

Καρδιακή ανεπάρκεια και διατροφή. Τι νεότερο υπάρχει;

ΣΤΕΛΙΝΑ ΑΛ ΚΑΓΙΕΤ, ΑΛΕΞΙΑ ΣΤΑΥΡΑΤΗ,
ΙΩΑΝΝΗΣ ΖΑΡΙΦΗΣ

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί νόσο της οποίας ο επιπολασμός στον ενήλικο πληθυσμό παρουσιάζει αυξητικές τάσεις, ειδικά σε ασθενείς άνω των 60 ετών: 10% των ανδρών και 8% των γυναικών. Εκτιμάται ότι ευθύνεται για το 20% των νοσηλευόμενων ασθενών, με όλο και αυξανόμενη θνητότητα παρόλη την πρόοδο στην φαρμακοβιομηχανία τα τελευταία χρόνια.^{1,2} Η διαίτα των ασθενών με ΚΑ αποτελεί ένα πεδίο ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, όπου νέες οδηγίες έρχονται να αλλάξουν τον τρόπο που σκέφτονται έως τώρα οι καρδιολόγοι.

Η ενυδάτωση και το Na⁺ στη διατροφή των ασθενών με ΚΑ

Στον δυτικό κόσμο, οι διατροφικές συνήθειες οδηγούν στην κατανάλωση κατά μέσο όρο περίπου 5 γρ. Na⁺ ανά ημέρα, τα οποία απορροφώνται απευθείας από τον γαστρεντερικό σωλήνα.^{3,4} Το Na⁺ αποτελεί σημαντικό κατιόν που συμβάλλει στην διατήρηση της ομοιοστασίας του κυττάρου καθώς και στην διατήρηση του εξωκυττάρου όγκου και την διέγερση μυϊκών και νευρικών κυττάρων.⁵ Το απαραίτητο αυτό για την λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού κατιόν απορροφάται σε μεγάλο ποσοστό από το έντερο, ειδικά στο περιφερικό τμήμα του λεπτού εντέρου και στο κόλον, μέσω αντλίας πρωτονίων.^{6,7} Παρόλα αυτά, η έρευνα συνεχώς αποδεικνύει πως η μείωση της προσλαμβανόμενης ποσότητας άλατος από την καθημερινή μας διατροφή έχει πολλαπλά οφέλη.⁴

Στους ασθενείς με ΚΑ έως τώρα, η πιο συχνή διατροφική συμβουλή αφορά στον περιορισμό της κατανάλωσης άλατος στην καθημερινότητά τους με συνοδό περιορισμό στη λήψη υγρών.⁸ Συγκεκριμένα, η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία, στις οδηγίες

Λέξεις ευρετηρίου

Καρδιακή ανεπάρκεια, διατροφή

Επικοινωνία

Στελίνα Αλ Καγιέτ

Ειδικός Καρδιολόγος, Υπότροφος ΕΚΕ

E-mail: salkayed@yahoo.gr

της για την διαχείριση και πρόληψη των ασθενών με ΚΑ, συστήνει να αποφεύγονται η υπερβολική κατανάλωση υγρών, καθώς επίσης και η ελάτπωση του προσλαμβανόμενου Na^+ (< 5γρ./ημέρα).⁹ Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν όμως στοιχεία από μελέτες, τα οποία καταδεικνύουν πως οι ασθενείς με ΚΑ και δίαιτα πτωχή σε αλάτι παρουσιάζουν εν τέλει χειρότερη πρόγνωση.^{10,11} Το παράδοξο αυτό εύρημα των παραπάνω μελετών ίσως να μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός πως η έλλειψη του προσλαμβανόμενου Na^+ οδηγεί σε υπερδιέγερση νευροορμονικών οδών που προκαλούν τελικά αυξημένη επαναρρόφηση του κατιόντος από το νεφρό και μειωμένη νατριούρηση, με επακόλουθο την κατακράτηση υγρών.^{12,13}

Όσο αφορά στον περιορισμό της λήψης υγρών στους ασθενείς με ΚΑ, σημαντικό γεγονός αποτελεί πως το 70% του όγκου αίματος ενός ανθρώπινου οργανισμού αποθηκεύεται στο φλεβικό δίκτυο, η ανακατανομή του οποίου, μέσω της απελευθέρωσης κατεχολαμινών και αγγειοσύσπασης, είναι ικανή από μόνη της να αυξήσει τις πιέσεις πλήρωσης της αριστερής κοιλίας.^{14,15} Η ανωτέρω παρατήρηση σε συνδυασμό με μελέτες που κατέδειξαν πως ο περιορισμός της χορήγησης ύδατος σε ασθενείς με ΚΑ δεν επιφέρει θετικό πρόσημο στις νοσηλείες για απορρύθμιση και στην θνητότητα^{16,17} σημαίνει πως ίσως δεν έχουμε κατανοήσει πλήρως τον μηχανισμό που οδηγεί σε απορρύθμιση της ΚΑ και ο αυστηρός περιορισμός που μέχρι τώρα δίνονταν ως οδηγία ίσως να μην έχει κάποιο κλινικό όφελος τελικά μακροπρόθεσμα.

Πρέπει λοιπόν το Na^+ να αποφεύγεται στη διατροφή των ασθενών με ΚΑ; Την απάντηση στο παραπάνω ερώτημα έρχεται να δώσει το πρόσφατο άρθρο – consensus της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, όπου συστήνεται μια πιο ουδέτερη προσέγγιση στο θέμα αυτό. Συγκεκριμένα συστήνεται πλέον ο ασθενής με ΚΑ, ο οποίος λαμβάνει ολοκληρωμένη φαρμακευτική θεραπεία σύμφωνα με τις οδηγίες και είναι κλινικά σταθερός, να λαμβάνει ενυδάτωση καθη-

μερινά 1,5 - 2 λίτρα, καθοδηγούμενος από το αίσθημα της δίψας του και να αποφεύγονται οι αυστηροί περιορισμοί στη λήψη άλατος. Παρόλα αυτά συστήνεται η αποφυγή κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας επεξεργασμένων τροφών, καθότι περιέχουν μεγάλες ποσότητες άλατος και αποτελούν μη θρεπτικά σκευάσματα.¹⁸

Συμπερασματικά, λοιπόν, στους ασθενείς με ΚΑ πρέπει να δίνεται μεγάλο βάρος στην λήψη ολοκληρωμένης φαρμακευτικής αγωγής και την αποφυγή επιβολής αυστηρών περιορισμών στην ενυδάτωση και την κατανάλωση άλατος, καθότι υποβαθμίζει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους και δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της ίδιας της νόσου.

Βιβλιογραφία

1. Savarese G., Becher M.P., Lund L. et al. Global burden on heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovascular Research* (2022) 00, 1-16.
2. Mosterd A., Hoes A.W. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*. 2007 Sep;93(9):1137-46.
3. Garcia-Montero C., Fraile-Martínez O., Gómez-Lahoz A.M., et al. Nutritional Components in Western Diet Versus Mediterranean Diet at the Gut Microbiota-Immune System Interplay. Implications for Health and Disease. *Nutrients*. 2021 Feb 22;13(2):699.
4. He F.J., Jenner K.H., MacGregor G.A. WASH-World action on salt and health. *Kidney Int*. 2010;78:745-753.
5. Strazzullo P., Leclercq C. Sodium. *Adv Nutr* 2014;5: 188-190.
6. Linz B., Saljic A., Hohl M., et al. Inhibition of sodium-proton-exchanger subtype 3-mediated sodium absorption in the gut: A new antihypertensive concept. (2020). *IJC Heart & Vasculature*, 29, 100591.
7. Spiller R.C. Gut. Intestinal absorptive function. 1994 Jan;35(1 Suppl):S5-9.
8. Khan M.S., Jones D.W., Butler J. Salt, No Salt, or Less Salt for Patients With Heart Failure? *Am J Med*. 2020;133(1):32-38.
9. McDonagh T.A., Metra M., Adamo M., et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task

- Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2022;24:4–131.
10. Paterna S., Parrinello G., Cannizzaro S., Fasullo S. Medium term effects of different dosage of diuretic, sodium, and fluid administration on neurohormonal and clinical outcome in patients with recently compensated heart failure. *Am J Cardiol.* 2009 Jan 1;103(1):93-102.
 11. Paterna S., Gaspare P., Fasullo S., et al. Normal-sodium diet compared with low-sodium diet in compensated congestive heart failure: is sodium an old enemy or a new friend? (2008). *Clinical Science*, 114(3), 221–230.
 12. Konerman M.C., Hummel S.L. Sodium restriction in heart failure: benefit or harm? *Curr Treat Options Cardiovasc Med.* 2014 Feb;16(2):286.
 13. Chrysohoou C., Mantzouranis E., Dimitroglou Y., et al. Fluid and Salt Balance and the Role of Nutrition in Heart Failure. *Nutrients.* 2022 Mar 26;14(7):1386.
 14. Rothe C.F. Reflex control of veins and vascular capacitance. *Physiol Rev* 1983; 63:1281–342.
 15. Fudim M., Yalamuri S., Herbert J.T., et al. Raising the pressure: Hemodynamic effects of splanchnic nerve stimulation. *J Appl Physiol (1985).* 2017 Jul 1;123(1):126-127.
 16. Aliti G.B., Rabelo E.R., Clausell N., et al. Aggressive fluid and sodium restriction in acute decompensated heart failure: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2013 Jun 24;173(12):1058-64.
 17. Machado d'Almeida K.S., Rabelo-Silva E.R., Souza G.C., et al. Aggressive fluid and sodium restriction in decompensated heart failure with preserved ejection fraction: Results from a randomized clinical trial. *Nutrition.* 2018 Oct;54:111-117.
 18. Mullens W., Damman K, Dhont S. Dietary sodium and fluid intake in heart failure. A clinical consensus statement of the Heart Failure Association of the ESC. *European Journal of Heart Failure (2024)* 26, 730–741.