

Protocole de prise en charge infirmier à domicile d'un patient présentant une insuffisance cardiaque

Sommaire :

- 1 – Objet du présent protocole de soins infirmiers
- 2 – Cas d'adressage
- 3 – Modalités de communication
- 4 – Description de la prise en charge infirmière
- 5 – Annexes

1. Objet du présent protocole de soins infirmiers

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie chronique grave qui représente la première cause d'hospitalisation. Sa prévalence est croissante et serait de 12 % chez les personnes âgées de plus de 60 ans selon la Haute Autorité de Santé, 120 000 nouveaux cas par an selon l'assurance maladie.

Ce diagnostic vaut pour le territoire de la CPTS de l'Ouest Briard.

“La HAS recommande une fréquence de consultations du médecin traitant en cas d'insuffisance cardiaque stable d'au moins 4 fois/an pour les patients en classe NYHA II et jusqu'à 12 fois/an pour les patients en classe NYHA III. Le cardiologue doit, quant à lui, être consulté 2 fois/an pour les patients en classe NYHA II et jusqu'à 12 fois/an pour les patients en classe NYHA III.

Dans le cas d'une décompensation, la prise en charge ambulatoire vise à une détection la plus précoce possible afin d'éviter une hospitalisation. En l'absence d'amélioration, l'hospitalisation est nécessaire. À la sortie de l'établissement de santé, la coordination avec la ville ou la structure d'accueil est indispensable pour garantir la continuité des soins appropriée.” (1)

Aujourd'hui la télésurveillance dans ce domaine se développe et donne accès à une prise en charge par l'assurance maladie. Néanmoins certains patients ne sont pas éligibles à la télésurveillance du fait de troubles cognitifs, troubles de l'équilibre, refus du patient... Les infirmiers à domicile sont les professionnels de terrain pouvant assurer le repérage des signes précoces de décompensation pour les personnes exclues de la télésurveillance.

Ce protocole est un outil de terrain pour les infirmiers pour le suivi des insuffisants cardiaques sur le territoire de la CPTS de l'Ouest Briard. Il permet de définir une trame commune validée par des cardiologues et médecins généralistes, et permettre une prise de décision adaptée à la situation rencontrée.

2. Modalités d'adressage

A° Critères d'éligibilité :

Patient atteint d'une insuffisance cardiaque, échappant aux conditions d'éligibilité de la télésurveillance et/ou dans l'incapacité d'effectuer une surveillance autonome et sans possibilité d'être accompagné par un aidant.

B° Adressage direct ou indirect:

Les patients peuvent être adressés aux IDEL (infirmiers libéraux à domicile) :

Directement par :

- Le cardiologue référent,
- Le médecin généraliste ?

Indirectement en passant par :

- La CPTS,
 - qui sollicitera le cardiologue référent ou le médecin généraliste
 - qui solliciteront, à leur tour, l'IDEL.
- Les Pharmaciens :
 - Repérage des patients insuffisants cardiaques :
 - grâce aux ordonnances (exemple : Le patient est sous traitement type Lasilix, Sacubitril... et ne bénéficie pas de suivi rapproché pour son insuffisance cardiaque.
 - Avec l'accord du patient,
 - le pharmacien contacte la CPTS par Doctolib sillo en joignant la fiche d'identification (cf annexe)) ou par téléphone au 07 81 31 97 09.
 - Les médecins spécialistes, gériatre, cardiologues hospitaliers qui contactent la CPTS par téléphone 07 81 31 97 09.

3. Modalités de communication

- **Le médecin** définit les modalités de passage infirmier selon la gravité et l'état de santé globale du patient : fréquence (minimum 2 fois par semaine) et durée.

Le médecin référent mentionne sur son ordonnance de soins l'outil de communication utilisé entre lui et l'IDEL :

- Doctolib Silo mis à disposition par la CPTS OB
- Mailiz
- Autre messagerie sécurisée.
- **L'infirmier** tient un dossier de soins au domicile du patient (cf grille de passage IDE) et utilise la messagerie sécurisée choisi par le médecin prescripteur, lors de la rédaction de son ordonnance, pour le tenir informer de l'apparition d'un signe d'alerte.
- **Le médecin prescripteur** prend connaissance de l'information dans les 48h hors samedi, dimanche et jours fériés.

- **L'IDE** : En cas de non-réponse du médecin prescripteur ou d'indisponibilité de celui-ci, l'IDE contacte :
 - le médecin de l'équipe de soins spécialisés en cardiologie (ESS) pour avis 09 73 05 40 25 (du lundi au vendredi),
 - si non joignable contacter le SAMU (15)
 - Samedi, dimanche et jours fériés, contacter le SAMU (15) pour un avis médical.

4. Description de la surveillance infirmier

La réalisation du protocole est assurée par l'infirmier libéral

➤ Lors de chaque passage infirmier :

1. Interroger le patient :

Exemple : se sent-il plus essoufflé que d'habitude, plus fatigué que d'habitude... (cf. : fiche interrogatoire)

2. Observation physique :

Exemple : présence d'œdème des membres inférieurs. Surveillance de la fonction respiratoire et de l'état neurologique du patient. (cf : signes d'alerte, fiche de passage IDE et arbre décisionnel, grilles NYHA)

3. Mesures des paramètres vitaux :

Poids, tension artérielle, pouls, température, saturation en oxygène, fréquence respiratoire. (cf : signes d'alerte, fiche de passage IDE et arbre décisionnel)

4. Contrôle de l'observance du traitement et des règles hygiéno-diététiques.

5. Accompagnement thérapeutique du patient. (Cf ; fiche de passage IDE) 6. Réalisation des bilans sanguins demandés par le médecin. (Bilan sang tous les 3 mois : bilan bio 1x/3 mois avec NFS, ione, urée, créatinine, NT proBNP, ferritine et CST)

➤ **Signes d'alerte à repérer lors de la visite : cf arbre décisionnel et grilles/fiche d'aide à l'interrogatoire :**

EPOF :

• **Essoufflement** :

Evaluation de la dyspnée. Repérage d'un signe de lutte respiratoire (balancement thoraco-abdominal, cyanose, tirage, asterixis, sueurs, agitation...)

Saturation en O₂ inférieure à 90%, bradypnée : Fréquence respiratoire inférieure à 10/minute, tachypnée : fréquence respiratoire supérieure à 25/minute. Passage en NYHA 3 ou 4.

• **Prise de poids** : 3 kilos en 3 à 7 jours.

• **Œdèmes** : Apparition d'œdème des membres inférieurs (prenant le godet, mou, blanc, indolore)

• **Fatigue Inhabituelle**

Autres signes :

- Douleurs thoraciques
- Signes infectieux : Signe d'une infection respiratoire : fièvre, crachats sales...
- Rythme cardiaque :
 - Bradycardie : fréquence cardiaque inférieure à 50/minute ou
 - Tachycardie supérieure à 120/minutes, arythmie. Si anomalie de la fréquence cardiaque il faut contrôler le pouls à la main.
- Tension :
 - Hypotension : pression artérielle systolique inférieure à 90 mmgh.
 - Signe d'hypoperfusion : pâleurs, oligo-anurie, extrémités froides, marbrures.
 - Hypertension avec tension supérieure à 160mmgh
- Neurologique : Confusion, coma, somnolence, agitation.

➤ **Si un signe d'alerte a été repéré il faut écarter l'urgence vitale :**

Tout signe de choc cardiogénique (signe d'hypoperfusion : pâleurs, oligo-anurie, extrémités froides, marbrures), tension inférieure ou égale à 80mmgh, tension supérieure ou égale à 180mmgh. Présence d'un signe neurologique... Contacter le 15 (SAMU)

➤ **Si signe d'alerte ne mettant pas en jeu le pronostic vital :**

Contactez le médecin référent auteur de la prescription médicale (médecin généraliste ou cardiologue) par le moyen de communication notifié dans l'ordonnance afin

de connaître la marche à suivre (retour du médecin dans les 48h du lundi au vendredi) (consultation avec le médecin référent, majoration des traitements par ordonnance écrites, ECG, bilan sanguin...)

Si ce dernier n'est pas disponible, contactez le médecin de l'équipe de soins spécialisés en cardiologie 09 73 05 40 25 (du lundi au vendredi). Si non disponible contactez le SAMU (15)

- Si nécessité d'effectuer un électrocardiogramme sans notion d'urgence, il est possible de l'organiser avec l'infirmière de pratique avancée Mme DABET au 01 60 17 92 26 qui transférera l'examen à l'équipe de soins spécialisés en cardiologie pour analyse dans les 48heures ouvrées.

5. ANNEXES

Le présent protocole contient :

- des fiches d'identification et d'interrogation du patient
- des grilles d'aide à l'évaluation
- Fiche de passage de l'IDE
- Grilles NYHA
- Arbre décisionnel

Fiche d'identification du patient :

Médecin prescripteur :

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

Personnel du cercle de soins :

- ATCD :

- Traitement :

- Evènements marquants récents :

- Histoire maladie :

Interrogatoire du patient (2)

- Etes-vous plus essoufflé que d'habitude ?
Au moindre effort ?
au repos ?
Grille NYHA
- Etes-vous essoufflé la nuit ?
- Avez-vous rajouté un ou des oreillers pour dormir ?
- Prise de poids à quantifier
- Vous sentez-vous plus fatigué ou plus faible que d'habitude ?
- Avez-vous plus de difficultés à réaliser vos activités que d'habitude ?
- Avez-vous eu de la fièvre ? Avez-vous pris votre température ?
- Avez-vous ressenti des palpitations ?
- Toussez-vous plus que d'habitude ?
Crachez-vous ?
De quelles couleurs sont vos expectorations ?

Fiche de passage infirmier (dossier de soins)

Nom/ prénom du patient du patient/ Date de naissance :

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Date | | | | | | |
| Fréquence cardiaque | | | | | | |
| Fréquence respiratoire | | | | | | |
| Tension | | | | | | |
| Saturation en oxygène | | | | | | |
| Essoufflement | | | | | | |
| Poids | | | | | | |
| Cœdème des membres inférieurs | | | | | | |
| Fatigue | | | | | | |
| Douleurs thoracique | | | | | | |
| Palpitation | | | | | | |
| Etat neurologique | | | | | | |
| Éléments pertinents de l'interrogatoire du patient (Observance, toux...) | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Nom IDE : | | | | | | |
| Signature : | | | | | | |

Grille NYHA

| Classification New York Heart Association (NYHA) de l'insuffisance cardiaque | | |
|--|---|--|
| Stade I | <p>Cardiopathie compensée</p> <p>Pas de signes cliniques d'insuffisance cardiaque</p> <p>Signes de cardiopathie décelables à l'examen (souffle, cardiomégalie, etc.)</p> <p>Effort normal possible</p> <p>Travail normal possible</p> | Stade asymptomatique |
| Stade II | <p>Signes d'insuffisance cardiaque en cas d'exercice soutenu</p> <p>Effort mal supporté (essoufflement)</p> <p>Toux lors d'effort intense</p> | Stades symptomatiques : insuffisance cardiaque congestive |
| Stade III | <p>Signes d'insuffisance cardiaque en cas d'exercice modéré</p> <p>Intolérance à l'effort</p> <p>Toux et essoufflement au moindre effort ou la nuit</p> <p>Fatigue, dyspnée</p> | |
| Stade IV | <p>Signes d'insuffisance cardiaque au repos</p> <p>Aucun effort possible</p> <p>Toux et dyspnée au repos</p> <p>Signes d'insuffisance cardiaque globale (ascite, œdème pulmonaire)</p> <p>Pouls faible</p> | |

| Classe NYHA | Définition | Limitation | Exemple |
|-------------|--|------------|---|
| 1 | L'activité physique normale ne cause pas de fatigue, de dyspnée ou de palpitations excessives. | Aucune | <p>Peut effectuer toute activité nécessitant ≤ 7 MET :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porter 11 kg en montant 8 marches • Porter des objets pesant 36 kg • Pelleter de la neige • Retourner la terre • Skier • Jouer au squash, au hand-ball ou au basket-ball • Marcher/courir à 8 km/h |
| 2 | L'activité physique ordinaire provoque une fatigue, une dyspnée, des palpitations ou un angor. | Modérée | <p>Peut effectuer toute activité nécessitant ≤ 5 MET :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapports sexuels sans s'arrêter • Jardiner • Faire du roller • Marcher à 7 km/h sur terrain plat • Gravier un étage à un rythme normal sans symptôme |
| 3 | Respiration normale au repos ; une activité physique moins intense qu'une activité ordinaire provoque une fatigabilité, une dyspnée, des palpitations ou un angor. | Modéré | <p>Peut effectuer toute activité nécessitant ≤ 2 MET :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se doucher ou s'habiller sans s'arrêter • Faire un lit • Nettoyer les vitres • Jouer au golf • Épreuve de marche à 4 km/h |
| 4 | Les symptômes surviennent au repos ; toute activité physique augmente le malaise. | Grave | <p>Ne peut faire ou ne peut terminer toute activité nécessitant ≥ 2 MET ; ne peut effectuer aucune des activités ci-dessus</p> |

Arbre décisionnel :

Interrogatoire du patient, prise des paramètres vitaux, surveillance physique.

- 1 Signe EPOF présent (essoufflement, poids, œdème, fatigue)
- Signes d'infection respiratoire (hyperthermie, associée à des expectorations sales...)
- Anomalie des paramètres vitaux :
Tension : inférieure à 90mmgh/supérieure à 160mmgh
Tachycardie >120/min
Fréquence respiratoire : >25/min ou <10/min
Saturation : <90%

Médecin prescripteur joignable avec réponse dans les 2 jours ouvrés

Contacter le médecin prescripteur pour connaître la marche à suivre (consultation médicale, majoration des traitements, ECG...)

Adapter prise en charge en fonction des prescriptions écrites du médecin

Si Détresse vitale :
Signe de choc : Coma, oligo-anurie, marbrures, signe de lutte respiratoire (balancement thoraco-abdominal, cyanose, tirage, asterixis, sueurs, agitation, tension <70mmgh, >180mmgh, douleurs thoracique...)

Médecin ou cardio référent non joignable

Contacter ESSC au 09 73 05 40 25

Conseil l'IDEL dans la conduite à tenir mais ne réalise pas de prescription écrite

Contacter le SAMU

Si ESSC non joignable contacter le SAMU

Bibliographie :

- (1) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/tls_lg_insuffisance_cardiaque_chronique_dm_eval_320_avis_du_21_03_2023.pdf
- (2) (<https://www.sfcadio.fr/actualite/telesurveillance-de-linsuffisant-cardiaque-et-protocole-de-cooperation>)
- (3) <https://www.sfcadio.fr/actualite/telesurveillance-de-linsuffisant-cardiaque-et-protocole-de-cooperation>
- (4) <https://www.msmanuals.com/fr/professional/multimedia/table/classification-de-linsuffisance-cardiaque-de-la-new-york-heart-association-nyha>