



Sağlıklı Kalplerle Geleceğe

Niş İstanbul A Blok Kat: 8 No: 47-48 Çobançeşme, Sanayi Cd. 11,
Yenibosna, Bahçelievler 34196 İstanbul
T. 212 221 17 30 / 38 F. 212 221 17 54
tkd@tkd.org.tr www.tkd.org.tr

TÜRKİYE'DE KALP YETERSİZLİĞİ YOL HARİTASI

Kalp yetersizliğinin ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi amacıyla geliştirilebilecek politikalara ilişkin öneriler

Başkan
Dr. S. Lale Tokgözoğlu

Gelecek Başkan
Dr. Mahmut Şahin

Başkan Yardımcısı
Dr. Engin Bozkurt

Genel Sekreter
Dr. Adnan Abacı

Genel Sekreter Yardımcısı
Dr. Enver Atalar

Sayman
Dr. Mehmet Siddik Ülgen

Üyeler
Dr. Sinan Aydoğdu
Dr. Merih Kutlu
Dr. Necla Özer

TBMM Sağlık Komisyonu, Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Birliği, Sosyal Güvenlik Kurumu ve tüm sağlık hizmeti yöneticilerine sunulmuştur.

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu (Türk Kardiyoloji Derneği Başkanı)

Prof. Dr. Mehmet Birhan Yılmaz (Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu Başkanı)

Prof. Dr. Adnan Abacı

Doç. Dr. Hakan Altay

Prof. Dr. Enver Atalar

Prof. Dr. Sinan Aydoğdu

Prof. Dr. Engin Bozkurt

Prof. Dr. Yüksel Çavuşoğlu

Doç. Dr. Mehmet Eren

Prof. Dr. İbrahim Sarı

Doç. Dr. Timur Selçuk

Prof. Dr. Ahmet Temizhan

Prof. Dr. Dilek Ural

Prof. Dr. Mehdi Zoghi

- * *Kalp yetersizliğinden korunmayı destekleyin*
- * *Sağlık çalışanları arasında kalp yetersizliği farkındalığını arttırın*
- * *Kalp yetersizliği olan bütün hastaların eşit-standart sağlık hizmeti almasını sağlayın*
- * *Hastaları ve onlara bakım hizmeti verenleri destekleyin ve onlara yetki verin*
- * *3. basamak hastanelerde kalp yetersizliği kliniklerinin kurulması için gerekli alt ve üst yapıyı oluşturun*
- * *Evde bakım hizmetlerini destekleyin*
- * *Kardiyak rehabilitasyonu destekleyin*
- * *Sevk zincirini oluşturun*
- * *Kalp yetersizliği araştırmalarını destekleyin*

İÇİNDEKİLER

1. ÖZET

2. Giriş ve Gerekçe

Dr. Lale Tokgözoğlu

3. Kalp yetersizliği nedir?

Dr. Mehmet Birhan Yılmaz, Dr. İbrahim Sarı

4. Kalp yetersizliği epidemiyolojisi

Dr. Yüksel Çavuşoğlu, Dr. İbrahim Sarı

5. Kalp yetersizliğinin seyri

Dr. Ahmet Temizhan, Dr. Timur Selçuk

6. Kalp yetersizliği risk faktörleri ve kalp yetersizliğinden korunma

Dr. Mehmet Birhan Yılmaz, Dr. Hakan Altay

7. Kalp yetersizliğinin sosyoekonomik yükü

Dr. Mehmet Eren, Dr. Ahmet Ekmekçi

8. Kalp yetersizliğinde tanı

Dr. Dilek Ural, Dr. Timur Selçuk

9. Kalp yetersizliğinde tedavi ve takip

Dr. Mehdi Zoghi, Dr. Hakan Altay

10. Türkiye’de kalp yetersizliğinden korunma politikaları için öneriler

Dr. Sinan Aydoğdu, Dr. Enver Atalar, Dr. Adnan Abacı, Dr. Engin Bozkurt

11. KAYNAKLAR

1. Özet

Kalp yetersizliği yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunudur. Amerikan Kalp Birliği (*American Heart Association*) 2012'den 2030 yılına kadar kalp yetersizliğinde yaklaşık %46'lık bir artış beklendiğini; 2030'da ABD'de 18 ve üzeri yaş grubunda 8 milyondan fazla kişide kalp yetersizliği görüleceğini öngörmüştür. Türkiye'deki durumu yansıtan HAPPY çalışmasına göre ise ülkemizde 2 milyonun üzerinde insan kalp yetersizliği ile yaşamaktadır. Bu hastaların sağkalım oranları bağırsak, meme veya prostat kanserlerinden bile daha kötüdür. Ayrıca, kalp yetersizliği hastalara, bakım verenlere, sağlık meslek mensuplarına ve sağlık sistemine büyük bir yük getirmektedir. Özellikle de, toplumun yaşlandığı, bir başka hastalığın son dönem tablosu olarak da kalp yetersizliği gelişen kişilerin ileri yaşta oldukları, yaşam tarzındaki olumsuz değişimler göz önünde bulundurulduğunda, sağlık hizmetlerine yönelik taleplerin önümüzdeki on yılda dramatik bir şekilde artacağı açıktır.

Öte yandan, kalp yetersizliğinin pek çok tipi önlenebilirdir ve sağlıklı bir yaşam tarzı riski azaltabilir. Hatta kalp yetersizliği geliştikten sonra bile, eğer hastalara semptomları fark etmeleri ve derhal tıbbi yardım aramaları öğretilirse, zamansız ölümler önlenebilmektedir. Bu nedenle, kalp yetersizliğinin tanı ve tedavisinden daha önemli hale gelen konu, kalp yetersizliğinden korunmadır. Ne yazık ki, kalp yetersizliğinin toplumda oluşturduğu yüke karşın, hastalığa ilişkin farkındalık zayıftır. Bu mesajlara odaklanan toplumsal farkındalık kampanyaları kalp yetersizliği hastalarının akıbetlerini iyileştirmede ve sonuçta yaşamlarını kurtarmada büyük bir potansiyele sahiptir.

Klinik uygulama kılavuzlarına uygun şekilde davranılması da kalp yetersizliği hastalarının akıbetlerinin düzelmesini ile bağlantılıdır. Eşit sağlık hizmetini desteklemek amacıyla geliştirilen hastane performans ölçütlerini ve yerel

koşullara uygun teşvikleri kullanmak suretiyle bu konudaki ilerlemeler özendirilmelidir. Bu amaçla politikacılar hastaların sonuçlarındaki iyileşmeleri yansıtabacak performans ölçütleri için bir kanıt veri tabanı oluşturmak için gereken araştırmaları desteklemelidir. Kalp yetersizliği olan hastaların tedavisine ilişkin karşılanamayan ihtiyaçları çözümlmek için ise araştırmaların planlanması özendirilmelidir. Politika düzeyindeki değişiklikler korunma ve tedavide yaşamları kurtaracak gelişmeleri tetikleme gücüne sahiptir.

2. Giriş ve Gerekçe

Türkiye’de yapılan HAPPY çalışmasına göre ülkemizde 2 milyonun üzerinde insan kalp yetersizliği (KY) ile yaşamaktadır.¹ Amerikan Kalp Birliği (*American Heart Association*) 2012’den 2030 yılına kadar KY’de yaklaşık %46’lık bir artış beklendiğini; 2030’da ABD’de 18 ve üzeri yaş grubunda 8 milyondan fazla kişide (2011 yılında 5.8 milyon kişide mevcut) KY görüleceğini öngörmüştür.^{2,3} Kalp yetersizliğine bağlı hastalık yükü ve ölümün önlenmesinin global bir sağlık önceliği haline gelmesi beklenmektedir. Kalp yetersizliği ile yaşayan ve bu nedenle ölen hastaların sayısının giderek artmasına karşın kamuoyu, politikacılar ve hatta bazı sağlık çalışanları arasında hastalığa ilişkin farkındalık düşüktür. Kalp yetersizliğinin tam bir tedavisinin olmamasına karşın pek çok olguda hastalık süreçleri önlenebilir ve hastaların çoğu yaşam kalitelerini ve sağ kalımlarını iyileştirecek biçimde etkin bir şekilde tedavi edilebilir. Olabildiğince çok insanın KY’den korunması için gerekli önlemlerin alınmasında ve hastaların tanı, tedavi ve uzun süreli bakım hizmetlerinden etkin biçimde yararlanmasının sağlanmasında politikacılara görev düşmektedir. Aynı zamanda, karşılanmamış acil gereksinimlerin bulunduğu alanlarda araştırmaların yapılmasını desteklemekte politika yapıcının görevleri arasında bulunmaktadır.

Dünyanın farklı bölgelerinde KY sorununu ele almanın en etkili yollarını belirleyebilmek ve gereken önlemleri gündelik uygulamalara katabilmek için uluslararası bir yaklaşım gerekmektedir. Bu nedenle, Avrupa Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Birliği (*Heart Failure Association of the European Society of Cardiology*) Global Kalp Yetersizliği Farkındalık Programını başlatmıştır.⁴ Türk Kardiyoloji Derneği’nin (TKD) onayıyla, TKD Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu da bu programa dahil olmuştur. Bilginin, deneyimlerin ve önerilerin ülkeler ve kıtalar arasında paylaşılmasını sağlamak amacıyla tüm dünyadan KY çalışma grupları bu programa katılmaktadır. Bu bağlamda, ülkemizde de ulusal düzeyde KY’den korunmayı destekleyecek politikalar geliştirilmesi amacıyla, Türk Kardiyoloji Derneği’nin

önderliğinde bir Kalp Yetersizliğinden Korunmada Strateji Geliştirme Çalışması planlanmıştır.

3. Kalp yetersizliği nedir?

Kalp yetersizliği bir hastalık değil, çok farklı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilen bir klinik tablodur (sendrom); yani bir belirtiler ve fiziksel bulgular bileşkesidir.⁵ Kalp yetersizliği, bütün kalp ve damar hastalarının ölümden önceki son durağıdır. Klinisyen bir hekim için, bir hastada yetersiz kalp performansına bağlanabilecek belirtiler ve fiziksel bulgular varsa KY söz konusudur. Fizyopatolojik açıdan ise kalbin kasılma ve/veya gevşeme gücünün bozulduğu veya birim zamanda pompaladığı kan miktarının normalin altına indiği durumlar KY olarak adlandırılır. Öte yandan bir hasta açısından KY, kalbinin görevini tam yapamamasından dolayı çabuk yorulması, nefes darlığı çekmesi veya ayak bileklerinin şişmesidir. Kalp yetersizliği kişinin normal hayatını idame ettiremediği bir özürülük hali olup, kişilerin yakın çevresine ve topluma ek yük getirmektedir.

Hasta gözüyle kalp yetersizliği:

“Kalp sorununuz olduğunda daima alacağınız bir sonraki nefesin son nefesiniz olabileceğinden endişe edersiniz. Bu sizin asla bilemeyeceğiniz bir şeydir.”

“Yoruluyorsun, nefes darlığı gibi. Fazla hareket ettiğinde boğulma hissi gibi bir his oluyor. O da kalp yetersizliğindenmiş.”

“Merdivenleri çıkarken zorlanıyorum. Basamakları sayıyorum her seferinde. 6-7 basamak en fazla. Durup dinleniyorum. Vücut çekmiyor.”

“Kalp yetersizliğinin ilk zamanlarında, tedavi başlamadan önce, yürüyemezdim, tıkanırdım, tıkanınca bu bacaklarım atmaz olurdu. İçimde şişkinlik hissedirdim. Akciğerlerle ilgili bir şey zannettik meğer kalpmiş...” (aynı zamanda diyabet hastası)

“Yürüyüş yaptıkça açılıyorum. Demek ki hastalığıma iyi geliyor. Yorulunca sık sık durup dinleniyorum. Zorlamıyorum kendimi. Moralimi yüksek tutmaya çalışıyorum. Üzüntü, stres de iyi geliyor kalbe...”

“Düzenli tartılıyorum. Kilomu kontrol ediyorum.”

“Tuzsuz yemek, az yağlı yemek, ilaçları zamanında almak çok önemli. Sigara ve içkiyi de bırakmak gerekiyor. Ben 35 yıl sigara içtim ama şimdi tamamen bıraktım.”

“Soğuk algınlığı geçirmemek için önlem alıyorum. Her eylül ayı sonunda grip aşısı muhakkak olurum. Aşının faydalarını görüyorum.”

- * Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) KY'ni hastalarda aşağıdaki özelliklerin görüldüğü bir sendrom olarak tanımlamaktadır⁵: KY, normal dolum basınçlarına rağmen (veya sadece artmış dolum basınçları pahasına), kalbin dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde oksijen sunamamasına yol açan, kardiyak yapısal veya işlevsel bozukluktur. Klinik olarak KY, kalpteki yapısal veya işlevsel bozukluktan kaynaklanan, hastalarda tipik belirti (nefes darlığı, ayak bileğinde şişme ve halsizlik gibi) ve bulguların (artmış jugüler ven basıncı, akciğerde krepitasyon ve kalp tepe atımının yer değiştirmesi gibi) görüldüğü klinik bir sendromdur.

4. Kalp yetersizliği epidemiyolojisi

Kalp yetersizliğinin görülme sıklığı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Önümüzdeki 15-20 yıl içinde toplum sağlığını tehdit eden boyutlara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Hayat boyu tedavi gereksinimi, sık hastaneye yatma ihtiyacı, karmaşık ve pahalı cihaz tedavisi uygulamaları nedeniyle aynı zamanda sağlık ekonomisi üzerine yüksek maliyetler getirmektedir.

Kalp yetersizliğinin giderek artan sıklıklarda görülmesinin önemli nedenleri vardır. Günümüz modern tedavi yöntemleriyle kalp krizi, kalp damar hastalığı, kalp kapak hastalıkları, hipertansiyon ve şeker hastalığına bağlı ölümler engellenebilmekte ve yaşam süresi uzamaktadır. Ancak bu hastaların büyük bölümünde zaman içerisinde KY gelişmektedir. Toplumların yaşlanması, KY artışında diğer önemli bir nedeni oluşturmaktadır. Yaş ilerledikçe KY görülme sıklığında ciddi artış görülmektedir.

Framingham Kalp Çalışması'na göre 40 yaş sonrası dönemde, yaşam boyu KY gelişme riski %20'dir.⁶ Bu da 40 yaş üzerindeki bireylerin beşte birinde hayatın bir evresinde KY gelişeceği anlamına gelmektedir. Kalp yetersizliği görülme sıklığı genel nüfusta %1-3 iken,⁷ 70 yaş sonrası %10'a, 80 yaş sonrası %15-20'lere çıkmaktadır. Genel olarak KY yeni olgu görülme hızı (insidans) yılda 1-5/1000 iken, 65 yaş üzerindeki olgularda 20/1000 ve 80 yaş üzerinde 80/1000 olarak bildirilmektedir.⁶ Kalp yetersizliği olgularının %50'ye yakın bölümünü 60 yaş üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Ülkemizde yaşam süresi son 20 yıl içinde yaklaşık 10-15 yıl uzamıştır. Yaşlı nüfusumuzun giderek artacağı ve önümüzdeki 10 yıl içinde 2 katına çıkacağı, 2023 yılında 14-15 milyon olacağı öngörülmektedir.

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülen ve bir sıklık (prevalans) çalışması olan HAPPY çalışmasının sonuçları, Türkiye'de 35 yaş üzeri erişkin popülasyonunda aşikar KY prevalansının %2.9 olduğunu göstermiştir.¹ Bu rakam, daha genç bir nüfusa sahip olmamıza karşın, Batı toplumlarından yüksektir. Ülkemizde ortalama KY yaşı 60 yaş⁸ olup Batı

toplumlarına göre neredeyse 10 yıl daha erken KY ile karşılaştığımız söylenebilir.⁹ Henüz belirtileri ortaya çıkmamış (asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonu bulunan) KY olgu sıklığımız ise %4.8'dir. Bu da KY gelişme potansiyeli yüksek önemli bir nüfusa sahip olduğumuzu göstermektedir. Bugün için Avrupa ülkelerinde 15 milyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde 6 milyon, ülkemizde ise 2 milyon kalp yetersizliği hastası bulunduğu tahmin edilmektedir. Bu rakamın önümüzdeki 10 yıl içinde en azından 2-3 kat artacağı öngörülmektedir.

Hipertansiyon, şeker hastalığı, obezite, kalp damar hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, kalp kapak hastalığı, kalp ritim bozuklukları, kalp kası hastalığı veya doğumsal kalp hastalığı KY'ne zemin hazırlayan durumlardır.^{1,9} Dolayısıyla bu olgular KY için risk altında olan, bir başka deyişle KY'ne aday olgulardır. Bu hastalıkların zamanında tespiti ve tedavisi KY'ne gidişi önler veya yavaşlatır. Bu nedenle KY ortaya çıkmadan önceki dönemlerde yapılacak girişimler ile KY önlenabilir bir hastalıktır.

5. Kalp yetersizliğinin seyri

Kalp yetersizliği yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunudur. 65 yaş üzeri hastalarda en sık ve giderek artan hastaneye yatış nedenidir. Kalp yetersizliğinin ismi korkutucu olmasa da sağkalım oranları bağırsak, meme ve prostat kanserinden daha kötüdür.^{10,11} Son yıllardaki tanı olanaklarında ve hasta bakımındaki ilerlemeler ve tedavideki gelişmelere rağmen KY'de sonlanım maalesef pek yüz güldürücü değildir. Bazı hastalar uzun yıllar yaşayabilirlerse de sonlanım genellikle olumsuzdur. Durağan seyirli KY hastalarında bir yıllık genel mortalite %7.2; ileri evre olanlarda %13.5; 5 yıllık mortalite oranı ise yaklaşık %50'dir.^{9,12} Kalp yetersizliği (KY) kronik bir hastalık olduğundan, hastaların büyük bir kısmı klinik durumlarının kötüleşmesi nedeniyle hastaneye yatmak zorunda kalmaktadır. Beş yıl boyunca takip edilen bir KY hastasının bu süre zarfında en az bir kez hastaneye yatma oranı %83 iken, birden fazla yatış ihtimali %67'dir.¹³ KY hastalarının hastane içi yatış süreleri 4-9 gün arasında olup yatırılan hastaların yaklaşık yarısı yoğun bakımda izlenmek zorunda olan hastalardır.¹³ Hastaneden taburcu olduktan sonra %20 hasta 30 gün içinde, %50 hasta 6 ay içinde tekrar hastaneye yatmak zorunda kalmaktadır.¹⁴

Kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların seyirleri de kötüdür. Güncel kayıt çalışmasında hastaneye yatış gereksinimi olan KY hastalarında mortalite oranı %17.4'tür.⁹ Bu çarpıcı rakamlar aşikar KY'de sağkalımın günümüzde modern tedavi olanaklarına karşın bazı kanserler kadar (örn. 5 yıllık sağkalım barsak kanserinde yaklaşık %16) , hatta bazılarında daha kötü (örn. 5 yıllık sağkalım meme kanserinde yaklaşık %87, prostat kanserinde yaklaşık %85) olduğuna işaret etmektedir.¹⁵

6. Kalp yetersizliği risk faktörleri ve kalp yetersizliğinden korunma

Framingham Kalp Çalışmasına göre, cinsiyet farkı gözetmeksizin, her beş kişiden birinin KY'ne yakalanma olasılığı vardır.¹⁶ Günümüzde KY'nin en önde gelen altta yatan nedeni koroner kalp hastalığıdır (KKH).⁵ Bu durum çoğunlukla kalp krizi (miyokard infarktüsü) sonrasında gelişirse de, kalp krizi olmadan da ortaya çıkabilir. İkinci önemli neden ise kan basıncı yüksekliği (hipertansiyon) ve bunun kalp üzerindeki olumsuz etkileridir.¹⁷ Bu iki ana nedenin dışında, nispeten nadir görülen çok sayıda hastalık sebep olarak sayılabilir. Örneğin bazı ilaç yan etkileri (bazı kanser ilaçları gibi), bazı toksinler (aşırı alkol tüketimi gibi), bazı infeksiyonlar (virüslere bağlı kalp kası iltihabı gibi), bazı metabolik nedenler (şeker hastalığı gibi), hatta aşırı şişmanlık (obezite) KY'ne neden olabilir.^{5,18} Bazı durumlar ise kendileri bizzat KY nedeni olabilecekleri gibi, çoğunlukla KY'ne yatkınlığı bulunanların aşikar KY tablosu içine girmelerine yol açarlar. Bunlar arasında kalp ritmi bozuklukları (çok hızlı veya yavaş kalp hızları gibi), böbrek yetersizliği, kansızlık, tiroid bezinin fazla ya da az çalışması sayılabilir.⁵

KY gelişme riski, genellikle kalbin iş yükünün artmasına neden olan kalp damar hastalığı (mesela kalp krizi geçirmiş olmak), yüksek kan basıncı, kalp kapak hastalığı, kalp kası hastalığı (kardiyomiyopati) veya iltihabı ve doğumsal kalp hastalığı gibi durumlarda artar. Yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda, ileri yaşa ek olarak obezite, hipertansiyon, diyabet ve kronik böbrek yetersizliği de KY için majör risk faktörleri olarak bildirilmiştir.⁵

Kalp yetersizliğinden korunma altta yatan hastalıkların ve kalp yetersizliği riskini artıran durumların erken tanı ve etkin tedavisi ile mümkündür. Günümüzde KY'nin önde gelen nedenlerinden KKH ve hipertansiyonun hâlihazırdaki yaygınlığı ve toplumların yaşlanması ile görülme oranlarının arttığı göz önüne alınırsa, KY'nin neden giderek artma gösterdiği ve önem kazandığı daha iyi anlaşılabilir.

Amerikan Kalp Birliği (ACC/AHA) tarafından ortaya konmuş ve Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından da benimsenmiş olan, KY ile ilgili bir başka

önemli kavram da evrelendirmedir.¹⁹ Bu bağlamda KY, evre A, evre B, evre C ve evre D olarak 4 evrede ele alınmaktadır. Burada dikkat çekilmek istenen nokta daha ileri aşamaları temsil eden C ve D evrelerinden ziyade, erken dönemleri kapsayan A ve B evreleridir. Evre A'dakiler, KY gelişme riski yüksek (örn. Koroner kalp hastalığı veya hipertansiyon hastası) olmakla birlikte kalpte henüz yapısal veya işlevsel bozukluğu olmayan, ayrıca KY klinik belirti ve bulguları taşımayan kişilerdir. Evre B'dekiler ise, KY gelişmesiyle yakından bağlantılı bir yapısal kalp hastalığı gelişmiş (örn. kalp krizi geçirmiş veya hipertansiyona bağlı kalp kası kalınlaşmış), ancak herhangi bir KY klinik belirti ve bulgusu taşımayan kişilerdir. Diğer bir ifadeyle bu kişiler (evre A ve B), halen KY tablosu içinde gibi durmayan, ancak yakın veya uzak gelecekte aşikar KY'ne girmeye aday olan ve buzdağının altını temsil eden geniş bir grubu kapsamaktadır. Erken evre (evre A ve B) KY grubuna dikkat çekilmesi ve bunların koruyucu tedaviye alınması kavramı, KY ile mücadelede önemli bir kilometre taşıdır.

Toplum sağlığı açısından KY'nin azaltılmasında kilit nokta, altta yatan temel nedenler olan KKH ve hipertansiyon gibi hastalıkların görülme sıklığının aşağılara çekilmesidir. Bu da sigara, şişmanlık ve kolesterol yüksekliği gibi risk faktörlerinden kaçınma, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, düşük tuz tüketimi gibi önlemlerin önemi konusunda halkın bilinçlendirilmesi ile yakından bağlantılıdır. Ayrıca aşikar KY ortaya çıkmadan potansiyel KY hastalarının tanınması ve çeşitli geçerli koruyucu tıbbi tedavilerle ve ilaç dışı yöntemlerle aşikar KY'nin gelişmesinin önlenmesi veya geciktirilmesi giderek önem kazanacak gibi gözükmektedir. Böylece belirli bir aşamadan sonra tedavisi pek de yüz güldürücü olmayan bu sorun, erken evrelerde müdahale edilerek daha iyi seyirli ve nispeten masum bir hale getirilebilir.

Öte yandan, 18 yaş ve altında kalp kası hastalığına (kardiyomiyopati) yakalanma hızı 100 binde 1.13 ve bu durum nedeniyle ölüm diğer nedenlere kıyasla daha düşük (100 binde 6.7) olmakla birlikte, peripartum kardiyomiyopati (PPKM, gebelerde oluşan KY) olarak anılan durum gebelerde görülen ve altta yatan sebebin tam olarak bilinmediği, hayati tehlike arz eden bir gebelik komplikasyonudur.^{19,20} Bu durum gebeliğin son

aylarında ya da doğumdan sonraki ilk 6 ayda KY'ne neden olur. Bu hastaların %12-18'i kalp nakline ihtiyaç duyarlar veya kaybedilirler.

PPKM'den korunmak için gerek Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının, gerekse halkın bu konudaki farkındalığı artırılmalıdır. Risk faktörleri arasında, birden fazla doğum yapmış olmak, anne yaşının otuzdan büyük olması, çoğul gebelik, preeklampsi ve eklampsi adı verilen ve gebelikte ortaya çıkan hipertansiyon ile seyreden durumlar, aile öyküsü, obezite, sigara, diyabet ve hipertansiyon bulunmaktadır. Bu risk grubunda olan gebelerin KY açısından taranması önerilir.

7. Kalp yetersizliğinin sosyoekonomik yükü

Kalp yetersizliği günümüzde global halk sağlığı sorunlarından biridir. Yalnızca Amerika Birleşik Devletlerinde 5.8 milyon kişide KY vardır ve bu sayıya her yıl 670 bin yeni olgu katılmaktadır.⁴ Gelişmiş ülkelerde KY'ne bağlı akut kötüleşmeler 65 yaş üzeri hastalarda hastaneye yatışın en sık nedenidir.²¹ Dahası KY sebebiyle hastaneye yatış son 30 yılda 3 kat artış göstermiştir.

Yaşlı nüfusun çoğalması, KY'nin önemli nedenlerinden olan miyokart infarktüsü sonrası hayatta kalım süresinin uzaması ve hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklarda başarılı tedavi gibi nedenlerden ötürü, KY'ne bağlı sosyoekonomik yük her geçen gün artmaktadır. Uluslararası klinik çalışmalara bakılınca KY nedeni ile hastaneye yatışlarda hastalığın ciddiyeti, etiyojisi, yönetilmesi ve hastane sonrası sonuçlarında farklılıklar görülmektedir.²² Bununla birlikte hastane bazlı kayıt çalışmaları halen gerçek dünya verileri için birincil kaynaklar olarak kalmaya devam etmektedir. Ancak bölgesel farklılıklara rağmen toplanan bu veriler ülke bazlı klinik çalışmalara, doktorlar için hazırlanan tanı-tedavi rehberlerine ve her seviyede kamu sağlık politikalarına katkı sağlamaktadır.

Dünya bankası verilerine göre, 2012 yılında KY'nin 197 ülkeye maliyeti 108 milyar dolardır ve bunun her yıl artması beklenmektedir.²³ ABD verilerine göre ise 2030 yılında KY'nin toplam maliyetinin 2 kat artarak 70 milyar dolar olacağı tahmin edilmektedir.²⁴ 2012 yılında toplam maliyet yaklaşık 31 milyar dolar seviyesinde tespit edilmiştir; bunun 21 milyar doları doğrudan maliyet, 10 milyar doları ise dolaylı maliyet olup, doğrudan maliyetin yaklaşık %80 kadarını hastaneye yatış oluşturmuştur.²⁵ Ülkemizde kalp yetersizliği ile ilgili ekonomik veriler bulunmamakla birlikte İstanbul'da Dr. Siyami Ersek Hastanesinde bu konuda ilk çalışmalar başlamıştır. Öte yandan, yakın zamanda yapılmış olan uzman panelinden çıkan ilk sonuçlar KY hastasının yıllık maliyetinin 5000 TL civarında olduğunu göstermiştir (ortalama:4995 TL, %95 güven aralığı 1835-10.384 TL, yayımlanmamış veri).

İyi bir yaşam kalitesini sürdürme kronik, ilerleyici bir hastalıkla yaşayan hastaların çoğunun daha uzun süre yaşaması için oldukça önemlidir. Ancak KY yaşam kalitesi ve depresyon yönünden de, sadece hastaların kendilerini değil aynı zamanda yakın çevrelerini de ciddi şekilde etkilemektedirler. KY'li bireyler sağlıklı bireyler ve diğer kronik hastalığı olan bireyler ile kıyaslandığında önemli derecede bozulmuş bir yaşam kalitesine sahiptirler. Yaşam kalitesi klinik bir durumun ve tedavisinin hastanın günlük yaşamı üzerindeki çok boyutlu etkisini yansıtmaktadır. Fonksiyonel kapasitenin sınırlılığı, yüksek mortalite ve hastalığın karmaşık seyri hastalardaki stressin önemli kaynağını oluşturmaktadır. Ayrıca KY hastaları dispne (nefes darlığı-açlığı), yorgunluk, ödem, uyku bozuklukları, depresyon ve göğüs ağrısı gibi çeşitli fiziksel ve duygusal yakınmalar deneyimlemektedir. Bu yakınmalar hastaların günlük fiziksel ve sosyal aktivitelerini sınırlamakta ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Kalp yetersizliği hastalarının eşleri tabii olarak bu durumdan en çok etkilenen kişiler olup, hem eş hem de bakımdan sorumlu rollerini aynı anda yapmak gibi zor bir durumla yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Hem sistolik hem de diyastolik işlev bozukluğu olan KY hastalarında, KY'nin yaşam kalitesi üzerindeki majör olumsuz etkileri gösterilmiştir.²⁶ Kötü/bozulmuş yaşam kalitesi hastaneye yatış ve mortalite oranlarını arttırmaktadır. Bu yüzden KY'li hastalarda hastalığın günlük yaşam üzerindeki etkisini belirlemek için yaşam kalitesinin uygun bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaşam kalitesi öznel bir kavramdır ve sadece nesne klinik veya fizyolojik durumu yansıtmamaktadır. Hastaların sağlık durumları, psikolojik faktörler, ekonomik durumları, sosyal faktörler, inanç durumları ve sağlıkla ilgili davranış (ilaç tedavisine uyumsuzluk gibi) parametrelerinin yaşam kalitesini etkilediğini söyleyebiliriz. Günümüzde teknolojik gelişmelere paralel olarak; tıbbi tanı, tedavi ve korunma yöntemlerindeki gelişmeler, insanların sağlık bakımı gereksinimlerindeki değişiklikler, kronik hastaların ve hastane bakımına gereksinen bireylerin sayısındaki artışlar, artan sağlık harcamalarının birey ve ülke ekonomisine getirdiği zorluklar, sağlık bakımının bireylerin yaşam kalitesini artırma amaç ve bakış açısıyla sunulmasını zorunlu kılmıştır.

Bilindiği gibi kronik bir hastalığın ortaya çıkardığı sosyal, fiziksel, duygusal ve ekonomik zorluklar hasta ve ailesinin uyumunu güçleştirmekte ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında, KY'nin yaşam kalitesi üzerinde en fazla olumsuz etkiye sahip bozukluk olduğundan daha önce bahsetmiştik. Hastaların cinsel aktivitelerine varana kadar birçok aktivitesinin kısıtlandığı yapılan çalışmaların sonuçlarında gösterilmiştir.²⁶

KY'nin başarılı bir şekilde yönetimi sıklıkla hastalar ve ailelerinin yaşam şekli değişikliklerine uyumunu gerektirmektedir. İlaçla tedavi hastaların günde iki veya daha fazla kez kullanmaları gereken ilaçları içerebilir. Diyet ve günlük yaşam aktiviteleri hastaların arzu ettikleri, gelenekleri ve kültürel yapıları ile çatışmalar oluşturabilecek değişiklikler gerektirebilir. KY semptomları izlenmeli ve uygun tedavi sağlanmalı, böylece hastaneye yatmayı gerektirecek ciddi ilerlemeler önlenmelidir. Hastalar yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalıdır. Bu önlem ve gerekliliklerden herhangi birini başarmada yetersizlik yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz hastane yatışlarına ve erken ölümlere yol açmaktadır.

8. Kalp yetersizliğinde tanı

KY hastalarında tanının zamanında konması, hastalık seyrini yavaşlatarak, gerek ölüm ve hastaneye yatışı, gerekse ilerlemiş olgularda kullanılan maliyeti yüksek tedavi seçeneklerine gereksinimi azaltır. Ancak KY belirtilerinin çoğu ayırt ettirici olmadığından ve sınırlı tanısal değer taşıdığından KY tanısı koymak oldukça güçleşebilmektedir⁵ ki; ülkemizde tanı konulamamış KY sıklığı %4.8'dir.¹ Bu hastaların pek çoğu KY belirtileri olmasına rağmen birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanısal algoritmaların yeterince kullanılmaması nedeniyle gözden kaçmaktadır. Oysa gelişmiş ülkelerde birinci basamakta tanısal algoritmalarda risk faktörleri olan ya da KY yakınmaları bulunan kişilerde tarama amaçlı biyobelirteçler kullanılmaktadır. Özellikle natriüretik peptidler, negatif öngördürücü yani tanıyı dışlayıcı özellikleri ile KY tanısında kullanılan kilit taşı biyobelirteçlerdir.⁵ Örneğin HAPPY kohortunda kullanılan B-tipi natriüretik peptid (BNP) öncülü (NTpro-BNP) düzeyi ölçümü ile (eşik değeri 120 pg/mL) KY olguları normal bireylerden kolayca ayrılabilir.¹ Ülkemizde BNP veya NTpro-BNP, “nefes darlığının kökeninin kardiyak veya pulmoner olup olmadığına ayırıcı tanısı için, acil serviste ve/veya bir yatış döneminde sadece bir kere geri ödenmektedir”. Bu uygulama KY akut olarak kötüleşmiş hastalar dışında kalan hastaları kapsamamakta, ancak ayaktaki KY hastalarında da gerek sağkalımın öngörülmesi, gerekse optimal medikal tedavinin düzenlenebilmesi açısından BNP/NTpro-BNP düzeyinin bilinmesi önem taşımaktadır.

KY belirtilerinin çoğu su ve tuz tutulumuna bağlıdır ve bunlar idrar söktürücü diüretik tedaviyle hızla çözülebileceğinden, bu tedaviyi almakta olan hastalarda belirtiler görülmeyebilir. Ancak, KY tanısında altta yatan nedenin gösterilmesi ve olabiliyorsa ortadan kaldırılması çok önemlidir. KY'nin genellikle kalp kasının kasılma ve/veya gevşeme bozukluğuna bağlı olarak geliştiği bilinse de kalp kapak hastalıkları, perikart hastalıkları, endokart hastalıkları, kalp ritmi ve ileti anormallikleri (birden fazla bozukluk bir arada görülebilir) de KY'ne neden olabilmektedir.¹ Altta yatan organik nedenin

düzeltilmesiyle (örn: kapak hastalıkları için kalp kapak cerrahisi, konstriktif perikarditte perikardiyektomi gibi) gerek hastalık yönetimi, gerekse prognoz belirgin oranda iyileşmektedir. Bu nedenle KY hastalarında yalnızca ekokardiyografi ile ventrikül işlevlerinin değerlendirilmesi yeterli değildir. Gerekli hastalarda ileri görüntüleme tetkiklerinin (miyokart perfüzyon sintigrafisi, dobutamin stres ekokardiyografi veya kardiyak manyetik rezonans görüntüleme) uygulanması altta yatan nedenin daha doğru şekilde ortaya konmasını sağlayabilir.

Diğer bir konu, acil servislerde akut KY hastalarının değerlendirmesidir. KY semptomları ile acil servise başvuran hastaların eğer kurumda mevcutsa mutlaka kardiyolog tarafından değerlendirilerek ekokardiyografinin öncelikli olarak uygulanması ve akut nefes darlığına yol açan diğer nedenlerle (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, infeksiyonlar, pulmoner emboli veya akut koroner sendrom) ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Kardiyoloğun olmadığı ya da ulaşılamadığı durumlarda ise acil servis ekibinin KY tanısıl algoritmasını iyi bilmesi ve bunu uygulaması gereklidir. Bu yaklaşım olgularının doğru değerlendirilmesi ve uygun tedaviye bir an önce başlanması bakımından elzemdir.

9. Kalp yetersizliğinde tedavi ve takip

KY giderek artan sıklığı ve yaygınlığı nedeniyle tüm dünyada önde gelen sağlık sorunlarından biridir. Yapılan bir çalışmaya göre ülkemizde bu hastalığın sıklığı diğer Batı ülkelerine göre daha yüksek olma eğilimindedir.¹ Bu kadar fazla insanın etkilenmesine ve ölmesine rağmen bu hastalığın halk, siyasiler ve sağlık profesyonelleri arasındaki algısı ve önemi düşüktür. Bu hastalığın önlenmesi ve geliştiğinde de kötüleşmesinin ve ölümlerin engellenmesi ve etkili bir tedavinin yapılabilmesi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bir sağlık önceliği haline getirilmelidir.

Son yıllarda kanıta dayalı modern tedavilerin ve hasta bakım sistemlerinin geliştirilmesi ile KY hastalarının sağkalım oranlarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Fakat hasta kayıtları göstermektedir ki yayınlanan birçok çalışmaya ve kılavuza rağmen, kılavuz eşliğinde tedavi yeterince uygunmamaktadır ve hastane yatış ve mortalite de bu çalışmalarda elde edilen verilerden yüksektir.²⁷ Kılavuzların ön gördüğü tedaviye uyumun KY kötüleşmesini ve KY ile hastane yatışı azaltırken, fonksiyonel kapasitesi ve hayat kalitesini artırdığı gösterilmiştir.²⁷ Fakat ülkemizin farklı bölgelerinde doktorlar ve hastaneler arasında bu kılavuzları uygulamada farklılıklar bulunmaktadır. Sağlık bakanlığının, toplumun her kesiminin kılavuzların ön gördüğü KY tedavisine eşit biçimde ulaşabilmesi için önderlik yapması ve tarafları teşvik etmesi gerekmektedir. Bunu başarmak için yapılması gerekenler:

[1].Doktorlar ve hemşireler için KY konulu (KY'nin önlenmesi, tanısı, tedavisi ve uzun dönem takibi açısından bilgilerinin artırılması ve mevcut kılavuzların hatırlatılması) eğitim programları düzenlemek;

- Bu eğitimlerin sonucunda sertifika vererek **KY için uzmanlaşmış doktorlar ve hemşireler yaratmak**
- KY hastasına poliklinik ve yataklı hizmet verecek hastanelerin sertifikalandırılması ve derecelendirilmesi (Bu hastanelerde

sertifikalı doktorların ve hemşirelerin istihdamının zorunlu tutulmalıdır)

- [2]. KY hastalarına hizmet verecek 1.basamak (evre A ve B KY hastalarının tanınması ve uygun tedavisi), 2.basamak (evre A, B ve C KY hastalarının tanınması, tedavisi ve takibi) ve 3.basamak (Evre B, C ve D KY hastalarının tedavisi, cihaz tedavilerinin uygulanması ve takibi) ve gerektiğinde 4.basamak olarak adlandırılabilen kalp nakli yapabilen sınırlı sayıdaki sağlık kurumlarının tanınması ve bu kurumlarda görev yapacak sağlık personelinin görevlerinin kapsamının belirlenmesi;
- [3]. Bu basamaklar arasında daha önceden belirlenmiş sevk zincirini yaratmak ve zamanında ve eşit biçimde kılavuzların öngördüğü medikal tedavinin ve gerektiği yerde cihaz tedavisinin ehil kişiler tarafından uygulanmasını sağlamak.
- [4]. İleri evre KY hastalarında uygulanmakta olan pahalı kalbe destek cihaz tedavisi ve kalp nakline aday hasta seçiminde, tüm Avrupa Birliği ülkelerinde Kardiyoloji uzmanları liderliğinde yürütülen uygulamanın aksine, halihazırdaki mevzuat gereğince tek uygulayıcı ve karar verici konumunda bulunan Kalp Damar Cerrahisi uzmanlarının yanına Kardiyoloji uzmanlarını ekleyerek kooptasyonun önüne geçecek mekanizmaları yürürlüğe koymak ve bu sayede tüm hastalar için ileri tedavi yöntemlerine ulaşımında eşit haklar sağlamak.

KY tedavisi erken evrede yapıldığında daha kolay ve daha etkili olabilmektedir. Bu yüzden bu hastalarda daha yakınmalar gelişmeden tedaviye başlamak gerekmektedir. KY için tek bir tanı aracı olmadığı için, örneğin meme kanserindeki gibi büyük çaplı tarama testleri mümkün görünmemektedir. Çoğu hasta ilk tanı esnasında KY üzerine uzmanlaşmış hekimler tarafından görülmemektedir. Hastayı ilk gören aile hekimi, iç hastalıkları, nefroloji, endokrinoloji veya göğüs hastalıkları doktoru olabilmektedir. KY gelişmesi için risk faktörleri semptom ve bulgular tüm ilgili branşlar tarafından bilinmeli ve bu hastalar için multidisipliner (endokrinoloji, nefroloji, göğüs hastalıkları, v.d.) yaklaşım bu aşamada başlatılmalıdır. Sağlık Bakanlığı tüm branşları bir araya getirerek seminerler, kurslar ve medya

aracılığı ile ülke genelinde KY farkındalığı yaratıp erken teşhis ve tedavinin önemi vurgulanmasına ön-ayak olmalıdır.

Kılavuzlarca desteklenmiş tıbbi tedavilere rağmen halen semptomatik olan hastalarda cihaz tedavilerinin [implante edilebilir kardiyak defibrilatörler (ICD), kardiyak resenkronizasyon tedavisi (KRT)] kullanımı yaygınlaştırılmalı ve ülke genelinde gereksinen her hastanın bu tedavilere erişebilmesi kolaylaştırılmalıdır. Bu cihazların kullanımını yaygınlaştırmak için bu konuda özelleşmiş daha fazla uzman ve adanmış merkez sağlanmalıdır. Bu cihazların kullanımının yaygınlaştırılması kadar ehil uzmanlar tarafından yerleştirilmesi ve izlenmesi de cihazlar ile maksimum faydanın elde edilmesi için önem arz etmektedir. Bunun için ileri KY hastalarının sağkalımını sağlayacak ve tekrar hastaneye yatışlarını engelleyecek ileri destek cihazlarının hangi hastanelerde uygulanabileceğinin ve daha sonra takiplerinin nerede yapılacağına Sağlık Bakanlığı ve Türk Kardiyoloji Derneği tarafından tekrar tartışılıp belirlenmesi gerekmektedir. Gerekli olduğu zaman ileri destek cihazlarının birinci ve ikinci basamakta izlenen KY hastalarına uygulanabilmesi için üçüncü basamak hastanelere doğru sevk zincirinin etkili biçimde uygulanıp uygulanmadığı gözden geçirilmelidir.

Kalp yetersizliği kronik bir hastalık olduğu için teşhis ve tedavi kadar uzun dönem takip ve destek de bir o kadar önemlidir. Avrupa’da bile çok az ülkede “KY için tanımlanmış tedavi ve bakım programları” bulunmaktadır. Bizim ülkemizde hastanelerde bu hastaların tedavi ve uzun dönem bakımı için KY poliklinikleri yaygın olarak bulunmamaktadır ve olsa bile tam anlamı ile hizmet vermemektedirler. Taburculuk sonrası planlama ve ev takipleri hastane yatışları ve hayat kalitesini artırmada etkili yöntemlerdir. Hastanelerde bu amaçla hizmet verecek KY poliklinikleri kurulmalıdır ve bu polikliniklerde hizmet verecek KY için uzmanlaşmış kardiyolog önderliğinde aile hekimleri ve hemşireler bulunmalıdır. Birinci basamakta da özellikle bu hastaların uzun dönem takip ve destek amaçlı bu konuda eğitim almış aile hekimlerine ve hemşirelere çok iş düşmektedir. Sağlık Bakanlığı özellikle birinci basamakta bu hizmeti verecek sağlık kuruluşlarını tanımlamalı ve buradaki sağlık profesyonellerinin bu konuda sürekli eğitimleri yapılmalıdır.

KY genellikle yaşlı nüfusta görülmektedir. Özellikle giderek sıklığı artmakta olan sistolik işlevi korunmuş KY (kalp kasının gevşemesinin bozulduğu kalp yetersizliği), 80 yaş üstünde her 10 hastadan birinde veya ikisinde görülmektedir.⁶ Bu yaştaki hastaların uzun dönem takiplerinde, diğer eşlik eden kronik hastalıklarını da düşünerek hastaların hastaneye getirilmesinde ciddi zorluklar oluşmaktadır. Bu hastalara belli zamanlarda deneyimli sağlık profesyonelleri ile evde-bakım hizmeti sağlamak üzere hastaneler tarafından sistem kurulmasının Sağlık Bakanlığı'nca teşvik edilmesi ile daha fazla KY hastasına uzun dönem bakım hizmeti sağlanmalıdır.

Kalp yetersizliği kronik bir hastalık olduğu için hastaların da KY hakkında bilgi sahibi olması hem onların da hastalık yönetimine katılmalarını sağlar, hem de tedaviye uyumu artırır. KY hastalarına KY için özelleşmiş hemşireler tarafından farmakolojik tedavi (her ilacı hangi neden ile kullandığı, etki mekanizması), hastalık semptomlarını tanıma ve giderme, günlük kilo takibi gibi konularda eğitim verilen bir çalışmada, eğitim alan hastalar arasında hastaneye tekrar yatış ve ölüm %35 daha az bulunmuştur.²⁸ Kardiyovasküler hastalığı olan hastaların ilaca uyumu % 31-58 dolaylarındadır.²⁸ Hastaların KY hakkında eğitilmeleri, semptom ve vücut ağırlığı monitorizasyonu ve tedaviye katılmaları ilaca ve diyetle uyumlarını artıracaktır. Hastaların KY hakkında eğitilmesi, yakınma ve bulguları erken tanıyabilmelerini ve böylece gerekli tedavi değişikliklerinin daha erken yapılmasını sağlayarak hem hastaneye yatışlarını azaltmış, hem de hastanede kalış sürelerini kısaltmıştır.²⁹

10. Türkiye’de kalp yetersizliğinden korunma politikaları için öneriler

- *Kalp yetersizliğinden korunmayı destekleyin*
- *Sağlık çalışanları arasında kalp yetersizliği farkındalığını arttırın*
- *Kalp yetersizliği olan bütün hastaların eşit-standart sağlık hizmeti almasını sağlayın*
- *Hastaları ve onlara bakım hizmeti verenleri destekleyin ve onlara yetki verin*
- **3. basamak hastanelerde kalp yetersizliği kliniklerinin kurulması için gerekli alt ve üst yapıyı oluşturun**
- **Evde bakım hizmetlerini destekleyin**
- *Kardiyak rehabilitasyonu destekleyin*
- **Sevk zincirini oluşturun**
- *Kalp yetersizliği araştırmalarını destekleyin...*

Kalp yetersizliği, sıklığı giderek artan, geri dönüşümsüz, seyri birçok kanser tipinden daha kötü, tedavisi oldukça güç ve maliyetli bir hastalıktır. Bu nedenle, tedavisinden ziyade önlenmesinin daha mantıklı olacağı aşikârdır. Avrupa Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Birliği, Global Kalp Yetersizliği Farkındalık Programı kapsamında yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde (Avrupa Parlamentosu) politikacılara yönelik öneriler geliştirmiştir. Bu programın bir parçası olarak ülkemiz özelinde aşağıdaki önerileri ilgili paydaşların dikkatine sunuyoruz.

Kalp yetersizliğinden korunma politikaları:

Toplumsal farkındalığın artırılması: KY basit bir dille tanımlanarak, bulgu ve belirtileri, KY’ne yol açan belli başlı hastalıklar (hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet, obezite, hiperlipidemi, tütün kullanımı v.b.) ve bunlardan korunma yöntemleri (temelde sağlıklı yaşam tarzı önerileri) kamu

spotları, gazete ilanları v.b çeşitli araçlar aracılığıyla genel toplumun dikkatine sunulabilir.

Sağlık çalışanlarının eğitimi: KY klinik olarak aşikar bir hal aldığında iş isten geçmiş olabilir. Önemli olan hastalık oluşmadan (yani hastalar halen asemptomatik iken) korunma stratejilerinin geniş toplum kitlelerine ulaşabilmesinin sağlanmasıdır. Bu amaçla yapılması gereken aile hekimleri ve iç hastalıkları uzmanlarına KY'nin tanısı ve KY'den koruma stratejilerini içeren basit ve anlaşılabilir bir sürekli eğitim programının tesis edilmesi ve yürütülmesidir.

Sağlık hizmeti sunumu: KY yönetimi bir takım çalışması gerektirir. Bilimsel araştırmalar, KY hastası için en ideal durumun bu olduğunu ortaya koymuştur. Öte yandan, en azından Evre C ve Evre D KY hastalarının takip ve tedavisi bir KY takımı tarafından bir KY kliniğinde (en azından 3.basamak bir merkezde) yönetilmelidir. İçerisinde klinik kardiyolog, kalp-damar cerrahı, kardiyak elektrofizyolog ve kardiyak rehabilitasyon hekimi ve hemşiresi bulunan KY takımlarından oluşan KY kliniklerinin kurulması mutlak suretle teşvik edilmelidir. Türkiye gerçeğinde, böyle takımların kurulabileceği merkezlerin sayısının sınırlılığı göz önüne alındığında, bu uygulamanın sadece evre D KY hastaları ile sınırlı kalması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Sadece klinik kardiyologlar tarafından izlenmekte olan, ancak çok da kararlı seyretmeyen evre C KY hastalarının bu takımların var olduğu merkezlere periyodik olarak sevk edilmeleri ve değerlendirilmelerinin sağlanması bir çözüm olabilir. Kalp Transplantasyonu ve Ventrikül Destek Cihazları Kurulu'nda kalp-damar cerrahisi dışındaki uzmanlık alanından, konunun asıl uzmanı olan kardiyoloji uzmanlarından da eşit temsil düzeyinde üye bulunmalıdır. Bu sayede, uygulamalara dair kooptasyondan sakınmak mümkün olabilir. Çünkü, evre C kalp yetersizliği hastasının ne zaman ve hangi koşullarda evre D, yani kalp nakli ya da ventrikül destek cihazı gibi çok pahalı tedavi şekillerinden birine ihtiyaç duyacağına deneyimli bir kardiyoloji uzmanı veya Avrupa Birliği ülkelerinin tercihi olarak kalp yetersizliği uzmanı ya da kalp yetersizliği takımı karar verebilir.

Evde bakım hizmetleri: Yardımcı sağlık personeli, örn. KY hemşiresi yetiştirilmesi ve hastaların evde monitorizasyonu (vücut ağırlığı ve yakınma takibi, ilaç uyumunun gözden geçirilmesi ve diüretik doz ayarlaması, v.b.), morbidite ve mortalitenin azaltılmasına katkıda bulunacaktır. Bu yaklaşımın tekrarlayıcı KY nedenli hastaneye yatışlarının sıklığını ve tedavi maliyetlerini azalttığı bilinen bir gerçektir.

Kardiyak rehabilitasyon: Kardiyak rehabilitasyon, KY hastaları için hayati öneme sahiptir. Kardiyak rehabilitasyon programına dahil olan hastaların hastalık süreçleri yavaşlamakta, hastaneye yatışları azalmakta, yaşam kaliteleri düzelmekte, sağlık harcamaları azalmaktadır.^{5,7} Mevcut nedenle tüm bilimsel kılavuzlarda tedaviden bile ön sırada önerilmektedir.^{5,7} Ancak, KY hastalarının ani ölüm riski yüksektir ve bu nedenle, kardiyak rehabilitasyonun tek başına Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanları tarafından gerçekleştirilmesi ciddi riskler içermektedir. Bu nedenle de gerçek hayattaki uygulama ya gerçekte çok gerekmeyen nispeten hafif düzeyde hastalığı olanlara yönelmekte ya da tamamen göz ardı edilmektedir. Öte yandan, bu konu, sosyal güvenlik kurumu uygulaması sebebiyle de maalesef kardiyologlar tarafından yeterince dikkate alınmamaktadır. Sadece ülkemizde değil, bazı diğer ülkelerde de durum böyle görünmektedir. Bu nedenle, bu noktada atılacak adımların ülkemizdeki KY hastalarının yaşam süreleri ve kalitelerine çok önemli katkıda bulunabileceğini ve ülkemizi diğerlerinden bir adım öne taşıyacağını düşünmek uygun olacaktır. Kardiyak rehabilitasyonun yaygınlaşabilmesi için ilk adımın öncelikle kardiyologların eğitiminden geçtiğini düşünüyoruz. KY hastalarını takip ve tedavi eden her merkezde, tercihen 3.basamak ve üstü bir merkezde, bir kardiyak rehabilitasyon ünitesinin bulunması ve bu ünite en az bir KY hemşiresi ve fizyoterapistin görev yapması gerektiği görüşüdeyiz. Somut olarak önerilerimiz; (1) KY hastalarının rehabilitasyonu yönünde kardiyolog, fizyoterapist ve hemşire eğitiminin tamamlanarak rehabilitasyon ünitelerinin oluşturulmasının sağlanması, (2) KY takımlarının işlevleri arasında mutlaka kardiyak

rehabilitasyon programlarının bulunmasının sağlanması, (3) Tüm evre C KY hastalarının mutlaka bir kardiyak rehabilitasyon programına erişiminin sağlanması, (4) kardiyak rehabilitasyonun, ya da en azından kalp yetersizliği rehabilitasyonunun kardiyoloji uzmanlarınca yapılabilmesinin önünün açılmasıdır.

11. Kaynaklar

1. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, *et al.* Heart failure prevalence and predictors in Turkey: HAPPY study. Arch Turk Soc Cardiol 2012;40:298-308
2. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA *et al.* Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. Circ Heart Fail 2013;6:606–19
3. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. Nat Rev Cardiol 2011;8:30–41
4. Ponikowski P, Anker SD, Alhabib KF, *et al.* World Heart Failure Alliance. Heart failure: Preventing disease and death worldwide, ESC Heart Fail 2014;1:2-25
5. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, *et al.* Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC kılavuzu, Türk Kardiyol Dern Arş 2012, Suppl.3
6. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, *et al.* Heart disease and stroke statistics – 2014 update. Circulation 2014; 129: e28-e292
7. Seferovic PM, Stoerk S, Filippatos G, *et al.* Organization of heart failure management in European Society of Cardiology member countries: survey of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology in collaboration with the Heart Failure National Societies/Working Groups. Eur J Heart Fail 2013;15:947-59
8. Çavuşoğlu Y, Kozan O, Temizhan A, Küçükoğlu S. Clinical characteristics of the Turkish population with heart failure and treatment modalities used in daily practice: Reality HF data. Anatolian J Cardiol 2014;14 (Suppl.1):20
9. Maggioni AP, Dahlström U, Filippatos G, *et al.* EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). Eur J Heart Fail 2013;15:808-17

10. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001;3:315-22
11. Askoxylakis V, Thieke C, Pleger ST, *et al.* Long-term survival of cancer patients compared to heart failure and stroke: A systematic review. *BMC Cancer* 2010;10:105
12. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, *et al.* Heart Disease and Stroke Statistics -2015. *Circulation* 2015;131:e29-e322
13. Fida N1, Piña IL. Trends in heart failure hospitalizations. *Curr Heart Fail Rep* 2012;9:346-53
14. Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure. Predict or Prevent? *Circulation* 2012;126:501-6
15. Cancer Research UK,
<http://search.cancerresearchuk.org/search/results.jsp?siteid=1&query=survival&searchsubmit=Search>
16. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP *et al.* Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2002;106:3068-72
17. Khatibzadeh S, Farzadfar F, Oliver J, Ezzati M, Moran A. Worldwide risk factors for heart failure: a systematic review and pooled analysis. *Int J Cardiol* 2013;168:1186-94
18. Baena-Díez JM, Byram AO, Grau M, *et al.* Obesity is an independent risk factor for heart failure: Zona Franca Cohort study. *Clin Cardiol* 2010;33:760-4
19. Yancy CW, Bozkurt B, Butler J, *et al.* 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *J Am Col Cardiol* 2013;62:e147-e239.
20. Silwa K, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, *et al.* Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of

- peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working
21. Group on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail* 2010;12:767-78
 22. Blecker S, Paul M, Taksler G, Ogedegbe G, Katz S. Heart failure–associated hospitalizations in the United States. *J Am Coll Cardiol* 2013;61:1259-67
 23. Mebazaa A, Yilmaz MB, Levy P, *et al.* Recommendations on pre-hospital & early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine. *Eur J Heart Fail.* 2015;17:544-58
 24. Cook C, Cole G, Asaria P, Jabbour R, Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. *Int J Cardiol* 2014;171:368-76.
 25. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, *et al.* Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail* 2013;6:606-19
 26. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, *et al.* Heart disease and stroke statistics - 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125:188-97.
 27. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart Lung* 2009;38:100-8
 28. Komajda M, Follath F, Swedberg K, *et al.* The Euroheart failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. *Eur Heart J* 2003;24:464–47
 29. Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse* 2008;28:54-64
 30. Riegel B, Moser DK, Anker SD, *et al.* State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009;120:1141-63