

DERLEME

REVIEW

Akut Koroner Sendromda Kanıtı Dayalı Bakım Uygulamaları

Evidence-Based Care Practice in Acute Coronary Syndrome

Sibel Sevinç¹

¹Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu, Kilis.

ÖZET

Aterosklerozun yaşamı tehdit eden bir belirtisi olan Akut Koroner Sendrom; kapsamlı bakım yönetimi gerektiren önemli hastalıkları içermektedir. Bu sendromda bakım yönetimi sürecinde kanıtı dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesi hasta sonuçlarını iyileştirmekte ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, kanıtı dayalı uygulama, bakım.

ABSTRACT

Acute coronary syndrome (ACS) is a life-threatening manifestation of atherosclerosis; ACS include major diseases of requiring comprehensive care management. Implementation of evidence-based practices improve patient outcomes and positive affect quality of life in care management process of these syndromes.

Keywords: Acute coronary syndrome, evidence-based practice, care.

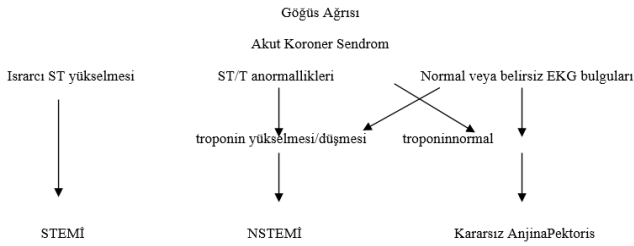
Geliş tarihi: 23.05.2016 **Kabul tarihi:** 30.05.2016

Sorumlu Yazar: Yard. Doç. Dr. Sibel Sevinç

Yazışma adresi: Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu Karataş Kampüsü
Kilis - Türkiye

Telefon: 03488143095/7029; **E-posta:** sibelsevis@gmail.com

Akut Koroner Sendrom (AKS), aterosklerozun yaşamı tehdit eden bir belirtisidir. Genellikle yırtılmış veya aşınmış aterosklerotik koroner plak, akut trombozu tetikleyerek, vazokonstriksiyonla birlikte veya yalnız başına durumu ağırlaştırmakta, kan akımında ani ve kritik bir azalmaya neden olmaktadır. Hastaneye göğüs ağrısı şikayetiyle yapılan başvuruda, elektrokardiyografi (EKG)ve biyokimyasal incelemelerden sonraki AKS spektrumu Şekil 1’de görülmektedir.^[1]



Şekil 1. AKS spektrumu.

EKG=elektrokardiyogram; NSTEMI=ST yükselmesi olmayan miyokart infarktüsü; STEMI=ST yükselmesi olan miyokart infarktüsü
[1]

Koroner kan akımının tam tıkanması ile elektrokardiyografik olarak ST elevasyonu ve/veya ST elevasyonlu miyokart infarktüsü (MI) oluşmakta, parsiyel tıkanmada ve yeterli koroner dolaşımın varlığında ve/veya distal koroner embolizasyon sonucunda kararsız anjina veya ST elevasyonu olmayan MI meydana gelmektedir.^[2]

Akut koroner sendrom, bakım yönetiminin iyi planlanması ve gerçekleştirilmesi gereken özel durumlardır. Bu sendromda; bakımın kanıta dayalı uygulamalar çerçevesinde gerçekleştirilmesi sonuçları iyileştirecek ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Bu makalede belirtilen kanıt düzeyleri; kanıt düzeyi A: çok sayıda randomize klinik çalışmadan veya meta-analizlerden elde edilen kanıtı, kanıt düzeyi B: tek bir randomize klinik çalışmadan veya randomize olmayan geniş çaplı çalışmalardan elde edilen kanıtı, kanıt düzeyi C ise: uzmanların fikir birliğinden ya da küçük çaplı çalışmalardan, retrospektif çalışmalardan elde edilen kanıtı ifade etmektedir.^[3]

Akut koroner sendromda kanıta dayalı bakım uygulamaları bu makale kapsamında hemşirelik süreci doğrultusunda incelenmiştir. Bakım yönetimi sürecinde konabilecek hemşirelik tanılarından ilkioksijen sunum ve ihtiyacı

arasındaki dengesizliğe bağlı kardiyak out-put azalması nedeniyle aktivite intoleransdır. Buradaki amaç, koroner yoğun bakım ünitesinden çıkmadan önceki 12-24 saat içinde, aktivite durumunu arttırabilmek için kardiyak tolerans belirteçlerinin gösterilmesidir. Bu belirteçler; istirahat halindeki solunumun dakikada 24’ün altında, EKG’de normal sinüs ritmi, istirahat kalp hızının dakikada 120 atımın altında olması, kan basıncının normal sınırlarda olması ve göğüs ağrısının olmamasıdır.^[4] 2013 ESC kılavuzuna göre; C düzey kanıta komplike olmamış başarılı reperfüzyon tedavisi uygulanmış hastalar koroner bakım ünitesinde en az 24 saat tutulmalıdır. Sonrasında hastalar bir 24-48 saat daha takip edilebilecekleri için monitorize yatağa alınabilirler. B düzey kanıta, erken rehabilitasyon ve yeterli izlem sağlanabilirse, düşük riskli, seçilmiş hastaların erken dönemde (yaklaşık 72 saat sonra) hastaneden taburcu olmaları mümkündür.^[3] On beş randomize kontrollü çalışmanın incelendiği bir çalışmada; MI sonrası komplikasyon olmayan hastalarda kısa süreli yatak istirahati uzun süreli yatak istirahati kadar güvenli bulunmuştur.^[5] Başka bir çalışmada; MI geçirmiş 100 hasta randomize edilmiş 45 kişilik girişim grubuna MI sonrası 12. saatte başlayan günde iki defa olacak şekilde egzersiz programı başlanmış ve devam edilmiş, taburculuk sonrası 30. günde egzersiz grubunda yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasite kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.^[6] Transfemoral kateterizasyondan sonra 2-24 saat için erken mobilizasyonun etkisini inceleyen meta analiz çalışmasında da; hastaların erken mobilize edilmesinin ağrı ve üriner rahatsızlığı azaltabileceği sonucuna varılmıştır.^[7]

Kanıtlar göz önünde bulundurulduğunda; AKS’li hastalara günlük yaşam aktivitelerinde destek olunması, komplikasyonu olmayan hastaların önce yatak içinde olmak üzere erken dönemde mobilize edilmesi gerekmektedir.

Akut koroner sendromda diğer bir hemşirelik tanısı; reperfüzyon sırasında iskemik hücrelerin iritabilitesine sekonder gelişen hız, ritim ve iletim değişikliklerine (genellikle tedavi başladıktan sonraki 1-2 saat içinde); trombolize damarların reoklüze olmasına; kardiyak hastalık nedeniyle ortaya çıkan negatif inotropik değişikliklere; kan kaybı nedeniyle ortaya çıkan hipotansiyona bağlı kardiyak out-put’ta azalma ya da azalma riskidir. Bu tanıya yönelik amaç; trombolitik tedavi ya da perkütan girişim (PG) sonrası 12 saat içinde, hastanın kardiyak out-

putunun yeterli olmasıdır. Bu durumun kanıtları şunlardır; EKG'deki normal sinüs ritmi, periferel nabız büyüklüğünün iki'nin üzerinde olması, cildin sıcak ve kuru olması, saatlik idrar çıkışının ≥ 0.5 ml/kg/h olmasıdır. Aynı zamanda hastanın uyanık, oryante olması, palpasyonu, göğüs ağrısı ya da baş dönmesinin olmaması, tanımlandığı gibi stabilizasyonunu 48 saat içinde sürdürmesidir. [4] ESC kılavuzu 2013'egöre; C düzeyi kanıtla, ritim kontrolü, düzeltilmiş bir tetikleyici veya durumla (örn. iskemi) ilişkili atriyal fibrilasyonu (AF) olan hastalarda düşünülmalıdır. [3]

Yapılan bir çalışmada 9242 yüksek riskli non-ST-segment elevasyonlu AKS'lu hastanın AKS sonrası ilk yedi günde AF görülmesi ile 30 günlük ve bir yıllık mortalite ilişkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda; AF'li hastaların %6'sında hastane içinde de komplikasyon gelişmiş, AF görülmesi ile 30 günlük ve bir yıllık mortalite riskinde ilişki saptanmıştır. [8]

Kanıtlara göre; AKS'lu hastada 24 saat EKG monitör izlemiyapılmalı, sinüs ritmi korunmalı, sinüs ritmi dışında bir ritimde ritim 12 derivasyonlu EKG ile tanımlanmalı ve hekim ileişbirliği yapılmalıdır.

Nonspesifik trombolitik tedavinin etkisine sekonder kanama/kanama riskine bağılı olarak korumada değişiklik diğer bir hemşirelik tanısı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tanı doğrultusunda bakımın amacı; hastanın kan basıncının normal sınırlarda, kalp hızının 100 vurunun altında olması, sekresyon ve hastanın çıktılarında kan olmaması, derinin normal renginde, bilincin normal seviyede olması, sırt ve karın ağrısının olmaması, hematoma, baş ağrısı, baş dönmesi ve bulantı gibi kanama komplikasyonu belirtilerinin olmamasıdır. [4] Avustralya'da 16.860 PG girişim yapılan hasta yedi yıllık süreçte kanama açısından incelenmiş, ST elevasyonlu Mİ hastalarında kanama hızının arttığı saptanmıştır. Kanama riski hastane dışında kardiyak arrest ve kardiyojenik şok yaşayan hastalarda daha yüksek olarak saptanmış, STEMI olan 70 yaş üstü ve 60 kg'dan zayıf olan kadınlarda risk fazla, glikoprotein IIb/IIIa-inhibitör kullanımında risk iki kat fazla, bir yılda mortalite hızı tüm vakalarda %4.18 ve STEMI %7.9 olarak bulunmuştur. Kanamanın mortalitenin belirleyicisi olduğu, kanamanın hastanede kalma süresini ve 12 aydaki hastaneye tekrarlı yatışı arttırdığı saptanmıştır. Çalışma sonucunda; Avustralya'da majör kanama hızının

PG sonrası arttığı, kanamanın hastanede yatış süresini arttırdığı ve kötü klinik sonuçlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir. [9] Başka bir çalışmada; 2004-2014 yılları arasında yedi veri tabanı aranarak kardiyak cerrahi sonrası aşırı kanamanın öngörücü faktörleriyle ilgili literatür taraması yapılmış ve çalışma sonucunda; hastaya ilişkin; yaş cinsiyet, beden kitle indeksi, diyabet, sol ventrikül yetmezliği, trombosit düşüklüğü, işleme ilişkin; cerrah, etkilenen damar sayısı, ameliyat süresi, mammaria arterin kullanılması, işlem sırasındaki vücut sıcaklığı, işlem sonrası; fibrinojen seviyesi, metabolik asidoz belirleyici faktörler olarak saptanmıştır. [10] Tayvan'da hastane içinde 617 NSTEMİ hastası ile gerçekleştirilen çalışmada; kanama riski üç farklı ölçekle değerlendirilmiş ve 40 hastada antitrombotik tedavi aldıktan 4.6 ± 3.5 gün sonra çeşitli şekillerde kanama görülmüştür. Deęerlendirmede HAS-BLED kanama riskini en etkin ve kolay hesaplayabilen ölçek olarak saptanmıştır. [11]

Kanıtlara dayanarak, geçerliği ve güvenilirliği test edilmiş formlar ve ölçekler kullanılarak kanama açısından risk altındaki hastalar belirlenmeli, hastalar invaziv işlemler ve travmalardan olabildiğince korunmalıdır.

Diğer bir hemşirelik tanısı, göğüs ağrısı, ölüm korkusu ve/veya yaşam şekli değişiklikleri, gelecekteki olası yetersizlikler, bilinmeyen çevre ve yakınlarından ayrılma, tanı testleri ve tedaviye yönelik bilgi eksikliği, gelecekteki tedavi ve hastane ücretlerine yönelik finansal durumlara bağılı korku/anksiyedir. Bu soruna yönelik amaç ise; fiziksel ve emosyonel rahatlama sağlamaktır. [4] Ülkemizde bir koroner yoğun bakım ünitesinde yapılan çalışmada; 60 koroner arter hastası randomize edilmiş, 15 gün boyunca lavanta esansiyel yağı inhale eden koroner arter hastalarında depresyonun azaldığı ve uyku kalitesinin arttığı saptanmıştır. [12] Çin'de 153 kardiyak hastaya randomizasyon yapılarak, kardiyak operasyon öncesi anksiyeteyi azaltmaya yönelik hemşireler tarafından eğitim verilmiştir. Bu çalışmada; eğitim verilen grubun operasyon sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı azalma saptanmıştır. Çalışma sonucunda kardiyak hastalarda operasyon öncesi anksiyete azaltma girişimi eğitiminin rutin uygulamada kullanımı önerilmiştir. [13]

Bahsedilen kanıtlar doğrultusunda; anksiyeteyi azaltmak dolayısıyla uyku kalitesini arttırmak için hastalarla daha fazla iletişim kurulmalı ve eğitim verilmelidir. Ayrıca

anksiyeteyi azaltmak ve uyku kalitesini arttırmak için destekleyici ve bütünleştirici uygulamalar önerilmelidir.

Koroner arter hastalığı süreci ve yaşam tarzı değişikliklerine yönelik bilgi eksikliği AKS'lu hastaların bir başka sorunudur. Bu doğrultuda taburcu olmadan önceki 24 saatlik süreçte hastaların risk faktörlerini modifiye edebilecek gerekli yaşam tarzı değişikliklerini anladığını ifade etmesi amaçlanmaktadır.^[4]ESC 2012 kılavuzunda; A düzeyi kanıtla, yaşam tarzı değişikliklerini kolaylaştırmak için kabul görmüş bilişsel davranış stratejileri (örn. motivasyonel görüşme) önerilmektedir. Gerektiğinde ve mümkün olduğunda, özelleşmiş sağlık profesyonelleri(örn. hemşireler, diyetisyenler, psikologlar, vb) tedaviye katılmalıdır. Çok yüksek riskli olan bireylere, egzersiz eğitimi, stres yönetimi, psikososyal risk faktörleri konusunda danışmanlık, sağlıklı yaşam eğitimi ile tıbbi kaynakları birleştiren çok yönlü girişimler önerilmektedir. B düzeyi kanıtla hemşire-eşgüdümü koruma programları sağlık sistemleriyle bütünleştirilmelidir.^[14] Hastane ve birinci basamak sağlık kurumlarında hemşire eşgüdümü çok disiplinli bir koruma programı olarak sekiz ülkede yürütülen EUROACTION çalışmasında; kardiyovasküler hastalığı olan ve yüksek risk taşıyan hastalar değerlendirilmiştir. Aile merkezli olan bu yaklaşım ile geleneksel bakım karşılaştırıldığında; girişim kolunda beslenme ve fiziksel aktivite anlamında daha sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin, yaşam tarzında iyileşmenin (beslenme ve fiziksel aktivite) ve hem hastalarda hem de eşlerinde kan basıncı gibi risk faktörlerinin daha etkili kontrolünün sağlandığı gösterilmiştir. Bu girişimin en önemli özelliği, Avrupa'da sekiz farklı sağlık sisteminde, özgül merkezler dışında, hastaneler ve genel uygulama merkezlerinde de uygulanabilirliğinin gösterilmesidir.^[14]

Sonuç olarak; AKS'de bakımın kanıtlara dayandırılarak planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu süreçte sadece taburculuk sırasında eğitim verilmesi yeterli olmamaktadır. Multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla izlemlerin sürdürülmesi, yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması, düzenli-doğru ilaç kullanımı, önerilen hastane kontrollerine uyumun sağlanması, cinsel danışmanlık verilmesi ve depresyon düzeylerinin azaltılması oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Hamm CW, Bassand J-P, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H. et al. Israrcı ST-segment yükselmesi belirtileri göstermeyen hastalarda Akut Koroner Sendromların (AKS) Tedavi Kılavuzları ESC kılavuzu. Turk Kardiyol Dern Ars. 2011; sup.3: 73-128.
2. Erol Ç. (ed.) İç hastalıkları.1. Baskı, Nobel tıp kitapçevleri. Ankara: Özyurt matbaacılık; 2008.p. 2170-2198.
3. James SK, Atar D, Badano L P, Blömstrom-Lundqvist C, Borger MA, Mario CD. et al. ST-segment yükselmeli akut miyokart enfarktüsü ile başvuran hastaların tedavisine ilişkin ESC kılavuzu. Turk Kardiyol Dern Ars. 2013; sup.3: 1-51.
4. Baird MS, Bethel S. Manual of Critical Care Nursing: Nursing Interventions and Collaborative Management. 6th Ed. Elsevier Mosby, USA; 2011. p. 446-52
5. Travale I. Review: shortduration of bed rest was as safe as long duration after acute uncomplicated myocardial infarction Evid Based Nurs.2007;10(4):116. <http://dx.doi.org/doi:10.1136/ebn.10.4.116>.
6. Peixoto TC, Begot I, Bolzan DW, Machado L, Reis MS, Papa V. et al. Early exercise-based rehabilitation improves health-related quality of life and functional capacity after acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. Can J Cardiol. 2015;31(3):308-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2014.11.014>.
7. Mohammady M, Heidari K, Akbari Sari A, Zolfaghari M, Janani L. Early ambulation after diagnostic transfemoral catheterisation: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2014;51(1): 39-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.018>.
8. Lopes CT, Dos Santos TR, Brunori EH, Moorhead SA, Lopes J de L, Barros AL. Excessive bleeding predictors after cardiac surgery in adults: integrative review. J Clin Nurs. 2015; 24 (21-22):3046-62. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12936>.
9. Wlodarczyk J, Ajani AE, Kemp D, Andrianopoulos N, Brennan AL, Duffy SJ. et al. Incidence, Predictors and Outcomes of Major Bleeding in Patients Following Percutaneous Coronary Interventions in Australia. Heart Lung Circ. 2016;25(2):107-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hlc.2015.06.826>.
10. Lopes RD, White JA, Atar D, Keltai M, Kleiman NS, White HD. et al. Incidence, treatment, and outcomes of atrial fibrillation complicating non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Int J Cardiol. 2013; 168(3):2510-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.03.037>.

11. Hsieh MJ, Wang CC, Chen CC, Wang CL, Wu LS, Hsieh IC. HAS-BLED score predicts risk of in-hospital major bleeding in patients with acute non-ST segment elevation myocardial infarction. *Thromb Res.* 2015; 136(4):775-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2015.08.015>.
12. Karadag E, Samancioglu S, Ozden D, Bakir E. Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *Nurs Crit Care* 2015: in press. <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12198>.
13. Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012; 49(2):129-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008>.
14. Perk J, Backer GD, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M. et al. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2012 (40) Sup.3: 1-76.