

Εξελίξεις στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου

Ο μεταβαλλόμενος ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην καρδιαγγειακή νόσο

Την περασμένη δεκαετία επιτελέστηκε μια εντυπωσιακή μεταβολή στην αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Καθώς η διαχείριση των οικονομικών κεφαλαίων πέρασε στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (μέσω των οργανισμών πρωτοβάθμιας περίθαλψης), το ίδιο συνέβη και με την ευθύνη εξασφάλισης ισότιμης πρόσβασης σε υψηλής ποιότητα ιατρική περίθαλψη σε κάθε στάδιο της περίθαλψης του ασθενούς. Αυτό τοποθετεί ένα τεράστιο φορτίο στην ομάδα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς είναι υπεύθυνη, όχι μόνο για την περίθαλψη που προσφέρει, αλλά και την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών στα πλαίσια της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Επιπρόσθετα, η ομάδα πρέπει να εξυπηρετεί τις ανάγκες ολόκληρου του πληθυσμού και όχι μόνο αυτών που την επισκέπτονται. Ο γιατρός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αντιμετωπίζει σήμερα στόχους σχετικά με την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, του καπνίσματος, της υπερχοληστερολαιμίας, της υπέρτασης, της καρδιακής ανεπάρκειας και διαφόρων άλλων παθήσεων.

Οι καλές (κακές) παλιές μέρες

Οι υποχρεώσεις, τα καθήκοντα και η φύση της δουλειάς των γενικών γιατρών και των νοσηλευτών πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν αλλάξει σημαντικά τα τελευταία 20 χρόνια. Οι κατ'οίκον επισκέψεις και οι υπερωρίες έχουν λίγο ως πολύ εξαφανιστεί από το συνηθισμένο πρόγραμμα ενός γενικού γιατρού, με την εξαίρεση ίσως απομονωμένων αγροτικών περιοχών. Κατά πόσον οι γενικοί γιατροί θα αναλάβουν και πάλι αυτά τα “παραδοσιακά” καθήκοντα είναι ασαφές.

Μέχρι αρκετά πρόσφατα οι γενικοί γιατροί μπορούσαν ουσιαστικά να παραδώσουν όλη την ευθύνη για την αντιμετώπι-

ση των καρδιαγγειακών νοσημάτων στους εξειδικευμένους “ειδικούς”, εφόσον το επιθυμούσαν για διάφορους λόγους –τόσο επαγγελματικούς όσο και επιστημονικούς. Οι γενικοί γιατροί δεν υποτίθεται πως θα προσέφεραν υπηρεσίες ειδικευμένων γιατρών, ωστόσο θεωρούνταν “ειδικοί” για τον “καλύτερο τρόπο” θεραπείας των ασθενών. Οι “ειδικοί” ασκούσαν περισσότερο “ιατρική βασισμένη σε ανωτερότητα” παρά “ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις” και έπρεπε να το κάνουν, διότι δεν υπήρχαν κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης σε εθνικό επίπεδο.

Υπήρχαν ελάχιστα μακροχρόνια επιδημιολογικά δεδομένα για να πληροφορηθούν οι γενικοί γιατροί τη σημασία των ατομικών παραγόντων κινδύνου. Κάποιες από τις πρώιμες μεγάλες μελέτες παρείχαν αντιφατικές πληροφορίες. Πριν από 20 χρόνια ήταν αμφιλεγόμενη η σημασία αυτών που σήμερα είναι αποδεκτοί ως μερίζοντες παράγοντες κινδύνου. Υπήρχε επίσης μικρότερο κίνητρο για την αναγνώριση ασθενών με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, διότι υπήρχαν λίγες διαθέσιμες θεραπείες. Υπήρχε μικρή πληροφόρηση για τα βέλτιστα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης, της χοληστερόλης και του σακχάρου του αίματος. Όπου υπήρχαν διαθέσιμες θεραπείες π.χ. για το διαβήτη τύπου 2, δεν υπήρχαν επαρκή δεδομένα για να ενημερωθούν και να πειστούν οι γιατροί για το ποιοι παράγοντες κινδύνου ήταν σημαντικοί και έπρεπε να θεραπευτούν. Η ίδια ένδεια πληροφοριών ίσχυε και για την αντιμετώπιση συχνών καρδιακών παθήσεων συμπεριλαμβανομένων της στηθάγχης, του εμφράγματος του μυοκαρδίου και της καρδιακής ανεπάρκειας. Οι σημαντικότερες πρόοδοι στην πρόληψη

και αντιμετώπιση της καρδιαγγειακής νόσου, τις οποίες οι νεότεροι γιατροί θεωρούν ως δεδομένες, έλαβαν χώρα τα τελευταία 25 χρόνια.

Παροχή υπηρεσιών

Η διαχείριση της ελεγχόμενης παροχής περίθαλψης θα μπορούσε απλά να γίνει μέσω λιστών αναμονής. Καθώς δεν υπήρχε συναίνεση για τον τρόπο παροχής της βέλτιστης καρδιακής περίθαλψης, η ποιότητα των υπηρεσιών και οι χρόνοι αναμονής διέφεραν κατά πολύ μεταξύ νοσοκομείων με απόσταση λίγων χιλιομέτρων μεταξύ τους, ανάλογα με τη γνώματευση του “ειδικού” και την ικανότητα διαχείρισης. Οι ανεπάρκειες στην περίθαλψη θεωρούνταν ευθύνη της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Υπήρχαν συνεπώς μικρό κίνητρο ή προσδοκία από τους γενικούς γιατρούς για να βελτιώσουν αυτή την κατάσταση και δεν υπήρχε διαθέσιμος τρόπος αντίδρασης για αυτούς που αναγνώριζαν τους περιορισμούς της παροχής περίθαλψης.

Οδηγοί της αλλαγής: κατευθυντήριες οδηγίες και αξιολόγηση

Στη δεκαετία του 1970 υπήρξε αυξανόμενη δυσαρέσκεια από την πλευρά των πολιτικών και του κοινού για το γεγονός πως εμφανιζόταν να μην υπάρχουν μηχανισμοί εξασφάλισης της παροχής ενός αναγνωρισμένου επιπέδου περίθαλψης. Παρόμοια χρηματοδότηση εμφανιζόταν να είχε ως αποτέλεσμα πολύ ανόμοια επίπεδα περίθαλψης στις διάφορες περιοχές της χώρας. Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990 είχε καταστεί σαφές πως το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν μπορούσε να προσφέρει ποιότητα περίθαλ-

ψης εφάμιλλη των χωρών του πρώτου κόσμου. Ωστόσο, παρά τις ανεπάρκειες του νέου συστήματος, σε σύγκριση με 10 χρόνια πριν είναι σήμερα διαθέσιμη υψηλής ποιότητας περίθαλψη σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1980 και του 1990 μεγάλες, τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες παρείχαν πειστικές ενδείξεις για την αξία της φαρμακευτικής και άλλων θεραπειών σε μια ποικιλία παθήσεων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη σύνταξη κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση των νοσημάτων. Αυτό επιτρέπει στους γιατρούς και στους μάνατζερ της υγειονομικής περίθαλψης να αξιολογούν το κατά πόσον οι θεραπείες είναι δικαιολογημένες και αποδοτικές σε σχέση με το κόστος τους και κατά πόσον η παροχή υπηρεσιών πληροί κάποια κριτήρια. Ερωτήματα συμπεριλαμβανομένων των: Πρέπει ο ασθενής να παραπεμφθεί σε έναν ειδικό; Πρέπει ο ασθενής να θεραπευτεί σε ένα νοσοκομείο από έναν ειδικό; Ποιες παρακλινικές εξετάσεις πρέπει να γίνουν; Ποια είναι η πιο κατάλληλη και αποδοτική σε σχέση με το κόστος της θεραπεία; Απαντώνται σήμερα μέσω διαφόρων εθνικών και διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών για την κλινική πράξη. Οι κατευθυντήριες οδηγίες έχουν γίνει βασικό τμήμα όλων των τομέων της κλινικής πράξης και ο οδηγός για την αντιμετώπιση των ασθενών των γιατρών στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ.

Η κλινική εκτίμηση εισήχθη πριν από λίγα χρόνια για να επιτρέψει στους επαγγελματίες υγείας να αξιολογήσουν την απόδοσή τους βάσει συμφωνημένων κριτηρίων, να βρουν τρόπους για τη βελτίωση της απόδοσής τους και να επανελέγξουν την απόδοσή τους προκειμένου να καλύψουν το κενό. Η αξιολόγηση εί-

ναι δύσκολη, ωστόσο βοηθάει τους γιατρούς να σκέφτονται τρόπους για τη βελτίωση της άσκησης των κλινικών καθηκόντων τους και των υπηρεσιών τους και παρέχει υποκειμενικές πληροφορίες που βοηθούν στην αιτιολόγηση των αλλαγών.

Η δημοσίευση του Εθνικού Πλαισίου Υπηρεσιών (NSF) άλλαξε δραματικά τον κόσμο μας. Σε αυτό για πρώτη φορά η κυβέρνηση και οι ειδικοί γιατροί συμφωνούν βάσει μετρήσιμων κριτηρίων για την περίθαλψη που πρέπει να προσφέρεται. Αυτό δέσμευσε την κυβέρνηση να πληρώσει για ένα συγκεκριμένο επίπεδο περίθαλψης και την ιατρική κοινότητα να εξασφαλίσει την παροχή αυτού του επιπέδου περίθαλψης. Φυσικά η κυβέρνηση πρέπει να επιτύχει το παραπάνω με όσο το δυνατόν μικρότερο κόστος, οπότε υπήρξε η κατεύθυνση, βασισμένη σε μεγάλο βαθμός στο κόστος, της παροχής όσο το δυνατόν καλύτερης περίθαλψης στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα παραπάνω διευκολύνθηκαν με την κυκλοφορία συνήθως έγκυρων, βασισμένων σε ενδείξεις κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής αντιμετώπισης και με παροχή νέων υπηρεσιών όπως οι κλινικές θωρακικού πόνου και η παρεχόμενη από νοσηλεύτες κατ' οίκον περίθαλψη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Προληπτική περίθαλψη στην κοινότητα βάσει της εκτίμησης του συνολικού κινδύνου

Οι στόχοι της πρόληψης είναι η μείωση του κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή έμφραγμα του μυοκαρδίου, η ελάττωση της ανάγκης για επαναγγείωση σε όλες τις αρτηριακές διαταραχές και η βελτίωση της ποιότητας ζωής και

του προσδόκιμου επιβίωσης. Στο κεφάλαιο 2 του NSF απαιτείται από όλους τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης να εκτιμήσουν το καρδιαγγειακό προφίλ των ασθενών τους. Η παροχή συμβουλών σχετικά με τον τρόπο ζωής συνιστάται για όλους. Χορήγηση φαρμάκων για την ελάττωση των θρομβώσεων και των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης, των λιπιδίων και της γλυκόζης γίνεται εφόσον τα μη φαρμακολογικά μέτρα αποδειχτούν ανεπαρκή.

Οι γιατροί πρέπει να αξιολογούν τα αποτελέσματα της διακοπής του καπνίσματος και να επιτυγχάνουν τους στόχους για την αρτηριακή πίεση και τα λιπίδια. Η απώλεια βάρους είναι εύκολο να μετρηθεί, ενώ η διατροφή και η άσκηση δεν είναι εύκολα μετρήσιμες, είναι ωστόσο σημαντικές για την πρόληψη.

Συνολικός κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο

Συνιστάται πως σε όλους τους ενηλίκους άνω των 40 ετών που δεν λαμβάνουν ήδη θεραπεία και που δεν έχουν ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου ή διαβήτη πρέπει να γίνεται εκτίμηση του συνολικού τους κινδύνου. Επιπρόσθετα, εκτίμηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου πρέπει να γίνεται σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου ή με συμπτώματα υποδηλωτικά καρδιαγγειακής νόσου. Κατά την εκτίμηση του κινδύνου πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν η εθνικότητα, το ιστορικό καπνίσματος, το οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, το βάρος και η περιφέρεια της μέσης, η αρτηριακή πίεση, τα επίπεδα των λιπιδίων σε τυχαία μέτρηση και τα επίπεδα

της γλυκόζης σε τυχαία μέτρηση. Στο Ηνωμένο Βασίλειο ο δεκαετής καρδιαγγειακός κίνδυνος εκτιμάται με τη χρήση της ενιαίας κλίμακας κινδύνου των Βρετανικών Εταιρειών. Στην Ευρώπη χρησιμοποιείται η κλίμακα SCORE. Η τελευταία παρέχει μια κατά προσέγγιση εκτιμώμενη πιθανότητα βάσει πέντε παραγόντων κινδύνου: ηλικία, φύλο, κάπνισμα, συστολική αρτηριακή πίεση και λόγος της ολικής χοληστερόλης προς την HDL (ολική χοληστερόλη στην ηπειρωτική Ευρώπη).

Άτομα με επιβεβαιωμένη καρδιαγγειακή νόσο ή διαβήτη, άτομα με υψηλό δείκτη ενός ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου και φαινομενικά υγιή άτομα με υψηλό κίνδυνο (δεκαετής κίνδυνος >20%) για ανάπτυξη αθηρωματικής νόσου πρέπει να θεραπεύονται ισότιμα. Όλοι οι παράγοντες κινδύνου τους πρέπει να αντιμετωπίζονται. Αρχικά η χορήγηση θεραπείας αφορούσε σε ασθενείς με δεκαετή κίνδυνο >30%, ωστόσο το όριο αυτό μειώθηκε, ώστε να χορηγείται θεραπεία και σε ασθενείς με δεκαετή κίνδυνο >20%.

Η έννοια του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου είναι λογική και πρακτική. Αποτελούσε πάντα, ακόμη και υποσυνείδητα, τη βάση των αποφάσεων για την κλινική αντιμετώπιση των ασθενών. Όπως η εξέταση της συνολικής κατάστασης του ασθενούς πριν τη σύσταση συντηρητικής χειρουργικής θεραπείας βοηθάει στη στάθμιση του κινδύνου με το όφελος οποιασδήποτε παρέμβασης –ανεξάρτητα αν πρόκειται για χορήγηση ασπιρίνης ή για αντικατάσταση καρδιακής βαλβίδας– έτσι και η εκτίμηση του συνολικού κινδύνου βοηθάει τους γιατρούς και τους ασθενείς να λάβουν σταθμισμένες αποφάσεις

σχετικά με στρατηγικές πρόληψης και θεραπείες. Γίνεται εκτίμηση του συνολικού κινδύνου που βασιίζεται σε όλους τους παράγοντες κινδύνου και όχι σε έναν μεμονωμένο παράγοντα. Αυτό γίνεται διότι η καρδιαγγειακή νόσος είναι πολυπαραγοντική· η παρουσία περισσότερων του ενός παραγόντων κινδύνου δρα πολλαπλασιαστικά και όχι αθροιστικά και οι παράγοντες κινδύνου τείνουν να σχετίζονται μεταξύ τους ή είναι ομαδοποιημένοι. Ακόμη και αν ο στόχος σχετικά με ένα παράγοντα κινδύνου δεν μπορεί να επιτευχθεί, ο συνολικός κίνδυνος του ασθενούς μπορεί να ελαττωθεί με την αντιμετώπιση άλλων παραγόντων κινδύνου. Ωστόσο, η αντιμετώπιση ενός μεμονωμένου παράγοντα κινδύνου που βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα είναι αναγκαία.

Συστάσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής σε όλους

Σε όλα τα άτομα πρέπει να γίνονται συστάσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής, ανεξάρτητα από το συνολικό τους κίνδυνο. Τα άτομα χαμηλού κινδύνου πρέπει να επανεκτιμώνται σε ετήσια βάση ανάλογα με την ηλικία τους. Τα άτομα με υψηλό κίνδυνο πρέπει να λαμβάνουν συστάσεις για τον τρόπο ζωής και θεραπεία για τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου.

Λιπίδια

Οι στατίνες έχουν φέρει επανάσταση στην αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας και έχουν βελτιώσει αισθητά την πρόγνωση των ασθενών με αγγειακή νόσο και τις κλινικές εκβάσεις σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Ασθενείς με αθηρωματικό δείκτη (ολική χοληστερόλη/HDL) >6 πρέπει να θεραπεύονται με συστάσεις για τον τρόπο ζωής και τη διατροφή και χορήγηση στατίνης. Τα άτομα με οικογενή υπερλιπιδαιμία πρέπει να θεραπεύονται με στατίνη. Επίπεδα LDL <2,5 mmol/l (2 mmol/l στις ΗΠΑ και σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες) για άτομα με αγγειακή νόσο και <3 mmol/l για την πρωτογενή πρόληψη, αποτελούν απλούς και μετρήσιμους στόχους.

Υπέρταση

Η διαβάθμιση της αντιυπερτασικής θεραπείας (αποκλειστές διαύλων ασβεστίου, αΜΕΑ και διουρητικά) παρέχει μια λογική ακολουθία φαρμάκων που μπορούν να χορηγηθούν πριν την παραπομπή των ασθενών στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Απλές κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη θεραπεία (όλοι οι ασθενείς με εμμένουσα αρτηριακή πίεση >160/100 mmHg και αυτοί με >140/90 mmHg οι οποίοι έχουν και βλάβη οργάνου στόχου ή δεκαετή κίνδυνο >20%) αναγνωρίζουν τον πληθυσμό που χρειάζεται θεραπεία.

Οι θεραπευτικοί στόχοι (<140/85 mmHg για τους περισσότερους ασθενείς και <130/80 mmHg για τους διαβητικούς) έχουν συμβάλει στην απλοποίηση και προτυποποίηση της αντιμετώπισης. Τα χαμηλότερα επίπεδα στόχος σε ασθενείς υψηλού κινδύνου ενισχύουν την έννοια του συνολικού κινδύνου και απαιτείται πιο επιθετική παρέμβαση για την επίτευξη αυτών των πιο αυστηρών στόχων στους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Οργάνωση των υπηρεσιών και παροχή περίθαλψης

Για την παροχή υπηρεσιών σχετικά με την καρδιαγγειακή πρόληψη απαιτήθηκε σημαντική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Καθώς το μεγαλύτερο μέρος αυτών βασίζεται σε πρωτόκολλα, κλινικές που στελεχώνονται από νοσηλευτές έχουν δημιουργηθεί σε όλη τη χώρα. Η μηχανοργάνωση των κλινικών και η άμεση εισαγωγή των δεδομένων έχει καταστήσει δυνατή την απλοποίηση της αξιολόγησης. Οι περισσότερες κλινικές οργανώνουν τακτικά συμβούλια αξιολόγησης για να εξασφαλίζεται η πλήρωση των κριτηρίων. Οι περιορισμένοι πόροι οδηγούσαν τον κλινικούς και τους μάνατζερ της υγειονομικής περίθαλψης να αμφισβητήσουν τα προτερήματα και την αναγκαιότητα των παραδοσιακών πρακτικών που μερικές φορές καθιστούν δύσκολη τη ζωή των ασθενών, των γιατρών και των νοσηλευτών.

Σήμερα υπάρχουν κλινικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης στους σιδηροδρομικούς σταθμούς του Ηνωμένου Βασιλείου για να προσφέρουν εύκολη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που εργάζονται και δυσκολεύονται να εξοικονομήσουν χρόνο για να επισκεφτούν το γενικό γιατρό τους κατά τη διάρκεια των εργάσιμων ωρών. Τα προβλήματα που προκύπτουν με αυτές τις κλινικές αφορούν στη συνέχεια της περίθαλψης και τη διαθεσιμότητα των ιατρικών αρχείων των ασθενών, τα οποία ωστόσο δεν είναι ανυπέρβλητα.

Η παρουσία κλινικών μέσα σε καταστήματα γίνεται όλο και συχνότερη στις ΗΠΑ. Είναι λιγότερο ακριβές με χαμηλό λειτουργικό κόστος, διότι το κόστος

για το προσωπικό και τις εγκαταστάσεις είναι χαμηλό και στην κάλυψή του συμμετέχει και το κατάστημα. Τα ραντεβού είναι σχεδόν άμεσα και προσφέρεται η δυνατότητα επίσκεψης χωρίς ραντεβού που είναι πιο βολικό για τους ασθενείς. Ωστόσο οι γιατροί εκφράζουν ανησυχίες για την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης. Αυτός ο τύπος κλινικής στελεχώνεται από εκπαιδευμένους νοσηλευτές και παρέχει συγκεκριμένες μόνο υπηρεσίες (για παράδειγμα, εμβολιασμούς, θεραπεία λοιμώξεων, διαλογή για τα επίπεδα των λιπιδίων, τεστ εγκυμοσύνης, αφαίρεση μυρμηγκιών, θεραπεία λοιμώξεων της ουροδόχου κύστης, του αναπνευστικού συστήματος, του ωτός και του φάρυγγα, θεραπεία ελασσόνων ηλιακών εγκαυμάτων) για τις οποίες θεωρούν πως δεν χρειάζεται η αξιολόγηση του ασθενούς από ένα γιατρό. Το προϊόν που προσφέρεται είναι διαγνώσεις και κατ' αυτό τον τρόπο το βάρος της ευθύνης για την υγεία των ασθενών περνάει στους ίδιους. Οι ασθενείς με σοβαρές παθήσεις παραπέμπονται αμέσως στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, ωστόσο αυτό προϋποθέτει πως έχει γίνει σωστή διάγνωση. Η βασισμένη σε πρωτόκολλα διαλογή των ασθενών από νοσηλευτές εφαρμόζεται ήδη σε τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών, οπότε αυτό το δυνητικό πρόβλημα είναι αντιμετώπισιμο.

Η τηλεφωνική γραμμή του Εθνικού Συστήματος Υγείας και οι στελεχωμένες με νοσηλευτές κλινικές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου προσφέρουν παρόμοιες υπηρεσίες. Ένα μοντέλο παρόμοιο των κλινικών μέσα σε καταστήματα θα μπορούσε να είναι λειτουργικό στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Γενικοί γιατροί με εξειδίκευση στην καρδιολογία

Το υπουργείο Υγείας υποστηρίζει τη χρήση γενικών γιατρών με εξειδίκευση στην καρδιολογία για τη βελτίωση της πρόσβασης σε καρδιολογικές υπηρεσίες στην κοινότητα. Υπό ανάπτυξη βρίσκεται ένα εθνικό πρόγραμμα εκπαίδευσης και πιστοποίησης. Το πρόγραμμα υποστηρίζεται από τη Βρετανική Καρδιαγγειακή Εταιρεία, το Βασιλικό Κολλέγιο των Γενικών Ιατρών, το Βασιλικό Κολλέγιο των Γιατρών, το Βασιλικό Κολλέγιο των Νοσηλευτών, την Εταιρεία Πρωτοβάθμιας Καρδιαγγειακής Περίθαλψης και τη Βρετανική Εταιρεία Υπερηχοκαρδιογραφίας. Δεν είναι ακόμη γνωστό κατά πόσο αυτή η υπηρεσία θα βρει απήχηση στους γενικούς γιατρούς ή ποια θα είναι η σχέση κόστους-αποδοτικότητας και τα κλινικά αποτελέσματα.

Γνωμάτευση ειδικού για δυσλιπιδαιμία, διαβήτη και υπέρταση

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη συνιστάται σήμερα μόνο σε όσους έχουν σύνθετες λιπιδαιμικές διαταραχές (οικογενής υπερλιπιδαιμία, κάποιες δυσλιπιδαιμίες που σχετίζονται με ενδοκρινικές διαταραχές) και για τις πιο σύνθετες περιπτώσεις υπέρτασης (μη ικανοποιητική ρύθμιση παρά τη χορήγηση τριών ή περισσότερων φαρμάκων, δευτεροπαθής υπέρταση - για παράδειγμα υπέρταση της κύησης, και νεαροί ασθενείς, κάτω των 25 ετών).

Το NSF για το διαβήτη έχει επίσης καθορίσει τον τρόπο ώστε οι περισσότεροι διαβητικοί να αντιμετωπίζονται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με την εφαρμογή απλών στρατηγικών

για την τακτική εκτίμηση των επιπλοκών και απλών θεραπευτικών στόχων (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη <6,5%). Η παραπομπή σε ειδικό είναι σήμερα απαραίτητη μόνο για τη μειοψηφία των ασθενών με διαβήτη τύπου 2.

Ο διαβήτης είναι πολύ ισχυρός παράγων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Οι θεραπευτικοί ουδοί για την πρόληψη στους διαβητικούς είναι χαμηλότεροι.

Χρόνια περίθαλψη στην κοινότητα

Η αναγνώριση πως η δευτεροβάθμια περίθαλψη προσφέρει ανεπαρκή, μη ικανοποιητική και αναποτελεσματική περίθαλψη για τα χρόνια νοσήματα, έχει ως αποτέλεσμα ένα συνεχώς αυξανόμενο ρόλο για τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον τομέα αυτό. Παθήσεις όπως η στεφανιαία νόσος και η καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζουν οξεία επεισόδια που απαιτούν εισαγωγή στο νοσοκομείο ή αυξημένη φροντίδα. Ωστόσο για τους περισσότερους ασθενείς που ζουν με αυτές τις παθήσεις οι επισκέψεις στο νοσοκομείο δεν είναι βολικές. Μόνο οι ασθενείς που χρειάζονται αξιολόγηση από ειδικό, πολύπλοκες εξετάσεις ή ριζική αλλαγή στη θεραπεία τους πρέπει να παραπέμπονται στο νοσοκομείο.

Η καρδιαγγειακή πρόληψη είναι βασικό τμήμα της αντιμετώπισης των καρδιακών παθήσεων.

Στηθάγχη και οξεία στεφανιαία σύνδρομα

Η ακριβής διάγνωση αυτών των παθήσεων παραμένει ουσιαστικά ευθύνη της

δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Η αξιολόγηση των ασθενών σε μια ταχείας πρόσβασης κλινική θωρακικού πόνου αποκλείει τη στηθάγχη στην πλειοψηφία των ασθενών με μια επίσκεψη στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς με πιθανή στηθάγχη μπορούν να διαστρωματωθούν σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου βάσει του κλινικού τους προφίλ και των αποτελεσμάτων τη δοκιμασίας κοπώσεως, ώστε να σχεδιαστούν πιθανές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αφού τεθεί η οριστική διάγνωση και λάβει χώρα οποιαδήποτε αναγκαία παρέμβαση, η αντιμετώπιση της νόσου περνάει σε μια πιο χρόνια φάση, όπου η βελτιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου και η χορήγηση απλών θεραπειών (ασπιρίνη, β-ανταγωνιστές, νιτρώδη, αποκλειστές διαύλων ασβεστίου και/ή νικορανδίλη) είναι αρκετά. Σε αυτή τη φάση υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης απαιτούνται μόνο για οξεία επεισόδια (ασταθής στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου) και για σχετικά μικρή ομάδα ασθενών στους οποίους οι συμβατικές θεραπείες αποτυγχάνουν να εξασφαλίσουν μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής λόγω μη επαρκούς ελέγχου της στηθάγχης.

Καρδιακή ανεπάρκεια

Η διαθεσιμότητα μιας εξέτασης αίματος για την καρδιακή ανεπάρκεια (τύπου-B νατριουρητικό πεπτιδίο [BNP] ή αμινοτελικό άκρο της προορμόνης του BNP [NT-proBNP]), η οποία μπορεί να γίνει και στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, έφερε επανάσταση στην αξιολόγηση των ασθενών με δύσπνοια. Ωστόσο, οι κλινικές καρδιακής ανεπάρκειας παραμένουν ένα βασικό κομμάτι των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Το υπερηχο-

καρδιογράφημα είναι σήμερα κυρίως διαθέσιμο στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, αλλά θα πρέπει να είναι ευρέως διαθέσιμο και στην πρωτοβάθμια. Η επιβεβαίωση του αν ένας ασθενής έχει καρδιακή ανεπάρκεια και η αναγνώριση του αιτίου –κακή αντλητική λειτουργία (συστολική ανεπάρκεια), διαταραχή της χάλασης (διαστολική ανεπάρκεια) ή άλλο υποκείμενο καρδιακό πρόβλημα π.χ. βαλβιδοπάθεια– έχει επιπτώσεις για την άμεση και τη μακροχρόνια αντιμετώπιση. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν με παραπομπή των ασθενών στη δευτεροβάθμια περίθαλψη ή με επέκταση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Ο επεκτεινόμενος ρόλος των εμφυτευσιμων καρδιομετατροπέων/απινιδωτών για την πρόληψη του αιφνιδίου θανάτου και της αμφικολιακής βηματοδότησης σε προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια (θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού), όπως επίσης η αναγνώριση των οικογενών μορφών της διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας και του ρόλου της επαναγγείωσης σε μερικούς ασθενείς με ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια, σημαίνει πως η ακριβής διάγνωση είναι σημαντική για την πλειοψηφία των ασθενών αφότου τεθεί η αρχική διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας. Ωστόσο, όπως και στην περίπτωση της στηθάγχης, για την πλειοψηφία των ασθενών από τη στιγμή που η δευτεροβάθμια περίθαλψη τελειώσει με τα “παιχνίδια” της, η καλύτερη περίθαλψη παρέχεται στα πλαίσια της κοινότητας. Η διασφάλιση πως οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια λαμβάνουν αΜΕΑ και β-αναστολείς είναι ένας σημαντικός στόχος για τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Ο νοσηλευτής πρωτοβάθμιας περι-

θαλψης ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια έχει κομβικό ρόλο για τη διασφάλιση πως η σπιρονολακτόνη χρησιμοποιείται με ασφάλεια από τους ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια, για τη διεξαγωγή εξετάσεων αίματος και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων τους για τυχόν αιματολογικές ή βιοχημικές διαταραχές, για τη διασφάλιση πως οι ασθενείς ακολουθούν διατροφή με χαμηλή περιεκτικότητα σε νάτριο και για να συμβουλευουν τους ασθενείς να ζυγίζονται καθημερινά, να ασκούνται τακτικά και να τροποποιούν τη δόση των διουρητικών τους ανάλογα με τη μεταβολή του βάρους (και να επιβλέπουν πως όντως το κάνουν).

Κολπική μαρμαρυγή

Οι περισσότερες αρρυθμίες συνιστούν αντικείμενο αρμοδιότητα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, όχι όμως και η κολπική μαρμαρυγή. Ο κολπικός περυσισμός και η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία μπορούν να ιαθούν με κατάλυση, οι βραδυαρρυθμίες θεραπεύονται με βηματοδότηση και οι εμφυτεύσιμοι καρδιομετατροπείς/απινιδωτές χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των σοβαρών κοιλιακών αρρυθμιών. Πριν από χρόνια η καρδιομετατροπή είχε ευρεία εφαρμογή για την αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής, ωστόσο έχει αναγνωριστεί πως τέτοιες προσπάθειες είναι μάταιες, καθώς ο έλεγχος της συχνότητας και η αντιπηκτική αγωγή παρέχουν την ίδια ποιότητα ζωής και πρόγνωση στην πλειοψηφία των ασθενών.

Οι ασθενείς πρέπει να διερευνώνται και να θεραπεύονται για υποκείμενα αίτια, ιδιαίτερα την υπέρταση.

Σε ασθενείς που απαιτείται μια πιο επιθετική προσέγγιση η κατάλυση με

ραδιοκύματα μπορεί να αποτελεί αποδεκτή επιλογή. Ωστόσο, η κατάλυση για τη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής είναι επίπονη και ενίοτε αποτυχημένη, καθώς απαιτείται είσοδος στον αριστερό κόλπο και σχετίζεται με μέτριο κίνδυνο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Συνεπώς η κατάλυση για τη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής αποτελεί μια επέμβαση για ασθενείς των οποίων τα συμπτώματα δεν ελέγχονται ικανοποιητικά με χορήγηση διγοξίνης, βεραπαμίλης, β-ανταγωνιστών και αμιωδαρόνης (μεμονωμένα ή σε συνδυασμό).

Ο ρόλος της αντιπηκτικής θεραπείας στην κολπική μαρμαρυγή, πιθανώς απαιτεί κάποια συμμετοχή της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Ενώ πολλοί γενικοί γιατροί μπορούν να παρακολουθούν τα θεραπευτικά επίπεδα της βαρφαρίνης, η απόφαση για την έναρξη μακροχρόνιας θεραπείας με βαρφαρίνη για τη μείωση του κινδύνου θρομβοεμβολικών επιπλοκών πρέπει να εξατομικεύεται, αλλά στους ασθενείς πρέπει να γίνεται εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου. Βασικά οι ασθενείς χαμηλού κινδύνου (ετήσιος κίνδυνος για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο <1%: ηλικία κάτω των 65 ετών, με φυσιολογικό μέγεθος και λειτουργία της καρδιάς στο υπερηχοκαρδιογράφημα, που δεν έχουν θυρεοειδική δυσλειτουργία και που έχουν φυσιολογική αρτηριακή πίεση και δεν έχουν ιστορικό εμβολικών επεισοδίων) δεν πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτική θεραπεία. Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου (ετήσιος κίνδυνος >5%: ασθενείς με εμβολικά επεισόδια, ειδικά μέσα στους τελευταίους 12 μήνες, ασθενείς με δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας, ασθενείς με σημαντικές βαλβιδοπάθειες ειδικά στένωση της μιτροειδούς) πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτική θεραπεία, εκτός κι αν υπάρ-

χει σημαντικός κίνδυνος αιμορραγίας ή πρόβλημα με την τακτική παρακολούθησή. Όμως η πλειοψηφία των ασθενών βρίσκεται στην ενδιάμεση ομάδα, όπου οι κανόνες γίνονται ασαφείς όπως: ηλικία άνω των 70 ετών, φυσιολογική αριστερή κοιλία και απουσία σημαντική βαλβιδικής βλάβης. Ωστόσο, μετά τη λήψη της απόφασης, η δευτεροβάθμια περίθαλψη λίγα έχει να προσφέρει στη αντιμετώπιση αυτών των ασθενών και οι ασθενείς μπορούν να παρακολουθούνται κατάλληλα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και να παραπέμπονται για μια επίσκεψη σε έναν ειδικό όταν χρειάζεται.

Φυσήματα και βαλβιδοπάθειες

Οι επιμελητές στα νοσοκομεία έχουν μακρά ιστορία συγκέντρωσης ασθενών με βαλβιδοπάθεια για τους σκοπούς της εκπαίδευσης των φοιτητών ιατρικής. Αυτό αιτιολογούνταν στη βάση πως αυτές οι παθήσεις μπορούν να εξελίσσονται χωρίς να παράγουν συμπτώματα, μέχρι ενός σημείου πέραν του οποίου η χειρουργική επέμβαση είναι ασφαλής. Αυτό ισχύει απόλυτα για τις βαλβιδικές ανεπάρκειες και υπάρχουν αυξανόμενα δεδομένα που υποστηρίζουν την πεποίθηση πως η στένωση της αορτής μπορεί επίσης να προκαλέσει συμπτώματα, στα οποία ο ασθενής δε δίνει σημασία, αλλά αποσαφηνίζονται κατά τη διάρκεια μιας δοκιμασίας κοπώσεως. Συνεπώς, παρουσία σημαντικής βαλβιδοπάθειας, η συμμετοχή της δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι δικαιολογημένη, εκτός και αν στην ομάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης υπάρχει ένας γενικός γιατρός με εξειδίκευση στην αντιμετώπιση ασθενών με βαλβιδοπάθειες και έχει τα προσόντα να αντιμετωπίσει αυτούς τους ασθενείς.

Σε γενικές γραμμές οι ασθενείς με καρδιακά φυσήματα παραπέμπονται με αυξανόμενο ρυθμό στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Η ευρεία πρόσβαση στην υπερηχοκαρδιογραφία για να καταδειχθεί είτε πως δεν υπάρχει βαλβιδική βλάβη, είτε πως ο βαθμός της βλάβης είναι μικρός θα καθυστερήσει τον ασθενή και τον παραπέμποντα γενικό ιατρό πως ο ασθενής δε χρειάζεται ούτε να παραπεμφθεί ούτε να παρακολουθείται στο νοσοκομείο. Ωστόσο, μερικοί ασθενείς πρέπει να επισημαίνονται και να παρακολουθούνται με ιδιαίτερη προσοχή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και να παραπέμπονται για συνεχή υπερηχοκαρδιογραφήματα ανάλογα με τα συμπτώματά τους. Οι ασθενείς με στένωση της αορτής μπορεί να χρειάζονται μακροχρόνια τακτική παρακολούθηση ανάλογα με το εμβαδόν του στομίου και την κλίση πίεσης της βαλβίδας. Παρομοίως, οι ασθενείς με σημαντική στένωση και/ή ανεπάρκεια της μιτροειδούς και ανεπάρκεια της αορτής πρέπει να παρακολουθούνται τόσο από το γενικό γιατρό, όσο και από ένα καρδιολόγο.

Η θεραπεία των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου είναι σημαντικό μέρος της αντιμετώπισης στη στένωση της αορτικής βαλβίδας.

Η ευρεία πρόσβαση στην υπερηχοκαρδιογραφία είναι εφικτή για τους περισσότερους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μέχρι τώρα καθώς οι αναφορές είναι επαρκώς λεπτομερείς και περιλαμβάνουν συμβουλές για τη αντιμετώπιση και κατευθυντήριες οδηγίες για την παραπομπή, δεν υπάρχει ανάγκη εμπλοκής της δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με βαλβιδο-

πάθεια. Μια επαρκής αναφορά πρέπει να αναγράφει οποιαδήποτε βαλβιδική ανωμαλία έχει ανιχνευθεί – ανεξάρτητα από το αν βρίσκεται εντός του φάσματος του φυσιολογικού (για παράδειγμα 70% των ατόμων έχουν ήπια ανεπάρκεια της τριγλώχινας) ή του παθολογικού, αν αυτή η βλάβη απαιτεί προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών κατά τη διάρκεια μελλοντικών δυνητικά σηπτικών επεμβάσεων και τι είδους μακροχρόνια παρακολούθηση χρειάζεται (π.χ. επανάληψη του υπερηχοκαρδιογραφήματος σε πέντε χρόνια σε έναν ασθενή με αορτική σκλήρυνση), εφόσον χρειάζεται.

Σπάνιες παθήσεις και τριτοβάθμια περίθαλψη

Σπάνιες παθήσεις όπως η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, το σύνδρομο Marfan, οι περισσότερες συγγενείς καρδιοπάθειες, ο οικογενής κίνδυνος αιφνιδίου καρδιακού θανάτου και η πνευμονική υπέρταση πρέπει να αποτελούν πάντα αντικείμενο της τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Ο θαυμαστός καινούργιος κόσμος

Η διευκρίνιση των ρόλων της πρωτοβάθμιας, της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας περίθαλψης στην αντιμετώπιση της καρδιαγγειακής νόσου πρέπει να οδηγήσει σε πολύ καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών. Η περίθαλψη που αφορά όλο τον πληθυσμό (εκτίμηση και αντιμετώπιση του κινδύνου) μπορεί να παρέχεται μόνο στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η καλύτερη αντιμετώπιση χρονίων νοσημάτων (όσον αφορά σε συχνά νοσήματα – π.χ. το 10% του πληθυσμού των ηλικιωμένων έχουν κολπική μαρμαρυγή, στεφανιαία νόσο και καρ-

διακή ανεπάρκεια) παρέχεται καλύτερα κοντά στο σπίτι του ασθενούς. Με τη σειρά της η δευτεροβάθμια περίθαλψη πρέπει να επικεντρώνεται στην επαρκή παροχή αυτών των τομέων της περίθαλψης που απαιτούν υψηλό βαθμό ειδίκευσης (υπερηχοκαρδιογράφημα, αγγειοπλαστική, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις και ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες) ή στη θεραπεία παθήσεων που απαιτούν αντιμετώπιση που δεν είναι εύκολο να γίνει στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Μια προφανής συνέπεια της μεταβολής του τρόπου άσκησης της ιατρικής από μια κορφή τέχνης (με απροσδιόριστα οφέλη) σε ένα επιχειρηματικό μοντέλο (παροχή “χ” ποσότητας περίθαλψης σε “γ” άτομα σε “ω” χρονικό διάστημα) είναι πως μπορούμε τώρα να σχεδιάσουμε την παροχή περίθαλψης και να διερευνήσουμε και να βελτιώσουμε τα πρότυπα της περίθαλψης. Αυτό έχει ήδη οδηγήσει σε μια ουσιαστική επέκταση των στελεχωμένων από νοσηλευτές κλινικών τόσο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, όσο και στα νοσοκομεία και έχει αλλάξει τη φύση της σχέσης γιατρού-ασθενούς για πάντα.

Καθώς κάποιος εργάζεται στον τομέα παροχής περίθαλψης γίνεται εμφανές πως παρότι το μοντέλο ξεκινά με σαφή διαχωρισμό των αρμοδιοτήτων, ο ρόλος της επαγγελματικής κρίσης δεν έχει εξαφανιστεί, απλώς έχει μετατοπιστεί σε πιο καθορισμένα πλαίσια. Ο ασθενής σήμερα έχει προσδοκίες σε όρους χρόνων αναμονής, ευγενικής μεταχείρισης και προτύπων περίθαλψης, ωστόσο εξακολουθεί να βασιζέται στη δικιά μας κρίση και ανθρωπιά.

Βιβλιογραφία

Bohmer R. The Rise of In-Store Clinics - Threat or Opportunity? N Engl J Med. 2007; 356: 765-8.

