

Ar. Gör. Selma Turan Kavrادم

Prof. Dr. Zeynep Özer

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya

Kılavuzlar, belirli tanı ya da tedavi yöntemlerinin yarar-risk oranlarını, prognoz üzerindeki etkilerini değerlendirerek yayınlandığı dönemde var olan tüm ulaşılabilir kanıtları özetlemektedir ve en iyi tedavi stratejilerinin seçilmesine yardımcı olma amacını taşımaktadır. Yeni verilerin ortaya çıkmasıyla belirli aralıklarla güncellenen kılavuzlar, bilgileri tazeleyerek verilerin uygulamaya nasıl yansıtılacağına dair güncel öneriler sunmakta ve yeterli verinin olmadığı durumlarda da uzman görüşüyle yol haritası çizmektedir.

Kalp yetersizliği (KY) ile ilgili olarak 2012 yılında European Society of Cardiology (ESC) (Avrupa Kardiyoloji Derneği) tarafından "Kronik ve Akut KY Kılavuzu", 2013 yılında ise; American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA) (Amerikan Koleji Kardiyoloji Vakfı/Amerikan Kalp Birliği) "KY Kılavuzu" güncellenmiştir. Her iki kılavuzun da önceki versiyonlarına göre giderek daha organize bir biçimde algoritmik yaklaşım sağlamaya çalıştığı ve ana hatlarıyla benzer olduğu söylenebilmektedir. Bununla birlikte Amerika kılavuzunun bir tanı/tedavi yaklaşımının uygulanıp uygulanmamasına yönelik (olayın mantık ve mekanizması) öneriler konusunda daha fazla derinliğe sahip olduğu, Avrupa kılavuzunun ise daha çok ilgili tanı/tedavi yaklaşımının nasıl uygulanacağı konusunda tablo ve şekillerle daha fazla desteklenmiş bir yapıya sahip olduğu görülmektedir.

Kalp yetersizliği, normal dolum basınçlarına rağmen, kalbin dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde oksijen sunamamasına yol açan, kardiyak yapısal veya işlevsel bozukluk şeklinde tanımlanabilmektedir. Avrupa kılavuzunun amacına uygun şekilde, klinik olarak KY, kalpteki yapısal veya işlevsel bozukluktan kaynaklanan, hastalarda tipik belirti (nefes darlığı, ayak bileğinde şişme ve halsizlik gibi) ve bulguların (artmış juguler ven basıncı, akciğerde krepatasyon ve kalp tepe atımının yer değiştirmesi gibi) görüldüğü klinik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır.

Kalp yetersizliği, prognozunda iyileşmeler sağlanmasına karşın, geri dönüşümsüz ve ilerleyici bir hastalıktır. Bu sendromu yaşayan hastalar (kronik KY), farklı klinik tablolar içerisinde gruplanmaktadır. Bunun, en iyi bilinen ve en eski örneği, New York Heart Association (NYHA) (New York Kalp Derneği) sınıflandırmasıdır. AHA/ACC, NYHA işlevsel sınıflamasının kısıtlılıklarını düşünerek bu gruplamayı daha da geliştirmiş ve Evre A,B,C,D gruplarını tanımlamıştır. Kalp yetersizliğinin gelişimi, ilerlemesi ve sağkalımı açısından yapılan evrelemede; evre A (risk altındaki hastalar), B (yapısal kalp hastalığı olan asemptomatik hastalar), C (semptomatik kalp yetersizliği), D (ileri düzeyde veya dirençli kalp yetersizliği) sınıflaması korunmuştur. İki kılavuzun birleştiği nokta, NYHA işlevsel sınıflamasının sağkalım ve tedavi yaklaşımı açısından önemli olduğu ve rutin olarak kullanılması gerektiğidir.

Kalp Yetersizliğine Eşlik Eden Hastalıkların Önemi

Kalp yetersizliğine eşlik eden bozuklukların yönetimi, KY'li hastaların tedavisinin anahtar bileşenlerindendir. Hemşireler KY'ne eşlik eden hastalıkların KY ile ilişkisini bilerek kullanılan ilaçları, ilaç etkileşimlerini, hasta uyumunu değerlendirmeli ve hastalarına bütüncül bakımı sağlamalıdır. Kalp yetersizliğine eşlik eden bozukluklar, dört ana nedenden dolayı önemli olarak görülmektedir. İlk olarak, eşlik eden bozukluklar KY tedavilerinin kullanımını etkileyebilmektedir (örn. böbrek işlev bozukluğu olan hastaların bazılarında renin-angiotensin sistemi inhibitörlerini kullanmak mümkün olmayabilir). İkinci olarak, eşlik eden hastalıkları tedavi etmek için kullanılan ilaçlar KY'ni kötüleştirebilmektedir (örn. artrit için verilen NSAİİ'ler). Üçüncü olarak, KY'ni tedavi etmek için kullanılan ilaçlar ile eşlik eden bozuklukları tedavi etmek için kullanılan ilaçlar birbirleriyle etkileşebilmekte (örn. beta-blokerler ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astımda kullanılan beta agonistler) ve hasta uyumunu azaltabilmektedir. Son olarak, eşlik eden durumların çoğu daha kötü bir klinik tablo ile ilişkilidir ve KY'nde kötü prognoz göstergeleridir (örn. diyabet). ESC kılavuzunda KY'ne eşlik eden bozukluklar "anemi, anjina, astım, kaşeksi, kanser, KOAH, depresyon, diyabet, erektil disfonksiyon, gut, hiperlipidemi, hipertansiyon, demir eksikliği, böbrek işlev bozukluğu ve kardiyorenal sendrom, obezite, uyku bozukluğu ve uykuda solunum bozukluğu" olarak belirtilmektedir. AHA/ACC kılavuzu ise ESC kılavuzundan farklı olarak eşlik eden bozukluklarda atrial fibrilasyon, iskemik kalp hastalığı, hiperlipidemi, kronik böbrek hastalığı ve alzheimer-demansı da belirtmektedir.

Rehospitalizasyon ve Akut Kalp Yetersizliği Stabilizasyonu Sonrası İzlem ve Taburculuk

Rehospitalizasyon KY'nde en önemli problemlerden biri olarak gösterilmektedir. Çünkü akut dekompanse KY ile her hastaneye yatış yeni veya ilave bir böbrek, miyokard, karaciğer, serebral hasar anlamına gelmekte ve her tekrarlayan yatışta organ hasarı daha da artmaktadır. Sonuçta tekrarlayan yatışlarda prognoz daha da kötüleşmekte ve mortalite giderek artmaktadır. Ayrıca cihaz tedavilerine kadar giden hastane içi tedavi maliyetleri önemli ekonomik yükleri de beraberinde getirmektedir.

Akut KY stabilizasyonu sonrası izlemde kalp hızı, kalp ritmi, kan basıncı ve oksijen satürasyonu başvurudan en az 24 saat sonrasına kadar sürekli ve daha sonrasında da sık sık takip edilmelidir. Kalp yetersizliği ile ilişkili belirtiler (örn. dispne) ve tedavilerin olumsuz etkileri (örn. baş dönmesi) en azından günlük olarak değerlendirilmelidir. Sıvı fazlalığını değerlendirmek için, alınan ve çıkarılan sıvı, vücut ağırlığı, juguler ven basıncı, pulmoner ve periferik ödemin (ve mevcutsa asitin) miktarı günlük olarak ölçülmelidir. Kan üre azotu, kreatinin, potasyum ve sodyum intravenöz tedavi süresince günlük olarak ve

renin-anjiyotensin aldosteron sistemi antagonistleri başlandığında veya bu ilaçların dozları değiştirildiğinde izlenmelidir. Hemşirelerin de akut KY stabilizasyonu sonrası klinikte bu izlemlere dikkat etmesi gerekmektedir. Ayrıca hastalar akut atağın ilk tedavisinden sonra, KY'nin olası nedenleri (eğer KY yeni ise) ve kötüleşmeye neden olan tetikleyici etmenler açısından değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede geriye döndürülebilir veya tedavi edilebilir nedenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Taburculuk hazırlıklarında hasta ile hasta yakınları/bakıcılara uygun eğitim verilmeli, psikososyal destek sağlanmalıdır.

Günlük Sıvı Tüketimi ve Sodyum Kısıtlaması

Kalp yetersizliğinde sıvı ve tuz kısıtlamasının faydası/zararı net olarak ortaya konamamıştır. Kalp yetersizliği hastalarında günlük sıvı tüketimi konusunda Avrupa kılavuzu genel olarak 1.5–2.0 L/gün sıvı tüketimi önerirken kiloya ayarlı dozlamada 30 ml/kg/gün (>85 kg ise 35ml/kg/gün) önerisinin daha doğru olabileceğini belirtmektedir. Amerika kılavuzu ise sadece evre D hastalarında ve özellikle hiponatremi varsa günlük sıvı alımının 1.5–2.0 L/gün şeklinde kısıtlanabileceği şeklinde sınıf IIa (kanıt düzeyi C) önerisi sunmaktadır. Tuz kısıtlaması ile ilgili olarak Avrupa kılavuzu sadece akut KY'nde günlük sodyum tüketiminin 2 gr/gün'ün altında olması gerektiğini belirtmektedir. Amerika kılavuzu ise; tuz kullanımının evre A-B hastaları için sodyum alımının günlük 1500 mg'ın altında olacak şekilde evre C-D hastaları için ise günlük 3000 mg'ın altında olacak şekilde kısıtlanmasını önermektedir (sınıf IIa, kanıt düzeyi C).

Kalp Yetersizlikli Hastalarda Bakımın Organizasyonu

Kalp yetersizlikli hastalarda bakım standartlarıyla ilgili hedefe ulaşmak için, kardiyak rehabilitasyonun sunulan genel bakımla bütünleşmesi gerekmektedir. Bakımın sağlanmasında temel nokta, hasta eğitimi ile planlı izlem, tıbbi tedavinin en uygun duruma getirilmesi, psikososyal destek sağlanması, bakıma erişimin artması ve multidisipliner yönetim programlarıdır. Bu doğrultuda KY uygulayıcıları (kardiyolog, KY hemşiresi) ile eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, birinci basamaktaki sağlık profesyonelleri ve sosyal hizmet uzmanlarının dahil olduğu sağlık çalışanları arasında yakın iş birliği gerekmektedir.

Bakım koordinasyonu kronik KY olan her hasta için etkili bakımın verilmesi ve yeniden hastaneye yatışların önlenmesinde önemlidir (kanıt düzeyi B). Kalp yetersizliği tanısı konan her hastada kanıta dayalı uygulamaları içeren bakım planlanmalı, komorbid durumların etkili yönetimi sağlanmalı, sağlık ekibi tarafından zamanında izlem yapılmalı, uygun diyet ve fiziksel aktivite programı düzenlenmeli, kardiyovasküler hastalıklar için ikincil korunma kurallarına uyum sağlanmalıdır. Kanıta dayalı uygulamaları içeren bu bakım planı düzenli olarak güncellenmeli ve sağlık ekibi tarafından her hastaya uygulanabilir hale getirilmelidir (kanıt düzeyi C). Etkili bakım koordinasyonunu sağlamada; hasta ve ailesine kolay anlaşılır, kültüre duyarlı, kanıta dayalı eğitim materyali ile başarılı bir bakımın sağlanması önemli girişimlerden biridir. Bakımda başarılı bir plan, hastanın öz bakımında başarı sağlamalıdır. Ayrıca hastalarda psikososyal, davranışsal ve sosyoekonomik konular bakıma ulaşmada ve depresyon riskini değerlendirmede önemlidir.

Kalp yetersizliği hastaları için öz bakım rejimi karmaşık ve çok yönlüdür. Hastaların semptomlarını nasıl yönetecekleri, kilo dengesizliği, sodyum alımı-kısıtlaması, ilaçların kullanımı ve fiziksel olarak nasıl aktif kalacaklarıyla ilgili desteğe gereksinimleri bulunmaktadır. ESC kılavuzunda hasta eğitiminde ele alınması gereken konular ve bu konularla ilgili öğretilmesi gereken beceriler ve öz bakım davranışları yer almaktadır. Oluşturulan tabloda hastalığın tanımı ve etiyolojisi, prognozu, belirtilerin izlenmesi ve öz bakım, farmakolojik tedavi, uyum, diyet, alkol, sigara ve ilaçlar, egzersiz, seyahat ve boş zaman, cinsel aktivite, bağışıklama, uyku ve solunum bozuklukları ve psikososyal bakış açıları başlıkları bulunmaktadır.

AHA kılavuzunda ESC kılavuzu önerilerine benzer biçimde hastaların eğitime ve taburculuk sonrası hastalık yönetimi programlarına gereksinim duyduğu açıklanmaktadır. Kılavuzda KY hastalarının öz bakımlarını geliştirmeleri ile ilgili özel bir eğitim verilmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi B). Ayrıca AHA kılavuzu tüm KY hastaları için hasta güvenliği standartlarını; klinisyenler ve hemşireler arasında iyi bir iletişim, ilaç kullanımında uzlaşma, tutarlı kayıtlar, bakımda iyi planlanmış geçişler olarak belirtmektedir. Kalp yetersizliği hastalarında hastaneye yatış ve başvuruları önlemek amacıyla ev temelli bakım, hastalık yönetimi ve tele izlem önem kazanmaktadır.

AHA kılavuzu, ESC kılavuzundan farklı olarak nonfarmakolojik yöntemlerin de KY yönetiminde önemli olduğunu belirtmektedir. Kılavuz KY hastalarında hemşirelerin de son yıllarda yapılan çalışmalarda vurguladığı gibi sosyal desteğin öneminden bahsetmektedir. Sosyal desteğin KY hastalarında stresi tamponlayarak tedaviye ve sağlıklı yaşam tarzına uyumu kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Sosyal desteği olmayanların hastaneye yatış hızları ve mortalite risklerinin daha hızlı olduğu görülmektedir. Ayrıca kılavuzda egzersiz eğitimi (veya düzenli fiziksel aktivite) KY hastalarında fonksiyonel durumunu iyileştirmek için güvenli ve etkili olarak önerilmektedir (kanıt düzeyi A). Kardiyak rehabilitasyonun klinik olarak stabil KY hastalarında fonksiyonel kapasite, egzersiz süresi, yaşam kalitesi ve mortaliteyi geliştirmede yararlı olabileceği belirtilmektedir (kanıt düzeyi B).

Kalp Yetersizliğinde Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

AHA kılavuzu KY'nde yaşam kalitesi kavramının özellikle önemli olduğunu vurgulamaktadır. Kalp yetersizliği sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini özellikle fiziksel işlevsellik alanında azaltmaktadır. Kalp yetersizliği tanısı konan kadınların erkeklere göre yaşam kalitelerinin daha az olduğu görülmektedir. Düşük yaşam kalitesinin diğer belirleyicileri depresyon, genç yaş, artmış beden kitle indeksi, semptom yükünün fazla olması, düşük sistolik basınç, bellek sorunları, uyku apnesi ve hastalık hakkındaki belirsizlik olarak belirtilmektedir. Etkili hastalık yönetimi programlarının ve eğitim yaklaşımlarının yaşam kalitesini geliştirdiği gösterilmektedir. Semptomatik ileri evre KY hastalarında destekleyici bakım yaşam kalitesini geliştirmede etkili olarak görülmektedir (kanıt düzeyi B).

Sonuç olarak gerek Avrupa gerekse Amerika KY kılavuzu önemli bilgiler sunmaktadır. Genel olarak birbirine benzemekle

birlikte her iki kılavuz da yazım tarzı ve bazı konularda ayrışmakta ve önemli sayılacak noktalarda da belirsizlikler bulundurmaktadır. Farklılık ve belirsizliklere rağmen kılavuzlar KY ile mücadelede iyi bir çerçeve çizmektedir. Bu çerçeve ışığında; kendi tecrübelerimiz, ülkemiz koşulları ve hastaya özgü bireyselleştirilmiş tedavi ve bakım prensipleri göz önüne alınarak uygulanan yaklaşım en doğru yol olmaktadır.

Kaynaklar

1. Çavuşoğlu Y. (2014). Kılavuzlara dayalı kronik kalp yetersizliği tedavisi. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, 6(1).
2. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. (2012). ESC Committee for practice guidelines. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal, 33(14):1787-847.
3. Sarı İ. (2014). Avrupa ve Amerika kalp yetersizliği kılavuzlarında ortak noktalar, farklar ve netlik kazanmamış durumlar. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, 6(4).
4. Ural D. (2014). Avrupa ve Amerika kalp yetersizliği kılavuzlarında düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğine yaklaşımın karşılaştırılması. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, 6(1).
5. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. Journal of American College of Cardiology, 15;62(16):e147-239.
6. Yılmaz MB. (2014a). Kronik kalp yetersizliği tedavisinde neler değişti?. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, 6(1).
7. Yılmaz, MB. (2014b). Hangi hasta ileri evre kalp yetersizliği hastasıdır?. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, 6(4).