

Hospitalizacja pacjenta z niewydolnością serca – kiedy i co dalej?

Częstość hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca w Polsce pozostaje wysoka, mimo postępu w leczeniu. Ze względu na wielokrotne, długotrwałe pobyty w szpitalu, częstą niezdolność do pracy oraz istotne pogorszenie jakości życia niewydolność serca pociąga za sobą także znaczne koszty społeczne i ekonomiczne.

Najczęstsza etiologia zaostrzeń niewydolności serca:

- ostre zespoły wieńcowe z koniecznością leczenia inwazyjnego
- wady zastawkowe
- infekcje, szczególnie wymagające postępowania chirurgicznego i długotrwałego leczenia przeciwdrobnoustrojowego
- dysfunkcje wszczepionych urządzeń kardiologicznych
- powikłania zakrzepowo-zatorowe
- epizody niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego
- zaburzenia rytmu
- zaprzestanie lub niewłaściwe stosowanie farmakoterapii (szczególnie leków diuretycznych)
- działania niepożądane leków, alkoholu i narkotyków
- istotne klinicznie krwawienia
- nowotwory złośliwe i ich leczenie
- znaczne błędy dietetyczne skutkujące nadmiernym spożyciem soli

Na pogorszenie stanu klinicznego pacjenta silnie wskazują objawy podmiotowe i przedmiotowe, które wcześniej były nieobecne lub uległy zaostrzeniu. Obraz kliniczny chorego może się różnić w zależności od stopnia nasilenia dysfunkcji mięśnia sercowego oraz w zależności od tego, która komora serca jest niewydolna.

Zaostrzenie choroby wymagające leczenia szpitalnego jest czynnikiem pogarszającym rokowanie, a więc sygnałem wskazującym na progresję choroby.

Wskazania do hospitalizacji:

zaostrzenie niewydolności serca wynikające z:

braku współpracy chorego

retencji płynów ze znacznym
zastojem w krążeniu
systemowym lub płucnym

zakażenia, szczególnie
zapalenia płuc

zaostrzenia przewlekłej
niewydolności nerek,
astmy, POChP

nadużywania alkoholu

obrzęk płuc

choroba niedokrwienna serca (ostre zespoły wieńcowe, zaostrzenie przewlekłej choroby wieńcowej)

objawy dekompensacji wady zastawkowej serca (np. stenozы aortalnej, niedomykalności zastawki mitralnej)

podejrzenie zapalenia wsierdza, szczególnie u chorych po zabiegach wszczepienia sztucznej zastawki

nadciśnienie tętnicze:

z objawami zastoju w krążeniu płucnym

z objawami mogącymi sugerować rozwarstwienie aorty lub udar mózgu

kardiomiopatia połogowa

podejrzenie ostrego zapalenia mięśnia sercowego

zaburzenia rytmu serca

inne przyczyny mogące wywołać lub nasilać niewydolność serca
(sepsa, tyreotoksyoza, niedokrwistość, zatorowość płucna, przetoka tętniczo-żylna)

Opieka nad chorymi hospitalizowanymi nie kończy się jednak wraz z wypisem ze szpitala, lecz stanowi wymagający proces mający na celu zapobieganie wystąpienia nasilenia objawów i ryzyka ponownej hospitalizacji. Zgodnie z rekomendacjami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego chorzy z niewydolnością serca powinni zostać objęci opieką wielospecjalistyczną. Współpraca pomiędzy poszczególnymi członkami wielospecjalistycznego zespołu zwiększa efektywność i jakość leczenia.

W okresie bezpośrednio po hospitalizacji z powodu niewydolności serca do najważniejszych zadań lekarza rodzinnego należą:

- optymalizacja wdrożonej w warunkach szpitalnych farmakoterapii
- monitorowanie istotnych parametrów klinicznych oraz wyników badań laboratoryjnych i obrazowych
- identyfikowanie i leczenie chorób współistniejących
- działania edukacyjne prowadzone wspólnie z pielęgniarką zarówno dla pacjenta, jak i opiekunów oraz członków najbliższej rodziny
- wdrażanie istotnych działań o charakterze prewencyjnym, a w razie konieczności kierowanie pacjenta do leczenia szpitalnego
- pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych
- realizowanie programu szczepień ochronnych, w tym zwłaszcza przeciwko grypie oraz pneumokokom

Pierwsza konsultacja lekarska po hospitalizacji pacjenta powinna odbyć się w ciągu 1-2 tygodni po wypisie ze szpitala.

Wszystkie wizyty kontrolne pacjenta z niewydolnością serca powinny obejmować:

- wdrożenie zalecanej przez wytyczne farmakoterapii, jeśli nie zostało to przeprowadzone wcześniej lub było przeciwwskazane
- ocenę stanu nawodnienia i wartości ciśnienia tętniczego z ewentualną modyfikacją leczenia niewydolności serca,
- dążenie do optymalizacji przewlekłej farmakoterapii doustnej
- kontrolę stężenia elektrolitów i czynności nerek
- ocenę skuteczności leczenia chorób współistniejących i kontrolę czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych
- kontynuowanie edukacji chorych w zakresie trybu życia, samoopieki i postępowania w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia

Referencje:

1. Zasady postępowania w niewydolności serca. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
2. Opinia ekspertów Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej dotycząca postępowania w okresie okołowypisowym u pacjentów z niewydolnością serca
3. 2023 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal; 2021 — doi: 10.1093/eurheartj/ehab368

remedium

AstraZeneca

POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYN RODZINNEJ

Forxiga - chroniąc serce i nerki, ratuje życie*, 1-7

* Dla leku FORXIGA (dapagliflozyna) są dowody naukowe potwierdzające redukcję ryzyka zgonu z dowolnej przyczyny dla grupy pacjentów z T2D oraz towarzyszącą niewydolnością serca lub przewlekłą chorobą nerek.

WIĘCEJ O LEKU FORXIGA:



1. Petrie M.C. i wsp. JAMA. 2020; 323: 1353-1368.
2. Wheeler D.C. i wsp. Lancet Diabetes Endocrinol 2021; (9) 1: 22-31.
3. Wiviott S.D. i wsp. N Engl J Med. 2019; 380 (4): 347-357.
4. Kato E.T. i wsp. Circulation. 2019; 139: 2528-2536.
5. McMurray J.J.V. i wsp. N Engl J Med. 2019; 381:1995-2008.
6. Heerspink H.J.J. i wsp. N Engl J Med. 2020; 383 (15): 1436-1446.
7. Heerspink H.J.J. i wsp. EHJ 2021; 42 (13): 1216-1227.
8. Aktualne obwieszczenie MZ w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-listalekow-refundowanych>.

