

Συννοσηρότητα και θεραπεία Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας

Σύσταση 24: Συστήνεται να γίνεται εκτίμηση της συννοσηρότητας ατόμων με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και εξατομίκευση της θεραπείας των συνοδών νοσημάτων.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: A

Δεδομένου ότι η Χ.Α.Π. αναπτύσσεται σε καπνιστές που βρίσκονται στη μέση ηλικία, οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά και άλλα νοσήματα είτε λόγω του καπνίσματος είτε λόγω της ηλικίας σύμφωνα με μελέτη κοόρτης¹²⁵.

Τα συνοδά νοσήματα μπορούν να εμφανιστούν σε ασθενείς με ήπιο, μέτριο ή σοβαρό περιορισμό της ροής του αέρα¹²⁶ επιδρώντας ανεξάρτητα τόσο στη θνησιμότητα όσο και στις ανάγκες νοσοκομειακής νοσηλείας των ασθενών με Χ.Α.Π.¹²⁷.

Ωστόσο, ενώ τα συνοδά νοσήματα είναι συχνά στη Χ.Α.Π. (καρδιαγγειακά νοσήματα, μεταβολικό σύνδρομο, αγχώδης διαταραχή και κατάθλιψη, οστεοπόρωση, καρκίνος του πνεύμονα), ωστόσο να υπάρξουν πιο εμπειριστατωμένες έρευνες σχετικά με τη διαχείριση της συννοσηρότητας στη Χ.Α.Π., θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με τις υπάρχουσες για το κάθε νόσημα οδηγίες θεραπείας¹⁹.

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και καρδιαγγειακή νόσος

Σύσταση 25: Σε περιπτώσεις συννοσηρότητας Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας και καρδιαγγειακής νόσου συστήνεται να γίνεται χρήση βήτα-1 καρδιοεκλεκτικών αποκλειστών, όταν απαιτείται.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός

Σύστασης: B

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τα πιο συχνά και σημαντικά συνοδά νοσήματα στη Χ.Α.Π., σύμφωνα με μια μελέτη κοόρτης¹²⁵. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς με Χ.Α.Π. βάσει των ευρημάτων δύο μελετών κοόρτης^{128,129}, ενώ η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί κοινή συννοσηρότητα στη Χ.Α.Π. σύμφωνα με τα αποτελέσματα συγχρονικής μελέτης¹³⁰, η οποία διαπίστωσε ότι περίπου 30% των ασθενών με σταθερή Χ.Α.Π. έχουν σε κάποιο βαθμό καρδιακή ανεπάρκεια.

Σύμφωνα με υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες¹⁹ αναφορικά με τη θεραπεία της ισχαιμικής καρδιοπάθειας σε ασθενείς με Χ.Α.Π., δεν υπάρχει καμία απόδειξη ότι ασθενείς με Χ.Α.Π. και ισχαιμική καρδιοπάθεια θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο. Σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια στηθάγχη ή έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να χορηγηθούν βήτα-καρδιοεκλεκτικοί αποκλειστές. Η

Θεραπεία με β1-καρδιοεκλεκτικούς αποκλειστές θεωρείται ασφαλής για ασθενείς με Χ.Α.Π., ωστόσο αυτό βασίζεται σε σχετικά λίγες βραχυπρόθεσμες μελέτες σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση¹³¹ και μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή¹³².

Θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με Χ.Α.Π.: Ασθενείς με Χ.Α.Π. και συνοδό καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με τις συνήθειες κατευθυντήριες οδηγίες της καρδιακής ανεπάρκειας μιας και δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για διαφορετική προσέγγιση¹⁹. Η θεραπεία με β1-καρδιοεκλεκτικούς αποκλειστές σύμφωνα με συγχρονική μελέτη¹³³ βελτιώνει την επιβίωση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ η παρουσία της Χ.Α.Π. είναι ο πιο σημαντικός λόγος για τον οποίον οι ασθενείς δε λαμβάνουν επαρκή θεραπεία. Ωστόσο, η θεραπεία με β1 καρδιοεκλεκτικούς αποκλειστές θεωρείται ασφαλής για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και Χ.Α.Π. βάσει της προαναφερθείσας συστηματικής ανασκόπησης¹³¹. Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή¹³⁴ έδειξε ότι η θεραπεία με βισοπρολόλη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και Χ.Α.Π. μετρίου ή σοβαρού σταδίου μειώνει τον FEV₁, χωρίς να επιδεινώνει τα συμπτώματα και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι β1-καρδιοεκλεκτικοί αποκλειστές είναι προτιμότεροι από τους μη β1-καρδιοεκλεκτικούς αποκλειστές σύμφωνα με τα αποτελέσματα τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής¹³⁵.

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και οστεοπόρωση

Σύσταση 26: Συστήνεται να γίνεται έλεγχος των ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια για οστεοπόρωση, ιδιαίτερα όταν έχουν συχνές παροξύνσεις και λαμβάνουν συχνά σχήματα με κορτικοστεροειδή από το στόμα.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: A

Η οστεοπόρωση αποτελεί σημαντική συννοσηρότητα στους ασθενείς με Χ.Α.Π.^{125,136} ενώ ταυτόχρονα εμφανίζει υψηλό ποσοστό υποδιάγνωσης¹³⁷. Ασθενείς με Χ.Α.Π. που λαμβάνουν μακροχρόνια θεραπεία με κορτικοστεροειδή από το στόμα θα πρέπει να ελέγχονται για οστεοπόρωση²⁰, αφού η χρόνια θεραπεία με κορτικοστεροειδή αυξάνει το μεταβολισμό της βιταμίνης D με αποτέλεσμα την επιτάχυνση της απώλειας οστικής μάζας¹³⁹. Οδηγίες για διατροφική πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην εκπαίδευση των ασθενών με Χ.Α.Π.²⁴ Η οστεοπόρωση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τις συνήθειες οδηγίες οστεοπόρωσης¹³⁹.

Σύμφωνα με ανασκόπηση¹⁴⁰ δεν υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της οστεοπόρωσης, όταν συνυπάρχει με Χ.Α.Π. Παρά ταύτα, μελέτη¹⁴¹ πρότεινε έναν αλγόριθμο για τη διαχείριση των ασθενών με Χ.Α.Π. και οστεοπόρωση. Ο αλγόριθμος αυτός βασίζεται σε μείζονα κριτήρια (συστηματική λήψη κορτικοστεροειδων για τρεις μήνες το χρόνο, μείζον οστεοπορωτικό κάταγμα σπονδυλικής στήλης, αυχένα μηριαίου) και ελάσσονα (Δ.Μ.Σ.<21, ενεργό κάπνισμα, αλκοόλ >3 U/ημέρα, ηλικία >65 ετών, κάταγμα αυχένα μηριαίου των γονέων, εμμηνόπαυση, κάταγμα πλευρού, καθιστική ζωή, FEV₁<50%). Σύμφωνα με αυτόν τον αλγόριθμο, αν συνυπάρχουν τρία ελάσσονα ή ένα μείζον κριτήριο και το T-score

είναι >-1 ή εάν $-2.5 < Tscore < -1$ χωρίς μείζονα κριτήρια, τότε συστήνεται χορήγηση βιταμίνης D 800IU/ημέρα και ασβεστίου 1γρ/ημέρα.

Αν ο ασθενής έχει τρία ελάσσονα κι ένα μείζον κριτήριο με επιβεβαιωμένο οστεοπορωτικό κάταγμα ή T-score <-2.5 ή εάν έχει $-2.5 < Tscore < -1$ και ένα μείζον κριτήριο, τότε συστήνεται η προσθήκη και διφωσφονικών στην παραπάνω θεραπεία. Επίσης, αν η 25-OH-D είναι μικρότερη από 10ng/ml, συστήνεται χορήγηση βιταμίνης D και επανέλεγχος των επιπέδων μετά από τρεις μήνες.

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και κατάθλιψη ή άγχος (IV)

Σύσταση 27: Συστήνεται να εξετάζονται όλα τα άτομα με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια για την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής και ειδικότερα οι ασθενείς που παρουσιάζουν υποξυγοναιμία ή σοβαρής μορφής δύσπνοια, όσοι έχουν διαγνωσθεί και εισαχθεί στο νοσοκομείο εξαιτίας παροξύνσεων ή εκείνοι που βιώνουν επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: B

Το άγχος και η κατάθλιψη είναι συχνά συνοδά νοσήματα της Χ.Α.Π. σύμφωνα με δύο μελέτες κοόρτης^{142,143} μία συγχρονική μελέτη¹⁴⁴ και μια μελέτη ανασκόπησης¹⁴⁵, ενώ συχνά συνδέονται με ασθενείς νεότερης ηλικίας, το γυναικείο φύλο, το κάπνισμα, χαμηλότερο FEV₁, τον βήχα, τη χειρότερη ποιότητα ζωής (SGRQ) και με την παρουσία ιστορικού καρδιαγγειακής νόσου^{142,145}. Επιπλέον, τα αποτελέσματα μιας συγχρονικής μελέτης¹⁴⁶ κατέγραψαν ότι οι ασθενείς με συνολικό σκορ 3 και άνω στο CCQ ήταν σχεδόν 20 φορές πιο πιθανό να πάσχουν κλινικά από άγχος και σχεδόν 10 φορές πιο πιθανό να πάσχουν κλινικά από κατάθλιψη σε σύγκριση με τους ασθενείς με συνολική βαθμολογία 2 ή λιγότερο. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι πιο συχνά σε ασθενείς με σοβαρή Χ.Α.Π. σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας μελέτης ασθενών-μαρτύρων¹⁴⁷ και ιδίως σε εκείνους που πάσχουν από υποξία ή σοβαρή δύσπνοια²⁰. Όσον αφορά τη θεραπεία του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς με Χ.Α.Π., δεν υπάρχουν αποδείξεις για διαφορετική προσέγγιση απ' αυτή των γενικών συστάσεων για το άγχος και την κατάθλιψη¹⁹.

Σύμφωνα με μελέτη ανασκόπησης¹⁴⁰, ως φαρμακευτική θεραπεία πρώτης γραμμής συστήνεται η χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες για την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές (www.nice.org/CG22) ενώ μετα-αναλύσεις έδειξαν ότι τα SSRIs υπερτερούν των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, τα οποία έχουν περισσότερες παρενέργειες όπως υπνηλία και αντιχολινεργικά συμπτώματα (ιδιαίτερης σημασίας για τη Χ.Α.Π.).

Επιπλέον, για τις αγχώδεις διαταραχές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και οι βενζοδιαζεπίνες, αλλά με διάρκεια θεραπείας όχι μεγαλύτερη από 2 με τέσσερις εβδομάδες (www.nice.org/CG22). Παράλληλα, ως μη φαρμακευτική θεραπεία συστήνεται η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία.

Εκτίμηση ασθενών για χρόνια οξυγονοθεραπεία

Σύσταση 28: Η εκτίμηση για χρόνια οξυγονοθεραπεία διάρκειας > 15 ωρών θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε άτομα με σοβαρή Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια με βάση τη μέτρηση της μερικής πίεσης του οξυγόνου (PaO₂).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: B

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας των παρουσών κατευθυντήριων οδηγιών, ενώ εν μέρει βασίστηκε και σε σύσταση από υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες²⁰.

Η σύσταση-προϊόν ομοφωνίας που προτείνεται από υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες²⁰, αναφέρει ότι μακροχρόνια θεραπεία με οξυγόνο μπορεί να: βελτιώσει την επιβίωση σε ασθενείς με Χ.Α.Π. οι οποίοι έχουν σοβαρή υποξυγοναιμία (PaO₂<8kPa), μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης της πολυερυθραιμίας, μειώσει την εξέλιξη της πνευμονικής υπέρτασης και να βελτιώσει τη νευροψυχολογική υγεία του ασθενή. Η εκτίμηση για χρόνια οξυγονοθεραπεία θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ασθενείς με σοβαρή Χ.Α.Π., κυάνωση, πολυερυθραιμία, περιφερικά οίδημα, SatO₂<92% ή υψηλή σφαγιτιδική φλεβική πίεση.

Παράλληλα, μελέτη ανασκόπησης¹⁴⁸ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η μακροχρόνια χορήγηση οξυγόνου (περισσότερο από 15 ώρες την ημέρα) αυξάνει την επιβίωση σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια που εμφανίζουν σοβαρή υποξαιμία στην ηρεμία.

Συμπληρωματικά, υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες¹⁹ συστήνουν μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία όταν:

-PaO₂ ίσο ή μικρότερο από 7,3 kPa (55 mmHg) ή SatO₂ ίσο ή μικρότερο από 88%, με ή χωρίς υπερκαπνία επιβεβαιωμένο δύο φορές κατά τη διάρκεια μιας περιόδου τριών εβδομάδων ή

-PaO₂ μεταξύ 7,3 kPa (55 mmHg) και 8.0 kPa (60 mmHg), ή SatO₂ 88%, εάν υπάρχουν ενδείξεις πνευμονικής υπέρτασης, περιφερικό οίδημα που υποδηλώνει συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή πολυκυτταραιμία (αιματοκρίτης> 55%)

Προκειμένου να εντοπιστούν οι ασθενείς που χρήζουν χρόνιας οξυγονοθεραπείας, συστήνεται να πραγματοποιείται παλμική οξυμετρία, η οποία και θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλες τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Τέλος, συστήνεται για την εκτίμηση των ασθενών με τα παραπάνω κριτήρια να πραγματοποιείται μέτρηση των αερίων αίματος δύο φορές τουλάχιστον, με 3 εβδομάδες διαφορά σε όσους ασθενείς έχουν επιβεβαιωμένη διάγνωση της Χ.Α.Π. και η νόσος είναι σταθερή.

Μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία και ταξίδια

Σύσταση 29: Όλοι οι ασθενείς που λαμβάνουν μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία είναι απαραίτητο να αξιολογούνται βάσει των συστάσεων της Βρετανικής Εταιρείας Θώρακος (BTS) πριν προβούν σε αεροπορικά ταξίδια.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: B

Παρά το γεγονός ότι τα αεροπορικά ταξίδια είναι ασφαλή για τους περισσότερους ασθενείς με χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια που βρίσκονται σε μακροχρόνια θεραπεία με οξυγόνο¹⁴⁹, όλοι οι ασθενείς που σκοπεύουν να προβούν σε αεροπορικά ταξίδια και λαμβάνουν μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία προτείνεται σύμφωνα με υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες²⁰ να αξιολογούνται βάσει των συστάσεων της Βρετανικής Θωρακικής Εταιρείας¹⁴⁹.

Επιπρόσθετα, ασθενείς με μέτρια προς σοβαρή Χ.Α.Π. συχνά εμφανίζουν συμπτώματα κατά τη διάρκεια της πτήσης λόγω της υποξίας¹⁵⁰, οπότε και θα πρέπει να συνεκτιμούνται προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή κατά την πτήση, το στάδιο της νόσου, η κλινική κατάσταση του ασθενή και η δύσπνοια.

Χρήσιμα εργαλεία για την εκτίμηση της δυνατότητας του ασθενή να ταξιδέψει είναι: η σπιρομέτρηση, οι δοκιμασίες διάχυσης, τα αέρια αίματος, ο κορεσμός, η δοκιμασία βადίσης 6 λεπτών, η χρήση των εξισώσεων πρόβλεψης της υποξαιμίας και η δοκιμασία υποξίας¹⁴⁹. Ασθενείς με κορεσμό οξυγόνου SatO₂>95% συνήθως δε χρειάζονται οξυγόνο κατά τη διάρκεια της πτήσης, ενώ αντιθέτως ασθενείς με SatO₂<92% συνήθως χρειάζονται¹⁵¹.

Συμβουλές αυτοφροντίδας

Σύσταση 30: Σε ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο να εμφανίσουν επιδείνωση της νόσου συστήνεται η παροχή ενός γραπτού σχεδίου δράσης με συμβουλές αυτοφροντίδας, οι οποίες θα τους καθοδηγήσουν, ώστε να ανταποκριθούν άμεσα σε περίπτωση έξαρσης των συμπτωμάτων.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός

Σύστασης: B

Ο κύριος στόχος των συμβουλών αυτοφροντίδας είναι η πρόληψη των παροξύνσεων της νόσου. Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση¹⁵², πρόληψη των παροξύνσεων επιτυγχάνεται με οδηγίες βελτίωσης του τρόπου ζωής του ασθενή και απόκτηση δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση της έξαρσης των συμπτωμάτων σε πρώιμο στάδιο. Σύμφωνα με την ανασκόπηση, οι παρεχόμενες συμβουλές πρέπει να αφορούν τη διακοπή του καπνίσματος, τη βελτίωση της άσκησης, τη διατροφή, στην αυτο-θεραπεία των παροξύνσεων, τις τεχνικές εισπνοής και την αντιμετώπιση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Αν οι συμβουλές αυτοφροντίδας για τη Χ.Α.Π. υιοθετηθούν σωστά, σε περίπτωση έξαρσης των συμπτωμάτων, οι ασθενείς ξεκινούν άμεσα τη χρήση αντιβιοτικών ή από του στόματος κορτικοστεροειδών που έχουν ήδη προμηθευτεί στο σπίτι, οδηγώντας με αποτέλεσμα τη μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο λόγω παροξύνσεων της Χ.Α.Π.²⁰

Τα αποτελέσματα της προαναφερθείσας συστηματικής ανασκόπησης¹⁵² επιβεβαιώνουν τα παραπάνω, με τους ασθενείς που είχαν εκπαιδευτεί πάνω σε θέματα αυτοφροντίδας να εμφανίζουν στατιστικά σημαντική αύξηση της χρήσης των από του στόματος στεροειδών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επιπρόσθετα, μεταγενέστερη συστηματική ανασκόπηση¹⁵³, κατέγραψε σημαντική μείωση της πιθανότητας τουλάχιστον μίας εισαγωγής στο νοσοκομείο μεταξύ των ασθενών που έλαβαν εκπαίδευση αυτοφροντίδας σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα.

Παράλληλα, από τα αποτελέσματα δύο τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών^{154,155} τα οποία περιελάμβαναν γραπτά σχέδια δράσης στα προγράμματα αυτοφροντίδας των ασθενών με Χ.Α.Π., διαπίστωσαν ότι τα γραπτά σχέδια δράσης παρέχουν τη δυνατότητα στους ασθενείς να αναγνωρίζουν έγκαιρα την επιδείνωση των συμπτωμάτων σε περιπτώσεις παροξύνσεων και να αντιδρούν κατάλληλα με άμεση χορήγησή πρεδνιζόνης ή / και αντιβιοτικών.

Οδηγίες τρόπου ζωής

Σύσταση 31: Συστήνεται η παροχή οδηγιών για διαίτα, άσκηση, αποφυγή καπνίσματος και άλλων παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς με Χ.Α.Π.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: B

Είναι ζωτικής σημασίας για τους ασθενείς με Χ.Α.Π. να κατανοήσουν τη φύση της ασθένειάς τους, τους παράγοντες κινδύνου για την εξέλιξή της και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην επίτευξη της βέλτιστης διαχείρισης της νόσου¹⁹. Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν γενικές συμβουλές από τους επαγγελματίες υγείας για το πώς να ακολουθήσουν ένα υγιεινό τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της σωματικής άσκησης.

Επιπρόσθετα, η αναγνώριση και η μείωση της έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου είναι σημαντική για την θεραπεία και την πρόληψη της Χ.Α.Π.^{19,20,25} Δεδομένου ότι το κάπνισμα είναι ο πιο συχνός, σημαντικός και εύκολα αναγνωρίσιμος παράγοντας κινδύνου, η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να συστήνεται σε όλα τα άτομα που καπνίζουν.

Ακόμη, θα πρέπει να γίνει προσπάθεια μείωσης της ατομικής έκθεσης σε επαγγελματικές σκόνες, καπνούς και αέρια, καθώς και στην εσωτερική και εξωτερική ρύπανση παρότι είναι γνωστό ότι μια τέτοια προσπάθεια μπορεί να είναι δύσκολη. Αν και μέχρι σήμερα δεν έχουν γίνει μελέτες που να αποδεικνύουν κατά πόσον ενδεχόμενες παρεμβάσεις για τη μείωση των επαγγελματικών εκθέσεων θα συνεπάγονταν τη μείωση του νοσολογικού φορτίου της Χ.Α.Π., φαίνεται κοινή λογική να συστήνεται στους ασθενείς να αποφεύγουν τη συνεχή έκθεση σε πιθανούς επιβαρυντικούς παράγοντες, όταν είναι δυνατόν¹⁹.

Τέλος, να αναφερθεί ότι με βάση τα αποτελέσματα μελετών^{156,157} η αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο για Χ.Α.Π., μειωμένη θνητότητα και βελτίωση των σπυρομετρικών τιμών.

Διαιτητικές συμβουλές

Σύσταση 32: Συστήνεται η παραπομπή σε εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας των ασθενών με μη φυσιολογικό Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.), υψηλό (Δ.Μ.Σ.>30) ή χαμηλό (Δ.Μ.Σ.<18.5).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: B

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας και προτείνεται από υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες²⁰.

Σύμφωνα με τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές^{158,159}, ο δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ.) στους ασθενείς με Χ.Α.Π. αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής¹⁵⁸ έδειξαν ότι η επιβίωση των ασθενών με Χ.Α.Π. ήταν στατιστικά σημαντικά μειωμένη τόσο στους ελλιποβαρείς ασθενείς όσο και στους ασθενείς φυσιολογικού βάρους σε σχέση με τους υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς. Παρομοίως, μελέτη κοόρτης¹⁶⁰ συσχέτισε το Δ.Μ.Σ.<21 με αυξημένο κίνδυνο θανάτου, με σημαντικά υψηλότερη θνησιμότητα να παρατηρείται σε ελλιποβαρείς ασθενείς σε σύγκριση με εκείνους που είχαν φυσιολογικό βάρος.

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν ότι η επίδραση του Δ.Μ.Σ. για κάθε αιτία θνησιμότητας εξαρτάται από το στάδιο της Χ.Α.Π. Σημαντική επίδραση του Δ.Μ.Σ. για κάθε αιτία θνησιμότητας ήταν παρούσα μόνο στα άτομα με σοβαρή Χ.Α.Π., στα οποία η θνησιμότητα ήταν χαμηλότερη στα παχύσαρκα άτομα και αυξανόταν, όσο μειωνόταν ο Δ.Μ.Σ. Τέλος, μελέτη κοόρτης¹⁶¹ διαπίστωσε ότι μεταξύ των ασθενών με Χ.Α.Π., η συνολική θνησιμότητα ήταν αυξημένη σε συμμετέχοντες που έχασαν πάνω από μία μονάδα Δ.Μ.Σ., ενώ μεγάλη αύξηση της θνησιμότητας παρατηρήθηκε σε συμμετέχοντες που έχασαν περισσότερες από τρεις μονάδες Δ.Μ.Σ. (περίπου 10 κιλά). Η απώλεια βάρους συσχετίστηκε με αυξημένη θνησιμότητα, ωστόσο, στους υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς (Δ.Μ.Σ.>25) καλύτερη επιβίωση παρατηρήθηκε σε συμμετέχοντες που είχαν σταθερό βάρος ή μείωσαν το βάρος τους.

Για το λόγο αυτό συστήνεται σε ασθενείς με χαμηλό Δ.Μ.Σ. να δίδονται συμπληρώματα διατροφής, για να αυξήσουν τη συνολική θερμιδική τους πρόσληψη και να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης, ώστε να αυξήσουν τα αποτελέσματα των συμπληρωμάτων διατροφής. Τέλος, σε ηλικιωμένους ασθενείς θα πρέπει επίσης να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή σε αλλαγές στο σωματικό τους βάρος, ιδιαίτερα αν η αλλαγή υπερβαίνει τα τρία κιλά²⁰.

Συμμετοχή σε προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης

Σύσταση 33: Συστήνεται η συμμετοχή σε προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης σε όλους τους ασθενείς με περιορισμό λειτουργικής δραστηριότητας (mMRC≥2). Φυσική δραστηριότητα θα πρέπει να συστήνεται σε

όλα τα άτομα με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, ανεξαρτήτως του σταδίου της νόσου.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I
Σύστασης: A

Βαθμός

Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση¹⁶², ενσωματώνοντας ένα ασφαλές πρόγραμμα άσκησης στην καθημερινή τους δραστηριότητα οι ασθενείς με Χ.Α.Π. μειώνουν τη δύσπνοια, βελτιώνουν τη μυϊκή τους δύναμη, τα επίπεδα δραστηριότητας τους, καθώς και γενικότερα την ποιότητα ζωής τους. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα ανέδειξαν σημαντικές βελτιώσεις σχετικά με την ικανότητα διαχείρισης της νόσου στους ασθενείς που συμμετείχαν στα προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης στους ακόλουθους τομείς: μέγιστη ικανότητα άσκησης, λειτουργική ικανότητα άσκησης και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Τα ευρήματα πρόσφατης μετα-ανάλυσης¹⁶³ επιβεβαιώνουν τα παραπάνω. Πιο συγκεκριμένα, η προαναφερθείσα μετα-ανάλυση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πνευμονική αποκατάσταση διάρκειας τουλάχιστον τεσσάρων εβδομάδων οδηγεί σε κλινικά στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών με Χ.Α.Π. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν επίσης ότι η πνευμονική αποκατάσταση οδηγεί σε κλινικά και στατιστικά σημαντική βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας για άσκηση των ασθενών με Χ.Α.Π.

Παρά το γεγονός ότι χρειάζονται περισσότερες έρευνες σχετικά με τα κριτήρια για την επιλογή των ασθενών, από τα ευρήματα μελέτης¹⁶⁴ διαπίστωσαν ότι όλοι οι ασθενείς με Χ.Α.Π. φαίνεται να επωφελούνται από την αποκατάσταση και τη διατήρηση της φυσικής τους δραστηριότητας, τη βελτίωση της αντοχής τους στην άσκηση και τη μείωση της δύσπνοιας και της κόπωσης.

Τα προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης πρέπει να περιλαμβάνουν πολυσύνθετες, διεπιστημονικές παρεμβάσεις, οι οποίες να είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Το πρόγραμμα πνευμονικής αποκατάστασης θα πρέπει να περιλαμβάνει ασκήσεις των άνω και κάτω άκρων, εκγύμναση των εισπνευστικών μυών, εκπαίδευση αναφορικά με τις τεχνικές αυτοδιαχείρισης, καθώς και διατροφικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες²⁰ συστήνουν η παρέμβαση πνευμονικής αποκατάστασης να περιλαμβάνει πρόγραμμα σωματικής άσκησης, εκπαίδευση σχετικά με τη νόσο, καθώς και διατροφικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις.

Συν τοις άλλοις, τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή¹⁶⁵ παραθέτει ισχυρές ενδείξεις ότι προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης εκτός νοσοκομείου είναι οικονομικά αποδοτικότερα σε σύγκριση με τη συνήθη ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Οι παραπάνω ενδείξεις υποστηρίζονται από τα ευρήματα μιας συστηματικής ανασκόπησης¹⁶⁶, η οποία υποστηρίζει ότι ασθενείς με Χ.Α.Π. που συμμετείχαν σε προγράμματα ή παρεμβάσεις διαχείρισης της νόσου, όχι μόνο βελτίωσαν την ποιότητας της ζωής τους και την ικανότητα τους για άσκηση, αλλά μείωσαν και τις εισαγωγές σε νοσοκομείο καθώς και τις ημέρες νοσηλείας ανά άτομο.

Τέλος, παρά το γεγονός ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παροτρύνουν τους ασθενείς με Χ.Α.Π. να συμμετέχουν σε προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης, ο ρόλος αυτός υπογραμμίζεται ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές/ριες. Υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες²⁴ συστήνουν οι νοσηλευτές/ριες να παροτρύνουν τους ασθενείς να συμμετέχουν σε προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης και άσκησης υποστηρίζοντας ότι ασθενείς με Χ.Α.Π. οι οποίοι συμμετέχουν σε τέτοια προγράμματα συνεργάζονται αποτελεσματικότερα με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, επιδεικνύουν μεγαλύτερη κατανόηση των τεχνικών αυτοφροντίδας που αποσκοπούν στην πρόληψη και/ή στην ελαχιστοποίηση των αναπνευστικών λοιμώξεων και των παροξύνσεων της νόσου και συνεπάγονται μείωση της χρήσης των πόρων υγειονομικής περίθαλψης.

Παρηγορητική θεραπεία

Σύσταση 34: Για την αντιμετώπιση ασθενών τελικού σταδίου μπορούν να χορηγηθούν εξατομικευμένα οπιοειδή, βενζοδιαζεπίνες, ηρεμιστικά, αντικαταθλιπτικά και θεραπεία με οξυγόνο.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: B

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας και προτείνεται από υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες²⁰. Η παρηγορητική φροντίδα αποτελεί δύσκολο πεδίο, για να διεξαχθούν έρευνες, για το λόγο αυτό τα στοιχεία σχετικά με τις παρηγορητικές προσεγγίσεις στη Χ.Α.Π. είναι περιορισμένα. Ωστόσο, τα οπιοειδή, οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά, τα ηρεμιστικά, καθώς και η χορήγηση οξυγόνου είναι χρήσιμα για την ανακούφιση των συμπτωμάτων σε ασθενείς στα τελευταία στάδια της Χ.Α.Π.

Ενθάρρυνση συμμετοχής σε ομάδες δράσης ασθενών

Σύσταση 35: Συστήνεται ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια να συμμετέχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας ασθενών και σε σχετικούς συλλόγους, προκειμένου να κινητοποιηθούν και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: B

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στην συνάντηση ομοφωνίας των παρουςών κατευθυντήριων οδηγιών.

Συμμετοχή σε προγράμματα και δράσεις στη κοινότητα

Σύσταση 36: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να συμμετέχουν σε προγράμματα και δράσεις στην κοινότητα και στις περιοχές ευθύνης τους, αποσκοπώντας στην

πρόληψη της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας και κυριότερα της προστασίας της Δημόσιας Υγείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: A

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στην συνάντηση ομοφωνίας των παρουσών κατευθυντήριων οδηγιών.

Πρόληψη

Παρεμβάσεις στην οικογένεια

Σύσταση 37: Συστήνεται η ενθάρρυνση των ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια για επαρκή αερισμό της κατοικίας τους, χρήση μη ρυπογόνων φούρνων/σομπών και χρήση καπνοδόχων.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-1

Βαθμός

Σύστασης: A

Η μείωση της έκθεσης κυρίως γυναικών και παιδιών σε ατμοσφαιρικούς ρύπους που προέρχονται από την καύση βιομάζας αποτελεί κρίσιμο στόχο για τη μείωση του επιπολασμού της Χ.Α.Π. σε όλο τον κόσμο¹⁹.

Η μείωση της ρύπανσης του αέρα, τόσο σε εξωτερικούς όσο και σε εσωτερικούς χώρους είναι εφικτή και απαιτεί ένα συνδυασμό δημόσιας πολιτικής, τοπικών και εθνικών πόρων, πολιτιστικών αλλαγών, καθώς και προστατευτικών μέτρων που πρέπει να λαμβάνουν μεμονωμένα οι ασθενείς.

Τα παραπάνω στοιχεία επιβεβαιώνουν μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή¹⁶⁷ και μια μελέτη επιπολασμού¹⁶⁸, σύμφωνα με τις οποίες συστήνεται ο επαρκής αερισμός της οικίας, το μαγείρεμα με μη ρυπογόνους φούρνους, η χρήση καπνοδόχων και άλλες παρόμοιες παρεμβάσεις που πρέπει να κάνουν μεμονωμένα οι ασθενείς, όταν αυτό είναι εφικτό.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα παραπάνω συστήνονται και οι παρεμβάσεις στην κοινότητα για την πρόληψη και αντιμετώπιση της Χ.Α.Π. Σύμφωνα με τα ευρήματα τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής¹⁶⁹, η υιοθέτηση μιας ολοκληρωμένης παρέμβασης στην κοινότητα για τη Χ.Α.Π. μπορεί να έχει σημαντικά οφέλη, όσον αφορά την πρόληψη, την αντιμετώπιση της νόσου και τη βελτίωση του ετήσιου ρυθμού μείωσης του FEV₁. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες στη προαναφερθείσα μελέτη τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες, αυτήν της ολοκληρωμένης παρέμβασης (συστηματική εκπαίδευση για τη νόσο, εντατική και εξατομικευμένη παρέμβαση, θεραπεία, και αποκατάσταση) και την ομάδα της συνήθους φροντίδας. Μετά το πέρας της παρακολούθησης των συμμετεχόντων για τέσσερα έτη, η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο ετήσιος ρυθμός μείωσης του FEV₁ ήταν σημαντικά χαμηλότερος στην ομάδα παρέμβασης από ότι στην ομάδα ελέγχου. Η ίδια μελέτη υποδεικνύει επίσης υψηλότερα ποσοστά διακοπής καπνίσματος και χαμηλότερα αθροιστικά ποσοστά θανάτου από όλες τις αιτίες θανάτου στην ομάδα παρέμβασης

συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στη γνώση της Χ.Α.Π., στους κινδύνους του καπνίσματος, στην ποιότητα του εξωτερικού αέρα και στις συνθήκες εργασίας επιτεύχθηκαν επίσης.

Αντιγριπικός/αντιπνευμονιοκοκκικός εμβολιασμός

Σύσταση 38: Συστήνεται να γίνεται έλεγχος της κατάστασης των εμβολιασμών, όπως αυτοί προτείνονται από το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού ενηλίκων με έμφαση στους εμβολιασμούς έναντι της γρίπης και του πνευμονιόκοκκου.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-1

Βαθμός

Σύστασης: B

Σύμφωνα με τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή¹⁷⁰, ο εμβολιασμός κατά της γρίπης σε ασθενείς με Χ.Α.Π. μειώνει την πιθανότητα νόσησης από λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού που απαιτούν νοσηλεία. Ακόμη, τα αποτελέσματα προοπτικής μελέτης κοόρτης¹⁷¹ έδειξαν ότι ο αντιγριπικός εμβολιασμός συνδέεται με στατιστικά σημαντική μείωση του αριθμού εισαγωγών ασθενών με Χ.Α.Π. στο νοσοκομείο για πνευμονία (52%) και σημαντική μείωση του κινδύνου θνησιμότητας (70%). Επιπρόσθετα, ευρήματα μελετών από μια μελέτη κοόρτης και μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή^{172,173}, καθώς και υπάρχουσες συστάσεις¹⁷⁴ αναφέρουν ότι ο αντιγριπικός εμβολιασμός δύναται να μειώσει την θνητότητα ασθενών με Χ.Α.Π.

Παράλληλα, ευρήματα προοπτικής μελέτης κοόρτης¹⁷¹ κατέδειξαν ότι ο αντιπνευμονιοκοκκικός εμβολιασμός συνδέεται με στατιστικά σημαντική μείωση του αριθμού εισαγωγών των ασθενών με Χ.Α.Π. στο νοσοκομείο για πνευμονία (27%) και σημαντική μείωση του κινδύνου θνητότητας (34%). Επιπρόσθετα, όταν ο αντιπνευμονιοκοκκικός εμβολιασμός πραγματοποιούνταν συνδυαστικά με τον αντιγριπικό εμβολιασμό, τότε τα οφέλη για τους ασθενείς με Χ.Α.Π. ήταν μεγαλύτερα. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ο αριθμός των εισαγωγών στο νοσοκομείο για πνευμονία μειώθηκε κατά 63%, ενώ εξίσου σημαντική ήταν και η μείωση του κινδύνου θνητότητας κατά 81% συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν είχαν προβεί σε εμβολιασμό. Επιπλέον, μια τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη¹⁷⁵ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο αντι-πνευμονιοκοκκικός εμβολιασμός είναι αποτελεσματικός στην πρόληψη της πνευμονίας της κοινότητας σε ασθενείς με Χ.Α.Π. ηλικίας κάτω των 65 ετών (αποτελεσματικότητα 76%) και σε ασθενείς με σοβαρή απόφραξη των αεραγωγών (αποτελεσματικότητα 48 %).

Παρ'όλα αυτά, μια μετα-ανάλυση¹⁷⁶ υποστηρίζει ότι, ενώ είναι πιθανό τα ενέσιμα πολυδύναμα εμβόλια του πνευμονιόκοκκου να παρέχουν κάποια προστασία έναντι της νοσηρότητας σε άτομα με Χ.Α.Π., τα αποτελέσματά της δεν ανέδειξαν σημαντική συσχέτιση και φαίνεται να απαιτούνται περαιτέρω μεγάλες τυχαιοποιημένες μακροχρόνιες κλινικές δοκιμές για την επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας του εμβολίου.

Παραπομπή

Παραπομπή ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Σύσταση 39: Συστήνεται να γίνεται παραπομπή των ασθενών με Χ.Α.Π. σε εξειδικευμένο ιατρό ανεξαρτήτως του σταδίου της νόσου, όταν υπάρχει κλινική ένδειξη (διαγνωστική αβεβαιότητα, ταχύτερη έκπτωση του FEV₁, αξιολόγηση ανάγκης έναρξης οξυγονοθεραπείας, έναρξη συμπτωμάτων σε ασθενείς κάτω των 40 ετών ή οικογενειακό ιστορικό ανεπάρκειας άλφα 1-αντιθρυψίνης κ.ά.).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: A

Η γνώμη του ειδικού-πνευμονολόγου μπορεί να είναι χρήσιμη σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου. Παραπομπή του ασθενή μπορεί να γίνει για τη διάγνωση της νόσου, τον αποκλεισμό άλλης παθολογίας, τον καθησυχασμό του ασθενή, την ενίσχυση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος, τη βελτιστοποίηση του θεραπευτικού σχήματος ή την εκτίμηση της ανάγκης πιο πολύπλοκων και δαπανηρών θεραπειών σε περιπτώσεις ασθενών με σοβαρού σταδίου Χ.Α.Π.²⁰

Επαγγελματίες υγείας και υπηρεσίες υγείας

Αρμοδιότητες διεπιστημονικής ομάδας Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας

Σύσταση 40: Συστήνεται να γίνεται εκτίμηση των αναγκών του ασθενή, συμβουλευτική σε προγράμματα αυτοφροντίδας, αναγνώριση και παρακολούθηση των ασθενών υψηλού κινδύνου για παροξυσμό, συμβουλευτική φυσικής άσκησης και εκπαίδευση των ασθενών.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: B

Σύμφωνα με υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες²⁰, προκειμένου να επιτευχθεί αποτελεσματική φροντίδα στη Χ.Α.Π., δραστηριότητες για τη διαχείριση της νόσου θα πρέπει να αναληφθούν από άτομα διαφορετικών επαγγελματικών ειδικοτήτων (διεπιστημονική ομάδα). Η διεπιστημονική ομάδα της Χ.Α.Π. θα πρέπει να περιλαμβάνει: ιατρούς, νοσηλευτές/ριες, φυσιοθεραπευτές, ιατρούς της εργασίας και φαρμακοποιούς.

Στις κύριες αρμοδιότητες της διεπιστημονικής ομάδας συγκαταλέγονται:

-Ενέργειες για την αξιολόγηση του ασθενή (διενέργεια σπιρομέτρησης, εκτίμηση της ανάγκης για οξυγονοθεραπεία, αξιολόγηση της ανταπόκρισης του ασθενή στις καθημερινές δραστηριότητες και της ανάγκης του για παροχή βοήθειας, αξιολόγηση της εισπνεόμενης θεραπείας).

-Παροχή φροντίδας και χορήγησή θεραπείας (συμπεριλαμβανομένου του μη-επεμβατικού μηχανικού αερισμού, των προγραμμάτων πνευμονικής αποκατάστασης, των προγραμμάτων νοσηλείας στο σπίτι, την παροχή παρηγορητικής φροντίδας, τη διάγνωση και τη διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης, την παροχή συμβουλών στους ασθενείς σχετικά με τις τεχνικές

χαλάρωσης, τα θέματα διατροφής, την άσκηση, τις παροχές κοινωνικής ασφάλισης και τις συστάσεις σε περιπτώσεις ταξιδιών).

- Παροχή συμβουλών στους ασθενείς αναφορικά με τις στρατηγικές αυτοφροντίδας.
- Αναγνώριση και παρακολούθηση των ασθενών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης παροξύνσεων, καθώς και σχέδιο δράσης που αποσκοπεί στην αποφυγή των εισαγωγών εκτάκτου ανάγκης.
- Παροχή συμβουλών στους ασθενείς σχετικά με την άσκηση.
- Εκπαίδευση των ασθενών και των άλλων επαγγελματιών υγείας.

Πολλές από τις δραστηριότητες της διεπιστημονικής ομάδας που αναφέρθηκαν μπορούν να πραγματοποιηθούν ως μέρος της συνήθους κλινικής πρακτικής από τον επαγγελματία υγείας που παρέχει τη φροντίδα, ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών με σοβαρού σταδίου Χ.Α.Π., ο ασθενής μπορεί να χρήζει παραπομπής σε εξειδικευμένη υπηρεσία. Για το λόγο αυτό προτείνεται η διεπιστημονική ομάδα να περιλαμβάνει συμπληρωματικά: διαιτολόγο, κοινωνικό λειτουργό, εκπαιδευμένο προσωπικό σε θέματα ψυχικής υγείας, νοσηλευτικό προσωπικό ειδικευμένο στις θεραπείες συμπεριφοράς, κλινικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο εξειδικευμένο στη διασυνδεδετική ψυχιατρική.

Όσον αφορά το ρόλο του εξειδικευμένου στην πνευμονολογία νοσηλευτικού προσωπικού στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας, μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τις ατομικές ικανότητες ή και τις τοπικές συνθήκες. Το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να άπτεται ενός ευρέος φάσματος αρμοδιοτήτων, όπως της εκπαίδευσης των ασθενών και των φροντιστών τους, της εκπαίδευσης άλλων επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν ασθενείς με Χ.Α.Π., τον συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας, της ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών και των οικογενειών τους κ.ά.

Σύμφωνα με σύσταση-προϊόν ομοφωνίας από υπάρχουσες νοσηλευτικές κατευθυντήριες οδηγίες²⁴, προτείνεται οι νοσηλευτές που εργάζονται με άτομα με δύσπνοια που οφείλεται στη Χ.Α.Π. να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, για να:

- Αναγνωρίζουν τη σημασία της αυτο-αναφοράς της δύσπνοιας του ασθενή
- Προβαίνουν στις κατάλληλες παραπομπές σε κατάλληλες ιατρικές και κοινοτικές δομές
- Παρέχουν εκπαίδευση στους ασθενείς με Χ.Α.Π. όπως: στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος, πνευμονική αποκατάσταση/ασκήσεις, στρατηγικές εκπαίδευσης απόχρεμψης, επανεκπαίδευση σε στρατηγικές αναπνοής, στρατηγικές εξοικονόμησης ενέργειας, τεχνικές χαλάρωσης, διατροφικές στρατηγικές, στρατηγικές ρόλου/λογικής που διέπουν τη θεραπεία με οξυγόνο καθώς και της λήψης φαρμάκων, τεχνικές εισπνευστικών συσκευών και αυτοφροντίδας της νόσου και σχέδια δράσης, διευθέτηση ζητημάτων ασθενών τελικού σταδίου.

Συνεισφορά νοσηλευτών/ριων στην αυτοφροντίδα του ασθενή και εκπαίδευση του ασθενή

Σύσταση 41: Συστήνεται η εκπαίδευση των νοσηλευτών/ριών και των άλλων επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την απόκτηση των απαραίτητων δεξιοτήτων και γνώσεων αναφορικά με την εκτίμηση της ικανότητας των ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια να χρησιμοποιούν συσκευές εισπνεόμενων φαρμάκων και την εκπαίδευση των ασθενών στην ανάπτυξη τεχνικών αυτοφροντίδας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός

Σύστασης: B

Ένας αριθμός υποκειμενικών παραγόντων επηρεάζουν την ανταπόκριση των ασθενών με Χ.Α.Π. σε στρατηγικές αυτοφροντίδας, μεταξύ των οποίων είναι: η σοβαρότητα της νόσου, τα προσωπικά κίνητρα, η κατανόηση της στρατηγικής αυτοφροντίδας, η αυτοπεποίθηση και η ικανότητα του ασθενή να ασκεί δραστηριότητες περιορίζοντας τα επεισόδια δύσπνοιας. Οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν αυτές τις δεξιότητες ή μπορεί να μην έχουν τη δυνατότητα να τις εφαρμόσουν. Η υιοθέτηση μίας μεθόδου εκπαίδευσης των ασθενών αναφορικά με τις στρατηγικές αυτοφροντίδας της Χ.Α.Π. μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα χρήσιμη για την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοφροντίδας²⁴.

Τα αποτελέσματα 2 μελετών ανασκόπησης^{177,178} υποδεικνύουν ότι η χρήση εισπνεόμενων φαρμάκων είναι πολύ διαδεδομένη για παθήσεις όπως η Χ.Α.Π., ωστόσο αρκετοί ασθενείς έχουν δυσκολίες στην εκμάθηση της σωστής τεχνικής εισπνοής. Επιπρόσθετα, μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατέγραψε ότι μόνο το 46-59% των ασθενών χρησιμοποιούν τις συσκευές εισπνεόμενων φαρμάκων σωστά¹⁷⁹. Με αυτό το δεδομένο, τόσο οι νοσηλευτές/ριες όσο και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να είναι σε θέση να υποδείξουν τη σωστή τεχνική εισπνοής στους ασθενείς, να εκτιμήσουν την ικανότητα τους και να βελτιώσουν την τεχνική τους στην περίπτωση που δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά^{177,178}.