

Sortie des patients

atteints d'insuffisance cardiaque de l'hôpital

La sortie d'un patient après un épisode d'insuffisance cardiaque aiguë constitue une phase critique de sa prise en charge. Le risque de réadmission dans les 30 jours suivant la première hospitalisation est élevé.¹ Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, le risque de mortalité est déjà important à la base et il augmente à chaque nouvelle admission ou nouvel événement.² La prise en compte des étapes ci-dessous, avant la sortie, permettra d'assurer une transition en douceur entre la sortie et les soins de suivi, ainsi qu'une surveillance proactive pour offrir de meilleures perspectives au patient.

Plan général de prise en charge de l'IC

Visites de suivi ultérieures

Les soignants assurant la prise en charge continue ont-ils été informés et les rendez-vous post-hospitalisation nécessaires ont-ils été pris?

Structures médicales/professionnels de santé à envisager:

- Clinique de l'insuffisance cardiaque Médecin généraliste Cardiologue/interniste Programme de réadaptation cardiaque
 Autre.....

Le cas échéant: Les soins palliatifs peuvent cohabiter avec les traitements actifs jusqu'au moment du passage en établissement de fin de vie.

La prise en charge de la douleur et les soins palliatifs ont-ils été discutés/évalués et les préférences du patient ont-elles été enregistrées?

Prise en charge et interventions au niveau du mode de vie

Modifications du mode de vie: à discuter

- Observance thérapeutique Activité physique régulière
 Alimentation saine (y compris réduction de l'apport en sodium) Arrêt du tabac (voir «Informations complémentaires» ci-dessous)

Éducation du patient

- Une éducation pertinente a-t-elle été proposée oralement et par écrit au patient et à l'aidant et l'ont-ils comprise Le patient se sent-il moralement soutenu et suffisamment informé concernant le diagnostic et les soins ultérieurs? (voir «Informations complémentaires» ci-dessous)

Information de la famille/de l'aidant

Une éducation pertinente a-t-elle proposée oralement et par écrit?

Soins & traitements à prendre en considération et contre-indications

Échocardiographie/autres examens (TDM, etc.)

Tous les dossiers ont-ils été examinés et transmis aux soignants?

Données du patients lors de la sortie

- FE (si mesurée)..... BNP/NT-proBNP..... K+ (normale : 3,6–5,2 mmol/L).....
 DFG..... Créatinine..... TA.....
 FC..... Poids..... Classe NYHA.....

En cas de prescription de traitements médicamenteux lors de la sortie, évaluer si

- les médicaments déjà pris doivent être ajustés ou peuvent être arrêtés le programme de traitement (y compris le traitement de secours par diurétiques) et le programme de titration ont été documentés et communiqués
 les taux d'électrolytes ainsi que la fonction rénale et hépatique sont suffisamment bons avant l'instauration et pendant toute la durée du traitement les contre-indications et les comorbidités ont été prises en compte et documentées (voir ci-dessous)

En raison des interactions entre la maladie cardiaque et certaines comorbidités, une attention particulière doit être portée au traitement optimal des affections suivantes

- Diabète de type 2/taux d'HbA1c Insuffisance rénale chronique Cardiopathie ischémique
 Contrôle des taux de potassium Fibrillation auriculaire/flutter Hyperlipidémie
 Tension artérielle/hypertension Carence en fer Valvulopathie cardiaque

Lors de la prescription des classes de médicaments suivantes, prendre soigneusement en compte les interactions médicamenteuses (AINS, p. ex.), les contre-indications et les calendriers de titration. Si «non» est coché, il est important de s'assurer qu'un plan de traitement est en place.

Inhibiteurs du SRAA (IEC/ARNi ou ARA II)* Oui Non Bêta-bloquants* Oui Non ARM* Oui Non

Inhibiteurs de SGLT2 Oui Non

Diurétiques* Oui Non Diurétiques de l'anse Thiazidiques Diurétiques d'épargne potassique

Un traitement par **hydralazine et dinitrate d'isosorbide*** est recommandé en complément du traitement standard chez les patients noirs atteints d'IC à FE réduite (ICFER) avec des symptômes avancés ou chez les patients ne tolérant pas le traitement par IEC, ARA II ou ARNi.

Dispositif – DAI / CRT(-D/-P) – un traitement par dispositif est-il indiqué? Oui Non

Si oui, un plan de traitement est-il en place?

Pour les autres traitements déjà en place, veiller à prendre en considération et à intégrer:

- les objectifs thérapeutiques globaux les contre-indications le calendrier d'administration le calendrier de titration

* le cas échéant, documenter le calendrier de titration

Informations complémentaires

Arrêt du tabac

Les services locaux d'aide à l'arrêt du tabac sont gratuits, bienveillants, et peuvent augmenter les chances de succès de l'arrêt.

Plus d'informations
www.rauchstopplinie.ch

Santé mentale

Vivre avec une insuffisance cardiaque peut avoir un impact négatif sur la santé mentale. Il est important de disposer d'interlocuteurs avec qui parler et de pouvoir trouver du soutien. «Heart Matters» peut aider les patients à trouver des conseils et du soutien. La participation à des programmes locaux de réadaptation cardiaque peut également faciliter le retour à la vie quotidienne.

Plus d'informations
www.swissheart.ch

Plus d'informations
www.heartfailurematters.org

Pour plus d'informations concernant la sortie d'hôpital, veuillez vous reporter au document de consensus intitulé «2019 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Risk Assessment, Management, and Clinical Trajectory of Patients Hospitalized with Heart Failure»

Plus d'informations
www.jacc.org

Références

1. L. G. e. a. Suter, "National patterns of risk-standardized mortality and readmission after hospitalization for acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia: update on publicly reported outcomes measures based on the 2013 release," J Gen Intern Med, pp.1333-1340, 2014.
2. T. Y.-C. e. al., "Worse Prognosis in Heart Failure Patients with 30-Day Readmission," Acta Cardiol Sin, vol. 32, pp. 698-707, 2016.