

BRIEF REPORT

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Βασιλική Τσούλου

Υποψήφια Διδάκτωρ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

IN ENGLISH: HEART FAILURE: SHORT REVIEW

Vasiliki Tsoulou

PhD Candidate, Department of Nursing, University of West Attica, Athens, Greece

DOI: 10.5281/zenodo.8073116

Cite as: Tsoulou, Vasiliki. (2022). HEART FAILURE: SHORT REVIEW. Perioperative Nursing (GORNA), E-ISSN:2241-3634, 11(4), 428–430. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8073116>

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) περιεγράφηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1990 και έως σήμερα αυξάνεται με ταχύτατους ρυθμούς κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της βελτίωσης της διάγνωσης και θεραπείας των ασθενών με καρδιολογικά νοσήματα.¹ Υπολογίζεται ότι, περισσότερο από 37.7 εκατομμύρια άτομα, παγκοσμίως έχουν ΚΑ, ενώ κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 870.000 νέες περιπτώσεις.² Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που νοσηλεύονται με ΚΑ είναι ηλικίας >75 ετών. Ο επιπολασμός της ΚΑ διπλασιάζεται για κάθε δεκαετία της ζωής και αναλυτικότερα είναι <1% για άτομα ηλικίας <40 ετών και > 10% για άτομα ηλικίας > 80 ετών.² Επίσης, ο επιπολασμός της ΚΑ ποικίλλει ανάλογα με την εθνικότητα, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τη γεωγραφική περιοχή.²

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής

Καρδιολογικής Εταιρείας (2016), η ΚΑ ταξινομείται ανάλογα με το κλάσμα εξώθησης, το οποίο μπορεί να είναι: α) μετρίως επηρεασμένο 40-49% (αναφέρεται ως «γκρίζα ζώνη»), β) διατηρημένο >50% και γ) μειωμένο < 40%. Αυτή η ταξινόμηση διαφωτίζει τους επαγγελματίες υγείας ως προς την υποκείμενη αιτιολογία της, τη συννοσηρότητα και την απαιτούμενη θεραπεία.³ Ένα ευρύ φάσμα καρδιακών παθήσεων, κληρονομικών ανωμαλιών και συστηματικών ασθενειών μπορεί να οδηγήσει σε ΚΑ. Περισσότερα από τα δύο τρίτα των περιπτώσεων ΚΑ αποδίδονται στις εξής υποκείμενες παθήσεις: ισχαιμική καρδιοπάθεια, ρευματική καρδιοπάθεια, υπερτασική καρδιακή νόσο και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.²

Η ΚΑ συνεπάγεται τεράστια οικονομική επιβάρυνση για τον ασθενή και τον κρατικό προϋπολογισμό κάθε χώρας, που αποδίδεται στις συχνές επανεισαγωγές και στη μακρά νοσηλεία.⁴

Σχεδόν το 25% των ασθενών με ΚΑ επανεισάγονται εντός τριάντα ημερών μετά το εξιτήριο και το 50% εντός έξι μηνών.⁵ Στις ΗΠΑ, ο αριθμός των νοσηλειών ασθενών στους οποίους τέθηκε η διάγνωση ΚΑ τριπλασιάστηκε από 1.27 εκατομμύρια το 1979 σε 3.86 εκατομμύρια το 2004, υποδηλώνοντας την οικονομική επιβάρυνση για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.² Σε χώρες υψηλού εισοδήματος, η ΚΑ είναι η πιο κοινή διάγνωση σε νοσηλεύομενους ασθενείς ηλικίας >65 ετών. Η νοσηλεία ασθενών με ΚΑ αντιπροσωπεύει το 1-2% όλων των εισαγωγών. Εκτιμάται ότι, 108 δισεκατομμύρια δολάρια δαπανήθηκαν για την ΚΑ παγκοσμίως το 2012.² Οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται για τις επανεισαγωγές είναι: α) κλινικοί, όπως η αναπνευστική δυσχέρεια, οι συννοσηρότητες, οι υψηλές συγκεντρώσεις νατριουρητικών πεπτιδίων, β) δημογραφικοί, όπως το άρρεν φύλο, η προχωρημένη ηλικία και γ) ψυχοκοινωνικοί, όπως η έλλειψη στήριξης, η χαμηλή συμμόρφωση με τις θεραπευτικές οδηγίες.⁶

Το απειλητικό για τη ζωή κλινικό σύνδρομο της ΚΑ σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα, μειωμένη λειτουργική ικανότητα και χαμηλή ποιότητα ζωής.⁷ Στη σύγχρονη εποχή, παρατηρείται μια αυξανόμενη προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας ζωής ασθενών με ΚΑ και ανακούφισης των συμπτωμάτων, έχοντας ως απώτερο στόχο την ελαχιστοποίηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και τη μείωση των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο. Διάφοροι παράγοντες θεωρούνται υπεύθυνοι για τη μειωμένη ποιότητα ζωής σε αυτήν την ευάλωτη ομάδα, όπως φτωχή αυτοφροντίδα, χαμηλή κοινωνικοοικονομική

κατάσταση, περιορισμένη οικογενειακή ή κοινωνική στήριξη, παροξύνσεις της νόσου, ελλείμματα γνώσης για τη διαχείρισή της, συνυπάρχοντα συμπτώματα και ζοφερή πρόγνωση. Σύμφωνα με τις απόψεις των ασθενών, τα θέματα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής περιλαμβάνουν την ανεξαρτησία στην καθημερινή ζωή, τη διαχείριση των συμπτωμάτων, τη σωματική και γνωστική εξασθένηση, την ψυχολογική κατάσταση και τις συχνές νοσηλίες.⁸ Οι ασθενείς με ΚΑ έχουν ανάγκη λεπτομερούς πληροφόρησης προκειμένου να κατανοήσουν την νόσο και τις δεξιότητες που απαιτούνται για τη διαχείρισή της.⁹⁻¹²

Επιπλέον, οι ασθενείς βιώνουν ποικίλα προβλήματα από τη ψυχική διάσταση όπως άγχος και κατάθλιψη.¹¹ Για παράδειγμα, τα επίπεδα άγχους κυμαίνονται ανάλογα με την εξέλιξη της ΚΑ και επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα αυτοφροντίδας. Ο παγκόσμιος επιπολασμός για τη μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη είναι 28.1% και είναι υψηλότερος στις γυναίκες (45.5%) και στα στάδια λειτουργικής ταξινόμησης κατά NYHA III/IV (54.7%).¹³

Η φροντίδα ασθενών με ΚΑ είναι απαιτητική, πολύπλοκη και ανάλογη με το στάδιο της νόσου. Η πρόοδος στη θεραπεία και την πρόληψη της ΚΑ έχει οδηγήσει σε μείωση της θνησιμότητας στις ανεπτυγμένες χώρες. Η πρωτογενής πρόληψη της ΚΑ είναι το πλέον αποτελεσματικό μέσο για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, τη μείωση της επίπτωσής και τη μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης.²

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Groenewegen A, Rutten F, Mosterd A. Epidemiology of heart failure European Journal of Heart Failure. 2020;22(8).
2. Ziaean B, Fonarow GC. Epidemiology and etiology of heart failure. Nat Rev Cardiol. 2016;13(6):368-378.
3. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur J Heart Fail. 2016;18(8):891-975.
4. Cook C, Cole G, Asaria P, Jabbour R, Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. Int J Cardiol. 2014;171(3):368-376.
5. Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? Circulation. 2012;126(4):501-506.
6. Inamdar AA, Inamdar AC. Heart Failure: Diagnosis, Management and Utilization. J Clin Med. 2016;5(7):62
7. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. Cardiovasc Res. 2023;118(17):3272-3287.
8. Polikandrioti M, Panoutsopoulos G, Tsami A, Gerogianni G, Saroglou S, Thomai E, Leventzonis I. Assessment of quality of life and anxiety in heart failure outpatients. Arch Med Sci Atheroscler Dis. 2019;4:e38-e46.
9. Polikandrioti M, Kalafatakis F, Koutelekos I, Kokoularis D. Fatigue in heart failure outpatients: levels, associated factors, and the impact on quality of life. Arch Med Sci Atheroscler Dis. 2019;4:e103-e112.
10. Polikandrioti M. Perceived Social Isolation in Heart Failure. J Innov Card Rhythm Manag. 2022;13(6):5041-5047.
11. Polikandrioti M, Goudevenos J, Michalis LK, Koutelekos J, Kyristi H, Tzialas D, Elisaf M. Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. Hellenic J Cardiol. 2015;56(1):26-35.
12. Polikandrioti M. Quality of life of patients with cardiac pacemaker: levels, associated characteristics, and the impact of anxiety and depression. Folia Med (Plovdiv). 2022;64(1):117-127.
13. Moradi M, Doostkami M, Behnamfar N, Rafiemanesh H, Behzadmehr R. Global Prevalence of Depression among Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Curr Probl Cardiol. 2021:100848.