

DERLEME

REVIEW

Kalp Yetersizliğinde Kanıtı Dayalı Bakım Uygulamaları

Evidence-Based Care Practices in Heart Failure

Serap Özer¹

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir.

ÖZET

Kalp yetersizliği; tüm dünyada kadın ve erkeklerde en sık görülen morbidite ve mortalite nedeni olan kardiyovasküler hastalıklar içerisinde başlı başına prevalans ve insidansı artıran tek majör kardiyovasküler bozukluktur. Kardiyovasküler hastalıkların son evresi olan kalp yetersizliğinde hastaların % 50'sinde akut dekompanzasyon dönemleriyle stabilite bozulmaktadır. Hemşireler kalp yetersizliği olan hastaların bakımında ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesinde oldukça etkin bir role sahiptir. Bakımda hasta sonuçlarını iyileştirmeyi, hastane yatışlarını, hastanede kalış süresini, maliyeti ve mortaliteyi azaltmayı amaçlamaktadır. Kalp yetersizliği dekompanzasyonunu önleyebilen hastalık yönetimi yaklaşımı içerisinde hemşireler; farmakolojik ve non-farmakolojik girişimleri uygulamak için güncel kılavuzların önerilerini dikkate almak durumundadır.

Bu makalede; kalp yetersizliği yönetim programlarının temel prensipleri doğrultusunda kanıtı dayalı bakım önerileri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, kanıtı dayalı uygulama, bakım.

ABSTRACT

Heart failure is the only major disorder which increases the prevalence and incidence among cardiovascular diseases leading to morbidity and mortality that are commonly observed in men and women all over the world. In heart failure, which is the last stage of cardiovascular diseases, stability fails in 50% of the patients in acute decompensation periods. Nurses have a quite effective role in improving the care and life quality of the patients with heart failure. The aim in care is to improve the results of the patients and to decrease the hospitalisation, duration of hospital stay, cost and mortality. In disease management approach which can prevent heart failure decompensation, nurses should consider the current guidelines to apply the pharmacologic and non-pharmacologic interventions.

In this article, evidence-based care recommendations have been proposed in accordance with the fundamental principles of heart failure management programs.

Keywords: Heart failure, evidence-based practice, care.

Geliş tarihi: 31.05.2016 **Kabul tarihi:**03.06.2016

Sorumlu Yazar: Doç. Dr. Serap Özer

Yazışma adresi: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bornova İzmir 35100 İzmir - Türkiye

Telefon: 0 232 311 55 21; **E-posta:** serapozer15@gmail.com

Kalp yetersizliği (KY); yaşamı tehdit eden, hastalar, aileler ve sağlık bakım sistemi üzerinde yük oluşturan yaygın bir sağlık sorunudur.^[1,2] Popülasyonun gittikçe yaşlanması ve kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin ortalama yaşam süresinin uzaması ile birlikte KY daha fazla oranda görülmektedir. ^[3,4]Amerika Kalp Birliği (American Heart Association-AHA) 2015 istatistiki verilerine göre; Amerika'da yaklaşık 5.7 milyon KY olan birey bulunmakta ve bu orana her yıl 870.000 yeni tanı konan birey eklenmektedir. Bu doğrultuda 2030 yılına kadar KY olgularında yaklaşık % 46'lık bir artış beklendiği ifade edilmektedir ve oranın 18 ve üzeri yaş Amerikalı grubunda 8 milyondan fazla olacağı öngörülmektedir. ^[5,6]Batılı ülkeler ile kıyaslandığında Türkiye daha genç bir nüfus ortalamasına sahip olmasına karşın KY prevalansının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye KY Prevalansı ve Göstergeleri Çalışması (Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey-HAPPY) sonucunda ülkemizdeki erişkin KY prevalansı % 2.9 olarak bulunmuştur. Türkiye'de 2010 yılı kayıtlarına göre >35 yaş nüfusun 29.6 milyon olduğu varsayıldığında yaklaşık 2 milyon 424 erişkinimizin KY'ne sahip olduğu söylenebilmektedir. ^[7]

Kalbin yapısal veya fonksiyonel bir bozukluğu nedeniyle dolununun ve/veya boşalmasının bozulduğu, vücudun metabolik gereksinimlerini karşılayabilecek düzeyde yeterli kanı pompalayamadığı, karmaşık klinik bir sendrom olarak tanımlanan KY;^[8]pek çok semptomun eşlik ettiği, sık acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır.^[9]Yapılan çalışmalarda KY olan hastaların % 13.2-18.3'ünün taburcu olduktan sonra ilk bir ay içerisinde ^[10], % 30-56.6'sının ilk üç ay içinde ^[11], % 23-50'sinin ise ilk altı ay içinde ^[12]tekrar hastaneye yattığı bulunmuştur. Türkiye'de yapılan bir çalışmada da hastaların

yaklaşık yarısının 90 gün içinde tekrar hastaneye yattığı saptanmıştır.^[9]

Kalp yetersizliği olan bir hastada dispne, yorgunluk, ödem ve aktivite sınırlanması öncelikli görülen belirtiler arasında yer almaktadır. Bu hastalarda diyet kısıtlamaları, normal iş performansındaki güçlükler, cinsel ilişkiyi sürdürmedeki zorluklar, ilerleyici özgüven kaybı, ilaç tedavisinin yan etkileri ve tekrar hastaneye yatışlar nedeniyle yaşam kalitesinde bozulmalar görülmektedir.^[13,14] Kalp yetersizliği tanı aşamasından itibaren uzun bir bakım süreci gerektirmesi nedeniyle, hastalar kadar bakım verici hasta ailelerini ve sağlık bakım profesyonellerini de çok boyutlu olarak etkilemekte, ekonomik açıdan da ağır bir yük oluşturmaktadır. ^[13]

Çoğu kanser türünden bile daha kötü prognoza sahip KY'de; hastaların % 50'sinde akut dekompanzasyon dönemleriyle stabilite bozulduğu için dekompanzasyonunu önleyebilen multidisipliner bir hastalık yönetimi yaklaşımı gerekmektedir. Bu yaklaşım; mortaliteyi, gereksiz hastane yatışlarını azaltmak ve semptom yönetimini sağlamak için kompleks bir klinik tedavi ve beslenme tedavisini içermektedir.^[15,16] Kalp yetersizliği yönetim programlarının temel prensipleri; KY sendromunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi, tıbbi tedavinin optimizasyonunun sağlanması, dekompanzasyonun erken belirti ve semptomlarının yönetimi, eşlik eden durumların tanımlanması ve yönetimi, yaşam sonu isteklerinin belirlenmesi, sık sürekli izlem ve öz bakım davranışlarının kolaylaştırılması olmalıdır.^[17,18]

Yukarıda bahsedilen bu temel prensiplerin gerçekleştirilmesinde ve KY olan hastaların yaşam kalitelerinin geliştirilmesinde hemşireler oldukça etkin bir role sahiptir. Bakım yönetimi sürecinde; dispne, yorgunluk, periferik ödemi azaltmak, egzersiz toleransını artırmak gibi semptom yönetimi yaklaşımı ile hasta sonuçlarını iyileştirmek, tıbbi tedaviye uyumu artırmak, KY'ne bağlı

gelişebilecek komplikasyonları önlemek, hastane yatışlarını, hastanede kalış süresini, maliyeti ve mortaliteyi azaltmak amaçlanmaktadır.^[16]Tüm bu amaçlara ulaşmak için gerekli olan hemşirelik girişimleri uygulanırken güncel kılavuzların önerilerini dikkate almak gerekmektedir. Bir başka deyişle uygulanacak girişimlerin kanıta dayalı olması önem taşımaktadır.

Hemşirelik uygulamalarının kanıt temelli gerçekleştirilmesi; bakım kalitesi ve sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek açısından oldukça önemli ve gerekli olmaktadır. Hemşireler her ortamda bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlıkla ilgili gereksinimlerini belirlemektedir. Belirlenen gereksinimler çerçevesinde bakım uygulamalarını kanıta dayalı olarak planlamakta, uygulamakta, değerlendirmekte ve denetlemektedir.^[19]

Kanıta dayalı uygulamanın önemli olduğu alanlardan birisi de hiç şüphesiz KY hemşireliği alanıdır. Bu makalenin amacı; güncel KY kılavuzları doğrultusunda KY olan hastaların bakım yönetimi sürecindeki kanıta dayalı önerilere değinmektedir.

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 yansıtacağına dair güncel öneriler sunmakta ve yeterli verinin olmadığı durumlarda da uzman görüşüyle yol haritası çizmektedir.^[20]

Kalp yetersizliği ile ilgili olarak yayınlanan kılavuzlar incelendiğinde; 2016 yılında Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (European Society of Cardiology-ESC) "Akut ve Kronik KY Tanısı ve Tedavisi Kılavuzu"nun, 2013 yılında Amerikan Kardiyoloji Koleji Vakfı/Amerikan Kalp

Birliği'nin (American College of Cardiology Foundation/American Heart Association-ACCF/AHA)"KY Yönetimi Kılavuzu"nun, 2010 yılında Amerika KY Birliği'nin (Heart Failure Society of America, HFSA) "Kapsamlı KY Uygulama Kılavuzu"nun, 2010 yılında ise; Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü'nün (National Institute for Health and Care Excellence-NICE)"Yetişkinlerde Kronik KY Yönetimi Kılavuzu"nun güncellendiği görülmektedir.^[21,22,23,24]

Makalede; KY'de kanıta dayalı bakım uygulamaları; en güncel kılavuz 2016 ESC kılavuzu olduğu için bu kılavuzda yer verilen öneriler doğrultusunda sunulmuştur.

Akut ve kronik KY tanısı ve tedavisine ilişkin olarak ESC tarafından 2016 Mayıs ayında yayınlanan kılavuz; kaynaklarla birlikte toplam 19 bölümden oluşmaktadır. Kılavuzun 14. Bölümü "Multidisipliner Ekip Yönetimi" başlığı altında önerileri vermektedir. Özellikle bu bölümde yer alan öneriler bakım yönetimi sürecinde hemşirelere önemli bilgiler aktarmaktadır.^[21]

Kılavuzda yer alan kanıt düzeylerine bakıldığında; A düzey kanıt: çok sayıda randomize klinik çalışma (RKÇ) veya meta-analizlerden elde edilen veriler; B düzey kanıt: tek bir RKÇ veya büyük çaplı randomize olmayan çalışmalardan elde edilen veriler; C düzey kanıt: uzmanların fikir birliği ve/veya küçük çalışmalardan, retrospektif çalışma ve kayıtlardan elde edilen veriler olarak açıklanmaktadır.^[21]

Kılavuzdaki öneri sınıfları ise; sınıf I, II (sınıf IIa ve sınıf IIb) ve III olarak verilmektedir. Bu doğrultuda sınıf I "verilen bir tedavi yada prosedürün yararlı, kullanışlı ve etkili olduğu konusunda genel anlaşma ve/veya kanıt" olarak tanımlanmakta, kullanım için öneri; "endikedir/önerilmektedir" şeklinde olmaktadır. Sınıf II'nin tanımı ise şöyle yapılmaktadır; "verilen tedavi yada prosedürün kullanışlılığı/etkililiği

konusunda bir görüş ayrılığı ve/veya çelişkili kanıt”. Sınıf IIa “kanıt veya görüşün ağırlığı kullanışlılık/etkililiğinin iyiliği” olarak tanımlanır ve kullanımı için öneri “dikkat edilmelidir” şeklinde verilirken, sınıf IIb “kullanışlılık/etkililik kanıt/görüş tarafından daha az oluşturulmaktadır” şeklinde tanımlanmakta ve kullanımı için de öneri “dikkat edilebilir” şeklinde verilmektedir. Son olarak sınıf III’ün tanımı; “verilen tedavi veya prosedürün kullanışlı/etkili olmadığı ve bazı olgularda zararlı olabildiği konusunda genel anlaşma veya kanıt”

şeklinde yapılmaktadır. Sınıf III’ün kullanımı için verilen öneri de “önerilmemektedir” şeklindedir.^[21]

Kalp yetersizliğinin bakım yönetimi sürecinde hemşireler tarafından göz önünde bulundurulması gereken kılavuz önerileri; bakımın organizasyonu, taburculuk planlaması, yaşam şekli önerileri, egzersiz eğitimi, takip ve izlem, yaşlılık, kırılabilirlik, bilişsel bozukluk, palyatif bakım ve yaşam sonu bakım başlıklarını içermektedir. Bu başlıklara yönelik tüm önerilere Tablo 1’de yer verilmiştir.^[21]

Tablo 1: KY’de Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri

Bakımın Organizasyonu
Özellikler
<ul style="list-style-type: none"> • Multidisipliner bir yaklaşım sağlanmalıdır (kardiyologlar, birinci basamak hekimleri, hemşireler, eczacılar, fizyoterapistler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları, cerrahlar, fizyologlar vs.) • Yüksek riskli semptomatik hastalar hedeflenmelidir. • Ekip yeterli olmalıdır ve profesyonel olarak eğitilmiş olmalıdır.
Bileşenler
<ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi yönetim ve cihaz yönetiminin optimizasyonu • Özellikle uyum ve öz bakım üzerine vurgu yapan yeterli hasta eğitimi • Hastanın semptom izlemi ve esnek diüretik kullanımına uyumu • Taburculuk sonrası izlem (düzenli klinik ziyaretleri ve/veya ev temelli ziyaretler, telefon desteği veya uzaktan izlem) • Sağlık bakımına erişimde artış (bireysel izlem, telefon ile iletişim, uzaktan izlem) • Dekompansasyon dönemleri sırasında bakıma erişimi kolaylaştırma • Kilo, beslenme durumu, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi veya laboratuvar bulgularında beklenmeyen bir değişikliğin tanımlanması • İleri tedavi seçeneklerine erişim • Hastalar ve aile ve/veya bakım vericilere psikososyal destek sağlamak
Taburculuk Planlaması
Taburculuk planlaması hastanın durumu stabil olur olmaz başlatılmalıdır. Hastaneye kabul sırasında hastalara bilgi ve öz bakım eğitimi verildiğinde sonuçlar iyileşmektedir. Taburculuk hasta övolemik olduğunda düzenlenmelidir ve hastaneye yatmaya neden olan faktörler tedavi edilmelidir. Taburculuk sonrası erken dönemde izlem ile hastanelerde 30 gün içerisinde tekrarlı yatışlar azalma göstermektedir.
Yaşam Şekli Önerileri
Eğitim Konuları:
-KY Tanımı, Etyolojisi, Prognozu
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none"> • Kalp yetersizliğinin nedenlerini, semptomlarını ve prognozunu anlamak • Tedavi ve yaşam sonu konusundaki kararları içeren gerçekçi kararlar almak
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none"> • Eğitim düzeyi ve sağlık okur yazarlığı dikkate alınarak sözel ve yazılı bilgi sağlama • İletişim için KY hastalık engellerinin farkına varma ve düzenli zaman aralıklarında bilgi sağlama • Hasta istediğinde ve klinik durumunda bir değişiklik olduğunda, tedavi seçimleri konusunda karar alma sürecinde gerekli olan bilgiyi ve tanı zamanında prognozla ilgili bilgiyi hassas bir iletişim kurarak verme

Tablo 1: KY’de Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri (devamı)

Yaşam Şekli Önerileri (devamı)
-Semptom İzlemi ve Öz Bakım
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• Belirti ve semptomlardaki değişikliklerin farkına varma ve bunları izlemek• Sağlık bakım profesyoneli ile ne zaman ve nasıl iletişime geçileceğini bilmek• Profesyonel öneriler doğrultusunda diüretik tedavisi ve sıvı alımının bireysel olarak ne zaman yönetileceğini bilmek
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• Bireysel yönetimi desteklemek için bireyselleştirilmiş bilgi sağlamak;<ul style="list-style-type: none">- Dispne artışı olması veya ödem durumunda veya üç günde ani ve beklenmedik bir şekilde iki kilodan fazla kilo artışı olması durumunda diüretik dozu artabilmektedir. Bu durumda sağlık bakım ekibi dikkatli olmalıdır.- Esnek diüretik rejimi kullanılmalıdır.- Uygun olduğunda doz kutusu gibi öz bakım desteği sağlanmalıdır.
-Farmakolojik Tedavi
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• İlaçların endikasyonlarını, dozunu ve yan etkilerini anlamak• Yaygın yan etkileri ve sağlık bakım profesyoneli ile ne zaman iletişime geçilmesi gerektiğini bilmek• İlaçları reçete edildiği şekilde almanın yararlarının farkına varmak
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• Doz, etkiler ve yan etkiler konusunda yazılı ve sözlü bilgi sağlamak
-İmplant Cihazlar ve Perkütan/Cerrahi Girişimler
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• Prosedürler ve implante cihazların endikasyonlarını ve amaçlarını anlamak• Yaygın komplikasyonları ve sağlık bakım profesyoneli ile ne zaman iletişime geçilmesi gerektiğini bilmek• Prosedürler ve implante cihazların önemini ve yararlarının farkına varmak
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• Yararlar ve yan etkiler konusunda yazılı ve sözlü bilgi sağlamak• Düzenli izlemlerin dökümantasyonu ile birlikte cihazın fonksiyonunun düzenli kontrolü konusunda yazılı ve sözlü bilgi sağlamak
-Bağışıklama
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• İnfluenza ve pnömokok hastalığına karşı aşı yaptırmak
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• Ulusal kılavuzlar ve bağışıklama uygulaması doğrultusunda öneriler sunmak
-Diyet ve Alkol
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• Aşırı sıvı alımından kaçınmak• Değişen sıvı alımı gereksinimini fark etme;<ul style="list-style-type: none">- Yüksek ısı ve nem, bulantı/kusma dönemlerinde alımı arttırmak- Ciddi KY olan hastalarda semptomları ve konjesyonu azaltmak için sıvı kısıtlamasını günde bir 1.5-2 litre civarında tutmak• Vücut ağırlığını izleme ve malnutrisyonu önlemek• Sağlıklı beslenme, aşırı tuz alımından kaçınma (günde 6 gramdan fazla) ve sağlıklı vücut ağırlığını sürdürmek• Özellikle alkol ilişkili kardiyomyopati için aşırı alkol alımından kaçınmak
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• Yüksek ısı ve nem dönemlerinde ve vücut ağırlığını dikkate almak için sıvı alımı ile ilgili bireyselleştirilmiş bilgi vermek• Akut dekompanzasyon dönemlerinde önerileri düzenleme ve yaşam sonuna doğru bu kısıtlamaları değiştirmeyi göz önünde bulundurmak• Kalp yetersizliği etyolojisine alkol önerisini adapte etme; örn. alkolik kardiyomyopatide kaçınmak• Alkol ile ilgili kılavuz önerilerini uygulama (erkeklerde günde iki ünite, kadınlarda günde bir ünite). Bir ünite 10 ml saf alkole karşılık gelmektedir; örn. bir bardak şarap, yarım arjantin birası)• Obezite yönetimi

Tablo 1: KY’de Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri (devamı)

Yaşam Şekli Önerileri (devamı)
-Sigara İçme ve Madde Kullanımı
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• Sigara ve keyif verici madde kullanımını bırakmak
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• Sigarayı bırakma ve replasman tedavisi için uzmana yönlendirmek• Eğer hasta sigarayı bırakmak istiyorsa bilişsel davranışsal yaklaşımlar ve psikososyal destek için yönlendirme yapmak
-Egzersiz
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• Hafif veya orta dereceli dispneyi provoke etmek için yeterli ve düzenli egzersiz girişiminde bulunmak
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• Kırılganlık, komorbidite gibi fiziksel ve fonksiyonel kısıtlılıkları dikkate alan bir egzersiz programı önermek• Uygun olduğunda egzersiz programı için gerekli yönlendirmeleri yapmak
-Seyahat ve Boş Zaman Aktiviteleri
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• Fiziksel kapasiteye göre seyahat ve boş zaman aktiviteleri hazırlamak• Neme göre sıvı alımını izleme ve adapte etmek• Belirli ilaçları (örn. amiodarone) kullanırken güneşe maruz kalmanın yan etkilerinden haberdar olmak• Yüksek rakımın oksijenasyon üzerindeki etkisini göz önünde bulundurmamak• İlaçları bir liste ve jenerik isimli doz şemaları ile birlikte uçakta kabin bagajına almak
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• İmplant kardiyak defibrilatör (ICD) ile ilgili ülkenin yerel özel sürücü düzenlemelerini yapmak• İmplant kardiyak defibrilatör varlığında uçuş güvenlik araçları ile ilgili öneriler sağlamak
-Uyku ve Solunum
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• Uyku sorunlarının ve KY ile ilişkisinin farkına varma, uykuyu optimize etmek
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• Diüretiklerin zamanlaması, uyku çevresi, araç desteği gibi konularda öneriler vermek• Uyku solunum bozukluğu varlığında kilo verme/kontrolü konusunda öneriler vermek
Cinsel Aktivite
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• Güvenli seks yapma, belirtileri provoke etmeyen cinsel aktivitede bulunmak• Cinsel aktivite ile ilgili sorunların ve KY ile ilişkisinin farkına varma, erektil disfonksiyon tedavisini uygulamak
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• Eretil disfonksiyonu predispose eden faktörleri azaltmak için önerilerde bulunmak ve erektil disfonksiyonun uygun farmakolojik tedavisi• Gerekli olduğunda cinsel danışmanlık için uzmana yönlendirmek
-Psikososyal Konular
Hasta Yetenekleri
<ul style="list-style-type: none">• Kalp yetersizliği olan hastalarda sıklıkla görülen depresif semptomlar ve kognitif disfonksiyonu, bu durumların da uyumu etkileyebileceğini anlamak• Hastalık sürecinde yaşam şeklinin değişmesi, farmakoterapi, implante cihazlar ve diğer prosedürlerle (mekanik destek ve kalp transplantasyonu) ilişkili olarak ortaya çıkabilen psikolojik sorunları fark etmek
Profesyonel Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">• Hastalık, tedavi seçenekleri ve bireysel yönetim konusunda bilgilendirme için düzenli iletişimi sürdürmek• Kalp yetersizliği yönetimi ve öz bakım sürecine aile ve bakım vericileri dahil etmek

Tablo 1: KY’de Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri (devamı)

-Yaşam Şekli Önerileri (devamı)		
Egzersiz Eğitimi	Öneri Sınıfı	Kanıt Düzeyi
<p>Çeşitli sistematik incelemeler ve küçük çalışmaların meta-analizleri egzersiz eğitimi ile ortaya çıkan fiziksel iyileşmenin egzersiz toleransını, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini geliştirdiğini ve KY hastaneye yatış oranlarını azalttığını göstermektedir. Bu doğrultuda;</p> <ul style="list-style-type: none">• Fonksiyonel kapasite ve semptomları iyileştirmek için KY olan hastaların düzenli aerobik egzersiz yapmaya teşvik edilmeleri önerilmektedir.• Azalmış ejeksiyon fraksiyonlu (EF) KY olan stabil hastalarda KY hastaneye yatış riskini azaltmak için düzenli aerobik egzersiz önerilmektedir.• Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye yatış ve mortalite riskini azaltmak için multidisipliner bakım yönetim programlarına katılması önerilmektedir.• Optimal tedavi alan stabil KY olan hastalarda tedavi etkinliği, hastalık progresyonu ve hasta uyumunu izlemeye uzun dönemli izlem için birinci basamak tedaviye yönlendirme yapılması önerilmektedir.• Önceden KY nedeniyle hastaneye yatan semptomatik hastalarda kablosuz implante hemodinamik izlem sistemi kullanarak pulmoner arter basınçlarını izleme tekrarlayan KY hastaneye yatış riskini azaltmak için önerilmektedir.• Ejeksiyon fraksiyonu % 35’in altında olan semptomatik hastalarda klinik sonuçları iyileştirmek için ICD üzerine temellenmiş çok parametrelili izlem önerilmektedir.	I	A
	I	A
	I	A
	Iib	B
	Iib	B
	Iib	B
İzlem		
<p>Kalp yetersizliği olan hastalar yönetimde bir değişiklik gerektirebilen (örn. atrial fibrilasyon başlangıcı veya anemi gelişimi), hastalık progresyonu veya komplikasyon gelişimini fark etmek, ilaç güvenliğini ve optimal dozajı sağlamak için düzenli izlem ve biyomedikal izlemde yarar sağlamaktadır. İzlem ev ziyaretleri sırasında, toplumda veya hastane kliniklerinde hastaların kendileri tarafından üstlenilebilmektedir. Aynı zamanda uzaktan izlem ve yapılandırılmış telefon desteği ile sağlanabilmektedir. Optimal izlem yöntemi yerel organizasyonlara, kaynaklara bağlıdır ve hastalar arasında çeşitlilik göstermektedir. Örneğin daha sık izlem, instabilite dönemleri ve ilaç optimizasyonu sırasında gerekli olmaktadır. Aynı zamanda yaşlı yetişkinler sık izlemde yarar sağlamaktadır. Bazı hastalar ise; biraysele izleme katılmaya daha istekli olmaktadır.</p> <p>Dolaşımda yüksek natriüretik peptid (NP) oranı KY olan hastalarda kötü sonuçlara işaret etmektedir. Klinik durumu izlemek ve KY olan hastalarda dolaşımdaki NP oranlarındaki değişikliklere temellenen tedaviyi uygun hale getirmek mantıklı olmasına karşın yayınlanan çalışmalar farklı sonuçları göstermektedir. Bu tür bir yaklaşım geniş bir uygulama önerisi sunmamaktadır.</p> <p>Kalp yetersizliğinde aynı zamanda uzaktan hasta yönetimi olarak da adlandırılan tele-izlem ile ilgili çeşitli klinik çalışma sonuçları bulunmaktadır. Bazı klinik çalışmalar yararları nedeniyle tele-izlemi önermektedir.</p>		
Yaşlılık, Kırılganlık, Bilişsel Bozukluk		
<ul style="list-style-type: none">• Fragilite araştırılmalı ve izlenmelidir. Kırılganlık skorlarındaki bozulmanın geriye döndürülebilir nedenleri (kardiyovasküler ve kardiyovasküler olmayan) gösterilmelidir.• İlaç değerlendirmesi yapılmalıdır: KY ilaçlarının dozları yavaş bir şekilde ve klinik durumun sık izlemle optimize edilmelidir.• Polifarmasi azaltılmalıdır: sayı, dozlar ve rejim kompleksliği azaltılmalıdır.• Semptomları hafifletme ve yaşam kalitesi üzerine hızlı bir etki olmadan ilaçların kullanımını durdurmaya dikkat edilmelidir.• İnkontinans riskini azaltmak için diüretik tedavisinin zamanlaması ve dozu gözden geçirilmelidir.• Gerekli olduğunda hasta ve ailesi yaşlı bakımı konusunda uzman ekibe yönlendirilmelidir.		

Tablo 1: KY’de Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri (devamı)

Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakım
Yaşam sonu dönemde olan KY hastalarında aşağıdakiler dikkate alınmalıdır; <ul style="list-style-type: none">• Progresif fonksiyonel azalma (fiziksel ve mental) ve çoğu günlük yaşam aktivitesinde bağımlılık• Optimal farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlara rağmen kötü yaşam kalitesi ile birlikte ciddi KY semptomları• Sık hastane yatışları ve optimal tedaviye rağmen diğer ciddi dekompanseasyon dönemleri• Kalp transplantasyonu ve mekanik dolaşım desteğini reddetme• Kardiyak kaşeksi• Klinik olarak yaşamın sonuna yaklaşıldığı kararı Kalp yetersizliği olan hastalarda palyatif bakım hizmetinin anahtar bileşenleri şunlardır; <ul style="list-style-type: none">• Ölüm süreci gerçekleşene kadar hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmek ve sürdürmek• Semptomları sık olarak tanımlamak ve hafifletmeye odaklanmak• Gereksinime göre hasta ve ailesine psikolojik destek ve spiritual bakım sağlamak• İleri düzeydeki bakımı planlama, ölüm ve resüsitasyon tercihlerini öğrenmek

Sonuç olarak; KY’nde bakım yönetimi kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Kanıta dayalı uygulamaların hasta sonuçlarını iyileştirdiği, hastaneye yatış oranlarını ve maliyetleri azalttığı bilinmektedir. Ayrıca bu uygulamalar; hemşireliğin kapsamını tanımlamaya ve verilen bakımlardaki tutarlılığı geliştirmeye de yardımcı olmaktadır. Hemşirelerin KY bakım yönetimi ile ilgili yapılacak kanıt çalışmalarına destek vermesi de son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Tokgözoğlu L, Yılmaz MB, Abacı A, Altay H, Atalar E, Aydoğdu S, ve ark. Türkiye’de kalp yetersizliği yol haritası. TKD Yayını 2015;1-31. http://tkd-online.org/PDFs/KY/KYYolHaritas%C4%B1_151117.pdf
2. Spall HGCV, Shanbhag D, Gabizon I, Ibrahim Q, Graham ID, Harlos K, et al. Effectiveness of implementation strategies in improving physician adherence to guideline recommendations in heart failure: a systematic review protocol. BMJ Open 2016;6:e009364:1-5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009364>.
3. Muzzarelli S, Leibundgut G, Maeder MT, Rickli H, Handschin R, Gutmann M, et al.

4. Predictors of early readmission or death in elderly patients with heart failure. Am Heart J 2010;160:308-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2010.05.00>.
5. İlerigelen B. Yaşlılarda kalp yetersizliği. Türk Geriatri Dergisi 2010;Özel Sayı 2:21-32.
6. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics 2015 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2015;131:e29-e322. <http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000152>.
7. Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. Heart Lung 2016;45:100-113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.001>.
8. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, ve ark. Türkiye’deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. Türk Kardiyol Dern Arş. 2012;40(4):298-308. <http://dx.doi.org/10.5543/tkda.2012.65031>.
9. Kılıçkesmez KO, Ökçün B, Küçükoglu S. Kalp yetersizliğinin tanımı ve patofizyolojisi. A’dan Z’ye kronik kalp yetersizliği. Editörler: Kozan Ö, Zoghi M. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2010, 25-38.

9. Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14:3:1-7.
10. Luthi JC, Burnand B, McClellan WM, Pitts SR, Flanders WD. Is readmission to hospital an indicator of poor process of care for patients with heart failure? Qual Saf Health Care 2004;13(1):46-51. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2003.006999>.
11. Esquivel H, Dracup K. Effects of gender, ethnicity, pulmonary disease and symptom stability on rehospitalization in patients with heart failure. Am J Cardiol 2007;100:1139-1144. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2007.04.061>.
12. Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Ochoa CC, et al. Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. J Card Fail 2006;12(8):621-627. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2006.06.471>.
13. Özer S. Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. Turk J Card Nur 2010;1(1):3-7. <http://dx.doi.org/10.5543/khd.2010.001>.
14. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2008 ESC kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş. 2008;Suppl 3:47-101.
15. Özer S, Sezgin D. Kalp yetersizliğinde öz bakım. KY Bülteni 2015;7(4).
16. Enç N, Öz Alkan H. Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastane içi hemşirelik bakımı. Turk J Card Nur 2012;4:101-109. <http://dx.doi.org/10.5543/khd.2012.009>.
17. Adams KF, Lindenfeld J. HFSA 2006 Comprehensive heart failure practice guideline. J Card Fail 2006;12(1):10-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2005.12.001>.
18. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 Focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults. Circulation 2009;119:1977-2016. <http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.109.192064>.
19. Sezgin D, Mert H. Kalp yetersizliği olan bireylerin hemşirelik bakımında kanıta dayalı yaklaşımlar. DEUH FED 2015;8(2):108-118.
20. Kavradım ST, Özer Z. Güncel kalp yetersizliği kılavuzlarından hemşireliğe yansınanlar. KY Bülteni 2015;7(4).
21. Ponikowski p, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2016;1-85. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
22. Jessup M, Chair V, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. Circulation 2013;128:e240-e327. <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776>.
23. Alber NM, Boehmer JP, Collins SP, Ezekowitz JA, Givertz MM, Katz SD, et al. Executive summary: HFSA 2010 comprehensive heart failure practice guideline. J Card Fail 2010;16(6):475-539. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.04.005>.
24. Mant J, Al-Mohammad A, Davis M, Dawda P, Gilmour J, Hardman S, et al. Chronic heart failure: National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. Full version of NICE Clinical Guideline No 108. London: National Clinical Guideline Centre at The Royal College of Physicians; 2010:108.