

Zakkaartje Hartfalen

Conform NHG-Standaard Hartfalen

Wanneer denken aan hartfalen?	SPOED: acuut hartfalen	Anamnese
- Kortademig bij inspanning of in rust, orthopneu, aanvalsgewijze nachtelijke dyspneu - Vermoeidheid en verminderd inspanningsvermogen. - Perifeer oedeem, nycturie - Denk laagdrempelig bij ouderen, na infarct, hypertensie, DM2 en bij Turkse, Marokkaanse, Afrikaanse of Hindoestaanse afkomst	- Kenmerken: snel ontstaan/verergerd, angstige blik, reutelende ademhaling, bleek/gauw, klam, snelle zwakke pols, evt. lage bloeddruk - Telefonisch: rechtop laten zitten, benen laten hangen; zo mogelijk nitroglycerine 0,4 mg sublinguaal (niet bij bekend lage bloeddruk); ambulance A0/A1 + zelf visite - Ter plaatse: zuurstof bij hypoxemie; nitroglycerine tot systolisch < 90 mmHg; furosemide 40 mg iv of bumetanide 1 mg iv bij vochtretentie	- Klachten: inspanningsvermogen, kortademigheid, orthopneu, PND, oedeem, nycturie - Cardiale VG: infarct, CABG/PCI, angina pectoris, kleplijden, congenitale hartziekte - Uitlokkers: ischemie, ritmestoornis, toxische stoffen, NSAID's, corticosteroïden, schildklier, anemie - HVZ-risicofactoren: roken, hypertensie, DM2, alcohol, cholesterol, obesitas, nierschade

Lichamelijk onderzoek	Aanvullend onderzoek	Diagnose & type
- Ademfrequentie, bloeddruk, pols (frequentie/ritme) - Hartauscultatie op souffles; ictus cordis (positie/kracht) - Tekenen overvulling: CVD⁺, longcrepitaties/demping basaal, vergrote lever/ascites, perifeer oedeem - Voedingstoestand/gewicht: cachexie is prognostisch ongunstig	- Eerste stap: (NT-pro)BNP + ECG. Bij atriumfibrilleren: één (NT-pro)BNP, wel echocardiografie - Afkapwaarden: BNP ≥ 35 pg/ml (10 pmol/l) of NT-proBNP ≥ 125 pg/ml (15 pmol/l) - Overweeg Hb, glucose, TSH; bepaal alvast Na/K/eGFR/kreatinine bij sterk vermoeden - Verhoogd (NT-pro)BNP en/of afwijkend ECG → echocardiografie (cardioloog of 1e lijn) - Normaal (NT-pro)BNP + normaal ECG → hartfalen onwaarschijnlijk, zoek alternatief	- HFpEF: LVEF ≥ 50% • HFmrEF: LVEF 40-49% • HFrEF: LVEF < 40% (diagnose door cardioloog na echo) - Zonder echo: HFpEF waarschijnlijker bij ouderen, vrouwen, obesitas, hypertensie, COPD, AF, DM2, geen infarct in VG - HFmrEF waarschijnlijker bij infarct in de voorgeschiedenis - Schat de NYHA-klasse in op basis van klachten bij inspanning

Stap	Actie (HFrEF en HFmrEF)	Let op
1	Lisdiureticum bij overvulling + RAS-remmer (laag) + SGLT2-remmer starten	Verlaag diureticum zodra ontwaterd; continueer laagste effectieve dosis
2	Voeg bètablokker toe in lage dosering	Alleen als patiënt klinisch stabiel is, zonder duidelijke overvulling
3	Hoog RAS-remmer én bètablokker geleidelijk op (bv. per 2 weken) tot maximaal verdragen dosis	Niet ophogen bij exacerbatie, hypotensie of bradycardie (< 50/min)
4	Overweeg aldosteronantagonist bij aanhoudende klachten	Vooraf bij LVEF < 35%; controleer nierfunctie en kalium

HFpEF: vooral symptoombestrijding - lisdiureticum bij overvulling + SGLT2-remmer starten; behandel hypertensie (vermijd diltiazem/verapamil).

Middel(groep)	Startdosis	Max. dagdosering	Bij verminderde nierfunctie
ACE-remmer (bv. enalapril)	2dd 2,5 mg	2dd 20 mg	- eGFR 30-50: max. 2dd 5 mg - eGFR 10-30: max. 2dd 2,5 mg
ARB (bv. candesartan)	1dd 4 mg	1dd 32 mg	Geen aanpassing nodig
SGLT2-remmer (dapa-/empagliflozine)	1dd 10 mg	1dd 10 mg	Geen aanpassing; starten bij eGFR < 15 ontraden
Bètablokker (bv. bisoprolol)	1dd 1,25 mg	1dd 10 mg	eGFR 10-30: startdosis halve tablet 1,25 mg
Aldosteronantagonist (spironolacton)	1dd 12,5-25 mg	1dd 50 mg	- eGFR 10-50: labs controleren binnen 1 week - eGFR < 30: overweeg overleg cardioloog
Lisdiureticum (furosemide)	40-240 mg/dag, 1-3 doses		Hogere dosering nodig bij verminderde nierfunctie

Controles in stabiele fase	Exacerbatie (ABCDE stabiel)	Consultatie & verwijzing
- Na max. verdragen dosis: controle na 3 en 6 mnd, daarna jaarlijks - Vaker bij: wisselende klachten, eGFR < 30, kwetsbare ouderen, eerdere elektrolytstoornissen - Check: klachten/inspanningsvermogen, therapietrouw/bijwerkingen, BD/pols/gewicht, eGFR/kreat/Nu/K 1-2 wk na start/aanpassing diureticum, RAS-remmer of Aldosteronantagonist: lab controleren	- Ontstaan/verergerd in dagen. Zoek uitlokker: infectie, NSAID, extra zout/vocht, therapieontrouw - Verdubbel het diureticum gedurende 3 dagen - Overweeg bètablokker tijdelijk te halveren bij onvoldoende effect of hartfrequentie < 50/min mét meer klachten - Dagelijks wegen, nauw contact tot patiënt stabiel is - Bij koorts/braken/diarree: SGLT2-remmer staken; RAS-remmer/aldosteronantagonist evt. halveren; diuretica evt. staken/halveren; NSAID's staken	- Verwijs bij vermoeden hartfalen (afwijkend ECG/verhoogd (NT-pro)BNP); start bij sterk vermoeden of lange wachttijd alvast leefregels en medicatie - Verwijs bij progressie ondanks opbouw diuretica (bv. voor aldosteronantagonist, ARNI of ivabradine) - Verwijs bij ernstige/aanhoudende exacerbatie of dehydratie - Overleg bij NF of elektrolytstoornissen, persisterende hypertensie, onvoldoende AP-controle of mogelijke hartrevalidatie - Geen ARNI of ivabradine voorschrijven in de eerste lijn