

Καρδιακή Αποκατάσταση: Ένα Στοίχημα που Πρέπει να Κερδίσουμε

Νικόλαος Β. Φώτος

Cardiac Rehabilitation: A Bet we Have to Win

*Επίκουρος Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας,
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών, Αθήνα*

Η καρδιακή αποκατάσταση (ΚΑ) είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για να επηρεάσουν ευνοϊκά την υποκείμενη αιτία της καρδιακής νόσου, καθώς και να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή φυσική, ψυχική και κοινωνική κατάσταση, ώστε να μπορούν οι ασθενείς με καρδιακή νόσο με δικές τους προσπάθειες να διατηρήσουν ή να επανέλθουν στην ενεργό ζωή, αλλά και να ανακτήσουν τον κοινωνικό τους ρόλο. Ουσιαστικά, η ΚΑ είναι η διαδικασία μέσω της οποίας οι ασθενείς με καρδιακή νόσο, υπό την επίβλεψη και καθοδήγηση διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας και με τη συμμετοχή μελών της οικογένειας και φροντιστών, υποστηρίζονται στην προσπάθειά τους για επίτευξη και διατήρηση της βέλτιστης σωματικής και ψυχοσυναισθηματικής τους υγείας.¹

Η ΚΑ αναπτύχθηκε αρχικά τη δεκαετία του 1950, ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1970 τα προγράμματα ΚΑ αποτελούσαν κυρίως προγράμματα δομημένης σωματικής άσκησης μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η ΚΑ πλέον αφορά τόσο σε άτομα με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (κυρίως αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία) όσο και ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιακή νόσο (σταθερή στηθάγχη, μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, μυοκαρδιοπάθεια) ή μετά από εμφύτευση συσκευής ελέγχου του καρδιακού ρυθμού (βηματοδότης, απινιδιστής), καρδιοχειρουργική επέμβαση, εγκατάσταση συσκευών υποβοήθησης της καρδιακής λειτουργίας και μεταμόσχευση καρδιάς.²

Τα προγράμματα ΚΑ αποσκοπούν στη βέλτιστη διαχείριση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία, κάπνισμα, καθιστική ζωή, κ.ά.), τη βέλτιστη δυνατή αντιμετώπιση της καρδιακής νόσου (έλεγχος κλινικών εκδηλώσεων, πρόληψη επιπλοκών, προσήλωση στη φαρμακευτική και μη φαρμακευτική αγωγή, τακτικός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, κ.ά.), την αύξηση της αυτοφροντίδας, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, την επανένταξη στο κοινωνικό και οικογενειακό

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Νικόλαος Β. Φώτος
Παπαδιαμαντοπούλου 123, 115 27, Γουδή,
Αθήνα
Τηλ: (+30) 210-74 61 454
e-mail: nikfotos@nurs.uoa.gr

περιβάλλον, τον περιορισμό των εισαγωγών στο νοσοκομείο και τη μείωση της θνητότητας.¹

Η ΚΑ προγραμματίζεται και διενεργείται από διεπιστημονική ομάδα, αποτελούμενη από καρδιολόγο, νοσηλεύτη, φυσικοθεραπευτή, γυμναστή, διαιτολόγο, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή, φαρμακοποιό και κοινωνικό λειτουργό. Τα μέλη της ομάδας καθορίζουν το περιεχόμενο των συνεδριών εξατομικευμένα για κάθε ασθενή, με γνώμονα την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και την ασφάλεια του ασθενούς. Πριν την έναρξη ενός ασθενούς σε πρόγραμμα ΚΑ διενεργείται εκτίμηση της κατάστασης υγείας, μέσω ιστορικού και κλινικο-εργαστηριακού ελέγχου, καθώς και εκτίμηση της λειτουργικής του ικανότητας.³

Τα περισσότερα προγράμματα ΚΑ περιλαμβάνουν 4 στάδια. Το στάδιο I διενεργείται κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο. Στο στάδιο αυτό μέλη της διεπιστημονικής ομάδας επισκέπτονται τον ασθενή και τους φροντιστές του και τους ενημερώνουν για τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, την καρδιακή νόσο, τη φαρμακευτική και μη φαρμακευτική αγωγή, καθώς και για τα οφέλη συμμετοχής στο πρόγραμμα ΚΑ. Επίσης, εκτιμάται η λειτουργική ικανότητα του ασθενούς, καθορίζονται οι στόχοι του προγράμματος και προγραμματίζονται τα επόμενα στάδια της ΚΑ. Ακολουθεί το στάδιο II, διάρκειας 2 έως 6 εβδομάδων, το οποίο θεωρείται μεταβατικό, γιατί η ΚΑ μεταφέρεται από το νοσοκομείο σε εξωνοσοκομειακές δομές και στην οικία του ασθενούς και ο ασθενής προετοιμάζεται για το επόμενο στάδιο. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να αλλάξει τον τρόπο ζωής και να εντάξει στην καθημερινότητά του τις συστάσεις των επιστημόνων υγείας για τη διαχείριση της καρδιακής νόσου. Οι συνεδρίες σε αυτό το στάδιο πραγματοποιούνται είτε σε οργανωμένο κέντρο ΚΑ ή στην οικία του ασθενούς. Αναφορικά με τη σωματική άσκηση, οι ασθενείς αρχίζουν με ήπια φυσική δραστηριότητα, η ένταση της οποίας αυξάνεται σταδιακά ανάλογα με τη διάγνωση (βάδισμα σε εξωτερικό χώρο ή σε διάδρομο, ποδηλασία, κολύμβηση).⁴⁻⁶

Το στάδιο III έχει διάρκεια 6–24 μήνες, περιλαμβάνει άσκηση σύμφωνα με την κλινική κατάσταση του ασθενούς και διεξάγεται σε οργανωμένο κέντρο ΚΑ. Η σωματική άσκηση διενεργείται σύμφωνα με συγκεκριμένα πρωτόκολλα, υπό αιμοδυναμική παρακολούθηση και περιλαμβάνει προθέρμανση, αερόβια άσκηση (εργομετρικός τάπητας, ποδήλατο, κωπηλατικό μηχάνημα, ασκήσεις σε πισίνα), ασκήσεις με βάρη και χαλάρωση. Σε αυτό το στάδιο, ασθενής και οικογενειακό περιβάλλον

ολοκληρώνουν την εκπαίδευσή τους για την ανατομία και φυσιολογία της καρδιάς, την αναγνώριση των κλινικών εκδηλώσεων της καρδιακής νόσου και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Επίσης, ο ασθενής εκπαιδεύεται για την επιστροφή του στις καθημερινές δραστηριότητες, την επανέναρξη της σεξουαλικής ζωής, την υγιεινή διατροφή, τη διακοπή του καπνίσματος, τη διαχείριση του άγχους και την επιστροφή στην εργασία. Το στάδιο IV αφορά στην επίτευξη μακροπρόθεσμης διατήρησης των αλλαγών στην καθημερινότητα ασθενούς και οικογένειας, στην τακτική εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και στην ενίσχυση της αυτοφροντίδας.⁴⁻⁶

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης αποδεικνύεται μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Lawer et al, μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου η ΚΑ μειώνει την πιθανότητα υποτροπής, καθώς και τα ποσοστά θνητότητας.⁷ Σε άλλη μελέτη βρέθηκε αύξηση της δεκαετούς επιβίωσης >12% σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο που υπεβλήθησαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη και συμμετείχαν σε πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης.⁸ Άλλες μελέτες έδειξαν ότι η συμμετοχή σε πρόγραμμα ΚΑ προκαλεί βελτίωση της ποιότητας ζωής, μειώνει τον αριθμό επανεισαγωγών στο νοσοκομείο και βελτιώνει τη φυσική κατάσταση.⁹⁻¹⁴

Αν και είναι αποδεδειγμένα τα οφέλη από τη συμμετοχή ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο σε πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης, στην Ελλάδα δεν λειτουργούν αντίστοιχα προγράμματα. Έχουν γίνει κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες σε δημόσια νοσοκομεία, οι οποίες απέχουν σε ορισμένα σημεία από τα διεθνή δεδομένα, ή περιλαμβάνουν και ασθενείς με μη καρδιακή νόσο. Συνεπώς, πρέπει να γίνουν προσπάθειες από το Υπουργείο Υγείας και από τις Διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας για την ίδρυση και λειτουργία προγραμμάτων ΚΑ, με κατάλληλο εξοπλισμό και στελέχωση από ιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Το κόστος δεν είναι απαγορευτικό, καθώς σημαντικές υποδομές είναι ήδη διαθέσιμες στα νοσοκομεία, ενώ αναμένεται απόσβεση ή ακόμα και ύπαρξη οικονομικού οφέλους μέσα από τη μείωση των επανεισαγωγών των ασθενών, του κόστους νοσηλείας και τη μείωση της αποχής από την εργασία. Είναι ένα στοίχημα που πρέπει όλοι οι εμπλεκόμενοι στον χώρο της Υγείας να κερδίσουμε, προς όφελος του κοινωνικού συνόλου.

Βιβλιογραφία

1. Price KJ, Gordon BA, Bird SR, Benson AC. A review of guidelines for cardiac rehabilitation exercise programmes: Is there an international consensus? *Eur J Prevent Cardiol* 2016, 23: 1715–1733
2. Servey JT, Stephens M. Cardiac rehabilitation: Improving function and reducing risk. *Am Fam Phys* 2016, 94:37–43
3. Mampuya WM. Cardiac rehabilitation past, present, future: an overview. *Cardiovasc Dia Ther* 2012, 2:38–49
4. AHA Science Advisory. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription: An advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association; Position paper endorsed by the American College of Sports Medicine. *Circulation* 2000, 101:828–833
5. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism. *Circulation* 2007, 116:572–584
6. Μπροκαλάκη Η, Χατζηευστρατίου Α. Καρδιακή αποκατάσταση. Στο: *Νόσοι της καρδιάς και νοσηλευτική Φροντίδα. Ολιστική προσέγγιση*. Ηρώ Μπροκαλάκη-Παναουδάκη. Ιατρικές Εκδόσεις Δημήτριος Λαγός, Αθήνα, 2014:565–583
7. Lawer PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am Heart J* 2011, 162:571–584
8. Pack QR, Goel K, Lahr BD, Greason KL, Squires RW, Lopez-Jimenez F et al. Participation in cardiac rehabilitation and survival after coronary artery bypass graft surgery: a community-based study. *Circulation* 2013, 128:590–597
9. Dugmore LD, Tipson RJ, Philips MH, Flint E, Stentiford N, Bone M et al. Changes in cardiorespiratory fitness, psychological wellbeing, quality of life and vocational status following a 12 month cardiac exercise rehabilitation programme. *Heart* 1999, 81:359–366
10. Sherpherd CW, While AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012, 49:755–771
11. Dunlay SM, Pack QR, Thomas RJ, Killian JM, Roger VL. Participation in cardiac rehabilitation, readmissions and death after acute myocardial infarction. *Am J Med* 2014, 127:538–546
12. Lamberti M, Ratti G, Gerardi D, Capogrosso C, Ricciardi G, Fulgione C et al. Work-related outcome after acute coronary syndrome: Implications of complex cardiac rehabilitation in occupational medicine. *Int J Occup Med Environ Health* 2016, 29:649–657
13. Aragam KG, Dai D, Neely ML, Bhatt DL, Roe MT, Rumsfeld JS et al. Gaps in referral to cardiac rehabilitation of patients undergoing percutaneous coronary intervention in the United States. *J Am Coll Cardiol* 2015, 65:2079–2088
14. Golwala H, Pandey A, Ju C, Butler J, Yancy C, Bhatt DL et al. Temporal trends and factors associated with cardiac rehabilitation referral among patients hospitalized with heart failure: findings from Get with The Guidelines-Heart Failure Registry. *J Am Coll Cardiol* 2015, 66:917–926