

LIMBAJUL PACIENT-MEDIC ÎN INSUFICIENȚA CARDIACĂ CRONICĂ

Octavian ISTRĂTOAIE, Assistant Professor PhD,
University of Medicine and Pharmacy of Craiova

Rezumat: Progresele de diagnostic și terapeutice au condus la o ameliorare a supraviețuirii pacienților atinși de majoritatea bolilor cronice, mai ales a afecțiunilor cardiovasculare. Insuficiența cardiacă reprezintă un procent foarte ridicat de spitalizări care ar putea fi evitate printr-o educare corespunzătoare a pacientului. Relația pacient-medic poate fi ameliorată prin folosirea în comunicare a unui limbaj adecvat, pe înțelesul fiecărui pacient. Aceasta presupune, înainte de toate, existența unei relații pacient-medic bazată pe înțelegere și comunicare. Educația terapeutică a pacientului presupune participarea activă a acestuia la procesul de îngrijire și este un element cheie în evitarea evoluției ireversibile a bolii și ameliorarea calității vieții și a speranței de viață.

Cuvinte-cheie: insuficiență cardiacă, comunicare, limbaj, boală cronică, speranță de viață

Deși fiecare boală este problematică în felul ei, însoțită fiind de noi așteptări, boala propriu-zisă stârnește frici dea dreptul primitive. Orice boală este considerată un mister. Până și numele bolii este perceput ca având o putere magică.

Pacienții care merg la consultație din pricina suferinței, a stresului emoțional și dizabilităților suferite au tot dreptul să urască să fie etichetați cu un index al condamnării. Atâta vreme cât o anumită maladie este considerată un prădător invincibil, și nu o simplă boală, cei mai mulți bolnavi vor fi cu adevărat demoralizați la aflarea maladii de care suferă. Soluția nu constă nici pe departe în a nu dezvălui adevărul pacienților, ci, dimpotrivă, în rectificarea concepției despre boală, în demitizarea ei.¹

În cazul bolilor cronice, mediul social al pacientului joacă un rol important în ameliorarea monitorizării și a acceptării și urmării tratamentului. Educația terapeutică a pacientului constituie astăzi o miză importantă în îngrijirea bolilor cronice.² Comunicarea este cu atât mai esențială în cazul bolilor cronice,

¹ Susan Sontag, *Boala ca metaforă*, Vellant, București, 2014.

² F. Bizouard et C. Jungers, *Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance*, Human health and pathology, 2014.

căci cum să ții pacientul motivat când obiectivul este acela de „a nu face complicații”³, de a rămâne cel puțin într-o stare de neschimbare.

Definiția medicală a insuficienței cardiace cronice și traducerea ei în limbajul pacientului

Insuficiența cardiacă cronică este o patologie frecventă și în constantă creștere datorată pe de o parte îmbătrânirii populației și, pe de altă parte, numărului sporit al pacienților care au supraviețuit unui infarct miocardic, prezintă ani de evoluție ai unei hipertensiuni arteriale, afectării degenerative a valvelorcardiace și care au evoluat progresiv spre insuficiență cardiacă cronică⁴. Ea este un sindrom clinic ce poate fi definit drept anomalie a structurii sau a funcției cardiace care conduce la o deficiență a inimii de a oxigena în debitul cerut de metabolismul țesuturilor, în ciuda unor presiuni de umplere normale sau numai prin reducerea presiunilor de umplere a cavităților cordului.⁵ Este deci „disfuncția cardiacă simptomatică, fie prin manifestări de debit cardiac scăzut sau inadecvat, fie prin manifestări de stază pulmonară sau sistemică”⁶.

Plecând de la această definiție, pacientul trebuie să înțeleagă că insuficiența cardiacă cronică este incapacitatea inimii de a asigura un debit sanguin suficient pentru a face față nevoilor de oxigen ale diferitelor organe. Mușchiul inimii suferă o depreciere progresivă, pierzându-și forța musculară și capacitatea de contracție normală. Principalele cauze sunt constituite de cardiomiopatii, maladiile valvelor și, în fine, asociate afectării plămânului. Semnele clinice sunt constituite de diminuarea debitului sanguin în aval, ceea ce antrenează oboseala și slăbirea mușchilor, iar în amonte o stare de congestie a plămânilor și ulterior semne de supraumplere a inimii drepte și congestie venoasă cronică.

Simptomele și semnele tipice de insuficiență cardiacă cronică

Acest diagnostic poate fi dificil, mai ales în primele stadii. Multe dintre simptome nu sunt specifice disfuncției sistolice, nefacilitând distincția între

³ Gérard Reach, *L'inertie clinique, une critique de la raison médicale*, Paris, éditions Springer, 2012.

⁴ Cleland JG, Khand A, Clark A : the heart failure epidemic : exactly how big is it ? Eur heart J 2001, nr. 22, pp. 623-6.

⁵ 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. Eur J Heart Fail. 2012 Aug;14(8):803-69

⁶ Rodica Mușetescu, Eduard Belu, *Insuficiența cardiacă*, în *Cardiologie*, vol. II, Editura Medicală universitară, Craiova, 2010, p. 137.

insuficiența cardiacă cronică și alte probleme. Principalele simptome sunt dispneea și fatigabilitatea la efort sau de repaus, retenția hidrică ce poate conduce la congestie pulmonară sau splanhnică și la edeme periferice. Semnele cele mai specifice, precum creșterea presiunii venoase jugulare și deplasarea apexului sunt dificil de detectat.⁷ La pacienții obezi, la persoanele în vârstă și la cele ce suferă de o maladie pulmonară cronică semnele și simptomele pot fi foarte greu de detectat. Aceste semne tipice sunt constituite de „tahicardie, tahipnee, raluri subcrepitante pulmonare, revărsat pleural, presiune venoasă jugulară crescută, edeme periferice, hepatomegalie”⁸.

Ce înseamnă acest lucru? Din momentul în care se instalează insuficiența cardiacă, se pun în funcțiune mecanisme compensatorii. Această adaptare este inițial benefică dar, pe termen lung, dereglarea acestor mecanisme compensatorii duce la apariția insuficienței cardiace cronice simptomatice ce evoluează spre o maladie cronică.⁹

Tahicardia înseamnă „accelerarea frecvenței bătăilor inimii peste 90 de pulsații pe minut. Ritmul cardiac normal variază la majoritatea subiecților de la 50 la 90 pulsații pe minut, cu o medie de 65 până la 80. O accelerare a activității electrice a nodului sinusul, stimulatorul fiziologic al inimii, antrenează o tahicardie sinusală. Ea poate fi fie naturală, ca în cursul unui exercițiu muscular, fie patologică; acesta este cazul când ea însoțește o febră, o anemie sau în majoritatea cazurilor acompaniază bolile cardiace sau pulmonare în faza lor de agravare.”¹⁰

Tahipneea este forma cea mai frecventă a dispneei, care se manifestă prin jenă respiratorie. Fiind o accelerare anormală a frecvenței respiratorii, are cel mai adesea cauze pulmonare: „bronho pneumopatie acută infecțioasă (bronhopneumonie în limbaj curent), inhalare sau ingestie de substanțe toxice, falsă rută alimentară etc. Totuși ea mai poate fi cauzată de o insuficiență cardiacă, de o tulburare a centrilor nervoși care comandă respirația, de o

⁷A.Keta, *Insuffisance cardiaque chronique*, Service de médecine de premiers recours, HUG, Juin 2013, http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/insuffisance_cardiaque_chronique_arce.pdf

⁸ Rodica Mușetescu, Eduard Belu, *Insuficiența cardiacă*, în *Cardiologie*, vol. II, Editura Medicală universitară, Craiova, 2010, p. 137.

⁹ V. Brunie and al, *Education thérapeutique du patient dans l'insuffisance cardiaque : évaluation d'un programme*. Annales de cardiologie et d'angiologie (Paris 2011) doi : 10.1016/j.ancard.2011.09.006

¹⁰ <http://www.csid.ro/dictionar-medical/tahicardie-11345546/>

leziune a peretelui toracic (fracturi multiple ale coastelor), de o criză de tetanie sau de o simplă angoasă.”¹¹

Ralurile pulmonare sunt zgomote pulmonare supraadaugate zgomotelor pulmonare normale, care se ascultă cu stetoscopul la nivelul aparatului respirator. Ralurile subcrepitante pulmonare rezultă din conflictul aer-secreții de la nivelul căilor respiratorii mijlocii, mici, uneori în dilatațiile acestora. În unele situații sunt legate atât de căile respiratorii mici, mijlocii, cât și de alveole. Comparația pe care o putem face este cu zgomotul produs de spargerea bulelor de gaz din apa carbogazoasă sau produse prin suflarea cu paiul în apă. Sunt zgomote numeroase, cu intensitate mai mare, inegale între ele, au timbru umed, adică vibrațiile au caracter disparat. Pot fi întâlnite atât la expirație, cât și la inspirație, cu caractere unilaterale sau bilaterale și cu întinderi diferite în funcție de condițiile etiopatologice.

Revarsatul lichidian pleural se definește prin „prezența unei cantități anormale de lichid în spațiul pleural”¹², acesta prezentând în mod normal câțiva ml de lichid cu rol de reducere a forțelor de frecare dintre foițele pleurale.

În mod normal, presiunea venoasă jugulară scade în timpul inspirației și crește în expirație. În cazul insuficienței cardiace cronice, se produce fenomenul invers, cu creșterea acesteia în inspirație și scăderea ei în expirație. Ca tehnică de examen medical, măsurarea presiunii venoase jugulare este indispensabilă în timpul examenului cardiovascular, reflectând presiunea în atriumul drept al inimii.¹³

Edemul periferic reprezintă creșterea anormală în volum a piciorului, gleznei sau tălpii. Medicii sunt de părere că edemul piciorului poate reprezenta și un semn pentru insuficiența cardiacă cronică, căci în prezența acestor afecțiuni, la nivelul organismului, se găsește un volum prea mare de lichid, ne atenționează medicii.¹⁴

¹¹ <http://www.csid.ro/dictionar-medical/tahipnee-11345565/>

¹² Antonela Dragomir, *Ce sunt revarsatele lichidiene pleurale?*, <http://www.reteauamedicala.ro/afectiuni/plamanii-si-sistemul-respirator/1559-ce-sunt-revarsate-lichidiene-pleurale>

¹³ Barbara Bates, Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagy (trad. Paul Babinet și Jean-Marc Retbi), *Guide de l'examen clinique* [« Bates' Guide to Physical Examination and History Taking »], Arnette, ed. 6, 2010, p. 365.

¹⁴ Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, nr. 112, 2005, pp. 154-235.

Insuficiența cardiacă cronică produce hepatomegalie. Aceasta este creșterea în volum a ficatului, reperabilă la palpare, putând fi vorba de o creștere a întregului ficat sau a unui lob sau sector circumscris acestuia.¹⁵

Tratamentul insuficienței cardiace cronice

Strategia terapeutică în cazul acestei maladii este bine stabilită astăzi, cerând utilizarea tuturor terapiilor susceptibile să amelioreze prognosticul și simptomatologia, permițându-le pacienților șanse de supraviețuire mai mari și evitarea complicațiilor.¹⁶ Pentru tratarea insuficienței cardiace cronice există mai multe soluții:

- tratamentul nefarmacologic care presupune educarea pacientului și a anturajului acestuia, supravegherea greutatei, activitatea fizică și respectarea unor reguli nutriționale, controlarea factorilor de risc cardiovascular și în special respectarea regimului hiposodat.

- tratamentul medicamentos reprezintă atitudinea terapeutică majoră în insuficiența cardiacă cronică. Tratamentul convențional cuprinde: asocierea unui inhibitor al enzimei de conversie, cu unul sau mai multe diuretice și un betablocant. Se recomandă un regim cu sare puțină care este adesea indispensabil, precum și suplimente care conțin potasiu în funcție de necesitățile fiecărui pacient după controlul riguros al ionogramei serice.¹⁷

- intervenția chirurgicală este rezervată stadiilor evoluate de insuficiență cardiacă cronică ce nu mai răspund măsurilor terapeutice și care au prognostic sever pe termen scurt. Terapia de resincronizare presupune montarea unor dispozitive intracardiace care cresc puterea și randamentul inimii prin sincronizarea eficace și benefică a inimii drepte cu cea stângă. Reparația valvulară prin montarea valvelor artificiale metalice sau biologice poate crește semnificativ supraviețuirea acestei categorii de pacienți. Ultima soluție chirurgicală de tratament este transplantul cardiac.

¹⁵ Saudubray J.M., Ogier de Baulnz H, Charpentie C, *Clinical approach to inherited metabolic diseases*, în Fernandes J., Saudubray J.M., Van den Berghe (eds), *Inborn Metabolic Diseases: diagnostic and treatment*, ed. 2, Springer-Verlag, Berlin, 1995, pp. 3-39.

¹⁶ Jhund PS, Macintyre K, Simpson CR and al. Long-term trends in first hospitalization study of 5.1 million people. *Circulation*, nr. 119, 2009, pp. 515 – 523.

¹⁷ Mamdani M., Juurlink D.N., Lee D.S. and al., *Cyclo-oxygenase-2 inhibitors versus nonselective nonsteroidal anti-inflammatory drugs and congestive heart failure outcomes in elderly patients: a population-based cohort study*, *Lancet*, nr. 363, pp. 1751–1756.

Concluzie

Pacienții cu insuficiență cardiacă cronică trebuie să primească o educație specifică pentru a se putea îngriji, aceasta fiind o boală de lungă durată și necesitând multă răbdare, cunoașterea cauzelor și a factorilor ce pot precipita o decompensare cardiacă. De asemenea, ei trebuie să știe cum să-și monitorizeze simptomele și variațiile de greutate, să-și diminueze ei înșiși consumul de sare, să-și ia tratamentul prescris și să rămână activi fizic.

Pentru ca pacienții să facă ce le spune medicul, limbajul joacă un rol esențial. Ei trebuie informați într-un limbaj comprehensibil despre boală, despre utilitatea fiecărui tratament și efectele secundare ale acestuia.

Bibliografie

Bates B., Bickley L.S., Szilagy P.G. (trad. Paul Babinet și Jean-Marc Retbi), *Guide de l'examen clinique* [« Bates' Guide to Physical Examination and History Taking »], Arnette, ed. 6, 2010.

Bizouard F, Jungers C., *Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance*, Human health and pathology, 2014.

Brunie V. and al, Education thérapeutique du patient dans l'insuffisance cardiaque : évaluation d'un programme. *Annales de cardiologie et d'angiologie*, Paris, 2011

Cleland JG, Khand A, Clark A : the heart failure epidemic : exactly how big is it ? *Eur heart*, nr. 22, 2001.

Dragomir A., *Ce sunt revarsatele lichidiene pleurale?*, <http://www.reteauamedicala.ro/afectiuni/plamanii-si-sistemul-respirator/1559-ce-sunt-revarsate-lichidiene-pleurale>

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. *Eur J Heart Fail*, nr. 14(8)-2012.

Hunt S.A., Abraham W.T., Chin M.H., et al., ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, nr. 112, 2005.

Jhund P.S., Macintyre K., Simpson CR and al., *Long-term trends in first hospitalization study of 5.1 million people*, *Circulation* nr. 119, 2009.

Keta A., *Insuffisance cardiaque chronique*, Service de médecine de premiers recours, HUG, iunie 2013, http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/insuffisance_cardiaque_chronique_arce.pdf

Mamdani M, Juurlink D.N., Lee D.S., and al., *Cyclo-oxygenase-2 inhibitors versus nonselective nonsteroidal anti-inflammatory drugs and congestive heart failure outcomes in elderly patients: a population-based cohort study*, *Lancet*, nr. 363, 2004.

Mușetescu R., Belu E., *Insuficiența cardiacă*, în *Cardiologie*, vol. II, Editura Medicală universitară, Craiova, 2010.

Reach G., *L'inertie clinique, une critique de la raison médicale*, Paris, Springer, 2012.

Saudubray J.M., Ogier de Baulnz H, Charpentie C, *Clinical approach to inherited metabolic diseases*, în Fernandes J., Saudubray J.M., Van den Berghe (eds), *Inborn Metabolic Diseases: diagnostic and treatment*, ed. 2, Springer-Verlag, Berlin, 1995.

Sontag S., *Boala ca metaforă*, Vellant, București, 2014.