

Συνομειυμένες Κατευθυντήριες Οδηγίες ESC 2018

Επιτροπή για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών πρακτικής

ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Κατευθυντήριες οδηγίες των ESC/ESH για τη διαχείριση της
αρτηριακής υπέρτασης

ESC European Society of Cardiology	ESH European Society of Hypertension
--	--

Συνοτμευμένες Κατευθυντήριες Οδηγίες της ESC

Κατευθυντήριες οδηγίες των ESC/ESH 2018 για τη διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης*

Ομάδα Εργασίας της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Υπέρταση (ESH) για τη διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης

<p>Πρόεδρος της ESC Bryan Williams Chair of Medicine, Institute of Cardiovascular Science, University College London Director NIHR University College London Hospitals Biomedical Research Centre Director of Research University College London Maple House, 1st Floor, Suite A 149 Tottenham Court Road London W1T 7DN, UK Τηλ.: +44 (0) 20 3108 7907 Email: bryan.williams@ucl.ac.uk</p>	<p>Πρόεδρος της ESH Giuseppe Mancia Emeritus Professor of Medicine University of Milano-Bicocca Milan, Italy President, ESH Foundation & Chairman ESH Educational Board Head, Hypertension Center Istituto Universitario Policlinico di Monza Verano (MB), Piazza dei Daini, 4 20126 Milano, Italy Τηλ.: +39 347 4327142 Email: giuseppe.mancia@unimib.it</p>
--	--

Μέλη της ομάδας εργασίας: Ileana Desormais (Γαλλία), Wilko Spiering (Ολλανδία), Enrico Agabiti Rosei (Ιταλία), Michel Azizi (Γαλλία), Michel Burnier (Ελβετία), Denis L. Clement (Βέλγιο), Antonio Coca (Ισπανία), Giovanni de Simone (Ιταλία), Anna Dominiczak (Ηνωμένο Βασίλειο), Thomas Kahan (Σουηδία), Felix Mahfoud (Γερμανία), Josep Redon (Ισπανία), Luis Ruilope (Ισπανία), Alberto Zanchetti[†], Mary Kerins (Ιρλανδία), Sverre E. Kjeldsen (Νορβηγία), Reinhold Kreutz (Γερμανία), Stephane Laurent (Γαλλία), Gregory Y. H. Lip (Ηνωμένο Βασίλειο), Richard Mcmanus (Ηνωμένο Βασίλειο), Krzysztof Narkiewicz (Πολωνία), Frank Ruschitzka (Ελβετία), Roland E. Schmieder (Γερμανία), Evgeny Shlyakhto (Ρωσία), Costas Tsioufis (Ελλάδα), Victor Aboyans (Γαλλία).

Μέλη της ESC που συμμετείχαν στην ανάπτυξη αυτού του εγγράφου:

Εταιρείες: European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), European Heart Rhythm Association (EHRA), Heart Failure Association (HFA).

Συμβούλια: Council for Cardiology Practice, Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, Council on Cardiovascular Primary Care, Council on Hypertension, Council on Stroke.

Ομάδες εργασίας: Cardiovascular Pharmacotherapy, Coronary Pathophysiology and Microcirculation, e-Cardiology.

Προσωπικό της ESC:

Veronica Dean, Laetitia Flouret, Catherine Despres, Sophia Antipolis, Γαλλία

* Προσαρμογή από τις κατευθυντήριες οδηγίες των ESC/ESH 2018 για τη διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης (European Heart Journal 2018 – doi/10.1093/eurheartj/ehy339).

Πίνακας περιεχομένων

1. Εισαγωγή
 - 1.1 Βασικές αρχές
 - 1.2 Τι νέο υπάρχει και τι έχει αλλάξει στις κατευθυντήριες οδηγίες ESC/ESH 2018 για την υπέρταση;
2. Διαγνωστικά ζητήματα
 - 2.1 Ταξινόμηση της αρτηριακής πίεσης και ορισμός της υπέρτασης
 - 2.2 Αξιολόγηση του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου (KAN)
 - 2.3 Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης
 - 2.4 Παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης κατ' οίκον
 - 2.5 Παρακολούθηση της περιπατητικής αρτηριακής πίεσης (ABPM)
 - 2.6 Προδιαγνωστικός έλεγχος για την ανίχνευση της υπέρτασης
 - 2.7 Επιβεβαίωση της διάγνωσης της υπέρτασης
3. Κλινική αξιολόγηση
 - 3.1 Πότε πρέπει ένας ασθενής με υπέρταση να παραπέμπεται για νοσοκομειακή φροντίδα
4. Θεραπεία της υπέρτασης
 - 4.1 Όρια ΑΠ πάνω από τα οποία απαιτείται θεραπεία
 - 4.2 Στόχοι της αντιυπερτασικής θεραπείας
 - 4.3 Θεραπεία της υπέρτασης – Παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής
 - 4.4 Θεραπεία της υπέρτασης – Φαρμακευτική θεραπεία
 - 4.5 Ο αλγόριθμος φαρμακευτικής θεραπείας για την υπέρταση
 - 4.6 Επεμβατική θεραπεία της υπέρτασης
5. Ανθεκτική υπέρταση
 - 5.1 Ορισμός της ανθεκτικής υπέρτασης
 - 5.2 Αίτια της ψευδο-ανθεκτικής υπέρτασης
 - 5.3 Θεραπεία της ανθεκτικής υπέρτασης
6. Δευτεροπαθής υπέρταση
7. Καταστάσεις υπερεπείγουσας υπέρτασης
8. Υπέρταση στην κύηση
 - 8.1 Ορισμός και ταξινόμηση της υπέρτασης στην κύηση
9. Συγκαλυμμένη υπέρταση και υπέρταση της λευκής μπλούζας
 - 9.1 Υπέρταση της λευκής μπλούζας
 - 9.2 Συγκαλυμμένη υπέρταση
10. Υπέρταση σε ασθενείς με ειδικές συννοσηρότητες
11. Διαχείριση του συνυπάρχοντος κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου και παρακολούθηση του ασθενούς
 - 11.1 Χρήση στατινών και αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας
 - 11.2 Παρακολούθηση των ασθενών με υπέρταση

1. Εισαγωγή

1.1 Βασικές αρχές

Η Ομάδα Εργασίας των ESC-ESH 2018 για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για την υπέρταση εξέτασε και ταξινόμησε τα στοιχεία και ανέπτυξε συστάσεις σύμφωνα με τις αρχές που περιγράφονται στον Πίνακα 1 και στον Πίνακα 2.

Πίνακας 1 Κατηγορίες συστάσεων		
Κατηγορίες συστάσεων	Ορισμός	Προτεινόμενη διατύπωση χρήσης
Κατηγορία I	Αποδεικτικά στοιχεία και/ή γενική συμφωνία ότι μια συγκεκριμένη θεραπεία ή διαδικασία είναι ευεργετική, χρήσιμη, αποτελεσματική.	Συνιστάται/ ενδείκνυται
Κατηγορία II	Αντικρουόμενα στοιχεία και/ή διάσταση απόψεων σχετικά με τη χρησιμότητα/αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης θεραπείας ή διαδικασίας.	
<i>Κατηγορία IIα</i>	Το επίπεδο της απόδειξης/γνώμης είναι υπέρ της χρησιμότητας/αποτελεσματικότητας.	Θα πρέπει να εξεταστεί
<i>Κατηγορία IIβ</i>	Η χρησιμότητα/αποτελεσματικότητα τεκμηριώνεται λιγότερο καλά από στοιχεία/γνώμη.	Θα μπορούσε να εξεταστεί
Κατηγορία III	Στοιχεία ή γενική συμφωνία ότι η συγκεκριμένη θεραπεία ή διαδικασία δεν είναι χρήσιμη/αποτελεσματική και, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είναι επιβλαβής.	Δεν συνιστάται

Πίνακας 2 Επίπεδο των αποδεικτικών στοιχείων	
Επίπεδο στοιχείων Α	Δεδομένα που προέρχονται από πολλές τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες ή μεταanalύσεις
Επίπεδο στοιχείων Β	Δεδομένα που προέρχονται από μία τυχαιοποιημένη μελέτη ή από μεγάλες μη τυχαιοποιημένες μελέτες
Επίπεδο στοιχείων Γ	Συναίνεση γνώμης εμπειρογνομόνων και/ή μικρές μελέτες, αναδρομικές μελέτες, μητρώα

1.2. Τι νέο υπάρχει και τι έχει αλλάξει στις κατευθυντήριες οδηγίες ESC/ESH 2018 για την υπέρταση;

Μετά την έκδοση των κατευθυντήριων οδηγιών των ESH/ESC 2013 για την αρτηριακή υπέρταση προέκυψαν νέα στοιχεία. Το γεγονός αυτό οδήγησε σε αλλαγές σε ορισμένες από τις συστάσεις που διατυπώνονται πλέον στις κατευθυντήριες οδηγίες ESH/ESC 2018 για την υπέρταση και οι

οποίες τονίζονται στον [Πίνακα 3](#). Επιπλέον, οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνουν αρκετές νέες παραγράφους, συστάσεις και αντιλήψεις, όπως παρουσιάζονται στον [Πίνακα 4](#).

Πίνακας 3 Τι νέο υπάρχει και τι έχει αλλάξει στις κατευθυντήριες οδηγίες ESC/ESH 2018 για την υπέρταση;	
Αλλαγές στις συστάσεις	
2013	2018
<p>Διάγνωση Συνιστάται μέτρηση της ΑΠ στο ιατρείο για τον προδιαγνωστικό έλεγχο και τη διάγνωση της υπέρτασης.</p>	<p>Διάγνωση Συνιστάται να βασίζεται η διάγνωση της υπέρτασης στα εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις της ΑΠ στο ιατρείο ή • Μέτρηση της ΑΠ εκτός ιατρείου μέσω ABPM και/ή HBPM εάν αυτό είναι εφικτό από υλικοτεχνική και οικονομική άποψη.
<p>Όρια ΑΠ πάνω από τα οποία απαιτείται θεραπεία Υψηλή-φυσιολογική ΑΠ (130–139/85–89 mmHg): Έως ότου υπάρξουν κατάλληλα στοιχεία που υποδεικνύουν το αντίθετο, δεν συνιστάται η έναρξη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής θεραπείας σε άτομα με υψηλή-φυσιολογική ΑΠ.</p>	<p>Όρια ΑΠ πάνω από τα οποία απαιτείται θεραπεία Υψηλή-φυσιολογική ΑΠ (130–139/85–89 mmHg): Θα μπορούσε να εξεταστεί η χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας όταν ο καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι πολύ υψηλός λόγω εγκατεστημένης καρδιαγγειακής νόσου, κυρίως στεφανιαίας νόσου.</p>
<p>Όρια ΑΠ πάνω από τα οποία απαιτείται θεραπεία Θεραπεία της υπέρτασης χαμηλού κινδύνου σταδίου 1: Η έναρξη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής θεραπείας θα πρέπει επίσης να εξεταστεί σε ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 που έχουν χαμηλό έως μέτριο κίνδυνο, όταν η ΑΠ παραμένει εντός αυτού του εύρους σε αρκετές επαναλαμβανόμενες επισκέψεις ή είναι αυξημένη βάσει της περιπατητικής ΑΠ και παραμένει εντός αυτού του εύρους παρά τη διέλευση εύλογης χρονικής περιόδου με υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές.</p>	<p>Όρια ΑΠ πάνω από τα οποία απαιτείται θεραπεία Θεραπεία της υπέρτασης χαμηλού κινδύνου σταδίου 1: Σε ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 που έχουν χαμηλό-μέτριο κίνδυνο και δεν έχουν ενδείξεις ΗΜΟΔ (βλάβη οργάνου-στόχου επαγόμενη από την υπέρταση), συνιστάται φαρμακευτική θεραπεία μείωσης της ΑΠ εάν ο ασθενής παραμένει υπερτασικός, μετά από μια περίοδο εφαρμογής υγιεινοδιαιτητικών μέτρων.</p>
<p>Όρια ΑΠ πάνω από τα οποία απαιτείται θεραπεία Ηλικιωμένοι ασθενείς Θα μπορούσε να εξεταστεί η χορήγηση αντιυπερτασικής φαρμακευτικής θεραπείας στους ηλικιωμένους (τουλάχιστον όταν είναι κάτω των 80 ετών) όταν η ΣΑΠ βρίσκεται στο εύρος 140–159 mmHg, εφόσον η αντιυπερτασική θεραπεία είναι καλά ανεκτή.</p>	<p>Όρια ΑΠ πάνω από τα οποία απαιτείται θεραπεία Ηλικιωμένοι ασθενείς Φαρμακευτική θεραπεία και υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές για τη μείωση της ΑΠ συνιστώνται σε ηλικιωμένους ασθενείς με καλή φυσική κατάσταση (>65 ετών αλλά όχι >80 ετών) όταν η ΣΑΠ είναι εντός στο εύρος 140–159 mmHg</p>

	(στάδιο I), εφόσον η θεραπεία είναι καλά ανεκτή.
Πίνακας 3 Τι νέο υπάρχει και τι έχει αλλάξει στις κατευθυντήριες οδηγίες ESC/ESH 2018 για την υπέρταση; (συνέχεια)	
Αλλαγές στις συστάσεις	
2013	2018
Στόχοι της θεραπείας για την ΑΠ Συνιστάται στόχος ΣΑΠ <140 mmHg.	Στόχοι της θεραπείας για την ΑΠ <ul style="list-style-type: none"> • Συνιστάται ότι πρώτος στόχος της θεραπείας θα πρέπει να είναι η μείωση της ΑΠ σε τιμή <140/90 mmHg <u>σε όλους τους ασθενείς</u> και, εφόσον η θεραπεία είναι καλά ανεκτή, ο στόχος για τις τιμές ΑΠ υπό θεραπεία θα πρέπει να είναι 130/80 mmHg ή χαμηλότερος, στους περισσότερους ασθενείς. • Στους ασθενείς ηλικίας <65 ετών συνιστάται η ΣΑΠ να μειωθεί σε ένα εύρος 120 έως <130 mmHg στους περισσότερους ασθενείς.
Στόχοι της θεραπείας για την ΑΠ στους ηλικιωμένους ασθενείς (65–80 ετών) Συνιστάται στόχος ΣΑΠ μεταξύ 140 και 150 mmHg για τους ηλικιωμένους ασθενείς (65–80 ετών).	Στόχοι της θεραπείας για την ΑΠ στους ηλικιωμένους ασθενείς (65–80 ετών) Στους ηλικιωμένους ασθενείς (≥65 ετών), συνιστάται ότι ο στόχος για τη ΣΑΠ θα πρέπει να είναι από 130 έως <140 mmHg.
Στόχοι της θεραπείας για την ΑΠ σε ασθενείς ηλικίας άνω των 80 ετών Στα άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών θα πρέπει να εξεταστεί ένας στόχος ΣΑΠ μεταξύ 140 και 150 mmHg, όταν η αρχική ΣΑΠ είναι ≥160 mmHg, εφόσον τα άτομα έχουν καλή φυσική και νοητική κατάσταση.	Στόχοι της θεραπείας για την ΑΠ σε ασθενείς ηλικίας άνω των 80 ετών Συνιστάται στόχος ΣΑΠ 130 έως <140 mmHg για τα άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών, εάν η θεραπεία είναι ανεκτή.
Στόχοι για τη ΔΑΠ Συνιστάται πάντα στόχος ΔΑΠ <90 mmHg, με εξαίρεση τους ασθενείς με διαβήτη, στους οποίους συνιστώνται τιμές <85 mmHg.	Στόχοι για τη ΔΑΠ Θα πρέπει να εξεταστεί ένας στόχος ΔΑΠ <80 mmHg για όλους τους υπερτασικούς ασθενείς, ανεξάρτητα από το επίπεδο κινδύνου και τις συννοσηρότητες.
Πίνακας 3 Τι νέο υπάρχει και τι έχει αλλάξει στις κατευθυντήριες οδηγίες ESC/ESH 2018 για την υπέρταση; (συνέχεια)	
Αλλαγές στις συστάσεις	
2013	2018
Έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας Θα μπορούσε να εξεταστεί η έναρξη αντιυπερτασικής θεραπείας με συνδυασμό δύο φαρμάκων σε ασθενείς με πολύ υψηλή αρχική ΑΠ ή σε ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.	Έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας Συνιστάται η έναρξη αντιυπερτασικής θεραπείας με συνδυασμό δύο φαρμάκων, κατά προτίμηση σε σταθερό συνδυασμό. Εξαιρούνται οι ευπαθείς ηλικιωμένοι ασθενείς και οι ασθενείς με χαμηλό κίνδυνο και με υπέρταση σταδίου 1 (ιδίως εάν η ΣΑΠ είναι <150 mmHg).
Ανθεκτική υπέρταση	Ανθεκτική υπέρταση

Θα πρέπει να συσταθούν ανταγωνιστές των υποδοχέων των αλατοκορτικοειδών, αμιλορίδη και ο α1-αναστολέας δοξαζοσίνη, εάν δεν υπάρχει αντένδειξη.	Η συνιστώμενη θεραπεία για την ανθεκτική υπέρταση είναι η προσθήκη χαμηλής δόσης σπειρονολακτόνης στην υπάρχουσα θεραπεία ή η προσθήκη περαιτέρω διουρητικής θεραπείας εάν ο ασθενής έχει δυσανεξία στη σπειρονολακτόνη, με επλερενόνη, αμιλορίδη, υψηλότερη δόση θειαζίδης/διουρητικού θειαζιδικού τύπου ή διουρητικό της αγκύλης ή προσθήκη βισοπρολόλης ή δοξαζοσίνης.						
Επεμβατική θεραπεία (μέσω συσκευής) για την υπέρταση Σε περίπτωση αναποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής θεραπείας, θα μπορούσαν να συσταθούν επεμβατικές διαδικασίες, όπως η νεφρική απονεύρωση και η διέγερση των τασεοϋποδοχέων.	Επεμβατική θεραπεία (μέσω συσκευής) για την υπέρταση Η χρήση επεμβατικών θεραπειών δεν συνιστάται για τη θεραπεία της υπέρτασης, παρά μόνο στο πλαίσιο κλινικών μελετών και RCT, έως ότου διατεθούν περισσότερα στοιχεία σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους.						
Σταδιοποίηση συστάσεων							
	Στάδιο I		Στάδιο IIα		Στάδιο IIβ		Στάδιο III

ABPM = περιπατητική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΣΝ = στεφανιαία νόσος, CV = καρδιαγγειακός, ΚΑΝ = καρδιαγγειακή νόσος, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, ΗΒΡΜ = κατ' οίκον παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου, RCT = τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

Πίνακας 4 Νέες ενότητες, συστάσεις και αντιλήψεις
Νέες ενότητες/συστάσεις
<ul style="list-style-type: none"> • Πότε πρέπει να υπάρχει υποψία για δευτεροπαθή υπέρταση και πώς πρέπει να γίνεται προδιαγνωστικός έλεγχος για τα αίτια της δευτεροπαθούς υπέρτασης • Αντιμετώπιση της υπερεπίγουσας υπέρτασης • Επικαιροποιημένες συστάσεις για τη διαχείριση της ΑΠ σε ασθενείς με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο • Επικαιροποιημένες συστάσεις για τη διαχείριση της υπέρτασης στις γυναίκες και στην κύηση • Υπέρταση σε διάφορες φυλετικές ομάδες • Η επίδραση του υψόμετρου στην ΑΠ • Υπέρταση και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια • Υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή και άλλες αρρυθμίες • Χρήση των από του στόματος χορηγούμενων αντιπηκτικών στην υπέρταση • Υπέρταση και σεξουαλική δυσλειτουργία • Υπέρταση και θεραπείες κατά του καρκίνου • Περιεγχειρητική αντιμετώπιση της υπέρτασης • Φάρμακα για τη μείωση της γλυκόζης και ΑΠ • Επικαιροποιημένες συστάσεις για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση του καρδιαγγειακού κινδύνου: (i) χρήση του συστήματος SCORE για την αξιολόγηση του κινδύνου σε ασθενείς χωρίς ΚΑΝ, (ii) σημασία της ΗΜΟΔ στην τροποποίηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και (iii) χρήση στατινών και ασπιρίνης για την πρόληψη της ΚΑΝ.
Νέες αντιλήψεις
Μέτρηση της ΑΠ

- Ευρύτερη χρήση της μέτρησης της ΑΠ εκτός ιατρείου με ABPM και/ή HBPM, ιδίως HBPM, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η διάγνωση της υπέρτασης, να ανιχνευθεί η υπέρταση της λευκής μπλούζας και η συγκαλυμμένη υπέρταση και να παρακολουθηθεί ο έλεγχος της ΑΠ.

Λιγότερο συντηρητική θεραπεία της ΑΠ στους ηλικιωμένους και υπερήλικες ασθενείς

- Χαμηλότερα όρια ΑΠ και στόχοι θεραπείας για τους ηλικιωμένους ασθενείς – δίνεται έμφαση στο να λαμβάνεται υπόψη η βιολογική και όχι η χρονολογική ηλικία (δηλ. σημασία της ευπάθειας, της ανεξαρτησίας και της ανοχής της θεραπείας).
- Συνιστάται ότι ο ιατρός δεν θα πρέπει ποτέ να αρνείται ή να διακόπτει τη θεραπεία με κριτήριο την ηλικία, εφόσον η θεραπεία είναι ανεκτή.

Στρατηγική θεραπείας με σταθερό συνδυασμό για βελτίωση του ελέγχου της ΑΠ

- Προτιμάται η χρήση συνδυασμού δύο φαρμάκων για την αρχική θεραπεία των περισσότερων ατόμων με υπέρταση.
- Στρατηγική θεραπείας με ένα μόνο δισκίο για την υπέρταση, κατά την οποία προτιμάται η χρήση θεραπείας με σταθερό συνδυασμό για τους περισσότερους ασθενείς.
- Απλοποιημένοι αλγόριθμοι φαρμακευτικής θεραπείας, στους οποίους προτιμάται η χρήση ενός αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (αΜΕΑ) ή ενός αποκλειστή των υποδοχέων της αγγειοτασίνης (ΑΥΑII) σε συνδυασμό με αποκλειστή των διαύλων ασβεστίου (ΑΔΑ) ή/και θειαζίδη/θειαζιδικού τύπου διουρητικό ως βασική θεραπευτική στρατηγική για τους περισσότερους ασθενείς, ενώ η χρήση β-αποκλειστών φυλάσσεται για ειδικές ενδείξεις.

Πίνακας 4 Νέες ενότητες, συστάσεις και αντιλήψεις (συνέχεια)

Νέες αντιλήψεις (συνέχεια)

Νέοι στόχοι για τα εύρη τιμών της ΑΠ στους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία

- Στοχευόμενα εύρη τιμών ΑΠ για τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία έτσι ώστε να αναγνωρίζεται καλύτερα ο συνιστώμενος στόχος ΑΠ και χαμηλότερα όρια ασφαλείας για την ΑΠ υπό θεραπεία, ανάλογα με την ηλικία και τις συννοσηρότητες του κάθε ασθενούς.

Ανίχνευση κακής συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική θεραπεία

- Ισχυρή έμφαση στη σημασία της αξιολόγησης της συμμόρφωσης με τη θεραπεία ως βασικής αιτίας ανεπαρκούς ελέγχου της ΑΠ.

Ο σημαντικός ρόλος των νοσηλευτών και των φαρμακοποιών στη μακροχρόνια διαχείριση της υπέρτασης

- Δίνεται έμφαση στον σημαντικό ρόλο των νοσηλευτών και των φαρμακοποιών στην εκπαίδευση, υποστήριξη και παρακολούθηση των υπερτασικών ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία, ως μέρος της συνολικής στρατηγικής για τη βελτίωση του ελέγχου της ΑΠ.

ABPM = περιπατητική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΣΝ = στεφανιαία νόσος, CV = καρδιαγγειακός, ΚΑΝ = καρδιαγγειακή νόσος, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, HBPM = κατ' οίκον παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου, RCT = τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

2. Διαγνωστικά ζητήματα

2.1 Ταξινόμηση της αρτηριακής πίεσης και ορισμός της υπέρτασης

Η σχέση μεταξύ της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), της καρδιαγγειακής νόσου, των νεφρικών επεισοδίων και της θνητότητας αποτελεί ένα συνεχές φάσμα, γεγονός που καθιστά σχετικά αυθαίρετη τη διάκριση μεταξύ φυσιολογικής πίεσης και υπέρτασης. Στην πράξη, χρησιμοποιούνται κάποια όρια ΑΠ για πρακτικούς λόγους, προκειμένου να απλοποιηθούν η διάγνωση και οι αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία. Η υπέρταση ορίζεται ως το επίπεδο της ΑΠ στο οποίο τα οφέλη της θεραπείας υπερτερούν σαφώς των κινδύνων από τη θεραπεία, όπως τεκμηριώνεται σε κλινικές μελέτες.

Η ταξινόμηση της ΑΠ και ο ορισμός της υπέρτασης με βάση τη μέτρηση της ΑΠ στο ιατρείο σε καθιστή θέση δεν έχουν μεταβληθεί από τις προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες (Πίνακας 5). Η υπέρταση ορίζεται ως τιμές συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) ιατρείου ≥ 140 mmHg και/ή διαστολικής ΑΠ (ΔΑΠ) ≥ 90 mmHg.

Κατηγορία ^α	Συστολική (mmHg)		Διαστολική (mmHg)
Ιδανική	<120	και	<80
Φυσιολογική	120–129	και/ή	80–84
Υψηλή φυσιολογική	130–139	και/ή	85–89
Υπέρταση σταδίου 1	140–159	και/ή	90–99
Υπέρταση σταδίου 2	160–179	και/ή	100–109
Υπέρταση σταδίου 3	≥ 180	και/ή	≥ 110
Μεμονωμένη συστολική υπέρταση ^β	≥ 140	και	90

^αΗ κατηγορία ΑΠ ορίζεται σύμφωνα με την ΑΠ ιατρείου σε καθιστή θέση και με βάση το υψηλότερο επίπεδο ΑΠ, είτε πρόκειται για τη συστολική είτε για τη διαστολική.

^βΗ μεμονωμένη συστολική υπέρταση διακρίνεται σε σταδίου 1, 2 ή 3, ανάλογα με τις τιμές ΣΑΠ στα υποδεικνυόμενα εύρη. Η ίδια ταξινόμηση χρησιμοποιείται για όλες τις ηλικίες από 16 ετών και άνω.

Συστάσεις	Κατηγορία ^α	Επίπεδο ^β
Συνιστάται να ταξινομείται η ΑΠ ως ιδανική, φυσιολογική, υψηλή-φυσιολογική ή υπέρταση σταδίων 1–3, με βάση την ΑΠ που μετριέται στο ιατρείο.	I	Γ

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων

2.2 Αξιολόγηση του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ)

Η υπέρταση συχνά συνοδεύεται και από άλλους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, όπως δυσλιπιδαιμία και δυσανεξία στη γλυκόζη, οι οποίοι δρουν πολλαπλασιαστικά στον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ο ποσοτικός καθορισμός του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου είναι σημαντικός για τη διαστρωμάτωση του κινδύνου των υπερτασικών, προκειμένου να προσδιοριστεί κατά πόσο ενδείκνυνται πρόσθετες θεραπείες, π.χ. στατίνες και αντιαιμοπεταλιακές θεραπείες, για την περαιτέρω μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου (βλ. ενότητα 10.1). Συνιστάται η ταξινόμηση του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου σύμφωνα με το σύστημα SCORE (Πίνακας 6).

Υπέρταση και αξιολόγηση καρδιαγγειακού κινδύνου

Συστάσεις	Κατηγορία ^α	Επίπεδο ^β
Συνιστάται αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου με το σύστημα SCORE στους υπερτασικούς ασθενείς που δεν έχουν ήδη υψηλό ή πολύ υψηλό κίνδυνο λόγω εγκατεστημένης καρδιαγγειακής ή νεφρικής νόσου ή διαβήτη ή λόγω σημαντικά αυξημένου μεμονωμένου παράγοντα κινδύνου (π.χ. χοληστερόλη) ή υπερτασικής ΥΑΚ.	I	B

KAN = καρδιαγγειακή νόσος, ΥΑΚ = υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, SCORE = Συστηματική Αξιολόγηση του Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου. ^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

Πίνακας 6 Κατηγορίες 10ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου (σύστημα SCORE: Συστηματική Αξιολόγηση του Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου)	
Πολύ υψηλού κινδύνου	<p>Άτομα με οποιοδήποτε από τα παρακάτω: Τεκμηριωμένη ΚΑΝ, είτε βάσει κλινικής εικόνας είτε τεκμηριωμένη με απεικόνιση.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η κλινική ΚΑΝ περιλαμβάνει: οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, επαναγγείωση στεφανιαίας ή άλλης αρτηρίας, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΠΙΑΕΕ), ανεύρυσμα αορτής, περιφερική αρτηριακή νόσο (ΠΑΝ). • Η αδιαμφισβήτητη τεκμηριωμένη ΚΑΝ κατά την απεικόνιση περιλαμβάνει: σημαντική αθηρωματώδη πλάκα (δηλ. στένωση $\geq 50\%$) στην αγγειογραφία ή την υπερηχογραφία. Δεν περιλαμβάνει αύξηση του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα της καρωτίδας. • Σακχαρώδης διαβήτης με βλάβη οργάνου-στόχου, π.χ. πρωτεϊνουρία ή με μείζονα παράγοντα κινδύνου όπως σταδίου 3 υπέρταση ή υπερχοληστερολαιμία • Σοβαρή ΧΝΝ (eGFR < 30 mL/min/1,73 m²) • Υπολογισμένη βαθμολογία SCORE στα 10 έτη $\geq 10\%$
Υψηλού κινδύνου	<p>Άτομα με οποιοδήποτε από τα παρακάτω:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σημαντική αύξηση ενός μεμονωμένου παράγοντα κινδύνου, ιδίως της χοληστερόλης > 310 mg/dL, π.χ. οικογενής υπερχοληστερολαιμία ή σταδίου 3 υπέρταση (ΑΠ $\geq 180/110$ mmHg) • Τα περισσότερα άλλα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (με εξαίρεση ορισμένα νέα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και χωρίς μείζονες παράγοντες κινδύνου, που μπορεί να είναι μέτριου κινδύνου) <p>Υπερτασική ΥΑΚ</p> <p>Μέτρια ΧΝΝ με eGFR 30–59 mL/min/1,73 m²)</p> <p>Υπολογισμένη βαθμολογία SCORE στα 10 έτη 5–10%</p>
Μέτριου κινδύνου	<p>Άτομα με:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Υπολογισμένη βαθμολογία SCORE στα 10 έτη 1% έως $< 5\%$ • Σταδίου 2 υπέρταση • Πολλά μεσήλικα άτομα ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία
Χαμηλού κινδύνου	<p>Άτομα με:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Υπολογισμένη βαθμολογία SCORE στα 10 έτη $< 1\%$

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, CV = καρδιαγγειακός, ΚΑΝ = καρδιαγγειακή νόσος, eGFR = εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, ΥΑΚ = υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, ΠΙΑΕΕ = παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΠΑΝ = περιφερική αρτηριακή νόσος, SCORE = Συστηματική Αξιολόγηση του Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου.

Οι ασθενείς με υπέρταση ενδέχεται επίσης να εμφανίζουν χαρακτηριστικά επαγόμενης από την υπέρταση βλάβης οργάνου-στόχου (ΗΜΟΔ) (βλ. Πίνακες 13-16), καθώς και σακχαρώδη διαβήτη ή χρόνια νεφρική νόσο, γεγονός το οποίο μπορεί να μετατοπίζει τον εκτιμώμενο βάσει του συστήματος SCORE κίνδυνο σε υψηλότερη κατηγορία, όπως περιγράφεται στην [Εικόνα 1](#).

Εικόνα 1 Ταξινόμηση των σταδίων της υπέρτασης ανάλογα με τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης, την παρουσία καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, την επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου ή τις συννοσηρότητες					
Ορισμός σταδίου υπέρτασης	Άλλοι παράγοντες κινδύνου, ΗΜΟΔ ή νόσος	Ορισμός σταδίου ΑΠ (mmHg)			
		Υψηλή-φυσιολογική ΣΑΠ 130-139 ΔΑΠ 85-89	Σταδίου 1 ΣΑΠ 140-159 ΔΑΠ 90-99	Σταδίου 2 ΣΑΠ 160-179 ΔΑΠ 100-109	Σταδίου 3 ΣΑΠ ≥ 180 ΔΑΠ ≥ 110
Σταδίου 1 (ανεπίπλεκτη)	Χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου	Χαμηλού κινδύνου	Χαμηλού κινδύνου	Μέτριου κινδύνου	Υψηλού κινδύνου
	1 ή 2 παράγοντες κινδύνου	Χαμηλού κινδύνου	Μέτριου κινδύνου	Μέτριου – υψηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου
	≥ 3 παράγοντες κινδύνου	Χαμηλού – μέτριου κινδύνου	Μέτριου – υψηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου
Σταδίου 2 (ασυμπτωματική νόσος)	ΗΜΟΔ, ΧΝΝ σταδίου 3 ή σακχαρώδης διαβήτης χωρίς βλάβη οργάνου-στόχου	Μέτριου – υψηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου	Υψηλού – πολύ υψηλού κινδύνου
Σταδίου 3 (συμπτωματική νόσος)	Εμφανής ΚΑΝ, ΧΝΝ σταδίου ≥4 ή σακχαρώδης διαβήτης με βλάβη οργάνου-στόχου	Πολύ υψηλού κινδύνου	Πολύ υψηλού κινδύνου	Πολύ υψηλού κινδύνου	Πολύ υψηλού κινδύνου

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, CV = καρδιαγγειακός, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση, SCORE = Συστηματική Αξιολόγηση του Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου.
^aΠεριγράφεται ο καρδιαγγειακός κίνδυνος για άνδρα μέσης ηλικίας. Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος δεν αντιστοιχεί απαραίτητα στον πραγματικό κίνδυνο σε διαφορετικές ηλικίες. Συνιστάται η χρήση του συστήματος SCORE για την επίσημη εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου για λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία.

2.3 Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης

Η ΑΠ μπορεί να μετρηθεί στο ιατρείο, στο σπίτι ή μέσω περιπατητικής παρακολούθησης της ΑΠ (ABPM). Σε όλες τις περιπτώσεις, είναι σημαντικό να γίνεται προσεκτική μέτρηση της ΑΠ, με χρήση επικυρωμένης συσκευής (Πίνακας 7).

Πίνακας 7 Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο
Οι ασθενείς θα πρέπει να παραμένουν σε άνετη καθιστή θέση σε ήσυχο περιβάλλον για τουλάχιστον 5 λεπτά πριν την έναρξη των μετρήσεων της ΑΠ.
Θα πρέπει να καταγράφονται τρεις μετρήσεις της ΑΠ, με διαφορά 1–2 λεπτών, και πρόσθετες μετρήσεις θα λαμβάνονται μόνο εάν οι δύο πρώτες μετρήσεις διαφέρουν κατά >10 mmHg. Η ΑΠ καταγράφεται ως ο μέσος όρος των δύο τελευταίων μετρήσεων.
Πρόσθετες μετρήσεις μπορεί να απαιτούνται σε ασθενείς με ασταθείς τιμές ΑΠ λόγω αρρυθμιών, όπως σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή, στους οποίους θα πρέπει να χρησιμοποιείται μη αυτόματη στηθοσκοπική μέθοδος, καθώς οι περισσότερες αυτοματοποιημένες συσκευές δεν έχουν επικυρωθεί για μέτρηση της ΑΠ σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή.
Για τους περισσότερους ασθενείς θα πρέπει να χρησιμοποιείται τυπική περιχειρίδα (πλάτους 12–13 cm και μήκους 35 cm), αλλά θα πρέπει να υπάρχει διαθέσιμη μεγαλύτερη και μικρότερη περιχειρίδα για μεγαλύτερους (περίμετρος βραχίονα >32 cm) και μικρότερους βραχίονες, αντιστοίχως.
Η περιχειρίδα θα πρέπει να τοποθετείται στο ύψος της καρδιάς, με υποστήριξη της πλάτης και του βραχίονα, προκειμένου να αποφευχθούν οι μυϊκές συσπάσεις και οι εξαρτώμενες από ισομετρική άσκηση αυξήσεις της ΑΠ.
Όταν χρησιμοποιείται η στηθοσκοπική μέθοδος, χρησιμοποιήστε ήχους Korotkoff φάσης I και V (αιφνίδια μείωση/εξαφάνιση) για τον εντοπισμό της ΣΑΠ και της ΔΑΠ, αντιστοίχως.
Στην πρώτη επίσκεψη, μετρήστε την ΑΠ και στους δύο βραχίονες για ανίχνευση τυχόν διαφορών μεταξύ των βραχιόνων. Χρησιμοποιήστε τον βραχίονα με την υψηλότερη τιμή ως τιμή αναφοράς.
Κατά την πρώτη επίσκεψη, μετρήστε την ΑΠ 1 λεπτό και 3 λεπτά μετά την έγερση από καθιστή σε όρθια θέση σε όλους τους ασθενείς, προκειμένου να αποκλειστεί η ορθοστατική υπόταση. Θα πρέπει επίσης να επαναλαμβάνονται οι μετρήσεις της ΑΠ σε ύπτια και όρθια θέση στις επόμενες επισκέψεις στα ηλικιωμένα άτομα, στα άτομα με διαβήτη και σε άλλες καταστάσεις στις οποίες ενδέχεται να είναι συχνή η ορθοστατική υπόταση.
Καταγράψτε την καρδιακή συχνότητα και χρησιμοποιήστε ψηλάφηση παλμού για να αποκλειστεί η αρρυθμία.

KM = κοιλιακή μαρμαρυγή, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

^aΟι περισσότερες αυτόματες συσκευές δεν είναι επικυρωμένες για μέτρηση της ΑΠ σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή και καταγράφουν την ανώτατη μεμονωμένη κυματομορφή συστολικής πίεσης, αντί για έναν μέσο όρο αρκετών καρδιακών κύκλων. Αυτό οδηγεί σε υπερεκτίμηση της ΑΠ.

2.4 Παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης κατ' οίκον

Η κατ' οίκον ΑΠ μετριέται ως ο μέσος όρος όλων των μετρήσεων ΑΠ που πραγματοποιούνται με μια ημιαυτόματη, επικυρωμένη συσκευή παρακολούθησης ΑΠ, για τουλάχιστον 3 ημέρες και κατά προτίμηση έως 6-7 διαδοχικές ημέρες πριν από κάθε κλινική επίσκεψη, με μετρήσεις το πρωί και το απόγευμα, λαμβανόμενες σε ένα ήσυχο δωμάτιο, μετά από 5 λεπτά σε ηρεμία, με τον ασθενή σε καθιστή θέση και με υποστήριξη της πλάτης και του βραχίονα. Σε κάθε συνεδρία μέτρησης θα πρέπει να λαμβάνονται δύο μετρήσεις, με διαφορά 1-2 λεπτών.

2.5 Παρακολούθηση της περιπατητικής αρτηριακής πίεσης (ABPM)

Η ABPM παρέχει τον μέσο όρο των μετρήσεων ΑΠ σε μια καθορισμένη περίοδο, συνήθως 24 ωρών. Η συσκευή είναι συνήθως προγραμματισμένη να καταγράφει την ΑΠ σε διαστήματα των 15-30 λεπτών και συνήθως παρέχεται ο μέσος όρος των τιμών ΑΠ για την ημέρα, τη νύχτα και το 24ωρο. Για μια έγκυρη συνεδρία μετρήσεων ABPM θα πρέπει τουλάχιστον το 70% των μετρήσεων ΑΠ να μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Οι κατ' οίκον τιμές και οι τιμές ABPM είναι κατά μέσον όρο χαμηλότερες από τις τιμές ιατρείου και τα αντίστοιχα όρια για τη διάγνωση υπέρτασης παρουσιάζονται στον [Πίνακα 8](#).

Πίνακας 8 Ορισμοί της υπέρτασης με βάση τις μετρήσεις της ΑΠ στο ιατρείο, την περιπατητική ΑΠ και τις κατ' οίκον μετρήσεις της ΑΠ			
Κατηγορία	ΣΑΠ (mmHg)		ΔΑΠ (mmHg)
ΑΠ ιατρείου ^α	≥140	και/ή	≥90
Περιπατητική ΑΠ			
Ημέρα (ή εκτός ύπνου), μέση τιμή	≥135	και/ή	≥85
Νύχτα (ή κατά τον ύπνο), μέση τιμή	≥120	και/ή	≥70
Μέση τιμή 24ώρου	≥130	και/ή	≥80
Μέση τιμή ΑΠ στο σπίτι	≥135	και/ή	≥85

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

^αΑναφέρεται στην κλασική ΑΠ ιατρείου και όχι στην ΑΠ ιατρείου χωρίς παρουσία του ιατρού.

2.6 Προδιαγνωστικός έλεγχος για την ανίχνευση της υπέρτασης

Η υπέρταση είναι κατά βάση μια ασυμπτωματική κατάσταση και ο καλύτερος τρόπος εντοπισμού της είναι μέσω προγραμμάτων προδιαγνωστικού ελέγχου του πληθυσμού ή μέσω ευκαιριακών μετρήσεων της ΑΠ (βλ. [Εικόνα 2](#)). Όλοι οι ενήλικες θα πρέπει να έχουν την ΑΠ καταγεγραμμένη στον ιατρικό τους φάκελο και να τη γνωρίζουν, ενώ περαιτέρω προδιαγνωστικός έλεγχος θα πρέπει να πραγματοποιείται σε τακτά διαστήματα, σε συχνότητα που εξαρτάται από το επίπεδο της ΑΠ.

Για υγιή άτομα με βέλτιστη ΑΠ ιατρείου (<120/80 mmHg), η ΑΠ θα πρέπει να μετριέται τουλάχιστον κάθε 5 έτη και συχνότερα όταν δίνεται η ευκαιρία.

Στους ασθενείς με φυσιολογική ΑΠ (120-129/85-84 mmHg), η ΑΠ θα πρέπει να μετριέται ξανά τουλάχιστον κάθε 3 έτη.

Στους ασθενείς με υψηλή φυσιολογική ΑΠ (130-139/85-89 mmHg), η ΑΠ θα πρέπει να καταγράφεται ετησίως, λόγω των υψηλών ποσοστών εξέλιξης της υψηλής-φυσιολογικής ΑΠ σε υπέρταση.

Εικόνα 2 Προδιαγνωστικός έλεγχος και διάγνωση της υπέρτασης				
Ιδανική ΑΠ <120/80	Φυσιολογική ΑΠ 120-129/80-84	Υψηλή- φυσιολογική ΑΠ 130-139/85-89 ^α		Υπέρταση ≥140/90 ^α
		Εξετάστε για συγκαλυμμένη υπέρταση	Μέτρηση της ΑΠ εκτός ιατρείου	Χρησιμοποιήστε οποιοδήποτε από τα δύο για επιβεβαίωση της διάγνωσης

			(ABPM ή HBPM)	
Επανάληψη μέτρησης ΑΠ τουλάχιστον κάθε 5 έτη	Επανάληψη μέτρησης ΑΠ τουλάχιστον κάθε 3 έτη	Επανάληψη μέτρησης ΑΠ τουλάχιστον ετησίως		Επαναλαμβανόμενες επισκέψεις για μέτρηση της ΑΠ ιατρού Μέτρηση της ΑΠ εκτός ιατρού (ABPM ή HBPM)
				Ενδείξεις για ABPM ή HBPM βλ. Πίνακα 9
<p>ABPM = περιπατητική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, HBPM = κατ' οίκον παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης.</p> <p>^aΜετά την ανίχνευση μιας συγκεκριμένης κατηγορίας ΑΠ κατά τον προδιαγνωστικό έλεγχο, θα πρέπει είτε να επιβεβαιώνεται η αύξηση της ΑΠ με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις της ΑΠ ιατρού σε επαναληπτικές επισκέψεις είτε να δρομολογείται η εκτός ιατρού μέτρηση της ΑΠ για επιβεβαίωση της διάγνωσης της υπέρτασης.</p>				

2.7 Επιβεβαίωση της διάγνωσης της υπέρτασης

Η διάγνωση υπέρτασης δεν θα πρέπει να βασίζεται σε μόνο μία συνεδρία μετρήσεων ΑΠ σε μία μόνο επίσκεψη στο ιατρείο, εκτός και αν η ΑΠ είναι πολύ αυξημένη (π.χ. υπέρταση σταδίου 3) και υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ΗΜΟΔ (π.χ. υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια με εξιδρώματα και αιμορραγίες ή ΥΑΚ ή αγγειακή ή νεφρική βλάβη). Για όλες τις άλλες περιπτώσεις (δηλ. σχεδόν για όλους τους ασθενείς), η διάγνωση της υπέρτασης θα πρέπει να βασίζεται σε μετρήσεις της ΑΠ σε επαναληπτικές επισκέψεις στο ιατρείο ή σε κατ' οίκον μετρήσεις της ΑΠ ή σε ABPM, όταν οι μετρήσεις αυτές είναι εφικτές (Εικόνα 2). Η ABPM ενδείκνυται επίσης για ειδικές ενδείξεις, βλ. Πίνακα 9.

Πίνακας 9 Κλινικές ενδείξεις για κατ' οίκον παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης ή περιπατητική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης
Καταστάσεις στις οποίες η υπέρταση της λευκής μπλούζας είναι πιο συχνή, π.χ. <ul style="list-style-type: none"> • Σταδίου 1 υπέρταση κατά τη μέτρηση της ΑΠ στο ιατρείο • Σημαντική αύξηση της ΑΠ ιατρού χωρίς ΗΜΟΔ
Καταστάσεις στις οποίες η συγκαλυμμένη υπέρταση είναι πιο συχνή, π.χ. <ul style="list-style-type: none"> • Υψηλή-φυσιολογική ΑΠ ιατρού • Φυσιολογική ΑΠ ιατρού σε άτομα με ΗΜΟΔ ή με υψηλό συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο
Ορθοστατική και μεταγευματική υπόταση σε ασθενείς υπό και χωρίς θεραπεία
Διάγνωση/εκτίμηση της ανθεκτικής υπέρτασης
Αξιολόγηση του ελέγχου της ΑΠ, ιδίως σε ασθενείς υψηλότερου κινδύνου που λαμβάνουν θεραπεία
Υπερβολική απόκριση της ΑΠ στην άσκηση
Όταν υπάρχει σημαντική διακύμανση στην ΑΠ ιατρού
Αξιολόγηση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν υπόταση στη διάρκεια της θεραπείας
Ειδικές ενδείξεις για ABPM και όχι για HBPM: <ul style="list-style-type: none"> • Αξιολόγηση των νυχτερινών τιμών ΑΠ και της κατάστασης νυχτερινής βύθισης της ΑΠ (π.χ. υποψία νυχτερινής υπέρτασης, όπως στην υπνική άπνοια, τη χρόνια νεφρική νόσο, τον διαβήτη, την υπέρταση ενδοκρινικής προέλευσης ή τη δυσλειτουργία του αυτόνομου συστήματος)

ABPM = περιπατητική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, CV = καρδιαγγειακός, HBPM = κατ' οίκον παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης.

Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Συνιστώνται προγράμματα προδιαγνωστικού ελέγχου για την υπέρταση. Σε όλους τους ενήλικες (18 ετών και άνω) θα πρέπει να μετρείται η ΑΠ ιατρείου, να καταγράφεται στον ιατρικό φάκελο και να τους γνωστοποιείται.	I	B
<ul style="list-style-type: none"> • Ενδείκνυται περαιτέρω καταγραφή της ΑΠ, τουλάχιστον κάθε 5 έτη, εάν η ΑΠ παραμένει ιδανική. • Ενδείκνυται περαιτέρω καταγραφή της ΑΠ, τουλάχιστον κάθε 3 έτη, εάν η ΑΠ παραμένει φυσιολογική. • Εάν η ΑΠ παραμένει υψηλή-φυσιολογική, συνιστάται περαιτέρω καταγραφή της ΑΠ, τουλάχιστον ετησίως. • Σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς (>50 ετών), θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο πιο συχνού ελέγχου της ΑΠ ιατρείου για κάθε κατηγορία ΑΠ, λόγω της απότομης αύξησης της ΣΑΠ με τη γήρανση. 	I	Γ
	I	Γ
	I	Γ
	IIα	Γ
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (συνέχεια)		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Συνιστάται η μέτρηση της ΑΠ ιατρείου και στους δύο βραχίονες, τουλάχιστον κατά την πρώτη επίσκεψη, διότι μια διαφορά στη ΣΑΠ μεταξύ των βραχιόνων >15 mmHg υποδηλώνει αθηρωματική νόσο και σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο	I	A
Εάν βρεθεί διαφορά στην ΑΠ μεταξύ των βραχιόνων, τότε συνιστάται σε όλες τις επόμενες μετρήσεις της ΑΠ να χρησιμοποιείται ο βραχίονας με την υψηλότερη μέτρηση της ΑΠ.	I	Γ
<p>Συνιστάται η διάγνωση υπέρτασης να βασίζεται σε:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις της ΑΠ ιατρείου σε περισσότερες από μία επισκέψεις, εκτός και αν η υπέρταση είναι σοβαρή (π.χ. σταδίου 3 και ιδίως σε ασθενείς υψηλού κινδύνου). Σε κάθε επίσκεψη, πρέπει να καταγράφονται τρεις μετρήσεις της ΑΠ, με διαφορά 1–2 λεπτών, και πρόσθετες μετρήσεις θα πρέπει να πραγματοποιούνται εάν οι πρώτες δύο μετρήσεις διαφέρουν κατά >10 mmHg. Η ΑΠ του ασθενούς είναι ο μέσος όρος των τελευταίων δύο μετρήσεων. <p>Ή</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μέτρηση της ΑΠ εκτός ιατρείου με ABPM και/ή HBPM, εφόσον οι μετρήσεις αυτές είναι εφικτές από υλικοτεχνική και οικονομική άποψη. 	I	Γ
Η μέτρηση της ΑΠ εκτός ιατρείου (δηλ. ABPM ή HBPM) έχει τις παρακάτω κλινικές ενδείξεις, όπως ο εντοπισμός υπέρτασης της λευκής μπλούζας και συγκαλυμμένης υπέρτασης, ο ποσοτικός προσδιορισμός των επιδράσεων της θεραπείας και ο εντοπισμός πιθανών αιτιών ανεπιθύμητων ενεργειών (π.χ. συμπτωματική υπόταση).	I	A
Συνιστάται σε όλους τους υπερτασικούς ασθενείς να πραγματοποιείται ψηλάφηση παλμού σε ηρεμία για προσδιορισμό της καρδιακής συχνότητας και αναζήτηση αρρυθμιών, όπως η κοιλιακή μαρμαρυγή.	I	Γ

Θα μπορούσαν να συσταθούν και άλλες μετρήσεις και δείκτες της ΑΠ (πίεση σφυγμού, διακύμανση της ΑΠ, ΑΠ σε κόπωση, κοιλιακή ΑΠ), αλλά προς το παρόν δεν χρησιμοποιούνται συχνά στην κλινική πρακτική ρουτίνας. Θα μπορούσαν να παρέχουν χρήσιμες πρόσθετες πληροφορίες σε ορισμένες περιστάσεις και είναι πολύτιμα εργαλεία για έρευνα.	IIβ	Γ
--	-----	---

ABPM = περιπατητική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ΚΜ = κολπική μαρμαρυγή, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, CV = καρδιαγγειακός, ΗΒΡΜ = κατ' οίκον παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

^αΚατηγορία σύστασης.

^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

3. Κλινική αξιολόγηση

Σκοπός της κλινικής αξιολόγησης είναι:

1. Να οριστικοποιηθούν η διάγνωση και το στάδιο της υπέρτασης.
2. Να πραγματοποιηθεί έλεγχος για πιθανά δευτερογενή αίτια της υπέρτασης.
3. Να καθοριστούν οι παράγοντες που ενδεχομένως συμβάλλουν στην ανάπτυξη υπέρτασης (τρόπος ζωής, συγχορηγούμενα φάρμακα ή οικογενειακό ιστορικό).
4. Να καθοριστούν τυχόν ταυτόχρονοι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου (συμπεριλαμβανομένου του τρόπου ζωής και του οικογενειακού ιστορικού).
5. Να καθοριστούν τυχόν συνυπάρχουσες νόσοι.
6. Να καθοριστεί κατά πόσο υπάρχουν ενδείξεις ΗΜΟΔ ή υφιστάμενης καρδιαγγειακής, αγγειακής εγκεφαλικής ή νεφρικής νόσου.

Πίνακας 10 Βασικές πληροφορίες που πρέπει να συλλέγονται για το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό
Παράγοντες κινδύνου
Οικογενειακό και ατομικό ιστορικό υπέρτασης, καρδιαγγειακής νόσου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή νεφρικής νόσου
Οικογενειακό και ατομικό ιστορικό σχετιζόμενων παραγόντων κινδύνου (π.χ. οικογενής υπερχοληστερολαιμία)
Ιστορικό καπνίσματος
Διατροφολογικό ιστορικό και πρόσληψη άλατος
Κατανάλωση αλκοόλ
Έλλειψη σωματικής άσκησης / καθιστικός τρόπος ζωής
Ιστορικό στυτικής δυσλειτουργίας
Ιστορικό ύπνου, ρεγχασμός, υπνική άπνοια (λήψη πληροφοριών και από τον/τη σύντροφο)
Προηγούμενη υπέρταση κατά την κύηση/προεκλαμψία
Ιστορικό και συμπτώματα ΗΜΟΔ, καρδιαγγειακής νόσου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και νεφρικής νόσου
Εγκέφαλος και οφθαλμοί: κεφαλαλγία, ίλιγγος, συγκοπή, μειωμένη όραση, παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΠΙΑΕΕ), αισθητικό ή κινητικό έλλειμμα, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, επαναγγείωση καρωτίδας, διαταραγμένες γνωστικές λειτουργίες ή άνοια (στους ηλικιωμένους)

Καρδιά: θωρακικό άλγος, δύσπνοια, οίδημα, έμφραγμα του μυοκαρδίου, επαναγγείωση στεφανιαίας, συγκοπή, ιστορικό αισθήματος παλμών, αρρυθμίες (ιδίως κολπική μαρμαρυγή), καρδιακή ανεπάρκεια
Νεφρός: δίψα, πολυουρία, νυκτουρία, αιματουρία, ουρολοιμώξεις
Περιφερικές αρτηρίες: κρύα άκρα, διαλείπουσα χωλότητα, απόσταση βάδισης χωρίς πόνο, πόνος σε ηρεμία, περιφερική επαναγγείωση
Ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου (π.χ. πολυκυστική νεφρική νόσος)
Πίνακας 10 Βασικές πληροφορίες που πρέπει να συλλέγονται για το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό (συνέχεια)
Ιστορικό πιθανής δευτεροπαθούς υπέρτασης
Έναρξη υπέρτασης σταδίου 2 ή 3 σε νεαρή ηλικία (<40 ετών) ή αιφνίδια ανάπτυξη υπέρτασης ή ταχεία επιδείνωση της ΑΠ σε ηλικιωμένους ασθενείς
Ιστορικό νεφρικής νόσου/ουρολοιμώξεων
Κατάχρηση ουσιών για ψυχαγωγικούς λόγους/συγχορηγούμενες θεραπείες: κορτικοστεροειδή, ρινικό αγγειοσυσταλτικό, χημειοθεραπεία, γιοχιμπίνη, γλυκόριζα
Επαναλαμβανόμενα επεισόδια εφίδρωσης, κεφαλαλγίας, άγχους, αισθήματος παλμών, που υποδηλώνουν φαιοχρωμοκύτωμα
Ιστορικό αυτόματης ή προκαλούμενης από διουρητικό υποκαλιαμίας, επεισόδια μυϊκής αδυναμίας και τετανίας (υπεραλδοστερονισμός)
Συμπτώματα που υποδηλώνουν νόσο θυρεοειδούς ή υπερπαραθυρεοειδισμό
Ιστορικό κύησης ή παρούσα κύηση και χρήση από στόματος χορηγούμενων αντισυλληπτικών
Ιστορικό υπνικής άπνοιας
Αντιυπερτασική φαρμακευτική θεραπεία
Τρέχουσα/προηγούμενη χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένης της αποτελεσματικότητας και της ανοχής των προηγούμενων φαρμάκων
Συμμόρφωση με τη θεραπεία

KM = κολπική μαρμαρυγή, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, ΚΑΝ = καρδιαγγειακή νόσος, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου, ΠΙΑΕΕ = παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Πίνακας 11 Βασικά βήματα στην κλινική εξέταση
Σωματότυπος
Μέτρηση βάρους και ύψους σε βαθμονομημένη κλίμακα, με υπολογισμό του ΔΜΣ
Περίμετρος μέσης
Σημεία επαγόμενης από την υπέρταση βλάβης οργάνου-στόχου
Νευρολογική εξέταση και κατάσταση γνωστικών λειτουργιών
Βυθοσκόπηση για υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια
Ψηλάφηση και ακρόαση της καρδιάς και των καρωτίδων
Ψηλάφηση των περιφερικών αρτηριών
Σύγκριση της ΑΠ στους δύο βραχίονες (τουλάχιστον μία φορά)
Πίνακας 11 Βασικά βήματα στην κλινική εξέταση (συνέχεια)
Δευτεροπαθής υπέρταση
Επισκόπηση δέρματος – καφέ κηλίδες νευροϊνομάτωσης (φαιοχρωμοκύτωμα)
Ψηλάφηση νεφρών για σημεία νεφρικής διόγκωσης στην πολυκυστική νεφρική νόσο
Ακρόαση καρδιάς και νεφρικών αρτηριών για φυσήματα που υποδηλώνουν στένωση ισθμού αορτής ή νεφραγγειακή υπέρταση

Σύγκριση κερκιδικού και μηριαίου σφυγμού – για την ανίχνευση κερκιδικο-μηριαίας καθυστέρησης στη στένωση του ισθμού της αορτής
Σημεία νόσου Cushing ή μεγαλακρίας
Σημεία θυρεοειδικής νόσου

ΔΜΣ = δείκτης μάζας σώματος, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου.

Πίνακας 12 Εξετάσεις ρουτίνας για την αξιολόγηση των υπερτασικών ασθενών
Εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας
Αιμοσφαιρίνη και/ή αιματοκρίτης
Γλυκόζη αίματος νηστείας και γλυκοζυλιωμένη HbA _{1c}
Λιπίδια αίματος: ολική χοληστερόλη, LDL-χοληστερόλη, HDL-χοληστερόλη
Τριγλυκερίδια αίματος
Κάλιο και νάτριο αίματος
Ουρικό οξύ αίματος
Κρεατινίνη αίματος και eGFR
Εξετάσεις αίματος για την ηπατική λειτουργία
Ανάλυση ούρων: μικροσκοπική εξέταση, πρωτεϊνουρία με ράβδο δοκιμής (dipstick) ή, ιδανικά, λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνης
ΗΚΓ 12 απαγωγών

eGFR = εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, ΗΚΓ = ηλεκτροκαρδιογράφημα, HbA_{1c} = αιμοσφαιρίνη A_{1c}.

Πίνακας 13 Αξιολόγηση της επαγόμενης από την υπέρταση βλάβης οργάνου-στόχου	
Βασικές εξετάσεις προδιαγνωστικού ελέγχου για ΗΜΟΔ	Ένδειξη και ερμηνεία
ΗΚΓ 12 απαγωγών	Έλεγχος για υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και άλλες πιθανές καρδιακές διαταραχές και για τεκμηρίωση της καρδιακής συχνότητας και του καρδιακού ρυθμού
Λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνης στα ούρα	Για εκτίμηση επιδείνωσης της λευκωματουρίας, που θα υποδήλωνε πιθανή νεφρική νόσο
Κρεατινίνη αίματος και eGFR	Για εκτίμηση πιθανής νεφρικής νόσου
Βυθοσκόπηση	Για εκτίμηση υπερτασικής αμφιβληστροειδοπάθειας, ιδίως σε ασθενείς με υπέρταση σταδίου 2 ή 3
Πιο λεπτομερής προδιαγνωστικός έλεγχος για ΗΜΟΔ	Ένδειξη και ερμηνεία
Υπερηχοκαρδιογράφημα	Για εκτίμηση της δομής και της λειτουργίας της καρδιάς, όταν οι πληροφορίες αυτές θα επηρεάσουν τις αποφάσεις για τη θεραπεία
Υπέρηχος καρωτίδων	Για καθορισμό της παρουσίας καρωτιδικής πλάκας ή στένωσης, ιδίως σε ασθενείς με αγγειακή εγκεφαλική νόσο ή αγγειακή νόσο σε άλλο σημείο
Υπέρηχος κοιλίας και εξετάσεις Doppler	Για αξιολόγηση του μεγέθους και της δομής των νεφρών (π.χ. ουλές) και για αποκλεισμό της

	αποφρακτικής ουροπάθειας ως πιθανών υποκείμενων αιτιών χρόνιας νεφρικής νόσου και υπέρτασης Αξιολόγηση της κοιλιακής αορτής για πιθανό ανεύρυσμα και αγγειακή νόσο Εξέταση επινεφριδίων για ενδείξεις αδενώματος ή φαιοχρωμοκυτώματος (προτιμάται CT ή MRI για λεπτομερή εξέταση) Εξετάσεις Doppler της νεφρικής αρτηρίας για έλεγχο ως προς την παρουσία νεφραγγειακής νόσου, ιδίως όταν υπάρχει ασυμμετρία στο μέγεθος των νεφρών
PWV (ταχύτητα σφυγμικού κύματος)	Δείκτης αορτικής σκληρίας και υποκείμενης αρτηριοσκληρώσεως
ΚΒΔ (κνημο-βραχιόνιος δείκτης)	Έλεγχος για ενδείξεις περιφερικής αρτηριακής νόσου
Έλεγχος γνωστικών λειτουργιών	Για αξιολόγηση των γνωστικών λειτουργιών σε ασθενείς με συμπτώματα που υποδηλώνουν γνωστική δυσλειτουργία
Απεικόνιση εγκεφάλου	Για αξιολόγηση της παρουσίας ισχαιμικής ή αιμορραγικής εγκεφαλικής βλάβης, ιδίως σε ασθενείς με ιστορικό αγγειακής εγκεφαλικής νόσου ή έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών

ΚΒΔ = κνημο-βραχιόνιος δείκτης, ABPM = περιπατητική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, CT = αξονική τομογραφία, ΗΚΓ = ηλεκτροκαρδιογράφημα, ΗΒΡΜ = κατ' οίκον παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου, ΑΝΚΑ = αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων, ΥΑΚ = υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, MRI = μαγνητική τομογραφία, ΠΑΝ = περιφερική αρτηριακή νόσος, ΤΠΚ = ταχύτητα παλμικού κύματος.

Πίνακας 14 Τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα απλά κριτήρια και αναγνωρισμένα όρια για τους ορισμούς της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας βάσει ΗΚΓ	
Κριτήρια με βάση τα δυναμικά στο ΗΚΓ	Κριτήρια για ΥΑΚ
$S_{V1}+R_{V5}$ (κριτήριο Sokolow-Lyon)	>35 mm
Κύμα R στην aVL	≥11 mm
$S_{V3}+R_{aVL}$ (δυναμικά Cornell) ^α	>28 mm (άνδρες)
Γινόμενο δείκτη Cornell και διάρκειας (Cornell duration product) ^β	>20 mm (γυναίκες)
	>2440 mm.ms

ΗΚΓ = ηλεκτροκαρδιογράφημα, ΥΑΚ = υπερτροφία της αριστερής κοιλίας.

^αΆθροισμα των δυναμικών των απαγωγών άκρου και των προκάρδιων απαγωγών. ^βΓινόμενο των δυναμικών Cornell x διάρκεια διαστήματος QRS (mm.ms).

Πίνακας 15 Υπερηχοκαρδιογραφικοί ορισμοί της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας, συγκεντρική γεωμετρία, μέγεθος θαλάμου αριστερής κοιλίας και διάταση αριστερού κόλπου		
Παράμετρος	Μέτρηση	Όριο που δηλώνει διαταραχή
Υπερτροφία αριστερής κοιλίας	Μάζα/ύψος αριστερής κοιλίας (g/m)	> 50 (άνδρες) > 47 (γυναίκες)

Υπερτροφία αριστερής κοιλίας	Μάζα αριστερής κοιλίας/εμβαδόν επιφάνειας σώματος (g/m ²)	> 115 (άνδρες) > 95 (γυναίκες)
Συγκεντρική γεωμετρία αριστερής κοιλίας	Σχετικό πάχος τοιχωμάτων	≥ 0,43
Μέγεθος θαλάμου αριστερής κοιλίας	Τελοδιαστολική διάμετρος/ύψος αριστερής κοιλίας (cm/m)	> 3,4 (άνδρες) > 3,3 (γυναίκες)
Μέγεθος αριστερού κόλπου (ελλειπτικό)	Όγκος/ύψος αριστερού κόλπου (mL/m)	> 18,5 (άνδρες) > 16,5 (γυναίκες)

ΕΕΣ = εμβαδόν επιφάνειας σώματος, ΑΚ = αριστερή κοιλία, ΥΑΚ = υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, ΣΠΤ = σχετικό πάχος τοιχώματος.

^aΜπορεί να χρησιμοποιηθεί κανονικοποίηση του εμβαδού επιφάνειας σώματος σε ασθενείς με φυσιολογικό βάρος.

Πίνακας 16 Ευαισθησία στην ανίχνευση αλλαγών επαγόμενων από τη θεραπεία, αναπαραγωγιμότητα και ανεξαρτησία του αποτελέσματος από τον εκάστοτε χειριστή, χρόνος έως τις αλλαγές, και προγνωστική αξία των αλλαγών που παρέχονται από τους δείκτες ΗΜΟΔ				
Δείκτης ΗΜΟΔ	Ευαισθησία στις αλλαγές	Αναπαραγωγιμότητα και ανεξαρτησία του αποτελέσματος από τον εκάστοτε χειριστή	Χρόνος έως τις αλλαγές	Προγνωστική αξία της αλλαγής
ΥΑΚ βάσει ΗΚΓ	Χαμηλή	Υψηλή	Μέτριος (>6 μήνες)	Ναι
ΥΑΚ βάσει υπερηχοκαρδιογραφίας	Μέτρια	Μέτρια	Μέτριος (>6 μήνες)	Ναι
ΥΑΚ βάσει CMR	Υψηλή	Υψηλή	Μέτριος (>6 μήνες)	Δεν υπάρχουν δεδομένα
eGFR	Μέτρια	Υψηλή	Πολύ αργός (έτη)	Ναι
Πρωτεϊνουρία	Υψηλή	Μέτρια	Γρήγορος (εβδομάδες έως μήνες)	Μέτρια
Πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδας	Πολύ χαμηλή	Χαμηλή	Αργός (>12 μήνες)	Όχι
PWV (ταχύτητα σφυγμικού κύματος)	Υψηλή	Χαμηλή	Γρήγορος (εβδομάδες έως μήνες)	Περιορισμένα δεδομένα
Κνημο-βραχιόνιος δείκτης	Χαμηλή	Μέτρια	Αργός (>12 μήνες)	Μέτρια
CMR = μαγνητική τομογραφία καρδιάς, ΗΚΓ = ηλεκτροκαρδιογράφημα, eGFR = εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου, IMT = πάχος έσω-μέσου χιτώνα, ΥΑΚ = υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, ΤΠΚ = ταχύτητα παλμικού κύματος.				

Κλινική αξιολόγηση και εκτίμηση πιθανής επαγωγής από την υπέρταση βλάβης οργάνου-στόχου

Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Καρδιά		
Συνιστάται ΗΚΓ 12 απαγωγών για όλους τους υπερτασικούς ασθενείς.	I	B
Υπερηχοκαρδιογραφία: <ul style="list-style-type: none"> • Συνιστάται στους υπερτασικούς ασθενείς όταν υπάρχουν ΗΚΓκές διαταραχές ή σημεία ή συμπτώματα δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας. • Θα μπορούσε να εξεταστεί η χρήση της όταν η ανίχνευση υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας θα μπορούσε να επηρεάσει τις αποφάσεις για τη θεραπεία. 	I	B
	IIβ	B
Αιμοφόρα αγγεία		
<ul style="list-style-type: none"> • Εξέταση των καρωτίδων με υπέρηχο: • Θα μπορούσε να εξεταστεί η χρήση της για την ανίχνευση ασυμπτωματικών αρτηριοσκληρωτικών πλακών ή στένωσης καρωτίδας, σε ασθενείς με τεκμηριωμένη αγγειακή νόσο σε άλλο σημείο του αρτηριακού δέντρου. 	I	B
	IIβ	B
Θα μπορούσε να εξεταστεί η χρήση της ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV) για τη μέτρηση της αρτηριακής σκληρίας.	IIβ	B
Θα μπορούσε να εξεταστεί η χρήση του κνημο-βραχιόνιου δείκτη για την ανίχνευση προχωρημένης αποφρακτικής αρτηριακής νόσου κάτω άκρων.	IIβ	B
Νεφρός		
Συνιστάται μέτρηση της κρεατινίνης ορού και του eGFR σε όλους τους υπερτασικούς ασθενείς.	I	B
Συνιστάται μέτρηση του λόγου λευκωματίνης/κρεατινίνης ούρων σε όλους τους υπερτασικούς ασθενείς.	I	B
Θα μπορούσε να εξεταστεί η χρήση υπερηχογραφίας και εξέτασης Doppler νεφρών στους ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία ή λευκωματουρία ή για πιθανολογούμενη δευτεροπαθή υπέρταση.	IIα	Γ
Βυθοσκόπηση		
Συνιστάται στους ασθενείς με υπέρταση σταδίου 2 ή 3 και σε όλους τους υπερτασικούς ασθενείς με διαβήτη.	I	Γ
Θα μπορούσε να εξεταστεί η χρήση της σε άλλους υπερτασικούς ασθενείς.	IIβ	Γ
Κλινική αξιολόγηση και εκτίμηση πιθανής επαγωγής από την υπέρταση βλάβης οργάνου-στόχου (συνέχεια)		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Εγκέφαλος		
Στους υπερτασικούς ασθενείς με νευρολογικά συμπτώματα και/ή έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, θα πρέπει να εξεταστεί η χρήση MRI ή CT εγκεφάλου για ανίχνευση εγκεφαλικών εμφράκτων, μικροαιμορραγιών και αλλοιώσεων της λευκής ουσίας.	IIα	B

KBD = κνημο-βραχιόνιος δείκτης, CT = αξονική τομογραφία, ΗΚΓ = ηλεκτροκαρδιογράφημα, eGFR = εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου, ΑΝΚΑ = αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων, ΑΚ = αριστερή κοιλία, ΥΑΚ = υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, MRI = μαγνητική τομογραφία, ΤΠΚ = ταχύτητα παλμικού κύματος; ΠΙΑΕΕ = παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

3.1 Πότε πρέπει ένας ασθενής με υπέρταση να παραπέμπεται για νοσοκομειακή φροντίδα

Οι περισσότεροι ασθενείς με υπέρταση αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Υπάρχουν, ωστόσο, περιστάσεις στις οποίες ενδέχεται να απαιτείται παραπομπή στο νοσοκομείο για αξιολόγηση και θεραπεία:

- Ασθενείς στους οποίους πιθανολογείται η παρουσία δευτεροπαθούς υπέρτασης.
- Νεότεροι ασθενείς (<40 ετών) με σταδίου 2 ή πιο σοβαρή υπέρταση στους οποίους θα πρέπει να αποκλειστεί η δευτεροπαθής υπέρταση.
- Ασθενείς με υπέρταση ανθεκτική στη θεραπεία.
- Ασθενείς στους οποίους η πιο λεπτομερής αξιολόγηση της ΗΜΟΔ θα μπορούσε να επηρεάσει τις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία.
- Ασθενείς με αιφνίδια έναρξη υπέρτασης όταν η ΑΠ ήταν προηγουμένως φυσιολογική.
- Άλλες κλινικές περιστάσεις στις οποίες ο ιατρός αισθάνεται ότι απαιτείται πιο εξειδικευμένη αξιολόγηση.

Υπάρχουν επίσης πιο σπάνιες περιστάσεις στις οποίες ένας ασθενής με υπέρταση θα πρέπει να παραπεμφθεί σε νοσοκομείο για επείγουσα φροντίδα, για την οποία συχνά θα απαιτηθεί ενδονοσοκομειακή φροντίδα (βλ. ενότητα 6).

4. Θεραπεία της υπέρτασης

Η θεραπεία ρουτίνας της υπέρτασης περιλαμβάνει τη λήψη υγιεινοδιαιτητικών μέτρων για όλους τους ασθενείς (συμπεριλαμβανομένων αυτών με υψηλή φυσιολογική ΑΠ) και φαρμακευτική θεραπεία για τους περισσότερους ασθενείς. Σημαντικά ζητήματα είναι τα εξής:

- Μετά από ποιο όριο ΑΠ ενδείκνυται ή θα πρέπει να εξεταστεί η χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας;
- Σε τι επίπεδο πρέπει να μειωθεί η ΑΠ;
- Ποιες στρατηγικές υγιεινοδιαιτητικών μέτρων και φαρμακευτικής θεραπείας θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση της ΑΠ;

4.1 Όρια ΑΠ πάνω από τα οποία απαιτείται θεραπεία

Υγιεινοδιαιτητικά μέτρα (βλ. ενότητα 4.3) συνιστώνται για όλους τους ασθενείς με υψηλή-φυσιολογική ΑΠ ή υπέρταση. Το όριο ΑΠ για χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας και ο χρόνος έναρξης της φαρμακευτικής θεραπείας εξαρτώνται από την ηλικία και το επίπεδο κινδύνου του ασθενούς (Εικόνα 3 και Πίνακας 17).

Πίνακας 17 Συνοπτική παρουσίαση των ορίων αρτηριακής πίεσης ιατρείου για την έναρξη θεραπείας						
Ηλικιακή ομάδα	Όριο ΣΑΠ ιατρείου για χορήγηση θεραπείας (mmHg)					Όριο ΔΑΠ για χορήγηση
	Υπέρταση	+ Διαβήτης	+ ΧΝΝ	+ ΣΝ	+ αγγειακό εγκεφαλικό	

					επεισόδιο/ ΠΙΑΕΕ	Θεραπείας (mmHg)
18–65 ετών	≥140	≥140	≥140	≥140 ^α	≥140 ^α	≥90
65–79 ετών	≥140	≥140	≥140	≥140 ^α	≥140 ^α	≥90
≥80 ετών	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
Όριο ΔΑΠ για χορήγηση θεραπείας (mmHg)	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΣΝ = στεφανιαία νόσος, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση, ΠΙΑΕΕ = παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

^αΘα μπορούσε να εξεταστεί η χορήγηση θεραπείας σε αυτούς τους ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου με υψηλή-φυσιολογική ΣΑΠ (δηλ. ΣΑΠ 130–140 mmHg).

Εικόνα 3 Έναρξη θεραπείας μείωσης της αρτηριακής πίεσης (υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και φαρμακευτική αγωγή) για όλα τα στάδια αρτηριακής υπέρτασης με βάση την ΑΠ ιατρείου			
Υψηλή φυσιολογική ΑΠ ΑΠ 130-139 / 85-89	Υπέρταση σταδίου 1 ΑΠ 140-159 / 90-99	Υπέρταση σταδίου 2 ΑΠ 160-179 / 100-109	Υπέρταση σταδίου 3 ΑΠ ≥180/ 110
Υγιεινοδιαιτητικά μέτρα	Υγιεινοδιαιτητικά μέτρα	Υγιεινοδιαιτητικά μέτρα	Υγιεινοδιαιτητικά μέτρα
Εξετάστε τη χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας στους ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου με ΚΑΝ, ιδίως στεφανιαία νόσο	Άμεση φαρμακευτική θεραπεία στους ασθενείς υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου με ΚΑΝ, νεφρική νόσο ή ΗΜΟΔ	Άμεση φαρμακευτική θεραπεία σε όλους τους ασθενείς	Άμεση φαρμακευτική θεραπεία σε όλους τους ασθενείς
	Φαρμακευτική θεραπεία στους ασθενείς χαμηλού-μέτριου κινδύνου χωρίς ΚΑΝ, νεφρική νόσο ή ΗΜΟΔ μετά από 3-6 μήνες εφαρμογής υγιεινοδιαιτητικών μέτρων εάν η ΑΠ δεν ελέγχεται	Στόχος η ρύθμιση της ΑΠ εντός 3 μηνών	Στόχος η ρύθμιση της ΑΠ εντός 3 μηνών
ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΣΝ = στεφανιαία νόσος, ΚΑΝ = καρδιαγγειακή νόσος, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου.			

Έναρξη θεραπείας για την υπέρταση ανάλογα με την αρτηριακή πίεση ιατρείου		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β

Συνιστάται άμεση έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας για τη μείωση της ΑΠ στους ασθενείς με υπέρταση σταδίου 2 ή 3 και με οποιοδήποτε επίπεδο καρδιαγγειακού κινδύνου, ταυτόχρονα με την έναρξη αλλαγών στον τρόπο ζωής.	I	A
Στους ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1: <ul style="list-style-type: none"> • Συνιστώνται παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής προκειμένου να καθοριστεί αν αυτό θα επαναφέρει την ΑΠ σε επιθυμητά επίπεδα. • Στους ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 με χαμηλό-μέτριο κίνδυνο και χωρίς ενδείξεις ΗΜΟΔ, συνιστάται φαρμακευτική θεραπεία για τη μείωση της ΑΠ εάν ο ασθενής παραμένει υπερτασικός μετά από μια περίοδο υγιεινοδιαιτητικών μέτρων. • Στους ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 και με υψηλό κίνδυνο ή με ενδείξεις ΗΜΟΔ, συνιστάται άμεση έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας, ταυτόχρονα με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής. 	IIa	B
	I	A
	I	A
Σε ηλικιωμένους υπερτασικούς ασθενείς με καλή φυσική κατάσταση (ακόμη και ηλικίας >80 ετών), συνιστάται φαρμακευτική θεραπεία για τη μείωση της ΑΠ και παρέμβαση στον τρόπο ζωής όταν η ΣΑΠ είναι ≥ 160 mmHg.	I	A
Συνιστάται φαρμακευτική θεραπεία για τη μείωση της ΑΠ και παρέμβαση στον τρόπο ζωής σε ηλικιωμένους ασθενείς με καλή φυσική κατάσταση (>65 ετών αλλά όχι >80 ετών) όταν η ΣΑΠ είναι εντός του εύρους του σταδίου 1 (140–159 mmHg), εφόσον η θεραπεία είναι καλά ανεκτή.	I	A
Θα μπορούσε επίσης να εξεταστεί η χορήγηση αντιυπερτασικής θεραπείας στους ευπαθείς ηλικιωμένους ασθενείς, εάν είναι ανεκτή.	IIβ	B
Δεν συνιστάται διακοπή της αντιυπερτασικής φαρμακευτικής θεραπείας με βάση την ηλικία, ακόμη και όταν οι ασθενείς φθάσουν σε ηλικία ≥ 80 ετών, εφόσον η θεραπεία είναι καλά ανεκτή.	III	A
Σε ασθενείς με υψηλή-φυσιολογική ΑΠ (130–139/85–89 mmHg): <ul style="list-style-type: none"> • Συνιστώνται αλλαγές στον τρόπο ζωής. • Θα μπορούσε να εξεταστεί η χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας όταν ο καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι πολύ υψηλός λόγω εγκατεστημένης καρδιαγγειακής νόσου, κυρίως στεφανιαίας νόσου. 	I	A
	IIβ	A

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΣΝ = στεφανιαία νόσος, CV = καρδιαγγειακός, ΚΑΝ = καρδιαγγειακή νόσος, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

^aΚατηγορία σύστασης. ^bΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων. ^γΣτους ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 και με χαμηλό-μέτριο κίνδυνο, θα μπορούσε να προηγηθεί μια παρατεταμένη περίοδος υγιεινοδιαιτητικών μέτρων πριν από την έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν αυτή η προσέγγιση αποκαθιστά την ΑΠ. Η διάρκεια των υγιεινοδιαιτητικών μέτρων εξαρτάται από το επίπεδο της ΑΠ εντός του εύρους του σταδίου 1, δηλ. την πιθανότητα επίτευξης ελέγχου της ΑΠ μόνο με υγιεινοδιαιτητικά μέτρα, καθώς και από τις ευκαιρίες για σημαντική αλλαγή του τρόπου ζωής σε μεμονωμένους ασθενείς.

4.2 Στόχοι της αντιυπερτασικής θεραπείας

Το επίπεδο στο οποίο θα πρέπει να μειωθεί η ΑΠ με τη φαρμακευτική θεραπεία εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς, τις συννοσηρότητες και την ανοχή της θεραπείας. Συνιστάται το επιδιωκόμενο εύρος να περιλαμβάνει ένα κατώτατο όριο ασφαλείας κάτω από το οποίο δεν

πρέπει συνήθως να μειωθεί η ΑΠ. Τα επιθυμητά εύρη για την ΑΠ ιατρείου συνοψίζονται παρακάτω, καθώς και στον Πίνακα 18. Οι αντίστοιχοι στόχοι για τις κατ' οίκον ή τις περιπατητικές μετρήσεις της ΑΠ είναι λιγότερο καλά επικυρωμένοι, αλλά μια συστολική ΑΠ ιατρείου <130 mmHg αντιστοιχεί πιθανότατα σε συστολική ΑΠ 24ωρης ABPM <125 mmHg και σε έναν μέσο όρο κατ' οίκον συστολικής ΑΠ <130 mmHg.

Στόχοι για την ΑΠ ιατρείου σε υπερτασικούς ασθενείς υπό θεραπεία		
Συστάσεις	Κατηγορία ^α	Επίπεδο ^β
Συνιστάται ότι ο πρώτος στόχος της θεραπείας θα πρέπει να είναι η μείωση της ΑΠ σε επίπεδα <140/90 mmHg σε όλους τους ασθενείς και, εφόσον η θεραπεία είναι καλά ανεκτή, ο στόχος για τις τιμές ΑΠ υπό θεραπεία θα πρέπει να είναι 130/80 mmHg ή και χαμηλότερος, στους περισσότερους ασθενείς.	I	A
Στους ασθενείς <65 ετών που λαμβάνουν αντιυπερτασικά φάρμακα, συνιστάται μείωση της ΣΑΠ σε ένα εύρος 120 έως <130 mmHg, στους περισσότερους ασθενείς.	I	A
Στους ηλικιωμένους ασθενείς (ηλικίας ≥65 ετών) που λαμβάνουν αντιυπερτασικά φάρμακα: <ul style="list-style-type: none"> • Συνιστάται στόχος ΣΑΠ από 130 έως <140 mmHg. • Συνιστάται στενή παρακολούθηση των ανεπιθύμητων ενεργειών. • Αυτοί οι στόχοι ΑΠ συνιστώνται για ασθενείς με οποιοδήποτε επίπεδο καρδιαγγειακού κινδύνου και για ασθενείς με και χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. 	I	A
	I	Γ
	I	A
Θα πρέπει να εξεταστεί ένας στόχος ΔΑΠ <80 mmHg για όλους τους υπερτασικούς ασθενείς, ανεξάρτητα από το επίπεδο κινδύνου και τις συννοσηρότητες.	IIα	B

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, CV = καρδιαγγειακός, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

^γΛιγότερα στοιχεία διατίθενται για αυτόν τον στόχο σε ασθενείς χαμηλού-μέτριου κινδύνου.

Πίνακας 18 Στόχος εύρους τιμών της ΑΠ ιατρείου υπό θεραπεία						
Ηλικιακή ομάδα	Στόχοι εύρους τιμών της ΣΑΠ ιατρείου υπό θεραπεία (mmHg)					Στόχος εύρους τιμών ΔΑΠ υπό θεραπεία (mmHg)
	Υπέρταση	+ Διαβήτης	+ ΧΝΝ	+ ΣΝ	+ αγγ. εγκ. επεισόδιο ^α / ΠΙΑΕΕ	
18–65 ετών	Στόχος 130 ή χαμηλότερα εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος 130 ή χαμηλότερα εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος 130 ή χαμηλότερα εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος 130 ή χαμηλότερα εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	<80 έως 70

	Όχι <120	Όχι <120		Όχι <120	Όχι <120	
65–79 ετών ^β	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	<80 έως 70
≥80 ετών ^β	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	Στόχος <140 έως 130 εάν η θεραπεία είναι ανεκτή	<80 έως 70
Στόχος εύρους τιμών ΔΑΠ υπό θεραπεία (mmHg)	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	
<p>ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΣΝ = στεφανιαία νόσος, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος (περιλαμβάνεται η διαβητική και η μη διαβητική ΧΝΝ), ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση, ΠΙΑΕΕ = παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.</p> <p>^αΑναφέρεται σε ασθενείς με προηγούμενο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και δεν αναφέρεται στους στόχους αρτηριακής πίεσης αμέσως μετά από οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.</p> <p>^βΟι θεραπευτικές αποφάσεις και οι στόχοι αρτηριακής πίεσης ενδέχεται να πρέπει να τροποποιηθούν σε ηλικιωμένους ασθενείς που είναι ευπαθείς και ανεξάρτητοι.</p>						

4.3 Θεραπεία της υπέρτασης – Παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής

Η επιλογή ενός υγιεινού τρόπου ζωής μπορεί να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την έναρξη υπέρτασης και μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Οι αποτελεσματικές αλλαγές του τρόπου ζωής ενδέχεται να επαρκούν προκειμένου να καθυστερήσει ή να αποτραπεί η ανάγκη για φαρμακευτική θεραπεία σε ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1, ενώ μπορούν επίσης να αυξήσουν τις δράσεις της αντιυπερτασικής θεραπείας σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία. Ωστόσο, η παρέμβαση στον τρόπο ζωής δεν θα πρέπει ποτέ να καθυστερεί την έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας σε ασθενείς με ΗΜΟΔ ή με υψηλό επίπεδο καρδιαγγειακού κινδύνου. Παρακάτω παρουσιάζονται τα συνιστώμενα υγιεινοδιαιτητικά μέτρα τα οποία αποδεδειγμένα μειώνουν την ΑΠ.

Υιοθέτηση αλλαγών στον τρόπο ζωής στους ασθενείς με υπέρταση		
Συστάσεις	Κατηγορία ^α	Επίπεδο ^β
Συνιστάται περιορισμός στην πρόσληψη άλατος σε <5 g την ημέρα.	I	A
Συνιστάται περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλ σε: • Λιγότερο από 14 μονάδες την εβδομάδα για τους άνδρες.	I	A

• Λιγότερο από 8 μονάδες την εβδομάδα για τις γυναίκες.		
Συνιστάται αυξημένη κατανάλωση λαχανικών, φρέσκων φρούτων, ψαριών, ξηρών καρπών, μη κορεσμένων λιπαρών οξέων (ελαιόλαδο), χαμηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος και κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων με χαμηλά λιπαρά.	I	A
Ενδείκνυται ο έλεγχος του σωματικού βάρους προς αποφυγή της παχυσαρκίας (ΔΜΣ >30 kg/m ² ή περίμετρος μέσης >102 cm στους άνδρες και >88 cm στις γυναίκες) και προσπάθεια για υγιή ΔΜΣ (περίπου 20–25 kg/m ²) και υγιή περίμετρο μέσης (<94 cm στους άνδρες και <80 cm στις γυναίκες) για τη μείωση της ΑΠ και του καρδιαγγειακού κινδύνου.	I	A
Συνιστάται τακτική αερόβια άσκηση (π.χ. τουλάχιστον 30 λεπτά μέτριας δυναμικής άσκησης, 5–7 ημέρες την εβδομάδα.	I	A
Συνιστάται διακοπή του καπνίσματος και υποστηρικτική φροντίδα και παραπομπή σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος.	I	B
Συνιστάται να αποφεύγεται η βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ.	III	Γ

ΔΜΣ = δείκτης μάζας σώματος, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, CV = καρδιαγγειακός.

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων με βάση κυρίως την επίδραση στην ΑΠ και/ή στο προφίλ καρδιαγγειακού κινδύνου.

4.4 Θεραπεία της υπέρτασης – Φαρμακευτική θεραπεία

Οι περισσότεροι υπερτασικοί ασθενείς θα χρειαστούν φαρμακευτική θεραπεία, επιπρόσθετα στα υγιεινοδιαιτητικά μέτρα, προκειμένου να επιτύχουν τον βέλτιστο έλεγχο της ΑΠ. Πέντε κύριες κατηγορίες φαρμάκων συνιστώνται για τη θεραπεία ρουτίνας της υπέρτασης: αναστολείς του ΜΕΑ, ΑΥΑII, β-αποκλειστές, ΑΔΑ και διουρητικά (θειαζίδες και θειαζιδικού τύπου διουρητικά όπως χλωροθαλιδόνη και ινδαπαμίδη), με βάση τα εξής: (i) αποδεδειγμένη ικανότητα μείωσης της ΑΠ, (ii) στοιχεία από ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες που δείχνουν ότι μειώνουν τα καρδιαγγειακά επεισόδια και (iii) στοιχεία που δείχνουν ευρεία ισοδυναμία στη μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας. Κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες φαρμάκων έχει απόλυτες ή σχετικές αντενδείξεις χρήσης (Πίνακας 19).

Πίνακας 19 Απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις για τη χρήση συγκεκριμένων αντιυπερτασικών φαρμάκων		
Φάρμακο	Αντενδείξεις	
	Απόλυτη	Σχετική
Διουρητικά (θειαζίδες/θειαζιδικού τύπου διουρητικά, π.χ. χλωροθαλιδόνη και ινδαπαμίδη)	<ul style="list-style-type: none"> • Ουρική αρθρίτιδα 	<ul style="list-style-type: none"> • Μεταβολικό σύνδρομο • Δυσανεξία στη γλυκόζη • Κύηση • Υπερκαλιαιμία • Υποκαλιαιμία
β-αποκλειστές	<ul style="list-style-type: none"> • Άσθμα • Οποιοσδήποτε υψηλού βαθμού φλεβοκομβικός-κολπικός ή κολποκοιλιακός αποκλεισμός 	<ul style="list-style-type: none"> • Μεταβολικό σύνδρομο • Δυσανεξία στη γλυκόζη • Αθλητές και ασθενείς με αυξημένη φυσική δραστηριότητα

	<ul style="list-style-type: none"> • Βραδυκαρδία (καρδιακή συχνότητα <60 σφυγμοί ανά λεπτό) 	
Ανταγωνιστές ασβεστίου (διυδροπυριδίνες)		<ul style="list-style-type: none"> • Ταχυαρρυθμία • Καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑμΚΕ, κατηγορία III ή IV) • Προϋπάρχον βαρύ οίδημα κάτω άκρου
Ανταγωνιστές ασβεστίου (βεραπαμίλη, διλτιαζέμη)	<ul style="list-style-type: none"> • Οποιοσδήποτε υψηλού βαθμού φλεβοκομβικός-κολπικός αποκλεισμός ή αποκλεισμός αριστερής κοιλίας • Βαριά δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας (LV EF <40%) • Βραδυκαρδία (καρδιακή συχνότητα <60 σφυγμοί ανά λεπτό) 	<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκοιλιότητα
αΜΕΑ	<ul style="list-style-type: none"> • Κύηση • Προηγούμενο αγγειονευρωτικό οίδημα • Υπερκαλιαιμία (κάλιο >5,5 mmol/L) • Αμφοτερόπλευρη στένωση νεφρικής αρτηρίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Γυναίκες με πιθανότητα τεκνοποίησης που δεν λαμβάνουν αξιόπιστη αντισύλληψη
ΑΥΑII	<ul style="list-style-type: none"> • Κύηση • Υπερκαλιαιμία (κάλιο >5,5 mmol/L) • Αμφοτερόπλευρη στένωση νεφρικής αρτηρίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Γυναίκες με πιθανότητα τεκνοποίησης που δεν λαμβάνουν αξιόπιστη αντισύλληψη

ΜΕΑ = μετατρεπτικό ένζυμο της αγγειοτασίνης, ΑΥΑII = αποκλειστής των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΚΑμΚΕ = καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης, ΑΚ = αριστερή κοιλία.

4.5 Ο αλγόριθμος φαρμακευτικής θεραπείας για την υπέρταση

Παρά τη διαθεσιμότητα τεκμηριωμένων και αποτελεσματικών φαρμακευτικών θεραπειών για την υπέρταση, τα ποσοστά ελέγχου της ΑΠ παραμένουν χαμηλά παγκοσμίως. Έτσι, υπάρχει επείγουσα ανάγκη να αντιμετωπιστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στον ανεπαρκή έλεγχο της ΑΠ σε υπέρτασικούς ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία, ιδίως η θεραπευτική αδράνεια (η μη τιτλοποίηση της θεραπείας προς τα πάνω από τον κλινικό ιατρό) και η ανεπαρκής συμμόρφωση των ασθενών με μια αγωγή πολλαπλών φαρμάκων. Ο αλγόριθμος φαρμακευτικής θεραπείας έχει αναπτυχθεί προκειμένου να παρέχει μια απλή και ρεαλιστική σύσταση θεραπείας για την αντιμετώπιση της υπέρτασης, βάσει λίγων σημαντικών αρχών και συστάσεων:

1. Η έναρξη της θεραπείας στους περισσότερους ασθενείς θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα σταθερό συνδυασμό δύο φαρμάκων, ώστε να βελτιώνει την ταχύτητα, την

αποτελεσματικότητα και την προβλεψιμότητα του ελέγχου της ΑΠ. Αυτό καθιερώνει την αντίληψη ότι για μια αποτελεσματική αρχική θεραπεία της υπέρτασης απαιτούνται τουλάχιστον 2 φάρμακα για τους περισσότερους ασθενείς.

2. Οι προτιμώμενοι συνδυασμοί δύο φαρμάκων περιλαμβάνουν έναν αποκλειστή του ΣΡΑ (αναστολέα του ΜΕΑ ή ΑΥΑII) με έναν ΑΔΑ ή ένα διουρητικό. Ένας β-αποκλειστής σε συνδυασμό με διουρητικό ή οποιοδήποτε φάρμακο από τις άλλες κύριες κατηγορίες αποτελεί εναλλακτική λύση, όταν υπάρχει ειδική ένδειξη για β-αποκλειστή, π.χ. στηθάγχη, ασθενής μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια ή έλεγχος της καρδιακής συχνότητας.
3. Η μονοθεραπεία θα πρέπει συνήθως να χρησιμοποιείται ως αρχική θεραπεία μόνο στις εξής περιπτώσεις: (i) ασθενείς χαμηλού κινδύνου με υπέρταση σταδίου 1 των οποίων η ΣΑΠ είναι <150 mmHg, (ii) ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου με υψηλή-φυσιολογική ΑΠ ή (iii) ευπαθείς ηλικιωμένοι ασθενείς.
4. Θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σταθερός συνδυασμός τριών φαρμάκων, που περιλαμβάνει έναν αποκλειστή του ΣΡΑ + ΑΔΑ + διουρητικό, εάν δεν επιτυγχάνεται έλεγχος της ΑΠ με σταθερό συνδυασμό δύο φαρμάκων.
5. Η σπειρονολακτόνη είναι η προτιμώμενη αρχική θεραπεία για την ανθεκτική υπέρταση, εκτός και αν αντενδείκνυται (βλ. ενότητα 5).
6. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν άλλες κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων στις σπάνιες περιπτώσεις όπου η ΑΠ δεν ελέγχεται με την παραπάνω θεραπευτική στρατηγική.

Στην **Εικόνα 4** παρουσιάζεται ο κεντρικός αλγόριθμος φαρμακευτικής θεραπείας και στις **Εικόνες 5 έως 8** παρουσιάζονται παραλλαγές του αλγόριθμου για ασθενείς με ειδικές συννοσηρότητες. Η στρατηγική φαρμακευτικής θεραπείας για τους ασθενείς με υπέρταση θα πρέπει να βασίζεται σε αυτούς τους αλγόριθμους, εκτός και αν υπάρχουν αντενδείξεις για αυτά τα φάρμακα (**Πίνακας 19**).

Στρατηγική φαρμακευτικής θεραπείας για την υπέρταση		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Από όλα τα αντιυπερτασικά φάρμακα, οι αΜΕΑ, οι ΑΥΑII, οι β-αποκλειστές, οι ΑΔΑ και τα διουρητικά (θειαζίδες και θειαζιδικού τύπου διουρητικά όπως χλωροθαλιδόνη και ινδαπαμίδη) παρέχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματική μείωση της ΑΠ και των καρδιαγγειακών επεισοδίων στις RCT και συνεπώς ενδείκνυται ως η βάση των στρατηγικών αντιυπερτασικής θεραπείας.	I	A
Για τους περισσότερους υπερτασικούς ασθενείς συνιστάται συνδυασμένη θεραπεία, ως αρχική θεραπεία. Οι προτιμώμενοι συνδυασμοί θα πρέπει να περιλαμβάνουν έναν αποκλειστή του ΣΡΑ (είτε αΜΕΑ είτε ΑΥΑII) με έναν ΑΔΑ ή ένα διουρητικό. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλοι συνδυασμοί από τις πέντε κύριες κατηγορίες.	I	A
Συνιστάται οι β-αποκλειστές να συνδυάζονται με οποιαδήποτε από τις άλλες κύριες κατηγορίες φαρμάκων όταν υπάρχουν ειδικές κλινικές καταστάσεις, π.χ. στηθάγχη, μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια ή έλεγχος της καρδιακής συχνότητας.	I	A

Συνιστάται η αντιυπερτασική θεραπεία να ξεκινά με συνδυασμό δύο φαρμάκων, κατά προτίμηση σε μορφή σταθερού συνδυασμού. Εξαιρούνται οι ευπαθείς ηλικιωμένοι ασθενείς και αυτοί που έχουν χαμηλό κίνδυνο και υπέρταση σταδίου 1 (ιδίως εάν η ΣΑΠ είναι <150 mmHg).	I	B
Εάν η ΑΠ δεν ελέγχεται με συνδυασμό δύο φαρμάκων, συνιστάται η θεραπεία να κλιμακώνεται σε συνδυασμό τριών φαρμάκων, συνήθως αποκλειστή του ΣΡΑ + ΑΔΑ + θειαζίδη/θειαζιδικού τύπου διουρητικό, κατά προτίμηση σε σταθερό συνδυασμό.	I	A
Εάν η ΑΠ δεν ελέγχεται με συνδυασμό τριών φαρμάκων, συνιστάται η θεραπεία να κλιμακώνεται με την προσθήκη σπειρονολακτόνης ή, εάν αυτή δεν είναι ανεκτή, με άλλα διουρητικά όπως αμιλορίδη ή με υψηλότερες δόσεις άλλων διουρητικών, ενός β-αποκλειστή ή ενός α-αποκλειστή.	I	B
Ο συνδυασμός δύο αποκλειστών του ΣΡΑ δεν συνιστάται.	III	A

ΜΕΑ = μετατρεπτικό ένζυμο της αγγειοτασίνης, ΑΥΑII = αποκλειστή των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΑΔΑ = αποκλειστή των διαύλων ασβεστίου, CV = καρδιαγγειακός, ΣΡΑ = σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης, RCT = τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

^aΚατηγορία σύστασης.

^bΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

^γΠρέπει να ελέγχεται η συμμόρφωση.

Εικόνα 4 Βασική στρατηγική φαρμακευτικής θεραπείας σε ασθενείς με ανεπίπλεκτη υπέρταση. Ο βασικός αλγόριθμος είναι επίσης κατάλληλος για τους περισσότερους ασθενείς με επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου (ΗΜΟΔ), αγγειακή εγκεφαλική νόσο, διαβήτη ή περιφερική αρτηριακή νόσο (ΠΑΝ)			
1 δισκίο	Αρχική θεραπεία Διπλός συνδυασμός	αΜΕΑ ή ΑΥΑII + ΑΔΑ ή διουρητικό	Εξετάστε τη χορήγηση μονοθεραπείας σε χαμηλού κινδύνου ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 ή σε πολύ ηλικιωμένους ασθενείς (≥80 ετών) ή σε ευπαθείς ασθενείς
1 δισκίο	Βήμα 2 Τριπλός συνδυασμός	αΜΕΑ ή ΑΥΑII + ΑΔΑ ή διουρητικό	
2 δισκία	Βήμα 3 Τριπλός συνδυασμός + σπειρονολακτόνη ή άλλο φάρμακο	Ανθεκτική υπέρταση Προσθέστε σπειρονολακτόνη (25-50 mg μία φορά την ημέρα) ή άλλο διουρητικό, α- αποκλειστή ή β- αποκλειστή	Εξετάστε την παραπομπή σε ειδικό κέντρο για περαιτέρω διερεύνηση
		β-αποκλειστές Εξετάστε τη χορήγηση β- αποκλειστών σε οποιοδήποτε βήμα της	

		<p>Θεραπείας, όταν υπάρχει ειδική ένδειξη για τη χρήση τους, π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, στηθάγχη, μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, κολπική μαρμαρυγή ή νέες γυναίκες που είναι έγκυες ή σχεδιάζουν να μείνουν έγκυες</p>	
<p>αΜΕΑ = αναστολέας του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, ΑΥΑII = αποκλειστής των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, ΗΜΟD = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου, o.d. = once daily (μία φορά την ημέρα), ΠΑΝ = περιφερική αρτηριακή νόσος.</p>			

Εικόνα 5 Στρατηγική φαρμακευτικής θεραπείας σε ασθενείς με υπέρταση και στεφανιαία νόσο (ΣΝ)			
1 δισκίο	Αρχική θεραπεία Διπλός συνδυασμός	αΜΕΑ ή ΑΥΑII + β-αποκλειστή ή ΑΔΑ ή ΑΔΑ + διουρητικό ή β-αποκλειστή ή β-αποκλειστή + διουρητικό	Εξετάστε τη χορήγηση μονοθεραπείας σε χαμηλού κινδύνου ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 ή σε πολύ ηλικιωμένους ασθενείς (≥80 ετών) ή σε ευπαθείς ασθενείς
1 δισκίο	Βήμα 2 Τριπλός συνδυασμός	Τριπλός συνδυασμός των παραπάνω	Εξετάστε την έναρξη θεραπείας όταν η συστολική ΑΠ είναι >130 mmHg σε αυτούς τους ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου με εγκατεστημένη ΚΑΝ
2 δισκία	Βήμα 3 Τριπλός συνδυασμός + σπειρονολακτόνη ή άλλο φάρμακο	Ανθεκτική υπέρταση Προσθέστε σπειρονολακτόνη (25-50 mg μία φορά την ημέρα) ή άλλο διουρητικό, α-αποκλειστή ή β-αποκλειστή	Εξετάστε την παραπομπή σε ειδικό κέντρο για περαιτέρω διερεύνηση
<p>αΜΕΑ = αναστολέας του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, ΑΥΑII = αποκλειστής των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΣΝ = στεφανιαία νόσος, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, ΚΑΝ = καρδιαγγειακή νόσος, o.d. = once daily (μία φορά την ημέρα).</p>			

Εικόνα 6 Στρατηγική φαρμακευτικής θεραπείας σε ασθενείς με υπέρταση και χρόνια νεφρική νόσο			
1 δισκίο	Αρχική θεραπεία Διπλός συνδυασμός	αΜΕΑ ή ΑΥΑII + ΑΔΑ ή αΜΕΑ ή ΑΥΑII + διουρητικό (ή διουρητικό της αγκύλης)^β	β-αποκλειστές Εξετάστε τη χορήγηση β-αποκλειστών σε οποιοδήποτε βήμα της θεραπείας, όταν

1 δισκίο	Βήμα 2 Τριπλός συνδυασμός	αΜΕΑ ή ΑΥΑΙΙ + ΑΔΑ + διουρητικό (ή διουρητικό της αγκύλης)^β	υπάρχει ειδική ένδειξη για τη χρήση τους, π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, στηθάγχη, μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, κολπική μαρμαρυγή ή νέες γυναίκες που είναι έγκυες ή σχεδιάζουν να μείνουν έγκυες
2 δισκία	Βήμα 3 Τριπλός συνδυασμός + σπειρονολακτόνη ή άλλο φάρμακο	Ανθεκτική υπέρταση Προσθέστε σπειρονολακτόνη (25-50 mg μία φορά την ημέρα) ή άλλο διουρητικό, α-αποκλειστή ή β-αποκλειστή	
Στους ασθενείς με ΧΝΝ ^α που λαμβάνουν αντιυπερτασική θεραπεία αναμένεται μείωση του eGFR και αύξηση της κρεατινίνης ορού, ιδίως σε αυτούς που λαμβάνουν θεραπεία με αΜΕΑ ή ΑΥΑΙΙ, αλλά εάν η αύξηση της κρεατινίνης ορού είναι >30% θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση του ασθενούς για πιθανή νεφραγγειακή νόσο.			
αΜΕΑ = αναστολέας του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, ΑΥΑΙΙ = αποκλειστής των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, eGFR = εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, ΕΜ = έμφραγμα του μυοκαρδίου, o.d. = once daily (μία φορά την ημέρα). ^α Η ΧΝΝ ορίζεται ως eGFR <60 mL/min/1,72 m ² με ή χωρίς πρωτεϊνουρία. ^β Χρησιμοποιήστε διουρητικά της αγκύλης όταν ο eGFR είναι <30 mL/min/1,72 m ² , διότι η θειαζίδη/τα θειαζιδικού τύπου διουρητικά είναι πολύ λιγότερο αποτελεσματικά/είναι αναποτελεσματικά όταν ο eGFR είναι μειωμένος σε αυτό το επίπεδο. ^γ Προσοχή: κίνδυνος υπερκαλιαιμίας με τη σπειρονολακτόνη, ιδίως όταν ο eGFR είναι <45 mL/min/1,72 m ² ή το αρχικό Κ ⁺ είναι ≥4,5 mmol/L.			

Εικόνα 7 Στρατηγική φαρμακευτικής θεραπείας σε ασθενείς με υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης. Μη χρησιμοποιείτε μη διυδροπυριδινικούς ΑΔΑ (π.χ. βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη).	
Αρχική θεραπεία	αΜΕΑ ή ΑΥΑΙΙ^α + διουρητικό^β (ή διουρητικό της αγκύλης) + β-αποκλειστή
Βήμα 2	αΜΕΑ ή ΑΥΑΙΙ^α + διουρητικό^β (ή διουρητικό της αγκύλης) + β-αποκλειστή + ΜΡΑ^γ
Όταν δεν απαιτείται αντιυπερτασική θεραπεία στην καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑμΚΕ), θα πρέπει να συνταγογραφείται θεραπεία σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESC για την καρδιακή ανεπάρκεια.	
αΜΕΑ = αναστολέας του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, ΑΥΑΙΙ = αποκλειστής των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, ΚΑμΚΕ = καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης, ΜΡΑ = ανταγωνιστής των υποδοχέων των αλατοκορτικοειδών. ^α Εξετάστε τη χρήση ενός αναστολέα των υποδοχέων της αγγειοτασίνης/νεπριλυσίνης αντί για α-ΜΕΑ ή ΑΥΑΙΙ σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESC για την καρδιακή ανεπάρκεια. ^β Το	

«διουρητικό» είναι θειαζίδη/θειαζιδικού τύπου διουρητικό. Εξετάστε τη χρήση ενός διουρητικού της αγκύλης ως εναλλακτική λύση σε ασθενείς με οίδημα. ^γMRA (σπειρονολακτόνη ή επλερενόνη).

Εικόνα 8 Στρατηγική φαρμακευτικής θεραπείας σε ασθενείς με υπέρταση και κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ)	
Αρχική θεραπεία Διπλός συνδυασμός	αΜΕΑ ή ΑΥΑΙΙ + β-αποκλειστή ή μη-DHP-ΑΔΑ ή β-αποκλειστής + ΑΔΑ
Βήμα 2 Τριπλός συνδυασμός	αΜΕΑ ή ΑΥΑΙΙ + β-αποκλειστή + DHP ΑΔΑ ή διουρητικό ή β-αποκλειστής + DHP ΑΔΑ + διουρητικό
Προσθέστε από στόματος χορηγούμενη αντιπηκτική αγωγή όταν ενδείκνυται βάσει της βαθμολογίας CHA ₂ DS ₂ -VASc, εκτός και αν αντενδείκνυται.	
^α Ο συνδυασμός β-αποκλειστών με μη διυδροπυριδινικούς ΑΔΑ (π.χ. βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη) σε βάση ρουτίνας δεν συνιστάται, λόγω της πιθανότητας μεγάλης μείωσης της καρδιακής συχνότητας.	
αΜΕΑ = αναστολέας του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, ΚΜ = κολπική μαρμαρυγή, ΑΥΑΙΙ = αποκλειστής των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, CHA ₂ DS ₂ -VASc = καρδιακή ανεπάρκεια, υπέρταση, ηλικία ≥75 ετών (διπλασιασμός), διαβήτης, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (διπλασιασμός) – αγγειακή νόσος, ηλικία 65–74 ετών και κατηγορία φύλου (Γυναίκα), DHP = διυδροπυριδίνη. ^α Μη-DHP ΑΔΑ (μη-DHP ΑΔΑ, π.χ. βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη).	

4.6 Επεμβατική θεραπεία της υπέρτασης

Η επεμβατική θεραπεία για την υπέρταση είναι ένας τομέας που εξελίσσεται γρήγορα. Παρόλο που έχουν προκύψει κάποια θετικά δεδομένα από πρόσφατες μικρές, ελεγχόμενες με εικονική παρέμβαση μελέτες, ιδίως με νεφρική απονεύρωση, απαιτούνται περαιτέρω ελεγχόμενες με εικονική παρέμβαση μελέτες προκειμένου να μπορούν να συσταθούν οι επεμβατικές θεραπείες για την αντιμετώπιση ρουτίνας της υπέρτασης εκτός του πλαισίου των κλινικών μελετών.

Επεμβατικές θεραπείες για την υπέρταση		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Η χρήση επεμβατικών θεραπειών δεν συνιστάται για την αντιμετώπιση ρουτίνας της υπέρτασης, παρά μόνο στο πλαίσιο κλινικών μελετών και TCT, έως ότου διατεθούν περισσότερα στοιχεία σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους.	III	B

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

5. Ανθεκτική υπέρταση

5.1 Ορισμός της ανθεκτικής υπέρτασης

Η υπέρταση χαρακτηρίζεται ως ανθεκτική στη θεραπεία όταν η συνιστώμενη θεραπευτική στρατηγική (βλ. παραπάνω) δεν επιτυγχάνει μείωση της ΑΠ ιατρείου σε τιμές κάτω από 140/90

mmHg και ο ανεπαρκής έλεγχος της ΑΠ επιβεβαιώνεται μέσω ABPM ή HBPM, σε ασθενείς των οποίων η συμμόρφωση με τη θεραπεία έχει επιβεβαιωθεί.

Η συνιστώμενη θεραπευτική στρατηγική θα πρέπει να περιλαμβάνει κατάλληλες αλλαγές στον τρόπο ζωής και θεραπεία με τις βέλτιστες ή τις καλύτερα ανεκτές δόσεις τριών ή περισσότερων φαρμάκων, που θα πρέπει να περιλαμβάνουν ένα διουρητικό και κατά κανόνα έναν αναστολέα του ΜΕΑ ή ΑΥΑII και έναν ΑΔΑ. Επίσης, θα πρέπει να έχουν αποκλειστεί η ψευδοανθεκτική υπέρταση (βλ. παρακάτω) και τα δευτερογενή αίτια υπέρτασης (βλ. ενότητα 6). Τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τα αίτια και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανθεκτική υπέρταση παρουσιάζονται στον [Πίνακα 20](#).

5.2 Αίτια της ψευδο-ανθεκτικής υπέρτασης

- 1. Χαμηλή συμμόρφωση με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.**
- 2. Φαινόμενο λευκής μπλούζας:** Η ΑΠ ιατρείου είναι αυξημένη αλλά η ΑΠ είναι ελεγχόμενη μέσω της ABPM ή HBPM.
- 3. Κακή τεχνική μέτρησης της ΑΠ ιατρείου:** Όταν η περιχειρίδα είναι πολύ μικρή σε σχέση με την περιφέρεια του βραχίονα, μπορεί να προκύψει ψευδής αύξηση της ΑΠ.
- 4. Εκσεσημασμένη αποτιάνωση της βραχιόνιας αρτηρίας:** Συνήθως σε ηλικιωμένους ασθενείς με έντονα αποτιτανωμένες αρτηρίες.
- 5. Κλινική αδράνεια:** Οδηγεί σε ανεπαρκείς δόσεις ή σε μη λογικούς συνδυασμούς αντιυπερτασικών φαρμάκων.

Πίνακας 20 Χαρακτηριστικά και δευτεροπαθή αίτια της ανθεκτικής υπέρτασης και παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτήν		
Χαρακτηριστικά των ασθενών με ανθεκτική υπέρταση	Αίτια της δευτεροπαθούς ανθεκτικής υπέρτασης	Φάρμακα και ουσίες που μπορεί να προκαλέσουν αυξημένη ΑΠ
Δημογραφικά χαρακτηριστικά <ul style="list-style-type: none"> • Μεγαλύτερη ηλικία (ιδίως >75 ετών) • Παχυσαρκία • Συχνότερη στα άτομα μαύρης φυλής • Υπερβολική πρόσληψη νατρίου με τη διατροφή • Υψηλή αρχική ΑΠ και μη ελεγχόμενη υπέρταση για χρόνια 	Συχνότερα αίτια <ul style="list-style-type: none"> • Πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός • Αρτηριοσκληρυντική νεφραγγειακή νόσος • Υπνική άπνοια • Χρόνια νεφρική νόσος 	Συνταγογραφούμενα φάρμακα <ul style="list-style-type: none"> • Από στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά • Συμπαθομιμητικοί παράγοντες (π.χ. αποσυμφορητικά σε πρωτότυπα φάρμακα για το κρυολόγημα) • Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα • Κυκλοσπορίνη • Ερυθροποιητίνη • Στεροειδή (π.χ. πρεδνιζολόνη, υδροκορτιζόνη) • Ορισμένες αντικαρκινικές θεραπείες
Συνυπάρχουσα νόσος	Μη συχνά αίτια <ul style="list-style-type: none"> • Φαιοχρωμοκύτωμα 	Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα

<ul style="list-style-type: none"> • ΗΜΟΔ: υπερτροφία αριστερής κοιλίας και/ή χρόνια νεφρική νόσος • Διαβήτης • Αρτηριοσκληρυντική αγγειακή νόσος • Αορτική σκλήρυνση και μεμονωμένη συστολική υπέρταση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ινομώδης δυσπλασία • Στένωση ισθμού αορτής • Νόσος του Cushing • Υπερπαραθυρεοειδισμός 	<ul style="list-style-type: none"> • Ουσίες για ψυχαγωγική χρήση (π.χ. κοκαΐνη, αμφεταμίνες, αναβολικά στεροειδή) • Υπερβολική λήψη γλυκόριζας • Φυτικά φάρμακα (π.χ. εφέδρα, μα-χουάνγκ)
---	---	--

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου, ΥΑΚ = υπερτροφία της αριστερής κοιλίας.

5.3 Θεραπεία της ανθεκτικής υπέρτασης

Η αποτελεσματική θεραπεία περιλαμβάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής (ιδίως μείωση της πρόσληψης νατρίου), διακοπή των παρεμβαλλόμενων ουσιών και διαδοχική προσθήκη αντιυπερτασικών φαρμάκων στην αρχική τριπλή θεραπεία (συνήθως αναστολέα του ΜΕΑ ή ΑΥΑΙΙ + ΑΔΑ + διουρητικό).

Η χαμηλή δόση σπειρονολακτόνης (25-50 mg την ημέρα) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για την ανθεκτική υπέρταση. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά της δεν έχουν αποδειχθεί σε ασθενείς με σημαντική νεφρική δυσλειτουργία. Συνεπώς, η χρήση σπειρονολακτόνης για την ανθεκτική υπέρταση θα πρέπει συνήθως να περιορίζεται στους ασθενείς με eGFR ≥ 45 mL/min και με συγκέντρωση καλίου πλάσματος $\leq 4,5$ mmol/L. Οι ηλεκτρολύτες και ο eGFR θα πρέπει να παρακολουθούνται σύντομα μετά την έναρξη της θεραπείας. Πρόσφατα αποδείχθηκε ότι η αμιλορίδη (10-20 mg/ημέρα) είναι εξίσου αποτελεσματική με τη σπειρονολακτόνη 25-50 mg ημερησίως, αλλά έχει τους ίδιους περιορισμούς όσον αφορά τη νεφρική λειτουργία και το κάλιο. Ένα διουρητικό της αγκύλης θα πρέπει να αντικαθιστά τις θειαζίδες/τα θειαζιδικού τύπου διουρητικά εάν ο eGFR είναι < 30 mL/min.

Ανθεκτική υπέρταση		
Συστάσεις	Κατηγορία ^α	Επίπεδο ^β
<p>Συνιστάται η υπέρταση να ορίζεται ως ανθεκτική στη θεραπεία (δηλ. ανθεκτική υπέρταση) όταν:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι βέλτιστες δόσεις (ή οι καλύτερα ανεκτές δόσεις) μιας κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει διουρητικό (συνήθως έναν αΜΕΑ ή ΑΥΑΙΙ + ΑΔΑ + θειαζιδη/θειαζιδικού τύπου διουρητικό), αποτυγχάνουν να μειώσουν τις κλινικές τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ σε τιμές < 140 mmHg και/ή 90 mmHg, αντιστοίχως και • Ο ανεπαρκής έλεγχος της ΑΠ έχει επιβεβαιωθεί με ΑΒΡΜ ή ΗΒΡΜ και • Έχουν αποκλειστεί διάφορες αιτίες ψευδο-ανθεκτικής υπέρτασης (ιδίως κακή συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή) και δευτεροπαθούς υπέρτασης. 	I	Γ
<p>Η συνιστώμενη θεραπεία για την ανθεκτική υπέρταση είναι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενίσχυση των μέτρων αναφορικά με τον τρόπο ζωής, ιδίως του περιορισμού πρόσληψης αλατιού. 	I	B

<ul style="list-style-type: none"> • Προσθήκη χαμηλής δόσης σπειρονολακτόνης^γ στην υπάρχουσα θεραπεία. • Ή προσθήκη περαιτέρω διουρητικής θεραπείας, εάν ο ασθενής έχει δυσανεξία στη σπειρονολακτόνη, με επλερενόνη,^γ αμιλορίδη,^γ υψηλότερη δόση θειαζίδης/θειαζιδικού τύπου διουρητικού ή διουρητικό της αγκύλης.^δ • Ή προσθήκη βισοπρολόλης ή δοξαζοσίνης. 		
--	--	--

ABPM = περιπατητική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, MEA = μετατρεπτικό ένζυμο της αγγειοτασίνης, AYAll = αποκλειστής των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ADA = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, HBPM = κατ' οίκον παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης.

^αΚατηγορία σύστασης.

^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

^γΌταν η σπειρονολακτόνη δεν είναι ανεκτή, αντικαταστήστε την με αμιλορίδη ή επλερενόνη. Η χρήση αυτών των φαρμάκων θα πρέπει να περιορίζεται στους ασθενείς με εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης ≥ 45 mL/min και συγκέντρωση καλίου πλάσματος $\leq 4,5$ mmol/L, λόγω του κινδύνου υπερκαλιαιμίας.

^δΤο διουρητικό της αγκύλης θα πρέπει να αντικαθιστά τις θειαζίδες/τα θειαζιδικού τύπου διουρητικά εάν ο εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης είναι < 30 mL/min.

6. Δευτεροπαθής υπέρταση

Δευτεροπαθής υπέρταση είναι η υπέρταση που οφείλεται σε αναγνωρίσιμη αιτία, η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με παρέμβαση ειδική για την αιτία. Η επαγρύπνηση του ιατρού (βλ. Πίνακα 21) και η πρώιμη ανίχνευση των δευτερογενών αιτιών της υπέρτασης έχουν μεγάλη σημασία, γιατί οι παρεμβάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε ίαση, ιδίως στους νεότερους ασθενείς. Τα συχνά αίτια δευτεροπαθούς υπέρτασης και οι εξετάσεις προδιαγνωστικού ελέγχου παρουσιάζονται στους Πίνακες 22 και 23. Ορισμένα φάρμακα μπορεί επίσης να αυξάνουν την ΑΠ και παρατίθενται στον Πίνακα 24.

Πίνακας 21 Χαρακτηριστικά των ασθενών που εγείρουν υποψία για δευτεροπαθή υπέρταση
Χαρακτηριστικό
Νεότεροι ασθενείς (<40 ετών) με υπέρταση σταδίου 2 ή με έναρξη υπέρτασης οποιουδήποτε σταδίου στην παιδική ηλικία
Οξεία επιδείνωση της υπέρτασης σε ασθενείς που προηγουμένως είχαν τεκμηριωμένη χρόνια σταθερή φυσιολογική ΑΠ
Ανθεκτική υπέρταση
Σοβαρή (σταδίου 3) υπέρταση ή υπερεπείγουσα υπέρταση
Παρουσία εκτεταμένης ΗΜΟΔ
Κλινικά ή βιοχημικά χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν ενδοκρινικά αίτια υπέρτασης ή ΧΝΝ
Κλινικά χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν αποφρακτική υπνική άπνοια
Συμπτώματα που υποδηλώνουν φαιοχρωμοκύττωμα ή οικογενειακό ιστορικό φαιοχρωμοκυτώματος

ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου.

Πίνακας 22 Συχνά αίτια δευτεροπαθούς υπέρτασης

Αιτία	Επιπολασμός στους υπερτασικούς ασθενείς	Υποδηλωτικά σημεία και συμπτώματα	Διαγνωστικές εξετάσεις
Αποφρακτική υπνική άπνοια	5–10%	Ρεγχασμός, παχυσαρκία (μπορεί να είναι παρούσα σε μη παχύσαρκα άτομα), πρωινή κεφαλαλγία, υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας	Βαθμολογία Erworth + περιπατητική πολυγραφία
Νεφρική παρεγχυματική νόσος	2–10%	Κυρίως ασυμπτωματική. Διαβήτης, αιματουρία, πρωτεϊνουρία, νυκτουρία, αναιμία, νεφρική μάζα σε πολυκυστική ΧΝΝ ενηλίκων	Κρεατινίνη πλάσματος και ηλεκτρολύτες, eGFR, dipstick για αιματουρία και πρωτεϊνουρία, λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνης στα ούρα, υπέρηχος νεφρών

Πίνακας 22 Συχνά αίτια δευτεροπαθούς υπέρτασης (συνέχεια)

Αιτία	Επιπολασμός στους υπερτασικούς ασθενείς	Υποδηλωτικά σημεία και συμπτώματα	Προδιαγνωστικές εξετάσεις
Νεφραγγειακή νόσος			
Αρτηριοσκληρυντική νεφραγγειακή νόσος	1–10%	Μεγαλύτερη ηλικία, εξαπλωμένη αρτηριοσκλήρυνση (ιδίως περιφερική αρτηριακή νόσος), διαβήτης, κάπνισμα, υποτροπιάζον αιφνίδιο (flash) πνευμονικό οίδημα, κοιλιακό φύσημα	Triplex νεφρικών αρτηριών, αγγειογραφία, αξονική ή μαγνητική αγγειογραφία νεφρικών αρτηριών
Ινομύδης δυσπλασία		Νεότερη ηλικία, πιο συχνό στις γυναίκες, κοιλιακό φύσημα	
Πρωτοπαθής αλδοστερονισμός	5–15%	Κυρίως ασυμπτωματικός, μυϊκή αδυναμία (σπάνια)	Αλδοστερόνη και ρενίνη πλάσματος και λόγος αλδοστερόνης/ρενίνης, υποκαλιαιμία (στη μειοψηφία των ασθενών) – λάβετε υπόψη ότι η υποκαλιαιμία μπορεί να μειώσει τα επίπεδα αλδοστερόνης
Φαιοχρωμοκύττωμα	< 1%	Εμφάνιση επεισοδίων με: παροξυσμική υπέρταση, σφύζουσα κεφαλαλγία, εφίδρωση, αίσθημα	Μέτρηση όλων των κλασμάτων των μετανεφρίνων σε ούρα 24ώρου ή στο πλάσμα

		παλμών, ωχρότητα. Ασταθής ΑΠ, απότομες αυξήσεις της ΑΠ προκαλούμενες από φάρμακα (π.χ. β-αποκλειστές, μετοκλοπραμίδη, συμπαθομιμητικά, οπιοειδή και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά)	
Σύνδρομο του Cushing	< 1%	Πανσεληνοειδές προσωπείο, κεντρική παχυσαρκία, ατροφία δέρματος, ραγάδες και μωλωπισμός, διαβήτης, χρόνια χρήση στεροειδών	Ελεύθερη κορτιζόλη ούρων 24ώρου
Θυρεοειδική νόσος (υπερθυρεοειδισμός ή υποθυρεοειδισμός)	1–2%	Σημεία και συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού ή υποθυρεοειδισμού	Εξετάσεις θυρεοειδικής λειτουργίας
Υπερπαραθυρεοειδισμός	< 1%	Υπερασβεστιαμία, υποφωσφαταιμία	Παραθορμόνη, Ca ²⁺

Πίνακας 22 Συχνά αίτια δευτεροπαθούς υπέρτασης (συνέχεια)

Αιτία	Επιπολασμός στους υπερτασικούς ασθενείς	Υποδηλωτικά σημεία και συμπτώματα	Προδιαγνωστικές εξετάσεις
Στένωση ισθμού αορτής			
Στένωση ισθμού αορτής	< 1%	Συνήθως ανιχνεύεται σε παιδιά ή εφήβους. Διαφορετική ΑΠ (≥20/10 mmHg) μεταξύ άνω και κάτω άκρων και/ή μεταξύ δεξιού και αριστερού βραχίονα και καθυστέρηση κερκιδικού-μηριαίου σφυγμού, χαμηλός κνημο-βραχιόνιος δείκτης, φύσημα εξώθησης ανάμεσα στις ωμοπλάτες, «εγκοπή» στο κάτω χείλος των πλευρών στην ακτινογραφία θώρακος	Υπερηχοκαρδιογράφημα

ΚΒΔ = κνημο-βραχιόνιος δείκτης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, CT = αξονική τομογραφία, eGFR = εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, ΠΑΝ = περιφερική αρτηριακή νόσος.

Πίνακας 23 Επίπτωση και τυπικά αίτια της δευτεροπαθούς υπέρτασης ανάλογα με την ηλικία		
Ηλικιακή ομάδα	Ποσοστό επί τοις εκατό με υποκείμενη αιτία	Τυπικά αίτια
Μικρά παιδιά (<12 ετών)	70 - 85	Νεφρική παρεγχυματική νόσος Στένωση ισθμού αορτής Μονογονιδιακές διαταραχές
Έφηβοι (12–18 ετών)	10–15	Νεφρική παρεγχυματική νόσος Στένωση ισθμού αορτής Μονογονιδιακές διαταραχές
Νέοι ενήλικες (19–40 ετών)	5–10	Νεφρική παρεγχυματική νόσος Ινομυϊκή νόσος (ιδίως στις γυναίκες) Μη διαγνωσμένες μονογονιδιακές διαταραχές
Ενήλικες μέσης ηλικίας (41–65 ετών)	5–15	Πρωτοπαθής αλδοστερονισμός Αποφρακτική υπνική άπνοια Σύνδρομο του Cushing Φαιοχρωμοκύτωμα Νεφρική παρεγχυματική νόσος Αρτηριοσκληρυντική νεφραγγειακή νόσος
Ηλικιωμένοι (>65 ετών)	5–10	Αρτηριοσκληρυντική νεφραγγειακή νόσος Νεφρική παρεγχυματική νόσος Θυρεοειδική νόσος

Πίνακας 24 Φάρμακα και άλλες ουσίες που μπορεί να αυξάνουν την αρτηριακή πίεση	
Φάρμακο/ουσία	
Αντισυλληπτικά δισκία	Περιέχουν κυρίως οιστρογόνα – προκαλούν υπέρταση στο ~5% των γυναικών, συνήθως ήπια αλλά μπορεί να είναι και σοβαρή
Διαιτητικά δισκία	Για παράδειγμα, φαινυλοπροπανολαμίνη και σιβουτραμίνη
Ρινικά αποσυμφορητικά	Για παράδειγμα, υδροχλωρική φαινυλεφρίνη και υδροχλωρική ναφαζολίνη
Διεγερτικά φάρμακα	Αμφεταμίνη, κοκαΐνη και έκσταση – οι ουσίες αυτές συνήθως προκαλούν οξεία και όχι χρόνια υπέρταση
Γλυκόριζα	Η χρόνια υπερβολική κατανάλωση γλυκόριζας μιμείται τον υπεραλδοστερονισμό, διεγείροντας τους υποδοχείς αλατοκορτικοειδών και αναστέλλοντας τον μεταβολισμό της κορτιζόλης
Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα	Για παράδειγμα, η κυκλοσπορίνη A (το tacrolimus έχει μικρότερη επίδραση στην ΑΠ και η ραπαμυκίνη έχει σχεδόν μηδενική επίδραση στην ΑΠ) και τα στεροειδή (π.χ. κορτικοστεροειδή, υδροκορτιζόνη)
Αντιαγγειογενετικές αντικαρκινικές θεραπείες	Τα αντιαγγειογενετικά φάρμακα, όπως οι αναστολείς του VEGF (π.χ. bevacizumab), οι αναστολείς της κινάσης της τυροσίνης (π.χ.

	σουνιτινίμπη) και η σοραφενίμπη έχει αναφερθεί ότι αυξάνουν την ΑΠ
Άλλα φάρμακα και ουσίες που μπορεί να αυξήσουν την ΑΠ	Αναβολικά στεροειδή, ερυθροποιητίνη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, φυτικά φάρμακα (π.χ. εφέδρα, μα-χουάνγκ)

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, VEGF = αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας.

7. Υπερεπείγουσα υπέρταση

Η υπερεπείγουσα υπέρταση είναι μια κατάσταση στην οποία η σοβαρή υπέρταση (συνήθως σταδίου 3) σχετίζεται με οξεία βλάβη οργάνου-στόχου, που συχνά είναι απειλητική για τη ζωή και απαιτεί άμεση αλλά προσεκτική παρέμβαση μείωσης της ΑΠ, σε νοσοκομείο, συνήθως με ενδοφλέβια (i.v.) θεραπεία. Τυπικές καταστάσεις υπερεπείγουσας υπέρτασης είναι οι εξής:

- **Ασθενείς με κακοήθη υπέρταση:** χαρακτηρίζονται από σοβαρή υπέρταση (συνήθως σταδίου 3) η οποία σχετίζεται με χαρακτηριστικές οφθαλμοσκοπικές μεταβολές (αιμορραγίες σε σχήμα φλόγας και/ή οίδημα της οπτικής θηλής), μικροαγγειοπάθεια και διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, εγκεφαλοπάθεια (σε περίπου 15% των περιστατικών), οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και οξεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Ο όρος «κακοήθης» αντικατοπτρίζει την πολύ κακή πρόγνωση για αυτήν την κατάσταση εάν δεν αντιμετωπιστεί.
- **Ασθενείς με σοβαρή υπέρταση σχετιζόμενη με άλλες κλινικές καταστάσεις** που είναι πιθανό να απαιτούν επείγουσα μείωση της ΑΠ, π.χ. οξύ διαχωρισμός αορτής, οξεία ισχαιμία του μυοκαρδίου ή οξεία καρδιακή ανεπάρκεια.
- **Ασθενείς με αιφνίδια σοβαρή υπέρταση λόγω φαιοχρωμοκυτώματος**
- **Έγκυες γυναίκες με σοβαρή υπέρταση ή προεκλαμψία**

Ο όρος «υπερεπείγουσα υπέρταση» έχει χρησιμοποιηθεί επίσης για να περιγράψει τη σοβαρή υπέρταση που παρουσιάζεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών σε ασθενείς στους οποίους δεν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις οξείας ΗΜΟΔ. Παρόλο που στους ασθενείς αυτούς απαιτείται μείωση της ΑΠ, σπανίως γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο και η μείωση της ΑΠ επιτυγχάνεται με από στόματος χορηγούμενα φάρμακα, σύμφωνα με τον αλγόριθμο φαρμακευτικής θεραπείας που παρουσιάζεται στις **Εικόνες 4-8**. Στους ασθενείς αυτούς απαιτείται επείγουσα εξέταση σε βάση εξωτερικού ασθενούς, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι η ΑΠ θα τεθεί υπό έλεγχο.

Πίνακας 25 Διαγνωστικές εξετάσεις για ασθενείς με πιθανολογούμενη υπερεπείγουσα υπέρταση
Συνήθεις εξετάσεις για όλα τα πιθανά αίτια
Η βυθοσκόπηση είναι απαραίτητη διαγνωστική εξέταση
ΗΚΓ 12 απαγωγών
Αιμοσφαιρίνη, αριθμός αιμοπεταλίων, ινωδογόνο
Κρεατινίνη, eGFR, ηλεκτρολύτες, LDH, απτοσφαιρίνη
Λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνης ούρων, μικροσκοπική εξέταση ούρων για ερυθρά αιμοσφαίρια, λευκά αιμοσφαίρια και κυλίνδρους (cast)
Τεστ εγκυμοσύνης σε γυναίκες με δυνατότητα τεκνοποίησης
Ειδικές εξετάσεις ανά ένδειξη

Τροπονίνη, CK-MB (σε ασθενείς με πιθανή καρδιακή πάθηση, π.χ. οξύ θωρακικό άλγος ή οξεία καρδιακή ανεπάρκεια) και NT-proBNP
Ακτινογραφία θώρακος (υπερφόρτωση με υγρά)
Υπερηχοκαρδιογραφία (διαχωρισμός της αορτής, καρδιακή ανεπάρκεια ή ισχαιμία)
CT αγγειογραφία του θώρακα και/ή της κοιλιακής χώρας σε ασθενείς με πιθανή οξεία αορτική νόσο (π.χ. διαχωρισμό της αορτής)
CT ή MRI εγκεφάλου (επί συμπτωματολογίας από το νευρικό σύστημα)
Υτέρηχος νεφρών (νεφρική δυσλειτουργία ή πιθανή στένωση νεφρικής αρτηρίας)
Εξέταση ούρων για ουσίες (πιθανολογούμενη χρήση μεθαμφεταμίνης ή κοκαΐνης)

CK-MB = καρδιακό ισοένζυμο MB της κρεατίνης, CT = αξονική τομογραφία, ΗΚΓ = ηλεκτροκαρδιογράφημα, eGFR = εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, LDH = γαλακτική αφυδρογονάση, MRI = μαγνητική τομογραφία, NT-proBNP = αμινοτελικό Β-τύπου νατριουρητικό πεπτίδιο.

Πίνακας 26 Καταστάσεις υπερεπείγουσας υπέρτασης που απαιτούν άμεση μείωση της ΑΠ με ενδοφλέβια φαρμακευτική θεραπεία			
Κλινική εικόνα	Χρονικό περιθώριο και στόχος για τη μείωση της ΑΠ	Θεραπεία πρώτης γραμμής	Εναλλακτική
Κακοήθης υπέρταση με ή χωρίς οξεία νεφρική ανεπάρκεια	Αρκετές ώρες Μείωση της ΜΑΠ κατά 20–25%	Λαβεταλόλη Νικαρδιπίνη	Νιτροπρωσικό νάτριο Ουραπιδίλη
Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια	Άμεση μείωση της ΜΑΠ κατά 20–25%	Λαβεταλόλη Νικαρδιπίνη	Νιτροπρωσικό νάτριο
Οξύ στεφανιαίο επεισόδιο	Άμεση μείωση της ΣΑΠ σε τιμή <140 mmHg	Νιτρογλυκερίνη Λαβεταλόλη	Ουραπιδίλη
Οξύ καρδιογενές πνευμονικό οίδημα	Άμεση μείωση της ΣΑΠ σε τιμή <140 mmHg	Νιτροπρωσικό νάτριο Ή νιτρογλυκερίνη (με διουρητικό της αγκύλης)	Ουραπιδίλη (με διουρητικό της αγκύλης)
Οξύς διαχωρισμός της αορτής	Άμεση μείωση της ΣΑΠ σε τιμή <120 mmHg ΚΑΙ της καρδιακής συχνότητας σε τιμή <60 bpm	Εσμολόλη ΚΑΙ νιτροπρωσικό νάτριο Ή νιτρογλυκερίνη Ή νικαρδιπίνη	Λαβεταλόλη Ή μετοπρολόλη
Εκλαμψία και βαριά προεκλαμψία/ σύνδρομο HELLP	Άμεση μείωση της ΣΑΠ σε τιμή <160 mmHg ΚΑΙ της ΔΑΠ σε τιμή <105 mmHg	Λαβεταλόλη Ή νικαρδιπίνη ΚΑΙ θειικό μαγνήσιο	Εξετάστε το ενδεχόμενο πρόκλησης τοκετού

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, bpm = παλμοί ανά λεπτό, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, HELLP = αιμόλυση, αυξημένα ηπατικά ένζυμα και χαμηλά αιμοπετάλια, i.v. = ενδοφλέβιος, ΜΑΠ = μέση αρτηριακή πίεση, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

8. Υπέρταση στην κύηση

Οι υπερτασικές διαταραχές στην κύηση παραμένουν βασικό αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας της μητέρας, του εμβρύου και του νεογνού.

8.1 Ορισμός και ταξινόμηση της υπέρτασης στην κύηση

Ο ορισμός της υπέρτασης στην κύηση βασίζεται σε τιμές ΣΑΠ ιατρείου ≥ 140 mmHg και/ή ΔΑΠ ιατρείου ≥ 90 mmHg. Η υπέρταση στην κύηση ταξινομείται ως ήπια (140-159/90-109 mmHg) ή σοβαρή ($\geq 160/110$ mmHg), αντίθετα με την κλασική σταδιοποίηση της υπέρτασης.

Η υπέρταση στην κύηση δεν είναι μία μόνο οντότητα αλλά περιλαμβάνει:

- **Προϋπάρχουσα υπέρταση:** προηγείται της κύησης ή αναπτύσσεται πριν από τις 20 εβδομάδες κύησης και συνήθως επιμένει για περισσότερο από 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό και ενδέχεται να σχετίζεται με πρωτεϊνουρία.
- **Υπέρταση κύησης:** αναπτύσσεται μετά από 20 εβδομάδες κύησης και συνήθως αποδράμει εντός 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό.
- **Προϋπάρχουσα υπέρταση στην οποία προστίθεται η υπέρταση κύησης με πρωτεϊνουρία.**
- **Προεκλαμψία:** υπέρταση κύησης με σημαντική πρωτεϊνουρία ($>0,3$ g/24ωρο ή λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνης ≥ 30 mg/mmol). Είναι πιο συχνή στην πρώτη κύηση, στην πολύδυμη κύηση, στην υδατιδώδη μύλη, στο αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο ή με προϋπάρχουσα υπέρταση, νεφρική νόσο ή διαβήτη. Ο μόνος τρόπος ίασης της προεκλαμψίας είναι ο τοκετός. Θα πρέπει να πιθανολογείται προεκλαμψία όταν η υπέρταση συνοδεύεται από κεφαλαλγία, διαταραχές της όρασης, κοιλιακό άλγος ή παθολογικά αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, ιδίως χαμηλά αιμοπετάλια και/ή παθολογική ηπατική λειτουργία – η πρωτεϊνουρία ενδέχεται να είναι όψιμη εκδήλωση της προεκλαμψίας.

Διαχείριση της υπέρτασης στην κύηση		
Συστάσεις	Κατηγορία ^α	Επίπεδο ^β
Σε γυναίκες με υπέρταση κύησης ή προϋπάρχουσα υπέρταση στην οποία προστίθεται η υπέρταση κύησης ή με υπέρταση και υποκλινική βλάβη οργάνου-στόχου ή συμπτώματα, συνιστάται έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας όταν η ΣΑΠ είναι ≥ 140 ή η ΔΑΠ ≥ 90 mmHg.	I	Γ
Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, συνιστάται έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας όταν η ΣΑΠ είναι ≥ 150 mmHg ή η ΔΑΠ ≥ 95 mmHg.	I	Γ
Συνιστώνται μεθυλντόπα, λαβεταλόλη και ΑΔΑ ως φάρμακα επιλογής για την αντιμετώπιση της υπέρτασης στην κύηση.	I	B (Μεθυλντόπα)
	I	Γ (Λαβεταλόλη ή ΑΔΑ)
Δεν συνιστώνται αΜΕΑ, ΑΥΑΙΙ ή άμεσοι αναστολείς της ρενίνης στη διάρκεια της κύησης.	III	Γ
Τιμές ΣΑΠ ≥ 170 mmHg ή ΔΑΠ ≥ 110 mmHg σε έγκυο γυναίκα αποτελούν επείγουσα κατάσταση και συνιστάται η εισαγωγή στο νοσοκομείο.	I	Γ
Στη σοβαρή υπέρταση, συνιστάται φαρμακευτική θεραπεία με i.v. λαβεταλόλη ή από στόματος χορηγούμενη μεθυλντόπα ή νιφεδιπίνη.	I	Γ

Διαχείριση της υπέρτασης στην κύηση (συνέχεια)		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Η συνιστώμενη θεραπεία για την υπερτασική κρίση είναι i.v. λαβεταλόλη ή νικαρδιπίνη και μαγνήσιο.	I	Γ
Στη σχετιζόμενη με πνευμονικό οίδημα προεκλαμψία, συνιστάται i.v. νιτρογλυκερίνη σε συνεχή έγχυση.	I	Γ
Στις γυναίκες με υπέρταση κύησης ή ήπια προεκλαμψία, συνιστάται ο τοκετός στις 37 εβδομάδες.	I	B
Συνιστάται η επίσπευση του τοκετού σε εγκύους με προεκλαμψία με ανεπιθύμητες καταστάσεις, όπως διαταραχές της όρασης ή αιμοστατικές διαταραχές.	I	Γ

ΜΕΑ = μετατρεπτικό ένζυμο της αγγειοτασίνης, ΑΥΑII = αποκλειστής των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, i.v. = ενδοφλέβιος, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

9. Συγκαλυμμένη υπέρταση και υπέρταση της λευκής μπλούζας

9.1 Υπέρταση της λευκής μπλούζας

Οι ασθενείς με υπέρταση της λευκής μπλούζας έχουν αυξημένη ΑΠ ιατρείου ενώ η ΑΠ είναι φυσιολογική στην κατ' οίκον παρακολούθηση της ΑΠ και/ή στην 24ωρη ΑΒΡΜ. Είναι πιο συχνή στους ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 κατά τη μέτρηση της ΑΠ στο ιατρείο και είναι απίθανο να είναι φυσιολογική η κατ' οίκον ΑΠ ή η ΑΒΡΜ σε ασθενείς που εμφανίζουν υπέρταση σταδίου 2 βάσει της ΑΠ ιατρείου.

Η υπέρταση της λευκής μπλούζας δεν είναι καλοήθης και ο κίνδυνος είναι ενδιάμεσος μεταξύ αυτού της φυσιολογικής πίεσης και της παρατεταμένης υπέρτασης. Για την υπέρταση της λευκής μπλούζας δεν ενδείκνυται η φαρμακευτική θεραπεία ρουτίνας, αλλά συνιστώνται οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής. Ο μακροχρόνιος περιοδικός έλεγχος αυτών των ασθενών είναι σημαντικός, διότι πολλοί θα αναπτύξουν αυξημένη ΑΠ στην κατ' οίκον παρακολούθηση της ΑΠ και/ή στην 24ωρη ΑΒΡΜ, οπότε και θα απαιτηθεί φαρμακευτική θεραπεία.

9.2 Συγκαλυμμένη υπέρταση

Οι ασθενείς με συγκαλυμμένη υπέρταση έχουν ΑΠ ιατρείου που δείχνει φυσιολογική, δηλ. είναι <140/90 mmHg, αλλά η ΑΠ είναι αυξημένη στην κατ' οίκον παρακολούθηση της ΑΠ και/ή στην 24ωρη ΑΒΡΜ. Η συγκαλυμμένη υπέρταση είναι πιο συχνή στους ασθενείς με υψηλή φυσιολογική ΑΠ ιατρείου και θα πρέπει να πιθανολογείται όταν υπάρχει ΗΜΟΔ. Οι ασθενείς αυτοί έχουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, ισοδύναμο με αυτόν στους ασθενείς με παρατεταμένη υπέρταση. Στους ασθενείς αυτούς θα πρέπει να δίνονται συμβουλές για υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και θα πρέπει να εξετάζεται η χρήση φαρμακευτικής θεραπείας λόγω του αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου, με στόχο την αποκατάσταση των επιπέδων ΑΠ εκτός ιατρείου.

Διαχείριση της υπέρτασης της λευκής μπλούζας		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β

Στους ασθενείς με υπέρταση της λευκής μπλούζας, συνιστάται η εφαρμογή αλλαγών στον τρόπο ζωής, με στόχο τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου, καθώς και τακτική παρακολούθηση με περιοδική μέτρηση της ΑΠ εκτός ιατρείου.	I	Γ
Στους ασθενείς με υπέρταση της λευκής μπλούζας:	IIβ	Γ
<ul style="list-style-type: none"> Θα μπορούσε να εξεταστεί η χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας στα άτομα με ενδείξεις ΗΜΟΔ ή στα άτομα με υψηλό ή πολύ υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Δεν ενδείκνυται η φαρμακευτική θεραπεία ρουτίνας. 	III	Γ

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, CV = καρδιαγγειακός, ΗΜΟΔ = επαγόμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνου-στόχου.

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

Διαχείριση της συγκαλυμμένης υπέρτασης		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Στη συγκαλυμμένη υπέρταση, συνιστώνται αλλαγές στον τρόπο ζωής για μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου, με τακτική παρακολούθηση, συμπεριλαμβανομένης της περιοδικής μέτρησης της ΑΠ εκτός ιατρείου.	I	Γ
Θα πρέπει να εξεταστεί η χορήγηση αντιυπερτασικής φαρμακευτικής θεραπείας στη συγκαλυμμένη υπέρταση για αποκατάσταση της ΑΠ εκτός ιατρείου, με βάση την προγνωστική σημασία της αύξησης της ΑΠ εκτός ιατρείου.	IIα	Γ
Θα πρέπει να εξεταστεί η τιτλοποίηση της αντιυπερτασικής θεραπείας προς τα πάνω στους υπό θεραπεία ασθενείς με μη ελεγχόμενη ΑΠ εκτός ιατρείου (δηλ. συγκαλυμμένη μη ελεγχόμενη υπέρταση), λόγω του υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου σε αυτούς τους ασθενείς.	IIβ	Γ

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, CV = καρδιαγγειακός.

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

10. Υπέρταση σε ασθενείς με ειδικές συννοσηρότητες

Η διαχείριση της υπέρτασης μπορεί να επηρεάζεται από την παρουσία συννοσηροτήτων. Στις **Εικόνες 4 - 8** παρουσιάζονται οι αλγόριθμοι φαρμακευτικής θεραπείας για την υπέρταση που σχετίζεται με διάφορες συννοσηρότητες, ενώ παρακάτω παρατίθενται οι συνιστώμενες στρατηγικές θεραπείας για ειδικές συννοσηρότητες.

Στρατηγικές θεραπείας στα άτομα με διαβήτη		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Συνιστάται αντιυπερτασική φαρμακευτική θεραπεία για τα άτομα με διαβήτη όταν η ΑΠ ιατρείου είναι $\geq 140/90$ mmHg.	I	A
Στα άτομα με διαβήτη που λαμβάνουν αντιυπερτασικά φάρμακα συνιστάται:		
<ul style="list-style-type: none"> Ο στόχος για τη ΣΑΠ να είναι τα 130 mmHg και χαμηλότερος, εάν η θεραπεία είναι ανεκτή, αλλά όχι χαμηλότερος από 120 mmHg. 	I	A
	I	A

<ul style="list-style-type: none"> • Στα ηλικιωμένα άτομα (ηλικίας ≥ 65 ετών), ο στόχος για τη ΣΑΠ να είναι το εύρος 130 έως <140 mmHg. • Ο στόχος για τη ΔΑΠ να είναι <80 mmHg, αλλά όχι χαμηλότερος από 70 mmHg. 	I	Γ
	Συνιστάται η θεραπεία να ξεκινά με έναν συνδυασμό ενός αποκλειστή του ΣΡΑ με ΑΔΑ ή θειαζίδη/θειαζιδικού τύπου διουρητικό.	I
Η ταυτόχρονη χορήγηση δύο αποκλειστών του ΣΡΑ, π.χ. και αΜΕΑ και ΑΥΑII, δεν ενδείκνυται.	III	A

ΜΕΑ = μετατρεπτικό ένζυμο της αγγειοτασίνης, ΑΥΑII = αποκλειστής των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, eGFR = εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, ΣΡΑ = σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση. ^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων. ^γΌταν ο eGFR είναι <30 mL/min/1,73 m², αποφύγετε τη θειαζίδη/τα θειαζιδικού τύπου διουρητικά και εξετάστε τη χρήση ενός διουρητικού της αγκύλης όταν απαιτείται διουρητικό.

Στρατηγικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της υπέρτασης στη χρόνια νεφρική νόσο		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Σε ασθενείς με διαβητική ή μη διαβητική ΧΝΝ, συνιστάται μια ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ mmHg να αντιμετωπίζεται με συμβουλές σχετικά με τον τρόπο ζωής και με φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση της ΑΠ.	I	A
Σε ασθενείς με διαβητική ή μη διαβητική ΧΝΝ: <ul style="list-style-type: none"> • Συνιστάται η μείωση της ΣΑΠ σε ένα εύρος 130 έως <140 mmHg. • Θα πρέπει να εξεταστεί η χορήγηση εξατομικευμένης θεραπείας ανάλογα με την ανοχή της και τις επιπτώσεις στη νεφρική λειτουργία και τους ηλεκτρολύτες. 	I	A
		IIA
Οι αποκλειστές του ΣΡΑ είναι πιο αποτελεσματικοί στη μείωση της λευκωματουρίας από ό,τι άλλοι αντιυπερτασικοί παράγοντες και συνιστώνται ως μέρος της στρατηγικής θεραπείας σε υπερτασικούς ασθενείς όταν υπάρχει μικρολευκωματουρία ή πρωτεϊνουρία.	I	A
Συνιστάται συνδυασμός ενός αποκλειστή του ΣΡΑ με έναν ΑΔΑ ή διουρητικό ως αρχική θεραπεία.	I	A
Ο συνδυασμός δύο αποκλειστών του ΣΡΑ δεν συνιστάται.	III	A

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, ΧΝΝ = χρόνια νεφρική νόσος, eGFR = εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης, ΣΡΑ = σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση. ^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων. ^γΣε περίπτωση που ο eGFR είναι <30 mL/min/1,73 m², αποφύγετε τη θειαζίδη/τα θειαζιδικού τύπου διουρητικά και εξετάστε τη χρήση ενός διουρητικού της αγκύλης εάν απαιτείται.

Στρατηγικές θεραπείες σε υπερτασικούς ασθενείς με στεφανιαία νόσο		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο που λαμβάνουν αντιυπερτασικά φάρμακα, συνιστάται:	I	A

<ul style="list-style-type: none"> • Ο στόχος για τη ΣΑΠ να είναι τα 130 mmHg και χαμηλότερος, εάν η θεραπεία είναι ανεκτή, αλλά όχι χαμηλότερος από 120 mmHg. • Στους ηλικιωμένους ασθενείς (ηλικίας ≥ 65 ετών), ο στόχος για τη ΣΑΠ να είναι το εύρος 130–140 mmHg. • Ο στόχος για τη ΔΑΠ να είναι < 80 mmHg, αλλά όχι χαμηλότερος από 70 mmHg. 	I	A
	I	Γ
Σε υπερτασικούς ασθενείς με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου, συνιστώνται β-αποκλειστές και αποκλειστές του ΣΡΑ ως μέρος της θεραπείας.	I	A
Σε ασθενείς με συμπτωματική στηθάγχη, συνιστώνται β-αποκλειστές και/ή ΑΔΑ.	I	A

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΣΝ = στεφανιαία νόσος, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, ΣΡΑ = σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.
^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

Στρατηγικές θεραπείας σε υπερτασικούς ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ή υπερτροφία της αριστερής κοιλίας		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Σε υπερτασικούς ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (με μειωμένο ή διατηρημένο κλάσμα εξώθησης), θα πρέπει να εξεταστεί η χορήγηση αντιυπερτασικής θεραπείας εάν η ΑΠ είναι $\geq 140/90$ mmHg.	IIα	B
Σε ασθενείς με ΚΑμΚΕ, συνιστάται η αντιυπερτασική θεραπεία να περιλαμβάνει έναν αΜΕΑ ή ΑΥΑII και έναν β-αποκλειστή και διουρητικό και/ή ανταγωνιστή των υποδοχέων αλατοκορτικοειδών εάν απαιτείται.	I	A
Θα μπορούσαν να προστεθούν διυδροπυριδινικοί ΑΔΑ εάν δεν επιτυγχάνεται έλεγχος της ΑΠ.	IIβ	Γ
Σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ, το όριο ΑΠ για έναρξη θεραπείας και οι τιμές-στόχοι θα πρέπει να είναι ίδια με αυτά της ΚΑμΚΕ.	IIα	B
Επειδή κανένα συγκεκριμένο φάρμακο δεν έχει αποδειχθεί ανώτερο, όλοι οι κύριοι παράγοντες μπορούν να χρησιμοποιηθούν.	I	Γ
Σε όλους τους ασθενείς με υπερτροφία της αριστερής κοιλίας:		
<ul style="list-style-type: none"> • Συνιστάται η αντιμετώπιση με αποκλειστή του ΣΡΑ σε συνδυασμό με ΑΔΑ ή διουρητικό. • Η ΣΑΠ θα πρέπει να μειωθεί σε ένα εύρος 120–130 mmHg. 	I	A
	IIα	B

ΜΕΑ = μετατρεπτικό ένζυμο της αγγειοτασίνης, ΑΥΑII = αποκλειστής των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, ΚΑμΚΕ = καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης, ΚΑΔΚΕ = καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, ΥΑΚ = υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, ΣΡΑ = σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

Στρατηγικές θεραπείας σε υπερτασικούς ασθενείς με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και αγγειακή εγκεφαλική νόσο		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Σε ασθενείς με οξεία ενδοεγκεφαλική αιμορραγία:		

<ul style="list-style-type: none"> Δεν συνιστάται η άμεση μείωση της ΑΠ για ασθενείς με ΣΑΠ <220 mmHg. Σε ασθενείς με ΣΑΠ ≥220 mmHg, θα πρέπει να εξεταστεί η προσεκτική οξεία μείωση της ΑΠ σε τιμή <180 mmHg με i.v. θεραπεία. 	III	A
	IIα	B
<p>Στο οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, δεν συνιστάται η μείωση ρουτίνας της ΑΠ με αντιυπερτασική θεραπεία, με τις εξής εξαιρέσεις:</p> <ul style="list-style-type: none"> Σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο που είναι κατάλληλοι για i.v. θρομβόλυση, η ΑΠ θα πρέπει να μειωθεί προσεκτικά και να διατηρηθεί σε τιμή <180/105 mmHg για τουλάχιστον το πρώτο 24ωρο μετά τη θρομβόλυση. Σε ασθενείς με πολύ αυξημένη ΑΠ που δεν λαμβάνουν θρομβόλυση, θα μπορούσε να εξεταστεί η χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας, με βάση την κλινική κρίση του ιατρού, για μείωση της ΑΠ κατά 15% στη διάρκεια του πρώτου 24ώρου μετά την έναρξη του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. 	III	A
	IIα	B
	IIβ	Γ
<p>Σε υπερτασικούς ασθενείς με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, συνιστάται αντιυπερτασική θεραπεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> Αμέσως για παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΠΙΑΕΕ). Μετά από μερικές ημέρες στο ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. 	I	A
	I	A
Σε όλους τους υπερτασικούς ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, θα πρέπει να εξεταστούν ως στόχος της ΣΑΠ τα επίπεδα μεταξύ 120–130 mmHg.	IIα	
Η συνιστώμενη στρατηγική αντιυπερτασικής φαρμακευτικής θεραπείας για την πρόληψη του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι ένας αποκλειστής του ΣΡΑ συν ένα ΑΔΑ ή θειαζιδικού τύπου διουρητικό.	I	A

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, i.v. = ενδοφλέβιος, ΣΡΑ = σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση, ΠΙΑΕΕ = παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

Στρατηγικές θεραπείας σε υπερτασικούς ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, συνιστάται προδιαγνωστικός έλεγχος για υπέρταση.	I	Γ
Θα πρέπει να εξεταστεί η χορήγηση β-αποκλειστή ή μη διυδροπυριδινικού ΑΔΑ ως μέρος της θεραπείας της υπέρτασης εάν απαιτείται έλεγχος της συχνότητας.	IIα	B
Συνιστάται πρόληψη του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου με από στόματος χορηγούμενη αντιπηκτική αγωγή σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και υπέρταση και με βαθμολογία CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥2 στους άνδρες και ≥3 στις γυναίκες.	I	A
Στρατηγικές θεραπείας σε υπερτασικούς ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή (συνέχεια)		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β

Θα πρέπει να εξεταστεί η πρόληψη του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου με από στόματος χορηγούμενη αντιπηκτική αγωγή σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και υπέρταση, ακόμη και όταν η υπέρταση είναι ο μόνος πρόσθετος παράγοντας κινδύνου (βαθμολογία CHA ₂ DS ₂ -VASc 1).	IIα	B
Από στόματος χορηγούμενα αντιπηκτικά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή σε ασθενείς με μεγάλη αύξηση της ΑΠ (ΣΑΠ ≥180 mmHg και/ή ΔΑΠ ≥100 mmHg) και με στόχο τη μείωση της ΣΑΠ σε τιμή τουλάχιστον <140 mmHg, ενώ θα πρέπει να εξεταστεί η μείωση της ΣΑΠ σε τιμή <130. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, τότε οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερωθούν προκειμένου να αποφασίσουν κατά πόσο αποδέχονται τον υψηλότερο κίνδυνο αιμορραγίας που σχετίζεται με την προστασία από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που παρέχει η αντιπηκτική αγωγή.	IIα	B

KM = κολπική μαρμαρυγή, ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, CHA₂DS₂-VASc = συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, υπέρταση, ηλικία ≥75, σακχαρώδης διαβήτης, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αγγειακή νόσος, ηλικία 65–74 ετών, κατηγορία φύλου (Γυναίκα), ΔΑΠ = διαστολική αρτηριακή πίεση, ΣΑΠ = συστολική αρτηριακή πίεση.

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

Στρατηγικές θεραπείας σε υπερτασικούς ασθενείς με περιφερική αρτηριακή νόσο		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Συνιστάται αντιυπερτασική θεραπεία για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.	I	A
Θα πρέπει να εξεταστεί η χορήγηση ενός συνδυασμού αποκλειστή του ΣΡΑ, ΑΔΑ ή διουρητικού ως αρχικής θεραπείας.	IIα	B
Θα μπορούσε επίσης να εξεταστεί η χορήγηση β-αποκλειστών.	IIβ	Γ

ΑΠ = αρτηριακή πίεση, ΑΔΑ = αποκλειστής των διαύλων ασβεστίου, CV = καρδιαγγειακός, ΑΝΚΑ = αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων, ΣΡΑ = σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης.

^αΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

11. Διαχείριση του συνυπάρχοντος κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου και παρακολούθηση του ασθενούς

11.1 Χρήση στατινών και αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας

Πολλοί ασθενείς με υπέρταση έχουν αρκετά αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο ώστε να εξεταστούν για πρόσθετες στρατηγικές θεραπείας για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου, ιδίως στατίνες και αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία.

Αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με υπέρταση		
Συστάσεις	Κατηγορία^α	Επίπεδο^β
Συνιστάται αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου με το σύστημα SCORE για υπερτασικούς ασθενείς που δεν βρίσκονται ήδη σε υψηλό ή πολύ υψηλό κίνδυνο λόγω εγκατεστημένης καρδιαγγειακής νόσου, νεφρικής νόσου ή διαβήτη.	I	B

Για ασθενείς με πολύ υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, συνιστώνται οι στατίνες για την επίτευξη επιπέδων LDL-χοληστερόλης <1,8 mmol/L (70 mg/dL) ή την επίτευξη μείωσης κατά ≥50% εάν η αρχική LDL-χοληστερόλη είναι 1,8–3,5 mmol/L (70–135 mg/dL).	I	B
Για ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, συνιστώνται οι στατίνες για την επίτευξη ενός στόχου LDL-χοληστερόλης <2,6 mmol/L (100 mg/dL) ή την επίτευξη μείωσης κατά ≥50% εάν η αρχική LDL-χοληστερόλη είναι 2,6–5,2 mmol/L (100–200 mg/dL).	I	B
Για ασθενείς με χαμηλό έως μέτριο καρδιαγγειακό κίνδυνο, συνιστώνται οι στατίνες, για την επίτευξη τιμής LDL-χοληστερόλης <115 mg/dL.	IIa	Γ
Συνιστάται η αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία, ιδίως η χαμηλή δόση ασπιρίνης, για τη δευτερογενή πρόληψη σε υπερτασικούς ασθενείς.	I	A
Η ασπιρίνη δεν συνιστάται για την πρωτογενή πρόληψη σε υπερτασικούς ασθενείς χωρίς καρδιαγγειακή νόσο.	III	A

CV = καρδιαγγειακός, ΚΑΝ = καρδιαγγειακή νόσος, LDL-C = LDL-χοληστερόλη, SCORE = Συστηματική Αξιολόγηση του Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου.

^aΚατηγορία σύστασης. ^βΕπίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

11.2 Παρακολούθηση των ασθενών με υπέρταση

Μετά την έναρξη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής θεραπείας, θα πρέπει να αξιολογείται ο έλεγχος της ΑΠ και να εκτιμώνται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας. Η θεραπεία με σταθερό συνδυασμό αναμένεται να μειώσει την ΑΠ εντός 1-2 εβδομάδων και μπορεί να συνεχιστεί για τη μείωση της ΑΠ στη διάρκεια των επόμενων 2 μηνών. Η αρχική επανεξέταση θα πρέπει να γίνει εντός των πρώτων 2 μηνών και η συχνότητα της επανεξέτασης εξαρτάται από τη βαρύτητα της υπέρτασης, την ύπαρξη επείγουσας ανάγκης ελέγχου της ΑΠ και τις συννοσηρότητες του ασθενούς. Μόλις επιτευχθεί η ΑΠ-στόχος, το διάστημα μεταξύ των επισκέψεων επανελέγχου εξαρτάται από την ανάγκη για παρακολούθηση των συννοσηροτήτων ή της νεφρικής λειτουργίας και κυμαίνεται μεταξύ 3 και 12 μηνών. Οι στρατηγικές που μπορεί να συμβάλουν στην αύξηση της συμμόρφωσης με τη θεραπεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 27. Οι στρατηγικές αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές στους ασθενείς με μη ελεγχόμενη ΑΠ.

Σύμφωνα με τις τοπικές πολιτικές και την τοπική διαθεσιμότητα πόρων φροντίδας υγείας, πολλές από τις επόμενες επισκέψεις μπορούν να πραγματοποιηθούν από νοσηλευτές ή από άλλους επαγγελματίες υγείας που δεν είναι ιατροί. Για τους ασθενείς που είναι σταθεροί, η ΗΒΡΜ και η ηλεκτρονική επικοινωνία με τον ιατρό μπορεί να αποτελούν εναλλακτική λύση, προκειμένου να μειωθεί η συχνότητα των επισκέψεων. Συνιστάται να αξιολογούνται οι παράγοντες κινδύνου και η τυχόν παρουσία ασυμπτωματικής βλάβης οργάνου-στόχου τουλάχιστον κάθε 2 έτη.

Πίνακας 27 Παρεμβάσεις που μπορεί να βελτιώνουν τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή στην υπέρταση
Επίπεδο ιατρού
Παροχή πληροφοριών σχετικά με τους κινδύνους της υπέρτασης και τα οφέλη της θεραπείας και συμφωνία για μια στρατηγική θεραπείας με σκοπό την επίτευξη και διατήρηση ελέγχου της ΑΠ, μέσω αλλαγών στον τρόπο ζωής και μιας θεραπευτικής στρατηγικής βασισμένης σε ένα μόνο δισκίο,

όταν αυτό είναι δυνατό (ενημερωτικό υλικό, προγραμματισμένη εκμάθηση, συμβουλευτική με χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή)
Ενδυνάμωση του ασθενούς
Ενημέρωση για τις συμπεριφορικές και κλινικές βελτιώσεις
Αξιολόγηση και αντιμετώπιση των ατομικών εμποδίων που μειώνουν τη συμμόρφωση
Συνεργασία με άλλους παρόχους περίθαλψης, ιδίως νοσηλευτές και φαρμακοποιούς
Επίπεδο ασθενούς
Αυτοπαρακολούθηση της ΑΠ (συμπεριλαμβανομένης της τηλεπαρακολούθησης)
Ομαδικές συνεδρίες
Οδηγίες σε συνδυασμό με στρατηγικές δημιουργίας κινήτρων
Αυτοδιαχείριση με απλά καθοδηγούμενα από τον ασθενή συστήματα
Χρήση υπενθυμίσεων
Λήψη οικογενειακής, κοινωνικής ή νοσηλευτικής υποστήριξης
Προμήθεια φαρμάκων στον χώρο εργασίας
Επίπεδο φαρμακευτικής θεραπείας
Απλοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής υπέρ της χρήσης θεραπείας με ένα σταθερό συνδυασμό
Συσκευασία με σύστημα υπενθύμισης
Επίπεδο συστήματος υγείας
Υποστήριξη της ανάπτυξης συστημάτων παρακολούθησης (τηλεφωνική παρακολούθηση, κατ' οίκον επισκέψεις, τηλεπαρακολούθηση της ΑΠ κατ' οίκον)
Οικονομική υποστήριξη της συνεργασίας μεταξύ παρόχων περίθαλψης (φαρμακοποιών, νοσηλευτών)
Ασφαλιστική κάλυψη των σταθερών συνδυασμών
Ανάπτυξη εθνικών βάσεων δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων συνταγογράφησης, οι οποίες θα είναι διαθέσιμες για ιατρούς και φαρμακοποιούς
Δυνατότητα πρόσβασης σε φάρμακα

ΑΠ = αρτηριακή πίεση.

ESC

European Society of Cardiology

© 2018 The European Society of Cardiology

Δεν επιτρέπεται η μετάφραση ή αναπαραγωγή οποιουδήποτε μέρους αυτών των συντομευμένων κατευθυντήριων οδηγιών, σε οποιαδήποτε μορφή, χωρίς τη γραπτή άδεια της ESC.

Το ακόλουθο υλικό έχει προσαρμοστεί από τις Κατευθυντήριες Οδηγίες των ESC/ESH 2018 για τη Διαχείριση της Αρτηριακής Υπέρτασης (European Heart Journal 2018 – doi:10.1093/eurheartj/ehy339).

Για ανάγνωση και πλήρη αναφορά της δημοσίευσης της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας:

www.escardio.org/guidelines

Copyright © European Society of Cardiology 2018 – Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Το περιεχόμενο αυτών των συντομευμένων κατευθυντήριων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) έχει δημοσιευθεί για προσωπική και εκπαιδευτική χρήση μόνο. Δεν επιτρέπεται καμία εμπορική χρήση του. Δεν επιτρέπεται η μετάφραση ή αναπαραγωγή οποιουδήποτε μέρους αυτών των συντομευμένων κατευθυντήριων οδηγιών, σε οποιαδήποτε μορφή, χωρίς τη γραπτή άδεια της ESC.

Άδεια μπορεί να ληφθεί κατόπιν υποβολής γραπτού αιτήματος στην ESC, Practice Guidelines Department, Les Templiers – 2035, Route des Colles – CS 80179 – Biot 06903 Sophia Antipolis Cedex – France.

Email: guidelines@escardio.org

Δήλωση αποποίησης ευθύνης:

Οι κατευθυντήριες οδηγίες των ESC/ESH αντιπροσωπεύουν τις απόψεις της ESC και της ESH και έχουν αναπτυχθεί μετά από προσεκτική εξέταση των επιστημονικών και ιατρικών δεδομένων και των στοιχείων που ήταν διαθέσιμα κατά την ημερομηνία σύνταξής τους. Η ESC και η ESH δεν φέρουν ευθύνη για οποιαδήποτε αντίφαση, ασυμφωνία και/ή αμφισημία μεταξύ των κατευθυντήριων οδηγιών των ESC/ESH και οποιωνδήποτε άλλων επίσημων συστάσεων ή κατευθυντήριων οδηγιών που έχουν εκδοθεί από τις αρμόδιες αρχές δημόσιας υγείας, ιδίως σε σχέση με την ορθή χρήση της φροντίδας υγείας ή των στρατηγικών θεραπείας. Οι επαγγελματίες υγείας ενθαρρύνονται να λαμβάνουν πλήρως υπόψη τις κατευθυντήριες οδηγίες των ESC/ESH όταν ασκούν την κλινική τους κρίση, καθώς και κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή προληπτικών, διαγνωστικών ή θεραπευτικών ιατρικών στρατηγικών. Ωστόσο, οι κατευθυντήριες οδηγίες των ESC/ESH δεν ακυρώνουν με κανέναν τρόπο την ατομική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας να λαμβάνουν κατάλληλες και ορθές αποφάσεις, λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση υγείας του κάθε ασθενούς, σε συνεννόηση με τον ασθενή και τον φροντιστή του ασθενούς όπου αυτό ενδείκνυται και/ή απαιτείται. Επίσης, οι κατευθυντήριες οδηγίες των ESC/ESH δεν απαλλάσσουν τους επαγγελματίες υγείας από την υποχρέωση να λαμβάνουν προσεκτικά και πλήρως υπόψη τους τις σχετικές επίσημες επικαιροποιημένες συστάσεις ή κατευθυντήριες οδηγίες που εκδίδονται από τις αρμόδιες αρχές δημόσιας υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το κάθε περιστατικό ασθενούς με βάση τα επιστημονικά αποδεκτά δεδομένα, σε συμφωνία με τις αντίστοιχες δεοντολογικές και επαγγελματικές τους υποχρεώσεις. Επίσης, είναι ευθύνη των επαγγελματιών υγείας να επαληθεύουν κατά τη συνταγογράφηση τους ισχύοντες κανόνες και κανονισμούς σχετικά με τα φάρμακα και τις ιατρικές συσκευές.

Για περισσότερες πληροφορίες
www.escardio.org/guidelines