

Samenvattingskaart

Hartfalen

Diagnostiek

Verdenking hartfalen

- Symptomen: moeheid of dyspnoe bij inspanning, orthopnoe
 - Tekenen: perifeer oedeem, pulmonale crepitaties of demping
- Vooral bij oudere patiënten en/of patiënten met hartinfarct of andere hartziekte in de VG.

Onderzoek

- Lichamelijk onderzoek: algemeen (voedingstoestand, gewicht), pols (frequentie, ritme), RR, stuwung (verhoogde CVD, perifeer oedeem, vergrote lever, ascites, pulmonale crepitaties, pleuravocht), ademfrequentie (tachypneu), auscultatie (derde harttoon, souffles)
- ECG
- Laboratoriumonderzoek: **NT-proBNP**, CRP, leuko diff, Hb, Ht, glc, Na, K, kreat, eGFR, ureum, ALAT, ASAT, GGT, TSH en lipidenprofiel.
- Overweeg X-thorax bij normaal ECG en normaal NT-proBNP ter analyse andere oorzaak

Evaluatie

Waarschijnlijkheidsdiagnose "chronisch hartfalen" door de huisarts op basis van:

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
 - Afwijkend ECG
 - NT-proBNP ≥ 15 pmol/l (DB, SHL, KCHL)
- NB: andere redenen voor verhoogd NT-proBNP: longembolie, nierinsufficiëntie, sepsis, ernstige COPD, acuut coronair syndroom, ritmestoornissen, leeftijd > 75: afkapwaarde ≥ 50 pmol/l)*

Een normaal ECG en NT-proBNP ≤ 15 pmol/l maken chronisch hartfalen erg onwaarschijnlijk

Beleid

- Bij verdenking hartfalen (i.c.m. verhoogd NT-proBNP en/of afwijkend ECG) verdere diagnostiek. (echo cor of verwijzing cardioloog, afhankelijk van situatie patiënt)
 - Tenzij weinig vitale patiënt waarbij diagnostiek/behandeling 2e lijn niet bijdragend is
 - Bij hoge verdenking hartfalen: start al met leefregels en medicatie (diuretica en/of ACE-remmer)
 - Bij instabiele patiënt of NYHA klasse IV; verwijzing naar EHBO via cardioloog
 - Bij verwijzing ECG, lab uitslagen, voorgeschiedenis en medicatiegebruik vermelden
- Diagnose hartfalen door cardioloog:
 - Hartfalen afwezig: terugverwijzing huisarts met begeleidende ontslagbrief
 - Hartfalen aanwezig*: LVEF <45% (HF-REF) of diastolische dysfunctie (HF-PEF)
 - Cardioloog stelt behandeling in en
 - Cardioloog verwijst goed ingestelde en stabiele patiënt terug naar de huisarts met begeleidende ontslagbrief waarin uitslagen onderzoeken en beleid opgenomen zijn tenzij blijvende controle door de cardioloog geïndiceerd is (richtlijn HF)

**of bij andere klinisch relevante cardiologische pathologie*
- Registratie in HIS: specialist is hoofdbehandelaar hartfalen
- Bij terugverwijzing huisarts
 - Huisarts ziet patiënt en geeft informatie over hartfalen en de opvolging in de praktijk
 - Registratie in HIS
 - Aanmaken episode/probleem hartfalen (ICPC K77) met vermelding
 - HF-REF (systolisch hartfalen, LVEF <45%)
 - HF-PEF (diastolisch hartfalen, LVEF >45%)
 - Aanmaken contra-indicatie "hartfalen"
 - Aanmaken hoofdbehandelaar hartfalen: huisarts en ketenzorg hartfalen: ja

Medicamenteuze behandeling

Medicatie wordt ingesteld door cardioloog na diagnosestelling o.b.v. aanvullende diagnostiek (o.a. echo cor) of door huisarts bij fragiele oudere patiënt na diagnosestelling o.b.v. klinisch beeld, lab en ECG.

Bij HF-REF (systolisch hartfalen)

- Starten met diureticum en ACE en titreren tot klinische tekenen van overvulling verdwenen zijn
 - Toevoegen b-blokker tenzij contra-indicaties
 - Indien nog klachten: aldosteron antagonist
 - Indien:
 - Ondanks bovenstaande medicatie toch nog klachten of
 - Atriumfibrilleren met ventrikelfrequentie > 80/min in rust of > 110/min bij inspanning
- Overweeg toevoegen digoxine

Bij HF-PEF (diastolisch hartfalen):

- Diuretica indien er sprake is van vochtretentie
 - Adequate behandeling van hypertensie
 - Adequate vermindering van de hartfrequentie bij een tachycardie
- Bij zeer fragiele oudere hartfalen patiënten en bij patiënten met een terminaal hartfalen wordt een individueel medicamenteus beleid gevoerd (eventueel in overleg met de cardioloog).

Transmuraal formularium

ACE-remmers

- Lisinopril startdosis 2,5-5mg 1dd/streefdosis 20-35 mg 1dd
- Perindopril: startdosis 2mg 1dd/streefdosis 4 mg 1dd

All antagonisten

- Valsartan: startdosis 40 mg 2dd/streefdosis 160 mg 2dd
- Candesartan startdosis 4-8 mg 1dd/streefdosis 32 mg 1dd

Diuretica

- Furosemide startdosis 20-40 mg/streefdosis 40-240 mg
- Bumetanide startdosis 1mg 1dd/dosering verhogen o.b.v. kliniek en nierfunctie
- Hydrochloorthiazide startdosis 25mg/streefdosis 12,5-100 mg
- (Chloortalidon startdosis 25 mg/streefdosis 12,5-50 mg)

Beta-blokkers

- Metoprolol mga startdosis 12,5-25 mg 1dd/streefdosis 200 mg 1dd
- Bisoprolol startdosis 1,25 mg 1dd/streefdosis 10 mg 1dd
- Nebivolol startdosis 1,25 mg 1dd/streefdosis 10 mg 1dd

Aldosteronantagonisten

- Spironolacton 25 mg 1dd/streefdosis 25 mg 1dd (evt tot 50 mg bij progressief HF)
- Eplerenon startdosis 25 mg 1dd/ streefdosis 50 mg 1dd

1^e consult POH:**Anamnese**

- Voorgeschiedenis, co-morbiditeit, hart- en vaatziekten in familie
- Kortademigheid: bepalen NYHA klasse (New York Heart Association scale):
- Oedeem
- Therapietrouw
- Leefstijl: roken, alcohol, lichaamsbeweging, voeding
- Woonomstandigheden, mantelzorg, wijkverpleging
- Psychische problemen (vragenlijsten: CaReQol)
- Wensen patiënt

NYHA klasse

Klasse I: kortademigheid alleen bij flinke inspanning, geen symptomen tijdens normale activiteiten

Klasse II: kortademigheid bij matige inspanning

Klasse III: kortademigheid bij geringe inspanning

Klasse IV: kortademigheid in rust

Lichamelijk onderzoek

- Lengte, gewicht, BMI
- Bloeddruk, pols (ritme, frequentie)
- Aanwezigheid oedeem

Aanvullend onderzoek op indicatie

- Lab: NT-proBNP, CRP, leuko diff, Hb, Ht, glc, Na, K, kreat, eGFR, ureum, ALAT, ASAT, GGT, TSH en lipidenprofiel
- ECG in overleg met huisarts

Toelichting ziektebeeld en opstellen **Individueel Zorgplan (IZP)** met doelen, adviezen en controles.

Adviezen

- Regelmatig wegen (liefst dagelijks, minimaal 2x/wk), optimaal gewicht BMI < 30
- Natrium beperking (verwijzing diëtist), stoppen met roken, alcohol beperken tot 1-2 E/d en (overweeg vochtbeperking tot 1,5-2l bij ernstig hartfalen), conditietraining bij stabiel hartfalen
- Instructie wanneer contact op te nemen bij verslechtering
- Instructie tot flexibel diureticum beleid
- Vermijd het gebruik van NSAID's
- Jaarlijkse griepvaccinatie

Vervolgconsult elke 3 maanden bij POH:

- frequentie kan variëren afhankelijk van situatie patiënt en
- zo mogelijk i.c.m. controles CVRM, diabetes en/of COPD

Anamnese

- Kortademigheid (NYHA)
- Therapietrouw
- Leefstijl: roken, alcohol, lichaamsbeweging, voeding
- Bespreken Individueel Zorgplan
- Lukt het opvolgen van adviezen? zie "Adviezen 1^e consult POH"

Lichamelijk onderzoek

- Lengte, gewicht, BMI
- Bloeddruk, pols (ritme, frequentie)
- Aanwezigheid oedeem

Aanvullend onderzoek

- Lab, minimaal jaarlijks: Na, K, kreatinine, eGFR, glc nuchter, Hb (frequenter op indicatie), (lipiden)
- ECG op indicatie

Extra controle lab

- 2 weken na medicatie aanpassing: Na, K, kreatinine en eGFR

Telebegeleiding

- Bij patiënten die hiervoor in aanmerking komen

→ lees verder

Patiënt neemt contact op met POH / huisarts

Bij de volgende tekenen van verslechtering:

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

Overleg POH met huisarts

Na elke controle met als aandachtspunten:

- Verslechtering in NYHA-klasse: bepaal NYHA:
- Toename oedeem, dyspneu, orthopneu of nycturie
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Hartkloppingen
- Duizeligheid
- Therapie-ontrouw
- Irregulaire pols (nieuw ontstaan)
- Bij herhaling stijging of daling van systolische bloeddruk > 20mmHg, G toename > 2kg binnen 2 wkn
- Afwijkende lab-uitslagen

Tevens kan de POH contact opnemen met de verpleegkundig specialist hartfalen in de 2e lijn voor inhoudsdeskundige ondersteuning.

NYHA klasse

Klasse I:	kortademigheid alleen bij flinke inspanning, geen symptomen tijdens normale activiteiten
Klasse II:	kortademigheid bij matige inspanning
Klasse III:	kortademigheid bij geringe inspanning
Klasse IV:	kortademigheid in rust

Cardioloog: verwijzing na overleg

- Abrupte verslechtering
- Mogelijk corrigeerbare aandoening (klepvitium, ritmestoornis)
- Angineuze klachten (indien niet door de huisarts te behandelen)
- Nieuwe ECG afwijkingen (indien niet door de huisarts te behandelen)
- Hinderlijke klachten ondanks maximale therapie
- Fragiele oudere hartfalenpatiënt:
 - Bij opstellen IZP terughoudend met aanvullend onderzoek
 - nadruk op voorkomen ziekte last
 - terughoudend met verwijzing naar cardioloog

Ketenpartners

Apotheker

- In samenwerking met de huisarts vindt jaarlijkse polyfarmacie controle plaats.
- Informatievoorziening en medicatiebegeleiding aan de patiënt.

Diëtist

- Verwijzing voor begeleiding gewicht, Natrium beperking en eventuele vochtbeperking.

Thuiszorg

- Opmerkzaam bij contactmomenten met patiënt op ontregelen hartfalen en overleg met POH/PVK.

POH-GGZ en 1e lijns psycholoog

- Bij tekenen van psychische aandoeningen, angst en depressie komen frequent voor.

Fysiotherapeut (nog geen bekostiging in de keten)

- Patiënten die zouden kunnen voldoen aan de Nederlandse norm gezond bewegen en die dit 3 maanden na het advies van de POH nog niet effectief hebben opgepakt.
- Patiënten waarbij dusdanige beperkende voorwaarden zijn dat niet verwacht kan worden dat de patiënt kan voldoen aan de Nederlandse norm Gezond Bewegen, maar waarbij wel een verbetering van beweegactiviteit in- en/of buiten huis nodig en mogelijk is.
- Patiënten met hartfalen in postrevalidatiefase waarbij (levenslange) training noodzaak is en/of waarbij de verwachting is dat hij/zij snel zal vervallen in een inactieve leefstijl.

Contra indicaties fysiotherapie

- Acute ziekten
- Hemodynamische ernstige aortastenose of mitraalklepstenose
- Hartklepinsufficiëntie die een indicatie vormt voor chirurgie
- Een recente longembolie (< 3 maanden geleden) die hemodynamisch zwaar belastend is
- Hartinfarct 3 weken voorafgaand aan de training
- Boezemfibrilleren met een hoge kamerrespons in rust (>100/min)
- Ernstige cognitieve stoornissen (geheugen, aandacht en concentratie)