

Κατ' οίκον νοσηλεία σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΑΓΡΗΣ

Είδ. Πνευμονολόγος, Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Η κατ' οίκον νοσηλεία (ΚΟΝ) αποτελεί μια υπηρεσία που παρέχει ενεργή θεραπεία από επαγγελματίες υγείας στο σπίτι του ασθενούς, σε συνθήκες που σε άλλες περιπτώσεις θα απαιτούσαν εισαγωγή σε νοσοκομείο. Από το 2003, η βάση δεδομένων Cochrane κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ΚΟΝ είναι ασφαλής και αποτελεσματική για ορισμένους ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), αναφέροντας ότι σε έναν από τους τέσσερις ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων, είναι εφικτή η νοσηλεία στην οικία του. Το 2004, το NICE (National Institute for Clinical Excellence) έθεσε την ΚΟΝ ως ασφαλή και αποτελεσματική αντιμετώπιση ασθενών με παρόξυνση ΧΑΠ οι οποίοι σε άλλη περίπτωση θα έπρεπε να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο (Grade A recommendation).

Ιστορία και εξέλιξη της ΚΟΝ

Από το 1885 υπάρχουν αναφορές για το συγκεκριμένο μοντέλο νοσηλείας του οποίου η εξέλιξη συμβαδίζει με την ανάπτυξη του συστήματος υγείας σε κάθε χώρα.

Οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια νόσημα παρέμεναν στο σπίτι τους, το νοσηλευτικό προσωπικό προτιμούσε να εργάζεται στο σπίτι των ασθενών παρά στο νοσοκομείο και παρέμενε στο σπίτι του ασθενούς 24 ώρες/24ωρο.

Από το 1910, άλλαξε σταδιακά η νοσηλεία από αποκλειστική κατ' οίκον σε συχνές επισκέψεις με γνώμονα τη φροντίδα του ασθενούς και την εκπαίδευση των συγγενών.

Στα πλαίσια της αναμόρφωσης της ΚΟΝ, περίπου από το 1965, αναγνωρίστηκε ως εναλλακτική λύση αντί της νοσηλείας σε νοσοκομείο. Επίσης, θεωρήθηκε μέτρο περιορισμού του κόστους νοσηλείας μετά από τη διάγνωση καθώς και μέσο μείωσης των ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο.

Στόχοι της ΚΟΝ

Σημαντικότερος στόχος είναι η αύξηση της επιβίωσης. Παράλληλα, σκοπός

της είναι η μείωση της νοσηρότητας και των εισαγωγών στο νοσοκομείο.

Μέσω της ΚΟΝ γίνεται σημαντική προσπάθεια για τη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας της ζωής καθώς και για την υποστήριξη της αυτοσυντήρησης και της ανεξαρτησίας του ασθενούς.

Μεγάλη είναι η συμβολή της στην επιμόρφωση του ασθενούς στις ενδε-

αποκατάστασης.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του NICE καταδεικνύουν την αναγκαιότητα εφαρμογής των στόχων της ΚΟΝ, αφού αρκετές τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες αναφέρουν ότι δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά στον FEV1, στις ημέρες επανεισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο και στη θνητότητα σε σύγκριση με τη νοσηλεία σε νοσοκομείο. Υπάρχουν δε μελέτες οι οποίες επισημαίνουν την υπεροχή της ΚΟΝ όσον αφορά στον αριθμό νοσηλείων και ημερών αυτών.

Αξιοσημείωτο αποτέλεσμα από την εφαρμογή της ΚΟΝ είναι η μείωση του κόστους που θα ήταν αναγκαίο για τη νοσηλεία των συγκεκριμένων ασθενών.

Ενδεικτικά, στο Βέλγιο όπου ο αριθμός ασθενών με ΧΑΠ φτάνει περίπου τους 104.000, αν υπολογιστεί ότι ο καθένας τους θα υποστεί περίπου 2 παροξύνσεις το χρόνο και θα χρειαστεί μέσο όρο νοσηλείας 10,5 μέρες, κόστους περίπου 5400€, το συνολικό κόστος ανέρχεται στα 842.400.000€ το χρόνο.

Αντίστοιχο φαίνεται να είναι και το κόστος (για το διάστημα 1996/97) και στη Μεγάλη Βρετανία με νούμερα που έφτασαν το ποσό των 817.000.000£.



δειγμένες ιατρικές οδηγίες και κυρίως στην ενθάρρυνση της θετικής σκέψης του ασθενούς.

Αξίζει βέβαια να αναφέρουμε ότι αποτελεί μέσο συνεργασίας διαφόρων ειδικοτήτων και προετοιμάζει τον ασθενή να ενταχθεί σε πρόγραμμα πνευμονικής



⇒ Με δεδομένη την εφαρμογή της ΚΟΝ και ελαχιστοποίηση κατά 38% των ημερών νοσηλείας επιτυγχάνεται μείωση του κόστους κατά 319.000.000€/χρόνο.

Εφαρμογή της ΚΟΝ σε ασθενείς με ΧΑΠ

Σημαντικός είναι ο καθορισμός των κριτηρίων σύμφωνα με τα οποία ο ασθενής θα είναι σε θέση ή όχι να ενταχθεί σε πρόγραμμα ΚΟΝ.

Σε θέση να ενταχθούν σε ΚΟΝ είναι οι ασθενείς με:

- Χρόνια δύσπνοια, ανθεκτική στη θεραπεία.
- Ικανότητα απόχρεμψης και διατήρησης ανοικτών αεραγωγών.
- Κορεσμός οξυαιμοσφαιρίνης >88-90%.
- Σταθερή κατάσταση λοιπών οργάνων.
- Επαρκής διατροφή.
- Τουλάχιστον μια επίσκεψη στα ΤΕΠ ή μια νοσηλεία σε νοσοκομείο κατά τον τελευταίο χρόνο.
- Ασθενής (ή συγγενής) με αγχώδεις εκδηλώσεις.
- Ασθενείς που ζουν μόνοι ή χωρίς κοινωνική ασφάλιση.

Προσωρινά αδύνατον να ενταχθούν είναι οι ασθενείς με:

- Σοβαρή παρόξυνση της νόσου.
- Νέα ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος.
- Αναπνευστική οξέωση, $pH < 7.35$.
- Διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης.
- Άρνηση ασθενούς.
- Απομακρυσμένη περιοχή κατοικίας.

Η ομάδα που θα παρέχει ΚΟΝ θα πρέπει να απαρτίζεται από ειδικό πνευμονολόγο, νοσηλεύτη εξειδικευμένο σε αναπνευστικές παθήσεις και φυσικοθεραπευτή.

Δεδομένη πρέπει να θεωρείται η ικανότητα της ομάδας στη σωστή λήψη ιστορικού, η εξοικείωσή της με τη φαρμακευτική αγωγή, η γνώση των πρόσφατων διεθνών οδηγιών για τη διαχείριση της ΧΑΠ και τέλος η δυνατότητα επικοινωνίας και συνεργασίας των μελών της ομάδας.

Συνιστάται η πρώτη επίσκεψη να γίνεται την ίδια μέρα ένταξης του ασθενούς στο πρόγραμμα. Κατά τη διάρκεια της πρώτης αυτής επίσκεψης πρέπει να καταγραφεί ο βαθμός της δύσπνοιας καθώς και η ύπαρξη ή όχι βήχα και απόχρεμψης, ιδίως όσον αφορά στην ποσότητα και στο χρώμα. Ταυτόχρονα, εκτιμάται

η αιμοδυναμική κατάσταση (σφύξεις, αρτηριακή πίεση, αριθμός αναπνοών/λεπτό) καθώς και ο κορεσμός οξυαιμο-



σφαιρίνης με παλμικό οξύμετρο.

Η διάρκεια της ΚΟΝ συνιστάται να μην ξεπερνά τις 14 ημέρες, με λιγότερες από 10 επισκέψεις κατά τη διάρκεια των ημερών αυτών.

Όσον αφορά στην υποστήριξη των ασθενών τις υπόλοιπες ώρες τις ημέρας σε μεγάλα αστικά κέντρα, συνιστάται η ύπαρξη εξειδικευμένων σε αναπνευστικές παθήσεις νοσοκομείων όπου θα παρέχονται υπηρεσίες όλο το 24ωρο. Σε μικρότερες πόλεις με αντίστοιχα λιγότερα εξειδικευμένα νοσηλευτικά ιδρύματα, οι υπηρεσίες από Δευτέρα έως Παρασκευή, συγκεκριμένες ώρες την ημέρα, θεωρούνται όχι απόλυτα επαρκείς, αλλά με σχετικά ανεκτό οικονομικό κόστος.

Γιατί ΚΟΝ στη ΧΑΠ;

Η αξία της ΚΟΝ είναι αναμφισβήτητη σε όλες σχεδόν τις χρόνιες παθήσεις και εξαίρεση δεν θα μπορούσε να αποτελεί η ΧΑΠ, καθώς είναι γνωστό πως αποτελεί παγκοσμίως μείζον αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας. Οι τελευταίες στατιστικές αναλύσεις την καθιστούν τέταρτο αίτιο θανάτου στις ΗΠΑ και στην Ε.Ε.

Χαρακτηριστικός είναι ο υπερδιπλασιασμός της θνητότητας που οφείλεται στη ΧΑΠ στο γυναικείο πληθυσμό κατά τα τελευταία χρόνια. Η εξήγηση βέβαια είναι αυτονόητη εφ' όσον είναι ταυτόχρονος και ο υπερδιπλασιασμός των

γυναικών που καπνίζουν.

Μέσω της εφαρμογής προγράμματος ΚΟΝ, εκτός από την παρακολούθηση ασθενών με γνωστή ΧΑΠ, μπορεί επίσης να διαγνωστεί η νόσος σε ασθενείς ηλικιωμένους των οποίων η μετακίνηση είναι δύσκολη. Πιο συγκεκριμένα, σε κάποιον ασθενή με συμπτωματολογία παραγωγικού βήχα, δύσπνοιας και ιστορικό έκθεσης σε προδιαθεσικούς παράγοντες, με μια σπιρομέτρηση, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί με φορητό σπιρόμετρο, μπορεί να τεθεί η διάγνωση χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

Ο ορισμός της ΧΑΠ είναι αυτός που καταδεικνύει την αναγκαιότητα εφαρμογής ΚΟΝ. Σύμφωνα με τον κατά GOLD ορισμό της, χαρακτηρίζεται από μη πλήρως αναστρέψιμη και συνήθως επιδεινούμενη απόφραξη των αεραγωγών, η οποία συνοδεύεται από χρόνια φλεγμονή του επιθήλιου και ακραία ευαισθησία σε τοξικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Προσθέτοντας στα παραπάνω και το γεγονός ότι η ΧΑΠ αποτελεί μια συστηματική νόσο η οποία επηρεάζει το καρδιαγγειακό, το μυοσκελετικό σύστημα, τους νεφρούς, τη διατροφή αλλά και τον ψυχισμό του ασθενούς, η αξία της ΚΟΝ φαίνεται να είναι μεγάλη και μπορεί να γίνει αντικείμενο μελετών οι οποίες θα την αναπτύξουν.

Διαχείριση της σταθερής ΧΑΠ σε ΚΟΝ

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είναι νόσος η οποία υπακούει σε υπάρχουσες αγωγές που απαιτούν όμως εκπαίδευση και έλεγχο.

Είναι δεδομένο ότι οι ασθενείς, κατά τη διάρκεια της ΚΟΝ αλλά και μετέπειτα, θα λαμβάνουν την ενδεδειγμένη αγωγή η οποία περιλαμβάνει βρογχοδιασταλτικά (σε εισπνεόμενη μορφή ή με τη βοήθεια νεφελοποιητή), οξυγονοθεραπεία, από του στόματος λήψη κορτικοστεροειδών και αντιβιοτικών και μερικοί από αυτούς συμμετοχή σε συνεδρίες αναπνευστικής φυσικοθεραπείας.

Τα βρογχοδιασταλτικά αποτελούν θεραπεία εκλογής για τη διατήρηση της σταθερής ΧΑΠ (Evidence A συμφωνά με την GOLD). Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι β2-αγωνιστές (μακράς ή/και βραχείας διάρκειας δράσης), τα αντιχολινεργικά (μακράς ή/και βραχείας διάρκειας δράσης) και οι ξανθίνες. Σύμφωνα με την GOLD, η επιλογή αγωγής καθώς ⇒

⇒ και ο τρόπος λήψης της εξαρτάται από τις δυνατότητες και την ανταπόκριση του ασθενούς. Ιδιαίτερα αποτελεσματικός πάντως θεωρείται ο συνδυασμός βραχείας δράσης β2-αγωνιστών με αντιχολινεργικό (Evidence A).

Η λήψη εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών σε ασθενείς σταδίου III και IV θεωρείται ενδεδειγμένη, καθώς μειώνει τη συχνότητα των παροξυσμών και βελτιώνει την κατάσταση του ασθενούς. Η μακροχρόνια από του στόματος λήψη κορτικοστεροειδών δε συνιστάται (Evidence A), εκτός από την περίπτωση παρόξυνσης της νόσου όπου ενδείκνυται η λήψη πρεδνιζολόνης σε δοσολογία 30-40mg για 7-10 ημέρες.

Η μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια αποτελεί απαραίτητο στοιχείο της ΚΟΝ, καθώς βελτιώνει την επιβίωση, αυξάνει την ικανότητα για άσκηση, εξασφαλίζει αιμοδυναμική σταθερότητα και ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης.

Ένδειξη οξυγονοθεραπείας έχουν οι ασθενείς με ΧΑΠ σταδίου IV και PaO₂ <55mmHg (ή SatO₂ 88%), καθώς επί-

σης κι αυτοί με PaO₂ 55-60mmHg και συνοδό πνευμονική υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια και περιφερικά οιδήματα. Ο στόχος της μακροχρόνιας οξυγονοθεραπείας είναι η διατήρηση του κορεσμού οξυαιμοσφαιρίνης (SatO₂) σε επίπεδα >90% κατά την ανάπαυση, τον ύπνο και την ήπια άσκηση.

Η λήψη αντιβιοτικών δε φαίνεται να βοηθά, εκτός αν ο ασθενής παρουσιάζει συμπτωματολογία παρόξυνσης λόγω βακτηριακής λοίμωξης αναπνευστικού, δηλαδή αυξανόμενη απόχρεμψη με πυώδη πτύελα και επιδείνωση της δύσπνοιας.

Σημαντικό είναι να τονισθεί η αξία της ΚΟΝ στη ΧΑΠ σε ό, τι αφορά στην προετοιμασία του ασθενούς προκειμένου να συμμετέχει σε θεραπευτικές συνεδρίες (ταυτόχρονα με τη φαρμακευτική αγωγή), όπως αναπνευστική φυσικοθεραπεία, ομάδες υποστήριξης διακοπής καπνίσματος και προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης.

Συμπεράσματα

Η κατ' οίκον νοσηλεία και οι μέθο-

δοι που την απαρτίζουν περιλαμβάνουν πρόγραμμα εκπαίδευσης του ασθενούς με πληροφορίες για την ίδια τη νόσο, την αναγνώριση των συμπτωμάτων (σταθερών ή αυτών μιας αρχόμενης παρόξυνσης), την ικανότητα άσκησης και την προσφορά ψυχολογικής υποστήριξης, δεδομένης της δυνατότητας παρακολούθησης του ασθενούς από την ομάδα που συμμετέχει στην ΚΟΝ για αρκετές ημέρες.

Είναι αναγκαίο, όμως, να πραγματοποιηθούν καλύτερα σχεδιασμένες μελέτες μεγαλύτερης κλίμακας, που να απαντούν σε σημαντικά ερωτήματα όσον αφορά στην ανεύρεση πόρων που θα καλύψουν τις ανάγκες της ΚΟΝ αλλήλα και να ενισχύσουν τη θέση της κατ' οίκον νοσηλείας στο σύστημα υγείας.

Βιβλιογραφία

1. British Thoracic Society Guidelines, Intermediate care – Hospital at Home in chronic obstructive pulmonary disease.
2. American Thoracic Society Documents, Statement on Home Care for Patients with Respiratory Disorders.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Global strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Executive Summary, 2006. 