



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ

ΑΜ:866

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΛΕΥΚΟΘΕΑ ΜΑΤΣΟΥΛΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2025

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract	4
1. 65	
2. 109	
3. 1211	
4. 1716	
5. 2322	
6. Καρδιολογικά νοσήματα	22
Τύποι καρδιολογικών παθήσεων	23
Στεφανιαία Νόσος	23
Καρδιακή ανεπάρκεια	23
Καρδιακή βαλβιδοπάθεια	24
Καρδιομυοπάθεια	24
Καρδιακή αρρυθμία	24
Περικαρδίτιδα	24
Επιδημιολογία	25
Παράγοντες κινδύνου	25
Διάγνωση	25
7. Διαχείριση των καρδιολογικών νοσημάτων	26
Πρόληψη	26
Άσκηση	26
Διατροφή	27
Κατανάλωση προϊόντων καπνού	27
Σωματικό βάρος	28
Κατανάλωση αλκοόλ	28
Επίπεδα λιπιδίων	29
Υπέρταση	29
Αντιμετώπιση Διαβήτη	30
Χορήγηση ασπιρίνης	30

Θεραπεία	31
Φαρμακευτικές Θεραπείες	31
Χειρουργικές και επεμβατικές προσεγγίσεις	32
8. Ρόλος του νοσηλευτή	32
8.1 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα	32
8.2 Ο Νοσηλευτικός Ρόλος στη Διαχείριση των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων	36
8.3 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε Καρδιακή Ανεπάρκεια	39
8.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Πρόληψη των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων	42
8.5 Νοσηλευτική Φροντίδα σε Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (ΟΕΜ)	46
8.6 Νοσηλευτική Φροντίδα στην Υπέρταση	49
8.7 Νοσηλευτική Φροντίδα σε Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ)	53
9. Κλειδί η πρόληψη	53
Γενικά συμπεράσματα	66
Βιβλιογραφία	68

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αναλύει το φαινόμενο των καρδιαγγειακών παθήσεων, ένα από τα κύρια αίτια θανάτου παγκοσμίως. Εξετάζονται οι συχνότερες μορφές, όπως η καρδιακή νόσος και τα εγκεφαλικά επεισόδια, καθώς και οι παράγοντες κινδύνου που περιλαμβάνουν υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία, άσκηση, διατροφή, και γενετική προδιάθεση. Εξετάζονται επίσης οι μέθοδοι διάγνωσης, η φαρμακευτική αγωγή, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, και οι θεραπείες αποκατάστασης. Η πρόληψη, με τη μέσω υγιεινής διατροφής, σωματικής άσκησης και διαχείρισης του στρες, αναδεικνύεται ως κρίσιμη πτυχή. Τέλος, επισημαίνονται τα ερευνητικά ευρήματα που εξερευνούν τις συσχετίσεις μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και των καρδιαγγειακών παθήσεων.

ABSTRACT

The paper examines the phenomenon of cardiovascular diseases, one of the leading causes of death globally. It explores common forms such as heart disease and strokes, along with risk factors including hypertension, hypercholesterolemia, exercise, diet, and genetic predisposition. Diagnostic methods, pharmaceutical interventions, lifestyle changes, and rehabilitation therapies are discussed. Prevention, through a healthy diet, physical exercise, and stress management, is highlighted as a crucial aspect. Lastly, research findings investigating the correlations between genetic and environmental factors and cardiovascular diseases are emphasized.

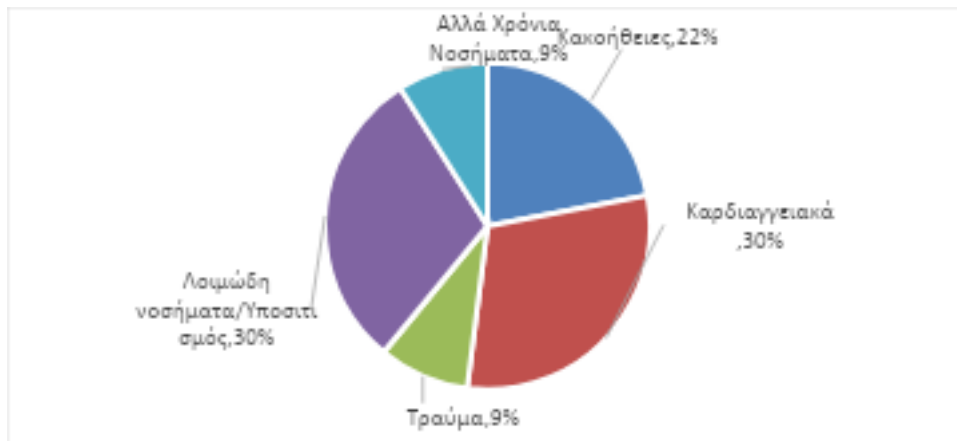
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα πρόκειται για μια ευρύτερη ομάδα νοσημάτων που πλήττουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία δημιουργώντας την αθηρωματική πλάκα. Αυτό επιφέρει την στένωση των αγγείων δυσχεραίνοντας την ομαλή κυκλοφορία του αίματος. Η αθηροσκλήρυνση προκαλείται σε βάθος χρόνου, με την σταδιακή σκλήρυνση των τοιχωμάτων των αιμοφόρων αγγείων. Πιο συγκεκριμένα, τα πιο συχνά καρδιαγγειακά νοσήματα που προσβάλλουν το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων είναι η στεφανιαία νόσος, η περιφερική αγγειακή νόσος και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Για τους παραπάνω λόγους, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα καρδιαγγειακά νοσήματα ενοχοποιούνται για το θάνατο εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως, αποτελώντας την κύρια αιτία θανάτου μεταξύ ανδρών και γυναικών, τόσο στις χώρες της Ευρώπης, όσο και στον υπόλοιπο κόσμο, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 45% των θανάτων. Τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκαλούν το θάνατο του 49% των γυναικών και το 40% των ανδρών. (Townsend et al., 2015)

Οι καρδιακές παθήσεις αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, με τα καρδιαγγειακά νοσήματα (CVD) να ευθύνονται για ένα σημαντικό μέρος όλων των θανάτων. Το 2016, το τυποποιημένο για την ηλικία ποσοστό θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ελλάδα ήταν 183,7 ανά 100.000 πληθυσμού, το οποίο είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Αυτό δείχνει ότι οι καρδιακές παθήσεις συμβάλλουν σημαντικά στην επιβάρυνση των ασθενειών στην Ελλάδα. Το ποσοστό θνησιμότητας από καρδιοπάθειες είναι ιδιαίτερα υψηλό μεταξύ των μεσήλικων και των ηλικιωμένων πληθυσμών, με αξιοσημείωτη αύξηση της συχνότητας των καρδιοπαθειών στις γυναίκες τα τελευταία χρόνια.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου μεταξύ ανδρών και γυναικών, τόσο στις χώρες της Ευρώπης, όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Περίπου 17,5 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν, σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. από καρδιαγγειακά νοσήματα το 2005. Πιο συγκεκριμένα τα 7 εκατομμύρια κατέληξαν από στεφανιαία νόσο, και 6 εκατομμύρια από εγκεφαλικό (Atlas of Heart Disease and Stroke, 2004).



Εικόνα 1- Ποσοστό θανάτων που οφείλονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα, Πηγή: World Health Organization. Global Atlas on heart disease and stroke , 2004

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα ταυτίζονται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο ζωής του σημερινού ανθρώπου, και επηρεάζονται από ένα μεγάλο σύνολο παραγόντων κινδύνου. Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους τα καρδιαγγειακά νοσήματα συναντώνται συχνότερα στις ανεπτυγμένες χώρες είναι μεταξύ άλλων : η υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής, η παχυσαρκία, η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η απομάκρυνση από τη μεσογειακή διατροφή, σε συνδυασμό με τη παραμέληση της υγείας.

Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για καρδιακές παθήσεις στην Ελλάδα περιλαμβάνουν την υψηλή αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, την υψηλή χοληστερόλη, την παχυσαρκία, τη σωματική αδράνεια και την ανθυγιεινή διατροφή. Συγκεκριμένα, η υψηλή αρτηριακή πίεση συμβάλλει σημαντικά στο υψηλό ποσοστό καρδιακών παθήσεων στην Ελλάδα, καθώς υπολογίζεται ότι το 50% των ενηλίκων έχει υψηλή αρτηριακή πίεση. Επιπλέον, ο επιπολασμός του διαβήτη τύπου 2 είναι επίσης υψηλός στην Ελλάδα, με περίπου 9,7% του πληθυσμού να έχει την πάθηση, η οποία αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου για καρδιακές παθήσεις. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν περιλαμβάνουν τη φτώχεια, τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης και την έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Παράλληλα, η έλλειψη σωματικής άσκησης εντείνει το πρόβλημα, αυξάνοντας σημαντικά τον κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Επίσης, η υψηλή χοληστερόλη και κατανάλωση πλήθους λιπαρών τροφών, συμβάλλουν στο υψηλό ποσοστό καρδιακών παθήσεων στην χώρα μας.

Ωστόσο, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του ΠΟΥ, το 80% των περιστατικών πρόωρου θανάτου που αποδίδονται σε καρδιακά νοσήματα και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί με την πραγματοποίηση δραστικών αλλαγών στον τρόπο ζωής του ανθρώπου, με την υιοθέτηση μιας ισορροπημένης διατροφής, συστηματική σωματική άσκηση, και αποφυγή του καπνίσματος.

Ακόμα, η ενημέρωση και η πρόληψη παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην αποφυγή και την καταστολή των καρδιαγγειακών παθήσεων. Για αυτό το σκοπό είναι υψίστης σημασίας, το κράτος να συμβάλλει κι αυτό με την σειρά του στη μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων μέσω της προώθησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Η ελληνική κυβέρνηση έχει εφαρμόσει αρκετά προγράμματα και πρωτοβουλίες με στόχο τη μείωση του φόρτου των καρδιοπαθειών στη χώρα. Αυτά περιλαμβάνουν την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής, τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και την αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τις καρδιακές παθήσεις και τους παράγοντες κινδύνου. Το ελληνικό Υπουργείο Υγείας έχει επίσης καθιερώσει ένα εθνικό πρόγραμμα για την πρόληψη και τον έλεγχο των καρδιαγγειακών νοσημάτων, το οποίο περιλαμβάνει πρωτοβουλίες με στόχο τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τη μείωση των παραγόντων κινδύνου και την αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού. Απώτερος σκοπός αυτού του εθνικού σχεδίου δράσης είναι να ενημερώσει τους πολίτες για θέματα που αφορούν την υγεία της καρδιάς και των αγγείων, και να τους παρακινήσει να ακολουθήσουν πιο υγιεινές συνήθειες. Επιπλέον, υπάρχουν πολλά προγράμματα και πρωτοβουλίες που στοχεύουν στη βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα ασθενών με καρδιοπάθεια, συμπεριλαμβανομένων των κινητών κλινικών υγείας και των υπηρεσιών τηλεϊατρικής.

Είναι γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων στην Ελλάδα, δεν καταναλώνουν αρκετή ποσότητα φρούτων και λαχανικών ώστε να λαμβάνουν όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι δεν γνωρίζουν τα οφέλη που προσφέρουν για την υγεία μας. Επιπλέον, η συχνή σωματική άσκηση συμβάλλει στη μείωση της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης, που αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις.

Παρά τις προσπάθειες αυτές, εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις για την αντιμετώπιση των καρδιακών παθήσεων στην Ελλάδα. Μία από τις κύριες προκλήσεις είναι η περιορισμένη

πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, όπου ζουν πολλοί άνθρωποι. Μια άλλη πρόκληση είναι η έλλειψη πόρων για την πρόληψη και τη διαχείριση ασθενειών, η οποία μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των προσπαθειών για τη μείωση του φόρτου των καρδιακών παθήσεων στην Ελλάδα. Επιπλέον, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει αντιμετωπίσει σημαντικούς οικονομικούς περιορισμούς τα τελευταία χρόνια, γεγονός που έχει επηρεάσει την ικανότητά του να παρέχει επαρκείς πόρους για την πρόληψη και τη διαχείριση ασθενειών.

Τα αίτια των καρδιαγγειακών νοσημάτων μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο περιπτώσεις. Πρώτον, τα καρδιαγγειακά νοσήματα που αποδίδονται στην αθηροσκλήρυνση:

- Στεφανιαία νόσος
- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Παθήσεις της αορτής και των αρτηριών.

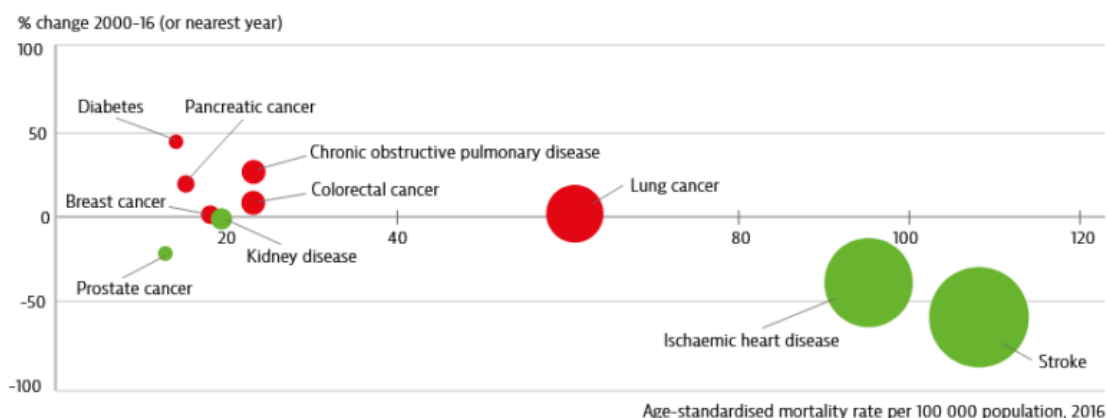
Δεύτερον, άλλα αίτια που ανευρίσκονται σε :

- Συγγενείς καρδιοπάθειες
- Ρευματική καρδιακή νόσος
- Καρδιομυοπάθειες
- Καρδιακές αρρυθμίες

(World Health Organization. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control, 2011)

2. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων για την Ελλάδα είναι ιδιαίτερος ανησυχητικά, καθώς πρόκειται για ένα από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης που βρίσκονται πλέον στη δυσμενή λίστα με τις χώρες που οι πολίτες της πλήττονται σε μεγάλο βαθμό από ισχαιμική καρδιοπάθεια και εγκεφαλικό (εικ. 2) (Michas, Karvelas, & Trikas, 2019). Συνεπώς, τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στην χώρα μας. Πιο συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι το ένα δεύτερο του συνόλου των θανάτων στη χώρα μας προκαλούνται από καρδιαγγειακές παθήσεις. Σε αυτό το ποσοστό το 50% περίπου αφορά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και το 50% εμφράγματα.



Εικόνα 2- Οι κύριες αιτίες θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους.

Για να μελετήσουμε το πλήθος των ανθρώπων που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα, κάνουμε αναφορά στο επιπολασμό της εκάστοτε πάθησης δηλαδή στο αριθμό των περιπτώσεων προς το συνολικό πληθυσμό. Σύμφωνα με την EMENO (2013-2016), σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 4822 άτομα, εκ των οποίων το 51,2 ήταν γυναίκες με διάμεση ηλικία τα 47,9 έτη, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 39,2%, με μεγαλύτερο ποσοστό στους άνδρες (42,4%) από ότι στις γυναίκες (36,1%). Αντίστοιχα, ο επιπολασμός της υπερχοληστερολαιμίας βρέθηκε 60,2%, όμοια κατανομημένη σε άνδρες (59,5%) και γυναίκες (60,9%). Έπειτα, ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη υπολογίζεται στο 11,6%, με παρόμοια ποσοστά σε άνδρες (12,4%) και γυναίκες (10,9%). Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας υπολογίζεται στο 32,1%, με υψηλότερες τιμές στις γυναίκες (33,5%) παρά στους άνδρες (30,2%). Αντιθέτως, στις νεότερες ηλικίες, σε άτομα ηλικίας 18–40 ετών ο επιπολασμός της

παχυσαρκίας ήταν υψηλότερος στους άνδρες. Τέλος, οι τιμές του επιπολασμού για το κάπνισμα υπολογίζονται στο 38,2%, με υψηλότερα ποσοστά στους άνδρες (44,0%) από ότι στις γυναίκες (32,7%).

Ωστόσο, τα ποσοστά επιπολασμού των παραγόντων κινδύνου που μόλις αναλύθηκαν εξαρτώνται και από άλλους παράγοντες όπως είναι η ηλικία, σημειώνοντας σημαντική αύξηση. Παρόλα αυτά στην περίπτωση του καπνίσματος δεν συνέβη το ίδιο, αλλά ακολουθήθηκε μια καμπύλη αντίστροφου σχήματος U (Giota Touloumi & Et.al, 2020).

3. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα 2008 – 2012, οι καρδιαγγειακές παθήσεις αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων που μπορεί να επηρεάσουν τη καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία, συμπεριλαμβανομένων των παθήσεων:

Στεφανιαία νόσος (ΣΝ)

Η στεφανιαία νόσος περιγράφει την κατάσταση της στένωσης των αιμοφόρων αγγείων (στεφανιαίων αγγείων) τα οποία στέλνουν ποσότητα αίματος στην καρδιά. Η ΣΝ προκαλείται από τη συσσώρευση πλάκας στις στεφανιαίες αρτηρίες, οι οποίες παρέχουν αίμα και οξυγόνο στον καρδιακό μυ. Η συσσώρευση πλάκας μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό θρόμβων αίματος, οι οποίοι μπορούν να εμποδίσουν εν μέρει ή πλήρως τη ροή του αίματος στον καρδιακό μυ. Η CHD είναι η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως και συχνά σχετίζεται με άλλους παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, η υψηλή αρτηριακή πίεση, η υψηλή χοληστερόλη, η παχυσαρκία και η καθιστική ζωή. Η έγκαιρη ανίχνευση και διαχείριση της ΣΝ μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη σοβαρών επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένων των καρδιακών προσβολών και της καρδιακής ανεπάρκειας. Μπορεί να βρεθεί και με την ονομασία Ισχαιμική καρδιακή νόσος.

Καρδιακή ανεπάρκεια

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια περίπλοκη κατάσταση που εμφανίζεται όταν ο καρδιακός μυς δεν μπορεί να αντλήσει αρκετό αίμα για να καλύψει τις ανάγκες του σώματος. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της βλάβης του καρδιακού μυός από προηγούμενα καρδιακά επεισόδια, της υψηλής αρτηριακής πίεσης και των προβλημάτων της καρδιακής βαλβίδας. Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια προοδευτική κατάσταση και η αντιμετώπισή της απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση που μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής, φάρμακα και σε ορισμένες περιπτώσεις χειρουργική επέμβαση.

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο πρόκειται για μια μεταβολή στην φυσιολογική κυκλοφορία του αίματος στον εγκέφαλο. Αυτό μπορεί να προκληθεί είτε από την ξαφνική διακοπή της αιμάτωσης του εγκεφάλου, πχ. μετά από μια ισχαιμική προσβολή, είτε από μια εσωτερική αιμορραγία, μετά από την ρήξη ενός αιμοφόρου αγγείου εντός του εγκεφάλου. Διάφοροι

παράγοντες οι οποίοι μπορεί να συμβάλλουν στην πρόκληση ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι: η υπέρταση, η κολπική μαρμαρυγή, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ανθυγιεινή διατροφή, η υπερλιπιδαιμία, η γήρανση, και η απουσία σωματικής άσκησης.

Ρευματική καρδιοπάθεια

Η ρευματική καρδιοπάθεια πρόκειται για μια πάθηση που προσβάλλει την καρδιά και τις βαλβίδες της και προκαλείται μετά από στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα/αμυγδαλίτιδα. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της είναι η εμφάνιση του λεγόμενου ρευματικού πυρετού.

Βαλβιδοκαρδιοπάθεια

Η βαλβιδική καρδιακή νόσος προκαλείται από προβλήματα με μία ή περισσότερες από τις καρδιακές βαλβίδες, οι οποίες ρυθμίζουν τη ροή του αίματος μέσω της καρδιάς. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει καταστάσεις όπως αορτική στένωση (στένωση της αορτικής βαλβίδας), ανεπάρκεια μιτροειδούς (διαρροή αίματος προς τα πίσω μέσω της μιτροειδούς βαλβίδας) και άλλα προβλήματα βαλβίδας. Η διαχείριση της βαλβιδικής καρδιακής νόσου μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής, φάρμακα και σε ορισμένες περιπτώσεις, χειρουργική επέμβαση για την επιδιόρθωση ή την αντικατάσταση της προσβεβλημένης βαλβίδας.

Συγγενείς καρδιοπάθειες

Πρόκειται για ανωμαλίες των καρδιαγγειακών δομών, όπως η μεσοκοιλιακή ή κολπικές ανωμαλίες, ανωμαλίες των βαλβίδων, ανωμαλίες του καρδιακού θαλάμου, υπάρχουν από τη γέννηση. Οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες όπως τα σύνδρομα ή περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η χρήση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενδομήτρια λοίμωξη μητρικός υποσιτισμός (χαμηλή πρόσληψη φυλλικού οξέος), συγγένεια αίματος μεταξύ γονέων. Η διαχείριση της συγγενούς καρδιοπάθειας μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή και στενή παρακολούθηση από καρδιολόγο.

Καρδιακές αρρυθμίες

Οι καρδιακές αρρυθμίες είναι ακανόνιστη ηλεκτρική δραστηριότητα στην καρδιά που προκαλείται από διάφορους λόγους, όπως καρδιακές παθήσεις, δομικές ανωμαλίες της καρδιάς και ορισμένα φάρμακα όπως καρδιακές παθήσεις, δομικές ανωμαλίες της καρδιάς και

ορισμένα φάρμακα. Οι αρρυθμίες μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή όταν εμφανίζονται κατά τη διάρκεια ενός σοβαρού καρδιακού επεισοδίου, όπως ένα έμφραγμα. Ορισμένες αρρυθμίες προκαλούνται από υποκείμενα καρδιακά προβλήματα και ορισμένες προκαλούνται από τον τρόπο ζωής μας. Επομένως, η αιτία των καρδιακών αρρυθμιών είναι δύσκολο να προσδιοριστεί.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν μια σειρά από βήματα που μπορούν να ακολουθήσουν τα άτομα για να βοηθήσουν στην πρόληψη των αρρυθμιών και να μειώσουν τον κίνδυνο θανάτου από αυτές. Η διαχείριση των αρρυθμιών μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής, φάρμακα και σε ορισμένες περιπτώσεις, ιατρικές διαδικασίες όπως κατάλυση (καταστροφή καρδιακού ιστού που προκαλεί αρρυθμίες) ή εμφύτευση βηματοδότη ή απινιδωτή.

Παθήσεις αορτής

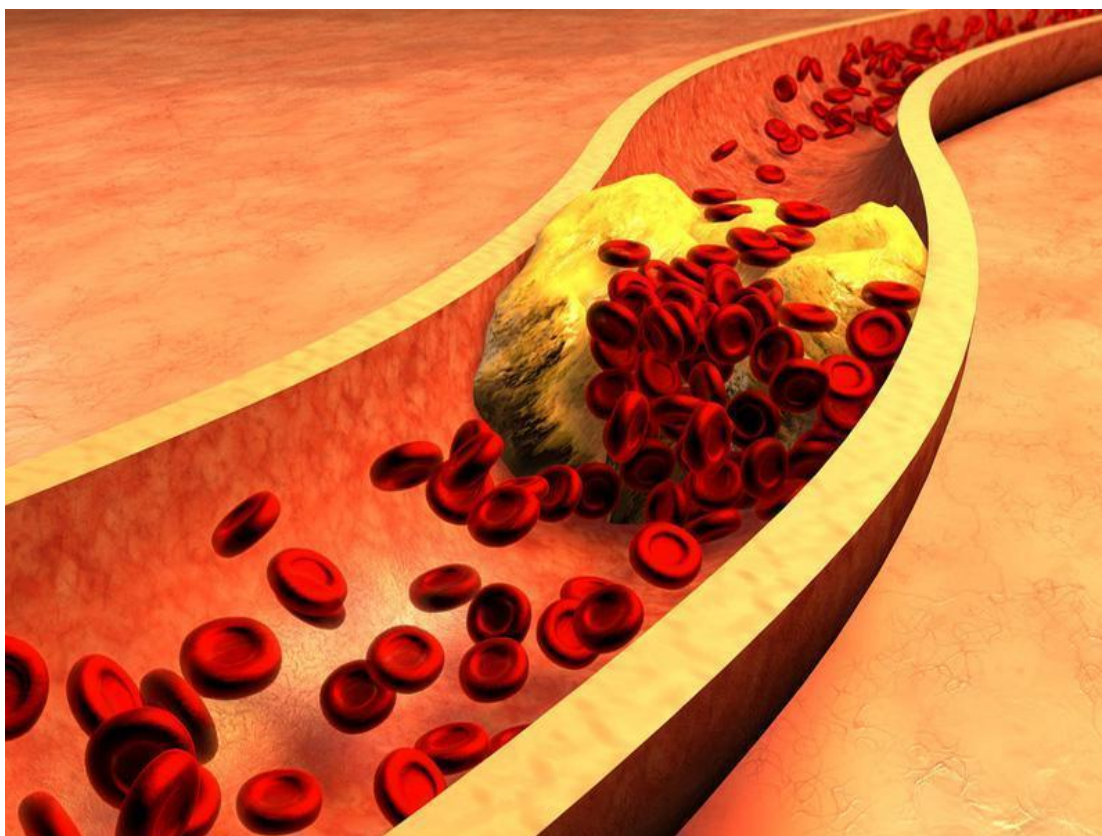
Οι ασθένειες της αορτής είναι καταστάσεις που επηρεάζουν την αορτή, η οποία είναι το μεγαλύτερο αιμοφόρο αγγείο του σώματος. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει καταστάσεις όπως αορτικό ανεύρυσμα (διαστολή της αορτής), αορτική ανατομή (σχίσσιμο του αορτικού τοιχώματος) και άλλα αορτικά προβλήματα. Η διαχείριση των αορτικών ασθενειών μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής, φάρμακα και σε ορισμένες περιπτώσεις, χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση ή την αντικατάσταση του προσβεβλημένου τμήματος της αορτής.

Παθήσεις των αγγείων

Αρτηριοσκλήρυνση

Η αρτηριοσκλήρυνση ή αθηρωμάτωση είναι εκφυλιστική πάθηση των μεγάλου και μεσαίου μεγέθους αρτηριών, η οποία προσβάλλει μεγάλες αλλά και μικρές ηλικίες. Προκαλείται λόγω δημιουργίας μιας πλάκας, του λεγόμενου αθηρώματος, στο εσωτερικό τοίχωμα των αγγείων.

Το 1958, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) όρισε την αρτηριοσκλήρυνση ως: "το σύνολο των μεταβολών του ενδοθηλίου των αρτηριών, που περιλαμβάνει την τοπική συγκέντρωση λιποειδών, βλεννοπολυσακχαριτών, αίματος και προϊόντων του ινώδους ιστού και ασβεστίου, με συνύπαρξη αλλοιώσεων στο μέσο χιτώνα".



Αρτηριακή πίεση (Υπέρταση, υπόταση)

Η υπέρταση (HTN) ή υψηλή αρτηριακή πίεση, μερικές φορές αρτηριακή υπέρταση, είναι μία χρόνια πάθηση κατά την οποία η αρτηριακή πίεση στις αρτηρίες είναι αυξημένη. Αυτή η αύξηση της πίεσης κάνει την καρδιά να εργάζεται πιο εντατικά από το φυσιολογικό για να κυκλοφορεί το αίμα μέσω των αιμοφόρων αγγείων. Η αρτηριακή πίεση περιλαμβάνει δύο μετρήσεις, τη συστολική και τη διαστολική, που εξαρτώνται από το εάν ο καρδιακός μυς συστέλλεται (συστολή) ή χαλαρώνει μεταξύ των παλμών (διαστολή). Η φυσιολογική αρτηριακή πίεση σε κατάσταση ηρεμίας κυμαίνεται από 100 έως 140 mmHg συστολική (ανώτατη μέτρηση) και από 60 έως 90 mmHg διαστολική (κατώτατη μέτρηση). Υπάρχει υψηλή αρτηριακή πίεση εάν είναι μονίμως σε επίπεδα 140/90 mmHg ή παραπάνω.

Η υπέρταση είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για το εγκεφαλικό, το έμφραγμα του μυοκαρδίου (καρδιακή προσβολή), την καρδιακή ανεπάρκεια, τα ανευρύσματα των αρτηριών (π.χ., ανεύρυσμα αορτής), την περιφερική αρτηριακή νόσο και είναι η αιτία της χρόνιας νεφρικής νόσου. Ακόμα και η μέτρια αύξηση της αρτηριακής πίεσης σχετίζεται με το μειωμένο προσδόκιμο ζωής. Οι αλλαγές στον τρόπο διατροφής και ζωής μπορούν να βελτιώσουν τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και να μειώσουν τον κίνδυνο των επιπλοκών που σχετίζονται

με την υγεία. Ωστόσο, συχνά είναι απαραίτητη η λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα για τα οποία οι αλλαγές στον τρόπο ζωής είναι αναποτελεσματικές ή ανεπαρκείς.



4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων ως επί το πλείστον είναι τροποποιήσιμοι και ελεγχόμενοι, και διακρίνονται με την σειρά τους σε μεταβολικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες. Στους μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου συγκαταλέγεται : η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερλιπιδαιμία και η παχυσαρκία. Αντίστοιχα, στους συμπεριφορικούς παράγοντες συγκαταλέγεται : το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και άσκησης, το αλκοόλ, η έλλειψη μιας ισορροπημένης διατροφής, το στρες, η φαρμακευτική αγωγή (πχ. Αντισυλληπτικά), και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο διαβίωσης.

Πίνακας 2 - Παράγοντες που προκαλούν καρδιαγγειακά νοσήματα.

Μείζονες τροποποιήσιμοι	Άλλοι τροποποιήσιμοι	Μη τροποποιήσιμοι	Νεότεροι παράγοντες
1. Αρτηριακή υπέρταση 2.Υπερλιπιδαιμία 3. Κάπνισμα 4. Παχυσαρκία 5. Ανθυγιεινή διατροφή 6. Σακχαρώδης διαβήτης 7. Ελλιπής άσκηση	1. Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο 2. Διαταραχές ψυχικής υγείας 3. Ψυχολογικό στρες 4. Κατάχρηση αλκοόλ 5. Φαρμακευτική αγωγή π.χ. αντισυλληπτικά	1. Ηλικία 2. Οικογενειακό ιστορικό 3. Φύλο 4. Φυλή και εθνικότητα	1.Ομοκυστιναιμία 2. Φλεγμονή 3. Διαταραχές πηκτικότητας

Υψηλή αρτηριακή πίεση

Η υπέρταση συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη καρδιακών παθήσεων. Αυξάνει τον φόρτο εργασίας στην καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία και μπορεί να προκαλέσει δομικές αλλαγές στα αιμοφόρα αγγεία, όπως πάχυνση και ακαμψία. Με την πάροδο του χρόνου, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη στην καρδιά και στα αιμοφόρα αγγεία, συμπεριλαμβανομένου του σχηματισμού πλάκας στις αρτηρίες. Η αποτελεσματική διαχείριση της υψηλής αρτηριακής πίεσης μπορεί να απαιτεί συνδυασμό αλλαγών στον τρόπο ζωής, όπως μείωση της πρόσληψης αλατιού, αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και απώλεια βάρους, καθώς και φάρμακα, όπως

αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (αναστολείς ΜΕΑ) και αναστολείς των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARBs).

Υψηλή χοληστερόλη

Τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης (LDL) συμβάλλουν στον σχηματισμό πλάκας στις αρτηρίες, η οποία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων. Αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω αλλαγών στον τρόπο ζωής, όπως η μείωση της πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, καθώς και με φάρμακα, όπως οι στατίνες.

Κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι ένας καθιερωμένος παράγοντας κινδύνου για καρδιακές παθήσεις, καθώς αυξάνει τον κίνδυνο σχηματισμού πλάκας στις αρτηρίες και μπορεί να προκαλέσει οξειδωτικό στρες και φλεγμονή, που μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη των αιμοφόρων αγγείων. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη μείωση του κινδύνου καρδιακών παθήσεων και μπορεί επίσης να βελτιώσει άλλα αποτελέσματα για την υγεία, όπως η μείωση του κινδύνου καρκίνου και αναπνευστικών ασθενειών.



Διαβήτης

Ο διαβήτης είναι μια χρόνια πάθηση που αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων λόγω των επιπτώσεών του στα αιμοφόρα αγγεία, συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου οξειδωτικού στρες, της φλεγμονής και της μειωμένης ροής του αίματος. Η αποτελεσματική διαχείριση του διαβήτη μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως μείωση βάρους και αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, καθώς και φάρμακα, όπως ινσουλίνη και από του στόματος υπογλυκαιμικοί παράγοντες, για τη ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα.



Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι ένας πολύπλοκος παράγοντας κινδύνου για καρδιακές παθήσεις που σχετίζεται με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, η υψηλή χοληστερόλη και ο διαβήτης. Η αποτελεσματική διαχείριση της παχυσαρκίας μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως μείωση της πρόσληψης θερμίδων και αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, καθώς και βαριατρική χειρουργική επέμβαση σε ορισμένες περιπτώσεις.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, έχει καταγραφεί ότι ένα ποσοστό της τάξης 30% των εμφραγμάτων και των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, καθώς και το 60% της υπερτασικής νόσου, αποδίδονται στην παχυσαρκία.



Σωματική αδράνεια

Ο καθιστικός τρόπος ζωής συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων, καθώς και με άλλα προβλήματα υγείας, όπως η παχυσαρκία και ο διαβήτης. Η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου καρδιακών παθήσεων βελτιώνοντας την καρδιαγγειακή ικανότητα, μειώνοντας το οξειδωτικό στρες και τη φλεγμονή και ρυθμίζοντας τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα.



Οικογενειακό ιστορικό

Το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας πολύπλοκος παράγοντας κινδύνου για καρδιακή νόσο που μπορεί να αντανakλά κοινούς γενετικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες και παράγοντες του τρόπου ζωής. Το οικογενειακό ιστορικό καρδιακής νόσου θα πρέπει να θεωρείται ως μέρος

μιας ολοκληρωμένης αξιολόγησης των παραγόντων κινδύνου για καρδιακή νόσο και μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις διαχείρισης, όπως η έγκαιρη έναρξη τροποποίησης των παραγόντων κινδύνου και η στενότερη παρακολούθηση από έναν επαγγελματία υγείας.

Κακή διατροφή

Μια δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά, τρανς λιπαρά και χοληστερόλη και χαμηλή σε φρούτα, λαχανικά και δημητριακά ολικής αλέσεως, μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη καρδιακών παθήσεων αυξάνοντας τον κίνδυνο υψηλής αρτηριακής πίεσης, υψηλής χοληστερόλης και την παχυσαρκία. Η υιοθέτηση μιας υγιεινής διατροφής με χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά, τρανς λιπαρά και χοληστερόλη και υψηλή σε φρούτα, λαχανικά και δημητριακά ολικής αλέσεως, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου καρδιακών παθήσεων.



5. Συμπεράσματα

Συχνότητα και Επιδημιολογία:

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Συχνότερες μορφές περιλαμβάνουν την καρδιακή νόσο, τα εγκεφαλικά επεισόδια και τις περιφερικές αγγειοπαθείες.

Παράγοντες Κινδύνου:

Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την υπέρταση, τη υπερχοληστεροληστερολαιμία, την άσκηση, τη διατροφή, την καπνοχρήση και τη γενετική προδιάθεση.

Διάγνωση και Αντιμετώπιση:

Η διάγνωση περιλαμβάνει κλινικές εξετάσεις, εργαστηριακές εξετάσεις και εικονολογικές μεθόδους όπως η αγγειογραφία. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, αλλαγές στον τρόπο ζωής, επεμβάσεις και θεραπείες αποκατάστασης.

Πρόληψη:

Η πρόληψη είναι ουσιαστική και περιλαμβάνει υγιεινή διατροφή, σωματική άσκηση, διαχείριση του στρες και την αποφυγή του καπνίσματος.

Ερευνητικά Ευρήματα:

Η επιστημονική έρευνα εξελίσσεται συνεχώς, και νέες μελέτες εξετάζουν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ γενετικών παραγόντων, περιβαλλοντικών παραγόντων και καρδιαγγειακών παθήσεων.

6. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο όρος καρδιολογικά νοσήματα περιλαμβάνει μία σειρά από καρδιακές παθήσεις και αντιπροσωπεύουν σημαντικό ποσοστό της παγκόσμιας θνησιμότητας. Ο επιπολασμός τους προκύπτει από πολλούς παράγοντες, όπως επί παραδείγματι οι επιλογές του τρόπου ζωής, η γενετική και τα υποκείμενα νοσήματα. Η κατανόηση του επιπολασμού αυτής της ασθένειας είναι απαραίτητη για την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και τη διευκόλυνση της έγκαιρης ανίχνευσης. Η καρδιακή ανεπάρκεια, οι αρρυθμίες, οι βαλβιδοπάθειες, η στεφανιαία νόσος και άλλες ασθένειες περιλαμβάνονται στην ευρεία κατηγορία των καρδιαγγειακών παθήσεων, ενώ κάθε μορφή καρδιακής νόσου χαρακτηρίζεται από μοναδικούς παράγοντες κινδύνου και συμπτώματα (Joseph et al., 2017).

Τύποι καρδιολογικών παθήσεων

Οι καρδιακές παθήσεις ταξινομούνται σε πολλές κατηγορίες και έχουν διάφορες αιτίες (Εικόνα 1). Όταν η πλάκα, μια λιπαρή ουσία, συσσωρεύεται στα εσωτερικά τοιχώματα των αρτηριών, εμποδίζει τη ροή του αίματος. Αυτή η κατάσταση είναι γνωστή ως αθηροσκλήρωση και συχνά αποτελεί αίτιο των παθήσεων αυτών. Έτσι, η αθηροσκλήρωση μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα καρδιακής νόσου, όπως στηθάγχη (σταθερή ή ασταθή) και καρδιακές προσβολές (Joseph et al., 2017).

Στεφανιαία Νόσος

Η στεφανιαία νόσος (coronary artery disease) προκύπτει από αθηροσκλήρωση στις στεφανιαίες αρτηρίες που παρέχουν αίμα στην καρδιά. Όταν η αρτηριακή πλάκα παρεμποδίζει τη ροή του αίματος, μπορεί να προκληθεί καρδιακή προσβολή. Η στεφανιαία νόσος είναι η κυρίαρχη αιτία εμφράγματος του μυοκαρδίου, ενώ είναι δυνατό να οδηγήσει και σε καρδιακή ανεπάρκεια. Περίπου 18,2 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 20 ετών και άνω έχουν στεφανιαία νόσο (CDC, 2020).

Καρδιακή ανεπάρκεια

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια σοβαρή κατάσταση που παρουσιάζει επιδείνωση με την πάροδο του χρόνου. Ο όρος «καρδιακή ανεπάρκεια» δεν υποδηλώνει απαραίτητα ότι η καρδιά βιώνει πλήρη ανεπάρκεια. Υπονοεί ότι η καρδιά δεν λειτουργεί πλέον τόσο αποτελεσματικά όσο θα έπρεπε. Ως αποτέλεσμα, η καρδιά μπορεί να αρχίσει να διαστέλλεται και να χτυπά πιο γρήγορα για να αντισταθμίσει την δυσλειτουργία αυτή.

Προκειμένου να αυξήσει την ένταση της κυκλοφορίας του αίματος, η καρδιά επεκτείνεται και αποκτά επιπλέον μυϊκή μάζα για να συμμετέχει στην κίνηση. Έτσι, είναι αναπόφευκτο η καρδιά να μην μπορεί να διατηρήσει τον ρυθμό, με αποτέλεσμα το άτομο να βιώνει σημαντική κόπωση ή δυσκολία στην αναπνοή (McMurray & Pfeffer, 2005).

Καρδιακή βαλβιδοπάθεια

Η καρδιακή βαλβιδοπάθεια εμφανίζεται όταν μία ή περισσότερες από τις βαλβίδες της καρδιάς αποτυγχάνουν να λειτουργήσουν σωστά. Παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε νόσο της καρδιακής βαλβίδας περιλαμβάνουν i) τη στένωση, όταν τα φύλλα της καρδιακής βαλβίδας γίνονται πολύ παχιά ή δύσκαμπτα, έτσι δεν μπορούν να ανοίξουν σωστά, εμποδίζοντας την ροή του αίματος, ii) την παλινδρόμηση, όταν τα πτερύγια της βαλβίδας δεν κλείνουν σωστά με αποτέλεσμα την αντιστροφή της ροής του αίματος προς την καρδιά και iii) την ατρησία, όταν ένα συμπαγές κομμάτι ιστού εμποδίζει τη ροή του αίματος αντί οι βαλβίδες να ανοίγουν και να χαλαρώνουν (Kisling & Gallagher, 2024).

Καρδιομυοπάθεια

Η μυοκαρδιοπάθεια είναι μια μορφή καρδιακής νόσου που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αποδυνάμωση του μυϊκού ιστού, γεγονός που μπορεί να εμποδίσει την ικανότητα της καρδιάς να κυκλοφορεί αποτελεσματικά το αίμα. Πιθανές απόρροιες της καρδιομυοπάθειας είναι η καρδιακή βαλβιδοπάθεια ή ανεπάρκεια (Brieler, Breeden & Tucker, 2017).

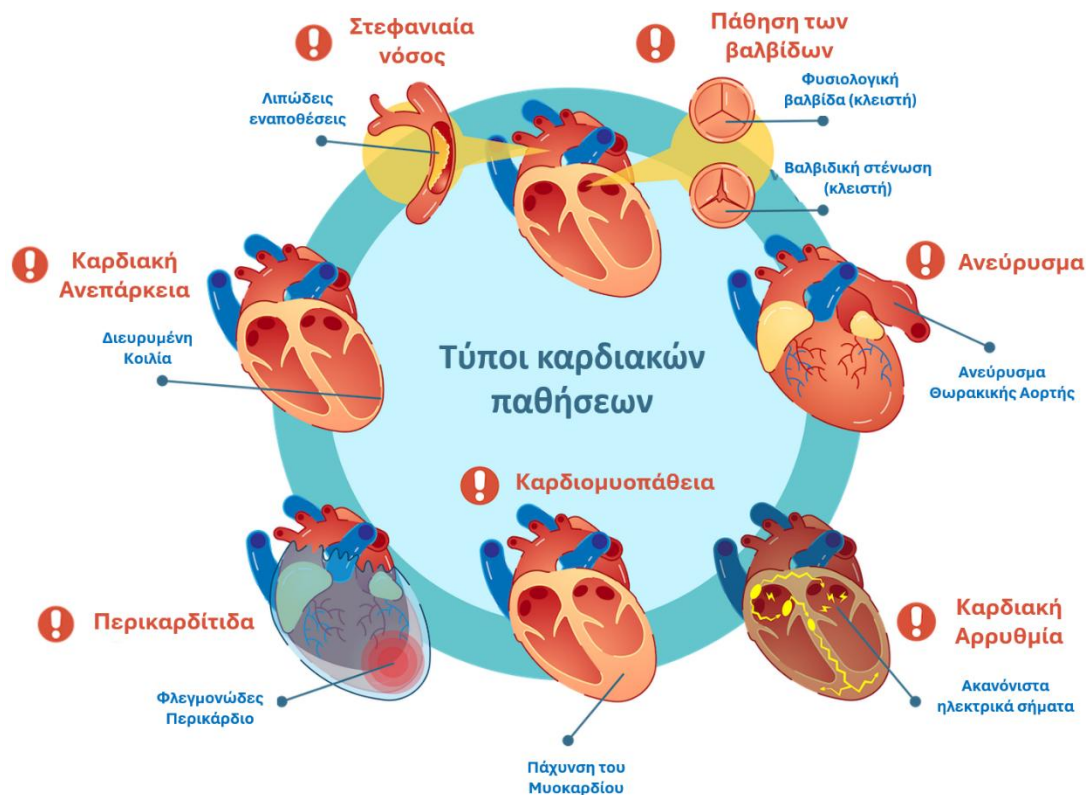
Καρδιακή αρρυθμία

Η καρδιακή αρρυθμία χαρακτηρίζεται από έναν μη φυσιολογικό καρδιακό παλμό, ο οποίος μπορεί να συμβεί είτε με υπερβολικά γρήγορο είτε με υπερβολικά αργό ρυθμό. Είναι σύνηθες φαινόμενο ο καρδιακός παλμός να επιβραδύνεται σε περιόδους χαλάρωσης και να επιταχύνεται σε περιόδους πίεσης. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλες περιπτώσεις στις οποίες ένας μη φυσιολογικός καρδιακός παλμός μπορεί να είναι πιο σοβαρό πρόβλημα. Μερικά άτομα γεννιούνται με αυτή την πάθηση, ενώ άλλα μπορεί να την αναπτύξουν με την πάροδο του χρόνου. Οι αρρυθμίες που παραμένουν χωρίς θεραπεία μπορεί να εξελιχθούν σε καρδιακή ανακοπή και/ή εγκεφαλικό (Fu, 2015).

Περικαρδίτιδα

Το περικάρδιο είναι ένα λεπτό κάλυμμα που περιβάλλει την καρδιά. Σκοπός του είναι να υποστηρίξει την καρδιά και να διασφαλίζει ότι λειτουργεί σωστά. Η περικαρδίτιδα

χαρακτηρίζεται από φλεγμονή ή διόγκωση του περικαρδίου. Υπάρχουν δύο τύποι αυτής της κατάστασης: η οξεία, που εμφανίζεται απότομα και υποχωρεί από μόνη της γρήγορα, και η χρόνια, η οποία αναπτύσσεται σταδιακά και απαιτεί περισσότερο χρόνο για τη θεραπεία. Η περικαρδίτιδα, εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, μπορεί να προκαλέσει καρδιακή ανεπάρκεια (Imazio, Gaita & LeWinter, 2015).



Εικόνα 1: Τύποι καρδιακών παθήσεων

Επιδημιολογία

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως, με στοιχεία που υποδεικνύουν σημαντική επίδραση. Συγκεκριμένα, ένας στους πέντε θανάτους στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) το 2022 αποδίδεται σε κάποια καρδιοπάθεια, με 702.880 άτομα να χάνουν την ζωή τους (CDC, 2024). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), περισσότερα από 17 εκατομμύρια άτομα πεθαίνουν ετησίως λόγω προβλημάτων που σχετίζονται με καρδιαγγειακά νοσήματα (WHO, 2021).

Παράγοντες κινδύνου

Οι καρδιακές παθήσεις επηρεάζουν άτομα από διαφορετικά δημογραφικά και ηλικίες. Ωστόσο, ορισμένες συνθήκες αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξής της, όπως το οικογενειακό ιστορικό καρδιακών παθήσεων, το κάπνισμα, η τήρηση μιας ανθυγιεινής διατροφής με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά και χοληστερόλη, η καθιστική ζωή ή η παχυσαρκία και άλλες συννοσηρότητες όπως ο διαβήτης ή η υπέρταση (Joseph et al., 2017).

Διάγνωση

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για καρδιαγγειακές παθήσεις είναι μια καλή πρώτη γραμμή άμυνας. Υπάρχουν πολλές διαθέσιμες εξετάσεις για την έγκαιρη ανίχνευση καρδιακών προβλημάτων, που συνήθως οδηγεί σε πιο απλές και αποτελεσματικές θεραπείες. Με την Στεφανιαία Αξονική Αγγειογραφία γίνεται η απεικόνιση των στεφανιαίων αρτηριών και υποδεικνύεται η θέση οποιασδήποτε βλάβης, ενώ με την Αξονική Τομογραφία Ασβεστίου αξιολογείται η ποσότητα της αρτηριακής πλάκας. Μέσω του ηχοκαρδιογραφήματος είναι δυνατή η αξιολόγηση της λειτουργίας των βαλβίδων και των μυών της καρδιάς, ενώ αντίστοιχα μέσω υπερηχογραφημάτων γίνεται η εξέταση της αορτής και της καρωτίδας (Joseph et al., 2017).

7. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η διαχείριση των καρδιοπαθειών περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα φαρμακευτικών, χειρουργικών και αλλαγών του τρόπου ζωής, με στόχο τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας με παράλληλη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα τελευταία χρόνια, σημαντικές εξελίξεις στις θεραπευτικές τακτικές έχουν μειώσει τα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις κατά 50% στις χώρες με υψηλό εισόδημα, κυρίως λόγω της διαχείρισης των παραγόντων κινδύνου και της εφαρμογής τεκμηριωμένων ιατρικών θεραπειών (Leong et al., 2017).

Πρόληψη

Άσκηση

Η άσκηση είναι παγκοσμίως αναγνωρισμένο ότι έχει ευεργετική επίδραση στην υγεία και ο αντίκτυπός της στις καρδιαγγειακές παθήσεις δεν αποτελεί εξαίρεση. Η Ρυθμιστική Αρχή για την Υγεία και την Κλινική Ιατρική (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) συνιστά στα άτομα να συμμετέχουν σε 150 λεπτά μέτριας έντασης αερόβια δραστηριότητα ή 75 λεπτά έντονης αερόβιας δραστηριότητας την εβδομάδα καθώς επίσης και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες μυϊκής ενδυνάμωσης δύο ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα (NICE, 2023). Όλες οι οδηγίες υποστηρίζουν ότι οποιαδήποτε μορφή άσκησης μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Παρά τα προφανή πλεονεκτήματα, εξακολουθεί να είναι δύσκολο να πειστεί ο γενικός πληθυσμός να ασκήσει σωματική δραστηριότητα όπως συνιστάται. Ωστόσο, τα στοιχεία είναι αδιαμφισβήτητα ότι οποιαδήποτε αύξηση της φυσικής δραστηριότητας μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (Sattelmair et al., 2011).

Διατροφή

Πιστεύεται ότι η διατροφή έχει ουσιαστικό αντίκτυπο στον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Γενικά, υπάρχουν επαρκή στοιχεία που υποστηρίζουν τη σύσταση για δίαιτες που είναι πλούσιες σε κατανάλωση φυτικών ινών, φρούτων και λαχανικών και χαμηλή σε απλούς υδατάνθρακες και νάτριο, ενώ φαίνεται επίσης ότι η τήρηση μιας μεσογειακής διατροφής είναι καρδιοπροστατευτική. Η δίαιτα Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), η οποία είναι πλούσια σε λαχανικά, φρούτα και δημητριακά ολικής αλέσεως και χαμηλή σε υδατάνθρακες και κορεσμένα λίπη, συνιστάται από την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία

(AHA). Έχει αποδειχθεί ότι είναι μια μέθοδος για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης LDL, που αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις (Eckel et al., 2014). Η NICE συνιστά μείωση της πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών, αύξηση μονοακόρεστων λιπαρών οξέων και κατανάλωση πέντε μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα, όπως επίσης δύο μερίδων ψαριού την εβδομάδα και την τήρηση μιας διατροφής πλούσιας σε φυτικές ίνες (NICE, 2008). Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (European Society of Cardiology, ESC) προτείνει την αποφυγή στα άτομα να περάσουν από τα κορεσμένα στα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, να αυξήσουν την πρόσληψη φυτικών ινών, φρούτων, λαχανικών και σολομού και να ακολουθήσουν μια μεσογειακή διατροφή επέχοντας από το αλκοόλ. Όλα αυτά έχουν αποδειχθεί ότι παρέχουν ουσιαστικές μειώσεις στον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (Piepoli et al., 2016). Τα βιομηχανικά παραγόμενα trans λιπαρά συνδέονται επίσης αιτιολογικά με τις καρδιαγγειακές παθήσεις και απαγορεύονται ρητά στις οδηγίες της ESC και της NICE (de Souza et al., 2015).

Κατανάλωση προϊόντων καπνού

Για μεγάλο χρονικό διάστημα, το κάπνισμα έχει αναγνωριστεί ως ο πρωταρχικός παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο (Unal, Critchley & Capewell, 2004). Σύμφωνα με ευρωπαϊκά δεδομένα, το κάπνισμα διπλασιάζει το ποσοστό θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα 10 ετών (Perk et al., 2012), ενώ το κάπνισμα ευθύνεται για το 30% της καρδιαγγειακής θνησιμότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Eckel et al., 2014). Η επίδρασή του δεν είναι μόνο επιβλαβής, αλλά είναι επίσης δόσοεξαρτώμενη, χωρίς γνωστό ασφαλές κατώτερο όριο (Law & Wald, 2003). Ομοίως, το παθητικό κάπνισμα είναι επιζήμιο, καθώς η έκθεση στο χώρο εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων κατά 30%. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία, όπως οι περιορισμοί στο κάπνισμα, έχουν συνδεθεί με σημαντική μείωση των επεισοδίων καρδιαγγειακής νόσου (Piepoli et al., 2016). Φαρμακολογικά, η χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, βουπροπρόνης και, ειδικότερα, βαρενικλίνης συνιστάται παγκοσμίως (Fiore et al., 1994; Kottke et al., 1988). Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα παραμένουν αμφιλεγόμενα σε σχέση με τον πιθανό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Αν και η μείωση των τοξικών προϊόντων στον καπνό του τσιγάρου είναι αναμφισβήτητα πλεονεκτική, τα ζωικά μοντέλα έκθεσης στη νικοτίνη εξακολουθούν να παρουσιάζουν καρδιαγγειακές παθήσεις (McKibben et al., 2016).

Σωματικό βάρος

Η χαμηλότερη θνησιμότητα παρατηρείται στον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 20–25, ενώ ένας δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) 25 ή υψηλότερος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Αν και δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες που σχετίζονται με το βάρος, συνιστάται στα άτομα να διατηρούν ένα υγιές βάρος προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (Khosravi et al., 2012). Ωστόσο, υπάρχουν ουσιαστικές ενδείξεις ότι το σπλαχνικό λίπος και το ηπατικό λίπος είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, δίνοντας μια εξήγηση για την ετερογένεια στο προφίλ κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου που παρατηρείται στους υπέρβαρους, καθώς συναρτάται με τη θέση της εναπόθεσης λιπώδους ιστού (Després, 2012).

Κατανάλωση αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ είναι ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα καθώς η αποχή σχετίζεται με αύξηση της καρδιαγγειακής νόσου σε σύγκριση με μέτριους καταναλωτές ενώ τα χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ συνδέονται με μειωμένο επίπεδο καρδιαγγειακής νόσου (Klatsky, Armstrong & Friedman, 1990). Η μελέτη INTERHEART φαίνεται να τεκμηριώνει αυτούς τους ισχυρισμούς, καθώς δείχνει μείωση του κινδύνου για άτομα με μέτρια και ήπια χρήση αλκοόλ (Leong et al., 2014). Η ESC τονίζει πως δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο πρόσληψης αλκοόλ για την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων (Piepoli et al., 2016). Η NICE συστήνει μέτρια πρόσληψη, μη υπερβαίνοντας τις τέσσερις μονάδες την ημέρα για τους άνδρες και τρεις για τις γυναίκες (NICE, 2016). Προς το παρόν, δεν φαίνεται να υπάρχει συναίνεση απόψεων σχετικά με τα ασφαλή επίπεδα. Ωστόσο, είναι προφανές ότι τα υπερβολικά επίπεδα είναι επιζήμια.

Επίπεδα λιπιδίων

Οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στα επίπεδα λιπιδίων αποτελούν θεμελιώδεις συστατικό της πρωτογενούς πρόληψης για καρδιαγγειακές παθήσεις. Η LDL χοληστερόλη είναι ο πιο συνεπής προγνωστικός παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου μεταξύ των υποκλασμάτων λιπιδίων του ορού. Επιπλέον, η απολιποπρωτεΐνη Β (ApoB) παρουσιάζει μια προγνωστική αξία συγκρίσιμη με αυτή της LDL, ενώ τα τριγλυκερίδια, παρά το γεγονός ότι είναι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, έχουν λιγότερο αξιόπιστα δεδομένα (Piepoli et al., 2016).

Τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα για τη μείωση των λιπιδίων είναι οι στατίνες, με την ατορβαστατίνη να είναι και οικονομικά αποδοτική και αποτελεσματική στη μείωση της

LDL σε διάφορα προφίλ κινδύνου (NICE, 2016). Σε μια περίοδο πέντε ετών, οι στατίνες έχουν αναφερθεί ότι έχουν 1% κίνδυνο διαβήτη, μυϊκού πόνου ή παράλυσης, καθώς και μειωμένα ποσοστά αιμορραγικού εγκεφαλικού και μυοπάθειας (Collins et al., 2016). Οι δεσμευτές χολικού οξέος, οι φιμπράτες και το νικοτινικό οξύ είναι θεραπείες που προορίζονται κυρίως για ασθενείς που έχουν δυσανεξία στις στατίνες ή δεν ανταποκρίνονται επαρκώς σε αυτές (Piepoli et al., 2016).

Οι αναστολείς PCSK9, όπως το alirocumab και το evolocumab, είναι αναδυόμενες θεραπείες που επιδεικνύουν πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα στη μείωση των επιπέδων της LDL και των συμβάντων καρδιαγγειακής νόσου (Robinson et al., 2016), ενώ η NICE έχει συστήσει αυτές τις θεραπείες για συγκεκριμένους ασθενείς υψηλού κινδύνου (NICE, 2016).

Υπέρταση

Η υπέρταση αναγνωρίζεται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, με την αυξημένη αρτηριακή πίεση να συνδέεται σταθερά με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Μελέτες δείχνουν ότι όταν η αρτηριακή πίεση ξεπερνά τα 115/75 mmHg, κάθε αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 20 mmHg ή αύξηση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 10 mmHg διπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακού επεισοδίου (Lewington et al., 2002). Η μείωση της αρτηριακής πίεσης συνιστάται κυρίως σε υπερτασικά άτομα για τη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας. Οι τρέχουσες θεραπευτικές συστάσεις, συμπεριλαμβανομένων εκείνων από την ESC και τη NICE, δείχνουν ότι η φαρμακευτική αγωγή είναι πιο ωφέλιμη για άτομα με τιμές αρτηριακής πίεσης άνω των 160/100 mmHg (Hansson et al., 1998).

Η μείωση της αρτηριακής πίεσης είναι συχνά πιο σημαντική από τον συγκεκριμένο αντιυπερτασικό παράγοντα που χρησιμοποιείται, καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι χρειάζονται πολλά φάρμακα για να επιτύχουν τη βέλτιστη ρύθμιση (Law, Morris & Wald, 2009). Η μελέτη ALLHAT έδειξε ότι τα θειαζιδικά διουρητικά βελτίωσαν σημαντικά τα αποτελέσματα, ενώ οι αποκλειστές διαύλων ασβεστίου (CCBs) είχαν θετικά αποτελέσματα για τις περισσότερες ασθένειες, με εξαίρεση την καρδιακή ανεπάρκεια (ALLHAT Research Group, 2002). Η χρήση των β-αναστολέων είναι αμφιλεγόμενη, με τις συστάσεις της ESC να εγκρίνουν τη χρήση τους με βάση στοιχεία που υποδεικνύουν συγκρίσιμες μειώσεις στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, παρά τα αντιφατικά ευρήματα σχετικά με την πιθανή κατωτερότητα και τις δυσμενείς επιπτώσεις τους (Mancia et al., 2013).

Παράλληλα με τη φαρμακοθεραπεία, η μείωση του διατροφικού νατρίου τονίζεται ως βασική στρατηγική για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, ιδιαίτερα σε υπερτασικά άτομα (Dickinson et al., 2006), και για μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων (Cook et al., 2007). Οι οδηγίες για την ημερήσια κατανάλωση αλατιού διαφέρουν, με την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (AHA) να προτείνει 2,4 γραμμάρια και την ESC να προτείνει 5-6 γραμμάρια (Piepoli et al., 2016; Eckel et al., 2014). Ωστόσο, η NICE επιδιώκει να μειώσει την πρόσληψη από 6 γραμμάρια σε 3 γραμμάρια έως το 2025 (NICE, 2010).

Αντιμετώπιση Διαβήτη

Σε διαβητικούς πληθυσμούς, ο έλεγχος της γλυκόζης είναι ζωτικής σημασίας. Ωστόσο, δεν σχετίζεται ουσιαστικά με τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου σε μη διαβητικούς (Emerging Risk Factors Collaboration, 2010). Ο χαμηλότερος κίνδυνος καρδιαγγειακών νόσων παρατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα σακχάρου στο αίμα (Stratton et al., 2000). Υπογλυκαιμικά από του στόματος από την κατηγορία αναστολέων του μεταφορέα νατρίου/γλυκόζης 2, όπως η εμπαγλιφλοζίνη, έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν σημαντικά τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες κατά 32%, τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα κατά 28% και καρδιακή ανεπάρκεια κατά 35% σε σύγκριση με τη συμβατική περίθαλψη (Zinman et al., 2015).

Χορήγηση ασπιρίνης

Αν και η αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία είναι χρήσιμη για δευτερογενή πρόληψη, όσοι δεν έχουν συννοσηρότητες δεν πρέπει να τη χρησιμοποιούν για πρωτογενή πρόληψη, καθώς αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας και δεν μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη αντιμετωπίζουν αντιφατικές συστάσεις. Από τη μια πλευρά, Οι κατευθυντήριες οδηγίες της ESC υποστηρίζουν ότι ο κίνδυνος αιμορραγίας υπερβαίνει τα οφέλη της θεραπείας με ασπιρίνης, ενώ από την άλλη, το American College of Chest Physicians συνιστά θεραπεία με ασπιρίνη σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου $\geq 10\%$ (Halvorsen et al., 2014).

Θεραπεία

Φαρμακευτικές Θεραπείες

Η ασπιρίνη είναι θεμελιώδης θεραπεία για τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα, καθώς αναστέλλει τη συσσώρευση αιμοπεταλίων, μειώνοντας τη θνησιμότητα και προλαμβάνοντας την επανεμφάνιση εμφραγμάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων (Atwood, 2022). Η συγχορήγηση κλοπιδογρέλης, ενός ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12, ενισχύει την αποτελεσματικότητα της ασπιρίνης, μειώνοντας περαιτέρω τον κίνδυνο θνησιμότητας και επανεμφάνισης οξέων καταστάσεων, αν και αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας. Νεότερα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, όπως η πρασουγρέλη και η τικαγκρελόρη, προσφέρουν αυξημένη αποτελεσματικότητα, αλλά η υψηλή τιμή τους περιορίζει την πρόσβαση (Leong et al., 2017).

Η θρομβολυτική θεραπεία, όταν χορηγείται εντός 12 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων του STEMI (έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανύψωση του ST), μπορεί να μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα. Ωστόσο, η πρωτογενής διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (percutaneous coronary intervention, PCI), γνωστή και ως αγγειοπλαστική με στεντ, έχει καλύτερα αποτελέσματα από τη θρομβόλυση. Έπειτα από ένα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, οι β-αποκλειστές, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης (ACE-Is) και οι στατίνες αποτελούν προτεραιότητα, καθώς μειώνουν τη θνησιμότητα και την πιθανότητα υποτροπής των ισχαιμικών επεισοδίων (Leong et al., 2017; Atwood, 2022).

Η δευτερογενής πρόληψη επικεντρώνεται στη διαχείριση αγγειακών διαταραχών, κολπικής μαρμαρυγής και καρδιακής ανεπάρκειας. Η χρήση αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων, στατινών και ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης είναι κρίσιμα στοιχεία για τη σταθεροποίηση στεφανιαίων παθήσεων. Τα αντιπηκτικά, όπως η βαρφαρίνη και τα άμεσα από του στόματος αντιπηκτικά, μειώνουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού στους ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή. Τα άμεσα από του στόματος αντιπηκτικά πλεονεκτούν, καθώς δεν απαιτούν παρακολούθηση πήξης και έχουν μειωμένο κίνδυνο αιμορραγίας, καθιστώντας τα ιδιαίτερα ελκυστικά για οξεία περιστατικά. Στην καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης, οι β-αποκλειστές, η σπειρονολακτόνη και τα διουρητικά είναι βασικές θεραπείες (Leong et al., 2017).

Χειρουργικές και επεμβατικές προσεγγίσεις

Οι χειρουργικές επεμβάσεις, όπως η αορτοστεφανιαία παράκαμψη (γνωστή ως εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς bypass) είναι ζωτικής σημασίας για ασθενείς με σοβαρή στεφανιαία νόσο. Η

PCI, από την άλλη, είναι πιο αποτελεσματική για την ανακούφιση των συμπτωμάτων σε χρόνιες στεφανιαίες παθήσεις, χωρίς όμως να προσφέρει αυξημένα ποσοστά επιβίωσης συγκριτικά με τη φαρμακευτική θεραπεία μόνο (Leong et al., 2017).

Οι ρευματικές και άλλες βαλβιδοπάθειες απαιτούν έγκαιρες επεμβάσεις, όπως η επιδιόρθωση ή αντικατάσταση βαλβίδων, ενώ η βαλβιδοπλαστική με μπαλόνι αποτελεί θεραπεία επιλογής για τη στένωση (Rao, 2024). Η αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας αποτελεί την κύρια θεραπεία για τη σοβαρή συμπτωματική στένωση της αορτής, ενώ η διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) συνιστάται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για χειρουργική επέμβαση (Bortolotti, Vendramin & Livi, 2022; Howard et al., 2019). Οι μόνιμοι βηματοδότες αποτελούν μια αποδοτική λύση για τις βραδυαρρυθμίες, βελτιώνοντας σημαντικά την επιβίωση και την ποιότητα ζωής (Hasan, Bogossian & Lemke, 2020).

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

1.1 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα

Οι νοσηλευτές παίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαχείριση των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα (CVD), τόσο στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη όσο και στη νοσηλεία και την αποκατάσταση. Οι παρεμβάσεις τους καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, από την εκπαίδευση των ασθενών μέχρι την εξειδικευμένη φροντίδα σε μονάδες εντατικής θεραπείας.

1. Πρωτογενής Πρόληψη και Εκπαίδευση Ασθενών

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι νοσηλευτές, ειδικά σε κέντρα υγείας και πρωτοβάθμιες δομές, αναλαμβάνουν την:

- Εκπαίδευση για υγιεινό τρόπο ζωής:
- Διατροφικές συμβουλές (χαμηλή κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών, μεσογειακή διατροφή).
- Προώθηση της σωματικής άσκησης.
- Διακοπή καπνίσματος και ελαχιστοποίηση κατανάλωσης αλκοόλ.

- Ενθάρρυνση προληπτικών εξετάσεων:
- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης.
- Έλεγχος γλυκόζης για προδιαβητικούς ασθενείς.
- Καταγραφή οικογενειακού ιστορικού και αξιολόγηση κινδύνου.
- Ψυχοκοινωνική υποστήριξη:
- Συμβουλευτική για τη διαχείριση του στρες.
- Υποστήριξη σε ασθενείς με υψηλό άγχος ή κατάθλιψη που σχετίζεται με χρόνιες παθήσεις.

2. Δευτερογενής Πρόληψη και Νοσηλευτική Φροντίδα

Η δευτερογενής πρόληψη αφορά άτομα που έχουν ήδη κάποιο καρδιαγγειακό πρόβλημα, με στόχο να αποφευχθούν περαιτέρω επιπλοκές. Οι νοσηλευτές εργάζονται σε νοσοκομεία, καρδιολογικές κλινικές και Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) παρέχοντας εξειδικευμένη φροντίδα.

2.1. Νοσηλευτική φροντίδα σε έμφραγμα του μυοκαρδίου

Οι ασθενείς με οξύ έμφραγμα χρειάζονται άμεση και αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση:

- Άμεση παρακολούθηση ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, καρδιακοί παλμοί, κορεσμός οξυγόνου).
- Χορήγηση οξυγόνου σε περιπτώσεις υποξαιμίας.

- Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, όπως αντιπηκτικά, αντιυπερτασικά και νιτρώδη.
- Εκπαίδευση για αλλαγές στον τρόπο ζωής μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (διατροφή, άσκηση, διαχείριση στρες).

2.2. Νοσηλευτική φροντίδα σε καρδιακή ανεπάρκεια

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια χρόνια πάθηση που απαιτεί συνεχή διαχείριση. Ο νοσηλευτής παίζει ρόλο στην:

- Παρακολούθηση υγρών και ηλεκτρολυτών (καθώς η κατακράτηση μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα).
- Διαχείριση δύσπνοιας και οξυγόνωσης.
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, όπως διουρητικά και β-αναστολείς.
- Καθημερινή καταγραφή βάρους του ασθενούς για έλεγχο οιδημάτων.
- Υποστήριξη σε αυτοδιαχείριση της νόσου (εκπαίδευση ασθενούς και οικογένειας).

2.3. Νοσηλευτική φροντίδα σε αρρυθμίες και υπέρταση

- Συνεχής καταγραφή ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ).
- Ανίχνευση σημείων επιδείνωσης (ζάλη, συγκοπτικά επεισόδια, πόνος στο στήθος).
- Εκπαίδευση για διατροφή χαμηλή σε νάτριο (ιδιαίτερα σημαντική στην υπέρταση).
- Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, όπως αντιαρρυθμικά ή αναστολείς ΜΕΑ.

3. Αποκατάσταση και Μακροχρόνια Φροντίδα

Μετά από οξύ καρδιαγγειακό επεισόδιο, οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση του ασθενούς, που περιλαμβάνει:

3.1. Καρδιακή αποκατάσταση

- Σχεδιασμός εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης σε συνεργασία με φυσικοθεραπευτές.
- Συνεχής παρακολούθηση και καθοδήγηση για μείωση των παραγόντων κινδύνου.
- Ψυχολογική υποστήριξη για αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης (συχνές σε ασθενείς με καρδιακή νόσο).

3.2. Φροντίδα κατ' οίκον

Σε ασθενείς που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως, οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν:

- Κατ' οίκον παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση και εκπαίδευση στη διαχείριση φαρμάκων.
- Καθοδήγηση στην υγιεινή διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα.
- Υποστήριξη φροντιστών και οικογενειών.

4. Ο Ρόλος των Νοσηλευτών στην Έρευνα και τη Δημόσια Υγείας

Οι νοσηλευτές δεν έχουν μόνο κλινικό ρόλο, αλλά συμβάλλουν και στην προαγωγή της δημόσιας υγείας:

- Συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Εκστρατείες ενημέρωσης για τη διατροφή, την άσκηση και τη διακοπή καπνίσματος.
- Έρευνα σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μειώνουν τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα.

Συμπεράσματα

Οι νοσηλευτές/τριες είναι βασικοί επαγγελματίες υγείας στην πρόληψη, τη φροντίδα και την αποκατάσταση των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Από τη διαχείριση της υπέρτασης έως τη φροντίδα ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια ή έμφραγμα, ο ρόλος τους είναι πολυδιάστατος. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η έρευνα ενισχύουν τη συμβολή τους στη βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας του πληθυσμού.

1.2 Ο Νοσηλευτικός Ρόλος στη Διαχείριση των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

Οι νοσηλευτές έχουν κεντρικό ρόλο στη διαχείριση των καρδιαγγειακών νοσημάτων (CVD) από την πρόληψη έως την αποκατάσταση. Οι παρεμβάσεις τους περιλαμβάνουν:

- Εκπαίδευση ασθενών και οικογενειών.
- Παρακολούθηση και φροντίδα οξέων και χρόνιων καρδιολογικών περιστατικών.
- Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής και αλλαγών στον τρόπο ζωής.
- Υποστήριξη στην αποκατάσταση και μακροχρόνια παρακολούθηση.

1. Πρωτογενής Πρόληψη: Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Πρόληψη των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την αποφυγή εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων μέσω της μείωσης των παραγόντων κινδύνου. Οι νοσηλευτές παίζουν καίριο ρόλο στην εκπαίδευση του πληθυσμού και στη διαμόρφωση υγιεινών συνηθειών.

1.1. Εκπαίδευση για Υγιεινό Τρόπο Ζωής

- Διατροφή: Συμβουλές για μεσογειακή διατροφή, αποφυγή υπερκατανάλωσης αλατιού, λιπαρών και επεξεργασμένων τροφίμων.
- Φυσική δραστηριότητα: Ενθάρρυνση μέτριας σωματικής άσκησης 30 λεπτών ημερησίως.

- Διακοπή καπνίσματος και αλκοόλ: Καθοδήγηση σε προγράμματα απεξάρτησης.

1.2. Προληπτικές Εξετάσεις και Ανίχνευση Παραγόντων Κινδύνου

- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης και έλεγχος υπέρτασης.
- Έλεγχος λιπιδίων και χοληστερόλης.
- Έλεγχος σακχάρου αίματος για πρόληψη διαβήτη.
- Συμπλήρωση ερωτηματολογίων κινδύνου (π.χ. Framingham Risk Score).

1.3. Προγράμματα Προαγωγής Υγείας

- Συμμετοχή σε δράσεις ενημέρωσης του κοινού.
- Συνεργασία με σχολεία και δήμους για εκστρατείες πρόληψης.
- Οργάνωση ενημερωτικών ημερίδων για το κοινό και τους ασθενείς.

2. Δευτερογενής Πρόληψη και Νοσηλευτική Φροντίδα σε Οξεία Καρδιολογικά Περιστατικά

Η δευτερογενής πρόληψη αφορά τη διαχείριση ασθενών που έχουν ήδη διαγνωστεί με καρδιαγγειακά νοσήματα, προκειμένου να προληφθούν επιπλοκές και υποτροπές.

2.1. Νοσηλευτική Φροντίδα σε Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (OEM)

Το οξύ έμφραγμα απαιτεί επείγουσα νοσηλευτική φροντίδα:

- Αξιολόγηση και παρακολούθηση:
- Συνεχής καταγραφή ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ).
- Συχνή μέτρηση ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφύξεις, κορεσμός οξυγόνου).
- Οξυγονοθεραπεία και διαχείριση πόνου:
- Χορήγηση οξυγόνου εάν απαιτείται.
- Χορήγηση αναλγητικών (μορφίνη αν χρειαστεί).
- Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής:
- Αντιπηκτικά, θρομβολυτικά, β-αναστολείς, στατίνες.
- Εκπαίδευση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο:
- Διατροφικές αλλαγές, φυσική δραστηριότητα, αποφυγή στρες.

2.2. Νοσηλευτική Φροντίδα σε Καρδιακή Ανεπάρκεια

Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια απαιτεί μακροχρόνια διαχείριση:

- Συνεχής παρακολούθηση υγρών και ηλεκτρολυτών (έλεγχος κατακράτησης υγρών, ζύγισμα καθημερινά).
- Διαχείριση δύσπνοιας και οξυγόνωσης.
- Χορήγηση φαρμάκων (διουρητικά, αναστολείς ΜΕΑ, β-αναστολείς).
- Υποστήριξη αυτοδιαχείρισης της νόσου.

2.3. Νοσηλευτική Φροντίδα σε Υπέρταση

- Εκπαίδευση για μείωση αλατιού και αλλαγές στη διατροφή.
- Συστηματική παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης.
- Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής (διουρητικά, αναστολείς ΜΕΑ, β-αναστολείς).

3. Τριτογενής Πρόληψη: Αποκατάσταση και Μακροχρόνια Φροντίδα

3.1. Καρδιακή Αποκατάσταση

Οι νοσηλευτές συμβάλλουν στη σταδιακή επανένταξη των ασθενών στη φυσιολογική ζωή:

- Σχεδιασμός εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης.
- Παρακολούθηση της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή.
- Ψυχολογική υποστήριξη για μείωση άγχους και κατάθλιψης.

3.2. Φροντίδα στο Σπίτι και Υποστήριξη Χρόνιων Ασθενών

- Συνεχής παρακολούθηση ζωτικών σημείων και φαρμακευτικής αγωγής.
- Διατροφικές οδηγίες και υποστήριξη για απώλεια βάρους.
- Εκπαίδευση φροντιστών και οικογενειών στη διαχείριση της νόσου.

4. Ο Ρόλος των Νοσηλευτών στη Δημόσια Υγεία και την Έρευνα

Οι νοσηλευτές εμπλέκονται στην προαγωγή της υγείας μέσω:

- Συμμετοχής σε ερευνητικά προγράμματα για καρδιαγγειακές παθήσεις.
- Ανάπτυξης και εφαρμογής κατευθυντήριων οδηγιών.
- Εκπαίδευσης άλλων επαγγελματιών υγείας.

Συμπεράσματα

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα σε όλα τα στάδια της πορείας της νόσου. Η εξειδικευμένη γνώση, η συνεχής εκπαίδευση και η στενή συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

1.3 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε Καρδιακή Ανεπάρκεια

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι μια σύνθετη και εξελικτική κλινική κατάσταση κατά την οποία η καρδιά αδυνατεί να αντλήσει επαρκώς το αίμα για να καλύψει τις ανάγκες του οργανισμού. Οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών, τόσο κατά την οξεία φάση όσο και στη μακροχρόνια διαχείριση της νόσου.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν:

1. Στη σταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενούς.
2. Στην πρόληψη επιπλοκών και υποτροπών.
3. Στην εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας.
4. Στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της αυτοδιαχείρισης της νόσου.

1. Νοσηλευτική Φροντίδα στην Οξεία Φάση της Καρδιακής Ανεπάρκειας

Σε ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω απορρύθμισης της καρδιακής ανεπάρκειας (π.χ. οξύ πνευμονικό οίδημα, κατακράτηση υγρών, δύσπνοια) απαιτείται άμεση νοσηλευτική παρέμβαση.

1.1. Αξιολόγηση και Παρακολούθηση του Ασθενούς

- Συχνή καταγραφή ζωτικών σημείων:
- Αρτηριακή πίεση, καρδιακή συχνότητα, αναπνευστικός ρυθμός, κορεσμός οξυγόνου.
- Συνεχής παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας:
- Έλεγχος δύσπνοιας και χρήσης επικουρικών αναπνευστικών μυών.
- Ενδείξεις υποξαιμίας (κυάνωση, ανησυχία, συγχυτική κατάσταση).
- Έλεγχος οιδημάτων και κατακράτησης υγρών:
- Καθημερινό ζύγισμα (αύξηση ≥ 2 kg σε 3 ημέρες είναι προειδοποιητικό σημάδι).
- Εκτίμηση οιδημάτων κάτω άκρων, ηπατικής συμφόρησης, πνευμονικού οιδήματος (ακρόαση για υγρούς ρόγχους).
- Ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση:
- Ανίχνευση αρρυθμιών που μπορεί να επιδεινώσουν τη λειτουργία της καρδιάς.
- Παρακολούθηση διούρησης και ισοζυγίου υγρών:
- Διατήρηση ημερήσιου ισοζυγίου (εισροές/αποβαλλόμενα υγρά).
- Εφαρμογή αυστηρής δίαιτας περιορισμένης πρόσληψης υγρών (συνήθως $<1,5$ L/ημέρα).

1.2. Νοσηλευτική Διαχείριση Οξυγόνωσης και Δυσπνοϊκών Συμπτωμάτων

- Χορήγηση οξυγόνου αν το $SpO_2 < 90\%$.
- Τοποθέτηση σε ημικαθιστή ή καθιστή θέση για μείωση της δύσπνοιας.
- Διαχείριση μη επεμβατικού αερισμού (π.χ. CPAP, BiPAP) σε βαριά δύσπνοια.

1.3. Διαχείριση Φαρμακευτικής Αγωγής

- Διουρητικά (π.χ. φουροσεμίδη):
- Παρακολούθηση της διούρησης και πιθανής αφυδάτωσης.
- Έλεγχος ηλεκτρολυτών (κίνδυνος υποκαλιαιμίας, υπονατριαιμίας).
- Β-αναστολείς (π.χ. καρβεδιλόλη, μετοπρολόλη):
- Συνεχής παρακολούθηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης.
- Χορήγηση μόνο αν η αρτηριακή πίεση είναι σταθερή.
- Αναστολείς MEA ή Αποκλειστές Υποδοχέων Αγγειοτενσίνης II (π.χ. εναλαπρίλη, λοσαρτάνη):
- Έλεγχος για ορθοστατική υπόταση.
- Παρακολούθηση επιπέδων καλίου και νεφρικής λειτουργίας.
- Διγοξίνη (σε επιλεγμένους ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή):
- Έλεγχος τοξικότητας (ναυτία, έμετος, οπτικές διαταραχές).

2. Νοσηλευτική Φροντίδα στη Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια

Οι ασθενείς με χρόνια ΚΑ πρέπει να διαχειρίζονται προσεκτικά για την πρόληψη απορρυθμίσεων και νοσηλειών.

2.1. Εκπαίδευση Ασθενούς και Οικογένειας

Οι νοσηλευτές πρέπει να βοηθούν τους ασθενείς να κατανοήσουν την πάθησή τους και να εφαρμόζουν στρατηγικές αυτοδιαχείρισης:

- Καθημερινό ζύγισμα: Αναφορά αύξησης βάρους >2 κιλά σε 3 ημέρες.
- Διατροφή χαμηλή σε νάτριο (<2 g/ημέρα):
- Αποφυγή επεξεργασμένων τροφών, κονσερβών και αλατισμένων σνακ.
- Περιορισμός πρόσληψης υγρών (1,5-2 L/ημέρα).
- Αποφυγή αλκοόλ και διακοπή καπνίσματος.
- Σωματική άσκηση: Καθοδηγούμενη από ειδικό καρδιολογικό πρόγραμμα.

2.2. Παρακολούθηση και Διαχείριση Συμπτωμάτων

- Συστηματική παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης και καρδιακής συχνότητας.
- Έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης (δύσπνοια, κόπωση, οιδήματα, ταχυκαρδία).
- Πρόληψη λοιμώξεων μέσω εμβολιασμού (γρίπη, πνευμονιόκοκκος).

2.3. Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη

- Εκτίμηση ψυχολογικής κατάστασης (άγχος, κατάθλιψη).
- Συνεργασία με ψυχολόγο ή ομάδες υποστήριξης.
- Συμβουλευτική οικογένειας και φροντιστών.

3. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Φροντίδα Κατ' Οίκον

Οι ασθενείς με σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να χρειάζονται κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα:

- Παρακολούθηση συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή.
- Διαχείριση διατροφής και καθημερινών συνηθειών.
- Παρέμβαση σε περίπτωση επιδείνωσης (σύνδεση με νοσοκομείο).
- Προγραμματισμός παρηγορητικής φροντίδας (σε προχωρημένα στάδια).

Συμπέρασμα

Η νοσηλευτική φροντίδα στην καρδιακή ανεπάρκεια είναι πολυδιάστατη και απαιτεί συνεχή παρακολούθηση, εκπαίδευση του ασθενούς και έγκαιρη παρέμβαση για την αποφυγή επιπλοκών. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ζωτικός στη διαχείριση της νόσου, συμβάλλοντας σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων (CVD) αποτελεί βασικό πυλώνα στη δημόσια υγεία, καθώς μειώνει τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και το οικονομικό κόστος που συνδέεται με αυτές τις παθήσεις. Οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο τόσο στην πρωτογενή πρόληψη (αποτροπή εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου) όσο και στη δευτερογενή πρόληψη (αποφυγή επιδείνωσης σε ήδη διαγνωσμένους ασθενείς).

1. Πρωτογενής Πρόληψη: Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Μείωση των Παραγόντων Κινδύνου

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην αποτροπή της εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου μέσω της μείωσης ή εξάλειψης των παραγόντων κινδύνου. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή περιλαμβάνουν:

1.1. Εκπαίδευση Ασθενών και Κοινού

Οι νοσηλευτές λειτουργούν ως εκπαιδευτές, ενημερώνοντας το κοινό για τις υγιεινές συνήθειες που μειώνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων.

- Διατροφική εκπαίδευση:
- Προώθηση της Μεσογειακής διατροφής (κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, ψαριών, ελαιόλαδου).
- Μείωση πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών, αλατιού και ζάχαρης.
- Αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ.
- Προώθηση φυσικής δραστηριότητας:
- Προτροπή για τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας άσκησης/εβδομάδα (περπάτημα, ποδήλατο, κολύμβηση).
- Ενθάρρυνση για μείωση του καθιστικού τρόπου ζωής.
- Διακοπή καπνίσματος και περιορισμός αλκοόλ:
- Υποστήριξη μέσω προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος.
- Ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην αρτηριακή πίεση και τη χοληστερόλη.
- Διαχείριση του στρες:
- Ενθάρρυνση τεχνικών χαλάρωσης (π.χ. διαλογισμός, γιόγκα).
- Συμβουλευτική για ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου (άγχος, κατάθλιψη).

1.2. Οργάνωση Προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας

Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στη δημιουργία και εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής υγείας, με σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.

- Εκστρατείες ενημέρωσης σε σχολεία, εργασιακούς χώρους και τοπικές κοινότητες.
- Δημιουργία έντυπου και ψηφιακού εκπαιδευτικού υλικού για την καρδιαγγειακή υγεία.
- Συνεργασία με γιατρούς, διατροφολόγους και φορείς υγείας για προγράμματα πρόληψης.
- Υλοποίηση εβδομάδων πρόληψης καρδιαγγειακών νοσημάτων με δωρεάν εξετάσεις και συμβουλευτική.

.

1.3. Διενέργεια Προληπτικών Εξετάσεων και Ανίχνευση Παραγόντων Κινδύνου

Ο έγκαιρος εντοπισμός των ατόμων υψηλού κινδύνου είναι ζωτικής σημασίας. Οι νοσηλευτές παίζουν κεντρικό ρόλο στη διενέργεια προληπτικών ελέγχων, όπως:

- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης (ανίχνευση υπέρτασης).
- Έλεγχος λιπιδίων (χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων).
- Έλεγχος γλυκόζης αίματος (ανίχνευση προδιαβήτη/διαβήτη).
- Υπολογισμός Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) και μέτρηση περιφέρειας μέσης.
- Χρήση εργαλείων αξιολόγησης κινδύνου (π.χ. Framingham Risk Score).

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται βοηθούν στη διαμόρφωση εξατομικευμένων παρεμβάσεων για κάθε ασθενή.

2. Δευτερογενής Πρόληψη: Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Φροντίδα Ασθενών με Καρδιαγγειακή Νόσο

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην πρόληψη επιπλοκών και επανεμφάνισης της νόσου σε ασθενείς που έχουν ήδη διαγνωστεί με καρδιαγγειακή νόσο (π.χ. στεφανιαία νόσο, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια).

2.1. Εκπαίδευση Ασθενών για Τροποποίηση Τρόπου Ζωής

Οι νοσηλευτές εκπαιδεύουν τους ασθενείς σε αλλαγές καθημερινών συνηθειών που μειώνουν τον κίνδυνο επιδείνωσης:

- Σωστή λήψη φαρμακευτικής αγωγής.
- Αυτοπαρακολούθηση αρτηριακής πίεσης και βάρους.
- Διατροφή χαμηλή σε νάτριο και λιπαρά.
- Ρύθμιση σακχάρου αίματος σε ασθενείς με διαβήτη.

2.2. Υποστήριξη Ασθενών με Χρόνιες Καρδιακές Παθήσεις

Οι νοσηλευτές παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα και υποστήριξη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, υπέρταση ή στεφανιαία νόσο.

- Συνεχής παρακολούθηση ζωτικών σημείων και συμπτωμάτων.
- Διαχείριση δύσπνοιας, οιδημάτων και κόπωσης σε καρδιακή ανεπάρκεια.
- Ψυχολογική υποστήριξη για αντιμετώπιση άγχους και κατάθλιψης.

2.3. Πρόληψη Υποτροπών και Επανεισαγωγών στο Νοσοκομείο

Η συμμόρφωση στη θεραπεία είναι κρίσιμη για την πρόληψη επανεμφράγματος ή άλλων επιπλοκών. Ο νοσηλευτής:

- Βοηθά τους ασθενείς να κατανοήσουν τη σημασία της αγωγής.
- Παρακολουθεί σημάδια επιδείνωσης της νόσου.
- Συνεργάζεται με οικογένειες και φροντιστές για καλύτερη διαχείριση στο σπίτι.

.

Συμπέρασμα

Ο νοσηλευτής αποτελεί βασικό συντελεστή στη μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας των καρδιαγγειακών νοσημάτων μέσω της εκπαίδευσης, της προαγωγής υγείας και της έγκαιρης ανίχνευσης παραγόντων κινδύνου.

- Η πρωτογενής πρόληψη εστιάζει στη διαμόρφωση υγιεινών συνηθειών και στην ενημέρωση του πληθυσμού.
- Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην αποτροπή επιπλοκών και υποτροπών σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο.

Η συνεχής εκπαίδευση των νοσηλευτών και η προώθηση προγραμμάτων πρόληψης μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας και στη μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα.

1.5 Νοσηλευτική Φροντίδα σε Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (ΟΕΜ)

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) είναι μία από τις πιο επείγουσες καταστάσεις στα καρδιαγγειακά νοσήματα και απαιτεί άμεση νοσηλευτική παρέμβαση. Οι νοσηλευτές παίζουν ζωτικό ρόλο στην επείγουσα αντιμετώπιση, την παρακολούθηση και την αποκατάσταση των ασθενών, συμβάλλοντας στη μείωση της θνησιμότητας και των επιπλοκών.

1. Επείγουσα Νοσηλευτική Φροντίδα σε Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου

Οι πρώτες στιγμές μετά την έναρξη των συμπτωμάτων είναι κρίσιμες για την πρόγνωση του ασθενούς. Οι βασικοί στόχοι της επείγουσας φροντίδας είναι:

- Η διατήρηση της αιμάτωσης του μυοκαρδίου.
- Η μείωση του πόνου και του άγχους.
- Η αποφυγή επικίνδυνων επιπλοκών (π.χ. αρρυθμιών, καρδιακής ανεπάρκειας, καρδιογενούς σοκ).

1.1. Άμεση Αξιολόγηση και Αντιμετώπιση

- Ταχεία εκτίμηση των ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, καρδιακή συχνότητα, κορεσμός οξυγόνου).
- Εξέταση των κύριων συμπτωμάτων:
- Ισχυρός, παρατεταμένος πόνος στο στήθος (>20 λεπτά), πιεστικός ή καυστικός.
- Αντανάκλαση του πόνου στον αριστερό ώμο, τη γνάθο, την πλάτη ή το στομάχι.
- Δύσπνοια, ναυτία, εφίδρωση, αίσθημα ζάλης ή λιποθυμίας.

1.2. Άμεσες Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

- Τοποθέτηση του ασθενούς σε ημικαθιστή θέση για βελτίωση της οξυγόνωσης και μείωση του φορτίου στην καρδιά.
- Χορήγηση οξυγόνου αν το SpO₂ είναι <90%.
- Συνεχής καταγραφή ΗΚΓ για επιβεβαίωση του εμφράγματος και ανίχνευση αρρυθμιών.
- Εξασφάλιση φλεβικής γραμμής για χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.
- Χορήγηση φαρμάκων με βάση το πρωτόκολλο MONA:
- Μορφίνη (αν υπάρχει έντονος πόνος).
- Οξυγόνο (αν SpO₂ <90%).
- Νιτρογλυκερίνη (υπογλώσσια ή ενδοφλέβια για αγγειοδιαστολή).
- Ασπιρίνη (160-325 mg για μείωση της θρόμβωσης).
- Ετοιμότητα για θρομβόλυση ή αγγειοπλαστική (πρωτογενής PCI) αν υπάρχει STEMI.

2. Νοσηλευτική Φροντίδα Κατά τη Νοσηλεία

Μετά την αρχική σταθεροποίηση, η φροντίδα επικεντρώνεται στην παρακολούθηση του ασθενούς, στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και στην πρόληψη επιπλοκών.

2.1. Συνεχής Παρακολούθηση και Εκτίμηση του Ασθενούς

Οι νοσηλευτές εστιάζουν στη συνεχή αξιολόγηση για:

- Ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση (ΗΚΓ) για ανίχνευση αρρυθμιών.

- Έλεγχο ζωτικών σημείων ανά 15-30 λεπτά αρχικά και στη συνέχεια ανά 2-4 ώρες.
- Ανίχνευση πρώιμων επιπλοκών όπως:
- Καρδιακή ανεπάρκεια (δύσπνοια, πνευμονικό οίδημα).
- Καρδιογενές σοκ (υπόταση, ωχρότητα, ταχυκαρδία).
- Υποτροπή ισχαιμίας (επανεμφάνιση πόνου στο στήθος).

2.2. Διαχείριση Φαρμακευτικής Αγωγής

- Αντιαιμοπεταλιακά (π.χ. ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη) για πρόληψη θρόμβωσης.
- Β-αναστολείς (π.χ. μετοπρολόλη) για μείωση του καρδιακού φόρτου.
- Στατίνες (π.χ. ατορβαστατίνη) για έλεγχο λιπιδίων.
- Αναστολείς MEA ή αποκλειστές αγγειοτενσίνης (π.χ. ραμιπρίλη) για προστασία του μυοκαρδίου.

2.3. Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη

Το έμφραγμα είναι μια τραυματική εμπειρία για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής παρέχει:

- Συμβουλευτική για τη διαχείριση του άγχους και του φόβου.
- Υποστήριξη στην οικογένεια για προσαρμογή στη νέα κατάσταση.

3. Αποκατάσταση και Νοσηλευτική Φροντίδα Μετά το Έμφραγμα

Η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση του κινδύνου νέου εμφράγματος και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

3.1. Εκπαίδευση Ασθενούς και Οικογένειας

Ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τον ασθενή σε θέματα όπως:

- Διατροφή:
- Μεσογειακή διατροφή, χαμηλή σε λιπαρά και αλάτι.
- Αποφυγή κόκκινου κρέατος και τηγανητών.
- Φυσική δραστηριότητα:

- Σταδιακή επαναφορά με ήπιο περπάτημα και καρδιακή αποκατάσταση.
- Φαρμακευτική συμμόρφωση:
- Σημασία της τακτικής λήψης φαρμάκων.
- Παρακολούθηση για ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Διακοπή καπνίσματος και αλκοόλ.
- Διαχείριση του στρες και ψυχολογική υποστήριξη.

3.2. Παρακολούθηση μετά το Νοσοκομείο

- Προγραμματισμός τακτικών καρδιολογικών ελέγχων.
- Συμμετοχή σε προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης.
- Αυτοπαρακολούθηση αρτηριακής πίεσης και βάρους.

Συμπέρασμα

Η νοσηλευτική φροντίδα στο οξύ έμφραγμα είναι πολυδιάστατη, ξεκινώντας από την επείγουσα φροντίδα, συνεχίζοντας με την παρακολούθηση στη νοσηλεία και ολοκληρώνοντας με την καρδιακή αποκατάσταση. Οι νοσηλευτές παίζουν κρίσιμο ρόλο στη διάσωση ζωών, τη βελτίωση της πρόγνωσης και την πρόληψη νέων καρδιακών επεισοδίων, συμβάλλοντας καθοριστικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών

1.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Η αρτηριακή υπέρταση είναι ένας από τους σημαντικότερους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και η καρδιακή ανεπάρκεια. Οι νοσηλευτές παίζουν βασικό ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών, στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και στην τροποποίηση του τρόπου ζωής, συμβάλλοντας στην πρόληψη επιπλοκών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

1. Εκπαίδευση Ασθενούς στην Υπέρταση

Η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί κεντρικό ρόλο του νοσηλευτή, καθώς η σωστή διαχείριση της υπέρτασης βασίζεται κυρίως στις αλλαγές στον τρόπο ζωής και στην καλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή.

1.1. Ενημέρωση για τη Φύση της Υπέρτασης

- Τι είναι η υπέρταση: Χρόνια πάθηση όπου η αρτηριακή πίεση είναι συνεχώς αυξημένη ($>140/90$ mmHg).
- Σιωπηλός κίνδυνος: Οι περισσότεροι υπερτασικοί ασθενείς δεν έχουν συμπτώματα, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών.
- Επιπλοκές: Αν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική νόσο και απώλεια όρασης.

1.2. Εκπαίδευση για Αυτοπαρακολούθηση της Αρτηριακής Πίεσης

Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει πώς να μετρά σωστά την πίεσή του στο σπίτι:

- Χρήση πιστοποιημένου πιεσόμετρου.
- Μέτρηση το πρωί και το βράδυ, πριν από τη λήψη φαρμάκων.
- Καθιστή θέση, σε ήρεμο περιβάλλον, χωρίς καφέ, κάπνισμα ή άσκηση πριν τη μέτρηση.
- Καταγραφή των μετρήσεων σε ημερολόγιο για καλύτερη παρακολούθηση.

2. Ρύθμιση Αρτηριακής Πίεσης και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Οι νοσηλευτές βοηθούν στη ρύθμιση της πίεσης μέσω της παρακολούθησης και της διαχείρισης της φαρμακευτικής αγωγής.

2.1. Στόχοι Αρτηριακής Πίεσης

- Σε υγιείς ενήλικες: <140/90 mmHg.
- Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή νεφρική νόσο: <130/80 mmHg.
- Σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών: <150/90 mmHg (αν δεν εμφανίζουν συμπτώματα υπότασης).

2.2. Φαρμακευτική Αγωγή και Νοσηλευτική Διαχείριση

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για τα φάρμακα που λαμβάνει, τον τρόπο δράσης τους και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.

- Διουρητικά (θειαζιδικά, φουροσεμίδη): Μείωση κατακράτησης υγρών.
- Παρακολούθηση: Αφυδάτωση, υποκαλιαιμία.
- Αναστολείς ΜΕΑ (π.χ. ραμιπρίλη, εναλαπρίλη): Διεύρυνση αγγείων.
- Παρακολούθηση: Ορθοστατική υπόταση, ξηρός βήχας.
- Αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης (π.χ. λοσαρτάνη): Παρόμοια δράση με τους αναστολείς ΜΕΑ.
- Β-αναστολείς (π.χ. μετοπρολόλη, καρβεδιλόλη): Μείωση καρδιακού ρυθμού και πίεσης.
- Παρακολούθηση: Βραδυκαρδία, κόπωση.
- Ανταγωνιστές ασβεστίου (π.χ. αμλοδιπίνη, διλτιαζέμη): Αγγειοδιαστολή.
- Παρακολούθηση: Οίδημα κάτω άκρων.

Βασικές οδηγίες:

- Η λήψη της αγωγής πρέπει να γίνεται την ίδια ώρα κάθε μέρα.
- Δεν διακόπτεται η θεραπεία χωρίς οδηγίες γιατρού.
- Αν εμφανιστούν παρενέργειες, ενημέρωση του νοσηλευτή ή του ιατρού.

3. Τροποποίηση Τρόπου Ζωής για Ρύθμιση της Υπέρτασης

Η τροποποίηση του τρόπου ζωής είναι ζωτικής σημασίας στη διαχείριση της υπέρτασης και μπορεί να μειώσει την ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή.

3.1. Διατροφή και Μείωση Νατρίου

- Διατροφή DASH:
- Αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, δημητριακών ολικής άλεσης.
- Μείωση κορεσμένων λιπαρών και ζάχαρης.
- Κατανάλωση ψαριών και ξηρών καρπών.
- Περιορισμός αλατιού (<2,3 g/ημέρα):
- Αποφυγή επεξεργασμένων τροφών (κονσέρβες, έτοιμα γεύματα).
- Μαγείρεμα χωρίς προσθήκη αλατιού, χρήση μυρωδικών ως εναλλακτική.

3.2. Σωματική Δραστηριότητα

- Τουλάχιστον 150 λεπτά άσκησης την εβδομάδα (π.χ. γρήγορο περπάτημα, ποδήλατο, κολύμβηση).
- Αποφυγή καθιστικής ζωής, διαλείμματα για περπάτημα αν υπάρχει πολύωρη εργασία σε γραφείο.

3.3. Διακοπή Καπνίσματος και Αποφυγή Αλκοόλ

- Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών και μειώνει την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής.

- Περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλ σε 1 ποτό την ημέρα για τις γυναίκες και 2 για τους άνδρες.

3.4. Διαχείριση Στρες και Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

- Ενθάρρυνση τεχνικών χαλάρωσης (γιόγκα, βαθιές αναπνοές, διαλογισμός).
- Διατήρηση κοινωνικών επαφών για μείωση της απομόνωσης και του άγχους.
- Ανίχνευση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους, παραπομπή σε ειδικούς αν χρειάζεται.

Συμπέρασμα

Η νοσηλευτική φροντίδα στην υπέρταση βασίζεται στην εκπαίδευση του ασθενούς, στη ρύθμιση της πίεσης μέσω φαρμακευτικής αγωγής και στη βελτίωση του τρόπου ζωής.

- Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν τη σημασία της τακτικής μέτρησης της πίεσης και της συμμόρφωσης στη θεραπεία.
- Η διατροφή, η άσκηση και η διαχείριση του στρες είναι εξίσου σημαντικές με τα φάρμακα για τη ρύθμιση της υπέρτασης.
- Οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο στην τροποποίηση των συνηθειών των ασθενών, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος καρδιαγγειακών επιπλοκών.

1.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ)

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι μια επείγουσα ιατρική κατάσταση που προκαλείται από διακοπή της αιμάτωσης του εγκεφάλου (ισχαιμικό ΑΕΕ) ή αιμορραγία στον εγκέφαλο (αιμορραγικό ΑΕΕ). Η έγκαιρη παρέμβαση και η σωστή νοσηλευτική φροντίδα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αποκατάσταση, την πρόληψη επιπλοκών και τη μακροχρόνια φροντίδα του ασθενούς.

1. Νοσηλευτική Φροντίδα Κατά την Οξεία Φάση του ΑΕΕ

Στα πρώτα στάδια του εγκεφαλικού, η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στη σταθεροποίηση του ασθενούς και την πρόληψη δευτερογενών επιπλοκών.

- Συνεχής παρακολούθηση ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, οξυγόνωση, θερμοκρασία).
- Διαχείριση της αρτηριακής πίεσης για την αποφυγή επιδείνωσης του εγκεφαλικού.
- Νευρολογική αξιολόγηση (Κλίμακα Γλασκώβης, έλεγχος αντανακλαστικών, κινητικότητας, λόγου).
- Έλεγχος κατάποσης για αποφυγή εισρόφησης και πνευμονίας.
- Ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού (30°) για μείωση του εγκεφαλικού οιδήματος.
- Πρόληψη θρομβώσεων (αντιπηκτική αγωγή, κινησιοθεραπεία αν επιτρέπεται).

Μετά τη σταθεροποίηση, η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζει στην αποκατάσταση και την πρόληψη επιπλοκών.

2. Αποκατάσταση και Αποθεραπεία του Ασθενούς

Η αποκατάσταση στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενούς και στην επανένταξή του στην καθημερινή ζωή. Η νοσηλευτική ομάδα συνεργάζεται με φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και εργοθεραπευτές.

2.1. Κινητική Αποκατάσταση και Πρόληψη Αναπηρίας

Οι νοσηλευτές βοηθούν τους ασθενείς να ανακτήσουν κινητικές δεξιότητες και να αποτρέψουν δευτερογενείς βλάβες:

- Έγκαιρη κινητοποίηση για αποφυγή θρομβώσεων και κατακλίσεων.
- Ασκήσεις φυσικοθεραπείας για ενίσχυση της μυϊκής δύναμης.
- Βοήθεια στην αλλαγή θέσεων στο κρεβάτι κάθε 2 ώρες για αποφυγή κατακλίσεων.

- Υποστήριξη στη χρήση βοηθητικών συσκευών (περπατούρα, αναπηρικό αμαξίδιο αν χρειάζεται).

2.2. Αποκατάσταση Λόγου και Κατάποσης

- Συνεργασία με λογοθεραπευτή για τη βελτίωση της ομιλίας και της κατάποσης.
- Διατροφική προσαρμογή (πολτοποιημένες τροφές, αποφυγή υγρών που μπορεί να προκαλέσουν εισρόφιση).
- Εκπαίδευση ασθενούς στην αργή και προσεκτική μάσηση και κατάποση.

2.3. Βελτίωση Γνωστικών και Ψυχολογικών Λειτουργιών

Οι ασθενείς με ΑΕΕ μπορεί να εμφανίσουν γνωστικά ελλείμματα, άγχος ή κατάθλιψη. Ο νοσηλευτής:

- Παρακολουθεί σημάδια άνοιας ή σύγχυσης.
- Ενθαρρύνει δραστηριότητες που διεγείρουν τη μνήμη (ανάγνωση, παιχνίδια σκέψης).
- Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη για την προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα.
- Συνεργάζεται με την οικογένεια για τη διαχείριση συναισθηματικών προκλήσεων.

3. Πρόληψη Επιπλοκών μετά το ΑΕΕ

Οι επιπλοκές είναι συχνές μετά από ένα εγκεφαλικό και μπορεί να επηρεάσουν την ανάρρωση του ασθενούς. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται στην πρόληψη των ακόλουθων καταστάσεων:

3.1. Θρόμβωση και Πνευμονική Εμβολή

- Έγκαιρη κινητοποίηση του ασθενούς.
- Χρήση ελαστικών καλτσών διαβαθμισμένης συμπίεσης.
- Χορήγηση αντιπηκτικών αν συνταγογραφηθεί.

3.2. Κατακλίσεις και Λοιμώξεις

- Αλλαγή θέσης κάθε 2 ώρες στο κρεβάτι.
- Καθημερινός έλεγχος του δέρματος για ερυθρότητα ή πληγές.
- Συχνός καθαρισμός και ενυδάτωση του δέρματος.

3.3. Πνευμονία από Εισρόφηση

- Έλεγχος της ικανότητας κατάποσης πριν από τη χορήγηση τροφής.
- Ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού κατά τη διάρκεια των γευμάτων.
- Ενθάρρυνση για βήχα και βαθιές αναπνοές για την αποφυγή στάσης εκκρίσεων.

3.4. Διαταραχές του Ουροποιητικού Συστήματος

- Αποφυγή μακροχρόνιας χρήσης ουροκαθετήρα (κίνδυνος ουρολοιμώξεων).
- Παρακολούθηση για σημάδια ακράτειας ή κατακράτησης ούρων.

3.5. Διαχείριση Ψυχολογικών Επιπτώσεων

- Υποστήριξη του ασθενούς στην αντιμετώπιση της απώλειας λειτουργικότητας.
- Ανίχνευση και διαχείριση κατάθλιψης.
- Ενθάρρυνση για κοινωνικοποίηση και συμμετοχή σε δραστηριότητες.

4. Φροντίδα στο Σπίτι και Υποστήριξη της Οικογένειας

Μετά το εξιτήριο, ο ασθενής χρειάζεται συνεχή φροντίδα στο σπίτι. Οι νοσηλευτές βοηθούν στη διαχείριση της καθημερινότητας και στην εκπαίδευση των φροντιστών.

4.1. Βασικές Αρχές Κατ' Οίκον Φροντίδας

- Συνεχής παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης.
- Διατήρηση καλής διατροφής και επαρκούς ενυδάτωσης.

- Πρόγραμμα φυσικοθεραπείας και άσκησης (καθοδηγούμενο από ειδικούς).
- Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής και προγραμματισμός εξετάσεων.

4.2. Εκπαίδευση Οικογένειας και Φροντιστών

- Πρακτικές οδηγίες για μετακίνηση, αλλαγή θέσεων και φροντίδα κατακλίσεων.
- Συμβουλευτική για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.
- Διάθεση υποστηρικτικών ομάδων ή βοήθειας κατ' οίκον.

Συμπέρασμα

Η νοσηλευτική φροντίδα μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο είναι πολύπλευρη και συνεχής, περιλαμβάνοντας:

1. Έγκαιρη αποκατάσταση (κινητική, λόγου, ψυχολογική).
2. Πρόληψη επιπλοκών (κατακλίσεις, λοιμώξεις, θρομβώσεις).
3. Φροντίδα στο σπίτι και υποστήριξη των φροντιστών.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι κομβικός στην αποθεραπεία και την επανένταξη του ασθενούς στην καθημερινή ζωή, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αποφυγή νέων εγκεφαλικών επεισοδίων.

9.ΚΛΕΙΔΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτου σε όλο τον πλανήτη. Περίπου οι μισοί από τους άνδρες και το ένα τρίτο των γυναικών μέσης ηλικίας παρουσιάζουν κάποιο απ' αυτά τα νοσήματα.

Οφείλονται στην αθηροσκλήρωση που προσβάλλει και στενεύει ή φράζει τις αρτηρίες. Ανάλογα με την εντόπιση της αθηροσκλήρωσης, έχουμε τη στεφανιαία νόσο (στηθάγχη, έμφραγμα, καρδιακή ανεπάρκεια), τα εγκεφαλικά επεισόδια, την περιφερική αρτηριοπάθεια και το ανεύρυσμα της θωρακικής και κοιλιακής αορτής. Πολύ συχνά στο ίδιο άτομο συνυπάρχουν περισσότερα από ένα από αυτά τα νοσήματα.



Αρκετές φορές τα καρδιαγγειακά νοσήματα δεν έχουν προειδοποιητικά συμπτώματα και εμφανίζονται «αιφνίδια». Στην πραγματικότητα, όμως, η εμφάνισή τους δεν είναι και τόσο αιφνίδια, διότι έχει προηγηθεί επί πολλά χρόνια η ύπαρξη πολλών παραγόντων κινδύνου χωρίς καμία αντιμετώπιση. Η ευχάριστη είδηση είναι ότι τα τελευταία χρόνια καταγράφηκε μείωση των θανάτων απ' αυτά τα νοσήματα, αλλά παρ' όλα αυτά εξακολουθούν να βρίσκονται στην πρώτη θέση.

Η μείωση αυτή οφείλεται αφενός στις εξελιγμένες θεραπείες που υπάρχουν για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων (φάρμακα, αγγειοπλαστικές κ.ά.), αφετέρου –και κατά κύριο λόγο- στην καλύτερη αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου.

Υπάρχουν τρεις παράγοντες κινδύνου που δεν μπορούν να τροποποιηθούν και αυτοί είναι το φύλο, η ηλικία και το επιβαρυνόμενο οικογενειακό ιστορικό (ύπαρξη καρδιαγγειακού επεισοδίου σε κάποιο συγγενή σε μικρή ηλικία).

Έτσι, λοιπόν, οι άνδρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τις γυναίκες, ενώ όλοι μας έχουμε αυξημένο κίνδυνο όσο τα χρόνια περνάνε και μεγαλώνουμε.

Οι παράγοντες κινδύνου και η άμυνα

Στους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου, όμως, μπορούμε να παρέμβουμε ώστε να ελαττώσουμε σημαντικά την πιθανότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων.

- **Κάπνισμα:** Είναι η κορυφαία απειλή της υγείας για τον άνθρωπο. Σήμερα υπάρχουν διάφορα θεραπευτικά μέσα για τη διακοπή του καπνίσματος που θα πρέπει να προτείνονται σε όλους τους καπνιστές.
- **Υγιεινή διατροφή:** Θα πρέπει να περιλαμβάνει φρούτα και λαχανικά, ψάρια, ελαιόλαδο αντί για ζωικά λίπη, περιορισμό των γλυκών, προτίμηση των προϊόντων ολικής αλέσεως, μείωση του αλατιού, μετριασμό του αλκοόλ.
- **Άσκηση:** Γρήγορο βάδισμα επί 30 λεπτά επί πέντε ημέρες την εβδομάδα έχει ευεργετικές επιδράσεις. Εκμετάλλευση κάθε ευκαιρίας καθημερινά για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.
- **Υπέρταση:** Προσβάλλει το 30% των ενηλίκων. Η ρύθμισή της με υγιεινοδιαιτητικά μέσα και με φαρμακευτική αγωγή μειώνει σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Δυστυχώς πολλοί άνθρωποι αγνοούν ότι έχουν υπέρταση και απ' αυτούς που το ξέρουν πολλοί είναι αρρυθμιστοι.
- **Διαβήτης:** Αυξάνει τόσο πολύ τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων ώστε θεωρείται ισοδύναμο στεφανιαίας νόσου. Η πρόληψη και η αντιμετώπισή του έχει ιδιαίτερη σημασία. Σήμερα υπάρχει ποικιλία αντιδιαβητικών φαρμάκων που είναι και ασφαλή και αποτελεσματικά.
- **Δυσλιπιδαιμία:** Ο συνδυασμός της κατάλληλης διατροφής και της χορήγησης υπολιπιδαιμικών φαρμάκων, όπου αυτή χρειάζεται, μειώνουν αποτελεσματικά τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.
- **Παχυσαρκία:** Έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας. Η καταπολέμησή της εκτός του ότι μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, προλαμβάνει σωρεία άλλων επιππτώσεων για τον οργανισμό.

Όσο περισσότερους παράγοντες κινδύνου έχει κάποιος τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά νοσήματα. Έτσι, λοιπόν, κάποιος που είναι 60 ετών, καπνιστής, υπέρβαρος και κάνει καθιστική ζωή έχει 4 παράγοντες κινδύνου και επομένως ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο. Αν έχει και διαβήτη και υπέρταση (δύο πολύ συχνές καταστάσεις), τότε ο κίνδυνος πολλαπλασιάζεται.

Είναι σαφές, λοιπόν, ότι η σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Ο νοσηλευτικός ρόλος στην αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι πολυδιάστατος και κρίσιμος για την πρόληψη, τη διαχείριση και την αποκατάσταση των ασθενών. Παρακάτω παρατίθενται επιπλέον άρθρα που αναδεικνύουν διάφορες πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας σε αυτόν τον τομέα:

1. Η αξία της θεραπευτικής επικοινωνίας και της συμβουλευτικής σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα:
Το άρθρο αυτό εξετάζει τη σημασία της θεραπευτικής επικοινωνίας και της συμβουλευτικής από τους νοσηλευτές στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τονίζεται ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση των ασθενών στις θεραπευτικές οδηγίες και να ενισχύσει την ποιότητα ζωής τους.
2. Ο ηγετικός ρόλος των νοσηλευτών στη φροντίδα των χρόνιων νοσημάτων:
Το άρθρο αυτό αναδεικνύει τον ηγετικό ρόλο των νοσηλευτών στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Επισημαίνεται ότι οι νοσηλευτές, μέσω της εκπαίδευσης και της υποστήριξης, συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της υγείας των ασθενών και στη μείωση των επιπλοκών.
3. Καρδιακή ανεπάρκεια και νοσηλευτικές παρεμβάσεις:
Η μελέτη αυτή εστιάζει στην καρδιακή ανεπάρκεια και στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν για την πρόληψη και τη διαχείρισή της. Τονίζεται η σημασία της εκπαίδευσης των ασθενών, της παρακολούθησης της φαρμακευτικής αγωγής και της προώθησης υγιεινών συνθηκών ζωής.

Τα παραπάνω άρθρα υπογραμμίζουν τη σημασία της νοσηλευτικής φροντίδας στην πρόληψη, τη διαχείριση και την αποκατάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, αναδεικνύοντας τον κρίσιμο ρόλο των νοσηλευτών στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρόληψη και η θεραπεία των καρδιολογικών παθήσεων είναι παγκόσμιοι στόχοι, όχι αποκλειστικά ιατρικές ανάγκες. Οι καρδιολογικές παθήσεις συνεχίζουν να είναι μία από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας παγκοσμίως, επηρεάζοντας εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο. Οι προληπτικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της αλλαγής του τρόπου ζωής και του μετριασμού του κίνδυνου, είναι απαραίτητες για τη μείωση του επιπολασμού των καρδιοπαθειών. Επιπλέον, η διασφάλιση της πρόσβασης σε έγκαιρες θεραπείες είναι εξίσου ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για άτομα που έχουν ήδη επηρεαστεί. Επίσης, η συγχώνευση προληπτικών και θεραπευτικών στρατηγικών είναι ζωτικής σημασίας για τον μετριασμό των σημαντικών ανθρώπινων και οικονομικών επιβαρύνσεων που συνδέονται με την καρδιαγγειακή νόσο. Τέλος, η ενίσχυση της υποδομής υγειονομικής περίθαλψης, η βελτίωση της προσβασιμότητας σε φαρμακευτικά προϊόντα και η υπεράσπιση

της καθολικής υγειονομικής κάλυψης μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες στην παροχή φροντίδας, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με περιορισμένους πόρους. Δίνοντας έμφαση τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπεία, μπορούμε να μειώσουμε σημαντικά το παγκόσμιο βάρος των καρδιαγγειακών παθήσεων, να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής και να παρατείνουμε το προσδόκιμο υγιούς ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Michas, G., Karvelas, G., & Trikas, A. (2019), Cardiovascular disease in Greece; the latest evidence on risk factors, Hellenic Journal of Cardiology, Volume 60, Issue 5, Pages 271-275, ISSN 1109-9666, <https://doi.org/10.1016/j.hjc.2018.09.006>.

Greece: Country health profile (2019), OECD, <https://www.oecd.org/greece/greece-country-health-profile-2019-d87da56a-en.htm>

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα 2008 – 2012, (2008) Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, Αθήνα 2008, <https://www.moh.gov.gr>

Καρδιαγγειακά νοσήματα, παράγοντες κινδύνου και διατροφικές συνήθειες του ελληνικού πληθυσμού, <https://eelia.gr/kardiaggeiaka-nosimata-paragontes-k/>

Touloumi, G., Karakosta, A., Kalpourtzi, N. et al. (2020) High prevalence of cardiovascular risk factors in adults living in Greece: the EMENO National Health Examination Survey. BMC Public Health 20, 1665. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09757-4>

Τσιούφης Κ., Η καρδιαγγειακή νόσος στην Ελλάδα με αριθμούς, (n.d.) Ελληνική καρδιολογική επιθεώρηση, <http://www.hellenicjcardiol-gr.gr/index.php/hjc/article/download/267/241/>

State of Health in the EU, Country Health Profile 2019 (2020), Athens.

Έρευνα Υγείας έτους 2019, ΕΛΣΤΑΤ, <https://www.statistics.gr/el>

Καρδιακή Υγεία – Παθήσεις, (2019), <https://www.elikar.gr>

Townsend N, Nichols M, Scarborough P, Rayner M., (2015), Cardiovascular disease in Europe--epidemiological update 2015. Eur Heart J. 36(40):2696-705. doi: 10.1093/eurheartj/ehv428. Epub 2015 Aug 25. PMID: 26306399.

Panagiotakos D, Foscolou A. (2019) Cardiovascular disease risk status during the years of the financial crisis: The Greek case. Hellenic J Cardiol. 60(3):189-190. doi: 10.1016/j.hjc.2019.03.005. Epub 2019 Apr 3. PMID: 30951875.

Touloumi, G., Karakosta, A., Kalpourtzi, N. et al., (2020), High prevalence of cardiovascular risk factors in adults living in Greece: the EMENO National Health Examination Survey. *BMC Public Health* 20, 1665. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09757->

Mendis, Shanthi, Puska, Pekka, Norrving, B, (2011), World Health Organization, World Heart Federation, Global atlas on cardiovascular disease prevention and control <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44701>

Mackay, J. & Mensah, George & Mendis, Sasith & Greenlund, K.. (2004). The atlas of heart disease and stroke.

ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (2002). Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA*, 288(23), 2981–2997. <https://doi.org/10.1001/jama.288.23.2981>

Atwood J. (2022). Management of Acute Coronary Syndrome. *Emergency medicine clinics of North America*, 40(4), 693–706. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2022.06.008>

Bortolotti, U., Vendramin, I., & Livi, U. (2022). Surgical aortic valve replacement optimizing the small aortic annulus size. *European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, 62(3), ezac256. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezac256>

Brieler, J., Breeden, M. A., & Tucker, J. (2017). Cardiomyopathy: An Overview. *American family physician*, 96(10), 640–646.

Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. (2023). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *QuickStats: Percentage of adults aged ≥18 years with diagnosed heart disease, by urbanization level and age group — National Health Interview*

Survey, United States, 2020. National Center for Health Statistics.
<https://blogs.cdc.gov/nchs/2022/06/10/6464/>

Centers for Disease Control and Prevention. (2024, May 15). *About heart disease*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/heart-disease/about/index.html>

Collins, R., Reith, C., Emberson, J., Armitage, J., Baigent, C., Blackwell, L., Blumenthal, R., Danesh, J., Smith, G. D., DeMets, D., Evans, S., Law, M., MacMahon, S., Martin, S., Neal, B., Poulter, N., Preiss, D., Ridker, P., Roberts, I., Rodgers, A., ... Peto, R. (2016). Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet (London, England)*, 388(10059), 2532–2561.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31357-5)

Cook, N. R., Cutler, J. A., Obarzanek, E., Buring, J. E., Rexrode, K. M., Kumanyika, S. K., Appel, L. J., & Whelton, P. K. (2007). Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ (Clinical research ed.)*, 334(7599), 885–888.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39147.604896.55>

de Souza, R. J., Mente, A., Maroleanu, A., Cozma, A. I., Ha, V., Kishibe, T., Uleryk, E., Budylowski, P., Schünemann, H., Beyene, J., & Anand, S. S. (2015). Intake of saturated and trans unsaturated fatty acids and risk of all cause mortality, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, 351, h3978. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3978>

Després J. P. (2012). Body fat distribution and risk of cardiovascular disease: an update. *Circulation*, 126(10), 1301–1313.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.067264>

Dickinson, H. O., Mason, J. M., Nicolson, D. J., Campbell, F., Beyer, F. R., Cook, J. V., Williams, B., & Ford, G. A. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of hypertension*, 24(2), 215–233. <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000199800.72563.26>

Eckel, R. H., Jakicic, J. M., Ard, J. D., de Jesus, J. M., Houston Miller, N., Hubbard, V. S., ... & Yanovski, S. Z. (2014). 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American college of cardiology*, 63(25 Part B), 2960-2984.

Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar, N., Gao, P., Seshasai, S. R., Gobin, R., Kaptoge, S., Di Angelantonio, E., Ingelsson, E., Lawlor, D. A., Selvin, E., Stampfer, M., Stehouwer, C. D., Lewington, S., Pennells, L., Thompson, A., Sattar, N., White, I. R., Ray, K. K., & Danesh, J. (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet (London, England)*, 375(9733), 2215–2222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60484-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60484-9)

Fiore, M. C., Smith, S. S., Jorenby, D. E., & Baker, T. B. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA*, 271(24), 1940–1947. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03510480064036>

Fu D. G. (2015). Cardiac Arrhythmias: Diagnosis, Symptoms, and Treatments. *Cell biochemistry and biophysics*, 73(2), 291–296. <https://doi.org/10.1007/s12013-015-0626-4>

Halvorsen, S., Andreotti, F., ten Berg, J. M., Cattaneo, M., Coccheri, S., Marchioli, R., Morais, J., Verheugt, F. W., & De Caterina, R. (2014). Aspirin therapy in primary cardiovascular disease prevention: a position paper of the European Society of Cardiology working group on thrombosis. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(3), 319–327. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.03.049>

Hansson, L., Zanchetti, A., Carruthers, S. G., Dahlöf, B., Elmfeldt, D., Julius, S., Ménard, J., Rahn, K. H., Wedel, H., & Westerling, S. (1998). Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet (London, England)*, 351(9118), 1755–1762. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(98\)04311-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(98)04311-6)

Hasan, F., Bogossian, H., & Lemke, B. (2020). Akute Bradykardien [Acute bradycardia]. *Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie*, 31(1), 3–9. <https://doi.org/10.1007/s00399-020-00665-z>

Howard, C., Jullian, L., Joshi, M., Noshirwani, A., Bashir, M., & Harky, A. (2019). TAVI and the future of aortic valve replacement. *Journal of cardiac surgery*, 34(12), 1577–1590. <https://doi.org/10.1111/jocs.14226>

Imazio, M., Gaita, F., & LeWinter, M. (2015). Evaluation and Treatment of Pericarditis: A Systematic Review. *JAMA*, 314(14), 1498–1506. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.12763>

Joseph, P., Leong, D., McKee, M., Anand, S. S., Schwalm, J. D., Teo, K., Mente, A., & Yusuf, S. (2017). Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease, Part 1: The Epidemiology and Risk Factors. *Circulation research*, 121(6), 677–694. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.117.308903>

Khosravi, A., Akhavan Tabib, A., Golshadi, I., Dana Siadat, Z., Bahonar, A., Zarfeshani, S., Alikhasi, H., Rezaee, S., Noori, F., Hashemi Jazi, M., & Khosravi, Z. (2012). The Relationship between Weight and CVD Risk Factors in a Sample Population from Central Iran (Based on IHHP). *ARYA atherosclerosis*, 8(2), 82–89.

Kisling, A., & Gallagher, R. (2024). Valvular Heart Disease. *Primary care*, 51(1), 95–109. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2023.08.003>

Klatsky, A. L., Armstrong, M. A., & Friedman, G. D. (1990). Risk of cardiovascular mortality in alcohol drinkers, ex-drinkers and nondrinkers. *The American journal of cardiology*, 66(17), 1237–1242. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(90\)91107-h](https://doi.org/10.1016/0002-9149(90)91107-h)

Kottke, T. E., Battista, R. N., DeFries, G. H., & Brekke, M. L. (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. *Jama*, 259(19), 2882–2889. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03720190050031>

Law, M. R., & Wald, N. J. (2003). Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 46(1), 31–38. [https://doi.org/10.1016/s0033-0620\(03\)00078-1](https://doi.org/10.1016/s0033-0620(03)00078-1)

Law, M. R., Morris, J. K., & Wald, N. J. (2009). Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, 338, b1665. <https://doi.org/10.1136/bmj.b1665>

Leong, D. P., Joseph, P. G., McKee, M., Anand, S. S., Teo, K. K., Schwalm, J. D., & Yusuf, S. (2017). Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease, Part 2: Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. *Circulation research*, 121(6), 695–710. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.117.311849>

Leong, D. P., Smyth, A., Teo, K. K., McKee, M., Rangarajan, S., Pais, P., Liu, L., Anand, S. S., Yusuf, S., & INTERHEART Investigators (2014). Patterns of alcohol consumption and myocardial infarction risk: observations from 52 countries in the INTERHEART case-control study. *Circulation*, 130(5), 390–398. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.007627>

Lewington, S., Clarke, R., Qizilbash, N., Peto, R., Collins, R., & Prospective Studies Collaboration (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet (London, England)*, 360(9349), 1903–1913. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)11911-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11911-8)

Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Christiaens, T., Cifkova, R., De Backer, G., Dominiczak, A., Galderisi, M., Grobbee, D. E., Jaarsma, T., Kirchhof, P., Kjeldsen, S. E., Laurent, S., Manolis, A. J., Nilsson, P. M., Ruilope, L. M., Schmieder, R. E., ... Wood, D. A. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 34(28), 2159–2219. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh151>

McKibben, R. A., Al Rifai, M., Mathews, L. M., & Michos, E. D. (2016). Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Women. *Current cardiovascular risk reports*, 10, 1. <https://doi.org/10.1007/s12170-015-0480-3>

McMurray, J. J., & Pfeffer, M. A. (2005). Heart failure. *Lancet (London, England)*, 365(9474), 1877–1889. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66621-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66621-4)

National Collaborating Centre for Primary Care (UK). (2008). *Lipid Modification: Cardiovascular Risk Assessment and the Modification of Blood Lipids for the Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease*. Royal College of General Practitioners (UK).

National Institute for Health and Care Excellence. (2010, June 22). *Cardiovascular disease prevention: Public health guideline [PH25]*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/PH25>

National Institute for Health and Care Excellence. (2016, June 22). *Alirocumab for treating primary hypercholesterolaemia and mixed dyslipidaemia (Technology appraisal guidance TA393)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta393>

Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., Albus, C., Benlian, P., Boysen, G., Cifkova, R., Deaton, C., Ebrahim, S., Fisher, M., Germano, G., Hobbs, R., Hoes, A., Karadeniz, S., Mezzani, A., Prescott, E., Ryden, L., ... ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European heart journal*, 33(13), 1635–1701. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs092>

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M. T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M. L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D. J., ... ESC Scientific Document Group (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease

Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*, 37(29), 2315–2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>

Rao P. S. (2024). Balloon pulmonary valvuloplasty: A systematic review. *Indian heart journal*, 76(2), 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2023.12.007>

Robinson, J. G., Farnier, M., Krempf, M., Bergeron, J., Luc, G., Aversa, M., Stroes, E. S., Langslet, G., Raal, F. J., El Shahawy, M., Koren, M. J., Lepor, N. E., Lorenzato, C., Pordy, R., Chaudhari, U., Kastelein, J. J., & ODYSSEY LONG TERM Investigators (2015). Efficacy and safety of alirocumab in reducing lipids and cardiovascular events. *The New England journal of medicine*, 372(16), 1489–1499. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1501031>

Sattelmair, J., Pertman, J., Ding, E. L., Kohl, H. W., 3rd, Haskell, W., & Lee, I. M. (2011). Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation*, 124(7), 789–795. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.010710>

Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A., Matthews, D. R., Manley, S. E., Cull, C. A., Hadden, D., Turner, R. C., & Holman, R. R. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 321(7258), 405–412. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405>

Unal, B., Critchley, J. A., & Capewell, S. (2004). Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*, 109(9), 1101–1107. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000118498.35499.B2>

World Health Organization. (2021, June 11). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Zinman, B., Wanner, C., Lachin, J. M., Fitchett, D., Bluhmki, E., Hantel, S., Mattheus, M., Devins, T., Johansen, O. E., Woerle, H. J., Broedl, U. C., Inzucchi, S. E., & EMPA-

REG OUTCOME Investigators (2015). Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *The New England journal of medicine*, 373(22), 2117–2128. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1504720>