

Regionale Transmurale Afspraak Hartfalen versie december 2023

Begrippenlijst

HFpEF	Hartfalen met behouden ejectiefractie (Linker Ventrikel Ejectie Fractie \geq 50%)
HFmrEF	Hartfalen met mild gereduceerde ejectiefractie (LVEF 40-49%)
HFrEF	Hartfalen met gereduceerde ejectiefractie (LVEF < 40%)

Diagnostiek

Wanneer er op basis van de voorgeschiedenis, anamnese en/of lichamelijk onderzoek de verdenking is op hartfalen, wordt een ECG gemaakt en wordt het (NT-pro)BNP bepaald. Bij een normaal ECG en een niet verhoogd (NT-pro)BNP is hartfalen zeer onwaarschijnlijk.

Overweeg bij niet afwijkend ECG en NT-proBNP nadere diagnostiek, zoals Hb (anemie-d), glucose, TSH-d, X-thorax en spirometrie om andere oorzaken uit te sluiten. Het bepalen van eGFR, natrium en kalium is raadzaam i.v.m. eventuele start met medicatie.

Afkapwaarden NT-proBNP:

NT-proBNP < 125 pg/ml is normaal (< 125 pg/ml komt overeen met 15 pmol/l)

Verwijsbeleid bij verdenking hartfalen

Vitale patiënten

De huisarts verwijst vitale patiënten naar de cardioloog voor verdere diagnostiek en start bij verdenking hartfalen met medicatie (zie verder). De cardioloog bepaalt o.a. of coronair interventie, hartklepinterventie of ritmebehandeling nodig is en past medicamenteuze beleid zo nodig aan.

Kwetsbare patiënten

De huisarts overweegt zelf te behandelen conform NHG-standaard Hartfalen, eventueel met digitaal meedenkconsult cardiologie.



Behandeling van Hartfalen

Preventie Zie NHG standaard M51 voor hartfalen en NHG standaard M84 voor CVRM

Medicamenteuze therapie

HFpEF: Geef bij tekenen van overvulling een lisdiureticum; verlaag de dosis als de patiënt voldoende ontwaterd is tot de laagste effectieve dosering of staak tijdelijk.

Start laagdrempelig met een SGLT2-remmer, zeker in de combinatie met DM en/of nierfalen.

Behandel volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement, maar vermijd calciumantagonisten met een niet-dihydropiridinestructuur (diltiazem en verapamil).

HFrEF en HFmrEF Streef naar maximale dosering van RAS-remmers, bètablokkers en aldosteronantagonisten, want patiënten die hoge doseringen verdragen, hebben de beste prognose. Zie doseertabellen.

Stappenplan hartfalenmedicatie

1. Bepaal eerst eGFR plus creatinine, natrium en kalium (of controleer of deze recent bepaald zijn).
2. Start een RAS-remmer (een ACE-remmer of indien deze niet wordt verdragen een ARB) en bij tekenen van overvulling ook een lisdiureticum.
3. Voeg bij patiënten die met RAS-remmer en diureticum klinisch stabiel zijn een bètablokker toe.
4. Verhoog de dosering van RAS-remmer en bètablokker (bijvoorbeeld per 2 weken) tot de maximale dosis die wordt verdragen, met inachtneming van de maximale dosering. Verhoog de bètablokker niet bij tekenen van exacerbatie, hypotensie of bradycardie.
5. Verlaag de dosering van het lisdiureticum als de patiënt voldoende ontwaterd is en continueer de laagst effectieve dosering.
6. Overweeg toevoeging van een aldosteronantagonist bij aanhoudende klachten ondanks adequate instelling.

Dosering van Lisdiuretica

Geneesmiddel	Gebruikelijke dagdosering (afhankelijk van de ernst van de klachten)*
Furosemide	40-240 mg in 1-3 doses
Bumetanide	1-6 mg in 1-2 doses

*Bij verminderde nierfunctie is een hogere dosering nodig.



Startdoseringen en maximale doseringen van ACE-remmers, ARB's, bètablokkers en aldosteronagonisten

Geneesmiddel(groep)	Startdosis	Maximale dagdosering*	Dagdosering bij verminderde nierfunctie
ACE-remmers			
enalapril	2 dd 2,5 mg	2 dd 20 mg	eGFR 30-50: startdosis 2 dd 2,5 mg; maximale dosis 2 dd 5 mg eGFR 10-30: startdosis 1 dd 2,5 mg; maximale dosis 2 dd 2,5 mg
lisinopril	1 dd 2,5 mg	1dd 40 mg	Geen aanpassing
perindopril†	1 dd 2 mg	1 dd 8 mg	eGFR 30-50: maximale dosis 2 mg eGFR 10-30: maximale dosis 2 mg om de dag
ramipril tablet	1 dd 1,25 mg	2 dd 5 mg	eGFR 10-50: maximale dosis 2 dd 2,5 mg
ARB's			
candesartan	1 dd 4 mg	1 dd 32 mg	Geen aanpassing
losartan‡	1 dd 12,5 mg	1 dd 150 mg	Geen aanpassing
valsartan	2 dd 40 mg	2 dd 160 mg	Geen aanpassing
Bètablokkers			
bisoprolol‡	1 dd 1,25 mg	1 dd 10 mg	eGFR 10-30: startdosis halve tablet van 1,25 mg
metoprololsuccinaat mga	1 dd 12,5-25 mg	1 dd 200 mg	Geen aanpassing
Aldosteronantagonisten			
spironolacton	1 dd 12,5-25 mg	1 dd 50 mg	Geen aanpassing. eGFR 10-50: bepaal eGFR + creatinine en kalium binnen 1 week na aanvang (eGFR < 30: overweeg consultatie cardioloog vanwege risico op hyperkaliëmie en afname nierfunctie)
<p>ACE = angiotensineconverteerendenzymremmer; ARB = angiotensinereceptorblokker; eGFR = geschatte glomerulaire filtratiesnelheid; mga = met gereguleerde afgifte. * Streef naar de maximale dosis die de patiënt verdraagt. † Voorkeursmiddel perindopril-terbutylamine (laagste kosten). ‡ Voorkeursmiddel (laagste kosten).</p>			

Controles na aanpassing medicatie

- Evalueer het effect en bespreek mogelijke bijwerkingen van de medicatie.
- Meet de bloeddruk, pols en gewicht.
- Bij asymptomatische lage bloeddruk en sinusbradycardie is aanpassing van de medicatie meestal niet nodig.
- Bepaal 1-2 weken na start of aanpassing van diureticum, RAS-remmer of aldosteronantagonist eGFR, natrium en kalium.



Verwijzing en overleg

Spoed: indien er sprake is van een acute presentatie of instabiele patiënt is directe verwijzing naar de spoedeisende hulp of eerste harthulp geïndiceerd.

Semi-spoed: de huisarts neemt telefonisch contact op met de cardioloog voor overleg.

Reguliere verwijzing: De huisarts doet overdracht van de patiëntgegevens via Zorgdomein en vermeldt daarin voorgeschiedenis, anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumuitslagen, uitslag ECG (indien gemaakt), reanimatiebeleid/ACP en actuele medicatie en eventuele allergieën/intoleranties.

Digitale meedenkconsultatie: Geschikt voor medicatieadvies bij kwetsbare patiënten en patiënten die bekend zijn met hartfalen en zijn terugverwezen naar de huisarts.

Controles in de stabiele fase

- Controleer patiënten die de maximaal verdragen dosering van de medicatie hebben bereikt na 3 en na 6 maanden en daarna jaarlijks zo lang het hartfalen stabiel is. Controleer op indicatie vaker, zoals bij instabiel hartfalen, bij ernstige nierfunctiestoornis (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²), eerdere elektrolytstoornissen en kwetsbare ouderen.
- Vraag naar klachten, onder andere inspanningsvermogen.
- Informeer naar therapietrouw en mogelijke bijwerkingen van de medicatie.
- Meet bloeddruk, pols en gewicht.
- Bepaal eGFR plus creatinine, natrium en kalium.
- Wees alert op (langzame) verergering van het hartfalen. Pas zo nodig de medicatie aan volgens het Stappenplan hartfalenmedicatie of overleg met de cardioloog.

Terminaal Hartfalen

Als het ACP-gesprek op de polikliniek plaatsvindt, zal de huisarts een vervolggesprek met de patiënt voeren over verdere wensen ten aanzien van het levenseinde. Wanneer patiënt opgenomen is geweest zal dit vanuit het ziekenhuis geregeld worden. De afspraken worden door de huisarts vastgelegd in het HIS en overgedragen aan de Dokterswacht. De huisarts kan de cardioloog of hartfalenpoli consulteren, ook na overdracht van zorg.

In iedere fase van ACP kan het Palliatief Advies Team (PAT) dan wel Consultteam Ondersteuning Palliatieve Zorg (COPZ)/Team ondersteunende en Palliatieve zorg (TOPZ) geconsulteerd worden voor advisering/begeleiding.

