



ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Ηρακλής Αβραμόπουλος
Παθολόγος
Ιατρείο Υπέρτασης
Νοσοκομείο Υγεία

Αντιμετώπιση υπέρτασης στα ΤΕΠ

Πολύ αυξημένη αρτηριακή πίεση

- Παρουσιάζεται στο 1% των υπερτασικών
- Το 3% των επισκέψεων στα επείγοντα νοσοκομείων
- Το 25% των επισκέψεων στα επείγοντα παθολογικών τμημάτων

Επείγουσα υπέρταση (emergency) 25%

- ↑↑ ΑΠ + οξεία και εξελισσόμενη βλάβη οργάνου στόχου
- Νοσηλεία στη ΜΕΘ

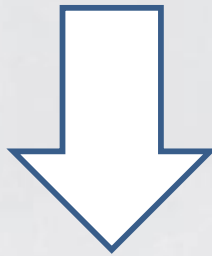
Πολύ αυξημένη πίεση (urgency) 75%

- ↑↑ ΑΠ ΧΩΡΙΣ οξεία βλάβη οργάνου στόχου
- Όχι νοσηλεία στο νοσοκομείο

Δεν έχει σημασία το ύψος της ΑΠ αλλά η ύπαρξη οξείας και εξελισσόμενης βλάβης οργάνου στόχου

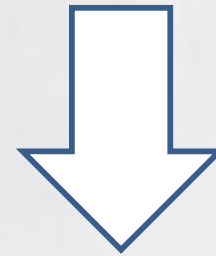
Παραδείγματα

- Διαχωρισμός αορτής με ΑΠ 160/110
- Εκλαμψία με ΑΠ 170/115



ΜΕΘ

ΑΠ 210/120
χωρίς άλλα συμπτώματα



Σπίτι

Επείγουσα υπέρταση

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ

- Οξεία ανεπάρκεια αριστερής κοιλίας
- Έμφραγμα μυοκαρδίου
- Ασταθής στηθάγχη
- Διαχωρισμός αορτής

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

- Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια
- Εγκεφαλικό επεισόδιο ή υπαραχνοειδής αιμορραγία
- Κρανιοεγκεφαλική κάκωση

ΝΕΦΡΟΙ

- Οξεία σπειραματονεφρίτις
- Νεφραγγειακή υπέρταση
- Μετά από μεταμόσχευση νεφρού
- Θεραπεία με VEGF
- Νόσοι συνδετικού ιστού

ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΥ

- Διακοπή αντιυπερτασικών (κλονιδίνη, β αποκλειστές)
- Κρίση φαιοχρωμοκυτώματος
- Χρήση ουσιών όπως αμφεταμίνες, LSD, κοκαΐνη ή ecstasy
- Σύνδρομο Guillain-Barré
- Κάκωση νωτιαίου μυελού

ΕΚΛΑΜΨΙΑ

Επείγουσα υπέρταση

1 – 2 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο ετησίως

| Οξεία βλάβη οργάνου στόχου | Επίπτωση (%) ¹ | Επίπτωση (%) ² |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Εγκεφαλικό επεισόδιο (ισχαιμικό) | 24.5 | 39 |
| Πνευμονικό οίδημα | 22.5 | 25 |
| Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια | 16.3 | |
| Οξεία συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια | 14.3 | |
| Οξύ στεφανιαίο επεισόδιο | 12.0 | 9 |
| Εγκεφαλική/υπαραχνοειδής αιμορραγία | 4.5 | 21 |
| Εκλαμψία | 4.5 | 2 |
| Διαχωρισμός αορτής | 2.0 | |

1. Zampaglione B et al. *Hypertension*. 1996;27:144-7

2. Martin JF, et al. *Arq Bras Cardiol*. 2004 Aug;83(2):131-6

Ενδοφλέβια φάρμακα για την επείγουσα υπέρταση

Αγγειοδιασταλτικά

- Νιτροπρωσσικό νάτριο
- Νιτρογλυκερίνη
- Νικαρδιπίνη
- Διϋδραλαζίνη
- Κλεβιδιπίνη
- Φενολδοπάμη
- Εναλαπριλάτη
- Τριμεθαφάνη
- Διαζοξειίδη

- Νιφεδιπίνη

Αδρενεργικοί αναστολείς

- Λαβηταλόλη
- Εσμολόλη
- Φαιντολαμίνη
- Ουραπιδίλη

- Φουροσεμίδη

- Κλονιδίνη

Ενδοφλέβια φάρμακα για την επείγουσα υπέρταση

Αγγειοδιασταλτικά

- Νιτροπρωσσικό νάτριο
- Νιτρογλυκερίνη
- Νικαρδιπίνη
- Διϋδραλαζίνη
- —Κλεβιδιπίνη
- —Φενολδοπάμη
- —Εναλαπριλάτη
- —Τριμεθαφάνη
- —Διαζοξειίδη

- Νιφεδιπίνη

Αδρενεργικοί αναστολείς

- Λαβηταλόλη
- Εσμολόλη
- —Φαιντολαμίνη
- —Θυραπιδίλη

- Φουροσεμίδη

- Κλονιδίνη

1. Αγγειοδιασταλτικά

| Φάρμακο | Μορφή | Δόση | Ανεπιθύμητες |
|--|----------------------------|-----------------------------|---|
| Νιτροπρωσικό νάτριο NITRIATE ® | Amp. 50 mg | Έγχυση 0.25-10 µg/kg/min | Ναυτία, έμετος, μυϊκές συσπάσεις, δηλητηρίαση κυανιούχων |
| Νιτρογλυκερίνη NITROLINGUAL ® | Amp. 25 mg, 50 mg | Έγχυση 5-100 µg/min | Κεφαλαλγία, έμετος, μεθαιμοσφαιριναιμία, ανοχή |
| Νικαρδιπίνη NICARDIPINE ® | Amp. 10 mg | Έγχυση 5-15 mg/h | Ταχυκαρδία, κεφαλαλγία, έξαψη |
| Υδραλαζίνη NEPRESOL ® | Amp. 25 mg | Slow push 10-20 mg/6h | Ταχυκαρδία, έξαψη, κεφαλαλγία, έμετος, στηθάγχη |
| Νιφεδιπίνη ADALAT ® | Sol. IV. Inf 5 mg/50 ml | ? | |
| Κλονιδίνη CATAPRESAN ® | Inj Sol 5 amp x 0,15 mg | ? | |

2. Αδρενεργικοί αποκλειστές

| Φάρμακο | Μορφή | Δόση | Ανεπιθύμητες |
|----------------------------------|-----------------------------|---|--|
| Λαβηταλόλη TRANDATE ® | Amp. 100 mg | Bolus 20-80 mg/10 min Έγχυση 2 mg/min Max: 300 mg | Έμετος, μηρμύγκιασμα κρανίου, βρογχόσπασμος, ναυτία, κκ αποκλ. |
| Εσμολόλη BREVIBLOC ® | Amp. 100 mg Bag. 2500 mg | Αρχικά bolus 1 mg/kg, μετά έγχυση 100 μg/kg/min | Όμοια |
| Φαιτολαμίνη REGITINE ® | Amp. 10 mg | Bolus 5-15 mg | Ταχυκαρδία, έξαψη, κεφαλαλγία |

ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΟ

| | | | |
|-------------------------------|------------|----------------|---|
| Φουροσεμίδη LASIX ® | Amp. 20 mg | Bolus 20-60 mg | Αφυδάτωση, υποκαλιαιμία, ενεργοποίηση ΡΑΣ |
|-------------------------------|------------|----------------|---|

Αντιμετώπιση επείγουσας υπέρτασης

❖ Στόχοι

1. Ο περιορισμός της βλάβης οργάνου στόχου
2. Η αποφυγή ισχαιμίας ζωτικών οργάνων από υπερβολική μείωση της ΑΠ

❖ Γρήγορη αντιμετώπιση

- Όχι αναμονή εξετάσεων

❖ Νοσηλεία σε ΜΕΘ ή ΜΑΦ

- Ενδαρτηριακή παρακολούθηση ΑΠ

❖ Χορήγηση ενδοφλεβίων φαρμάκων που τιτλοποιούνται εύκολα και έχουν βραχεία δράση

- Όχι υπογλώσσια ούτε ενδομυϊκά φάρμακα

Πώς μειώνουμε την ΑΠ;

❖ Όχι ΑΠ στο φυσιολογικό

- 2 πρώτες ώρες: Μείωση της ΑΠ κατά <25%
- Επόμενες 2-6 ώρες: μείωση προς το 160/100
- Επόμενες 24 με 48 ώρες μείωση προς το φυσιολογικό αν σταθερός
- **Εξαιρέσεις: διαχωριστικό ανεύρυσμα και ΑΕΕ**

❖ Εκτίμηση του όγκου του ασθενούς

- Χορήγηση φυσιολογικού ορού (pressure natriuresis)
- Διουρητικά

❖ Μετάβαση σε θεραπεία από το στόμα

Περιπτώσεις επείγουσας υπέρτασης

ή

**Υπέρτασης που χρειάζεται επείγουσα
αντιμετώπιση**

Ναυτία, έμετοι, σύγχυση

- ❖ **Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια**
- ❖ Πτώση του επιπέδου συνείδησης, κεφαλαλγία, διαταραχές όρασης, επιληπτικοί σπασμοί, κώμα
- ❖ **ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ**
- ❖ Αγγειοδιαστολή, οίδημα, ↑ ενδοκράνια πίεση
- ❖ Βυθός: αμφιβληστροειδοπάθεια 3 ή 4 βαθμού
- ❖ MRI ή CT εγκεφάλου: Οίδημα της λευκής ουσίας βρεγματοϊνιακά – αναστρέψιμο σύνδρομο οπίσθιας λευκοεγκεφαλοπάθειας
- ❖ Λαβηταλόλη, νικαρδιπίνη, νιτροπρωσικό
- ❖ Μείωση ΑΠ 25% σε 2 με 8 ώρες

Ημιπάρεση, διαταραχές λόγου

❖ Εγκεφαλικό επεισόδιο

ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ

- ❖ Διαταραχή αυτορρύθμισης στις ισχαιμικές περιοχές
- ❖ ↓ΑΠ → επιδείνωση ισχαιμίας → επέκταση εμφράκτου
- ❖ Αν ΑΠ >220/120 → μείωση κατά 10-15%
- ❖ Θρομβόλυση → ΑΠ < 185/110
- ❖ Λαβηταλόλη, νικαρδιπίνη, νιτροπρωσσικό, νιτρογλυκερίνη

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ

- ❖ Θεραπεία αν ΑΠ >180/105

Ορθόπνοια, αφρώδη ροδόχροα πτύελα

- ❖ **Οξύ πνευμονικό οίδημα**
- ❖ Εξέταση: μη μουσικοί στις βάσεις, αυξημένη κεντρική φλεβική πίεση, οιδήματα
- ❖ Νιτρογλυκερίνη, φουροσεμίδη, νιτροπρουσίδα
- ❖ Αντενδείκνυνται: Υδραλαζίνη, β αποκλειστές

Οπισθοστερνικό άλγος

- ❖ Οξεία εισβολή
- ❖ ΗΚΓ: Εικόνα εμφράγματος
- ❖ Τροπονίνη θετική
- ❖ **Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου ή στηθάγχη**
- ❖ Νιτρογλυκερίνη, λαβηταλόλη, εσμολόλη

Οξύ διαξιφιστικό άλγος θώρακα ωμοπλάτης

- ❖ **Οξύς διαχωρισμός αορτής**
- ❖ **Αιφνίδια εισβολή**
- ❖ **Μεταναστευτικό άλγος, νευροαγγειακά συμπτώματα, αιφνίδιος θάνατος**
- ❖ **CT, MRI ή διοισοφάγειο**

ΣΤΟΧΟΙ

- ❖ **Ταχεία μείωση ΣΑΠ στο 110 mmHg**
- ❖ **Μείωση καρδιακής συχνότητας και συσταλτικότητας**

ΦΑΡΜΑΚΑ

- ❖ **Νιτροπρωσικό ή νιτρογλυκερίνη**
- ❖ **Εσμολόλη ή λαβηταλόλη**

Έγκυος με επιληπτική κρίση

- ❖ **Εκλαμψία**
- ❖ Κεφαλαλγία, διαταραχές όρασης, επιγαστραλγία, κώμα
- ❖ Χορήγηση αντιυπερτασικών αν $\Delta\text{ΑΠ} > 105\text{--}110 \text{ mmHg}$
- ❖ Λαμπεταλόλη, υδραλαζίνη, νικαρδιπίνη
- ❖ Στόχος ΑΠ $130\text{--}150/80\text{--}100 \text{ mmHg}$
- ❖ Μείωση της ΜΑΠ κατά 25% σε 2 ώρες

Διέγερση συμπαθητικού

1. Αιφνίδια διακοπή φαρμάκων
 - κλονιδίνη ή προπρανολόλη
 2. Χρήση ουσιών
 - Κοκαΐνη, αμφεταμίνες, φαινκυκλιδίνη
 3. Λήψη τροφών που περιέχουν τυραμίνη
 - σε ασθενείς υπό αγωγή με αναστολείς ΜΑΟ
 4. Φαιοχρωμοκύττωμα
-
- ❖ Επαναχορήγηση του φαρμάκου
 - ❖ Αποκλεισμός α υποδοχέων (φαιντολαμίνη)
 - ❖ Νιτροπρουσσίδη
 - ❖ Αντένδειξη: β αποκλειστές μόνοι τους

**Πολύ αυξημένη ΑΠ χωρίς οξεία και
εξελισσόμενη βλάβη οργάνου**

Αντιμετώπιση πολύ αυξημένης πίεσης

ΌΧΙ ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΟΥ ΣΤΟΧΟΥ

❖ Υψηλή ΑΠ με

- Κεφαλαλγία
- Αίσθημα δύσπνοιας
- Ρινορραγία
- Άγχος, πανικό

❖ Άτομα με

- Κακή προσήλωση
- Κακή ρύθμιση
- Μετρούν για πρώτη φορά την ΑΠ

Συνήθης εσφαλμένη τακτική

Σε ασθενείς με σοβαρή υπέρταση στα ΕΙ

- 75% κλονιδίνη
- 16.5% νιφεδιπίνη
- 32% διπλή θεραπεία
- 17% τριπλή θεραπεία

Preston RA, Baltodano NM, Cienki J, et al. Clinical presentation and management of patients with uncontrolled, severe hypertension: results from a public teaching hospital. J Hum Hypertens. 1999;13(4):249-255

Επιθετική μείωση της ΑΠ αν

1. Η έγκαιρη μείωση της ΑΠ θα προλάβει καρδιαγγειακά επεισόδια
2. Είναι ακίνδυνη

Κανένα δεν έχει βάσεις στη βιβλιογραφία

Επιθετική μείωση της ΑΠ;

- ❖ **Μελέτες ταχείας μείωσης της ΑΠ**
 - Καμία δεν έδειξε μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων.
- ❖ **2 μελέτες με placebo**
 - δεν έδειξαν κατωτερότητα του placebo και της παρακολούθησης
 - Τα μόνα ανεπιθύμητα αποτελέσματα συνέβησαν στις ομάδες θεραπείας
- ❖ **Συμβάματα με ταχείας δράσεως νιφεδιπίνη**
- ❖ **ΑΕΕ μετά από κλονιδίνη 0.4 mg σε διάστημα 2 ωρών όταν η ΑΠ από 230/139 mmHg έπεσε σε 150/100 mmHg**
- ❖ **Η συμπτωματική υπόταση δεν είναι σπάνια συνέπεια της επιθετικής θεραπείας για ασυμπτωματική υπέρταση**
 - μερικές φορές χρειάζεται ολονύκτια νοσηλεία

Brief reports of new clinical or laboratory observations, cases of unusual importance, and new developments in medical care will be considered for publication in this section. Manuscripts must be typed double-spaced. Text length must not exceed 750 words; not more than 10 references and one figure or table can be used. See "Information for Authors" on page 1-6 for form of references. Manuscripts should include an abstract of not over 100 words. Reports will be reviewed by consultants when, in the opinion of the editors, such review is needed. The Editor reserves the right to shorten reports and to make changes in style.

Nifedipine-Associated Myocardial Ischemia or Infarction in the Treatment of Hypertensive Urgencies

JAMES J. O'MAILIA, M.D.; GARY E. SANDER, M.D., Ph.D.; and THOMAS D. GILES, M.D.

Tulane University School of Medicine, and the Veterans Administration Medical Center, New Orleans, Louisiana.

PATIENTS RECEIVING sublingual nifedipine for hypertensive emergencies have had good therapeutic responses (1-3) and few serious side effects such as hypotension (2-5). However, previous studies of the use of calcium antagonists as antianginal agents have shown that these drugs, particularly dihydropyridines such as nifedipine, may cause hypotension and myocardial ischemia (6, 7). Many patients presenting with severe hypertension have coronary artery disease or left ventricular hypertrophy; we report the cases of three patients who had clinically important myocardial ischemic events associated with the use of sublingual nifedipine.

Patient 1: A 55-year-old woman with a history of controlled essential hypertension presented with a blood pressure of 185/110 mm Hg. After she was given nifedipine, 10 mg sublingually, her systolic blood pressure decreased to 85 mm Hg; intravenous fluids were given to restore the blood pressure to an acceptable level. An electrocardiogram recorded before she received nifedipine showed left ventricular hypertrophy with a strain pattern of the ST segments and T waves. Serial recordings from continuous electrocardiography showed that marked worsening of the ST segment depression occurred (Figure 1A); however, the patient complained only of palpitations. When her blood pressure stabilized, ST segments reverted to baseline; serial electrocardiograms and enzyme levels showed no evidence of myocardial damage.

Patient 2: A 62-year-old woman with a 10-year history of essential hypertension, complained of hitemped, her systolic

administered, and within 5 minutes, systolic blood pressure decreased to 85 mm Hg; intravenous fluids were given to restore blood pressure to an acceptable level. During this episode the patient had substernal chest pain, diaphoresis, and palpitations; serial electrocardiograms showed evidence of an acute anterior myocardial infarction (Figure 1C), which elevations in cardiac enzymes confirmed.

Nifedipine has been shown to be effective in the treatment of many patients with hypertensive emergencies and urgencies (2-6, 8). However, as our report shows, nifedipine therapy may be associated with hypotension, myocardial ischemia, and even infarction. Our patients had marked blood pressure reductions that were disproportional to pretreatment levels, which, in two of our patients, were only moderately elevated.

This excessive hypotensive response to sublingual nifedipine in certain patients is not unexpected. Similar reports of hypotensive responses to diazoxide (9) and nitroprusside (10) followed earlier reports describing considerable safety margins with these drugs (11). Still to be defined, however, are the potential for adverse responses to nifedipine and the situations in which these responses are most likely to occur.

The ability of the dihydropyridine calcium antagonists to cause myocardial ischemia is well known (1). These drugs are potent peripheral arterial dilators that have a rapid onset of action after sublingual or parenteral administration. Thus, a sudden marked decrease in blood pressure will lower coronary artery perfusion pressure and, in some patients, possibly cause a coronary artery "steal"; both mechanisms have been advanced to explain associated myocardial ischemia. Another mechanism causing ischemia is reflex activation of the sympathetic nervous system, with a resultant increase in myocardial contractility and heart rate, and thus myocardial oxygen consumption.



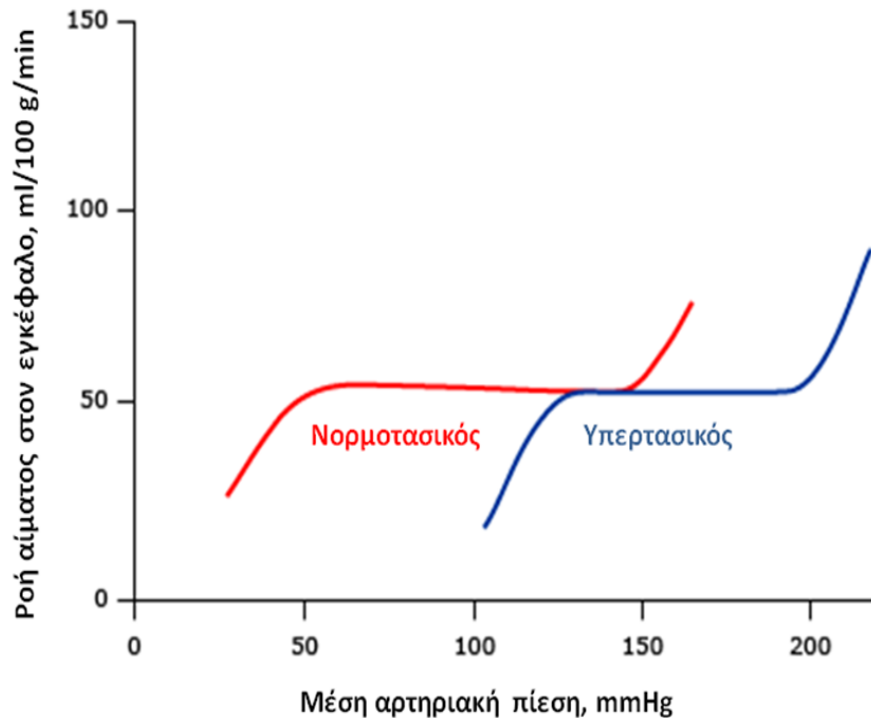
Should a moratorium be placed on sublingual nifedipine capsules given for hypertensive emergencies and pseudoemergencies?

Grossman E, Messerli FH, et al. *JAMA*. 1996 Oct 23-30;276(16):1328-31

- Σοβαρή υπόταση
- Ισχαιμικά ΑΕΕ
- Έμφραγμα μυοκαρδίου
- Απόφραξη αρτηρίας
- Τύφλωση
- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- Διαταραχές αγωγιμότητας
- Βλάβη στα έμβρυα
- Θάνατοι

Λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών και την απουσία οφέλους, οι κάψουλες νιφεδιπίνης για την επείγουσα και ψευδοεπείγουσα υπέρταση θα πρέπει να σταματήσουν.

Γιατί; Αυτορρύθμιση



- Διατηρεί την αιματική ροή στα ζωτικά όργανα, παρά τις διακυμάνσεις της συστηματικής ΑΠ
- Κλασικά διατηρείται μεταξύ ΜΑΠ 60-120 mmHg
- Σε ασθενείς με χρόνια αυξημένη ΑΠ η καμπύλη μετακινείται προς τα δεξιά

Σωστή μέτρηση της ΑΠ

- ❖ 3-5 λεπτά καθιστός
- ❖ Σε ήρεμο περιβάλλον
- ❖ Αξιόπιστη συσκευή
- ❖ Κατάλληλη περιχειρίδα
- ❖ Ο βραχίονας στο επίπεδο της καρδιάς
- ❖ Η ράχη να στηρίζεται
- ❖ Τα πόδια στο έδαφος
- ❖ Όχι ομιλία
- ❖ Όχι στενά μανίκια
- ❖ Τουλάχιστον 2 μετρήσεις
- ❖ Πρόσθετες αν διαφορά



Αντιμετώπιση πολύ αυξημένης πίεσης

- ❖ Αντιμετώπιση πρωταρχικών προβλημάτων του ασθενούς
 - Πόνος, υποξία, πανικός, επίσχεση ούρων, διαταραχή του ύπνου, φαινόμενο λευκής μπλούζας
 - Ιστορικό: λήψη αποσυμφορητικών, NSAIDs
- ❖ Εργαστηριακά;
- ❖ 30 λεπτά ανάπαυσης σε ήρεμο δωμάτιο μειώνουν την ΑΠ $\geq 20/10$ mmHg σε 32% των ατόμων
- ❖ Αν ΑΠ > 180/110 μετά από 15 – 30 min χορήγηση φαρμάκων
- ❖ Όχι ΑΠ στο φυσιολογικό
- ❖ Σταδιακή μείωση σε 24 έως 48 ώρες
- ❖ Ποια φάρμακα;
 - Όχι υπογλώσσια ούτε ενέσιμα

Θεραπεία υπέρτασης βαθμού 3

| Other risk factors, asymptomatic organ damage or disease | Blood Pressure (mmHg) | | | |
|--|---|---|--|---|
| | High normal SBP 130–139 or DBP 85–89 | Grade 1 HT SBP 140–159 or DBP 90–99 | Grade 2 HT SBP 160–179 or DBP 100–109 | Grade 3 HT SBP ≥180 or DBP ≥110 |
| No other RF | • No BP intervention | • Lifestyle changes for several months • Then add BP drugs targeting <140/90 | • Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90 | • Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90 |
| 1–2 RF | • Lifestyle changes • No BP intervention | • Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90 | • Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90 | • Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90 |
| ≥3 RF | • Lifestyle changes • No BP intervention | • Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90 | • Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90 | • Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90 |
| OD, CKD stage 3 or diabetes | • Lifestyle changes • No BP intervention | • Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90 | • Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90 | • Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90 |
| Symptomatic CVD, CKD stage ≥4 or diabetes with OD/RFs | • Lifestyle changes • No BP intervention | • Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90 | • Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90 | • Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90 |

| Recommendations | Class ^a | Level ^b | Ref. ^c |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|
| Prompt initiation of drug treatment is recommended in individuals with grade 2 and 3 hypertension with any level of CV risk, a few weeks after or simultaneously with initiation of lifestyle changes. | I | A | 260, 265, 284 |

Αντιμετώπιση πολύ αυξημένης πίεσης

Επανεξέταση σε 1 – 3 ημέρες

- ❖ Στο 30% των ασθενών ΑΠ κφ
- ❖ Στο 30% υπέρταση σταδίου 1

- ❖ Δεν πρέπει να χαθεί η ευκαιρία για μακροχρόνια ρύθμιση της υπέρτασης
- ❖ Για πολλούς ασθενείς, ο γιατρός των ΕΙ μπορεί να είναι η μοναδική τους επαφή με γιατρό

Τελικά

- ❖ Έναρξη αντιυπερτασικών πρώτης επιλογής
- ❖ Επανάναρξη αντιυπερτασικών
- ❖ Πρόσθεση επιπλέον αντιυπερτασικών