



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ» ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Arrhythmias Update 2017

Δρ. Θεόδωρος Πεσιρίδης

Νοσηλεύτης ΠΕ, Προϊστάμενος Β & Γ ΚΚ ΑΠΘ

Η επιδημιολογία της Κολπικής Μαρμαρυγής (Κ.Μ)

- Η πιο συχνή εμμένουσα καρδιακή αρρυθμία (1-2% στον γενικό πληθυσμό)
- Η συχνότητά της αυξάνεται με την ηλικία
 - 0.5% 40-50 ετών
 - 5-15% 80 ετών
- Στη χώρα μας υπάρχουν περίπου 50.000 άτομα με ΚΜ

Μπορεί να προληφθεί η ΚΜ;

Τροποποιητικοί παράγοντες κινδύνου

- Υψηλή χοληστερόλη, Υψηλή αρτηριακή πίεση
- Κάπνισμα, Υπερβολικό σωματικό βάρος
- Στρες, Κατάχρηση αλκοόλ, Έλλειψη άσκησης
- Ορισμένα φάρμακα
- Υπνική άπνοια (ή άπνοια ύπνου)
- Διαταραχές του θυρεοειδούς

Μη τροποποιητικοί παράγοντες

- Οικογενειακό ιστορικό
- Προχωρημένη ηλικία
- Συγγενείς καρδιακές διαταραχές (από τη γέννηση)
- Φύλο - οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ΚΜ

Ένα «φτερούγισμα» στο στήθος

- Στους ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα το συνηθέστερο είναι ένα **φτερούγισμα στο στήθος**
- Μπορεί να συνοδεύεται από **δύσπνοια, πόνο στο στήθος, ζάλη και γενική αδιαθεσία**
 - παρατηρούνται περισσότερο σε ηλικιωμένους και καρδιοπαθείς
- *Κολπική μαρμαρυγή μπορεί να έχουν μερικοί και να μην αισθάνονται τίποτε*

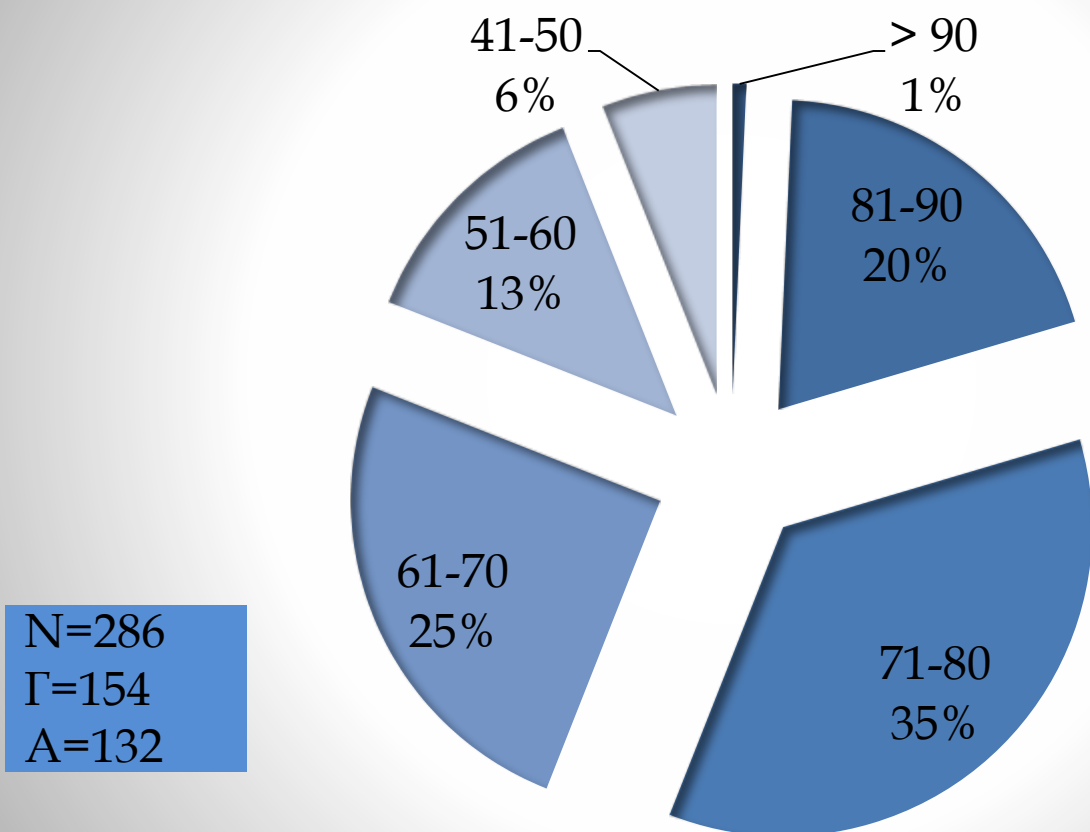
Γιατί μας απασχολεί η κοιλιακή μαρμαρυγή;

- Ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή δεν κινδυνεύουν από την ίδια την αρρυθμία
- Η αρρυθμία διπλασιάζει έως τετραπλασιάζει την πιθανότητα **αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ)**

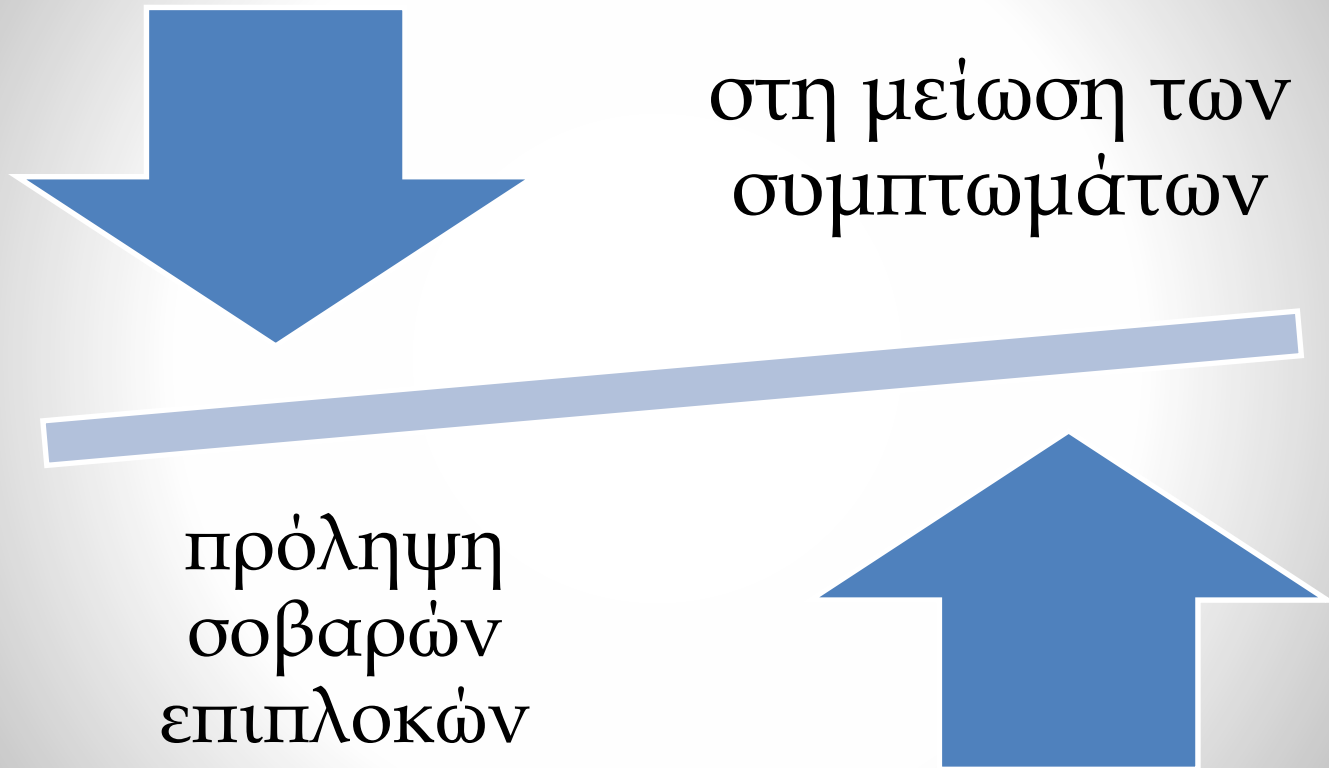
Μας απασχολεί ακόμη διότι...

- Αυξάνει τις εισαγωγές στα νοσοκομεία
- Επηρεάζει σημαντικά της ποιότητα ζωής των ασθενών
- Έχει τεράστιο οικονομικό αντίκτυπο στα συστήματα υγείας και τις δαπάνες για την ιδιωτική υγεία
- Η πρόβλεψη για το 2050 είναι πως η νόσος θα αφορά στο 0,5% του γενικού πληθυσμού λόγω της γήρανσής του

Ηλικιακή Κατανομή Πληθυσμού με ΚΜ στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο



Που πρέπει να αποσκοπούμε στη διαχείριση της Κολπικής Μαρμαρυγής;



Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), Europace, 2010, vol. 12 (pg. 1360-1420)

Παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό της φροντίδας

- Μείωση των συμπτωμάτων της νόσου
- Αύξηση της Ποιότητας Ζωής
- Μείωση νοσηρότητας και θνησιμότητας
- Βελτιστοποίηση της πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας
- Πρόληψη των επανεισαγωγών σε νοσοκομεία
- Μείωση των επισκέψεων στο ΤΕΠ

Costs and clinical consequences of atrial fibrillation management, Clinicoecon Outcomes Res , 2012, vol. 4

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω...

- Το 2012 μια μεγάλη ερευνητική συνεργασία πρότεινε μια παρέμβαση στον τρόπο διαχείρισης της ΚΜ
 - Department of Health Services Research; Care and Public Health Research Institute, Maastricht University Medical Centre, the Netherlands
 - Department of Cardiology, Maastricht University Medical Centre, the Netherlands
 - Department of Cardiology, Odense University Hospital, Denmark
 - School of Nursing, Midwifery & Social Work, The University of Manchester, UK
 - Department of Cardiological Sciences, St George's University of London, London, UK
 - Department of Electrophysiology, Heart Center, University of Leipzig
 - Centre for Health Services and Nursing Research, University of Leuven
 - The Heart Centre, Copenhagen University Hospital

SN

Hendriks JM,. An integrated chronic care program for patients with atrial fibrillation: study protocol and methodology for an ongoing p (pg. 79

A proposal for interdisciplinary, nurse-coordinated atrial fibrillation expert programmes as a way to structure daily practice

**Dana Berti^{1*}, Jeroen M. L. Hendriks^{2,3}, Axel Brandes⁴, Christi Deaton⁵,
Harry J. G. M. Crijns³, A. John Camm⁶, Gerhard Hindricks⁷, Philip Moons^{8,9}, and
Hein Heidbuchel¹**

¹Department of Cardiovascular Medicine, University Hospital Gasthuisberg, University of Leuven, Leuven, Belgium; ²Department of Health Services Research; Care and Public Health Research Institute, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, the Netherlands; ³Department of Cardiology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, the Netherlands; ⁴Department of Cardiology, Odense University Hospital, Odense, Denmark; ⁵School of Nursing, Midwifery & Social Work, The University of Manchester and Central Manchester NHS Foundation Trust, Manchester, UK; ⁶Department of Cardiological Sciences, St George's University of London, London, UK; ⁷Department of Electrophysiology, Heart Center, University of Leipzig, Leipzig, Germany; ⁸University of Leuven, Centre for Health Services and Nursing Research, Leuven, Belgium; and ⁹The Heart Centre, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark

Received 19 September 2012; revised 10 January 2013; accepted 4 March 2013

Φροντίδα με επικεφαλή εξειδικευμένο νοσηλευτή VS Συνήθης τύπος φροντίδας

NCBI Resources How To

PubMed.gov

US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed

Advanced

Format: Abstract

Send to

[Eur Heart J](#). 2012 Nov;33(21):2692-9. doi: 10.1093/eurheartj/ehs071. Epub 2012 Mar 27.

Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation.

[Hendriks JM](#)¹, [de Wit R](#), [Crijs HJ](#), [Vrijhoef HJ](#), [Prins MH](#), [Pisters R](#), [Pison LA](#), [Blaauw Y](#), [Tieleman RG](#).

Author information

Erratum in

[Eur Heart J](#). 2013 Feb;34(6):408.

Abstract

AIMS: The management of patients with atrial fibrillation (AF) is often inadequate due to deficient adherence to the guidelines. A nurse-led AF clinic providing integrated chronic care to improve guideline adherence and activate patients in their role, may effectively reduce morbidity and mortality but such care has not been tested in a large randomized trial. Therefore, we performed a randomized clinical trial to compare the AF clinic with routine clinical care in patients with AF.

METHODS AND RESULTS: We randomly assigned 712 patients with AF to nurse-led care and usual care. Nurse-led care consisted of guidelines based, software supported integrated chronic care supervised by a cardiologist. The primary endpoint was a composite of cardiovascular hospitalization and cardiovascular death. Duration of follow-up was at least 12 months. Adherence to guideline recommendations was significantly better in the nurse-led care group. After a mean of 22 months, the primary endpoint occurred in 14.3% of 356 patients of the nurse-led care group compared with 20.8% of 356 patients receiving usual care [hazard ratio: 0.65; 95% confidence interval (CI) 0.45-0.93; P= 0.017]. Cardiovascular death occurred in 1.1% in the nurse-led care vs. 3.9% in the usual care group (hazard ratio: 0.28; 95% CI: 0.09-0.85; P= 0.025). Cardiovascular hospitalization amounted (13.5 vs. 19.1%, respectively, hazard ratio: 0.66; 95% CI: 0.46-0.96, P= 0.029).

CONCLUSION: Nurse-led care of patients with AF is superior to usual care provided by a cardiologist in terms of cardiovascular hospitalizations and cardiovascular mortality. Trial registration information: [Clinicaltrials.gov](#) identifier number: [NCT00391872](#).

Format: Abstract

Send to

[Europace](#). 2014 Apr;16(4):491-9. doi: 10.1093/europace/eut286. Epub 2013 Sep 20.

The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation.

[Hendriks JM](#)¹, [Vrijihoef HJ](#), [Crijns HJ](#), [Brunner-La Rocca HP](#).

Author information

Abstract

AIMS: Quality of life (QoL) is often impaired in patients with atrial fibrillation (AF). A novel nurse-led integrated chronic care approach demonstrated superiority compared with usual care in terms of cardiovascular hospitalization and mortality. Consequently, we hypothesized that this approach may also improve QoL and AF-related knowledge, which in turn may positively correlate with QoL.

METHODS AND RESULTS: In this randomized controlled trial, 712 patients were randomly assigned to nurse-led care vs. usual care. Nurse-led care consisted of guidelines-based, software supported care, supervised by cardiologists. Usual care was provided by cardiologists in the regular outpatient setting. Quality of life was assessed by means of the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Survey (SF-36). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to assess anxiety and depression scores. The AF knowledge scale was used to gain an insight into the patients' AF knowledge levels. Baseline QoL scores were relatively high in both groups, with median scores ranging from 55 to 100. Quality of life significantly improved over time in both groups with no significant differences between the two groups. Atrial fibrillation-related knowledge improved over time and was significantly higher at follow-up in the intervention group, compared with the usual care group (8.23 ± 2.16 vs. 7.66 ± 2.09 ; $P < 0.05$). Quality of life was correlated with gender (rs: -5.819 to -2.960), anxiety (rs: -0.746 to -0.277), depression (rs: -0.596 to -0.395), and knowledge (rs: 0.145-0.245), expressed in Spearman's rank correlation coefficient (rs).

CONCLUSION: Quality of life including anxiety and depression improved over time, regardless of the treatment group. The AF-related knowledge level was better in the nurse-led care group at follow-up. Trial registration information: Clinicaltrials.gov identifier number: [NCT00753259](#).

Τι είναι όμως ο Εξειδικευμένος Κλινικός Νοσηλευτής; (*Clinical Nurse Specialist*)



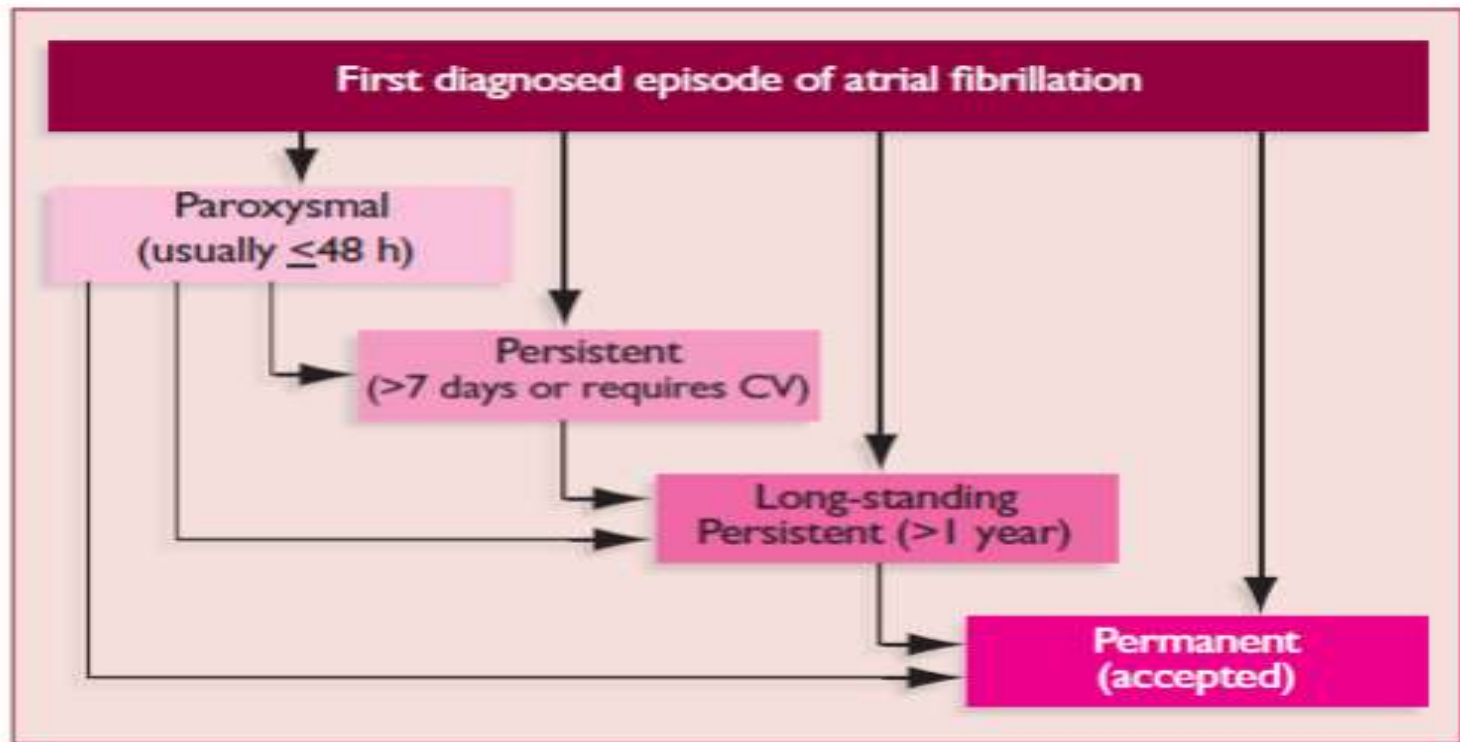
«Ο Νοσηλευτής που έχει αποκτήσει τη βάση σε εξειδικευμένες γνώσεις, σύνθετες ικανότητες λήψης αποφάσεων και κλινικών δεξιοτήτων για την εκτεταμένη πρακτική, τα χαρακτηριστικά του οποίου διαμορφώνονται από το πλαίσιο ή / και τη χώρα στην οποία αυτός έχει την άδεια να ασκεί τα καθήκοντά του. Συνιστάται να είναι κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου.»

Ο ρόλος του Εξειδικευμένου Κλινικού Νοσηλευτή στην ΚΜ



1. Ολοκληρωμένη αξιολόγηση ⁽¹⁾

Καθορισμός του τύπου επεισοδίου της ΚΜ



Ολοκληρωμένη αξιολόγηση (2)

- Έλεγχος για συνοσηρότητα π.χ. καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια, διαβήτη κ.α.
- Έλεγχος για τα αίτια της ΚΜ, αν υπάρχουν (βαλβιδοπάθειες, παθήσεις των κοιλιών και των κόλπων)
- Έλεγχος για κίνδυνο ΑΕΕ - κλίμακα *CHA2DS2-VASc score*
- Έλεγχος για αιμορραγικό κίνδυνο - κλίμακα *HAS-BLED score*
- Έλεγχος για συμπτώματα από τη νόσο - *EHRA score* (σχετίζεται άμεσα με την Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ΚΜ)

Symptoms and functional status of patients with atrial fibrillation: state of the art and future research opportunities. Circulation 2012;125:2933-2943.

CHA₂DS₂Vasc-Score**ΠΟΝΤΟΙ**Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή κλάσμα εξώθησης $\leq 40\%$

1

Υπέρταση

1

Ηλικία ≥ 75 χρόνων

2

Σακχαρώδης Διαβήτης

1

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο/Παροδικό ΑΕΕ/ Θρομβοεμβολισμός

2

Αγγειακή νόσος

1

Ηλικία 65-74 χρόνων

1

Φύλο (π.χ. Θήλυ)

1

CHA ₂ DS ₂ Vasc-Score	Ετήσιος Κίνδυνος Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου %
0	0
1	1.3
2	2.2
3	3.2
4	4.0
5	6.7
6	9.8
7	9.6
8	6.7
9	15.8

Σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες σε Ευρώπη και Αμερική, ασθενείς με **CHA₂DS₂Vasc-Score = 0** δεν χρειάζονται προφυλακτική θεραπεία, εκείνοι που έχουν **CHA₂DS₂Vasc-Score = 1** πρέπει να παίρνουν ασπιρίνη ή αντιπηκτικά φάρμακα ενώ αυτοί που έχουν **CHA₂DS₂Vasc-Score ≥ 2** πρέπει να παίρνουν οπωσδήποτε αντιπηκτικά φάρμακα.

HAS-BLED score

Condition	Points
H - Hypertension	1
A - Abnormal renal or liver function (1 point each)	1 or 2
S - Stroke	1
B - Bleeding	1
L - Labile INRs	1
E - Elderly (> 65 years)	1
D - Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2

HAS-BLED score	Bleeds per 100 patient-years
0	1.13
1	1.02
2	1.88
3	3.74
4	8.70
5	12.5

Note: HAS-BLED has been validated for warfarin, but not for the new anticoagulants.

Table 6 EHRA score of AF-related symptoms

Classification of AF-related symptoms (EHRA score)	
EHRA class	Explanation
EHRA I	'No symptoms'
EHRA II	'Mild symptoms'; normal daily activity not affected
EHRA III	'Severe symptoms'; normal daily activity affected
EHRA IV	'Disabling symptoms'; normal daily activity discontinued

AF = atrial fibrillation; EHRA = European Heart Rhythm Association.

Συστηματοποίηση της Φροντίδας

- Χρήση προγραμμάτων λογισμικού βασισμένου σε κατευθυντήριες οδηγίες
 - Κατευθύνει τους καρδιολόγους και τους εξειδικευμένους νοσηλευτές
 - Λειτουργεί ως ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενή
 - Είναι σε θέση να προσδιορίσει το προφίλ του ασθενούς (με βάση τον τύπο της κοιλιακής μαρμαρυγής, του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου και αιμορραγικού κινδύνου)
 - προτείνει την πιο κατάλληλη κατευθυντήρια οδηγία
 - Αποτρέπονται οι αλληλοεπικαλύψεις
 - Επιτρέπει στο γιατρό και το νοσηλευτή να περνά περισσότερο χρόνο με τον ασθενή για τη διαχείριση της νόσου

Hendriks JL et al. Improving guideline adherence in the treatment of atrial fibrillation by implementing an integrated chronic care program. Neth Heart J 2010;18:471-477.

Εκπαίδευση των ασθενών με ΚΜ

- Το 25% των ασθενών δεν καταλαβαίνει και δεν μπορεί να εξηγήσει την ΚΜ
- Ένας στους τέσσερις γιατρούς δεν έχει χρόνο για να εκπαιδεύσει τον ασθενή
- Η εκπαίδευση είναι αποτελεσματικό εργαλείο, δεδομένου ότι οδηγεί στην ενεργό συμμετοχή των ασθενών με ΚΜ
- Η γνώση επηρεάζει τη συμπεριφορά και τη στάση των ασθενών
- Ο Εξειδικευμένος Νοσηλευτής έχει αρμοδιότητα και μπορεί να παρέχει γνώση μέσω της εκπαίδευσης

Aliot E et al. An international survey of physician and patient understanding, perception, and attitudes to atrial fibrillation and its contribution to cardiovascular disease morbidity and mortality. Europace 2010;12:626-633.

Ενσωμάτωση τεκμηριωμένων στρατηγικών μάθησης στους ασθενείς με ΚΜ

- Αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών των ασθενών, της δεκτικότητάς τους
- Σχεδιασμό και δημιουργία εκπαιδευτικού προγράμματος για ασθενείς με ΚΜ
- Παροχή εξατομικευμένης εκπαίδευσης σχετικά με την παθοφυσιολογία της ΚΜ, τις θεραπευτικές επιλογές, και το σχέδιο δράσης (επισκέψεις, μέσα, εκπαιδευτικό υλικό),
- Ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες
- Δοκιμασίες γνώσης

Θέματα εκπαίδευσης στους ασθενείς με ΚΜ

- Ψηλάφηση σφυγμού
- Σωστή λήψη θεραπευτικής αγωγής και στρατηγικές υπενθύμισης
- Σημεία που πρέπει να αναγνωρίζουν σχετικά με την ΚΜ και πότε να επικοινωνούν με το κέντρο παρακολούθησής τους
- Διατροφή και κάπνισμα
- Οδηγίες για τη διαχείριση της αιμορραγίας (μικρή, μέτρια, μεγάλη)

Ζητήματα στη διαχείριση της ΚΜ

- Οι γιατροί θεωρούν την ΚΜ ως δύσκολη και χρονοβόρα στη διαχείρισή της.
- Οι Καρδιολόγοι βαθμολόγησαν την ΚΜ ως την τρίτη πιο «απαιτητική» και τη δεύτερη πιο «δύσκολη» νόσο στη διαχείρισή της.
- Ακόμη και για έναν εκπαιδευμένο ειδικό, πολλές πτυχές της αξιολόγησης και της επικοινωνίας είναι χρονοβόρα.
- Η μη αντιμετώπιση αυτών των πτυχών είναι πιθανόν να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας

Nieuwlaat R et al. Guideline-adherent antithrombotic treatment is associated with improved outcomes compared with undertreatment in high-risk patients with atrial fibrillation. The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. Am Heart J 2007;153:1006-1012.

Οργάνωση σχεδίου φροντίδας της ΚΜ από Εξειδικευμένο Κλινικό Νοσηλευτή

- Ένα πρόγραμμα ΚΜ μπορεί να συντονιστεί αποτελεσματικά και αποδοτικά από τον Εξειδικευμένο Κλινικό Νοσηλευτή
- Είναι ο σύνδεσμος μεταξύ του ασθενή, της οικογένειας, και του ιατρού που παραπέμπει
- Μπορεί να προγραμματίσει και να παρέχει την εκπαίδευση, την ενημέρωση και συγκεκριμένες οδηγίες
- Να αποτελέσει το κεντρικό πρόσωπο επαφής τόσο για τους εξωτερικούς όσο και για τους ασθενείς που νοσηλεύονται με ΚΜ αλλά και την οικογένειά τους βελτιώνοντας την προσβασιμότητα

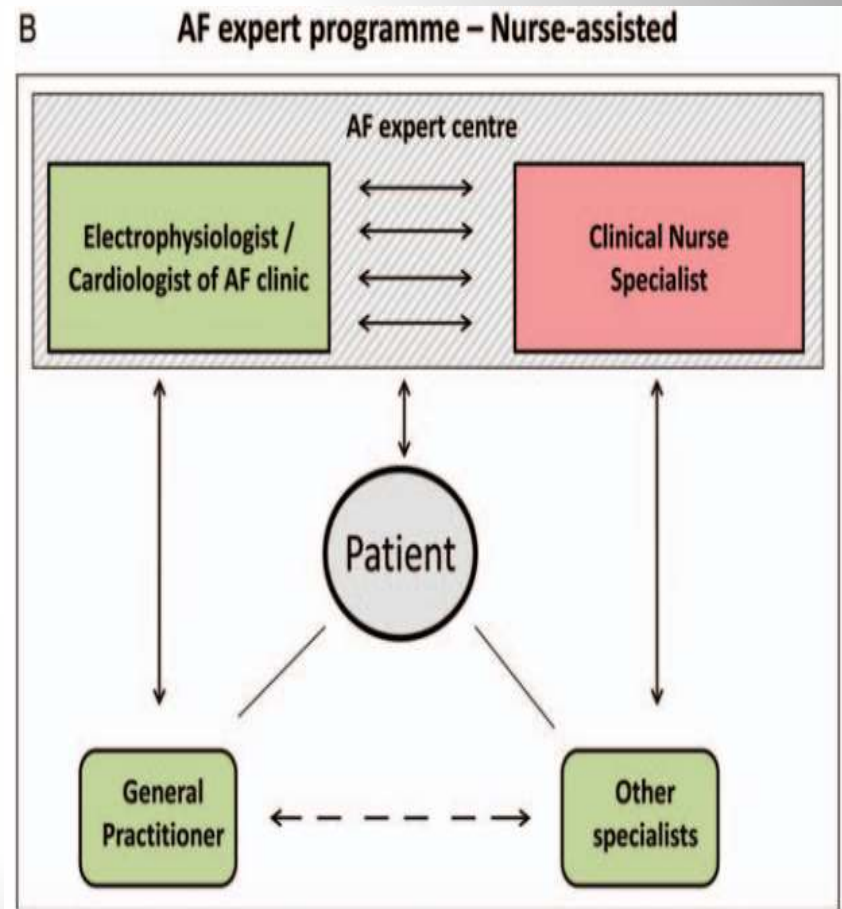
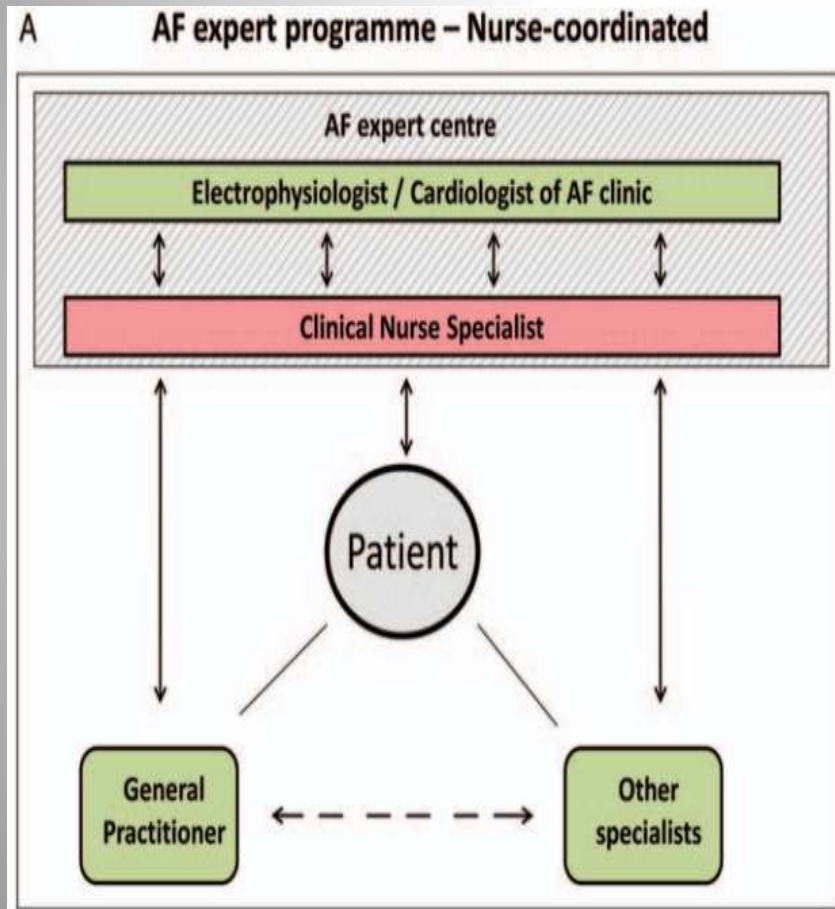
McCabe PJ. Spheres of clinical nurse specialist practice influence evidence-based care for patients with atrial fibrillation. Clin Nurse Spec 2005;19:308-317.

Αξιολόγηση της εκτέλεσης σχεδίου φροντίδας

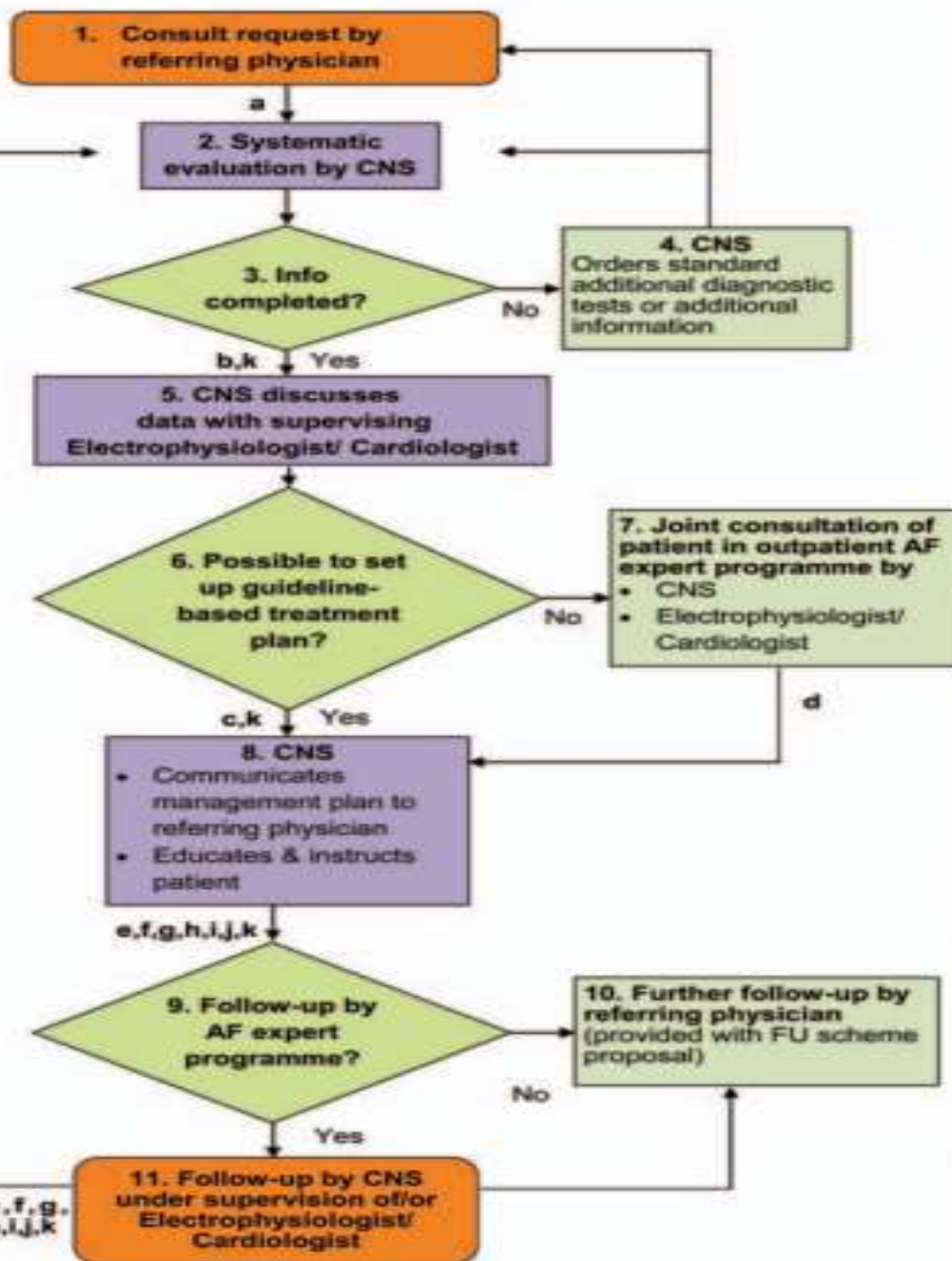
- συνεχή παρακολούθηση των ασθενών με ΚΜ (1^{ος}, 3^{ος}, 6^{ος}, 12^{ος} και κάθε 6 μήνες)
- Εστίαση σε θέματα:
 - συμμόρφωσης με τη θεραπεία
 - τήρησης των επισκέψεων παρακολούθησης
 - αλλαγές στο προφίλ κινδύνου
 - βελτίωσης των συμπτωμάτων και
 - ικανοποίησης.
- Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, μπορούν να γίνουν προσαρμογές στο σχέδιο φροντίδας.

McCabe PJ. Spheres of clinical nurse specialist practice influence evidence-based care for patients with atrial fibrillation. Clin Nurse Spec 2005;19:308-317.

Οργάνωση διεπιστημονικών προγραμμάτων παρακολούθησης ασθενών με ΚΜ



Hendriks JM. An integrated chronic care program for patients with atrial fibrillation: study protocol and methodology for an ongoing prospective randomised controlled trial. Int J Nurs Stud 2010;47: 1310-1316.



1. AF expert centre will first be contacted by consultation request from general practitioner, referring cardiologist, in-hospital caregiver or other specialists.

2. Based on information from patient and referring physician the CNS starts a software supported systematic assessment (medical history, available diagnostic tests, medication, cardiovascular risk factors, underlying heart disease, AF risk factors, stroke and bleeding risk factors, symptom, symptom burden, type of AF, ...).

3. At the end of the assessment, the CNS checks if all information is completed.

4. If not, standard additional tests, conform the international guidelines and following prespecified evaluation sets in the expert programme, can be ordered or additional information requested.

5. and 6. Subsequently, the CNS discusses data with the supervising physician and they evaluate if there is enough information available to establish a guideline-based treatment plan.

7. If not, the CNS can plan additional tests suggested by physician and plan a joint consultation in the outpatient AF expert programme. During the outpatient clinic visit, the patient will be seen both by the CNS to complete assessment and by the supervising physician who can perform additional physical examination, evaluates requested tests and will discuss treatment options (e.g. rate-rhythm control, pacemaker, implantable loop recorder, ablation,...).

8. and 9. Based on the defined guideline-based management plan, the CNS provides further education and instruction. Finally, the CNS will communicate the plan to the referring physician and checks if further follow-up in the AF expert programme is desired.

10. If not, further follow-up will be done by referring physician. The CNS will provide a FU scheme proposal.

Possible outcome parameters affected

e, f, g, h, i, j, k

Συμπερασματικά

- Ο εξειδικευμένος κλινικός νοσηλευτής μπορεί να διαδραματίσει θεμελιώδη ρόλο στο συντονισμό διεπιστημονικών πρακτικών φροντίδας στην ΚΜ
- Ο ρόλος του έχει ήδη αποδειχθεί αποτελεσματικός στη διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας
- Είναι σε θέση να αξιολογήσει συστηματικά τους ασθενείς με την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών
- Έχει περισσότερο χρόνο για τους ασθενείς από τους γιατρούς και είναι πιο εύκολα προσβάσιμος
- Έχει ρόλο εκπαιδευτικό τόσο στον ασθενή αλλά και τους φροντιστές του
- Με την κατάλληλη εκπαίδευση μπορεί να σχεδιάσει, εφαρμόσει και αξιολογήσει παρεμβάσεις για τους ασθενείς με ΚΜ
- Μπορεί να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των φορέων υγειονομικής περίθαλψης

Ερωτήσεις;

