



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

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

Επιστημονικά Υπεύθυνος: Καθηγητής Χρήστος Λιονής

Νόσημα: Δυσπεψία

Ομάδα εργασίας:

Δρ. Φωτεινή Αναστασίου (Συντονίστρια)

Δρ. Ειρήνη Οικονομίδου (Αναπληρώτρια συντονίστρια)

κ. Θηρεσία Καρπαθιωτάκη (Επιστημονικός συνεργάτης)



[www.ygeia-
pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

Με την
συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΥΠΟΚΛΗΡΟΝΟΜΙΑ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ**



www.espa.gr

Σύνθεση της ομάδας ανασκόπησης:

ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονικός Υπεύθυνος έργου
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ	Ιατρός Γενικής Ιατρικής, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης, Συντονίστρια της ομάδας ανασκόπησης
ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ ΕΙΡΗΝΗ	Ιατρός Γενικής Ιατρικής, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης, Αναπληρώτρια συντονίστρια της ομάδας ανασκόπησης
ΚΑΡΠΑΘΙΩΤΑΚΗ ΘΗΡΕΣΙΑ	Στέλεχος Μεταφοράς Τεχνολογίας, Ανάπτυξης & Διαχείρισης, Επιστημονικός συνεργάτης

Σύνθεση της ομάδας ομοφωνίας (κατ' αλφαβητική σειρά):

AGREUS LARS	Εκπρόσωπος του European Society for Primary Care Gastroenterology
ΒΑΣΤΑΡΔΗ ΜΑΡΙΑ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας
ΜΑΝΟΥΣΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΜΑΑΡΟΟΣ HEIDI-INGRID	Εκπρόσωπος του European Society for Primary Care Gastroenterology
ΝΙΑΠΑ ΓΕΩΡΓΙΑ	Εκπρόσωπος του Συλλόγου Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Αττικής
ΠΕΪΤΣΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΣΟΥΓΓΙΟΥΛΤΖΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού (ΕΕΜΕΠ)
ΧΑΤΖΗΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ	Εκπρόσωπος Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
ΧΟΒΑΡΔΑ ΕΛΕΝΗ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Εκπρόσωπος 7 ^{ης} Υ.Πε. Κρήτης

Περιεχόμενα

	Πρόλογος	4
1.	Εισαγωγή	5
2.	Ορισμός δυσπεψίας	6
3.	Κλινικά ερωτήματα	7
4.	Μεθοδολογία	9
5.	Συστάσεις με ενσωματωμένα τα σχόλια των μελών της ομοφωνίας (1 ^{ος} κύκλος Delphi)	13
6.	Συνάντηση ομοφωνίας	20
	Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο	31
6.1		
7.	Πρακτικός Αλγόριθμος	42
8.	Επίλογος	43
9.	Βιβλιογραφία	44
	Παράρτημα	50

Πρόλογος

Είναι μεγάλη χαρά στο πλαίσιο του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντηρίων 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 Γαστρεντερολογική Εταιρία και Ελληνική Εταιρία Μελέτης Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού), ιατρών (Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής) και νοσηλευτών (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας), ασθενών και εκπροσώπων 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 τη Δυσπεψία. Σε αυτήν ο ιατρός γενικής ιατρικής και επαγγελματίας υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) μπορεί να αναζητήσει απαντήσεις σε κλινικά ερωτήματα που τίθενται συχνά στην καθ'ήμερα 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. Φωτεινή Αναστασίου που συντόνισε την ομάδα εργασίας, κ. Ειρήνη Οικονομίδου, κ. Θηρεσία Καρπαθιωτάκη) 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.

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 ΠΦΥ.

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

1. Εισαγωγή

Η δυσπεψία αποτελεί συχνό πρόβλημα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) με ένα ποσοστό από 5% έως 20% των επισκέψεων σε ιατρεία γενικών ιατρών να οφείλεται σ' αυτήν. Το αντίστοιχο ποσοστό εμφάνισης δυσπεψίας στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 7% έως 45%¹. Το μεγάλο εύρος στη συχνότητα της δυσπεψίας οφείλεται στους διαφορετικούς ορισμούς που έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί². Στις περισσότερες μελέτες από την ΠΦΥ το οπισθοστερνικό καύσος και οι όξινες ερυγές, συμπτώματα που πλέον ορίζουν την παρουσία Γαστροοισοφαγικής Παλινδρομικής Νόσου (ΓΟΠΝ), συμπεριλαμβάνονταν στον ορισμό της δυσπεψίας, γεγονός που δυσκολεύει την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ακριβή συχνότητα της νόσου στην ΠΦΥ.

Όσον αφορά στη διάγνωση της δυσπεψίας, παρόλο που δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις για την διαγνωστική αξία των συμπτωμάτων, προτείνεται από αρκετούς συγγραφείς η υιοθέτηση ενός ευρύτερου και χαλαρότερου ορισμού ειδικά για την ΠΦΥ^{3,4}. Η χρήση ενός απλού σταθμισμένου ερωτηματολογίου για τη διάγνωση της δυσπεψίας θα ήταν ιδανική, αλλά τα ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες στην ΠΦΥ, είναι βασισμένα σε κλινικά συμπτώματα, ετερογενή μεταξύ τους και δεν βοηθούν στην εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς το πιο αξιόπιστο εργαλείο⁵.

Στην Ελλάδα για τη συχνότητα της δυσπεψίας λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί στο γενικό πληθυσμό. Σε μελέτη σε αστικό πληθυσμό, η δυσπεψία ήταν η συχνότερη νόσος του γαστρεντερικού, με επίπτωση υψηλότερη της ΓΟΠΝ και του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ), 48%, 38% και 21% αντίστοιχα⁶. Αντίθετα, σε αναδρομική μελέτη σε αγροτικό πληθυσμό της Κρήτης η δυσπεψία βρέθηκε σε μικρότερη συχνότητα από την αναμενόμενη (2.7 /1000 άτομα-έτη) και αυτό αποδόθηκε σε ελλιπή ενημέρωση των ιατρών που εργάζονται στην ΠΦΥ σχετικά με τον ορισμό και τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου⁷. Εξάλλου σε μελέτη ασθενών που επισκέφθηκαν ιατρεία Γενικής Ιατρικής με συμπτώματα από το ανώτερο γαστρεντερικό, βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό ασθενών αρνείται τη γαστροσκόπηση θέτοντας ως κύριο λόγο το δυσάρεστο στην ίδια τη διαδικασία και τη δυσκολία τους να την ανεχτούν⁸.

Η συχνότητα των δυσπεπτικών προβλημάτων στην ΠΦΥ αλλά και το υψηλό κόστος αντιμετώπισης της⁹, σε συνδυασμό με την μεγάλη επιρροή που έχει στην ποιότητα ζωής των ασθενών¹⁰, την καθιστούν μία από τις νοσολογικές οντότητες που αξίζουν προσοχής από τους γιατρούς ΠΦΥ.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημες οδηγίες σχετικές με τη δυσπεψία, σταθμισμένες για τις ιδιαίτερες ανάγκες της περιοχής. Το κενό αυτό ελπίζουμε να καλύψουν οι παρούσες συστάσεις.

2. Ορισμός Δυσπεψίας

Όσον αφορά στον ορισμό της Δυσπεψίας, λόγω της απουσίας μελετών που να αποδεικνύουν τη διαγνωστική ακρίβεια κάποιου συγκεκριμένου ειδικά στην ΠΦΥ, αποφασίστηκε η αποδοχή του ορισμού των κριτηρίων Ρώμης II και III σύμφωνα με τα οποία: Η δυσπεψία ορίζεται ως ένα σύνολο συμπτωμάτων από το ανώτερο γαστρεντερικό που περιλαμβάνουν το χρόνιο ή υποτροπιάζον άλγος ή δυσφορία, το αίσθημα τυμπανισμού στο επιγάστριο και το αίσθημα πρόωρης πληρότητας^{17,18,19}. Το οπισθοστερνικό καύσος και οι όξινες ερυγές αποδίδονται από το 1999 (Κριτήρια Ρώμης II) στη Γαστροοισοφαγική Παλινδρομική Νόσο (ΓΟΠΝ).

3. Κλινικά ερωτήματα

Τα κλινικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν από τις επιμέρους ομάδες ανασκόπησης στο παρόν έργο, 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 ΠΦΥ 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 δυσπεψίας στην αρχή του έργου (Παραδοτέο 1.1) με τη συνεργασία της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη Γαστρεντερολογία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα (European Society for Primary Care Gastroenterology, Εκπρόσωπος: Marje Oona, University of Tartu, Estonia), και κατεύθυναν τη διατύπωση των συστάσεων ήταν τα ακόλουθα:

Αναφορικά με τη διάγνωση και τα διαγνωστικά εργαλεία:

Ποια διαγνωστικά εργαλεία για τη δυσπεψία έχουν την υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια, στην ΠΦΥ?

Αναφορικά με την παραπομπή:

Πότε πρέπει να παραπέμπονται οι ασθενείς με συμπτώματα δυσπεψίας που προσέρχονται σε ιατρεία ΠΦΥ;

Ποια συμπτώματα (συναγερμού) έχουν τον υψηλότερο δείκτη πιθανοφάνειας για την παρουσία οργανικής νόσου;

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη):

Σε ασθενείς με δυσπεψία, χωρίς συμπτώματα συναγερμού, ποια είναι η ενδεικνυόμενη θεραπευτική προσέγγιση στην ΠΦΥ;

Ποια από τις διαγνωστικές δοκιμασίες του ΕΠ μπορεί να εφαρμοστεί αποτελεσματικά στην ΠΦΥ σε αγροτικές και απομονωμένες περιοχές;

Ποια είναι η κατάλληλη εμπειρική θεραπεία για ασθενείς με δυσπεψία χωρίς συμπτώματα συναγερμού, χωρίς συνυπάρχουσα λοίμωξη από ΕΠ;

Ποια/ες είναι η κατάλληλη θεραπεία για ασθενείς με δυσπεψία χωρίς συμπτώματα συναγερμού με συνυπάρχουσα λοίμωξη από ΕΠ στην ΠΦΥ;

Είναι η θεραπεία της εκρίζωσης ΕΠ σε ασθενείς με δυσπεψία αποτελεσματικές με όρους κόστους οφέλους;

Ποιοι ασθενείς με δυσπεψία και ΕΠ θα πρέπει να ξανά θεραπευτούν μετά από την πρώτη αποτυχία της εκρίζωσης του ΕΠ

Αναφορικά με τη μη φαρμακευτική αγωγή:

Είναι αποτελεσματικές οι προτεινόμενες διαιτητικές αλλαγές στους ασθενείς με δυσπεψία στην ΠΦΥ;

Υπάρχει κάποια άλλη εναλλακτική θεραπεία για την αντιμετώπιση ασθενών με δυσπεψία χωρίς συμπτώματα συναγερμού στην ΠΦΥ;

Πως αντιμετωπίζεται η δυσπεψία σε ασθενείς υπό χρόνια λήψη ΜΣΑΦ;

Αναφορικά με την πρόληψη

Υπάρχουν ενέργειες όσον αφορά στον τρόπο ζωής που μπορούν να υιοθετηθούν για την πρόληψη της δυσπεψίας;

Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας:

Είναι η χορήγηση φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της δυσπεψίας (ρόλος φαρμακοποιών);

Μπορεί μία/ένας εκπαιδευμένη/ος στη δυσπεψία νοσηλεύτρια/ής να είναι αποτελεσματική/ος στην αντιμετώπιση των ασθενών με δυσπεψία στην ΠΦΥ;

4. Μεθοδολογία

Σκοπός της Κ.Ο. για τη δυσπεψία

Στην Ελλάδα παρουσιάζεται μεγάλη διακύμανση στην εφαρμογή των ιατρικών πρακτικών. Η υιοθέτηση από τους παρόχους της ΠΦΥ κοινών κατευθυντηρίων οδηγιών (Κ.Ο.) υψηλής τεκμηρίωσης ως οδηγός για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων για την αντιμετώπιση της δυσπεψίας κρίθηκε σημαντική, δεδομένου ότι ενισχύουν την υπευθυνότητα, μειώνουν τις αποκλίσεις στις ιατρικές πράξεις, εξοικονομούν πόρους και παρέχουν ως ένα βαθμό διαφάνεια^{11,12}. Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω παραμέτρους, ως κύριος σκοπός της προσπάθειας σύνταξης των πρώτων Κ.Ο. όσον αφορά την διαχείριση της δυσπεψίας στην ΠΦΥ στην Ελλάδα τέθηκε η διατύπωση συστάσεων σχετικών με τη διαχείριση της νεοεμφανιζόμενης δυσπεψίας, σε ομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου για οργανική νόσο, σε ειδικές ομάδες ασθενών καθώς και με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας και την αναγκαιότητα ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας προσφέρουν τελικά ένα ολοκληρωμένο αλγόριθμο αντιμετώπισης.

Μεθοδολογία ανάπτυξης της Κ.Ο.

Επειδή οι Κ.Ο. που έχουν δημιουργηθεί σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα ή ακόμη από ειδικούς σε τριτοβάθμιο επίπεδο φαίνεται ότι δεν μπορούν να εφαρμοστούν με επιτυχία στην ΠΦΥ^{13,14} και στο πλαίσιο των εργασιών για τις ανάγκες του παρόντος έργου, δημιουργήθηκε ένα εγχειρίδιο της μεθοδολογίας για την Ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην ΠΦΥ. 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.

Η ομάδα εργασίας, στην προσπάθεια της σύνταξης των συστάσεων αναφορικά με τη διαχείριση της δυσπεψίας στην ΠΦΥ στην Ελλάδα, πραγματοποίησε 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 Κ.Ο. από δικτυακούς τόπους σύμφωνα με δημοσιευμένο άρθρο¹⁵ του Επιστημονικά Υπεύθυνου του έργου, κ. Χ. Λιονή όπου έχει διαμορφωθεί ένας κατάλογος

Επιστημονικών Εταιριών ή Κολεγίων Γενικών Ιατρών με εμπειρία στην ανάπτυξη Κ.Ο. Επιπρόσθετα, η ομάδα ανασκόπησης επέκτεινε την αναζήτηση αυτή και σε άλλους Ευρωπαϊκούς και διεθνείς γνωστούς ιστοτόπους παραγωγής και διανομής Κ.Ο. για τη δυσπεψία και το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού. Προς αξιολόγηση επιλέχθηκαν οι Κατευθυντήριες Οδηγίες που ήταν προϊόν συμφωνίας ειδικών (consensus), ήταν επιστημονικά τεκμηριωμένες (evidence based) και είχαν δημοσιευτεί την τελευταία πενταετία. 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 1). Δώδεκα Κ.Ο. κρίθηκαν ως αποδεκτής ποιότητας και χρησιμοποιήθηκαν για την διατύπωση των συστάσεων.

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

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 (δεκαετία), και η γλώσσα του κειμένου (αγγλικά, ισπανικά).

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 δύο βάσεις δεδομένων. Εντοπίστηκαν τα άρθρα που ήταν κοινά και στις δύο 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. Από την αναζήτηση στη βάση δεδομένων PubMed βρέθηκαν συνολικά 62 Τυχαιοποιημένες Κλινικές Μελέτες και Μετα- αναλύσεις εκ των οποίων οι 25 ήταν σχετικές με τα κλινικά ερωτήματα. Από την αναζήτηση στη βάση δεδομένων Cochrane βρέθηκαν 108 Κλινικές Μελέτες εκ των οποίων οι 39 ήταν σχετικές με τα κλινικά ερωτήματα.

Μετά την εφαρμογή του εργαλείου AMSTAR επιλέχθηκαν συνολικά 2 Μετα-αναλύσεις. 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 14 Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Κλινικές Δοκιμές.

Στις περιπτώσεις που το αρχικό κλινικό ερώτημα δεν απαντήθηκε με βιβλιογραφία του τύπου RCT, πραγματοποιήθηκε ευρύτερη αναζήτηση της βιβλιογραφίας και συμπεριλήφθηκαν βιβλιογραφικές αναφορές χαμηλότερης τεκμηρίωσης (απλές κλινικές μελέτες, επιδημιολογικές μελέτες, ακόμη «γκρίζα» βιβλιογραφία, δηλαδή υλικό από πτυχιακές εργασίες, παρουσιάσεις σε συνέδρια κλπ). Από την διευρυμένη κατά περίπτωση αναζήτηση βρέθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον 33 άρθρα κυρίως κλινικές τυχαιοποιημένες μελέτες(RCTs) και άρθρα ανασκόπησης (systematic review).

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 Council¹⁶. Οι διαμορφωθείσες συστάσεις απεστάλησαν ηλεκτρονικά μαζί με μια επτάβαθμη βαθμολογημένη κλίμακα (Α' κύκλος DELPHI) στα μέλη της ομάδας ομοφωνίας (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 συμμετεχόντων.

Οι επαναδιατυπωμένες συστάσεις παρουσιάστηκαν στα μέλη του consensus panel στη συνάντηση ομοφωνίας που πραγματοποιήθηκε για τη δυσπεψία στις 4 και 5 Μαρτίου 2014. Την πρώτη μέρα στη συνάντηση ομοφωνίας πραγματοποιήθηκε εκτενής συζήτηση αναφορικά με το περιεχόμενο και τη διατύπωση κάθε σύστασης στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Στη συνέχεια 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. Κάθε σύσταση αξιολογήθηκε αναφορικά με την τεκμηρίωση της, τη συνοχή της, την κλινική της επίδραση, τη δυνατότητα γενίκευσης της και τη δυνατότητα εφαρμογής της. 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 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 ΚΟ δηλώνουν ότι δεν υπόκεινται σε σύγκρουση συμφερόντων και βεβαιώνουν ότι δεν απασχολούνται στη φαρμακευτική βιομηχανία.

5. Συστάσεις με ενσωματωμένα τα σχόλια των μελών της ομοφωνίας (1^{ος} κύκλος Delphi)

Στον πρώτο κύκλο Delphi, τα μέλη του πάνελ ομοφωνίας κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τις συστάσεις που διαμόρφωσε η ομάδα ανασκόπησης της δυσπεψίας και να παραθέσουν τυχόν σχόλια. Τα μέλη του πάνελ ομοφωνίας βαθμολόγησαν τις συστάσεις με βάση μια επτάβαθμη κλίμακα (1=Διαφωνώ πλήρως, 2=Διαφωνώ με σημαντικές επιφυλάξεις, 3=Διαφωνώ με μικρές επιφυλάξεις, 4=Είμαι ουδέτερος/η, 5=Συμφωνώ με σημαντικές επιφυλάξεις, 6=Συμφωνώ με μικρές επιφυλάξεις, 7=Συμφωνώ ανεπιφύλακτα). Από τις βαθμολογίες προέκυψε η διάμεση τιμή κάθε σύστασης, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή (med, min, max). Παρακάτω παρουσιάζονται οι συστάσεις με ενσωματωμένα τα σχόλια των μελών της ομάδας ομοφωνίας (με έντονη γραμματοσειρά).

5.1 Συστάσεις

Παραπομπή

Σύσταση 1.

Ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενη δυσπεψία, που είναι πάνω από 45 ετών, θα πρέπει να παραπέμπονται άμεσα για γαστροσκόπηση.

Βαθμός τεκμηρίωσης III-3/ IV

Min: 3, Max: 7, Median: 6

Σύσταση 2.

Ασθενείς με δυσπεψία που έχουν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα συναγερού, παραπέμπονται άμεσα για γαστροσκόπηση:

- 1) Χρόνια ή οξεία αιμορραγία από το γαστρεντερικό,
- 2) Δυσκαταποσία,
- 3) ~~Θδυνοφαγία,~~
- 4) ~~Δυσφαγία,~~
- 5) Ανεξήγητη προοδευτική απώλεια βάρους,
- 6) Επιμένοντες έμετοι,
- 7) Σιδηροπενική αναιμία,
- 8) Ψηλαφητή επιγαστρική μάζα ή ύποψια ~~στο βαριούχο γεύμα/ η~~
~~λεμφαδενοπάθεια,~~
- 9) ~~Ίκτερο,~~
- 10) Οικογενειακό ή ατομικό Ιστορικό γαστρικού καρκίνου ανεξαρτήτως ηλικίας

Βαθμός τεκμηρίωσης: III/ IV

Min: 6, Max: 7, Median: 7

Θεραπευτική προσέγγιση

Σύσταση 3.

α. **Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην ΠΦΥ, να εξετάζουν για την παρουσία ΕΠ και να θεραπεύουν περιπτώσεις ατόμων Σε ασθενείς με δυσπεψία που δεν παραπέμπονται άμεσα για γαστροσκόπηση, συνιστάται η στρατηγική: ~~εξετάστε και θεραπεύστε για το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού (ΕΠ) όλους τους ασθενείς με αυξημένη πιθανότητα για λοίμωξη (>=20%).~~**

Βαθμός τεκμηρίωσης: I

Min: 2, Max: 7, Median: 6

~~β. Η ίδια ως άνω στρατηγική συστήνεται σε ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό έλκους.~~ **Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην ΠΦΥ, να εξετάζουν για την παρουσία ΕΠ και να θεραπεύουν τους ασθενείς που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ και αναφέρουν στο ιστορικό τους έλκος 12δακτύλου.**

Βαθμός Τεκμηρίωσης: I

Min: 2, Max: 7, Median: 6

Διαγνωστικά εργαλεία για το ΕΠ

Σύσταση 4.

Για την ανίχνευση του ΕΠ στην ΠΦΥ, **συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην ΠΦΥ**, η χρήση της συνιστάται η δοκιμασία αναπνοής (Urea Breath Test UBT) ή εναλλακτικά η εξέταση αντιγόνου κοπράνων (HpSA Test),

Βαθμός Τεκμηρίωσης: II

Min: 5, Max: 7, Median: 7

Θεραπεία Δυσπεψίας

Σύσταση 5.

α. **Σε άτομα που αναφέρουν νέα εμφάνιση δυσπεψίας και δεν απαιτείται άμεση γαστροσκόπηση και χωρίς λοίμωξη από ΕΠ, συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της ΠΦΥ**, η συνταγογράφηση μέγιστης δόσης αναστολέα αντλίας πρωτονίων (PPI) για ένα μήνα.

Βαθμός τεκμηρίωσης: II

Min: 1, Max: 6, Median: 4,5

β. **Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην ΠΦΥ**, να παραπέμπουν για γαστροσκόπηση, **όσα άτομα** έλαβαν εμπειρική αγωγή με PPI και δεν ανταποκρίθηκαν ή επανεμφάνισαν τα συμπτώματά τους μετά από θεραπεία εκρίζωσης.

Βαθμός τεκμηρίωσης: III

Min: 3, Max: 7, Median: 6

Σύσταση 6.

α. Σε άτομα με δυσπεψία, που δεν παραπέμπονται για γαστροσκόπηση, **ΔΕΝ συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην ΠΦΥ η συνταγογράφηση** τριπλής θεραπείας με PPI κλαριθρομυκίνη (500 mg x2) και αμοξυσιλίνη (1000mg x2) ή μετρονιδαζόλη (500 mg x3) **λόγω υψηλών αντοχών του ΕΠ στα αντιβιοτικά και τελικά χαμηλής αποτελεσματικότητας του σχήματος στους Έλληνες ασθενείς.**

Βαθμός τεκμηρίωσης: II

Min: 4, Max: 7, Median: 5

β. Σε περίπτωση που υπάρχει αυξημένη αντίσταση στην κλαριθρομυκίνη τότε η φαρμακευτική αγωγή εκρίζωσης του ΕΠ που πρέπει να συνταγογραφείται από τους γενικούς γιατρούς και τους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ είναι: PPI (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2), άλατα βισμούθιου (τυποποιημένη δόση x4), τετρακυκλίνη (500mg x4), μετρονιδαζόλης (500mg x3) για 14 ημέρες, **εφόσον υπάρχει διαθεσιμότητα αλάτων βισμούθιου και τετρακυκλίνης.**

Βαθμός Τεκμηρίωσης: II

Min: 4, Max: 7, Median: 6

Σύσταση 7.

Συστήνεται στους γενικούς γιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ συνδυασμός της αντιβιοτικής θεραπείας εκρίζωσης θα πρέπει να επιλέγεται βάσει των τοπικών αντοχών του ΕΠ και της πρόσφατης λήψης αντιβιοτικών από τον ασθενή για οποιοδήποτε λόγο αλλά και της πιθανής συμμόρφωσης του ασθενούς στο θεραπευτικό σχήμα.

Βαθμός Τεκμηρίωσης: II

Min: 5, Max: 7, Median: 6

Σύσταση 8.

α. **Συστήνεται στους γενικούς γιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ να ξεκινούν τη θεραπεία εκρίζωσης με το ακόλουθο σχήμα «συνεχόμενης θεραπείας»:** χορήγηση για 5 ημέρες διπλής θεραπείας με PPI (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2) και αμοξυκιλίνη (1g x2) και ακολούθως 5 ημέρες τριπλής θεραπείας με PPI (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2), κλαριθρομυκίνη (500mg x2), και μετρονιδαζόλη (500mg x2).

Βαθμός Τεκμηρίωσης: III

Min: 4, Max: 7, Median: 5

β. **Εναλλακτικά του «συνεχόμενου σχήματος» συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ η «Συνακόλουθη θεραπεία» (Concomitant therapy) όπως παρακάτω:** χορήγηση για 7 έως 10 ημέρες θεραπεία με PPI (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2), κλαριθρομυκίνη (500 mg x2), αμοξυκιλίνη

(1g x2) και μετρονιδαζόλη (500mg x2).

Βαθμός Τεκμηρίωσης: III

Min: 4, Max: 7, Median: 5

γ. **Εναλλακτικά στο Συνεχόμενο ή στο Συνακόλουθο σχήμα συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς ΠΦΥ η «Υβριδική» θεραπεία (Hybrid therapy) όπως παρακάτω: χορήγηση για 7 ημέρες διπλής θεραπείας με PPI (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2) και αμοξυκιλλίνη (1g x2) ακολουθούμενη από 7 ήμερη τετραπλή θεραπεία με PPI (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2), αμοξυκιλλίνη (1g x2), κλαρυθρομυκίνη (500mg x2) και μετρονιδαζόλη (500mg x2).**

Βαθμός Τεκμηρίωσης: III

Min: 2, Max: 6, Median: 4

δ. **Σε περιπτώσεις που υπάρχει πληθυσμός με αυξημένη αντίσταση στην Κλαριθρομυκίνη συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ η τετραπλή θεραπεία με Βισμούθιο (Bismuth-containing quadruple therapy): Συνιστάται η χορήγηση για 10- 14 ημέρες τετραπλής θεραπείας με PPI (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2) βισμούθιο (τυποποιημένη δοσολογία x4), τετρακυκλίνη (500mg x4), και μετρονιδαζόλη (500mg x3).**

Βαθμός Τεκμηρίωσης: III

Min: 2, Max: 7, Median: 4,5

Αποτελεσματικότητα Θεραπείας εκρίζωσης στην ΠΦΥ

Σύσταση 9.

Σε άτομα με δυσπεψία που επισκέπτονται υπηρεσίες υγείας στην ΠΦΥ και δεν παραπέμπονται για γαστροσκόπηση, συστήνεται στους γενικούς γιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ η στρατηγική «εξέταστε και θεραπεύστε» για ΕΠ, γιατί φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη από πλευράς κόστους- οφέλους σε σχέση με την άμεση γαστροσκόπηση.

Βαθμός τεκμηρίωσης: II

Min: 3, Max: 7, Median: 6

Σύσταση 10.

Σε ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία, η εκρίζωση του ΕΠ έχει κλινικά οφέλη σε σημαντικό ποσοστό ασθενών, παρόλο που δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματική από πλευράς κόστους- οφέλους.

Βαθμός τεκμηρίωσης: I

Min: 2, Max: 7, Median: 6

Ενδείξεις επανάληψης Θεραπείας

Σύσταση 11.

α. Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ να ζητούν επανάληψη της εξέτασης για ΕΠ σε ασθενείς με επιμονή σοβαρών

συμπτωμάτων παρά τη σωστή λήψη της 1^{ης} επιλογής θεραπείας εκρίζωσης.

Βαθμός τεκμηρίωσης: III

Min: 1, Max: 7, Median: 3

β. Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ να ζητούν επανάληψη της εξέτασης για ΕΠ σε και να χορηγούν 2^{ης} επιλογής θεραπεία εκρίζωσης σε άτομα με Ιστορικό γαστρικού έλκους ή άλλης γαστρικής επιπλοκής.

Βαθμός τεκμηρίωσης: III

Min: 1, Max: 6, Median: 3

γ. Σε περιπτώσεις ατόμων ηλικιωμένων με κίνδυνο για αιμορραγία πεπτικού απειλητική για τη ζωή, (ΔΕΝ) συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ να ζητούν επανάληψη της εξέτασης για ΕΠ σε και να χορηγούν 2^{ης} επιλογής θεραπεία εκρίζωσης.

Βαθμός τεκμηρίωσης: III

Min: 1, Max: 6, Median: 3

Μη φαρμακευτική αγωγή

Σύσταση 12.

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ καθώς επίσης και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας να προτρέπουν τους ασθενείς με δυσπεψία να συμβουλεύονται να έχουν μικρά και συχνά γεύματα, να αποφεύγουν τροφές με πολλά λιπαρά ή τροφές που επιδεινώνουν τα συμπτώματα και να μείψουν τη λήψη αλκοόλ.

Βαθμός τεκμηρίωσης: III-IV

Min: 3, Max: 7, Median: 7

Σύσταση 13.

Σε περίπτωση ατόμων με λειτουργική δυσπεψία, συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ να εξετάζουν ως εναλλακτική θεραπεία τη χρήση της μαστίχας Χίου.

Βαθμός τεκμηρίωσης: II

Min: 2, Max: 7, Median: 4

Σύσταση 14.

Παρόλο που ο βελονισμός αποτελεί μια άλλη εναλλακτική θεραπεία η οποία συνιστάται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της δυσπεψίας, σε ασθενείς που δεν παραπέμπονται για γαστροσκόπηση, δε φαίνεται να είναι εφικτή θεραπευτική τακτική για την ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Βαθμός Τεκμηρίωσης: II

Min: 1, Max: 5, Median: 4

Αντιμετώπιση της δυσπεψίας σε ειδικές ομάδες ασθενών

Σύσταση 15.

α. Σε ασθενείς υπό χρόνια λήψη ΜΣΑΦ/ **ασπιρίνης**, με εμφάνιση συμπτωμάτων δυσπεψίας **χωρίς συμπτώματα συναγερμού συστήνεται στους γενικούς γιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ** να διακόπτουν τη χρήση του ΜΣΑΦ όπου είναι εφικτό αλλιώς να εξετάζουν και θεραπεύουν για ΕΠ.

Βαθμός Τεκμηρίωσης: II

Min: 1, Max: 7, Median: 6

β. Σε άτομα που λαμβάνουν ΜΣΑΦ/ **ασπιρίνης**, μετά από εμφάνιση δυσπεπτικών συμπτωμάτων χωρίς **συμπτώματα συναγερμού με απουσία ΕΠ** και μικρό κίνδυνο για γαστρική επιπλοκή, συστήνεται στους γενικούς γιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ να συνταγογραφούν PPI.

Βαθμός Τεκμηρίωσης: II

Min: 1, Max: 7, Median: 6

Πρόληψη

Σύσταση 16.

Σε **άτομα** με δυσπεψία που δεν παραπέμπονται άμεσα για γαστροσκόπηση, **συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ καθώς και στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας** να γίνεται προσεκτική λήψη ιστορικού για την διαπίστωση πιθανής λήψης φαρμάκων που προκαλούν τα συμπτώματα και όταν η διακοπή τους δεν είναι εφικτή συνιστάται εμπειρική αγωγή για τη δυσπεψία.

Βαθμός τεκμηρίωσης: II- III

Min: 2, Max: 7, Median: 6

Σύσταση 17.

α. **Οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην ΠΦΥ καθώς και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ πρέπει να συστήνουν σε όλα τα άτομα** σε κάθε επίσκεψη τους να μειώνουν το βάρος του σώματος, να περιορίζουν το κάπνισμα και το αλκοόλ και να κρατούν ημερολόγιο με τις τροφές που εκλύουν τα συμπτώματα ώστε να τις αποφεύγουν.

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Min: 5, Max: 7, Median: 7

β. **Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην ΠΦΥ καθώς και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ** να εντοπίζουν παράγοντες που προκαλούν άγχος και σχετίζονται με τη λειτουργική κυρίως δυσπεψία..

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Min: 4, Max: 7, Median: 7

Ρόλος επαγγελματιών υγείας

Σύσταση 18.

Οι φαρμακοποιοί της κοινότητας μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της δυσπεψίας, προσφέροντας συνεχή βοήθεια και συμβουλές στους ασθενείς και καταγράφοντας τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χορηγούμενων για την αντιμετώπιση της δυσπεψίας φαρμάκων, **σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό.**

Βαθμός Τεκμηρίωσης: IV

Min: 5, Max: 7, Median: 6

Σύσταση 19.

Για την καλύτερη αντιμετώπιση ατόμων με δυσπεψία, συστήνεται στους γενικούς

ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην ΠΦΥ η συνεργασία σε ομάδα με άλλους επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες/ριες, επισκέπτες/ριες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, διαιτολόγους /διατροφολόγους, κ.α.).

Βαθμός τεκμηρίωσης : IV

Min: 5, Max: 7, Median: 7

6. Συνάντηση Ομοφωνίας (σχόλια των μελών ομοφωνίας)

Η συνάντηση ομοφωνίας για τη δυσπεψία πραγματοποιήθηκε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης στις 4 και 5 Μαρτίου 2014. Στη συνάντηση εκτός από την ομάδα ανασκόπησης και τον επιστημονικό υπεύθυνο του έργου συμμετείχαν 8 από τα εννέα μέλη που είχαν συμμετάσχει στη διαδικασία Delphi και ένα επιπλέον μέλος εκπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας. Κατά τη διάρκεια της συνάντησης παρουσιάστηκε η μεθοδολογία και πραγματοποιήθηκε εκτενής συζήτηση αναφορικά τόσο με το περιεχόμενο των συστάσεων όσο και με τη διατύπωση κάθε σύστασης. Τα σχόλια και οι προτάσεις των μελών της ομάδας ομοφωνίας διαμόρφωσαν τις συστάσεις που πέρασαν στον επόμενο κύκλο της διαδικασίας που ήταν η ψηφοφορία σχετικά με την αποδοχή ή όχι της σύστασης και ο βαθμός Σύστασης σε 5 τομείς (τεκμηρίωση, συνέχεια, κλινική επίδραση, δυνατότητα γενίκευσης δυνατότητα εφαρμογής).

Κάποιες συστάσεις ενοποιήθηκαν (οι συστάσεις 1 και 2) , 7 διαγράφηκαν οριστικά (σύσταση 7, 8γ, 9, 10, 11β, 11γ, 14) ενώ 1 σύσταση χωρίστηκε σε δύο (5^α) και προστέθηκαν 2 συστάσεις. Κάποιες από τις συστάσεις τροποποιήθηκαν ώστε να επιτευχθεί συμφωνία μεταξύ των μελών του πάνελ ομοφωνίας. Έτσι, ενώ αρχικά οι συστάσεις ήταν 29 (19 με υποενότητες), μετά τη συνάντηση ομοφωνίας ο αριθμός τους μειώθηκε στις 19.

Αποφασίστηκε όταν η σύσταση αναφέρεται στους ιατρούς της ΠΦΥ να χρησιμοποιείται η εξής έκφραση: «Οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην ΠΦΥ, συστήνεται να ...». Προστέθηκε ο όρος «νεοεμφανιζόμενη» όσον αφορά στη δυσπεψία. Ενώ προτάθηκε να αποφεύγεται η έναρξη των συστάσεων με αρνητικά επιρρήματα (δεν, μη κ.α.). Οι συστάσεις που είχαν στο περιεχόμενο τους τον όρο παραπομπή μεταφέρθηκαν τελικά στην ενότητα των παραπομπών (σύσταση 5^α)

Για την καλύτερη τελική μορφή των συστάσεων προτάθηκε από τον εκπρόσωπο της ΔΠΦΥ οι συστάσεις να είναι αυτόνομες και να έχουν συνεχόμενη αρίθμηση και όχι μορφή με υποερωτήματα. Η πρόταση επικροτήθηκε και οι τελικές συστάσεις πήραν συνεχόμενη αρίθμηση πριν την τελική κρίση τους. Στο παρόν κείμενο οι συστάσεις φαίνονται με την αρχική τους αρίθμηση και με τη σειρά που έγινε η συζήτηση για αυτές. Σε παρένθεση αναφέρεται η τελική θέση και αρίθμηση τους. Στο παρόν κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα σχόλια και οι προτάσεις των μελών της ομάδας ομοφωνίας ανά σύσταση:

Σύσταση 1

Η συζήτηση για το ηλικιακό όριο περιστράφηκε γύρω από τα όρια στις Ευρωπαϊκές χώρες και ειδικά στη Σουηδία που τείνει να αυξηθεί και τα δεδομένα από την ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με το γαστρικό καρκίνο. Τα δεδομένα από μελέτες

σε αγροτικές περιοχές δείχνουν αύξηση του γαστρικού καρκίνου, ειδικά σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού με αυξημένο επιπολασμό Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού (ΕΠ). Μετά από συζήτηση σχετικά με τα δεδομένα αυτά και λαμβάνοντας υπόψη το χαμηλότερο κόστος γαστροσκόπησης στην Ελλάδα και ο εκπρόσωπος του Ευρωπαϊκού δικτύου και τα υπόλοιπα μέλη συμφώνησαν στο όριο των 45 ετών ως κατάλληλο για τα Ελληνικά δεδομένα. Έγινε πρόταση από τους γαστρεντερολόγους αρχικά και κατόπιν και από τα υπόλοιπα μέλη οι συστάσεις 1 και 2 να συγχωνευτούν με το ηλικιακό όριο των 45 ετών να ενσωματώνεται στην προσφώνηση. Υπήρξε συζήτηση σχετικά με ακόμη πιο χαμηλό όριο για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού που φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο σχετικό κίνδυνο, αλλά επειδή η τεκμηρίωση είναι χαμηλή αποφασίστηκε να παραμείνει το όριο των 45 ετών για όλους τους διαμένοντες στην Ελλάδα. Ο όρος νεοεμφανιζόμενη δυσπεψία συζητήθηκε και αποφασίστηκε να υπάρχει στην προσφώνηση των συστάσεων και να επεξηγείται στο συνοδευτικό κείμενο.

Ως νεοεμφανιζόμενη δυσπεψία ορίστηκε η έναρξη δυσπεπτικών συμπτωμάτων το τελευταίο τρίμηνο. Ο ορισμός αυτός σχετίζεται με τα κριτήρια Ρώμης III όπου για τη διάγνωση της λειτουργικής δυσπεψίας απαιτείται η παρουσία εμμενόντων συμπτωμάτων για 3 συνεχόμενους μήνες, με έναρξη των συμπτωματολογίας τουλάχιστον από 6μήνου.

Τελική θέση:(Σύσταση 1- Παραπομπή)

Σύσταση 2

Μετά τη συζήτηση για τη σύσταση 1 η οποία ενσωματώθηκε στην προσφώνηση της 2, έγινε εκτενής συζήτηση για την αξία των συμπτωμάτων και καταστάσεων συναγερμού στην ΠΦΥ. Εκ των ειδικών ο ένας υποστήριξε ότι ειδικά για άτομα με νεοεμφανιζόμενη δυσπεψία δεν μπορεί να περιλαμβάνουμε καταστάσεις όπως η χρόνια αιμορραγία από το πεπτικό αφού τέτοιες καταστάσεις οφείλουν να ελεγχθούν άμεσα όχι στα πλαίσια διερεύνησης της δυσπεψίας. Με το ίδιο σκεπτικό προτάθηκε η εξαίρεση του ικτέρου, της λεμφαδενοπάθειας για τα οποία συμφώνησε και ο εκπρόσωπος του Ευρωπαϊκού δικτύου. Επίσης προτάθηκε η αφαίρεση «των ευρημάτων βαριούχου γέυματος» αφού δεν γίνεται πλέον στη χώρα μας. Τα συμπτώματα της δυσκαταποσίας, οδυνοφαγίας και δυσφαγίας που είχαν σχολιαστεί στη διαδικασία Delphi τελικά συμφωνήθηκε να παραμείνουν ενώ όσον αφορά στη «σιδηροπενική αναιμία» έγινε αναφορά ότι εξαιρούνται οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, μιας και σε αυτές η πιθανότητα για τη σιδηροπενική αναιμία συνήθως οφείλεται στην έμμηνο ρύση. Η σημασία των διατροφικών συνηθειών και η πιθανότητα για διατροφικής αιτιολογίας αναιμία προτάθηκε από την πλευρά των γενικών ιατρών, να λαμβάνεται υπόψη κατά τη λήψη του ιστορικού

Όσον αφορά την παραπομπή για γαστροσκόπηση η εκπρόσωπος των ασθενών σχολίασε ότι συμφωνεί στην παραπομπή, εφόσον όμως ο γιατρός έχει εξαντλήσει οποιαδήποτε άλλη διερεύνηση λιγότερο επεμβατική ή υπάρχει άμεση ανάγκη για ενδοσκόπηση.

Τελική θέση:(Σύσταση 1- Παραπομπή)

Σύσταση 3

Σχετικά με την αντιμετώπιση ασθενών που δεν εμπίπτουν στις κατηγορίες των 2 προηγούμενων συστάσεων, υπήρξε συμφωνία ως προς την αναγκαιότητα διερεύνησης του ΕΠ. Έγινε συζήτηση σχετικά με το ποσοστό λοίμωξης από ΕΠ που είναι στην Ελλάδα μεγαλύτερο του 20% και σε ειδικές ομάδες μπορεί να ξεπερνά και το 50%. Επειδή είναι γνωστό αυτό το ποσοστό και αφορά όλους τους διαμένοντες στην Ελλάδα προτάθηκε να εξαιρεθεί από την προσφώνηση. Από πλευράς Ευρωπαϊκού δικτύου, δηλώθηκε πλήρης συμφωνία αλλά τέθηκε και το ερώτημα εάν υπάρχει η δυνατότητα γαστροσκόπησης και πόσο γρήγορα μπορεί να κλειστεί ραντεβού σε έναν ασθενή. Η ομάδα των ασθενών στην οποία αναφέρεται η σύσταση συζητήθηκε εκ νέου και αποφασίστηκε τελικά να προστεθεί ο όρος «σε ασθενείς που δεν ανήκουν στις κατηγορίες της σύστασης 1 (1και 2 μαζί), ώστε να τονίζεται συνεχώς η απουσία των συμπτωμάτων και των παραγόντων (ηλικία ιστορικό) κινδύνου για οργανική νόσο.

Τελική θέση: (Σύσταση 4- Βii Θεραπευτική προσέγγιση)

Σύσταση 3β

Για τη σύσταση αυτή υπήρξε διχογνωμία μεταξύ των ειδικών. Υποστηρίχτηκε ότι δεν υπήρχε λόγος για ξεχωριστή σύσταση για τους ασθενείς με ιστορικό γαστρικού έλκους, γιατί οι ασθενείς αυτοί χρήζουν επανελέγχου με γαστροσκόπηση. Η ομάδα κατέληξε στην παραμονή της σύστασης μόνο για το έλκος δωδεκαδακτύλου, τονίζοντας στο κείμενο των τελικών συστάσεων ότι σε περίπτωση πρόσφατου ιστορικού γαστρικού έλκους η γαστροσκόπηση αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Τελική θέση:(Σύσταση 5)

Σύσταση 4

Η σύσταση έγινε αποδεκτή με την επιφύλαξη για την αποδοχή του τεστ κοπράνων από τους ασθενείς και τη διαθεσιμότητα του στην ΠΦΥ σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές. Παρά τον προβληματισμό η σύσταση δεν τροποποιήθηκε με το σκεπτικό ότι μπορεί στο μέλλον το τεστ αντιγόνου κοπράνων που είναι εξίσου αξιόπιστο με το τεστ αναπνοής, να είναι ευρύτερα διαθέσιμο στην ΠΦΥ.

Τελική θέση:(Σύσταση 6)

Σύσταση 5^α

Όσον αφορά στη δοσολογία του αναστολέα αντλίας πρωτονίων υπήρξε διαφοροποίηση μεταξύ του εκπροσώπου της Ευρωπαϊκής εταιρείας και των γαστρεντερολόγων. Στη Σουηδία δίνεται μέγιστη δόση για 2 εβδομάδες αφού η αναμενόμενη ανταπόκριση έρχεται περίπου στις 3 με 6 μέρες. Οι ειδικοί υποστήριξαν ότι η συνήθης δόση έχει την ίδια αποτελεσματικότητα με τη μέγιστη και αυτή θα πρέπει να δίνεται για 4 έως 8 εβδομάδες ανάλογα με την περίπτωση. Συμφωνήθηκε να ακολουθηθεί η πρόταση των γαστρεντερολόγων ως κοντινότερη στα ελληνικά δεδομένα και να προστεθεί ο όρος «εξατομικεύοντας κατά περίπτωση»

Τελική θέση: (Σύσταση 7)

Σύσταση 5β

Αποφασίστηκε να παραμείνει το πρώτο σκέλος της σύστασης, αυτό που αφορά τα άτομα που δεν είχαν λοίμωξη με ΕΠ (ΕΠ-) και δεν ανταποκρίθηκαν στην εμπειρική με Αναστολείς Αντλίας Πρωτονίων (ΑΑΠ) θεραπεία. Για τη σύσταση αυτή υπήρξε αντιπαράθεση μεταξύ των εκπροσώπων της Ευρωπαϊκής Εταιρείας και των εκπροσώπων των γαστρεντερολογικών εταιρειών σχετικά με την αναγκαιότητα να γαστροσκοπηθεί ένας ασθενής <45, χωρίς συμπτώματα συναγερμού που δεν ανταποκρίθηκε στους ΑΑΠ. Για τους Ευρωπαίους ένας τέτοιος ασθενής θεωρείται ότι έχει το πιθανότερο λειτουργική δυσπεψία οπότε χρειάζεται μόνο εφησυχασμός και οδηγίες προς τον ασθενή. Εάν ο ίδιος ασθενής ανταποκρινόταν στη θεραπεία με ΑΑΠ για 2-4 εβδομάδες αυτό αμέσως θα σήμαινε ότι πάσχει από ΓΟΠΝ. Οι Έλληνες γιατροί (γαστρεντερολόγοι και γενικοί γιατροί) αλλά και οι εκπρόσωποι των νοσηλευτών τόνισαν ότι για την Ελλάδα παρά τη χαμηλή πιθανότητα οργανικής νόσου στην κατηγορία αυτή, είναι πιο δόκιμη η τακτική της παραπομπής σε ειδικό για γαστροσκόπηση. Τονίστηκε ότι σε αντιπαράθεση με τα κριτήρια του Μοντρεαλ²⁰ στα οποία βασίστηκε η επιχειρηματολογία από τους Ευρωπαίους συναδέλφους, τα κριτήρια Ρώμης III¹⁹ για τη διάγνωση της λειτουργικής δυσπεψίας περιλαμβάνουν την αρνητική διερεύνηση και με ενδοσκόπηση. Ειδικά αν ληφθεί υπόψη ότι στην παρούσα φάση το κόστος της γαστροσκόπησης είναι μικρό. Η εκπρόσωπος των ασθενών τόνισε ότι συμφωνεί εφόσον δεν υπάρχει άλλη λιγότερο επεμβατική μέθοδος που να δώσει ξεκάθαρη διάγνωση. Για το δεύτερο σκέλος της σύστασης σχετικά με ασθενείς, χωρίς συμπτώματα συναγερμού υπήρξε επίσης αντιπαράθεση, με τους εκπροσώπους της Ευρωπαϊκής εταιρείας να υποστηρίζουν ότι θα μπορούσε να γίνει επανεξέταση για ΕΠ και αν είναι θετική τότε νέα προσπάθεια εκρίζωσης ή γαστροσκόπηση για καλλιέργεια και έλεγχο αντοχών ΕΠ. Αν το τεστ για ΕΠ είναι αρνητικό (επιτυχής εκρίζωση) τότε δεν υπάρχει λόγος περεταίρω διερεύνησης αφού μάλλον πρόκειται πάλι για λειτουργική δυσπεψία. Οι Έλληνες εκπρόσωποι υποστήριξαν ότι μετά από μία επιτυχή προσπάθεια για εκρίζωση του ΕΠ, ο ασθενής

που συνεχίζει να έχει συμπτώματα θα πρέπει να γαστροσκοπείται για τον αποκλεισμό οργανικής νόσου (παρά το χαμηλό ποσοστό) ώστε στη συνέχεια να είναι δυνατή και η διάγνωση της λειτουργικής δυσπεψίας και ο εφησυχασμός του ασθενούς. Αποφασίστηκε στο τελικό κείμενο προς τους γιατρούς να τονιστεί η παραπάνω αντιπαράθεση στην προσέγγιση. Η χαμηλή συμμόρφωση των ασθενών ΠΦΥ στη γαστροσκόπηση ακόμα και όταν υπάρχουν συμπτώματα ή παράγοντες κινδύνου συζητήθηκε εκτενώς.

Η σύσταση μεταφέρθηκε στην ενότητα «Παραπομπή»

Τελική θέση:(Σύσταση 2 και Σύσταση 3)

Σύσταση 6^α

Για τη σύσταση αυτή από πλευράς Ελλήνων γιατρών συζητήθηκε η χαμηλή αποτελεσματικότητα του σχήματος ακόμη και με αυξημένο αριθμό ημερών χορήγησης, λόγω της αντοχής του ΕΠ στην κλαριθρομυκίνη στη χώρα μας,. Μετά τη συζήτηση συμφωνήθηκε από όλους ότι δεν είναι δόκιμο να δίνεται η τριπλή κλασσική αγωγή εκρίζωσης σε ασθενείς διαμένοντες στην Ελλάδα. Η σύσταση έγινε αρχικά αρνητική και στη συνέχεια μετά από διόρθωση στη σύνταξη της έγινε σύσταση αποφυγής της συγκεκριμένης αγωγής σε περιοχές αυξημένης αντοχής. Η συζήτηση περιστράφηκε γύρω από τον καθορισμό τέτοιων περιοχών που συγκεκριμένα για τη χώρα μας περιλαμβάνουν όλη την επικράτεια. Παράγοντες όπως η προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών ειδικά για λοιμώξεις αναπνευστικού (κλαριθρομυκίνη) και ουρογεννητικού στις γυναίκες (μετρονιδαζόλη) είναι σημαντικοί.

Τελική θέση:(Σύσταση 8)

Σύσταση 6β

Για την τετραπλή αγωγή έγινε εκτενής συζήτηση όσον αφορά στην εφαρμογή της στην Ελλάδα λόγω της περιορισμένης διαθεσιμότητας αλάτων βισμούθιου και τετρακυκλίνης. Παρά την αποτελεσματικότητα της συμφωνήθηκε να μπει σαν δεύτερης επιλογής αγωγή εκρίζωσης, με εναλλακτική λύση σε αυτές τις περιπτώσεις την παραπομπή σε γαστρεντερολόγο για πιο στοχευμένη θεραπεία εκρίζωσης. Χάριν συνέχειας η σύσταση ενσωματώθηκε με την 8δ.

Τελική θέση:(Σύσταση 10)

Σύσταση 7

Η πρόταση παρά το λογικό συνειρμό και την τεκμηρίωση της, θεωρήθηκε τελικά ότι δεν είναι σύσταση αλλά περισσότερο βιβλιογραφική αναφορά και συμφωνήθηκε να αφαιρεθεί.

Τελική θέση:(καταργήθηκε)

Σύσταση 8^α και 8^β

Η συζήτηση περιστράφηκε γύρω από τα νεότερα δεδομένα για την ανταπόκριση του ΕΠ στην Ελλάδα. Από τον εκπρόσωπο της ΕΕΜΕΠ τονίστηκε ότι η μελέτη που κάνει η γαστρεντερολογική εταιρεία και αναμένεται επίσημα εντός του έτους, θα υποστηρίζει το σχήμα 8^α και 8^β τα οποία φαίνεται να είναι ισοδύναμα. Επειδή παρά τις αντιρρήσεις της Ευρωπαϊκής Εταιρείας οι Έλληνες εκπρόσωποι υποστήριξαν ότι η δεύτερη προσπάθεια εκρίζωσης πρέπει να είναι στοχευμένη μετά από καλλιέργεια γαστρικού υγρού, και ως εκ τούτου πρότειναν την ενσωμάτωση των 8^α και 8^β σε μία σύσταση με δύο εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα, ανάλογα με την πιθανή συμμόρφωση του ασθενή.

Τελική θέση:(Σύσταση 9)

Σύσταση 8γ

Η σύσταση για την «Υβριδική» θεραπεία αποφασίστηκε ομόφωνα τελικά να απαιρεθεί αφενός γιατί τα δεδομένα δεν την δείχνουν ανώτερη των προηγούμενων αφετέρου δε είναι μία θεραπεία με υψηλό κόστος και ιδιαίτερα πολύπλοκη στην εφαρμογή της, γεγονός που την καθιστά ακατάλληλη για την ΠΦΥ.

Τελική θέση:(καταργήθηκε)

Σύσταση 8δ

Στη σύσταση όπως προαναφέρθηκε ενσωματώθηκε η 6β και συμφωνήθηκε να γραφτεί ότι το τετραπλό σχήμα προτείνεται για δεύτερης γραμμής θεραπεία μετά από αποτυχία αγωγής εκρίζωσης ΕΠ ενώ εναλλακτικά ο ασθενής στέλνεται στο γαστρεντερολόγο για διερεύνηση. Το πρόβλημα της διαθεσιμότητας αλάτων βισμούθιου και της τετρακυκλίνης αποφασίστηκε να συζητηθεί στο τελικό κείμενο. Λόγω των μεταβαλλόμενων συνθηκών και της πιθανότητας αλλαγής στη διαθεσιμότητα των φαρμάκων και με κριτήριο την καλή ανταπόκριση στο σχήμα σε μελέτες στην Ελλάδα, αποφασίστηκε να παραμείνει η σύσταση.

Τελική θέση:(Σύσταση 10)

Σύσταση 9

Η πρόταση αναφέρεται σε βιβλιογραφικά δεδομένα, αντίστοιχη μελέτη κόστους οφέλους στην Ελλάδα δεν έχει γίνει. Επειδή στη σύσταση 3^α καλύπτεται το θέμα της διερεύνησης του ασθενούς συστήθηκε η κατάργηση της σύστασης.

Τελική θέση:(καταργήθηκε)

Σύσταση 10

Με το ίδιο σκεπτικό επειδή αποτελεί περισσότερο βιβλιογραφική ενημέρωση παρά σύσταση προς τους γιατρούς, αποφασίστηκε η κατάργηση της.

Τελική θέση:(καταργήθηκε)

Σύσταση 11

Για τη σύσταση αυτή έγινε εκτενής συζήτηση με αντιπαραθέσεις ως προς τα κριτήρια για νέα εκρίζωση. Οι ειδικοί αλλά και οι έλληνες εκπρόσωποι ήταν όλοι υπέρ του να γαστροσκοπούνται άμεσα οι περιπτώσεις της σύστασης 11, διαφορετικά θεωρήθηκε ότι μπορεί να χαθεί χρόνος από τη διερεύνηση του ασθενούς. Οι ευρωπαίοι συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι θα μπορούσε να γίνει επανέλεγχος για ΕΠ σε ορισμένες ομάδες ασθενών. Αποφασίστηκε τελικά η κατάργηση των σκελών β και γ της σύστασης γιατί και στις 2 κατηγορίες ασθενών, με ιστορικό γαστρικού έλκους και ηλικιωμένους, η γαστροσκόπηση θεωρήθηκε ο ενδεδειγμένος τρόπος θεραπευτικής προσέγγισης θέτοντας τις κατηγορίες αυτές στις ομάδες υψηλού κινδύνου της σύστασης 1.

Όσον αφορά στο πρώτο σκέλος της σύστασης έγινε σχολιασμός της έκφρασης «σοβαρά συμπτώματα». Η έκφραση θεωρήθηκε αόριστη και δύσκολη στον προσδιορισμό αφού ενέχεται το υποκειμενικό στοιχείο. Προτάθηκε κάθε ασθενής στον οποίο γίνεται επιτυχής προσπάθεια εκρίζωσης αλλά συνεχίζει να έχει συμπτώματα να παραπέμπεται για γαστροσκόπηση, παρά τις αντιρρήσεις των Ευρωπαίων συναδέλφων που όπως έχει προαναφερθεί, στα άτομα που δεν εμπίπτουν στις κατηγορίες της σύστασης 1, θεωρούν ότι πάσχουν τελικά από λειτουργική δυσπεψία γι αυτό και δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία και άρα οποιαδήποτε επιπλέον εξέταση δεν ενδείκνυται.

Τελική θέση:((Ενσωμάτωση του 11^α στη σύσταση 3 κατάργηση β και γ)

Σύσταση 12

Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και η βελτίωση των διατροφικών συνηθειών αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την γενικότερη ευεξία των ατόμων και παρά τη χαμηλή τεκμηρίωση ως προς την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, η ομάδα ομοφωνίας αποφάσισε την παραμονή και διαμόρφωση της σύστασης ώστε να ενθαρρύνεται η προαγωγή της υγείας. Μετά από τη συζήτηση και για την παραπλήσια σύσταση 17α αποφασίστηκε να ενσωματωθούν οι δύο προτάσεις αφού μη φαρμακευτική- θεραπεία και πρόληψη στη δυσπεψία έχουν παρόμοια προσέγγιση.

Τελική θέση: (Σύσταση 11)

Σύσταση 13

Παρά τα σχόλια σχετικά με τις λίγες μελέτες τεκμηρίωσης της δράσης της μαστίχας Χίου η ομάδα ομοφωνίας συμφώνησε να παραμείνει η σύσταση γιατί αφενός υπάρχουν στοιχεία για την αποτελεσματικότητα τόσο στη λειτουργική δυσπεψία όπως και στη λοίμωξη από ΕΠ αφετέρου δε το προϊόν είναι φυσικό σκεύασμα χωρίς αναφερόμενες παρενέργειες και μπορεί να δοθεί συμπληρωματικά σε όποια επιλεγμένη θεραπεία ασθενών που δεν ανήκουν σε κατηγορία υψηλού κινδύνου. Από πλευράς ασθενών τέθηκε ερώτημα σχετικά με την ανάγκη να υπάρχει συγκεκριμένο δοσολογικό σχήμα. Η ομάδα δεν έθεσε δοσολογικό σχήμα καθώς δεν υπάρχει ισχυρή τεκμηρίωση γι αυτό. Τα ήδη βρώσιμα υπάρχοντα προϊόντα μαστίχας έχουν το καθένα προτεινόμενο σχήμα. Επίσης τονίστηκε η σημασία στο σχολιασμό της σύστασης να εξηγείται ότι πρόκειται για βρώσιμα προϊόντα μαστίχας και όχι άλλη κατηγορία(πχ καλλυντικά).

Τελική θέση: (Σύσταση 12)

Σύσταση 14

Παρόλο που ο βελονισμός αποτελεί εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση και για ασθενείς με δυσπεψία που δεν χρειάζονται άμεση γαστροσκόπηση, όλα τα μέλη της ομάδας ομοφωνίας αποφάσισαν την κατάργηση της σύστασης, υπό το πρίσμα αφενός της χαμηλής τεκμηρίωσης και επιπλέον εξαιτίας της απουσίας θεσμοθετημένων κριτηρίων για την πιστοποίηση κέντρων βελονισμού στη χώρα μας, καθώς και της δυσκολίας πρόσβασης σε τέτοιους φορείς, ιδιαίτερα σε αγροτικές και απομονωμένες περιοχές της χώρας. Σε μελλοντική αναθεώρηση των συστάσεων θα επανεκτιμηθεί το συγκεκριμένο θέμα.

Τελική θέση: (καταργήθηκε)

Σύσταση 15α και 15β

Συζητήθηκε ιδιαίτερα η χρησιμότητα του ελέγχου ΕΠ σε ασθενείς που ήδη κάνουν χρόνια χρήση ΜΣΑΦ/ Ασπιρίνης και εμφανίζουν δυσπεψία. Από τους ειδικούς υποστηρίχθηκε η σημασία της προσέγγισης αυτής πριν τη χορήγηση των εν λόγω φαρμάκων. Προτάθηκε η αλλαγή στην εκφώνηση της σύστασης και η ενσωμάτωση των δύο σκελών α και β σε μία σύσταση. Η σύσταση που προέκυψε σχολιάστηκε από τους Ευρωπαίους συμμετέχοντες ως πολύπλοκη και τονίστηκε η σημασία του να δίνονται απλά μηνύματα, τελικά όμως η ομάδα αποφάσισε η παραμείνει μία εκτενής προσφώνηση.

Τελική θέση:(Σύσταση 13)

Σύσταση 16

Παρά το γεγονός ότι θεωρήθηκε πλεονασμός να αναφερόμαστε στην προσεκτική λήψη του ιστορικού, η παραίνεση από πλευράς γενικών γιατρών, νοσηλευτριών, ασθενών και εκπροσώπου ΔΠΦΥ ήταν να παραμείνει η σύσταση ως προτρεπτικός παράγοντας για όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Τελική θέση: (Σύσταση 14)

Σύσταση 17α

Η σύσταση θεωρήθηκε από την πλειοψηφία των μελών, δόκιμη μόνο για τα άτομα που δεν ανήκουν σε κατηγορία υψηλού κινδύνου για οργανική νόσο (δεν ανήκουν στις κατηγορίες της σύστασης 1). Επειδή η πρόληψη και η αντιμετώπιση της δυσπεψίας έχουν παρόμοια προσέγγιση μετά από πρόταση του εκπροσώπου της ΔΠΦΥ έγινε συγχώνευση στη σύσταση 12. Τονίστηκε επίσης η σημασία της διακοπής του καπνίσματος και όχι απλά του περιορισμού του.

Τελική θέση: (Σύσταση 12)

Σύσταση 17β

Η σημασία της αντιμετώπισης του άγχους τονίστηκε από τους γενικούς γιατρούς και τους γαστρεντερολόγους τόσο για τη δυσπεψία (κυρίως λειτουργική) και άλλα γαστρεντερικά προβλήματα όσο και στο γενικό πλαίσιο της θεραπευτικής προσέγγισης στη σχέση γιατρού ασθενούς. Επισημάνθηκε επίσης ο φόρτος εργασίας και ο χρόνος που απαιτεί μια τέτοια ολιστική προσέγγιση του ασθενούς.

Τελική θέση: (Σύσταση 15)

Σύσταση 18

Η σημασία της χορήγησης χωρίς συνταγογράφηση φαρμάκων για την δυσπεψία αλλά και ο ρόλος της προσωπικής σχέσης των φαρμακοποιών με τους ασθενείς τονίστηκαν σαν παράγοντες που οφείλει να λαμβάνει υπόψη του ο γιατρός ειδικά σε αγροτικές περιοχές. Τόσο οι γαστρεντερολόγοι όσο και οι γενικοί γιατροί σχολίασαν τη σημασία του να υπάρχει συνεννόηση του φαρμακοποιού με το θεράποντα ιατρό πάντα και να γίνεται παραπομπή των ασθενών Έγινε τροποποίηση της εκφώνησης μετά από πρόταση του υπεύθυνου ΔΠΦΥ, ώστε να είναι ξεκάθαρο ότι η σύσταση αφορά τους γιατρούς ΠΦΥ και όχι τους φαρμακοποιούς.

Τελική θέση: (Σύσταση 16)

Σύσταση 19

Η αρχική πρόταση αναφερόταν μόνο στο ρόλο των νοσηλευτών, μετά τη διαδικασία Delphi η σύσταση γενικεύτηκε περιλαμβάνοντας και άλλες ομάδες επαγγελματιών υγείας και συστήνοντας πλέον στους γιατρούς ΠΦΥ τη συνεργασία μαζί τους. Αν και η σύσταση θεωρήθηκε από τους γαστρεντερολόγους κυρίως, ως πλεονασμός, υποστηρίχθηκε η παραμονή της από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας ως σημαντική για την παρότρυνση συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Τελική θέση: (Σύσταση 17)

Πρόσθετες συστάσεις

Συστάσεις 20 έως και 23

Από των επιστημονικά υπεύθυνο του προγράμματος προστέθηκαν μετά τη διαδικασία Delphi, 4 επιπλέον συστάσεις γενικότερου περιεχομένου σε μία προσπάθεια βελτίωσης της προσέγγισης των ασθενών στην ΠΦΥ και προς χάριν συμφωνίας με τις υπόλοιπες ομάδες εργασίας.

Οι συστάσεις αυτές δεν πέρασαν από τη διαδικασία Delphi συζητήθηκαν όμως κατά τη συνάντηση ομοφωνίας.

Αρχείο

Σύσταση 20

Συνιστάται στους γενικούς ιατρούς και στους ιατρούς της ΠΦΥ η τήρηση φακέλου του ασθενούς με Δυσπεψία με σκοπό τον έλεγχο και την παρακολούθηση της φροντίδας του.

Level of evidence I

Κατ' οικον νοσηλεία

Σύσταση 21

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς ΠΦΥ να συνεργάζονται με υπηρεσίες και προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας.

Level of evidence IV

Υπηρεσίες Υγείας και φροντίδας και Τεχνολογία

Σύσταση 22

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην ΠΦΥ καθώς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ η χρήση της τηλεϊατρικής καθώς και άλλων τεχνολογιών αποκατάστασης για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με δυσπεψία.

Level of evidence IV

Υπηρεσίες Υγείας και μη κυβερνητικές οργανώσεις

Σύσταση 23

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην ΠΦΥ καθώς και στους άλλους επαγγελματίες υγείας ΠΦΥ να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των