίζεται στο πρωτόκολλο της ανασκόπησης, η χρήση ανταγωνιστή αλδοστερόνης αποτελεί πλέον κοινή κλινική πρακτική. Ως εκ τούτου, δεν υπήρχε λόγος να προταθεί η αλλαγή αυτής της σύστασης.

Στην κατευθυντήρια οδηγία του 2011, συστήνονταν υψηλής δόσης θειαζιδικά διουρητικά ως ένα πιθανό τέταρτο βήμα θεραπείας, σε άτομα με υψηλά επίπεδα καλίου στο αίμα. Η Επιτροπή θεώρησε ότι υπήρχε έλλειψη επιστημονικών αποδεικτικών στοιχείων για αυτή την προσέγγιση και σημείωσε ότι οι μελέτες δεν έδειξαν βελτίωση στις καρδιαγγειακές εκβάσεις όταν χορηγούνταν υψηλότερες δόσεις, ακόμα και σε άτομα χωρίς ανθεκτική υπέρταση. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η σύσταση για τη θεώρηση των άλφα- ή βήτα-αναστολέων θα πρέπει να διατηρηθεί, με βάση τη σημαντική κλινική εμπειρία περί ασφαλούς και αποτελεσματικής χρήσης τους, αλλά και επειδή η προσθήκη ενός επιπλέον φαρμάκου είναι πιθανό να έχει μεγαλύτερη επίδραση στην αρτηριακή πίεση από την αύξηση της δόσης των θειαζιδικών διουρητικών.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις αντιπροσωπεύουν την τρέχουσα ορθή πρακτική και, ως εκ τούτου, δεν θα πρέπει να αλλάξουν την κλινική πράξη. Οι υψηλές δόσεις θειαζιδικών διουρητικών δεν χρησιμοποιούνται συνήθως ως τέταρτο στάδιο θεραπείας και έτσι η αφαίρεσή τους δεν πρέπει να αλλοιώσει τη συνήθη πρακτική.

Μπορεί να υπάρξει μια μικρή μείωση στο τέταρτο βήμα θεραπείας με πιο διεξοδικούς ελέγχους για την επιβεβαίωση της ανθεκτικής υπέρτασης. Ωστόσο, σε περιπτώσεις όπου αυτή η πρακτική δεν εφαρμόζεται ήδη, αυτή η σύσταση μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αύξηση των μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης για την ορθή επιβεβαίωση της ανθεκτικής υπέρτασης.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Προσδιορισμός των ατόμων που πρέπει να παραπεμφθούν για αυθημερόν έλεγχο από ειδικό

[Συστάσεις 1.5.1 έως 1.5.3](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις

Δεν βρέθηκαν επιστημονικά στοιχεία που να υποστηρίζουν συστάσεις σχετικά με αυτό το θέμα. Τα μέλη της Επιτροπής επανεξέτασαν τις συστάσεις του 2011 και συμφώνησαν ότι θα πρέπει να επικαιροποιηθούν με συναίνεση, βάσει της κλινικής εμπειρογνωμοσύνης τους. Συγκεκριμένα, συμφώνησαν ότι θα ήταν χρήσιμο να διευκρινιστεί ποια χαρακτηριστικά δικαιολογούν αυθημερόν παραπομπή, ποια θα χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση και πότε θα πρέπει να επαναλαμβάνεται η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.

Η Επιτροπή σημείωσε ότι μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ επιταχυνόμενης υπέρτασης και σοβαρής υπέρτασης. Τα μέλη της συζήτησαν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των ευρύτερων κριτηρίων για αυθημερόν παραπομπή, τα οποία θα αυξήσουν τις παραπομπές στο νοσοκομείο, αλλά θα μειώσουν την πιθανότητα αποκλεισμού ατόμων που χρειάζονται επείγουσα θεραπεία. Η Επιτροπή αποφάσισε ότι θα ήταν χρήσιμο να προστεθούν ορισμένα συμπτώματα

έκτακτης ανάγκης στην υπάρχουσα σύσταση, η οποία θα βοηθήσει τους/τις επαγγελματίες υγείας να αποφασίσουν πότε θα παραπέμψουν τον/την ασθενή.

Με βάση την εμπειρία τους, τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι ορισμένα άτομα με σοβαρή υπέρταση μπορεί να λαμβάνουν περιττή θεραπεία, επειδή η κατευθυντήρια οδηγία του 2011 συνηγορούσε για θεραπεία βασισμένη μόνο στη σοβαρή υπέρταση. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι αυτό θα μπορούσε να αποφευχθεί, εάν η διερεύνηση για βλάβη οργάνων-στόχου γινόταν τάχιστα, πριν από την έναρξη θεραπείας σε άτομα με σοβαρά αυξημένη αρτηριακή πίεση και χωρίς άλλα θορυβώδη συμπτώματα. Η Επιτροπή συμφώνησε επίσης ότι ο επανέλεγχος της αρτηριακής πίεσης εντός 7 ημερών σε άτομα χωρίς βλάβη των οργάνων-στόχου, θα διασφάλιζε ότι τα άτομα με σοβαρή υπέρταση παρακολουθούνται και τους προσφέρεται κατάλληλη θεραπεία.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα σε αυτόν τον τομέα, ιδιαίτερα για άτομα με πολύ υψηλές τιμές πίεσης (220/120 mmHg ή υψηλότερες) ή παρουσία συμπτωμάτων έκτακτης ανάγκης. Τα μέλη της Επιτροπής προτείνουν τη διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας σχετικά με το ποια άτομα πρέπει να παραπέμπονται αυθημερόν για αξιολόγηση από ειδικό σε νοσοκομείο, ώστε να συλλεχθούν τα απαραίτητα επιστημονικά δεδομένα για τη διατύπωση μελλοντικών συστάσεων.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Τα συμπτώματα έκτακτης ανάγκης που αναφέρονται στη σύσταση μπορεί να οδηγήσουν σε περισσότερες παραπομπές στο νοσοκομείο. Ωστόσο, τα άτομα με συμπτώματα έκτακτης ανάγκης θα επωφεληθούν από την επείγουσα θεραπεία, επειδή η επιταχυνόμενη υπέρταση μπορεί να είναι θανατηφόρα, εάν δεν αντιμετωπιστεί.

Μπορεί να υπάρξει κάποια πρόσθετη χρήση πόρων από την ταχύτερη διεξαγωγή ελέγχων για πιθανή βλάβη οργάνων στόχου και την επαναξιολόγηση της αρτηριακής πίεσης εντός 7 ημερών. Ωστόσο, ο αριθμός των ατόμων που ξεκινούν αμέσως θεραπεία μπορεί να μειωθεί λόγω της προηγηθείσας διερεύνησης.

Ο πληθυσμός με σοβαρή υπέρταση είναι πολύ μικρός και το ποσοστό με σοβαρή υπέρταση και πρόσθετα συμπτώματα που υποδηλώνουν επιταχυνόμενη υπέρταση

είναι ακόμη μικρότερο. Ως εκ τούτου, ο αντίκτυπος στους διαθέσιμους πόρους είναι απίθανο να είναι σημαντικός.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Πλαίσιο

Η αυξημένη αρτηριακή πίεση και η υπέρταση ανήκουν στις σημαντικότερες θεραπεύσιμες αιτίες πρόωρης νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Η υπέρταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο (ισχαιμικό και αιμορραγικό), έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια νεφρική νόσο, γνωστική εξασθένηση και πρόωρο θάνατο. Η αρρυθμιστη αυξημένη αρτηριακή πίεση συνδέεται συνήθως με προοδευτική αύξηση της. Η αγγειακή και νεφρική βλάβη που μπορεί να προκαλέσει αυτό, μπορεί ενδεχομένως να οδηγήσει σε μια κατάσταση ανθεκτική στη θεραπεία.

Η αρτηριακή πίεση αποτελεί ένα ποσοτικό μέγεθος χωρίς φυσικό σημείο πάνω από το οποίο υπάρχει οριστικά "αυξημένη αρτηριακή πίεση και υπέρταση" και κάτω από το οποίο δεν υπάρχει. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την αυξημένη αρτηριακή πίεση και την υπέρταση, συνεχίζουν να αυξάνονται καθώς αυξάνεται η αρτηριακή πίεση. Μεταξύ των ηλικιών 40 και 69, κάθε διαφορά 20 mmHg συνήθους συστολικής αρτηριακής πίεσης (ή περίπου 10 mmHg συνήθους διαστολικής αρτηριακής πίεσης) σχετίζεται με περισσότερο από διπλάσια διαφορά στο ποσοστό θνησιμότητας από εγκεφαλικό επεισόδιο και με διπλασιασμό των ποσοστών θνησιμότητας από καρδιαγγειακά αίτια. Η υπέρταση είναι συχνή στην Κύπρο, με τον προτυπωμένο κατά ηλικία επιπολασμό υπέρτασης μεταξύ ενηλίκων ηλικίας 30-79 ετών να κυμαίνεται στο 31% και στα δύο φύλα μαζί, στο 36% στους άνδρες και στο 26% στις γυναίκες (δεδομένα 2019), με βάση το [προφίλ της Κύπρου στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας](#). Ο επιπολασμός επηρεάζεται έντονα από την ηλικία και σε άτομα ηλικίας κάτω των 50 ετών, η διαστολική πίεση είναι συχνότερα αυξημένη από τη συστολική πίεση. Με τη γήρανση, η συστολική υπέρταση γίνεται ολοένα και πιο σημαντικό πρόβλημα, ως αποτέλεσμα της προοδευτικής δυσκαμψίας και της απώλειας συμμόρφωσης των μεγαλύτερων αρτηριών. Τουλάχιστον το ένα τέταρτο των ενηλίκων (και περισσότεροι από τους μισούς άνω των 60 ετών) έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση.

Η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει ενήλικες (άνω των 18 ετών) με

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

αυξημένη αρτηριακή πίεση ή υπέρταση, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Οι ομάδες-στόχοι της οδηγίας είναι επαγγελματίες υγείας και πάροχοι φροντίδας υγείας, άτομα που έχουν ή ενδέχεται να έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση και οι οικογένειές τους και τα άτομα που τα φροντίζουν. Μεταξύ άλλων, εξετάζονται στην οδηγία τα ακόλουθα: μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, διάγνωση και θεραπεία της υπέρτασης, αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και της βλάβης των οργάνων-στόχου και παρακολούθηση της θεραπείας και των στόχων αρτηριακής πίεσης. Συνολικά η οδηγία στοχεύει στη βελτίωση της περίθαλψης και στη μείωση των διαφορών στην τρέχουσα πρακτική.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πληροφορίες για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα σας

Η φροντίδα σας

Είναι δικαίωμά σας να θέλετε να συμμετέχετε στη λήψη αποφάσεων για διαθέσιμες επιλογές σχετικά με τη φροντίδα σας. Για να λάβετε απόφαση, πρέπει να ξέρετε ποιες είναι οι επιλογές σας και τι μπορεί να συμβεί εάν δεν θέλετε κάποια αγωγή ή φροντίδα.

Λάβετε πληροφορίες σχετικά με το πως θα ενεργήσετε:

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

Κοινή λήψη αποφάσεων

Η κοινή λήψη αποφάσεων καθορίζει ότι οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται με τους/τις ασθενείς. Σας θέτει στο επίκεντρο των αποφάσεων σχετικά με τη δική σας θεραπεία και φροντίδα.

Αυτό σημαίνει ότι:

- συζητείται μία ποικιλία επιλογών που έχει στη διάθεσή του ο/η ασθενής
- οι επιλογές φροντίδας ή θεραπείας διερευνώνται πλήρως, παράλληλα με τους κινδύνους και τα οφέλη
- οι ασθενείς λαμβάνουν απόφαση σε συνεργασία με τον/τη δικό/ή τους επαγγελματία υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Περιληπτικές πληροφορίες για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο

Μέτρηση αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο

1



Μετρήστε μετά από 5 λεπτά καθισμένοι άνετα σε ένα ήσυχο περιβάλλον

2



Χρησιμοποιήστε μια πιστοποιημένη συσκευή με το κατάλληλο μέγεθος περιχειρίδας με βάση την περίμετρο του βραχίονα.

3



Τοποθετήστε την περιχειρίδα του πιεσόμετρου στο επίπεδο της καρδιάς με την πλάτη και το μπράτσο του ασθενούς να υποστηρίζονται.

8



Αξιολογήστε για ορθοστατική υπόταση κατά την 1^η επίσκεψη και ακολούθως με βάση την συμπτωματολογία



4



Πραγματοποιήστε 3 μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης (με διαφορά 1-2 λεπτών) και υπολογίστε το μέσο όρο των τελευταίων 2

7



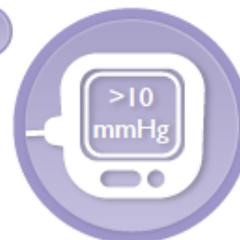
Καταγράψτε τον καρδιακό ρυθμό και αποκλείστε την αρρυθμία με ψηλάφηση παλμών

6



Μετρήστε την αρτηριακή πίεση και στους δύο βραχίονες κατά την 1^η επίσκεψη για την ανίχνευση διαφορών μεταξύ τους

5



Πραγματοποιήστε περαιτέρω μετρήσεις εάν τα αποτελέσματα διαφέρουν >10 mmHg

Περιληπτικές πληροφορίες για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι



1
Χρησιμοποιήστε μία πιστοποιημένη συσκευή για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης



2
Μετρήστε την αρτηριακή πίεση σε ένα ήσυχο δωμάτιο μετά από 5 λεπτά ηρεμίας με χαλαρό βραχίονα και στηριζόμενη πλάτη

Υπέρταση:
Μέσος όρος HBPM
 $\geq 135/85$ mmHg



3
Πραγματοποιήστε 2 μετρήσεις με διαφορά 1-2 λεπτών μεταξύ τους



5
Καταγράψτε και υπολογίστε το μέσο όρο όλων των μετρήσεων και παρουσιάστε τα αποτελέσματα στον/στην ιατρό σας



4
Πραγματοποιήστε τις μετρήσεις 2 φορές την ημέρα (πρωί και βράδυ) για τουλάχιστον 3 και ιδανικά 7 μέρες

Περιληπτικές πληροφορίες για την περιπατητική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης

1



Χρησιμοποιήστε μία πιστοποιημένη συσκευή για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης

2



Η συσκευή συνήθως καταγράφει την αρτηριακή πίεση σε διαστήματα 15-30 λεπτών κατά τη διάρκεια της ημέρας και 30-60 λεπτών κατά τη διάρκεια της νύχτας

3



Απαιτείται τουλάχιστον ένα 70% χρήσιμων μετρήσεων αρτηριακής πίεσης

Υπέρταση:
24ωρη ABPM
≥ 130/80 mmHg
ή
≥ 135/85 mmHg για το μέσο όρο κατά τη διάρκεια της ημέρας
ή
≥ 120/70 mmHg για το μέσο όρο κατά τη διάρκεια της νύχτας



4



Ένα ημερολόγιο καταγραφής των δραστηριοτήτων, λήψης φαρμάκων και ύπνου θα πρέπει να συμπληρώνεται

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Πιο κάτω περιγράφονται περιληπτικά καταστάσεις που σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και επιβάλουν θεραπεία μείωσης της αρτηριακής πίεσης σε ενήλικες με αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Καταστάσεις που σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο

	Εγκατεστημένη κλινική καρδιαγγειακή νόσος	Αθηρωματική καρδιαγγειακή νόσος Καρδιακή ανεπάρκεια
	Μέτρια ή σοβαρή ΧΝΝ	eGFR <60mL/min/1.73m ² ή Αλβουμινουρία ≥30mg/g (≥3mg/mmol)
	Άλλες μορφές βλάβης οργάνων μεσολαβούμενων από την υπέρταση	Καρδιακή Αγγειακή
	Σακχαρώδης Διαβήτης	Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 και 2
	Οικογενής Υπερχοληστερολαιμία	Πιθανή ή τεκμηριωμένη οικογενής υπερχοληστερολαιμία

Σημείωση: ΧΝΝ: Χρόνια Νεφρική Νόσος; eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate - Εκτιμώμενος Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Διατροφικές συμβουλές για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης

Μεταξύ άλλων διατροφικών προτύπων, τα οποία στοχεύουν στη ρύθμιση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης και της υπέρτασης, μέσω του περιορισμού νατρίου στη διατροφή, η υιοθέτηση του διατροφικού σχήματος DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) φαίνεται ότι μπορεί να επιτύχει αυτόν τον στόχο. Όσον αφορά στη σύσταση για την πρόσληψη νατρίου, αυτή καθορίζεται ως εξής:

Μείωση νατρίου στα 2300mg /ημέρα. Αυτό ισοδυναμεί περίπου με 1 κουταλάκι του γλυκού αλάτι την ημέρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι ως αλάτι δεν ορίζεται μόνο η πρόσθετη κατανάλωση αλατιού κατά το μαγείρεμα ή στο πιάτο, αλλά και το αλάτι που περιέχεται στα τρόφιμα.

Πέραν της έμφασης που δίνεται στη μείωση νατρίου μέσω της διατροφής, δίνονται και συστάσεις για μια ισορροπημένη διατροφή. Σημαντικό είναι να καταναλώνονται τρόφιμα από όλες τις ομάδες τροφών, όπως δημητριακά, φρούτα και λαχανικά, γαλακτοκομικά χαμηλών λιπαρών, άπαχα κρέατα και πουλερικά, ψάρι, όσπρια, ανάλατοι ξηροί καρποί και καλά λιπαρά, όπως το ελαιόλαδο.

Συμβουλές για μείωση στην κατανάλωση αλατιού:

- ✓ **Δώστε γεύση στο φαγητό χωρίς να προσθέτετε αλάτι** - Μειώστε την προσθήκη αλατιού στο μαγείρεμα και αντικαταστήστε το με μπαχαρικά και βότανα.
- ✓ **Ετοιμάστε τα γεύματά σας στο σπίτι** - Μειώστε τη χρήση έτοιμων σαλτσών, σως και προϊόντων, όπως έτοιμα μακαρόνια/ νουντλς/ σούπες και προετοιμάστε τα γεύματά σας με φρέσκα υλικά.
- ✓ **Αποφύγετε αλατισμένους έτοιμους ζωμούς** - επιλέξτε ζωμούς χωρίς αλάτι ή φτιάξτε σπιτικούς ζωμούς
- ✓ **Επιλέξτε φρέσκα ή κατεψυγμένα λαχανικά** - Μειώστε τη χρήση κονσερβοποιημένων λαχανικών και δώστε προσοχή στη σως που χρησιμοποιείται κατά την κατανάλωσή τους.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- ✓ **Προσοχή στα έτοιμα γεύματα** - Μειώστε την κατανάλωση έτοιμων γευμάτων και ταχυγευμάτων. Αν θα καταναλώσετε γεύμα εκτός σπιτιού, ζητήστε να μην προστεθεί αλάτι κατά την προετοιμασία του, όπου είναι εφικτό.
- ✓ **Περιορίστε την κατανάλωση πλούσιων σε αλάτι τροφίμων όπως:**
 - Κονσέρβες
 - Αλλαντικά – ιδιαίτερα τα καπνιστά
 - Παστά ή καπνιστά ψάρια
 - Αλατισμένους ξηρούς καρπούς/ κράκερ/ πατατάκια/ σνακ
 - Τυριά – ιδιαίτερα τα ώριμα σκληρά τυριά
- ✓ **Αναγνώστε τις ετικέτες τροφίμων** - Περιορίστε τα τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε αλάτι. Μην ξεχνάτε να δώσετε σημασία στη μερίδα, όταν διαβάζετε μία διατροφική ετικέτα.

Αξιολόγηση νατρίου στις ετικέτες τροφίμων

Υψηλό σε νάτριο	Περιέχει περισσότερο από 0,6g νατρίου (ή 1,5g αλατιού) ανά 100g
Χαμηλό σε νάτριο	Περιέχει λιγότερο ή ίσο με 0,1g νατρίου (ή 0,3g αλατιού) ανά 100g
Ελεύθερο σε νάτριο	Περιέχει όχι περισσότερο από 0,005g νατρίου ανά 100g

Παραδείγματα περιεκτικότητας τροφίμων σε νάτριο

Τρόφιμο	Χαμηλό σε νάτριο (ανά 100g προϊόντος)	Υψηλό σε νάτριο (ανά 100g προϊόντος)
Ρεβύθια	Βραστά σε ανάλατο νερό – 5mg	Κονσέρβας – 220mg
Σολομός	Φρέσκος ψημένος στον ατμό – 110mg	Καπνιστός – 1880mg
Τόνος σε κονσέρβα	Τόνος φρέσκος - 47mg	Τόνος κονσέρβας σε ελαιόλαδο – 290mg
Φυστίκια	Ωμά – 2mg	Καβουρδισμένα με αλάτι – 400mg
Αναρή	Φρέσκα – 182mg	Ξηρή – 1535mg

Περιεκτικότητα νατρίου σε διάφορα τρόφιμα

Τρόφιμο	Μερίδα	Νάτριο mg/ 100g	Νάτριο mg/ ανά μερίδα
Ζωμοί/ Σως			
Ζωμός (κύβος)	1 κύβος	20000	2000
Σως σόγιας	1 κουτάλι σούπας	7000	1050
Ομάδα Γαλακτοκομικών Προϊόντων			
Χαλούμι αιγοπρόβειο	4g	1348	605
Σκληρό τυρί	45g	800	360
Μαλακό τυρί	45g	400	180
Γάλα	200mL	50	100
Βούτυρο/ μαργαρίνη	1 κουταλάκι γλυκού	500	25
Ομάδα Δημητριακών			
Τραχανάς ξηρός	22g	683	150
Δημητριακά π.χ. Ψωμί/ δημητριακά προγεύματος/ μπισκότα	30g	250	75
Ομάδα Κρέατος/ Πουλερικών/ Αυγών			
Λούντζα καπνιστή	30g	1300	390
Μπέικον	30g	1500	450
Αυγά	50g	80	40
Ομάδα Φρούτων/ Λαχανικών			
Λαχανικά φρέσκα ή κατεψυγμένα	75g	10	7,5
Φρούτα φρέσκα ή κατεψυγμένα	150g	5	7,5

Κάλιο

Συστήνεται διατροφή πλούσια σε κάλιο, καθώς έχει θετική επίδραση στην αρτηριακή πίεση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συστήνει η διατροφική πρόσληψη καλίου να είναι ίση ή μεγαλύτερη από 3,5g/ημέρα, αλλά να μην γίνεται μεγάλη χρήση συμπληρωμάτων, ενώ η πρόσληψη για τα άτομα με προχωρημένη χρόνια νεφρική νόσο συστήνεται να μην ξεπερνά τα 2,4g/ημέρα.

Πέρα από την επαρκή κατανάλωση τροφίμων πλούσια σε κάλιο, μπορεί να αντικατασταθεί το χλωριούχο νάτριο με χλωριούχο κάλιο. **Τονίζεται ότι άτομα με εγκατεστημένη νεφρική νόσο ή άτομα που λαμβάνουν καλιο-συντηρητική φαρμακευτική αγωγή (για παράδειγμα, κάποια διουρητικά, αναστολείς ΜΕΑ ή σπείρονολακτόνη) εξαιρούνται αυτής της οδηγίας. Καλό θα ήταν να συμβουλευέστε τον/τη θεράποντα/ουσα ιατρό σας, πριν προβείτε σε αλλαγή της διατροφής, καθώς επίσης ένα πάσχετε από καρδιακή ανεπάρκεια.**

Οι κυριότερες πηγές καλίου μέσω της διατροφής είναι τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια. Πιο κάτω δίνονται παραδείγματα τροφών πλούσιες σε κάλιο, οι οποίες μπορούν να συμπεριλαμβάνονται στη διατροφή σας.

Παραδείγματα φρούτων υψηλής περιεκτικότητας σε κάλιο (201-350mg):

Ακτινίδιο, φρέσκα δαμάσκηνα, μπανάνα, νεκταρίνι, πεπόνι, πορτοκάλι, χουρμάδες.

Παραδείγματα λαχανικών υψηλής περιεκτικότητας σε κάλιο (201-350mg):

Αβοκάντο, κολοκύθα, μανιτάρια, μπάμιες, πατάτα, ντομάτα, σάλτσα ντομάτας, σπανάκι, σπαράγγια.

Καφεΐνη

Θα ήταν καλό η πρόσληψη καφεΐνης να μην ξεπερνά τα 400 mg/ημέρα, καθώς μεγαλύτερη πρόσληψη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αρτηριακή πίεση. Πέρα από τον καφέ, η καφεΐνη βρίσκεται και σε διάφορα άλλα τρόφιμα και ροφήματα, όπως φαίνεται στον πίνακα πιο κάτω:

Ρόφημα/Τρόφιμο	Περιεκτικότητα σε καφεΐνη
1 φλυτζάνι Latte (475mL)	~155mg
1 φλυτζάνι καπουτσίνο (355mL)	~150mg
1 φλυτζάνι καφές φίλτρου (200mL)	~90mg
1 φλυτζάνι στιγμιαίος καφές (200mL)	~90mg
Ενεργειακό ποτό (250mL)	~80mg
1 φλυτζάνι εσπρέσο (60mL)	~80mg
1 φλυτζάνι μαύρο τσάι (220mL)	~55mg
Αναψυκτικό τύπου cola (335mL)	~45mg
1 κυπριακός καφές (60mL)	~50mg
1 φλυτζάνι πράσινο τσάι (250mL)	~38mg
1 φλυτζάνι σοκολατούχο γάλα με κακάο (200mL)	~34mg
Μαύρη σοκολάτα (50g)	~30mg
Σοκολάτα γάλακτος (50g)	~9mg
1 φλυτζάνι ντεκαφεϊνέ καφές	~2mg

Βιβλιογραφικές Αναφορές:

Νάτριο

https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/new_dash.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133307/>

<https://www.fda.gov/food/nutrition-education-resources-materials/sodium-your-diet>

<https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/dash-diet/art-20048456>

<https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/food-types/salt-in-your-diet/>

WHO. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva, World Health Organization (WHO), 2012.

Σ. Γιαννόπουλος, Μ. Χριστοδουλίδου, Κ. Κοντογιώργη, Ε. Ιωάννου-Κακούρη και Π. Νικολαΐδου-Κανάρη (2013). Πίνακες Σύστασης Κυπριακών Τροφίμων (3^η έκδοση), Γενικό Χημείο του Κράτους. ISBN: 978-9963-50-178-6.

Κάλιο

McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, Christodorescu RM, Daskalopoulou SS, Ferro CJ, Gerdtts E, Hanssen H, Harris J, Lauder L, McManus RJ, Molloy GJ, Rahimi K, Regitz-Zagrosek V, Rossi GP, Sandset EC, Scheenaerts B, Staessen JA, Uchmanowicz I, Volterrani M, Touyz RM; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024 Oct 7;45(38):3912-4018. doi: 10.1093/eurheartj/ehae178. PMID: 39210715.

Ελένη, Α. (2022). Οδηγός Διατροφής για την Καλύτερη Ρύθμιση του Διαβήτη: Ισοδύναμα τροφών. Διαβητικές Ανταλλαγές (2^η έκδοση). Υπουργείο Υγείας. ISBN: 978-9925-603-78-7

Καφεΐνη

<https://www.eufic.org/en/healthy-living/article/caffeine-levels-in-different-foods-and-drinks>

<https://www.efsa.europa.eu/en/corporate/pub/efsaexplainscaffeine150527>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Right-Ad@pt checklist

για την Κλινική Κατευθυντήρια Οδηγία (ΚΚΟ)

Αυξημένη αρτηριακή πίεση και Υπέρταση σε ενήλικες:

διάγνωση και διαχείριση

A/A	Παράμετρος εργαλείου Right Ad@pt	Σχόλια / Απάντηση
1	Η έννοια «προσαρμογή» για την κατευθυντήρια οδηγία περιέχεται στον τίτλο	ΝΑΙ – Περιέχεται στη σελίδα τίτλου
2	Στον τίτλο περιγράφεται το θέμα/εστίαση/σκοπός της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Περιέχεται
3	Αναφορά των αντίστοιχων ημερομηνιών δημοσίευσης και βιβλιογραφικής αναζήτησης της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Ημερομηνία δημοσίευσης: 05/2025 ΝΑΙ – Τελευταίο evidence review – Μάρτιος 2022
4	Περιγραφή του φορέα ανάπτυξης και της χώρας/περιοχής της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Φορέας ανάπτυξης είναι ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) και η προσαρμογή έγινε για το σύστημα υγείας της Κύπρου
5	Παροχή περίληψης των συστάσεων που περιέχονται στην προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία	ΟΧΙ – Δεν ισχύει. Η μορφή της προσαρμοσμένης οδηγίας είναι η ίδια με την αρχική οδηγία του οργανισμού NICE και δεν περιλαμβάνει περίληψη των συστάσεων
6	Καθορισμός όρων κλειδιών και παροχή λίστας ακρωνυμίων (όπου ισχύει)	ΝΑΙ – Όροι κλειδιά: Επιταχυνόμενη Υπέρταση, Εγκατεστημένη Καρδιαγγειακή Νόσος, Συγκεκαλυμμένη υπέρταση, Επίμονη υπέρταση, Βλάβη οργάνων στόχου, Φαινόμενο λευκής μπλούζας ΝΑΙ – Λίστα ακρωνυμίων: 1. ABPM – Ambulatory Blood Pressure Monitoring 2. ALARA – As Low As Reasonably Achievable 3. CCB – Calcium Chanell Blockers 4. DASH – Dietary Approach to Stop Hypertension

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

		<p>5. eGFR – estimated Glomerular Filtration Rate</p> <p>6. HbA1C – Haemoglobin A1C</p> <p>7. HBPM – Home Blood Pressure Monitoring</p> <p>8. HDL – High Density Lipoprotein</p> <p>9. LDL – Low Density Lipoprotein</p> <p>10. NHS – United Kingdom (UK) National Health Service</p> <p>11. NICE – National Institute for health and Care Excellence (UK)</p> <p>12. QRISK - QResearch-based cardiovascular rISK calculator</p> <p>13. RAS – Renin Angiotensin System</p> <p>14. SCORE2 – Systematic COronary Risk Evaluation 2</p> <p>15. SGLT2 – Sodium GLucose co-Transporter 2</p> <p>16. SPRINT – Systolic blood PResure Intervention Trial</p> <p>17. ΑΥΑ – Ανταγωνιστές Υποδοχέων Αγγειοτενσίνης II</p> <p>18. ΗΠΑ – Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής</p> <p>19. ΟΑΥ – Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας</p> <p>20. ΜΕΑ – Μετατρεπτικό Ένζυμο Αγγειοτενσίνης</p> <p>21. ΤΕΕ – Τεχνική Επιτροπή Ειδικών</p> <p>22. ΧΝΝ – Χρόνια Νεφρική Νόσος</p>
7	Στοιχεία επικοινωνίας του φορέα ανάπτυξης της προσαρμοσμένης ΚΚΟ	<p>ΝΑΙ – Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, Κλήμεντος 17-19, 1061 Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία</p> <p>Επικοινωνία – τηλ: 22557200</p> <p>Επικοινωνία – ηλ. ταχ: hioguidelines@hio.org.cy</p>
8	Αναφορά του ονόματος και του έτους δημοσίευσης της πηγής της κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας, παροχή αναφοράς/ών και αναφορά εάν έγινε επικοινωνία με τους/τις συγγραφείς	<p>ΝΑΙ – Έτος δημοσίευσης αρχικής οδηγίας: 2019</p> <p>ΝΑΙ – Έτος επικαιροποίησης αρχικής οδηγίας: 2023</p> <p>ΝΑΙ – Η προσαρμογή της οδηγίας NG136 γίνεται στο πλαίσιο της ευρύτερης συνεργασίας του ΟΑΥ με τον οργανισμό NICE. Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας ο ΟΑΥ εξασφάλισε τα δικαιώματα προσαρμογής της συγκεκριμένης οδηγίας</p>
9	Παροχή των βασικών επιδημιολογικών πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα (συμπεριλαμβανομένου του σχετικού φορτίου), τα ζητήματα που αφορούν τα συστήματα υγείας, και σημειώστε τυχόν	<p>ΝΑΙ – Πληροφορίες σχετικά με την επιδημιολογία της υπέρτασης και τις επιπτώσεις στο σύστημα υγείας υπάρχουν στο τμήμα «Πλαίσιο» της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας.</p>

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

	σχετικές διαφορές σε σύγκριση με τις αρχικές κατευθυντήριες οδηγίες	ΝΑΙ – Στην προσαρμοσμένη οδηγία, στο Τμήμα «Πλαίσιο» αναφέρονται επιδημιολογικά δεδομένα για την Κύπρο, ενώ στην αρχική οδηγία αναφέρονται επιδημιολογικά δεδομένα από το Ηνωμένο Βασίλειο
10	Περιγραφή του/των σκοπού/ών της προσαρμοσμένης οδηγίας, των επί μέρους στόχων και σημείωση οποιωνδήποτε διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	ΝΑΙ – Περίληψη του σκοπού και των στόχων της οδηγίας αναφέρεται στο τμήμα «Σύνοψη» της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας. ΝΑΙ – Υπήρχαν διαφορές: 1. Εισαγωγή του όρου αυξημένη αρτηριακή πίεση
11	Περιγραφή του πληθυσμού-στόχου και των υπο-ομάδων (όπου ισχύει) στους οποίους αναφέρεται η προσαρμοσμένη ΚΚΟ και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	ΝΑΙ – Η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει ενήλικες (άνω των 18 ετών) με αυξημένη αρτηριακή πίεση ή υπέρταση, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ΝΑΙ – Υπήρχαν διαφορές 1. Αλλαγή στις ομάδες πληθυσμού που θα καλύπτει η οδηγία: προσθήκη α) ασθενών με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο β) ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 2. Αλλαγή αναφοράς σε πληθυσμούς με καταγωγή από από περιοχές Αφρικής, Καραϊβικής και Ασίας, σε αναφορά για ειδικές εθνικές ομάδες 3. Η αναφορά σε Πρόληψη Υπέρτασης διαγράφηκε από το τμήμα που αφορούσε τους τομείς που ΔΕΝ θα καλύπτει η οδηγία 4. Σημειώθηκε ότι οι θεραπείες χαλάρωσης ΔΕΝ θα συμπεριλαμβάνονται στην οδηγία
12	Περιγραφή των τελικών χρηστών στους/στις οποίους/ες στοχεύει η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	ΝΑΙ – Στο τμήμα «Σε ποιους/ποιες απευθύνεται;» της προσαρμοσμένης οδηγίας, περιγράφονται οι τελικοί/ές χρήστες/στριες στους/στις οποίους/ες στοχεύει η προσαρμοσμένη οδηγία. ΝΑΙ – Υπήρχαν διαφορές Οι χρήστες/τριες της προσαρμοσμένης ΚΚΟ διαφοροποιούνται σε σχέση με την αρχική οδηγία, για την καλύτερη προσαρμογή στα κυπριακά δεδομένα και στον σκοπό της ΚΚΟ: η έννοια commissioners προσαρμόζεται σε Providers (πάροχοι), προστίθενται οι οργανισμοί ασφάλισης υγείας (ώστε να

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

		καλύπτει τον ΟΑΥ και άλλες ασφαλιστικές εταιρείες) και οι ασθενείς με υποψία υπέρτασης άλλαξαν σε ασθενείς με αυξημένη αρτηριακή πίεση
13	Περιγραφή του/των περιβάλλοντος/νων για εφαρμογή στο/στα οποίο/α προορίζεται η προσαρμοσμένη ΚΚΟ και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	<p>ΝΑΙ - Στο Score περιγράφεται το περιβάλλον στο οποίο θα εφαρμόζεται η προσαρμοσμένη ΚΚΟ (Όλα τα περιβάλλοντα στα οποία παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο)</p> <p>ΝΑΙ – – Υπήρχαν διαφορές</p> <p>Το περιβάλλον εφαρμογής της αρχικής οδηγίας είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου, ενώ το περιβάλλον εφαρμογής της προσαρμοσμένης οδηγίας είναι οποιοδήποτε περιβάλλον στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο</p>
14	Λίστα όλων όσοι συνέβαλαν στη προσαρμογή της ΚΚΟ και περιγραφή της διαδικασίας επιλογής τους και των αρμοδιοτήτων τους	<p>ΝΑΙ - Τα μέλη της Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών (ΤΕΕ) είναι:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Δρ Ηρακλέους Ήρα (Πρόεδρος) - Δρ Κωστή Ανδρέας (Αντιπρόεδρος) - Δρ Αβρααμίδου Μαίρη (Μέλος) - Δρ Θεοφάνους Θεοφάνης (Μέλος) - Δρ Καδή Στέλια (Μέλος) - Δρ Καρπέττας Νίκος (Μέλος) - Δρ Κούσιος Αντρέας (Μέλος) - Δρ Κωνσταντίνου Γιώργος (Μέλος) - Βαλανάς Κώστας (Μέλος – εκπρόσωπος ασθενών) - Γεωργιάδης Πλούταρχος (Μέλος) - Παχίτα Άννα (Μέλος) - Χριστοδούλου Στέλιος (Μέλος – εκπρόσωπος ασθενών) <p>Η επιλογή τους έγινε κατόπιν πρότασής τους από τα επίσημα επαγγελματικά σώματα (Κυπριακή Καρδιολογική Εταιρεία, Ενδοκρινολογική Εταιρεία Κύπρου, Κυπριακή Εταιρεία Παθολογίας, Κυπριακή Εταιρεία Προσωπικών Ιατρών, Παγκύπριος Φαρμακευτικός Σύλλογος, Παγκύπριος Σύνδεσμος Διατολόγων, Ομοσπονδία Συνδέσμων Ασθενών Κύπρου) και την Ομοσπονδία Συνδέσμων Ασθενών Κύπρου (ΟΣΑΚ).</p>
15	Μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε	ΝΑΙ – Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ακολούθησε τις αρχές του ADAPTE Framework

16	Περιγραφή του τρόπου με τον οποίο επιλέχθηκε η πρωτότυπη οδηγία	<p>Η οδηγία NG136 του οργανισμού NICE επιλέχθηκε στο πλαίσιο της ευρύτερης συνεργασίας του ΟΑΥ με τον εν λόγω οργανισμό</p>
17	Καθορισμός των βασικών ερωτημάτων της προσαρμοσμένης ΚΚΟ	<p>Τα βασικά ερωτήματα στα οποία η προσαρμοσμένη ΚΚΟ απαντά περιέχονται στο Score και αναφέρονται πιο κάτω:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Διάγνωση αυξημένης αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης <ol style="list-style-type: none"> i. στους/στις ενήλικες με υποψία πρωτοπαθούς υπέρτασης, ποια είναι η καλύτερη μέθοδος μέτρησης της αρτηριακής πίεσης (κατ' οίκον, με περιπατητική παρακολούθηση ή σε κλινικό περιβάλλον) για τη διάγνωση και πρόβλεψη καρδιαγγειακών συμβάντων 2. Διαχείριση αρτηριακής πίεσης <ol style="list-style-type: none"> i. στους/στις ενήλικες με πρωτοπαθή υπέρταση, ποια είναι η καλύτερη μέθοδος μέτρησης της αρτηριακής πίεσης (κατ' οίκον, με περιπατητική παρακολούθηση ή σε κλινικό περιβάλλον) για την αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και την πρόβλεψη καρδιαγγειακών συμβάντων 3. Έναρξη και ρύθμιση αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής, συμπεριλαμβανομένων των στόχων αρτηριακής πίεσης <ol style="list-style-type: none"> i. Σε ποιο επίπεδο αρτηριακής πίεσης ή σε ποιο όριο καρδιαγγειακού κινδύνου θα πρέπει να ξεκινά η φαρμακευτική αγωγή για την αυξημένη αρτηριακή πίεση ή την υπέρταση; ii. Βελτιώνεται η έκβαση στους/στις ενήλικες με που λαμβάνουν θεραπεία για αυξημένη αρτηριακή πίεση ή πρωτοπαθή υπέρταση όταν τίθενται θεραπευτικοί στόχοι, και θα πρέπει αυτοί να βασίζονται στην αρτηριακή πίεση ή στον καρδιαγγειακό κίνδυνο; iii. Ποιοι είναι οι βέλτιστοι στόχοι αρτηριακής πίεσης ή καρδιαγγειακού κινδύνου για ενήλικες που λαμβάνουν θεραπεία για αυξημένη αρτηριακή πίεση ή πρωτοπαθή υπέρταση; iv. Ποιοι είναι οι βέλτιστοι στόχοι αρτηριακής πίεσης για ενήλικες με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο;

		<p>4. Επιλογή αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Είναι η μονοθεραπεία ή η συνδυαστική θεραπεία κλινικά και οικονομικά αποδοτικότερη ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την αυξημένη αρτηριακή πίεση και υπέρταση; ii. Ποια είναι η κλινικά και οικονομικά αποδοτικότερη φαρμακευτική αγωγή για την αυξημένη αρτηριακή πίεση και υπέρταση, και διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία, την εθνικότητα ή την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 <p>5. Στρατηγικές φαρμακευτικής θεραπείας σε άτομα με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Ποιες είναι οι κλινικά και οικονομικά αποδοτικότερες συνδυαστικές φαρμακευτικές θεραπείες σε ενήλικες με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο που χρειάζονται επιπλέον μείωση της αρτηριακής πίεσης, και διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία ή την εθνικότητα; <p>6. Παράγοντες που υποδεικνύουν την ανάγκη για παραπομπή των ατόμων με υποψία κακοήθους υπέρτασης</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Ποιοι παράγοντες υποδεικνύουν κακοήθη υπέρταση;
18	<p>Περιγραφή του τρόπου με τον οποίο αναπτύχθηκαν/τροποποιήθηκαν και/ή τέθηκαν σε προτεραιότητα τα βασικά ερωτήματα</p>	<p>Όλα τα ερωτήματα που υπήρχαν στην αρχική οδηγία αξιολογήθηκαν από την TEE στην πρώτη προπαρασκευαστική συνεδρία, ενώ συμπληρώθηκε και το εργαλείο AGREE για να εξακριβωθεί εάν υπήρχαν κενά στην αρχική οδηγία και αν υπάρχει ανάγκη για τροποποίηση ή προσθήκη νέων ερωτημάτων</p>
19	<p>Τρόπος αξιολόγηση συστάσεων της αρχικής οδηγίας</p>	<p>ΝΑΙ – Οι συστάσεις της αρχικής οδηγίας αξιολογήθηκαν μία προς μία από την TEE. Κατόπιν συζήτησης και εφόσον υπήρχε επαρκής τεκμηρίωση έγιναν οι απαραίτητες τροποποιήσεις. Για κάποιες από τις συστάσεις, γίνεται επιπλέον αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις». Εκεί περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο αναπτύχθηκαν οι συστάσεις της αρχικής οδηγίας και πώς τροποποιήθηκαν ή υιοθετήθηκαν από τα μέλη της TEE κατά την προσαρμογή</p>

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

20	Τεκμηρίωση με βάση σε ερευνητικά δεδομένα από την πρωτότυπη πηγή και/ή επιπρόσθετα στοιχεία	ΝΑΙ – Στη σελίδα της αρχικής οδηγίας υπάρχει διαθέσιμη η απαραίτητη τεκμηρίωση για την κάθε σύσταση. Επιπλέον, εντός του αρχείου τις οδηγίας, στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» γίνεται αναλυτική αναφορά στο σκεπτικό για επιλογή της αρχικής σύστασης ή και της προσαρμογής της από την ΤΕΕ
21	Τρόπος εύρεσης και αξιολόγησης νέων ερευνητικών δεδομένων, σε περίπτωση που χρησιμοποιήθηκαν	ΝΑΙ – Τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν, προέκυψαν από ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας, όπως αυτή αναφέρεται στην σελίδα της αρχικής οδηγίας , ενώ έγινε και χρήση των επικαιροποιημένων συστάσεων και της επιστημονικής τεκμηρίωσης της κλινικής οδηγίας για τη διαχείριση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης (2024) της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας
22	Περιγραφή της προσέγγισης που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της βεβαιότητας/ποιότητας των επιστημονικών δεδομένων και της ισχύος των συστάσεων στην προσαρμοσμένη ΚΚΟ και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	ΝΑΙ – Η προσέγγιση για την αξιολόγηση της βεβαιότητας/ποιότητας των επιστημονικών δεδομένων περιγράφεται στην σελίδα της αρχικής οδηγίας και για ορισμένες συστάσεις γίνεται ενδελεχής αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις»
23	Περιγραφή των διαδικασιών που ακολουθήθηκαν για τη λήψη αποφάσεων από την ΤΕΕ για την προσαρμογή της ΚΚΟ, κυρίως όσον αφορά στη διαμόρφωση των συστάσεων	<p>ΝΑΙ – Οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν για τη λήψη αποφάσεων από την ΤΕΕ περιγράφονται αναλυτικά στο Πλάνο Προσαρμογής που συμφωνήθηκε από τα μέλη της ΤΕΕ πριν την έναρξη της διαδικασίας προσαρμογής. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων περιγράφεται πιο κάτω:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι αποφάσεις της ΤΕΕ λαμβάνονται κανονικά με συναίνεση των παρόντων μελών της επιτροπής • Η ψηφοφορία χρησιμοποιείται για τη λήψη αποφάσεων μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις • Πριν από τη λήψη απόφασης για τη διεξαγωγή ψηφοφορίας, ο/η πρόεδρος εξετάζει, σε κάθε περίπτωση, κατά πόσον η συνέχιση της συζήτησης σε επόμενη συνεδρίαση είναι πιθανό να οδηγήσει σε συναίνεση • Η ψηφοφορία είναι ανώνυμη και οι αποφάσεις παίρνονται από την απλή πλειοψηφία των παρισταμένων μελών της επιτροπής

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

		<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα ψήφου έχουν μόνο τα μέλη της επιτροπής που παρίστανται στη συνεδρίαση. Δεν υπάρχει ψήφος μέσω τηλεξουσίου <p>Επιπλέον, όπου υπήρχε συζήτηση για την ανάπτυξη ή προσαρμογή συγκεκριμένης σύστασης, γίνεται αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις»</p>
24	Αναφορά των συστάσεων και υπόδειξη εάν αυτές τροποποιήθηκαν, υιοθετήθηκαν ή είναι καινούριες	<p>ΝΑΙ – Γίνεται αναφορά των συστάσεων της προσαρμοσμένης οδηγίας. Οι συστάσεις των τμημάτων της οδηγίας 1.2 «Διάγνωση αυξημένης αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης» και 1.4 «Θεραπεία και παρακολούθηση της αυξημένης αρτηριακή πίεσης» έχουν τροποποιηθεί σε μεγάλο βαθμό, κυρίως με βάση τις επικαιροποιημένες συστάσεις και την επιστημονική τεκμηρίωση της κλινικής οδηγίας για τη διαχείριση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης (2024) της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας</p> <p>ΝΑΙ – Στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» υποδεικνύονται συστάσεις που είτε τροποποιήθηκαν, ή υιοθετήθηκαν ή είναι καινούριες σε σύγκριση με την αρχική οδηγία</p>
25	Δήλωση της κατεύθυνσης και της ισχύος των συστάσεων και της βεβαιότητας/ποιότητας των υποστηρικτικών αποδεικτικών επιστημονικών δεδομένων και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	<p>ΝΑΙ – Η κατευθυντήρια οδηγία ακολουθεί μια συγκεκριμένη μορφή όσον αφορά στη διατύπωση και στη δομή, ώστε η κατεύθυνση και η ισχύς των συστάσεων και της βεβαιότητας/ποιότητας των υποστηρικτικών αποδεικτικών στοιχείων να είναι σαφής στον/στην τελικό/ή χρήστη/χρήστρια. Η ισχύς της σύστασης μπορεί να ποικίλει μεταξύ υποχρεωτικής, ισχυρής και αδύναμης.</p> <p>ΝΑΙ – Τυχόν σημαντικές διαφοροποιήσεις από την αρχική οδηγία περιγράφονται στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις»</p>
26	Ξεχωριστή παρουσίαση συστάσεων για ειδικές υπο-ομάδες πληθυσμού εάν η οδηγία εισηγείται σημαντικές διαφορές σε παράγοντες που επηρεάζουν τις συστάσεις και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	<p>ΝΑΙ – Στην οδηγία παρουσιάζονται ξεχωριστά οι συστάσεις οι οποίες αφορούν σε ειδικές υπο-ομάδες (για παράδειγμα: 1.4.12 – 1.4.58, 1.5.1.-1.5.3)</p>
27	Περιγραφή των κριτηρίων/παραγόντων που λήφθηκαν υπόψη στη διαμόρφωση των συστάσεων ή σημείωση σχετικών διαφορών σε	<p>ΝΑΙ – Κριτήρια/παραγόντες που λήφθηκαν υπόψη στη διαμόρφωση των συστάσεων αναφέρονται στην σελίδα της αρχικής οδηγίας και περιγράφονται και στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» για ορισμένες συστάσεις</p>

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

	σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	
28	Υπόδειξη εάν η προσαρμοσμένη ΚΚΟ υποβλήθηκε σε ανεξάρτητη εξωτερική αξιολόγηση. Εάν ναι, περιγράψτε τη διαδικασία.	<p>ΝΑΙ – Η κατευθυντήρια οδηγία, μετά την προσαρμογή της και μετάφραση της στα ελληνικά από την ΤΕΕ, τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση. Με βάση προκαθορισμένο πλάνο, στη δημόσια διαβούλευση, προσκλήθηκαν να λάβουν μέρος όλοι οι ενδιαφερόμενοι φορείς συμπεριλαμβανομένων ιατρικών εταιρειών, συνδέσμων ασθενών, φαρμακευτικών εταιρειών και εταιρειών ιατρικών μηχανημάτων. Πέραν των προσκεκλημένων φορέων, κατά τη διαδικασία της δημόσιας διαβούλευσης οποιοσδήποτε/οποιαδήποτε είχε τη δυνατότητα να υποβάλει σχόλια και ερωτήματα που αφορούσαν στην προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία.</p> <p>Ακολούθως η ΤΕΕ μελέτησε όλα τα σχόλια και, εφόσον συμφωνούσε με τη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση, ενσωμάτωσε τις προτεινόμενες αλλαγές. Σε περίπτωση που διαφωνούσε με την επιστημονική τεκμηρίωση, απέρριπτε τα συγκεκριμένα σχόλια ή προτάσεις για αλλαγές. Με το τέλος της διαδικασίας, δόθηκαν απαντήσεις από την ΤΕΕ, για κάθε σημείο σχολιασμού, σε όλους τους φορείς που συμμετείχαν στη δημόσια διαβούλευση</p>
29	Υπόδειξη εάν η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία έλαβε έγκριση από οργανισμό. Εάν ναι, περιγράψτε τη διαδικασία	ΝΑΙ – Τα μέλη της ΤΕΕ (εμπειρογνώμονες σε θέματα υπέρτασης) διορίστηκαν από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας μετά από εισηγήσεις που λήφθηκαν από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς
30	Αναφορά όλων των χρηματοδοτήσεων για την προσαρμογή της ΚΚΟ και της πηγής της ΚΚΟ και τον ρόλο των χρηματοδοτών	ΝΑΙ - Η διαδικασία της προσαρμογής της κατευθυντήριας οδηγίας χρηματοδοτείται από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος κατά τη διαδικασία της προσαρμογής της οδηγίας είχε ρόλο παρατηρητή. Όπου θεωρήθηκε απαραίτητο, η ΤΕΕ απευθύνθηκε στον ΟΑΥ για διευκρίνιση διαδικασιών ή για παροχή στοιχείων. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δεν είχε κανένα ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων
31	Αναφορά όλων των αντικρουόμενων συμφερόντων των μελών της ΤΕΕ που συμμετείχαν στην προσαρμογή της ΚΚΟ και πώς αυτά αξιολογήθηκαν και έτυχαν διαχείρισης	ΝΑΙ – Τυχόν ύπαρξη αντικρουόμενων συμφερόντων των μελών της ΤΕΕ που συμμετείχαν στην προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας αξιολογήθηκαν μέσω ενυπόγραφης έντυπης δήλωσης

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

		συμφερόντων. Στην εν λόγω δήλωση περιγράφονται οποιαδήποτε άμεσα ή έμμεσα συμφέροντα για κάθε μέλος της ΤΕΕ και τα οποία αξιολογήθηκαν από την εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat) για να διαπιστωθεί εάν υπήρχε σύγκρουση συμφέροντος για κάποιο από τα μέλη της ΤΕΕ. Δεν διαπιστώθηκε σύγκρουση συμφέροντος για κάποιο μέλος.
32	Περιγραφή των πιθανών εμποδίων και στρατηγικών για την υλοποίηση της κατευθυντήριας οδηγίας (εάν ισχύει)	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ
33	Συνοπτική περιγραφή της στρατηγικής για την επικαιροποίηση της προσαρμοσμένης ΚΚΟ (εάν ισχύει)	ΝΑΙ – Θα αναπτυχθεί πλάνο αξιολόγησης και επικαιροποίησης της οδηγίας (Aftercare Plan) από εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat) και το οποίο θα εγκριθεί από την ΤΕΕ
34	Περιγραφή των προκλήσεων και της διαδικασίας προσαρμογής, των περιορισμών στα επιστημονικά δεδομένα, και παροχή εισηγήσεων για μελλοντική έρευνα	ΝΑΙ – Στην σελίδα της αρχικής οδηγίας και στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις», περιγράφονται οι περιορισμοί που παρουσιάζονται στα επιστημονικά δεδομένα και αναφέρεται η ανάγκη για μελλοντική έρευνα