

RTA Hartfalen

Chronisch hartfalen Regio Bernhoven-Synchroon

Versie	Beheer
1.0	Bernhoven, Synchroon Layout aangepast op 28-03-2017

Distributielijst

Huisartspraktijken Synchroon en medewerkers cardiologie Bernhoven

Datum: 18-03-2017

Versie: 1.0

Auteur: Niek Haenen



bernhoven



Inhoudsopgave

Diagnostiek	3
Verdenking hartfalen:	3
Onderzoek:	3
Evaluatie:	3
Beleid:	3
Medicamenteuze behandeling	4
Bij HF-REF (systolisch hartfalen):	4
Bij HF-PEF (diastolisch hartfalen):	4
Transmuraal formularium	4
ACE-remmers:	4
All antagonisten:	4
Diuretica:.....	4
Beta-blokkers:	4
Aldosteronantagonisten	4
Controles stabiele hartfalenpatiënt	5
1e consult POH:	5
Anamnese:	5
Lichamelijk onderzoek:	5
Aanvullend onderzoek op indicatie:.....	5
Adviezen:	5
Telebegeleiding:	5
Ketenpartners	6
Apotheker:	6
Diëtist:	6
Thuiszorg:	6
Fysiotherapeut (nog geen bekostiging in de keten):	6
Contra indicaties fysiotherapie	6
POH-GGZ en 1e lijns psycholoog:	6

Diagnostiek

Verdenking hartfalen:

- Symptomen: moeheid of dyspnoe bij inspanning, orthopnoe.
 - Tekenen: perifeer oedeem, pulmonale crepitaties of demping.
- Vooraf bij oudere patienten en/of patienten 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 ≥ 262 ng/ml (conform NHG)
(NB: andere redenen voor verhoogd NT-proBNP: longembolie, nierinsufficiëntie, sepsis, ernstige COPD, acuut coronair syndroom, ritmestoornissen, leeftijd >75 : afkapwaarde ≥ 400 ng/ml) Een normaal ECG en NT-proBNP ≤ 262 ng/ml maken chronisch hartfalen erg onwaarschijnlijk.)

Beleid:

- Bij verdenking hartfalen (icm 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 ACEremmer.
 - 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 $<40\%$ (HF-REF) , LVEF 40-49% (HF-MREF) of diastolische dysfunctie , LVEF $>50\%$ (HF-PEF)
 - Cardioloog stelt behandeling in en
 - verwijst goed ingestelde en stabiele patiënt terug naar de huisarts met beg. ontslagbrief waarin uitslagen onderzoeken en beleid opgenomen zijn (**individueel zorgplan (IZP)**), of verwijst patiënt terug naar de huisarts voor instelling
 - tenzij blijvende controle door de cardioloog geïndiceerd is (richtlijn HF).
- Registratie in HIS: specialist is hoofdbehandelaar hartfalen.
- Op indicatie: Ijzersaturatie, Ferritine (hartfalennorm), vit. B1, B6 en B12.
- 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” (bv NSAID-gebruik)
 - Aanmaken huisarts is hoofdbehandelaar hartfalen

*of bij andere klinisch relevante cardiologische pathologie.

Medicamenteuze behandeling

Medicatie wordt ingesteld door cardioloog na diagnosestelling o.b.v. aanvullende diagnostiek (o.a. echo) 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 (**Na beperking!**).
 - Toevoegen B-blokker tenzij contra-indicaties of procoralan (dit laatste alleen bij sinusritme).
 - Indien nog klachten: aldosteron antagonist.
 - Indien:
 - Ondanks bovenstaande medicatie **niet in NYHA klasse I**: overweeg ARNI (Entresto) en/of CRTD/P.
 - Bij 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/bereik: 20-35 mg 1dd
- Perindopril: startdosis 2mg 1dd/streefdosis 8 mg 1dd

All antagonisten:

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

Diuretica:

- Furosemide startdosis 20-40mg/bereik: 40-240 mg
- Bumetanide startdosis 1mg 1dd/dosering verhogen obv kliniek en nierfunctie
- Hydrochloorthiazide startdosis 25mg/bereik 12.5-100 mg
- (Chloortalidon startdosis 25mg/bereik 12.5-50 mg)

Beta-blokkers:

- Metoprolol mga startdosis 12.5-25mg 1dd/bereik tot 200 mg 1dd
- Bisoprolol startdosis 1.25mg 1dd/bereik 10mg 1dd
- Nebivolol startdosis 1.25mg 1dd/bereik 10mg 1dd

Aldosteronantagonisten

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

Controles stabiele hartfalenpatiënt

1e consult POH

Anamnese:

- Voorgeschiedenis, co-morbiditeit, hart- en vaatziekten in familie
- Kortademigheid, oedeem
- Therapietrouw
- Leefstijl: roken, alcohol, lichaamsbeweging, voeding
- Woonomstandigheden, mantelzorg, wijkverpleging
- Psychische problemen (vragenlijsten: CaReQol)
- Wensen patiënt

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, ferritine en ijzersaturatie
- ECG: in overleg met huisarts

Uitleg ziektebeeld en evt **aanpassen 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, lichamelijk onderzoek, bespreken individueel zorgplan, adviezen; zie boven.
- Aanvullend onderzoek:
 - Lab: jaarlijks Na, K, kreatinine, eGFR, glc nuchter, Hb (frequenter op indicatie)
 - ECG op indicatie
- 2 wkn na medicatie aanpassing extra controle: Na, K, kreatinine en eGFR

Telebegeleiding:

Bij patiënten die hiervoor in aanmerking komen.

Patiënt neemt laagdrempelig contact op met POH bij de volgende tekenen van verslechtering:

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

Overleg POH met huisarts op indicatie, bijvoorbeeld bij:

- Verslechtering in klasse
- Toename oedeem, dyspneu, orthopneu of nycturie
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Hartkloppingen
- Duizeligheid
- Therapie-ontrouw
- Irregulaire pols (nieuw)
- 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 (**MDO hartfalenpoli**).

Verwijzing naar/overleg met cardioloog door huisarts:

- 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 ziektebelasting, 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.

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).

POH-GGZ en 1e lijns psycholoog:

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