

Προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης και δευτερογενής πρόληψη σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο

Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες αναπηρίας και θνητότητας παγκοσμίως.¹ Υπάρχουν μελέτες^{2,3} που έχουν επισημάνει τη σημαντικότητα της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων με σκοπό την μείωση της επίπτωσης της νόσου και της επανεμφάνισης καρδιακών συμβαμάτων. Τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης συνδέονται άμεσα με τις στρατηγικές που εφαρμόζονται για τη δευτερογενή πρόληψη και έχουν σαν στόχο την πρόληψη της εξέλιξης της νόσου.⁴ Ως καρδιακή αποκατάσταση ορίζεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης, διατροφής και εκπαίδευσης σε βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη βάση, που αποσκοπεί στην βελτίωση της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργίας ενός καρδιολογικού ασθενή. Ταυτόχρονα, σταθεροποιεί, επιβραδύνει ή ακόμη και αναστρέφει την εξέλιξη της νόσου, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο την νοσηρότητα και τη θνησιμότητα.⁵

Η ιστορική αναδρομή ξεκινά από τον 18ο αιώνα και συγκεκριμένα το 1772 με την κλινική περιγραφή της στηθάγχης από τον Heberden⁶ και φτάνει μέχρι τις τελευταίες εξελίξεις, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην μείωση της καρδιαγγειακής θνητότητας κατά τις τέσσερις τελευταίες δεκαετίες. Σήμερα, τα προγράμματα αποκατάστασης περιλαμβάνουν συμβουλές για τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου (υπερλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση, παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη και κάπνισμα), ψυχοκοινωνική και επαγγελματική συμβουλευτική και τέλος συμβουλές για τη λήψη των καρδιοπροστατευτικών φαρμάκων.⁷

Οι υποψήφιοι ασθενείς που πρόκειται να ενταχθούν σε πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης είναι εκείνοι που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με μόσχευμα και σύμφωνα με νεότερα δεδομένα συμπεριλαμβάνονται και ασθενείς μετά από διαδερμική στεφανιαία επέμβαση, υποψήφιοι για μεταμόσχευση καρδιάς, ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, περιφερική αρτηριακή νόσο και βαλβιδοπάθειες.⁸

Βασικές αρχές της καρδιακής αποκατάστασης αποτελούν: η κλινική εκτίμηση του ασθενή, η ένταξή του στο κατάλληλο πρόγραμμα, η εκπαίδευση με σκοπό την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου και η μακροπρόθεσμη φροντίδα στα πλαίσια της οικογενειακής ιατρικής και της σύγχρονης αντίληψης για ιατρική φροντίδα στο σπίτι. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής διαχειρίζεται το άγχος του και μπορεί να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα κατάθλιψης που συνοδεύει τις



καρδιακές νόσους, μειώνεται ο κίνδυνος επανεμφάνισης καρδιακών συμβαμάτων, βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του ασθενή και το προσδόκιμο επιβίωσης.⁹ Η εκπαίδευση του ασθενή ξεκινάει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο όπου θέτονται οι στόχοι, εκτιμώνται οι ανάγκες του και μπορεί να συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα στο σπίτι. Καθόλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης επιδιώκεται η ενεργός συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων.^{10,11}

Τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης σχεδιάζονται από διεπιστημονική ομάδα ειδικών (ιατροί, εργοφυσιολόγοι, διατροφολόγοι, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι, νοσηλευτές κ.α.) με επικεφαλής συντονιστή εξειδικευμένο καρδιολόγο και συνιστώνται πλέον από τους κορυφαίους καρδιολογικούς οργανισμούς του κόσμου, όπως είναι η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία, το Αμερικάνικο Κολλέγιο Καρδιολογίας, το Αμερικάνικο Κολλέγιο Αθλητιατρικής καθώς και η Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία. Σε πολλές χώρες, τα καρδιολογικά ιδρύματα εφαρμόζουν προγράμματα υποστήριξης για καρδιολογικούς ασθενείς με χρονοδιάγραμμα και τακτική παρακολούθηση καθώς οι γνώσεις και οι πληροφορίες τείνουν να εγκαταλειφθούν στους πρώτους 6 μήνες από την έξοδό τους από το νοσοκομείο.¹²

Η καρδιακή αποκατάσταση θεωρείται μια οικονομικά αποδοτική παρέμβαση καθώς μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση και να μειώσει τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες και τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης διαφέρουν από χώρα σε χώρα της Ευρώπης. Σε κάποιες χώρες λειτουργούν καρδιολογικά κέντρα αποκατάστασης, όπου ο ασθενής διαμένει για ένα περίπου μήνα σε αυτά έτσι ώστε να συνηθίσει ένα νέο υγιεινό τρόπο ζωής ακολουθώντας πιστά την φαρμακευτική του αγωγή. Σε άλλες χώρες λειτουργούν προγράμματα στα οποία ο ασθενής συμμετέχει μία ή δύο φορές την εβδομάδα για αρκετούς μήνες σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες και προσπαθεί να εφαρμόσει τις συστάσεις του νέου τρόπου ζωής.¹³ Δυστυχώς, όμως, τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης δεν αξιοποιούνται επαρκώς σε κάποιες χώρες καθώς υπάρχουν προβλήματα που μπορεί να εμποδίσουν την εφαρμογή τους και τα κυριότερα που αναφέρονται σε διάφορες χώρες της Ευρώπης είναι η ανεπαρκής νομοθεσία και η ανεπαρκής χρηματοδότηση. Παράλληλα, μπορεί να απουσιάζουν και οι κατάλληλες υποδομές.¹⁴

Μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, ο ασθενής λαμβάνει οδηγίες που αφορούν την καρδιακή νόσο χωρίς όμως να ελέγχεται η συμμόρφωσή του σε αυτές μετά από ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και χωρίς την επίβλεψη από τους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτές αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο ποσοστό της επιστημονικής κοινότητας και είναι αυτοί που φροντίζουν διαρκώς τον ασθενή από τη στιγμή που θα εισαχθεί στο νοσοκομείο μέχρι την έξοδό του από αυτό. Μπορεί να αποτελέσουν τον συνδετικό κρίκο μεταξύ της εκπαίδευσης που λαμβάνει ο ασθενής και της συμμόρφωσής του με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Ο νοσηλευτής έχει την

ικανότητα να υποστηρίξει ένα αποτελεσματικό, εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης που αφορά τον ασθενή μετά από ένα καρδιακό συμβάν και να βοηθήσει στο να τηρήσουν τις οδηγίες που έχουν λάβει από το νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Δεν είναι όμως αρκετό να παρέχεις γνώσεις στους ασθενείς και να τους εκπαιδεύεις σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, αλλά υπάρχει μεγάλη ανάγκη για συνεχή επικοινωνία χρησιμοποιώντας διάφορα μέσα. Η χρήση της τεχνολογίας (τηλέφωνο, διαδίκτυο κτλ.) αποτελεί μέσο για να αυξηθεί η συμμετοχή των ασθενών σε προγράμματα αποκατάστασης και να επεκταθεί η δευτερογενής πρόληψη. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να έχουν διάρκεια και να μην γίνονται μόνο για να καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών τις πρώτες μέρες μετά το επεισόδιο. Με τον τρόπο αυτό θα υπάρχει μια πιο σταθερή συμπεριφορά από τον ασθενή όσον αφορά στον τρόπο ζωής που ακολουθεί.^{15,16}

Καδδά Όλγα,
Νοσηλεύτρια MSc, PhD (c),
Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Braun LT. Cardiovascular disease: strategies for risk assessment and modification. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2006;21(6 Suppl 1):S20-S42.
2. Maruthur NM, Wang NY, Appel LJ. Lifestyle interventions reduce coronary heart disease risk: results from the PREMIER Trial. *Circulation* 2009;119:2026-31.
3. Reid RD, McDonnell LA, Riley DL, et al. Effect of an intervention to improve the cardiovascular health of family members of patients with coronary artery disease: a randomized trial. *CMAJ* 2014;186(1):23-30.
4. Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17(1):1-17.
5. [No authors listed]. Cardiac rehabilitation programs. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 1994;90(3):1602-10.
6. Jelinek MV, Thompson DR, Ski C, Bunker S, Vale MJ. 40 years of cardiac rehabilitation and secondary prevention in post-cardiac ischaemic patients. Are we still in the wilderness? *Int J Cardiol* 2015;179C:153-159.
7. European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Committee for Science Guidelines; EACPR, Corrà U, Piepoli MF, Carré F, Heuschmann P, Hoffmann U, Verschuren M, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity



- counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J* 2010;31(16):1967-74.
8. Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA, Stewart KJ, Thompson PD, Williams MA, Lauer MS; American Heart Association; Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention); Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity); American association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2005;111(3):369-76.
 9. Karmali KN, Davies P, Taylor F, Beswick A, Martin N, Ebrahim S. Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;6:CD007131.
 10. Polikandrioti M, Ntokou M. Needs of hospitalized patients. *Health science journal* 2011;5(1):15-22.
 11. Kadda O, Marvaki C, Panagiotakos DB. The role of nursing education after a cardiac event. *Health Science Journal* 2012; 6(4):634-646.
 12. Hiratzka LF, Eagle KA, Liang L, Fonarow GC, LaBresh KA, Peterson ED. Atherosclerosis secondary prevention performance measures after coronary bypass graft surgery compared with percutaneous catheter intervention and nonintervention patients in the Get With the Guidelines database. *Circulation* 2007;116:1207-1212.
 13. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. 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 (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012;33(13):1635-701.
 14. Bjarnason-Wehrens B, McGee H, Zwisler AD, Piepoli MF, Benzer W, Schmid JP, et al. Cardiac Rehabilitation Section European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17(4):410-8.

15. Kouidi E, Farmakiotis A, Kouidis N, Deligiannis A. Transtelephonic electrocardiographic monitoring of an outpatient cardiac rehabilitation programme. *Clinical Rehabilitation* 2006;20,1100-4.
16. Mampuya WM. Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy* 2012;2,38-49.