

Maart 2008

I PROBLEEM

Deze CAP wil de professionele zorgverlener wijzen op het belang om cliënten te controleren op mogelijke cardiovasculaire of respiratoire problemen. Veel ouderen met cardiorespiratoire problemen staan reeds onder doktersbehandeling, maar niet allemaal. Sommige ouderen kunnen nieuwe symptomen vertonen of wijten oude symptomen aan het feit dat ze verouderen, waardoor ze misschien niet de geschikte behandeling krijgen.

De prevalentie van hartaandoeningen neemt snel toe met de leeftijd. In westerse maatschappijen is 75% van alle mensen met hartfalen 60 jaar of ouder, en minstens 20% van de 75-plussers heeft al een hartinfarct of angina pectoris gehad. Veel ouderen met hypertensie kunnen symptomen ontwikkelen ten gevolge van een abrupte verandering van de bloeddruk of door het gebruik van nieuwe medicatie. Chronische obstructieve longziekte (COPD) is zeer verspreid bij rokers of mensen die in bepaalde industrieën tewerkgesteld waren.

Sommige tekenen en symptomen die optreden na inspanning, zoals kortademigheid of pijn aan de borst, kunnen duidelijk toegeschreven worden aan cardiorespiratoire problemen. Nochtans is dat in sommige gevallen niet altijd even duidelijk. Het optreden van algemene vermoeidheid (moeheid) wordt bijvoorbeeld niet altijd in verband gebracht met het cardiovasculair stelsel. Bijkomend kunnen symptomen van acute ziekten, zoals een longontsteking, moeilijk herkend worden wanneer ze optreden bij cliënten met COPD. Dergelijke problemen kunnen iemands levensstijl serieus beperken en zouden dus regelmatig gecontroleerd moeten worden.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- § Om zorgverleners die zelfstandig wonende ouderen verzorgen te helpen bij het identificeren van potentiële cardiovasculaire of respiratoire symptomen.
- § Om de cliënten die cardiovasculaire of respiratoire problemen vertonen en die nog niet actief behandeld worden naar een arts of andere professionele zorgverleners door te verwijzen.

II CAP-ACTIVERING

Ouderen kunnen al dan niet behandeld worden voor aanwezige cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen, en al dan niet deelnemen aan zelfhulpgroepen en interventieprogramma's. Het is mogelijk dat beperkingen in het functioneren niet altijd herkend worden als een gevolg van cardiorespiratoire problemen of dat ze met het verouderingsproces in verband gebracht worden. Verschillende symptomen, zoals kortademigheid, worden geaccepteerd en getolereerd. Deze CAP identificeert of het symptoom al dan niet aanwezig is, zonder daarbij de symptomen die reeds behandeld worden uit te sluiten.

□ **GEACTIVEERD.** Cliënten die één of meerdere van de volgende symptomen vertonen.

- Pijn in de borst
- Kortademigheid
- Onregelmatige polsslag
- Duizeligheid
- Aanwezigheid van één of meerdere van de volgende testresultaten (merk op – deze items staan niet vermeld in de beoordelingsformulieren van interRAI en kunnen alleen verkregen worden als u of de arts de test verzocht of afgenomen heeft).
 - Systolische bloeddruk >200 of <100 mmHg
 - Ademhalingsritme van >20 respiraties per minuut
 - Hartslag >100 of <50 per minuut
 - Zuurstofsaturatie <94 %

Deze geactiveerde groep omvat 15% van de cliënten die in een RVT verblijven, ongeveer 40% van de ouderen die thuiszorg krijgen (9% heeft pijn in de borst, 25% heeft last van kortademigheid, 15% heeft een onregelmatige polsslag en 20% heeft last van duizeligheid) en 35% van de ouderen die zelfstandig wonen (4% heeft pijn in de borst, 15% heeft last van kortademigheid, 10% heeft een onregelmatige polsslag en 20% heeft last van duizeligheid).

□ **NIET GEACTIVEERD.** Cliënten die geen enkele van de bovenstaande symptomen vertonen.

III RICHTLIJNEN

Het is belangrijk ervoor te zorgen dat cardiorespiratoire symptomen geëvalueerd worden. Veel cliënten met dergelijke symptomen moeten dringend onderzocht worden en afhankelijk van de oorzaak van de symptomen zijn er voor de behandeling heel wat therapeutische opties mogelijk. Hartfalen bijvoorbeeld reageert doorgaans gedurende een geruime tijd op behandeling, wat tot een betere levenskwaliteit leidt in termen van trainingstolerantie en vermoeidheidsgraad. Bovendien kan het zijn dat sommige symptomen niet onmiddellijk als een gevolg van een cardiovasculaire

aandoening beschouwd worden. Voorbeeld: ijlhoofdigheid, duizeligheid of black-outs (syncopen) worden vaak met een daling van de bloeddruk in verband gebracht, maar kunnen het gevolg zijn van een aritmie of afwijkingen aan een hartklep, twee aandoeningen die tot een medische interventie of een chirurgische ingreep kunnen leiden.

Het komt vaak voor dat cliënten zowel cardiovasculaire als respiratoire kwalen hebben. De hoofdsymptomen en tekens die met cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen geassocieerd worden zijn de volgende:

Cardiovasculaire aandoeningen: kortademigheid (dyspneu), pijn in de borst, palpitations, gezwollen benen, ijlhoofdigheid, duizeligheid, black-outs (syncopen).

Respiratoire aandoeningen: kortademigheid, hoest, ophoesten van sputum of bloed, wheezing (piepende ademhaling) en pijn in de borst. Soms zeggen mensen gewoonweg dat 'ze niet genoeg lucht kunnen krijgen'. Om de oorzaak van die symptomen te bepalen is een grondig medisch onderzoek nodig.

Wanneer een cliënt dergelijke problemen heeft, vraag dan of zijn/haar arts daarvan op de hoogte is en of hij/zij voor die problemen behandeld wordt. Wat het antwoord ook is, suggereer dat de aanwezigheid van die symptomen verder met de arts besproken moet worden.

Het volgende overzicht geeft meer informatie over de bovenvermelde symptomen en is bedoeld als leidraad bij het ondervragen van de cliënt. De belangrijkste doelstelling blijft echter de cliënt te overtuigen van het belang van een doktersbezoek.

T *Onregelmatige polsslag.* Een recent ontstane onregelmatige polsslag moet altijd geëvalueerd worden. Als de onregelmatige polsslag bijvoorbeeld een reflectie van boezemfibrilleren (atriumfibrilleren) is, loopt de oudere meer kans op een beroerte. Dat is echter slechts één van de vele oorzaken van een onregelmatige polsslag.

T *Hoesten, rochelen en wheezing (piepende ademhaling).* Hoest (met of zonder productie van sputum) ontstaat door prikkeling van het slijmvlies van de luchtwegen en is verreweg het meest voorkomende respiratoire symptoom. Hoest wordt meestal veroorzaakt door een infectie van de bovenste luchtwegen. Sputum ten gevolge van een infectie, meestal van bacteriële aard, is gekleurd, dik en slijmerig. Een bruine, roze of donkere kleur kan veroorzaakt worden door de aanwezigheid van bloed in het sputum. Bloedachtig sputum vereist altijd een medische evaluatie en kan het gevolg zijn van een acute infectie, een chronische infectie (bv. tuberculose), een tumor, bloedklonters in de longen en nog aantal andere aandoeningen. Hoest kan tevens veroorzaakt worden door geneesmiddelen, waarbij het in de meeste gevallen om geneesmiddelen gaat die voor de behandeling van hypertensie of congestief hartfalen voorgeschreven werden. Bijna alle zware rokers hebben een chronische hoest. Andere oorzaken zijn onder andere pneumonie, bronchitis, congestief hartfalen, een lichte vorm van astma en

heel zelden een tumor. Mensen met astma of een chronische longaandoening (bv. longemfyseem) klagen soms ook over wheezing, een moeilijke, piepende ademhaling. Wanneer de cliënt nog maar net last heeft van wheezing of wanneer de toestand ernstig is, moet hij/zij dringend aan een medisch onderzoek onderworpen worden.

Een verhoogde sputumproductie of een verandering in de aard van het sputum moet eveneens altijd door een arts geëvalueerd worden.

- T** *Pijn in de borst.* Pijn in de borst vereist altijd een grondige, medische evaluatie. De oorzaak ervan kan soms bepaald worden aan de hand van een anamnese en een lichamelijk onderzoek. Om de diagnose te bevestigen zijn gewoonlijk echter één of meerdere bloedtesten en misschien een radiologisch onderzoek of zelfs een endoscopie en een elektrocardiogram nodig.

De typische pijn die met een (ischemische) hartziekte gepaard gaat is vaak een drukkende, beklemmende pijn op het midden van de borst, maar soms ook in de keel, de armen, de kaken en onderste tanden of zelfs de rug. De pijn kan met zware inspanning of hartkloppingen geassocieerd worden en kan onder gelijkaardige omstandigheden weer opkomen. Het kan voorkomen dat lichte pijn nauwelijks opgemerkt wordt of onterecht aan een indigestie toegeschreven wordt. De pijn kan aanhoudend of van voorbijgaande aard zijn. Er zijn veel andere oorzaken van pijn in de borst die met pijn in de hartstreek verward kunnen worden, waaronder een slokdarmaandoening, een infectie in de borststreek, een longembolie (verstopping van de longslagader), een aortadissectie (scheuring van de binnenste laag van de aortawand) en artritis in de nek of rug. Om die reden is bij pijn in de borst een medische evaluatie nodig. Pijn in de borst is vooral zorgwekkend wanneer de pijn pas onlangs voor het eerst opgekomen is, wanneer de pijn erger wordt of vaker of in rust voorkomt, wanneer de pijn langer aanhoudt (> 10 minuten) of wanneer de pijn met andere symptomen zoals ijlhoofdigheid of een moeilijke ademhaling geassocieerd wordt.

- T** *Syncope of black-out.* Een plotseling optredende collaps die met een vanzelf overgaand bewustzijnsverlies gepaard gaat, wordt vaak veroorzaakt door een cardiovasculair probleem zoals een hartaanval of een aritmie. Andere veel voorkomende oorzaken zijn onder andere een daling van de bloeddruk (hypotensie) ten gevolge van bloedverlies, dehydratie, door het veranderen van positie na een maaltijd, medicatie of een verandering van medicatie, een cardiovasculaire reflex (hypergevoeligheid van de halsslagader), een flauwte (vasovagale reactie) na een hoestaanval of ontlasting. In het geval van duizeligheid, ijlhoofdigheid of een syncope moet de cliënt altijd naar een arts doorverwezen worden. Hou rekening met dehydratie als de cliënt een diureticum neemt of minder vloeistoffen opneemt.

- T** *Oedeem (zwellings) van de enkels en de benen.* Een zwelling van de enkels of de benen die met de vinger ingedrukt kan worden, kan door een aantal medische aandoeningen veroorzaakt worden. Veel voorkomende oorzaken zijn onder andere hartfalen, leverfalen, nierfalen en een

veneuze aandoening. Als de zwelling pas opgekomen is en pijn doet, kan ze aan een infectie of een bloedklonter in een van de aders te wijten zijn. Een doktersbezoek is aangewezen wanneer de zwelling van recente oorsprong, pijnlijk, unilateraal of progressief is, wanneer ze boven de enkel uitkomt of wanneer ze vocht afscheidt.

- T** *Dyspneu (kortademigheid)*. Kortademigheid is een van de meest voorkomende symptomen van hartziekten of longaandoeningen. Een doktersbezoek is nodig wanneer de kortademigheid van recente oorsprong is of steeds ernstiger wordt, wanneer ze zich 's nachts voordoet en de cliënt rechtop moet gaan zitten of staan, wanneer ze verhindert dat de cliënt kan gaan platliggen of wanneer ze geassocieerd wordt met andere symptomen zoals wheezing, bloedachtig sputum of pijn in de borst.
- T** *Palpitaties (hartkloppingen)*. Deze term verwijst naar het zich bewust zijn van het kloppen van het eigen hart. Dit symptoom wordt bijna altijd met een verhoogd en onregelmatig hartritme geassocieerd en vereist evaluatie. Een doktersbezoek is erg dringend als de hartkloppingen van recente oorsprong zijn of elkaar heel snel opvolgen of als ze gepaard gaan met andere symptomen zoals een syncope, een flauwte of pijn in de borst.
- T** *Hoge bloeddruk*. Bij de meeste ouderen vereist een verhoogde systolische (≥ 140 mmHg) of diastolische (≥ 90 mmHg) bloeddruk een medische evaluatie en behandeling. Een cliënt met een bloeddruk > 200 mmHg moet onmiddellijk naar een arts doorverwezen worden.
- T** *Lage bloeddruk*. Elke systolische bloeddruk ≤ 100 mmHg of elke daling in de systolische bloeddruk van ≥ 20 mmHg kan bij het rechtop gaan staan een syncope, een beroerte, een hartaanval of andere ernstige complicaties teweegbrengen. Een lage bloeddruk kan ook door medicatie of dehydratatie veroorzaakt worden. Dat moet aan de hand van herhaalde testen en een doktersbezoek bevestigd worden.
- T** *Tekenen van respiratoire nood (ademnood)*. Er zijn een aantal tekenen van ademnood waar de zorgverlener extra moet op letten. Deze omvatten: een toename van de ademfrequentie, cyanose, voorwaartse rechtopzittende houding aannemen, paradoxale ademhaling, gebruik hulpademhalingsspieren.
- Cyanose duidt op de blauwe verkleuring van de huid rond het nagelbed en de lippen. Het wijst op een laag zuurstofgehalte en op een slechte respiratoire en cardiovasculaire status. Merk op dat cyanose niet altijd een betrouwbaar teken is bij mensen met een donkere huidskleur.
 - Bij intercostale indrawing wordt de intercostale ruimte bij inspiratie in de borstkast 'gezogen'. Dit wijst op vermoeidheid van de ademhalingsspieren.
 - Een voorwaartse rechtopzittende houding wordt aangenomen om de effectiviteit van het diafragma te verhogen.

- Men spreekt van een paradoxale ademhaling wanneer het buikgebied niet uitzet bij inspiratie. Dit wijst op zwakheid van het diafragma (belangrijkste ademhalingspier).

T Roken. Roken wordt al sinds lange tijd als een oorzaak van hartziekten en longaandoeningen erkend. Zelfs als een cliënt al decennialang rookt, is het belangrijk hem/haar aan te moedigen om te stoppen met roken. Na slechts enkele rookvrije maanden zijn de risico's op postoperatieve complicaties bijvoorbeeld al gereduceerd (zie 'tabak- en alcoholgebruik'-CAP).

T Oefen- en educatieprogramma's. Cliënten kunnen geactiveerd worden op ADL- en IADL-activiteiten (zie CAP's ADL en IADL). Er bestaat een toenemende evidentie dat cliënten met cardiovasculaire, respiratoire en neurologische aandoeningen op een veilige en efficiënte manier kunnen deelnemen aan fysieke trainingsprogramma's. Naast oefeningen omvatten de programma's voor cliënten met chronische obstructieve longziekte (COPD) ook educatie, zelfmanagement en psychologische steun. Deze programma's hebben als doel de fysieke conditie te verbeteren en de cliënt de vroege symptomen van een verergering te laten herkennen, dit om een spoedopname of ziekenhuisopname te vermijden.

AANVULLENDE BRONNEN

Zie de website van het **American College of Cardiology/American Heart Association**.
www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf_index.htm

Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Goldstein S, Gregoratos G, Jessup ML, Noble RJ, Packer M, Silver MA, Stevenson LW.
 ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). 2001

Cancer Prevention Research Centre: www.uri.edu/research/cprc/transtheoretical.htm

Physical Activity Research Centre: www.lifespan.org/behavmed/researchphysical.htm

Zie: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) website:
www.goldcopd.com/

en meer specifiek de richtlijnen:

www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=989

AUTEURS

Iain Carpenter, MD, FRCP

Lewis Lipsitz, MD

R. Knight Steel, MD

