Samenvattingskaart Chronisch Hartfalen

NVVC Connect regio 's-Hertogenbosch versie 20 december 2018

Verdenking hartfalen:

Symptomen: moeheid of dyspnoe bij inspanning, orthopnoe, oedeem.
Tekenen: perifeer oedeem, crepitaties, demping.

Lichamelijk onderzoek:

- algemeen (gewicht)
- pols (frequentie/ritme), bloeddruk, ademfrequentie, saturatie
- let op: centraal veneuze druk, crepitaties, pleuravocht, derde toon, souffles, perifeer oedeem, vergrote lever, ascites

Aanvullende diagnostiek:

- ECG
- lab: NT-proBNP, CRP, bloedbeeld, glucose, NA, K, ureum, kreat, eGFR, ALAT/ASAT, gGT, TSH en lipidenprofiel
- eventueel X-thorax, vooral bij normaal NT-proBNP en normaal ECG

Chronisch hartfalen waarschijnlijk als:

- verdenking op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek
- afwijkend ECG
- NT-proBNP ≥125 pmol/l
  CAVE: ook verhoogd bij leeftijd> 75 jaar, longembolie, nierinsufficiëntie, sepsis, COPD, acuut coronair syndroom, ritmestoornissen, enz.

Een normaal ECG en een normaal NT-proBNP maken hartfalen erg onwaarschijnlijk

Beleid 1e lijn:

Verwijzen voor eenmalig consult cardioloog en echo bij verdenking hartfalen en verhoogd NT-proBNP en/of afwijkend ECG.

Tenzij weinig vitale patiënt waarbij verdere diagnostiek en behandeling in 2e lijn niet bijdragend is.

Bij hoge verdenking:

- Start met leefregels (zout en vochtbeperking van 1,5 a 2 liter) en diuretica al dan niet met een ACE remmer (zeker bij hypertensie).
- NYHA klasse IV/instabiliteit/oxygenatieproblemen: verwijzing naar EHH.

Beleid 2e lijn:

Echo en eenmalig consult met daarin een conclusie en advies.

Hartfalen afwezig: retour huisarts.
Hartfalen aanwezig: HFREF (EF<45%) of HFPEF (EF>45%). Cardioloog stelt behandeling in (etiologie, medicatie en zonodig hartfalenpoli).

Terugverwijzen:
Goed ingestelde en stabiele patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts met ontslagbrief waarin uitslagen en beleid zijn opgenomen.

1e consult huisarts

- Herhaalt leefregels en geeft uitleg over vervolgbeleid in de huisartsenpraktijk
- Registratie in HIS: K77 met vermelding HFREF (<45%) of HFPEF (>45%)
- Hoofdbehandelaar huisarts
- Contra-indicatie hartfalen

Tenzij blijvende controle in 2e lijn aangewezen is (co-morbiditeit, ICD, enz.). Registratie in HIS: specialist is hoofdbehandelaar hartfalen.

Medicamenteuze behandeling:

Door cardioloog na diagnose of door huisarts bij verdenking hartfalen en bij fragiele ouderen die niet naar de 2e lijn verwezen worden.

HFREF	HFPEF
Eerst diuretica en eventueel ACE remmer (AT II)	Diuretica als vochtretentie
Optitreren ACE en bètablokker (laatste als geen tekenen decompensatio cordis meer). Dan streven hartfrequentie rond 60 bpm	Behandeling hypertensie als aanwezig. **Standaard optitreren medicatie geen effect.**
Nog klachten?: toevoegen Spironolacton	Bij tachycardie bètablokker/digoxine

Transmuraal formularium (optritren bij HFREF naar streefdosis).
Streefdosis is maximale dosis die verdragen wordt.

ACE remmers:

- Perindopril startdosis 2 mg, 1dd, streefdosis 4 mg 1dd
- Lisinopril startdosis 2.5-5 mg, 1dd, streefdosis 20-40 mg 1dd

AT II remmers:

- Valsartan startdosis 80 mg, 1dd1, streefdosis 160-320 mg
- Candesartan startdosis 4-8 mg, 1dd, streefdosis 32 mg, 1dd

Diuretica:

- Furosemide startdosis 20-40 mg, streefdosis 40-240 mg, obv kliniek, NT-proBNP, nierfunctie. **Liefst 2xdaags doseren ivm werkingsduur 6 uur.**
- Bumetanide 1 mg, streefdosis idem obv kliniek, NT-proBNP, nierfunctie. **Liefst 2dd doseren.**

Bètablokkers:

- Metoprolol 12.5-25 mg 1dd1 startdosis en streefdosis afhankelijk van hartfrequentie (streven 60 bpm).
- Bisoprolol, startdosis 1.25 mg 1dd en streefdosis idem boven.

Aldosteronantagonisten:

- Spironolacton 25 mg 1dd1, Bij neiging tot hyperkaliemie voorzichtiger beginnen met 12.5 mg, 1dd en verhogen obv klachten, K, nierfunctie en NT-proBNP.

Bij elke dosisaanpassing: diuretica, ACE, AT II en aldosteronantagonisten de nierfunctie (ureum, natrium en kalium) controleren na 2 weken.
Controles stabiele hartfalen patiënt.

1e consult POH

Anamnese:

- Voorgeschiedenis, co-morbiditeit (diabetes, hypothyrodie, perifeer vaatlijden COPD, enz), hart-en vaatziekten in familie.
- Kortademigheid/oedeem
- Therapietrouw
- Leefstijl, roken, alcohol, voeding en lichaamsbeweging
- Woonomstandigheden, mantelzorg, enz
- Psychische problemen (vragenlijsten CaReQol)
- Wensen patiënt

Lichamelijk onderzoek:

- Lengte, gewicht, BMI
- Bloeddruk, pols (ritme en frequentie), ademhalingsfrequentie, evtueel saturatie
- Oedeem
- CVD

Aanvullend onderzoek op indicatie:

- Laboratoriumonderzoek: NT-proBNP, CRP ,bloedbeeld, Na K kreat ureum eGFR, ASAT, ALAT, GGT, TSH en lipidenprofiel
- ECG

Uitleg ziektebeeld en maken individueel zorgplan (IZP)met doelen, adviezen en controles.

Adviezen:

- Regelmatig wegen, liefst iedere dag, maar zeker 2 keer per week,
- Natriumbeperking (verwijzing diëtist), stoppen met roken, alcohol beperken tot 1.2 EH/d.
- Vochtbeperking bij ernstig hartfalen. Dan 1.5-2 liter per dag all-in.
- Fysiotherapie bij stabiel hartfalen met name spierversterkende oefeningen en duurtraining
- Contact opnemen bij verslechtering
- Uitleg diuretica: 1 extra als gewichtstoename van meer dan 2 kg boven streefgewicht (binnen aantal dagen)
- Vermijden NSAIDS zelfzorg
- Jaarlijks griepvaccinatie

Vervolgconsult POH

- iedere 3 maanden met anamnese en lichamelijk onderzoek
- Laboratoriumonderzoek jaarlijks (zie boven) en bij iedere wijziging bij optitreren ACE, AT II, diuretica of aldosteronantagonisten
- ECG op indicatie (irr pols, enz.)

Patiënt neemt contact op met POH indien:

- Gewichtstoename >2kg binnen 3 dagen
- Toename oedeem
- Toename dyspnoe
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Toename orthopnoe en nycturie
- Hartkloppingen
- Duizeligheid

Verwijzing/overleg cardioloog door huisarts:

- Abrupte verslechtering
- Mogelijk corrigeerbare aandoening als verdenking klepvitium, ritmestoornis
- Angineuze klachten
- Nieuwe ECG afwijkingen
- Onbehandelbaar hartfalen/therapieresistent