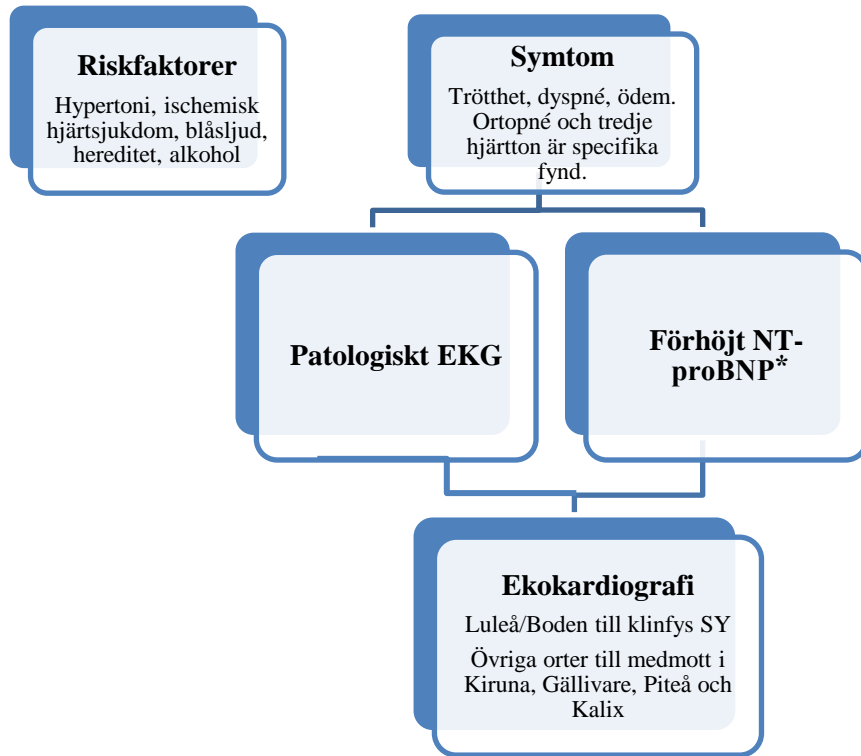


# HÖK om hjärtsvikt

## Allmänläkarkonsulterna

Överenskommelse mellan primärvården och medicinklinikerna/hjärtmottagningarna i Region Norrbotten

Nyutredning av patienter med misstänkt hjärtsvikt inom primärvård:



Om normalt EKG och NT-proBNP är sannolikheten för hjärtsvikt låg, överväg annan diagnos.

\*Enl. Europeiska riktlinjer för kardiologi används **NT-proBNP < 125 ng/L** som beslutsgräns för hjärtsvikt i öppenvård. Hos geriatrisk patient kan åldersanpassad normalgräns tillämpas. Vid akutvård tillämpas högre beslutsgränser för uteslutande av hjärtsvikt, NT-proBNP < 300 ng/L och BNP < 100 ng/L.

**Basal provtagning** utöver NT-proBNP: Blst, Na, K, Krea, HbA1c, TSH, CRP, PK, ALAT, järnstatus och u-sticka.

## Remiss till kardiologen/medicinklinik

Patient med nyupptäckt hjärtsvikt bör bedömas på specialistmottagning i ett tidigt skede för utredning och behandling

Orsak till hjärtsvikten ska klargöras av kardiologen liksom om sviktpacemaker eller avancerad behandling så som Entresto, Ivabradine eller Simdax kan bli aktuell

Om en patient med känd hjärtsvikt försämras trots optimerad basbehandling i primärvården rekommenderas i första hand nytt hjärteko och om EF  $\leq$ 35% bör patient bedömmas på kardiologen/medicinkliniken

Patienter som har sviktpacemaker bör följas upp inom slutenvården

### Remissinnehåll

- Anamnes och status
- Symtom och funktionsklass enligt NYHA (se nedan)
- Aktuellt EKG och NT-proBNP ska finnas
- Ekokardiografisvar (Luleå/Boden)
- Medicinering eller hänvisning till uppdaterat LM-lista i VAS

### Hjärtsvikt kan graderas i fyra klasser enligt New York Heart Association (NYHA):

	Funktionsklasser enligt New York Heart Association
<b>NYHA I</b>	Inga symtom trots nedsatt hjärtfunktion
<b>NYHA II</b>	Andfåddhet och trötthet vid tung fysisk aktivitet
<b>NYHA III</b>	Andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet Klassen delas upp i IIIa och IIIb beroende på om pat orkar gå > 200 m på plan mark utan besvär
<b>NYHA IV</b>	Andfåddhet och trötthet redan i vila. Ökade symtom vid minsta ansträngning.

## Hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion

Patienter med bevarad systolisk funktion (HFpEF  $\geq$  50%, diastolisk svikt) och mid-range EF (HFmrEF 40-49%) ska i första hand följas upp i primärvården. Det är viktigt att behandla grundorsaker såsom hypertoni, diabetes och ischemisk hjärtsjukdom. Loopdiuretika vid behov i symtomlindrande syfte. Adekvat behandling av förmaksflimmer (frekvensreglering och anti-coagulantia). Livsstilsråd och viktnedgång rekommenderas vid övervikt.

### Behandlingstrappa vid konstaterad hjärtsvikt EF <40%

<b>5.</b>	Hjärtpump och transplantation (NYHA IIIB-IV)		
<b>4.</b>	Om EF $\leq$ 35% trots optimerad basbehandling <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARNI (Entresto)</li> <li>• Ivabradine om sinusrytm &gt;70/min</li> <li>• Iv järn om järnbrist</li> </ul>		
<b>3.</b>	Om EF $\leq$ 35% ställningstagande till sviktpacemaker (CRT) och/eller defibrillator (ICD)		
<b>2.</b>	Tillägg av MRA (Spironolakton eller Eplerenon)		
<b>1.</b>	Tillägg av betablockare		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACE-hämmare (ARB vid intolerans)</li> <li>• Loopdiuretika vid behov</li> </ul>		
<b>NYHA I</b>	<b>NYHA II</b>	<b>NYHA III</b>	<b>NYHA IV</b>

forts&gt;&gt;&gt;

- Basbehandling med ACE-hämmare/ARB, betablockerare och MRA kan påbörjas i primärvården.
- Upptitrering till måldoser/max tolerabla doser är viktigt. Se [VISS](#) för råd kring start- och måldoser.
  - OBS! Lågt blodtryck är inte i sig en indikation för dos-sänkning/seponering!
  - Eftersträva minsta möjliga effektiva dos på loopdiuretika.
- Järnbrist är vanligt hos patienter med hjärtsvikt och bör behandlas med iv järn (OBS, tabletter har inte samma effekt). Vid symtomgi-vande hjärtsvikt och S-ferritin <100 µg/L eller S-ferritin 100-300 och transferrinmättnad (järn/) <20%, ges 500-1000 mg järn (Fer-inject är mest studerat). Kan ges både inom primärvård och slutenvård.
- Insättning av Entresto sker bara på specialistkliniken. Man får inte kombinera Entresto och ACE-hämmare pga risk för angioödem.

## Icke-farmakologisk behandling

Teambaserat omhändertagande och strukturerad uppföljning vid hjärtsvikts-mottagning är högt prioriterat.

- Patientinformation/egenvård: Rikssvikts broschyr ”[Att leva med hjärtsvikt](#)” finns att ladda ned på olika språk:
- Fysisk träning är en viktig del av behandlingen och patienten bör erbjudas kontakt med **fysioterapeut** för individuell bedömning och råd om fysisk aktivitet. Individbaserat träningsprogram, se [Diagnos-specifika rekommendationer - FYSS](#)
- Råd kring alkoholrestriktion
- Årlig **vaccination** mot **influensa** samt grundvaccination med **pneumokockvaccin**
- Vb remiss till **dietist** vid ofrivillig viktnedgång, nedsatt aptit, BMI <20 (BMI < 22 om pat över 70 år).
- Vb remiss till **arbetsterapeut**: svårigheter att klara av aktiviteter i det dagliga livet (ADL), aktivitetsobalans i vardagen, hjälp med att hitta energisnåla strategier.
- Vb remiss till **kurator**.

## Återremittering till primärvården

- När patienten bedöms vara stabil och har uppnått måldoser kan patienten remitteras ut till primärvården för fortsatt uppföljning.
- Vid planerat återbesök (minst årligen) bör EKG, blodtryck, blst, Na, K, Krea, vikt och järnstatus tas.

## Palliativ vård

- Hos patienter som bedöms vara i slutfasen av sitt liv är det viktigt att ha brytpunktssamtal och informera patient och anhöriga om övergång till symtomlindrande, palliativ behandling.
- Patienter med återkommande behov av slutenvård för hjärtsvikt trots optimerad behandling eller snabb försämring av livskvalitet och NYHA IIIB-IV har dålig prognos. Överväg remiss till palliativa resursteamet.
  - Om pat har en ICD eller sviktpacemaker med ICD (CRT-D) bör man ta ställning till inaktivering av defibrillatorfunktionen - skicka remiss till medicinmottagningen/kardiologen. Sviktpacemakern låter man i regel vara aktiv.

### Referenser:

1. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2015  
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerhjartsjukvard>
2. ESC Guidelines för chronic heart failure 2016  
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921>
3. Vårdprogram kronisk hjärtsvikt Region Norrbotten:  
<https://samarbeta.nll.se/producentplats/vard/Publicerade/Intern%20a%20IIa/Diagnos/ICD10/Kronisk%20hj%c3%a4rtsvikt%20V%c3%a5rdprogram%20Norrbottens%20l%c3%a4ns%20landsting.pdf>
4. Läke-medelsboken: <https://lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/hjartsvikt.html>

Dokumentet framtaget i samarbete mellan kardiolog Ann Wanhatalo och distriktsläkare Maria Brännholm Syrjälä