



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

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

**Νόσημα: Στεφανιαία Νόσος (σταθερή νόσος των
στεφανιαίων αγγείων και οξύ στεφανιαίο σύνδρομο)**

Ομάδα εργασίας: Δρ. Ιωάννης Λέντζας (Συντονιστής)
Δρ. Χριστίνα Λιότση (Αναπληρώτρια συντονίστρια)
κ. Μαρίνα Παπαδάκη (Επιστημονικός συνεργάτης)

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Καθηγητής Χρήστος Λιονής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

UNIVERSITY OF CRETE
FACULTY OF MEDICINE

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





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύνθεση της ομάδας ανασκόπησης:

ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονικός Υπεύθυνος έργου
ΛΕΝΤΖΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Ιατρός, Συντονιστής της ομάδας ανασκόπησης
ΛΙΟΤΣΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ	Ιατρός, Αναπληρώτρια συντονίστρια της ομάδας ανασκόπησης
ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΜΑΡΙΝΑ	Περιβαλλοντική και Υγειονομική Μηχανική, Επιστημονικός συνεργάτης

Σύνθεση της ομάδας ομοφωνίας (κατ' αλφαβητική σειρά):

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Εκπρόσωπος Ασθενών
ΔΗΜΑΡΑ ANNA	Εκπρόσωπος Ασθενών
ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΔΡΙΑΝΑ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΚΟΚΚΑΛΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΚΟΝΤΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας
ΠΕΪΤΣΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΣΠΙΝΘΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑ	Εκπρόσωπος 7 ^{ης} Υ.Πε. Κρήτης
ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας
ΧΑΤΖΗΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ	Εκπρόσωπος Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
DR.CARLOS BROTONS	Εκπρόσωπος του European Primary Care Cardiovascular Society (EPCCS)



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Περιεχόμενα

	Πρόλογος	4
1.	Εισαγωγή	5
2.	Ορισμός Στεφανιαίας Νόσου	7
3.	Κλινικά ερωτήματα	8
4.	Μεθοδολογία	10
5.	Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο	17
6.	Πρακτικός Αλγόριθμος	35
7.	Επίλογος	36
8.	Βιβλιογραφία	37



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Πρόλογος

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

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

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

Θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτού του έργου και ιδιαίτερα τα μέλη της ομάδας έργου (κ. Ιωάννη Λέντζα που συντόνισε την ομάδα εργασίας, κ. Χριστίνα Λιότση, κ. Μαρίνα Παπαδάκη) που διάβασε συστηματικά τη βιβλιογραφία και συνέταξε μεγάλο μέρος του παρόντος κειμένου, καθώς και την κ. Ειρήνη Βασιλάκη για τον ουσιαστικό της ρόλο στο συντονισμό του έργου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες και στους εκπρόσωπους του European Primary Care Cardiovascular Society (EPCCS), Prof. Richard Hobbs και Dr. Carlos Brotons.

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

Με εκτίμηση,

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του έργου

Χρήστος Λιονής
Καθηγητής Γενικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής
Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

1. Εισαγωγή

Η Στεφανιαία Νόσος (ΣΝ) αποτελεί μια από τις πλέον θανατηφόρες νόσους στις βιομηχανικές χώρες. Στην Ελλάδα περίπου 50,000 άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρδιαγγειακές παθήσεις, εκ των οποίων τα 17,000 περίπου από ισχαιμία του μυοκαρδίου. Περίπου 1 στους 3 θανάτους διεθνώς, και 1 στους 2 θανάτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα προκαλείται από καρδιαγγειακά νοσήματα. Το 45.5% των θανάτων στην Ελλάδα το 2005 οφειλόταν σε καρδιαγγειακά συμβάντα, δηλαδή στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικά. Το 50% των ατόμων που πεθαίνουν από καρδιαγγειακές παθήσεις δεν είχαν παρουσιάσει ποτέ προηγουμένως οποιοδήποτε σχετικό σύμπτωμα. Στις ΗΠΑ αποτελεί το αίτιο του 50-70% όλων των καρδιογενών θανάτων και κάθε χρόνο περίπου 500,000 άνθρωποι πεθαίνουν από τη νόσο. Η νόσος προσβάλλει άνδρες στην ακμή της ζωής τους, ενώ η μέση ηλικία κατά την οποία εμφανίζεται το πρώτο έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η μεσότητα της δεκαετίας των 50. Οι γυναίκες προσβάλλονται 10 χρόνια αργότερα, σε σύγκριση με τους άνδρες.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η ΣΝ οφείλεται σε αθηροσκληρυντικές αλλοιώσεις. Ανάμεσα στα υπόλοιπα αίτια περιλαμβάνονται η σύφιλη, οι διάφοροι τύποι αρτηρίτιδας, η εμβολή των στεφανιαίων και τα νοσήματα του συνδετικού ιστού. Η αντίστοιχη κλινική εκδήλωση, η μυοκαρδιακή ισχαιμία, σχεδόν κατά κανόνα οφείλεται σε αρτηριοσκλήρωση των στεφανιαίων, σε μερικές όμως περιπτώσεις το αίτιο μπορεί να είναι ο αρτηριακός και μόνο σπασμός. Συχνότερα, ο τελευταίος επιπλέκει τη στεφανιαία αθηροσκλήρωση. Η ταξινόμηση της ΣΝ ως προς τον τύπο και το βαθμό είναι αυθαίρετη και μη ικανοποιητική, λόγω του ότι οι κλινικές εκδηλώσεις αλληλοεμπλέκονται και παριστούν ένα ποικίλο φάσμα προοδευτικής ισχαιμίας, νέκρωσης, σπασμού, ίνωσης και δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Οποιαδήποτε από τις εκδηλώσεις μπορεί να είναι η πρωτοεμφανιζόμενη, ο δε ασθενής μπορεί να παρουσιάσει μια, να αναπτύξει μια άλλη και να σταθεροποιηθεί τελικά σε οποιαδήποτε κλινική εκδήλωση. Η νόσος μπορεί να έχει οξείες και χρόνιες φάσεις και ο ασθενής μπορεί να είναι σοβαρά πάσχων στη διάρκεια μιας φάσης και γεμάτος ενεργητικότητα κάποιους μήνες αργότερα, με ή χωρίς κάποιο άλλο σύμπτωμα. Η συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων, των κλινικών εκδηλώσεων και των παθολογοανατομικών ευρημάτων είναι τόσο ανακριβής, που η πρόβλεψη του ενός με βάση κάποιο άλλο καθίσταται αδύνατη.⁵⁹



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΗ



ΕΣΠΑ
2007-2013
πρόγραμμα για την ανάπτυξη
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση της νόσου είναι βαρύνουσας σημασίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) στην Ελλάδα. Για τη βελτίωση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ., σημαντικό ρόλο παίζει η «ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις» (evidence-based medicine). Η κλινική πρακτική που βασίζεται στην τεκμηρίωση περιγράφεται ως η εφαρμογή της καλύτερης διαθέσιμης επιστημονικής γνώσης στην κλινική πράξη, με σκοπό τη μείωση των αναποτελεσματικών, ακατάλληλων, δαπανηρών και δυνητικά επισφαλών πρακτικών.²⁶ Στην κατεύθυνση αυτή συμβάλλουν και οι παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες (Κ.Ο.) για τη διάγνωση και τη διαχείριση των 13 κοινών νοσημάτων στην ΠΦΥ, συμπεριλαμβανομένης της ΣΝ. Ως κατευθυντήριες οδηγίες ορίζονται οι θέσεις ή δηλώσεις που διατυπώνονται μετά από κριτική και συστηματική μελέτη της βιβλιογραφίας με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και τους επαγγελματίες υγείας στη λήψη αποφάσεων για την παροχή φροντίδας σε συγκεκριμένα νοσήματα ή κλινικές καταστάσεις. Με τη χρήση αυτών επιτυγχάνεται η εφαρμογή αντικειμενικής και τεκμηριωμένης ιατρικής γνώσης, υποστηρίζεται η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, μειώνεται το κόστος περίθαλψης, αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και καθίσταται εφικτή η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

Συμπερασματικά, υπήρχε μεγάλη ανάγκη σύνταξης Κ.Ο. στην Ελλάδα αναφορικά με τη διάγνωση και τη διαχείριση της ΣΝ, που να είναι προσαρμοσμένες τόσο στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν στην χώρα μας, όσο και στη δομή του συστήματος της Π.Φ.Υ. Το κενό αυτό ελπίζουμε να καλύψουν οι παρούσες συστάσεις.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΕΩΝ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

2. Ορισμός Στεφανιαίας Νόσου

Η στεφανιαία νόσος, γνωστή και ως ισχαιμική καρδιοπάθεια, χαρακτηρίζεται από τη στένωση των στεφανιαίων αρτηριών, λόγω της φλεγμονής του ενδοθηλίου των αγγείων και εναπόθεσης αθηρωματικών πλακών σε αυτά, με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της ροής του αίματος στην καρδιά, οδηγώντας με αυτόν τον τρόπο σε ανεπαρκή παροχή οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στο μυοκάρδιο.^{7,9,11,14-15, 19-20,22,36}

Συχνά όταν αναφερόμαστε στη ΣΝ εννοούμε τη σταθερή μορφή της νόσου (stable coronary artery disease, ΣΣΝ) που σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Καρδιολογίας γενικά χαρακτηρίζεται από “επεισόδια αναστρέψιμης, ασύγχρονης μυοκαρδιακής απαίτησης/ παροχής σχετιζόμενης με ισχαιμία ή υποξίας που συνήθως επάγονται από την άσκηση, συγκίνηση ή άλλη μορφή stress και είναι αναπαραγώγιμα, αλλά που μπορούν να συμβούν ξαφνικά” (www.escardio.org/guidelines, SCAD, version 13)⁷⁵. Τα επεισόδια αυτά που συνοδεύονται από προσωρινή δυσφορία στο στήθος εκπροσωπούν τη στηθάγχη. Στον όρο ΣΣΝ περιλαμβάνονται: η σταθεροποιημένη συχνά ασυμπτωματική κατάσταση που συχνά ακολουθούν ένα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ), η επί μακρόν προ- συμπτωματική κατάσταση της σταφανιαίας αθηροσκλήρωσης και η στηθάγχη ηρεμίας. Η ασταθής στηθάγχη αποτελεί μορφή του ΟΣΣ. Η Αμερικανική Εταιρεία Καρδιολογίας όρισε το 2005⁸⁴ ως ΟΣΣ “κάθε ομάδα ασθενών με κλινικά συμπτώματα συγκρίσιμα με οξείας μυοκαρδιακή ισχαιμία.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

3. Κλινικά ερωτήματα

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

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

Αναφορικά με τη διάγνωση και τα διαγνωστικά εργαλεία:

1. Ποια εργαλεία έχουν τη μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια για τη ΣΝ στην Π.Φ.Υ.;
2. Αλλάζει η ακρίβεια των διαγνωστικών εργαλείων από τη συννοσηρότητα της ΣΝ με ΣΔ;

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη):

3. Ποια η αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών παρεμβάσεων για τη ΣΝ;
4. Σε ποιο βαθμό αλλάζει η αποτελεσματικότητα της θεραπείας από τη συννοσηρότητα της ΣΝ με ΣΔ;
5. Ποια η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με ΣΝ;
6. Ποιος ο ρόλος της ομάδας υγείας στην εκπαίδευση και συμμόρφωση ασθενών με ΣΝ στις φαρμακευτικές και μη θεραπευτικές θεραπείες;

Αναφορικά με την πρόληψη:

7. Ποιες παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ. είναι αποτελεσματικές για την πρόληψη και τον προσυμπτωματικό πληθυσμιακό έλεγχο για ΣΝ;
8. Ποια η σχέση των διατροφικών συνηθειών, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας με την εμφάνιση ΣΝ σε ηλικίες < 40 ετών; Ποιος ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. για την εκπαίδευση των γονέων στο θέμα αυτό;



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΗ



www.espa.gr

9. Ποια η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με ακετυλοσαλικυλικό οξύ, στατίνες σε ασθενείς με μη διαγνωσμένη ΣΝ στην πρόληψη Στεφανιαίας Νόσου.

10. Ποια η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αποκατάστασης με οιστρογόνα στις μετά-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, όσον αφορά στην πρόληψη Στεφανιαίας Νόσου;

Αναφορικά με την παραπομπή:

11. Ποιες οι ενδείξεις και οδηγίες παραπομπής των ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και σταθερή στηθάγχη σε ειδικευμένο καρδιολόγο από γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;

Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας:

12. Πώς επιτυγχάνεται η βέλτιστη εκπαίδευση της ομάδας υγείας σε ζητήματα διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενών με ΣΝ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας;



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

4. Μεθοδολογία

Σκοπός της Κ.Ο. για τη ΣΝ

Στην Ελλάδα παρουσιάζεται μεγάλη διακύμανση στην εφαρμογή των ιατρικών πρακτικών. Η υιοθέτηση από τους παρόχους της Π.Φ.Υ. κοινών κατευθυντηρίων οδηγιών (Κ.Ο.) υψηλής τεκμηρίωσης ως οδηγός για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων για την αντιμετώπιση της ΣΝ κρίθηκε μείζονος σημασίας, δεδομένου ότι ενισχύουν την υπευθυνότητα, μειώνουν τις αποκλίσεις στις ιατρικές πράξεις, εξοικονομούν πόρους και παρέχουν ως ένα βαθμό διαφάνεια.^{56,58}

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω παραμέτρους, ως κύριος σκοπός της προσπάθειας σύνταξης των πρώτων Κ.Ο., όσον αφορά τη διαχείριση της ΣΝ στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, τέθηκε η διατύπωση συστάσεων αναφορικά με τη διαχείριση της ΣΝ, στοχεύοντας αφενός στην ανάπτυξη παρεμβάσεων προαγωγής υγείας και αφετέρου στην πρώιμη διάγνωση της νόσου και στην πρόληψη της επιδείνωσής της.

Σε ποιους απευθύνεται

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

Μεθοδολογία ανάπτυξης της Κ.Ο.

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



Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

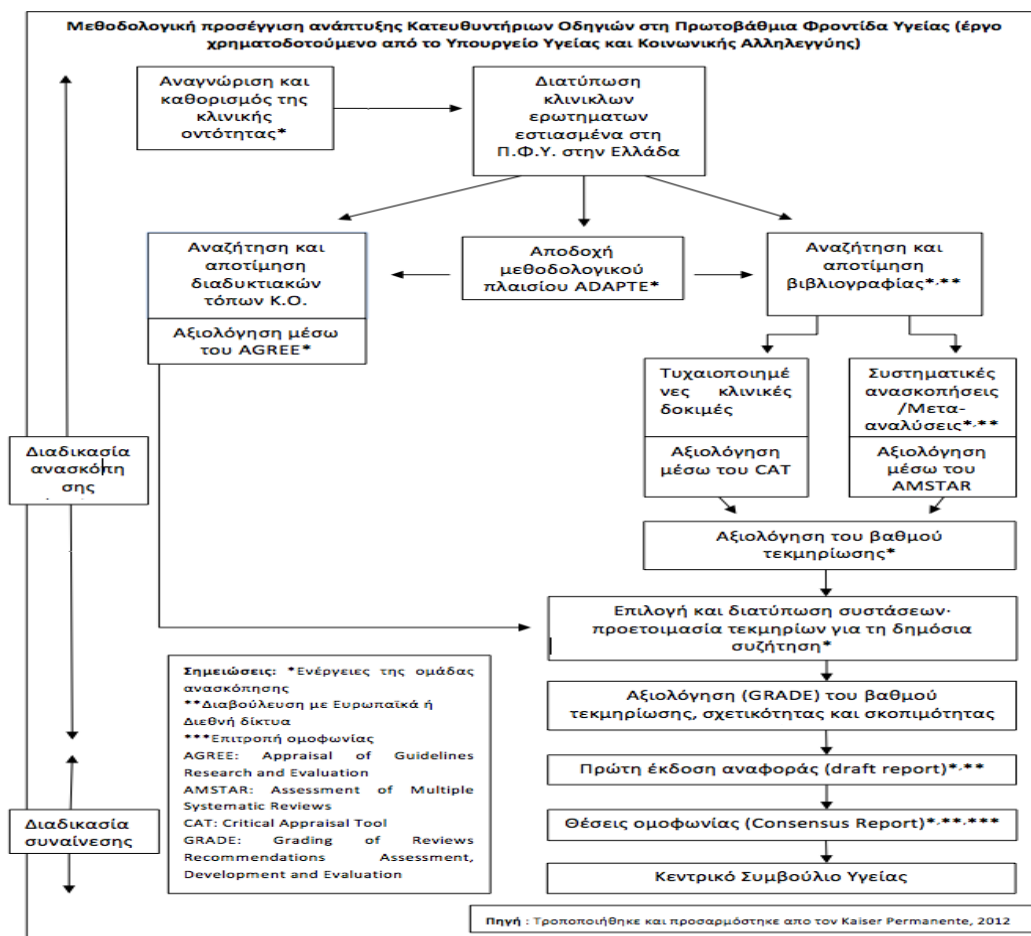


www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την ανάπτυξη των Κ.Ο. διαμορφώθηκε με την προσαρμογή του εργαλείου ADAPTE³⁵ (www.adapte.org) και τη χρήση προσαρμοσμένων στα ελληνικά αλγόριθμου που έχει αναπτυχθεί από το μη κερδοσκοπικό οργανισμό Kaiser Permanente⁴⁹, ο οποίος τροποποιήθηκε και προσαρμόστηκε στις ανάγκες του έργου και παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 1.

Διάγραμμα 1: Αλγόριθμος που ακολουθήθηκε





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Πηγή: Kaiser Permanente, 2012, χρησιμοποιείται μετά από άδεια και κατάλληλη προσαρμογή+

Σύμφωνα με τον αλγόριθμο, το πρώτο στάδιο της διαδικασίας περιέλαβε την αναγνώριση και τον καθορισμό της κλινικής οντότητας και ακολούθησε η διατύπωση κλινικών ερωτημάτων αναφορικά με τη διαχείριση της ΣΝ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.

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

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου, η ομάδα ανασκόπησης αναζήτησε Κατευθυντήριες Οδηγίες από δικτυακούς τόπους σύμφωνα με δημοσιευμένο άρθρο ⁵⁶ του Επιστημονικά Υπεύθυνου του έργου, κ. Χ. Λιονή, όπου έχει διαμορφωθεί ένας κατάλογος Επιστημονικών Εταιριών ή Κολεγίων Γενικών Ιατρών με εμπειρία στην ανάπτυξη Κατευθυντηρίων Οδηγιών. Επιπρόσθετα, η ομάδα ανασκόπησης επέκτεινε την αναζήτηση αυτή και σε άλλους Ευρωπαϊκούς και διεθνείς γνωστούς ιστοτόπους παραγωγής και διανομής Κ.Ο. για τη ΣΝ. Προς αξιολόγηση επιλέχθηκαν οι Κατευθυντήριες Οδηγίες που ήταν προϊόν συμφωνίας ειδικών (consensus), ήταν επιστημονικά τεκμηριωμένες (evidence based) και είχαν δημοσιευτεί την τελευταία δεκαετία. Εν συνεχεία, οι εντοπισθείσες κατευθυντήριες οδηγίες αξιολογήθηκαν από τα μέλη της ομάδας. Απώτερος σκοπός, ήταν να επιλεγθούν προς αξιολόγηση οι Κατευθυντήριες Οδηγίες που παρουσίαζαν μεγαλύτερη συνάφεια με το σκοπό του παρόντος εγχειρήματος και μπορούσαν να εφαρμοστούν στην ελληνική πραγματικότητα. Η ποιότητα των Κ.Ο. αξιολογήθηκε με το εργαλείο AGREE (έκδοση I). Τρεις Κ.Ο. κρίθηκαν ως αποδεκτής ποιότητας και χρησιμοποιήθηκαν για την διατύπωση των συστάσεων. ^{13,21,46}

Αναφορικά με την ανασκόπηση των άρθρων, εξετάσαμε όλες τις δημοσιευμένες εργασίες που εντοπίσαμε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων υψηλής ποιότητας PUBMED (<http://www.pubmed.com/>), Cochrane Library (<http://www.cochrane.org/>) και Scopus (<http://www.scopus.com/>), με σκοπό να απαντήσουμε στα κλινικά ερωτήματα αναφορικά με τη νόσο.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν ξεχωριστοί αλγόριθμοι αναζήτησης για κάθε κλινικό ερώτημα συνδυάζοντας τις λέξεις-κλειδιά (key-words) και χρησιμοποιώντας ως επί το πλείστον ιατρικές θεματικές επικεφαλίδες (Mesh terms), συνδυαστικά με άλλες τεχνικές αναζήτησης (Boolean προσέγγιση, φίλτρα αναζήτησης). Οι αλγόριθμοι που δημιουργήθηκαν ήταν κοινοί για την αναζήτηση και στις δύο βάσεις δεδομένων. Τα κριτήρια εισαγωγής που τέθηκαν κατά τη συστηματική ανασκόπηση των εργασιών, ήταν ο τύπος μελέτης (συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές), το χρονικό διάστημα δημοσίευσης (δημοσιεύσεις τελευταίας 5ετίας για συστηματικές ανασκοπήσεις και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές), η γλώσσα του κειμένου (αγγλικά, ελληνικά), η ηλικία του πληθυσμού (ενήλικες, 18 ετών και άνω) και η συνάφεια με το εκάστοτε κλινικό ερώτημα.

Στην συνέχεια, ανασκοπήθηκαν από τα μέλη της ομάδας τα επιλεγμένα βάσει τα κριτήρια άρθρα. Η ανασκόπηση περιελάμβανε την ανάγνωση του τίτλου, καθώς και της περίληψης των άρθρων που προέκυπταν από τον αλγόριθμο αναζήτησης ανά κλινικό ερώτημα και στις τρεις βάσεις δεδομένων. Εντοπίστηκαν τα άρθρα που ήταν κοινά και στις τρεις βάσεις, ώστε να αποφευχθούν διπλο-εγγραφές.

Η συνάφεια των μελετών με το εκάστοτε κλινικό ερώτημα, την ΠΦΥ και τη γενική ιατρική διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην επιλογή των εργασιών των οποίων η ποιότητα εκτιμήθηκε με τα αντίστοιχα εργαλεία αξιολόγησης. Μετά την εφαρμογή του εργαλείου AMSTAR επιλέχθηκαν συνολικά 3 Μετα-αναλύσεις και 4 Συστηματικές Ανασκοπήσεις. Στη συνέχεια, με τη χρήση του δελτίου κριτικής αποτίμησης για Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Κριτικές Δοκιμές (RCTs' Critical Appraisal Sheet) και του δελτίου αποτίμησης Διαγνωστικών Μελετών (Diagnostic Study Appraisal Work Sheet) του Centre of Evidence Based Medicine του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, επιλέχθηκαν 24 Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Κλινικές Δοκιμές και 2 Διαγνωστικές Μελέτες.

Μετά την ολοκλήρωση των προαναφερθέντων βημάτων, τα αποτελέσματα της επιλεγμένης βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν για την διατύπωση των συστάσεων. Στο στάδιο αυτό πραγματοποιήθηκε και η εκτίμηση του επιπέδου τεκμηρίωσης της κάθε σύστασης σύμφωνα με το σύστημα που προτείνεται από το National Health and Medical Research Council⁶ (Table 1).

Table 1 NHMRC Evidence Hierarchy: designations of 'level of evidence' according to type of research question (including explanatory notes)



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Level	Intervention	Diagnostic accuracy	Prognosis	Aetiology	Screening Intervention
I	A systematic review of level II studies	A systematic review of level II studies	A systematic review of level II studies	A systematic review of level II studies	A systematic review of level II studies
II	A randomised controlled trial	A study of test accuracy with: an independent, blinded comparison with a valid reference standard, among consecutive persons with a defined clinical presentation	A prospective cohort study	A prospective cohort study	A randomised controlled trial
III-1	A pseudorandomised controlled trial (i.e. alternate allocation or some other method)	A study of test accuracy with: an independent, blinded comparison with a valid reference standard, among non-consecutive persons with a defined clinical presentation	All or none	All or none	A pseudorandomised controlled trial (i.e. alternate allocation or some other method)
III-2	A comparative study with concurrent controls: <ul style="list-style-type: none"> Non-randomised, experimental trial Cohort study Case-control study Interrupted time series with a control group 	A comparison with reference standard that does not meet the criteria required for Level II and III-1 evidence	Analysis of prognostic factors amongst persons in a single arm of a randomised controlled trial	A retrospective cohort study	A comparative study with concurrent controls: <ul style="list-style-type: none"> Non-randomised, experimental trial Cohort study Case-control study
III-3	A comparative study without concurrent controls: <ul style="list-style-type: none"> Historical control study Two or more single arm study Interrupted time series without a parallel control group 	Diagnostic case-control study ⁶	A retrospective cohort study	A case-control study	A comparative study without concurrent controls: <ul style="list-style-type: none"> Historical control study Two or more single arm study
IV	A comparative study without concurrent controls: <ul style="list-style-type: none"> Historical control study Two or more single arm study 	Study of diagnostic yield (no reference standard) ¹¹	Case series, or cohort study of persons at different stages of disease	A cross-sectional study or case series	Case series



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία συλλογής και αποθήκευσης, δημιουργήθηκε σημείο καταχώρησης και αποθήκευσης (dropbox) των επιλεγμένων Κ.Ο. και μελετών.

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

Στη συνέχεια, οι επαναδιατυπωμένες συστάσεις παρουσιάστηκαν στα μέλη του consensus panel στη συνάντηση ομοφωνίας που πραγματοποιήθηκε για τη ΣΝ, η οποία είχε ως σκοπό την επίτευξη της συναίνεσης μεταξύ εμπειρογνομόνων και στην οποία συμμετείχαν: 2 εκπρόσωποι της ΕΛΕΓΕΙΑ, 2 εκπρόσωποι της ΕΝΕ, 1 εκπρόσωπος του αντίστοιχου διεθνούς δικτύου Π.Φ.Υ. 1 εκπρόσωπος της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 2 εκπρόσωποι φορέα ασθενών και ένας εκπρόσωπος της ΔΥΠΕ.

Την πρώτη μέρα στη συνάντηση ομοφωνίας πραγματοποιήθηκε εκτενής συζήτηση, αναφορικά με το περιεχόμενο και τη διατύπωση κάθε σύστασης στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Τη δεύτερη μέρα, τα μέλη της συνάντησης ομοφωνίας κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τις διαμορφωθείσες συστάσεις βάσει του Δελτίου Αξιολόγησης των συστάσεων του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας (National Health and Medical Research Council) της Αυστραλίας. Η αξιολόγηση των συστάσεων των Κ.Ο. που προέκυψαν από τη συνάντηση ομοφωνίας και η εκτίμηση του βαθμού τεκμηρίωσής τους, βασίστηκε στο σύστημα αξιολόγησης του National Health and Medical Research Council (NHMRC)²⁴ της Αυστραλίας με τη χρήση του σχετικού δελτίου (NHMRC Evidence Statement Form)³⁵ που ζυγιάζει διάφορες παραμέτρους της σύστασης για την εκτίμηση (βαθμολόγηση) του επιπέδου σύστασης που αντιπροσωπεύει την δυνατότητα εφαρμογής της στην κλινική πρακτική. Κάθε σύσταση αξιολογήθηκε αναφορικά με την τεκμηρίωσή της, τη συνοχή της, την κλινική της επίδραση, τη δυνατότητα γενίκευσής της και τη δυνατότητα εφαρμογής της στην κλινική πρακτική. Από το άθροισμα των βαθμολογιών των επιμέρους αυτών στοιχείων, προέκυψε το επίπεδο τεκμηρίωσης κάθε σύστασης (Α= Το σύνολο των τεκμηρίων μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο στην πράξη, Β= Το σύνολο των τεκμηρίων μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο στην πράξη στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, C= Το σύνολο των



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΕΡΕΛΩΣΗ



ΕΣΠΑ
2007-2013
πρόγραμμα για την ανάπτυξη
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

τεκμηρίων ενισχύει μερικώς τις συστάσεις αλλά πρέπει να δίνεται προσοχή στην εφαρμογή του, D= Το σύνολο των τεκμηρίων δεν έχει μεγάλη ισχύ και πρέπει να εφαρμόζεται με προσοχή).

Δήλωση συμφερόντων

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



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

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

Διάγνωση και διαγνωστικές δοκιμασίες Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου

Σύσταση 1: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να σκέφτονται τη διάγνωση του Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου (ΟΣΣ) σε άτομα που προσέρχονται με προκάρδιο άλγος, χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) τους και που παρουσιάζουν μη ειδικές αλλοιώσεις, όπως αναστροφή των T διαστημάτων, κατασπάσεις (πτώση ≥ 0.5 mm) του διαστήματος ST σε περισσότερο από 2 διαδοχικές απαγωγές.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: B

Τεκμηρίωση σύστασης: Η εκτίμηση της επίπτωσης εμφράγματος μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST εκτιμάται σε 3 επεισόδια ανά 1000 κατοίκους ετησίως¹⁵. Επίσης η θνητότητα μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο χωρίς ανάσπαση του ST μετά από 6 μήνες είναι παρόμοια με αυτή μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο με ανάσπαση του ST¹⁵. Οπότε είναι σημαντική η κλινική υποψία εμφράγματος σε ασθενείς με θωρακικό άλγος και μη ειδικές αλλοιώσεις, όπως αναστροφή των T διαστημάτων, κατασπάσεις (πτώση ≥ 0.5 mm) του διαστήματος ST σε περισσότερο από 2 διαδοχικές απαγωγές¹⁵. Μεγαλύτερες κατασπάσεις του ST (≥ 2 mm) μάλιστα επιδεινώνουν περαιτέρω την πρόγνωση¹⁵.

Σύσταση 2: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να σκέφτονται τη διάγνωση του Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου με ανάσπαση του ST διαστήματος, σε άτομα που προσέρχονται με προκάρδιο άλγος και παρουσιάζουν στο ΗΚΓ μη ειδικές αλλοιώσεις, οι οποίες αφορούν νεοεμφανιζόμενο αποκλεισμό αριστερού σκέλους ή ανασπάσεις του ST διαστήματος (>2 mm στους άνδρες και >1.5 mm στις γυναίκες για τις απαγωγές V2, V3 ή >1 mm ανεξαρτήτως φύλου για τις υπόλοιπες απαγωγές), οι οποίες παραμένουν για τουλάχιστον 20 λεπτά σε περισσότερο από 2 διαδοχικές απαγωγές.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: B

Τεκμηρίωση σύστασης: Το κλινικό εύρος του ΟΣΣ εκτείνεται από ασυμπτωματική σταθερή στηθάγχη μέχρι αιφνίδιο θάνατο (Cannon and Braunwald, 2003)⁹⁰.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 3: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να διενεργούν ΗΚΓ σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που προσέρχονται με συμπτώματα όπως ναυτία, έμετοι, επιγαστραλγία, ζάλη με ή χωρίς συνοδό προκάρδιο άλγος.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Ένα μεγάλο ποσοστό εμφραγμάτων, περίπου 30% των εμφραγμάτων ST, δεν εμφανίζεται με τυπικό θωρακικό άλγος, αλλά με άτυπα συμπτώματα όπως ναυτία, έμετοι, επιγαστραλγία, ζάλη⁶⁰. Οι διαβητικοί ασθενείς βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο άτυπης συμπτωματολογίας⁶⁰.

Διάγνωση και διαγνωστικές δοκιμασίες σε περιπτώσεις υποψίας σταθερής Στεφανιαίας Νόσου

Σύσταση 4: Σε περίπτωση ατόμου, όπου οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, υποπτεύονται Σταθερή Στεφανιαία Νόσο, συστήνεται να παραγγέλλουν τις παρακάτω εξετάσεις αίματος:

- Γενική εξέταση αίματος
- Σάκχαρο νηστείας
- Λιπίδια αίματος
- Κρεατίνη ορού
- BNP/NT-proBNP

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Η αναιμία σχετίζεται με πτωχότερη πρόγνωση της σταθερής στεφανιαίας νόσου σε μια μελέτη παρατήρησης⁶¹. Επίσης η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμίας και η ύπαρξη νεφρικής ανεπάρκειας αποτελούν τροποποιήσιμους αιτιολογικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου¹³. Το BNP και NT-proBNP αποτελούν δείκτες αναγνώρισης καρδιακής ανεπάρκειας και αποτελούν επιπλέον προγνωστικούς παράγοντες θνητότητας και καρδιαγγειακών επιπλοκών⁶², αλλά η εφαρμοσιμότητα του στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στη χώρα μας είναι προβληματική.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Εξετάσεις παρακολούθησης ατόμων με Στεφανιαία Νόσο

Σύσταση 5: Σε περιπτώσεις ατόμων με διαγνωσμένη Σταθερή Στεφανιαία Νόσο που επισκέπτονται τους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, συστήνεται σε αυτούς να διενεργούνται οι παρακάτω εξετάσεις σε ετήσια βάση:

- Έλεγχο των λιπιδίων, της γλυκόζης νηστείας και της κρεατινίνης
- ΗΚΓ ηρεμίας
- Υπερηχοκαρδιογράφημα
- Υπερηχογράφημα καρωτίδων
- 24ωρη παρακολούθηση ΗΚΓ/τος
- Ακτινογραφία θώρακα

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμίας και η ύπαρξη νεφρικής ανεπάρκειας αποτελούν τροποποιήσιμους αιτιολογικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου¹³.

Η αναγνώριση ανωμαλιών του διαστήματος ST, ανωμαλιών του κύματος T, υπερτροφίας της αριστεράς κοιλίας, υπεραριστερού άξονα και πλήρους σκελικού αποκλεισμού στο ΗΚΓ ηρεμίας στο γενικό πληθυσμό και στο διαβητικό πληθυσμό συνθέθηκε με σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο (Hazard ratio:1,9) για καρδιαγγειακά συμβάμματα⁹. Καθώς το ΗΚΓ ηρεμίας δεν είναι μια μη επεμβατική εξέταση, θεωρείται ασφαλές και δεν υπάρχουν έρευνες που να αναφέρονται στους κινδύνους του⁹. Η παρακολούθηση του ΗΚΓ κατ' οίκον έχει θέση σε ασθενείς με υποψία αρρυθμιών ή αγγειοσπαστικής στηθάγχης⁶³.

Η ακτινογραφία θώρακα προσφέρει στη διαφοροδιάγνωση άλλων αιτιών θωρακικού άλγους⁶³. Ο υπέρηχος καρωτίδων μπορεί να θέσει τη διάγνωση αθηροσκληρωτικής νόσου και σχετίζεται ισχυρά με τη στεφανιαία νόσο⁶³. Τέλος η υπερηχοκαρδιογραφία προτείνεται για αποκλεισμό άλλων αιτιών στηθάγχης, αναγνώριση υποκινησιών των θωρακικών



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΕΩΝ



www.espa.gr

τοιχωμάτων ενδεικτικών στεφανιαίας νόσου, μέτρηση του κλάσματος εξώθησης για διαστρωμάτωση κινδύνου και εκτίμηση της διαστολικής λειτουργίας⁶³.

Φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Σε Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο

Σύσταση 6: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να χορηγούν μασώμενα δισκία ασπιρίνης σε αρχική δόση φόρτισης 325 mg σε συνδυασμό με κλοπιδογρέλη 300mg, σε άτομα με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου, χωρίς ανάσπαση ST διαστήματος, εκτός αν υπάρχουν ισχυρές αντενδείξεις.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Σε μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες η χρήση συνδυασμού ασπιρίνης (75-325mg) με κλοπιδογρέλη (φόρτιση 300mg και δόση συντήρησης 75 mg για 9-12 μήνες) συνέβαλαν στη μείωση μη θανατηφόρων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου, εγκεφαλικών αγγειακών συμβαμάτων και θανάτων¹⁵. Η συνιστώμενη αρχική δόση ασπιρίνης εκτιμάται μεταξύ 150-500 mg⁶⁴.

Σύσταση 7: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χορηγούν ανεξάρτητα από τη στρατηγική επανααιμάτωσης που θα επακολουθήσει, μασώμενα δισκία ασπιρίνης σε δόση 325mg σε συνδυασμό με κλοπιδογρέλη δόσης:

- 300mg σε άτομα <75 ετών με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου με ανάσπαση ST διαστήματος,
- 75mg σε άτομα >75 ετών με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου με ανάσπαση ST διαστήματος.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Στην έρευνα CURE η φόρτιση με 300 mg κλοπιδογρέλης και η συντήρηση με 75 mg κλοπιδογρέλης επιπλέον της θεραπείας με ασπιρίνη μείωσε την καρδιαγγειακή θνησιμότητα και την εμφάνιση μη θανατηφόρου εμφράγματος μυοκαρδίου ή αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου⁶⁴. Σε μη τυχαιοποιημένη μελέτη παρατήρησης σε



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

άτομα ηλικίας ≥ 75 με έμφραγμα μυοκαρδίου η φόρτιση με <300 mg και ≥ 300 mg κλοπιδογρέλης δε διέφεραν ως προς την πρώιμη θνησιμότητα, τη θνησιμότητα μετά από ένα έτος και τις αιμοραγικές επιπλοκές⁶⁵.

Σύσταση 8: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χορηγούν μασώμενα δισκία ασπιρίνης σε δόση 325mg σε συνδυασμό με 600mg κλοπιδογρέλης, σε άτομα με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου με ανάσπαση ST διαστήματος που πρόκειται να υποβληθούν σε Διαδερμική Στεφανιαία Παρέμβαση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Σε τυχαιοποιημένες μελέτες η χρήση συνδυασμού ασπιρίνης (75-325mg) με κλοπιδογρέλη (φόρτιση 300mg και δόση συντήρησης 75 mg για 9-12 μήνες) συνέβαλαν στη μείωση μη θανατηφόρων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου, εγκεφαλικών αγγειακών συμβαμάτων και θανάτων. Ο κίνδυνος σοβαρών αιμορραγιών ήταν σαφώς χαμηλότερος από τα καρδιαγγειακά οφέλη που απορρέουν από τη λήψη διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής¹⁵. Σε περίπτωση πιθανής Διαδερμικής Στεφανιαίας Παρέμβασης προτιμάται μία δόση κλοπιδογρέλης σε δοσολογία 600 mg λόγω της ταχύτερης αντιαιμοπεταλιακής δράσης¹⁵.

Σύσταση 9: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χορηγούν νιτρώδη σε άτομα με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου χωρίς ανάσπαση ST διαστήματος, όταν δεν υπάρχουν ισχυρές αντενδείξεις, όπως υπόταση, βραδυκαρδία, έμφρακτο δεξιάς κοιλίας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Η χρήση των νιτρωδών στο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο υποστηρίζεται κυρίως από την κλινική εμπειρία, τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς τους και μικρές μελέτες παρατήρησης¹⁵.

Σύσταση 10: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χορηγούν β-αποκλειστές, σε άτομα με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου χωρίς ανάσπαση ST διαστήματος, τα οποία παρουσιάζουν αύξηση της αρτηριακής πίεσης ή ταχυκαρδία, όταν δεν υπάρχουν ισχυρές αντενδείξεις, όπως καρδιακή ανεπάρκεια της κατά Killip $\geq III$, χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

βρογχικό άσθμα, αποφρακτική περιφερική αρτηριοπάθεια, γλαύκωμα, μέχρι την παραπομπή τους.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Παρόλο που δύο τυχαιοποιημένες μελέτες σε ασθενείς με έμφραγμα χωρίς ανάσπαση του ST-διαστήματος δεν έδειξαν διαφορά στη θνητότητα, μεγαλύτερες μεταanalύσεις χωρίς διάκριση στους τύπους των εμφραγμάτων υποστηρίζουν τη χρήση των β-αποκλειστών στο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο¹⁵. Η ευεργετική δράση τους οφείλεται στη μείωση των αναγκών του μυοκαρδίου σε οξυγόνο¹⁵.

Σύσταση 11: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χορηγούν αναστολείς διαύλων Ca^{++} της τάξης των διυδροπυριδινών από το στόμα, σε άτομα με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου χωρίς ανάσπαση ST διαστήματος, τα οποία είτε ήδη λαμβάνουν συστηματικά νιτρώδη ή β-αποκλειστές ή έχουν αντένδειξη στη χορήγηση β-αποκλειστών.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-1

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Μικρές τυχαιοποιημένες επιδημιολογικές μελέτες για τη χρήση ανταγωνιστών ασβεστίου στο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο χωρίς ανάσπαση του ST υποστηρίζουν ότι η αποτελεσματικότητά τους στην ανακούφιση των συμπτωμάτων είναι παρόμοια των β-αποκλειστών. Η μεγαλύτερη από τις τυχαιοποιημένες μελέτες έδειξε μείωση της υποτροπής εμφράγματος του μυοκαρδίου ή στηθάγχης με μετοπρολόλη (τάξη των διυδροπυριδινών), αλλά όχι με νιφεδιπίνη¹⁵.

Σύσταση 12: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χορηγούν 4-8 mg μορφίνη ενδοφλέβια εφάπαξ σε άτομα με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου με ανάσπαση ST διαστήματος. Αν υπάρχουν ισχυρές αντενδείξεις, όπως υπόταση, βραδυκαρδία, έμφρακτο δεξιάς κοιλίας, τότε συστήνεται η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Σε μικρή τυχαιοποιημένη μελέτη με ασθενείς που είχαν έμφραγμα μυοκαρδίου ή ισχυρή υποψία του, η προσθήκη μορφίνης επιπλέον της μετοπρολόλης μείωσε σε μεγαλύτερο βαθμό το στηθαγχικό άλγος⁶⁶.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 13: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χορηγούν οξυγόνο σε δοσολογία 2-4lt/min σε άτομα με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου με ανάσπαση ST διαστήματος.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Από την Ευρωπαϊκή καρδιολογική εταιρεία συστήνεται χορήγηση οξυγόνου σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου που έχουν υποξαιμία, δύσπνοια ή καρδιακή ανεπάρκεια⁶⁷. Παρόλα αυτά, μικρές μελέτες έχουν δείξει ότι η συστηματική χρήση οξυγόνου σε έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να έχει επιβαρυντικά αποτελέσματα⁶⁸. Μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν δρομολογηθεί (DETermination of the role of OXygen in suspected Acute Myocardial Infarction trial, AVOID-Study) για να απαντήσουν αυτό το ερώτημα⁶⁸.

Σύσταση 14: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε άτομα με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου και σακχαρώδη διαβήτη να γίνεται διαχείριση της υπεργλυκαιμίας, αφού έχουν γίνει οι απαιτούμενες προηγούμενες ενέργειες.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-3

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Παρόλο που ο έλεγχος της υπεργλυκαιμίας έχει προστατευτικές ιδιότητες στους μυοκαρδιακούς και αγγειακούς ιστούς, η συχνότητα νοσοκομειακών υπεργλυκαιμιών μειώνει την αξία αυτής της θεραπευτικής παρέμβασης⁶⁹. Σε μετανάλυση εδείχθη ότι ο αυστηρός γλυκαιμικός έλεγχος δεν βελτίωσε την έκβαση σοβαρά ασθενών, αλλά αύξησε τα επεισόδια υπογλυκαιμίας⁷⁰. Λόγω έλλειψης κλινικών μελετών για τον ιδανικό γλυκαιμικό στόχο η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Καρδιολογίας συστήνει ένα όχι τόσο αυστηρό έλεγχο, περίπου μεταξύ 90 και 200 mg/dl^{64,67}.

Φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Σε Στεφανιαία Νόσο

Σύσταση 15: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χορηγούν σε άτομα με γνωστή Στεφανιαία Νόσο:

- ασπιρίνη 75-100mg ημερησίως ή αν υπάρχει σοβαρή αντένδειξη, κλοπιδογρέλη 75mg ημερησίως,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

- στατίνες,
- αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης ή αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτασίνης, αν συνυπάρχει καρδιακή ανεπάρκεια, υπέρταση ή σακχαρώδης διαβήτης

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Μεταναλύσεις έχουν δείξει ότι όσον αφορά τη μείωση εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και θανάτων η ασπιρίνη σε δοσολογία 75-160 mg είναι εξίσου αποτελεσματική με τη χρήση ασπιρίνης σε υψηλότερες δόσεις¹⁵.

Συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι σε ασθενείς που είχαν οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και στεφανιαία νόσο, αλλά όχι σε αυτούς μόνο με σταθερή στεφανιαία νόσο, η ισχυρή θεραπεία με στατίνες είχε μειωμένη συνολική θνησιμότητα από μια μέτριας έντασης θεραπεία με στατίνες²⁵. Επίσης μία τυχαιοποιημένη έρευνα έδειξε ότι θεραπείες με υψηλές δόσης ατορβαστατίνης μείωσε τις καρδιαγγειακές υποτροπές σε σχέση με χαμηλές δόσεις της ίδιας ουσίας³⁰. Σε ελληνική τυχαιοποιημένη μελέτη με στεφανιαίους ασθενείς, η λήψη ατορβαστατίνης μείωσε σε ελληνικό πληθυσμό τα καρδιαγγειακά συμβάματα (μείωση σχετικού κινδύνου κατά 68%)³. Τέλος μια πολυεθνική τυχαιοποιημένη διπλή τυφλή μελέτη έδειξε ότι οι στατίνες, εν προκειμένω η ατορβαστατίνη, εκτός των άλλων δράσεων, μειώνει τα επεισόδια παροδικής ισχαιμίας και ισχαιμικού θωρακικού άλγους σε βαθμό αντίστοιχο με την αμλοδιπίνη¹⁰.

Πολλαπλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης ή οι αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτασίνης μειώνουν τη συνολικής θνησιμότητα, τα εμφράγματα μυοκαρδίου και την καρδιακή ανεπάρκεια σε στεφανιαίους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και καρδιακή ανεπάρκεια⁶³. Σε στεφανιαίους ασθενείς χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου η ευεργετική επίδραση της αναστολής του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης είναι αμφιλεγόμενη⁶³.

Σύσταση 16: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χορηγούν σε άτομα με εγκατεστημένη γνωστή Σταθερή Στεφανιαία Νόσο :

- νιτρώδη βραχείας δράσης,
- β-αποκλειστές και/ή αναστολείς διαύλων Ca⁺⁺.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Παρόλο που δεν έχει αποδειχθεί η ευεργετική δράση των β-αποκλειστών σε όλες τις κατηγορίες στεφανιαίων ασθενών, η χρήση τους φαίνεται να βελτιώνει την έκβαση σε στεφανιαίους ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε στεφανιαίους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, και επίσης βελτιώνει τη στηθάγχη που σχετίζεται με την άσκηση⁶³. Παρόμοια αποτελέσματα σε ασθενείς με στηθάγχη εμφανίζουν και οι αναστολείς διαύλων Ca^{++} ⁶³. Σε μια μικρή τυχαίοποιημένη μελέτη η χορήγηση νιφεδιπίνης σε στεφανιαίους ασθενείς μείωσε τη διενέργεια στεφανιογραφιών⁷¹. Αντιστοίχως, η χρήση βραχείας ή μακράς δράσης νιτροδών έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη μείωση της στηθαγχικής συμπτωματολογίας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιπρόσθετα των β-αγωνιστών⁶³.

Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με Σταθερή Στεφανιαία Νόσο

Σύσταση 17: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να ενθαρρύνουν τα άτομα που έχουν υποστεί Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο, να συμμετέχουν σε εξατομικευμένα προγράμματα σωματικής άσκησης, μετά την παρέλευση εξαμήνου.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Μετανάλυση έδειξε ότι η γρήγορη έναρξη άσκησης μετά από καρδιακό σύμβαμα και ο αεροβικός τύπος άσκησης αύξησε την πρόσληψη οξυγόνου σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο⁵¹. Η ασφάλεια των προγραμμάτων φυσικής αποκατάστασης έχει αποδειχθεί ικανοποιητική⁷² και η εφαρμογή τους μειώνει τη συνολική θνησιμότητα και βελτιώνει τους καρδιαγγειακούς στόχους δευτερογενούς πρόληψης⁷³.

Σύσταση 18: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς, σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, καθώς και άλλους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να ενθαρρύνουν όλα τα άτομα που πάσχουν από Στεφανιαία Νόσο:

- να υιοθετούν υγιεινή διατροφή,
- να διακόπτουν άμεσα το κάπνισμα,
- τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα να στοχεύουν στην εβδομαδιαία απώλεια βάρους 0,5-1kg,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

- να ακολουθούν εξατομικευμένα προγράμματα σωματικής άσκησης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μακρόχρονη μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο¹⁵. Τέτοιες παρεμβάσεις αφορούν τη διακοπή καπνίσματος, τη συχνή λήψη φρούτων και λαχανικών, τη μείωση λήψης κορεσμένων λιπαρών, τη μειωμένη πρόσληψη άλατος, τη μέτρια λήψη αλκοόλ και την άσκηση, είτε υπό επίβλεψη, είτε χωρίς επίβλεψη¹⁵. Η μείωση του σωματικού βάρους έχει ευεργετικές επιδράσεις στο λιπιδαιμικό και σακχαραιμικό προφίλ¹⁵.

Πρόληψη Στεφανιαίας Νόσου και προαγωγή υγείας

Σύσταση 19: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και σε άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να εκτιμούν την πιθανότητα για ένα θανατηφόρο καρδιαγγειακό σύμβαμα μέσα στα επόμενα 10 έτη με τη χρήση της κλίμακας SCORE σε άτομα άνω των 40 ετών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, χωρίς τεκμηριωμένη αθηρωματική νόσο ή ισοδύναμο αυτής (στεφανιαία νόσο, ισχαιμικό ΑΕΕ, περιφερική αγγειακή νόσο, χρόνια νεφρική νόσο-ΧΝΝ, ΣΔ τύπου 2 ή 1 με μικρολευκωματινουρία).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Η αναγνώριση παραγόντων κινδύνου όπως η υπέρταση, το κάπνισμα και η αντίστοιχη παρέμβαση (π.χ. χορήγηση ασπιρίνης), μπορεί να μειώσει τα καρδιαγγειακά συμβάματα⁵⁴. Το SCORE είναι ένα εργαλείο εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου που έχει βαθμονομηθεί για την Ελλάδα και μπορεί να κατευθύνει την πρωτογενή πρόληψη. Για παράδειγμα το National Guideline Clearinghouse (ΗΠΑ) συνιστά έλεγχο καρδιαγγειακού κινδύνου σε άτομα >45 ετών, παχύσαρκα άτομα και άτομα με υπέρταση, ΣΔ και δυσλιπιδαιμία²¹.

Σύσταση 20: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς, σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, καθώς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να μετρούν σε άτομα που επισκέπτονται τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας:

- την αρτηριακή πίεση και το βάρος του σώματος σε κάθε τακτική επίσκεψη,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

- το δείκτη μάζας σώματος σε κάθε τακτική επίσκεψη,
- την περίμετρο μέσης τουλάχιστον 1 φορά/έτος.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Η μέτρηση της περιμέτρου μέσης αποτελεί προγνωστικό παράγοντα καρδιαγγειακών επεισοδίων και συνολικής θνησιμότητας, πλην όμως δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ο δείκτης αυτός μπορεί να αντικαταστήσει τον δείκτη μάζας σώματος⁷⁴. Η αυξημένη συστολική και διαστολική πίεση και η αυξημένη μεταξύ τους διαφορά έχουν συσχετιστεί με καρδιαγγειακά επεισόδια⁷⁴. Η τροποποίηση όλων των προαναφερθέντων παραγόντων αποτελεί στόχο παρέμβασης για την πρόληψη καρδιαγγειακών συμβαμάτων⁷⁴.

Σύσταση 21: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να διενεργούν κατά διαστήματα (1-3 χρόνια εξατομικεύοντας κατά περίπτωση) ευκαιριακό προσυμπτωματικό έλεγχο (γλυκόζη νηστείας στο φλεβικό αίμα) σε άτομα που επισκέπτονται υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και πληρούν μια ή περισσότερες από τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- Υπέρβαρα ή παχυσαρκία , $\Delta\text{M}\Sigma \geq 25 \text{ Kg/m}^2$
- Ηλικία πάνω από 45 έτη
- Έλλειψη άσκησης
- Περιφέρεια μέσης $\geq 102 \text{ cm}$ (άνδρες) και $\geq 88 \text{ cm}$ (γυναίκες)
- Συγγένεια 1^{ου} βαθμού με άτομο με ΣΔ
- Γυναίκες που γέννησαν παιδί >4,5 κιλά ή διαγνώστηκαν με διαβήτη κύησης
- Υπέρταση (>140/85mm/Hg ή σε θεραπεία) ή καρδιαγγειακή νόσο
- HDL χοληστερόλη <35mg/dL και/ή Τριγλυκερίδια >250mg/dL
- Γυναίκες με πολυκυστικές ωοθήκες
- Λήψη φαρμάκων που προδιαθέτουν σε αύξηση της γλυκόζης αίματος.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Ο έγκαιρος έλεγχος υπεργλυκαιμίας με γλυκόζη νηστείας σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς η κατάλληλη θεραπεία και η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να επιβραδύνει τις αγγειακές βλάβες σε σακχαροδιαβητικούς ασθενείς. Επιπλέον, ασθενείς με διαταραχή ανοχής στην γλυκόζη δύνανται να καθυστερήσουν την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη με τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου⁷⁵.

Σύσταση 22: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να εκτιμούν το λιπιδαιμικό προφίλ (ολική χοληστερόλη, χαμηλής πυκνότητας χοληστερόλη, τριγλυκερίδια και υψηλής πυκνότητας χοληστερόλη), και στη συνέχεια το συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο στους προσερχόμενους για πρώτη φορά στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, άνδρες και γυναίκες (ιδιαίτερα τις μετεμμηνοπαυσιακές) ηλικίας άνω των 40 ετών και σε αυτούς ανεξαρτήτου ηλικίας με εγκατεστημένη αθηρωματική νόσο, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, κάπνισμα, παχυσαρκία ($\Delta\text{ΜΣ} > 30 \text{ kg/m}^2$), χρόνια νεφρική νόσο και με οικογενειακό ιστορικό πρόωρης καρδιαγγειακής νόσου ή κληρονομικής υπερλιπιδαιμίας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Αναδρομική μελέτη έδειξε ότι η πρωτογενής πρόληψη με ατορβαστατίνη 20 mg είναι ευεργετική για άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό και υψηλό σκορ στεφανιαίας ασβέστωσης³⁴. Συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων μελετών έδειξε ότι η χρήση στατινών σε ασθενείς με δυσλιπιδαιμίες, διαβήτη, υπέρταση ή μικροαλβουμινουρία μείωσε τη συνολική θνησιμότητα, καθώς και τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά συμβάματα⁴⁴. Παράλληλα η χρήση στατινών κρίθηκε ασφαλής⁴⁴. Επομένως η εκτίμηση του λιπιδαιμικού προφίλ, εκτός από τη διαστρωμάτωση καρδιαγγειακού κινδύνου, μπορεί χρησιμοποιηθεί για τη δευτερογενή πρόληψη.

Σύσταση 23: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς, σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, καθώς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να ενθαρρύνουν τα άτομα που επισκέπτονται υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να υιοθετούν υγιεινό τρόπο ζωής (άσκηση, υγιεινή διατροφή, διακοπή καπνίσματος).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Η απουσία φυσικής δραστηριότητας είναι ένας σύνδεσμος ανάμεσα στην παχυσαρκία, την φλεγμονή, την αντίσταση στην ινσουλίνη και την πρόωρη αθηρομάτωση σε ενήλικες⁴². Η μείωση του σωματικού βάρους και η άσκηση βελτιώνουν και άλλες παθοφυσιολογικές παραμέτρους των αγγείων, όπως τη λειτουργία του ενδοθηλίου¹.

Επίσης, τυχαίοποιημένη μελέτη από τις ΗΠΑ έδειξε ότι δίαιτα πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, γαλακτοκομικά με χαμηλά λιπαρά, και πτωχή σε λιπαρά και χοληστερόλη μείωσε τον εκτιμώμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο κατά 11% και 18% σε σχέση με δίαιτα πλούσια σε φρούτα και λαχανικά και σε σχέση με κανονική δίαιτα αντιστοίχως⁸.

Σύσταση 24: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να ευαισθητοποιούν τους γονείς παιδιών με αυξημένο σχετικό βάρος (δείκτη μάζας σώματος).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Συστηματική ανασκόπηση μελετών παρατήρησης συσχετίζει τον δείκτη μάζας σώματος, ιδίως από την ηλικία των 7 ετών και μετά, με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η επίδραση του δείκτη μάζας σώματος στον καρδιαγγειακό κίνδυνο αυτό παραμένει περίπου ίδιος για τις ηλικίες 7-18 και 18-30. Επομένως κρίνεται σημαντική διατήρηση φυσιολογικού βάρους ήδη από την παιδική ηλικία³⁷.

Σύσταση 25: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και σε άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χορηγούν ασπιρίνη 75-160mg ημερησίως, σε άτομα με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο (>10%) και σακχαρώδη διαβήτη.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Σε πρόσφατη μετανάλυση, η χορήγηση ασπιρίνης σε διαβητικούς ασθενείς οδήγησε σε μικρή μείωση του κινδύνου καρδιακών και εγκεφαλικών συμβαμάτων⁷⁶. Υπό αυτό το πρίσμα η Ευρωπαϊκή και άλλες Καρδιολογικές Εταιρείες συστήνουν χορήγηση ασπιρίνης σε διαβητικούς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο (>10%)⁷⁵.

Σύσταση 26: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και σε άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να παρεμβαίνουν θεραπευτικά στις διάφορες ομάδες ατόμων, σύμφωνα με την κλίμακα SCORE, ώστε να επιτυγχάνεται ο θεραπευτικός στόχος κατά περίπτωση



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Η αναγνώριση παραγόντων κινδύνου όπως η υπέρταση, το κάπνισμα και η αντίστοιχη παρέμβαση (π.χ. χορήγηση ασπιρίνης), μπορεί να μειώσει τα καρδιαγγειακά συμβάματα⁵⁴. Καθώς το SCORE, ένα εργαλείο εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου, έχει βαθμονομηθεί για την Ελλάδα συστήνεται η χρήση του ώστε να κατευθύνει την πρωτογενή πρόληψη.

Παραπομπή ασθενούς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο σε νοσοκομειακή μονάδα

Σύσταση 27: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και σε άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να παραπέμπουν όσο το δυνατόν ταχύτερα τα άτομα με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος ή με προκάρδιο άλγος και παραπάνω από έναν προσδιοριστικούς παράγοντες για Στεφανιαία Νόσο, στην πιο κοντινή νοσοκομειακή μονάδα για επιπλέον διαγνωστική επαλήθευση, εκτίμηση κινδύνου, καθώς και επιλογή στρατηγικής αντιμετώπισης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Ασθενείς με παρουσία ενός εκ των τεσσάρων παραμέτρων (διαβήτη, τυπικού πόνου, χρήση ασπιρίνης και ηλικίας <65) είχαν δυσχερέστερη πρόγνωση για ύπαρξη ισχαιμίας μυοκαρδίου και αιφνίδιο θάνατο³². Ορισμένα χαρακτηριστικά όπως ακτινοβολία του πόνου στο αριστερό άνω άκρο, γνωστή καρδιαγγειακή νόσος, παράκληση για κατ'οίκον επίσκεψη και γνωστή καρδιακή ανεπάρκεια σχετίζονται θετικά με ανάγκη για άμεση παραπομπή⁴.

Σύσταση 28: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και σε άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να διακομίσουν τον ασθενή με ισχυρή υποψία Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου με ανάσπαση του ST διαστήματος, σε εξειδικευμένο κέντρο, όπου πραγματοποιείται Διαδερμική Στεφανιαία Παρέμβαση, εντός 2 ωρών από την έναρξη συμπτωματολογίας, ενώ αν αυτό δεν είναι εφικτό, συστήνεται η μεταφορά του ασθενούς εντός 30 λεπτών σε νοσοκομειακή μονάδα στην οποία πραγματοποιείται θρομβόλυση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Η έγκαιρη Διαδερμική Στεφανιαία Παρέμβαση πλεονεκτεί όσον αφορά την επιβίωση των ασθενών σε σχέση με τη θρομβόλυση⁷⁷. Ο ιδανικός χρόνος



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Διαδερμικής Στεφανιαίας Παρέμβασης, όπως φαίνεται από μεγάλη μελέτη παρατήρησης, είναι οι 2 ώρες, καθώς επιπλέον καθυστέρηση σχετίζεται με σημαντική αύξηση της θνησιμότητας⁷⁸. Αντίστοιχα σημαντική αύξηση της θνησιμότητας παρατηρείται σε χορήγηση ινωδολυσης πέραν των 30 λεπτών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων⁷⁹.

Διαγνωστική παραπομπή ατόμου με ύποπτη Σταθερή Στεφανιαία Νόσο

Σύσταση 29: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να παραπέμπουν σε ειδικές υπηρεσίες για την εφαρμογή περαιτέρω διαγνωστικών δοκιμασιών (ΗΚΓ κόπωσης, υπερηχογράφημα μετά από stress κόπωση, σπινθηρογράφημα μετά από stress κόπωση, Στεφανιαία CT αγγειογραφία) σε όλα τα άτομα με πιθανότητα εκ των προτέρων πάνω από 15% και κάτω από 85%.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Η πιθανότητα του κινδύνου στεφανιαίας νόσου μπορεί να εκτιμηθεί με τη χρήση της ηλικίας, του φύλου και του τύπου του θωρακικού άλγους⁸⁰. Σε ασθενείς με κίνδυνο μικρότερο από 15% και ασθενείς με κίνδυνο μεγαλύτερο από 85%, δε συστήνονται δοκιμασίες επιβεβαίωσης της στεφανιαίας νόσου. Οι πρώτοι θεωρείται ότι είναι υγιείς και οι τελευταίοι ότι είναι στεφανιαίοι ασθενείς⁶³. Σε ενδιάμεσο κίνδυνο δικαιολογείται η χρήση περαιτέρω διαγνωστικών εξετάσεων για την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου⁶³.

Υπηρεσίες υγείας και επαγγελματίες υγείας

Σύσταση 30: Συστήνεται η διεπιστημονική ομάδα (ιατροί, νοσηλευτές/τριες, φυσιοθεραπευτές/τριες, ιατροί της εργασίας, επισκέπτες/τριες υγείας κλπ.), να παρέχει εκτίμηση των αναγκών του ασθενή, συμβουλευτική σε στρατηγικές αυτοδιαχείρισης, αναγνώριση και παρακολούθηση των ασθενών υψηλού κινδύνου για συμβουλευτική φυσικής άσκησης και εκπαίδευση των ασθενών, των οικογενειών τους, καθώς και των επαγγελματιών υγείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Σε μια πολυεθνική έρευνα, τυχαιοποιημένη ανά συμπλέγματα (cluster-randomized) η διεπιστημονική προσέγγιση από ομάδες επαγγελματιών υγείας οδήγησε ασθενείς με στεφανιαία νόσο ή με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε αύξηση



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

των ποσοστών διακοπής καπνίσματος και αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών⁵⁵. Οι στεφανιαίοι ασθενείς που εντάχθηκαν στη διεπιστημονική προσέγγιση κατάφεραν επίσης μειωμένη πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών και αυξημένη πρόσληψη ψαριών⁵⁵. Επιπλέον μειώθηκε η πίεση στους στεφανιαίους και στους υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου ασθενείς, και μειώθηκε η ολική χοληστερόλη στους ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου⁵⁵. Μεγάλη τυχαίοποιημένη μελέτη έδειξε ότι, σε σχέση με μια απλή συμβουλευτική παρέμβαση, μία εντατικοποιημένη διεπιστημονική παρέμβαση σε υπερτασικούς ασθενείς με στόχο την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, την απώλεια βάρους και τη μείωση πρόσληψης θερμίδων, αλκοόλ, νατρίου, ολικών και κορεσμένων λιπαρών μείωσε τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο σε διάστημα 6 μηνών³³.

Επίσης σε άλλη τυχαίοποιημένη μελέτη, ασθενείς με στεφανιαία νόσο που έκαναν συμβουλευτικές επισκέψεις σε ειδικούς στη φυσική δραστηριότητα και διαιτολόγους σε διάρκεια 6 μηνών είχαν χαμηλότερες τιμές πίεσης και χοληστερόλης, χαμηλότερο σωματικό βάρος και ήταν πιο ενεργητικοί σε σχέση με άτομα που είχαν λάβει τις συνηθισμένες ιατρικές οδηγίες και τα σχετικά φυλλάδια²³. Παρόλα αυτά, στην ίδια έρευνα οι διατροφικές συνήθειες των δύο ομάδων δε φάνηκαν να διαφέρουν²³.

Εκτός των παραπάνω, μία τρίτη μεγάλη τυχαίοποιημένη μελέτη έδειξε ότι υποστήριξη των ιατρών από μια διεπιστημονική ομάδα βοηθά τη συμμετοχή των ιατρών και των στεφανιαίων ασθενών τους στη διεξαγωγή μελετών, πράγμα που συνδράμει στη μελλοντική ανάπτυξη και βελτιστοποίηση των θεραπειών³¹.

Σύσταση 31: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να τηρούν φάκελο του ατόμου με Στεφανιαία Νόσο, με σκοπό τον έλεγχο και την παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του και των περιεχομένων φροντίδων σε αυτό.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη υπό πραγματικές συνθήκες η συστηματική λήψη οικογενειακού ιστορικού για στεφανιαία νόσο, ανακατέταξε σημαντικό ποσοστό των ασθενών σε κατηγορία υψηλότερου καρδιαγγειακού κινδύνου³⁸. Επομένως κρίνεται απαραίτητη η συστηματική λήψη ιστορικού μέσω τήρησης ατομικού φακέλου.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 32: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να συνεργάζονται με υπηρεσίες και προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας, για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής ατόμων με Στεφανιαία Νόσο και των οικογενειών τους.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: A

Τεκμηρίωση σύστασης: Η κατ' οίκον αποκατάσταση δεν υστερεί σε σχέση με την αποκατάσταση σε εξειδικευμένα κέντρα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τους ασθενείς που δεν έχουν δυνατότητα να επισκεφθούν αυτά τα κέντρα^{63,83}. Επίσης σε μικρή τυχαίοποιημένη μελέτη βρέθηκε ότι αν στην αποκατάσταση σε εξειδικευμένα κέντρα προστεθεί η κατ' οίκον αποκατάσταση βελτιώνεται η ικανότητα αυτοδιαχείρισης του ασθενούς⁸¹. Επιπλέον τα κατ' οίκον προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης μειώνουν το άγχος των στεφανιαίων ασθενών⁸².

Σύσταση 33: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς, σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, καθώς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να χρησιμοποιούν την τηλεϊατρική, καθώς και άλλες τεχνολογίες αποκατάστασης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με Στεφανιαία Νόσο.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: B

Τεκμηρίωση σύστασης: Η χρήση μηνυμάτων σε κινητά τηλέφωνα μπορεί να βελτιώσει την συμμόρφωση στη θεραπεία ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου⁸⁴ και να βελτιώσει τους παράγοντες κινδύνου σε ασθενείς με προηγούμενο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο⁸⁵. Η χρήση τηλεδιάσκεψης με σκοπό την αποκατάσταση στεφανιαίων ασθενών δεν υστερεί από την κλασική αποκατάσταση σε εξειδικευμένα κέντρα ως προς τη μείωση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου⁸⁶.

Σύσταση 34: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς, στους άλλους ιατρούς, καθώς και στους άλλους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των ατόμων με Στεφανιαία Νόσο σε προγράμματα και δράσεις φορέων και συλλόγων, προκειμένου να κινητοποιηθούν και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους, καθώς και να εξετάζουν δυνατότητες στενής συνεργασίας μαζί τους.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: A



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΔΕΙΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Τεκμηρίωση σύστασης: Η διάθεση κινήτρων για ενεργό συμμετοχή σε δραστηριότητες κοινότητας σε ηλικιωμένους βελτιώνει τη συνεργασία ως προς τη συμμετοχή σε διαγνωστικές εξετάσεις, ως προς την αύξηση του περπατήματος και της άσκησης και γενικά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής⁸⁷. Επιπλέον, προγράμματα άσκησης που βασίζονται στην κοινότητα βελτιώνουν τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνιες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων και των καρδιαγγειακών παθήσεων⁸⁸.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

7. Επίλογος

Η παρούσα Κ.Ο. συνοψίζει και αξιολογεί όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα για τη σταθερή ΣΝ και το ΟΣΣ με σκοπό να βοηθήσει το γενικό ιατρό, τους άλλους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ στην παροχή φροντίδας που να βασίζεται στην τεκμηρίωση, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

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

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

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



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

8. Βιβλιογραφία

1. Ades PA. et al., (2011). “The effect of weight loss and exercise training on flow-mediated dilatation in coronary heart disease”. *Chest Journal*. 140(6):1420–1427.
2. AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for research & evaluation (AGREE) instrument. AGREE; 2001 [updated 2001; cited 2006 Nov]. Available at www.agreecollaboration.org.
3. Athyros VG. et al., (2010). “Safety and efficacy of long-term statin treatment for cardiovascular events in patients with coronary heart disease and abnormal liver tests in the Greek Atorvastatin and Coronary Heart Disease Evaluation (GREACE) Study: a post-hoc analysis”. *Lancet*. 376: 1916–22.
4. Bösner et al., (2010). “Accuracy of symptoms and signs for coronary heart disease assessed in primary care”. *British Journal of General Practice*. 246-257
5. Brinton, E.A. et al., (2008). “Can menopausal hormone therapy prevent coronary heart disease?”. *Trends in Endocrinology and Metabolism*. 19(6):206-212.
6. Canberra: National Health and Medical Research Council. NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines [internet] 2009. Available at: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/developers/nhmrc_levels_grades_evidence_120423.pdf. Accessed November 23, 2012.
7. Cardiac arrhythmias in coronary heart disease –a national clinical guideline No 94. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; February 2007: 1-46
8. Chen ST. et al., (2010). “The effect of dietary patterns on estimated coronary heart disease risk: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trial”. *Circulation: Cardiovascular quality and outcomes*. 3(5): 484–489.
9. Chou R, Arora B, Dana T, Fu R, Walker M, Humphrey L. Screening Asymptomatic Adults for Coronary Heart Disease With Resting or Exercise Electrocardiography: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 88. AHRQ Publication No. 11-05158-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2011.
10. Deanfield JE. et al., (2010). “Potent anti-ischæmic effects of statins in chronic stable angina: incremental benefit beyond lipid lowering?”. *European Heart Journal*. 31: 2650–2659.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

11. Drug eluting stents for the treatment of coronary artery disease. Technology Appraisal guidance 152 (Part review of NICE technology appraisal guidance 71). National Institute for Health and Clinical Excellence 2008:1-48.
12. Duff LA, Kitson AL, Seers K, Humphris D. Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. J Adv Nurs 1996, 23:887–895.
13. ECS Committee for Practice Guidelines. Cardiovascular Medicine. Compendium of Abridged ECS Guidelines 2010. Συγκεντρωτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες, Ελληνική Μετάφραση, Έκδοση 2010 (της Ελληνικής Εταιρείας Καρδιολογίας <http://www.hcs.gr>).
14. Endoscopic saphenous vein harvest for coronary artery bypass grafting. NICE interventional procedure guidance 343. National Institute for Health and Clinical Excellence 2010:1-9.
15. Esc Guidelines Desk Reference, Esc Committee for Practice Guidelines. To improve the quality of clinical practice and patient care in Europe. Cardiovascular Medicine, Compendium of Abridged Esc Guidelines, 2008-2010. Προσαρμογή από τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της ESC για τη διάγνωση και θεραπεία οξέων στεφανιαίων συνδρόμων χωρίς ανάσπαση ST, European Heart Journal 2007, 28(13):1598-1660).
16. Fayad ZA. et al., (2011). “Safety and efficacy of dalcetrapib on atherosclerotic disease using novel non-invasive multimodality imaging (dal-PLAQUE)”. Lancet. 378: 1547–59.
17. Gerstein HC. et al., (2010). “Effect of rosiglitazone on progression of coronary atherosclerosis in patients with type 2 diabetes mellitus and coronary artery disease: the assessment on the prevention of progression by rosiglitazone on atherosclerosis in diabetes patients with cardiovascular history trial”. Circulation. 121:1176-1187.
18. Gurbel et al., (2009). “Randomized double-blind assessment of the ONSET and OFFSET of the antiplatelet effects of ticagrelor versus clopidogrel in patients with stable coronary artery disease: the ONSET/OFFSET study”. Circulation. 120:2577-2585.
19. Guidance on the use of coronary artery stents. Technology Appraisal 71. National Institute for Health and Clinical Excellence 2003:1-32.
20. Guidance on the use of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in the treatment of acute coronary syndromes. Technology Appraisal guidance 47. National Institute for Health and Clinical Excellence 2002:1-31.
21. Guideline Developing Team. Cardiometabolic risk management guidelines in primary care. Qatif (Saudi Arabia): Qatif Primary Health Care; 2011. 124 p. (του National Institute of Clinical Clearinghouse, <http://www.guideline.gov>).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

22. Guidelines for Preventive interventions in primary health care - Cardiovascular disease and cancer. Report of the assessment of preventive activities in the health care system initiative. National health and Medical Research Council, 1996:1-125.
23. Hardcastle S. et al., (2008). "A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors". Patient education and counseling. 70: 31–39.
24. "How to use the evidence: assessment and application of scientific evidence. Handbook series on preparing clinical practice guidelines" (PDF). National Health and Medical Research Council (NHMRC) 2000.
25. Jonathan Afilalo et al., (2007). "Intensive statin therapy in acute coronary syndromes and stable coronary heart disease: a comparative meta-analysis of randomised controlled trials". Heart Journal. 93:914–921.
26. Kalafati M, Bellali TH, Hatzopoulou M, Fytrou H, Koreli A, Hliopoulou A, Development of clinical guidelines. Nosileftiki 2007, 46:31–37.
27. Kiessling A. et al., (2011). "Case-based training of evidence-based clinical practice in primary care and decreased mortality in patients with coronary heart disease". Annals of family medicine. 9:211-218.
28. Koenig W. et al., (2011). "Rosuvastatin for primary prevention in patients with European systematic coronary risk evaluation risk $\geq 5\%$ or Framingham risk $>20\%$: post hoc analyses of the JUPITER trial requested by European health authorities". European Heart Journal. 32:75–83.
29. KREATSOULAS C. et al., (2010). "Referrals in acute coronary events for CARDiac catheterization: The RACE CAR trial". The Canadian journal of cardiology. 26(8):e290-e296.
30. LaRosa JC. et al., (2010). "Comparison of 80 versus 10 mg of Atorvastatin on Occurrence of Cardiovascular Events After the First Event (from the Treating to New Targets [TNT] Trial)". The American Journal of Cardiology. 105:283-287.
31. Leathem CS. et al., (2009). "Identifying strategies to maximize recruitment and retention of practices and patients in a multicentre randomized controlled trial of an intervention to optimize secondary prevention for coronary heart disease in primary care". BMC Medical Research Methodology. 9:40.
32. Martı́nez-Selle's et al., (2008). "Positive non-invasive tests in the chest pain unit: importance of the clinical profile for estimating the probability of coronary artery disease". Acute Cardiac Care. 10: 205-208.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

33. Maruthur NM. et al., (2009). "Lifestyle interventions reduce coronary heart disease risk: results from the PREMIER Trial". *Circulation*. 119(15): 2026–2031.
34. Mulders TA. et al., (2010). "Asymptomatic individuals with a positive family history for premature coronary artery disease and elevated coronary calcium scores benefit from statin treatment: a post hoc analysis from the St. Francis Heart Study". *JACC Cardiovascular Imaging*. 5(3):252-260.
35. "NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines" (PDF). Australian Government. National Health and Medical Research Council. Retrieved October 15, 2012.
36. Off-pump coronary artery bypass grafting. NICE interventional procedure guidance 377. National Institute for Health and Clinical Excellence 2011:1-9.
37. Owen CG. et al., (2009). "Is body mass index before middle age related to coronary heart disease risk in later life? Evidence from observational studies". *International Journal of Obesity*. 33(8): 866–877.
38. Qureshi N. et al., (2012). "Effect of Adding Systematic Family History Enquiry to Cardiovascular Disease Risk Assessment in Primary Care". *Annals of internal medicine*. 156:253-262.
39. Ridker PM. et al., (2010). "Rosuvastatin for primary prevention among individuals with elevated high-sensitivity c-reactive protein and 5% to 10% and 10% to 20% 10-year risk. Implications of the Justification for Use of Statins in Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin (JUPITER) trial for "intermediate risk"". *Circulation*. Cardiovascular quality and outcomes. 3:447-452.
40. Rosenson et al., (2010). "Effects of varespladib methyl on biomarkers and major cardiovascular events in acute coronary syndrome patients". *Journal of the American College of Cardiology*. 56:1079-1088.
41. Shea B., Hamela C., Wells G., Bouter L, Kristjansson E, Grimshaw J, Henry D, Boers M. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 2009 Oct; 62(10):1013-20.
42. Siegrist M. et al., (2011). "A cluster randomised school-based lifestyle intervention programme for the prevention of childhood obesity and related early cardiovascular disease (JuvenTUM 3)". *BMC Public Health*. 11:258.
43. Sun et al., (2009). "Oral L-arginine supplementation in AMI therapy". *Clinical Cardiology*. 32, 11: 649–652. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

44. Taylor F. et al., (2013). “Statins for the primary prevention of cardiovascular disease”. Cochrane Database of Systematic Reviews.1-3.
45. The BARI 2D Study Group, (2009). “A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease”. The New England Journal of Medicine. 360(24): 2503–2515.
46. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal (2012) 33, 1635–1701 (της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (European Cardiology Society, <http://www.escardio.org>).
47. Toh. et al., (2010). “Coronary heart disease in postmenopausal recipients of estrogen plus progestin therapy: does the increased risk ever disappear? A randomized trial”. Annals of Internal Medicine. 152(4): 211–217.
48. University of Oxford, Centre for Evidence Based Medicine. RCT Critical Appraisal Sheet [2005]. Oxford: Centre for Evidence Based Medicine; [Date unknown]. Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1157>. Accessed February 6, 2013.
49. University of Oxford. Centre for Evidence Based Medicine. PICO Critical Appraisal Sheet [Internet]. Oxford: Centre for Evidence Based Medicine; [Date unknown]. Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1157>. Accessed November 22, 2012.
50. University of Oxford, Centre for Evidence Based Medicine. CAT maker [internet]. Oxford: Centre for Evidence Based Medicine; [Date unknown]. Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1157>. Accessed November 22, 2012.
51. Valkeinen H. et al., (2010). “Effects of exercise training on oxygen in coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis”. Scandinavian Journal of Medicine and Science in sports. 20: 545–555.
52. Warnholtz et al., (2009). “Effects of oral niacin on endothelial dysfunction in patients with coronary artery disease”. Atherosclerosis. 204: 216–221.
53. Wilson et al., (2009). “Efficacy of Ranolazine in Patients With Chronic Angina”. Journal of the American College of Cardiology. 53:1510-1516.
54. Wolff T. et al., (2009). “Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force”. Annals of Internal Medicine. 150:405-410.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΕΡΕΔΩΣΗ



www.espa.gr

55. Wood DA. et al., (2008). “Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial”. *Lancet*. 371: 1999–2012.
56. Woolf S, Grol R, Hutchinson A, Eccles E, Grimshaw J. Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999, 318:527-530
57. Λιονής Χρήστος, Κατευθυντήριες Οδηγίες για γενικούς ιατρούς και όχι μόνο: αλήθεια και μύθοι, Βήμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Medical Spectrum*. Ανασκοπήσεις και εξελίξεις πρακτικού ενδιαφέροντος Μάιος-Ιούνιος 2007, Τεύχος 13:39-40.
58. Μουντουλάκης ΘΔ. Διάγνωση και Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις. *Ημέρες Παθολογίας* 1998; 226-7.
59. Παναγιωτάκος Δ.Β. Επιδημιολογία Καρδιαγγειακής νόσου στην Ελλάδα και τον κόσμο. *Iatrika chronica* 2003.
60. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, Steg PG, Budaj A, White K, Montalescot G. *Chest*. 2009 Nov;136(5 Suppl):e30
61. da Silveira AD1, Ribeiro RA, Rossini AP, Stella SF, Ritta HA, Stein R, Polanczyk CA. Association of anemia with clinical outcomes in stable coronary artery disease. *Coron Artery Dis*. 2008 Feb;19(1):21-6.
62. Balion C, Santaguida PL, Hill S, Worster A, McQueen M, Oremus M, McKelvie R, Booker L, Fagbemi J, Reichert S, Raina P. Testing for BNP and NT-proBNP in the diagnosis and prognosis of heart failure. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2006 Sep;(142):1-147.
63. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* (2013) 34, 2949–3003.
64. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* (2012) 33, 2569–2619.
65. Puymirat E1, Aïssaoui N, Coste P, Dentan G, Bataille V, Drouet E, Mulak G, Carrié D, Blanchard D, Simon T, Danchin N. Comparison of efficacy and safety of a standard versus a loading dose of clopidogrel for acute myocardial infarction in patients ≥ 75 years of age (from the FAST-MI registry). *Am J Cardiol*. 2011 Sep 15;108(6):755-9.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

66. Everts B1, Karlson B, Abdon NJ, Herlitz J, Hedner T. A comparison of metoprolol and morphine in the treatment of chest pain in patients with suspected acute myocardial infarction--the MEMO study. *J Intern Med.* 1999 Feb;245(2):133-41.
67. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* (2012) 33, 2569–2619
68. Cabello JB1, Burls A, Emparanza JI, Bayliss S, Quinn T. Oxygen therapy for acute myocardial infarction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Aug 21;8:CD007160.
69. De Caterina R1, Madonna R, Sourij H, Wascher T. Glycaemic control in acute coronary syndromes: prognostic value and therapeutic options. *Eur Heart J.* 2010 Jul;31(13):1557-64. doi: 10.1093/eurheartj/ehq162. Epub 2010 Jun 2.
70. Ling Y1, Li X, Gao X. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Intern Med.* 2012 Sep;23(6):564-74
71. Poole-Wilson PA1, Lubsen J, Kirwan BA, van Dalen FJ, Wagener G, Danchin N, Just H, Fox KA, Pocock SJ, Clayton TC, Motro M, Parker JD, Bourassa MG, Dart AM, Hildebrandt P, Hjalmarsen A, Kragten JA, Molhoek GP, Otterstad JE, Seabra-Gomes R, Soler-Soler J, Weber S; Effect of long-acting nifedipine on mortality and cardiovascular morbidity in patients with stable angina requiring treatment (ACTION trial): randomised controlled trial. *Lancet.* 2004 Sep 4-10;364(9437):849-57.
72. Saito M1, Ueshima K, Saito M, Iwasaka T, Daida H, Kohzuki M, Makita S, Adachi H, Yokoi H, Omiya K, Mikouchi H, Yokoyama H, Goto Y. Safety of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation and Exercise Testing for Cardiac Patients in Japan. *Circ J.* 2014 May 19.
73. Rod S. Taylor, MSc, PhD, Allan Brown, MBA, MA, Shah Ebrahim, DM, MSc, Judith Jolliffe, MSc, Hussein Noorani, MSc, Karen Rees, MSc, PhD, Becky Skidmore, MLS, James A. Stone, PhD, David R. Thompson, PhD, Neil Oldridge, PhD. Exercise-Based Rehabilitation for Patients with Coronary Heart Disease: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Med.* 2004;116:682– 692.
74. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal* (2012) 33, 1635–1701



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΥΠΕΡΥΒΑΘΙΝΗ



www.espa.gr

75. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European Heart Journal* (2013) 34, 3035–3087.
76. Michael Pignone, MD, MPH, FACP, Writing Group Chair; Mark J. Alberts, MD; John A. Colwell, MD, PhD, MACP; Mary Cushman, MD, MSc; Silvio E. Inzucchi, MD; Debabrata Mukherjee, MD, MS, FACC; Robert S. Rosenson, MD, FACC, FAHA, FACP; Craig D. Williams, PharmD, FNLA; Peter W. Wilson, MD; M. Sue Kirkman, MD. Aspirin for Primary Prevention of Cardiovascular Events in People With Diabetes. *Circulation*. 2010 Jun 22;121(24):2694-701.
77. Keeley EC1, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet*. 2003 Jan 4;361(9351):13-20.
78. Time Delay to Treatment and Mortality in Primary Angioplasty for Acute Myocardial Infarction Every Minute of Delay Counts. Giuseppe De Luca, MD; Harry Suryapranata, MD, PhD; Jan Paul Ottervanger, MD, PhD; Elliott M. Antman, MD. *Circulation*. 2004;109:1223-1225.
79. McNamara RL1, Herrin J, Wang Y, Curtis JP, Bradley EH, Magid DJ, Rathore SS, Nallamothu BK, Peterson ED, Blaney ME, Frederick P, Krumholz HM. Impact of delay in door-to-needle time on mortality in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2007 Oct 15;100(8):1227-32.
80. A clinical prediction rule for the diagnosis of coronary artery disease: validation, updating, and extension. The CAD consortium. *European Heart Journal* (2011) 32, 1316–1330.
81. Poortaghi S1, Baghernia A, Golzari SE, Safayian A, Atri SB. The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. *BMC Res Notes*. 2013 Jul 23;6:287.
82. McClure T1, Haykowsky MJ, Schopflocher D, Hsu ZY, Clark AM. Home-based secondary prevention programs for patients with coronary artery disease: a meta-analysis of effects on anxiety. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2013 Mar-Apr;33(2):59-67.
83. Blair J1, Corrigan H, Angus NJ, Thompson DR, Leslie S. Home versus hospital-based cardiac rehabilitation: a systematic review. *Rural Remote Health*. 2011;11(2):1532.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΕΡΕΒΛΩΣΙΣ



ΕΣΠΑ
2007-2013
πρόγραμμα για την ανάπτυξη
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

84. Khonsari S1, Subramanian P, Chinna K, Latif LA, Ling LW, Gholami O. Effect of a reminder system using an automated short message service on medication adherence following acute coronary syndrome. . Eur J Cardiovasc Nurs. 2014 Feb 2.
85. Blasco A1, Carmona M, Fernández-Lozano I, Salvador CH, Pascual M, Sagredo PG, Somolinos R, Muñoz A, García-López F, Escudier JM, Mingo S, Toquero J, Moñivas V, González MA, Fragua JA, López-Rodríguez F, Monteagudo JL, Alonso-Pulpón L. Evaluation of a telemedicine service for the secondary prevention of coronary artery disease. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2012 Jan-Feb;32(1):25-31.
86. Dalleck LC1, Schmidt LK, Lueker R. Cardiac rehabilitation outcomes in a conventional versus telemedicine-based programme. J Telemed Telecare. 2011;17(5):217-21.
87. Frosch DL1, Rincon D, Ochoa S, Mangione CM. Activating seniors to improve chronic disease care: results from a pilot intervention study. J Am Geriatr Soc. 2010 Aug;58(8):1496-503.
88. Community-based exercise programs as a strategy to optimize function in chronic disease: a systematic review. Desveaux L1, Beauchamp M, Goldstein R, Brooks D. Med Care. 2014 Mar;52(3):216-26.
89. American Heart Association: Heart Disease and Stroke Statistics. 2005 update. Dallas, TX, American Heart Association, 2005.
90. The clinical spectrum of ACS extends from asymptomatic stable angina to sudden death. Reprinted with permission from Cannon CP, Braunwald E. The spectrum of myocardial ischemia. The paradigm of acute coronary syndromes. In: Cannon CP, ed. Management of Acute Coronary Syndromes. 2nd ed, Totowa, NJ, Human Press, 2003, pp3-18 [Figure 2, page 5].



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΥΠΕΡΒΑΘΜΙΣΗ

2007-2013



ΕΣΠΑ
2007-2013
πρόγραμμα για την ανάπτυξη
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Παράρτημα 1: Γλωσσάριο

Δ.Μ.Σ.	Δείκτης Μάζας Σώματος
Η.Κ.Γ.	Ηλεκτροκαρδιογράφημα
Κ.Ο.	Κατευθυντήρια Οδηγία
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΝ	Στεφανιαία Νόσος



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΕΩΝ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

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