

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque

DÉFINITION

L'insuffisance cardiaque (IC) est l'incapacité du cœur à assurer dans des conditions habituelles un débit suffisant pour couvrir les besoins métaboliques et fonctionnels des organes, et se manifeste en général par un essoufflement, de la fatigue ou l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs.

CHAMPS D'APPLICATION

Etiologie

Deux principales causes représentent environ 90% des cas d'IC :

- L'athérosclérose coronaire à l'origine d'un infarctus du myocarde
- L'hypertension artérielle (HTA)

Autres causes :

- Les pathologies valvulaires.
- Les cardiomyopathies primitives.
- Les cardiopathies toxiques (alcool, chimiothérapie, etc.).

Plus rarement : myocardites virales, cardiopathies congénitales, cardiomyopathies secondaires à des maladies générales (amylose, sarcoidose, etc.), cardiomyopathie du péripartum, cardiomyopathie rythmique, IC à débit élevé, IC droite secondaire aux maladies pulmonaires chroniques, à l'HTA pulmonaire.

Physiopathologie

Les symptômes typiques les plus souvent rencontrés sont :

- L'essoufflement au repos et/ou à l'effort (= dyspnée).
- L'impossibilité de dormir allongé (= orthopnée).
- La fatigue.
- L'œdème des membres inférieurs.

L'échographie cardiaque permet de mesurer la fraction d'éjection (FE) et de distinguer l'IC à FE altérée (<50%) et l'IC à FE préservée.

Epidémiologie

En France, la prévalence de l'IC est d'environ 2,2% de la population, soit plus d'un million de personnes.

Prévalence accrue avec l'âge.

POUR EN SAVOIR PLUS

Référence valide

- *Recommandations Européennes de l'European Society of Cardiology (ESC) (2012)*

Ouvrage

- *L'insuffisance cardiaque, le cœur à bout de souffle*, Pr JUILLIERE, Dr CUZIN, Ed La Martinière
- *L'insuffisance cardiaque (2ème édition)*, Pr Alain COHEN-SOLAL, Ed Elsevier Masson 2006

Sites

- www.sfcadio.fr
- www.fedecardio.com
- www.heartfailurematters.org (page en français)
- www.has-sante.fr (guide de parcours de soins juin 2014)
- <https://pro.anses.fr/TableCIQUAL/PH01.htm>

LES AUTEURS

- Aude Mouriès, Libérale Paris
- Véronique Guichard, CH Metz
- Sylvie Detrigne, Libérale en Manche
- Valentine Roussel, Rennes
- Emilie De Haro, CHU Toulouse
- Hélène Guibert, CHU Nantes
- Hélène Bely, CHU Bordeaux
- Gwénola Corbin, Lorient
- Christine Freyermuth, Besançon
- Claudine Lajous, CH Rennes
- Florence Verry, HIA du Val de Grâce, Paris 5^{ème}
- Clotilde Guillaum, CH Lorient
- Audrey Boyer, Hôpital de Manosque
- Annette Ciotte, CHU Clermont Ferrand
- Delphine Franck, Libérale, Alsace

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE PAR

Une prescription médicale ou un protocole validé puisque la prise en charge est thérapeutique.

BILAN DIÉTÉTIQUE

C'est l'analyse du recueil de toutes les données (a, b, c) qui permet par le raisonnement clinique de cibler les erreurs nutritionnelles de l'individu ou d'une population et leurs causes afin de formaliser un diagnostic diététique..

a) Recueil d'informations

Données cliniques et biologiques

Clinique

Age, ancienneté de l'insuffisance cardiaque (1ère décompensation), étiologie (rythmique, ischémique, valvulaire, hypertensive, héréditaire, toxique : alcool et tabac notamment)

Existence d'un dispositif implantable (PM, DAI) : si oui, pas d'impédancemétrie car risque d'interaction avec les dispositifs

Facteurs de risque cardiovasculaires et autres pathologies associées : diabète, obésité, dénutrition, insuffisance rénale, dyslipidémie

Symptômes : essoufflement, œdèmes, grande fatigue, sommeil perturbé, etc.

Classification NYHA (New York Heart Association)	
	Gêne fonctionnelle
CLASSE 1	Pas de limitation de l'activité physique. L'activité physique habituelle n'engendre pas de fatigue exagérée, de palpitations, de dyspnée ni de douleurs angineuses.
CLASSE 2 IC légère à modérée	Limitation modérée de l'activité physique. Absence de symptôme au repos, mais l'activité physique entraîne fatigue, palpitation, dyspnée ou douleurs angineuses.
CLASSE 3 IC modérée à sévère	Limitation marquée de l'activité physique. Absence au repos de symptôme, mais une activité physique inférieure à la normale entraîne fatigue, palpitations, dyspnée ou douleurs angineuses.
CLASSE 4 IC sévère	Impossibilité d'effectuer toute activité physique sans gêne. Les symptômes d'IC ou d'angor existent parfois même au repos. La gêne est augmentée par toute activité physique.

Historique du poids

Poids de forme, poids avec ou sans œdèmes, poids de sortie sans œdèmes.

Mode de vie

Addictions (tabagisme, alcool).

Situation familiale et socio professionnelle (profession, activités, loisirs, etc.).

Projet de vie, présence de l'entourage ou des aidants.

Niveau d'activité physique.

Biologique

Ionogramme (natrémie, kaliémie).

Créatinine.

BNP (peptide natriurétique de type B) ou NT-ProBNP.

Et selon les situations : Glycémie, HbA1c, Albumine, Préalbume, CRP, Bilan lipidique.

Traitements médicamenteux pour l'insuffisance cardiaque :

L'IC nécessite un traitement au long cours, et le plus souvent à vie.

Certains médicaments sont destinés à soulager les symptômes, à améliorer la qualité de vie, et pour certains à améliorer le pronostic à long terme de l'insuffisance cardiaque (IEC, Bêta-bloquants, ARA II, diurétiques, anti-aldostérone, digoxine et dérivés nitrés).

D'autres médicaments peuvent être prescrits pour traiter les maladies cardio-vasculaires associées à l'insuffisance cardiaque (anti-agrégants plaquettaires, statines, anti-coagulants oraux).

Certains comprimés effervescents (environ 1g de sel/comprimé) présentent une contre-indication médicamenteuse à cause de la présence de sel.

Le sel de régime (ou sel de potassium) nécessite une prescription médicale.

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque

b) Estimation des besoins

L'estimation des besoins nutritionnels sera réalisée à partir d'un outil de référence (cf. Fiche pratique « Besoins nutritionnels »)

c) Evaluation des consommations, des habitudes alimentaires et des compétences d'auto soins

L'évaluation doit permettre de cibler :

- la consommation de sel : aliments riches en sel et sel ajouté (excès ou restriction excessive),
- l'apport hydrique : volume total et boissons alcoolisées,
- la fréquence des repas pris à l'extérieur,
- la connaissance des risques et conséquences d'une alimentation trop salée pour repérer les risques de décompensation,
- la reconnaissance des aliments salés et sans sel,
- la notion d'autonomie et capacité à se prendre en charge pour la préparation et le choix des aliments,
- l'apport énergétique et protidique,
- le choix des matières grasses, uniquement en cas d'IC d'origine coronarienne, et selon l'âge du patient,
- le vécu et la représentation de la maladie, du traitement, de l'alimentation.

LE DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apports excessifs/restrictifs/incohérents en sodium (Na) et en liquides.

ou

Consommation excessive/restrictive/incohérente en aliments riches en sel.

En lien avec

- un manque de connaissance sur la pathologie et des signes d'alerte de décompensation cardiaque,
- un manque de connaissance sur les aliments riches en sel,
- un changement de goûts, d'habitudes alimentaires : perte d'autonomie, situation précaire, manque de savoir-faire culinaire,
- des croyances alimentaires,
- un manque de volonté de contrôler le sel.

Se manifestant par

- une perturbation des données biologiques,
- la présence d'œdèmes, une prise de poids rapide,
- la présence d'une autre pathologie associée,
- la détérioration de la qualité de vie.

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque

LE PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Négocié avec la personne et le médecin prescripteur

A - Objectifs de soin diététique

Objectifs généraux

- Assurer un apport nutritionnel correspondant aux besoins du patient, en tenant compte de ses habitudes de vie (dimension sociale, culturelle et hédonique de l'alimentation).
- Eviter la rétention hydro-sodée.
- Eduquer le patient pour prévenir le risque de complications aiguës.
- Prévenir la dénutrition.

Objectifs spécifiques

- Adapter ses apports sodés et hydriques.
- Surveiller son poids.
- Limiter ou supprimer ses apports en alcool selon l'étiologie de l'IC.
- Maintenir le plaisir de manger.

B - Programme de soin diététique

Préconisations Diététiques

Elles varient selon l'âge, les comorbidités, la sévérité et l'ancienneté de l'insuffisance cardiaque de la personne soignée.

1. Apport sodé

Selon la prescription médicale, il varie de 4 à 6gde sel/jour soit 1600 à 2400mg de sodium/jour (y compris le sodium naturel des aliments). Attention une ration sodée trop stricte peut être anorexigène. Il faut tenir compte de la consommation initiale, de l'âge, de l'état de santé du patient et de la gravité de l'IC.

2. Apport hydrique

Il se situe entre 1l et 1,5l/jour, à adapter :

- en fonction de certaines situations (gastroentérite avec vomissements et diarrhées, activité physique, chaleur excessive, fièvre et habitudes antérieures).
- en fonction de la natrémie (il peut être plus strict selon la prescription médicale, en général pendant une durée limitée).

3. Apport en alcool

En cas de cardiopathie toxique liée à l'alcool, l'abstinence complète est demandée. Sinon, la modération est recommandée : 1 unité d'alcool/jour pour une femme et 2 unités d'alcool/jour pour un homme.

4. Apports en protéines et en calories :

Il doit être adapté en fonction de l'état nutritionnel.

5. Apports en aliments cardio-protecteurs :

Pour les patients coronariens âgés de moins de 75 ans, il faut s'assurer que :

- Les oméga 3 soient suffisants.
- Les graisses saturées soient contrôlées.
- Les aliments antioxydants soient satisfaisants.

Planification des actions

1. Vérification en institution d'une commande de repas adaptée et contrôlée en sel.
2. Education nutritionnelle de la personne soignée et/ou de son entourage, ciblée sur les apports sodés, hydriques et alcooliques dans le respect d'une ration équilibrée.
3. Remise de documents personnalisés (répartition, équivalences, choix des aliments, recettes, etc.).
4. Proposition et participation à des ateliers éducatifs.

Cas particulier de l'éducation thérapeutique nutritionnelle (ETP) dans le cadre d'un programme validé

Il s'agit de construire une alliance thérapeutique avec la personne soignée, de lui apporter des connaissances, un savoir faire et un savoir être, en tenant compte de ses attentes :

1. Réalisation d'un bilan éducatif partagé au cours d'un entretien individuel, pour identifier les besoins et les attentes de la personne soignée.
2. Négociation avec la personne soignée des changements d'habitudes alimentaires et des modalités de leur mise en œuvre. Les changements doivent être réalistes et limités à 3 au maximum.
3. Présentation du programme d'apprentissage à la personne soignée et à son entourage.
4. Elaboration avec la personne soignée, de son parcours de soin, du programme éducatif, selon ses besoins et les compétences à acquérir, dans un délai négocié.
5. Inscription avec le consentement de la personne soignée au programme d'ETP.
6. Planification des rendez-vous de suivi avec la personne soignée : bilan et évaluation des actions mises en œuvre, réajustement si nécessaire.

C- Suivi et évaluation des objectifs et des actions

1. Réévaluation des consommations et du comportement alimentaire.
2. Suivi du poids : au moins 3 fois par semaine.
3. Vérification de l'acquisition des connaissances et des compétences.

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé du soin diététique

Il comprend le motif de la prise en charge, l'atteinte des objectifs et les actions restant à conduire ainsi que l'intitulé des documents remis à la personne.

Documents réalisés

REMIS AU PATIENT	REMIS AUX PROFESSIONNELS
Liste des actions à mettre en œuvre par la personne, complétée selon ses besoins par des informations d'ordre : - nutritionnel : répartition et conseils alimentaires, teneur en sel des aliments les plus riches, équivalences en sel - culinaire : recettes, mode de cuisson, utilisation des épices et aromates, etc. - organisationnel : achats de denrées spécifiques, adaptation du portage des repas à domicile	Courriers aux professionnels impliqués dans le soin diététique.

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque

ANNEXE

EQUIVALENCES EN SEL

Ces équivalences sont données à titre indicatif et ne dispense pas les diététiciens de réactualiser ces données en fonction de la lecture des étiquettes.

1 part = 1 gramme de sel de table
= 1 gramme de NaCl (Chlorure de Sodium)
= 400 mg de Na⁺ (Sodium)

- 80g pain salé ou 8 biscottes salées à 10g
- 80g de pain de mie
- 60 à 80g de céréales petit déjeuner
- 100g brioche ou 1 viennoiserie
- 100g biscuits type Petit Beurre
- 50g de jambon blanc ou blanc de poulet
- 20g de jambon cru
- 50g de merguez ou saucisse
- 20g de saucisson sec, de salami, de rosette, de chorizo
- 50g de boudin noir
- 50g de pâté ou de mousse de foie ou de rillettes ou de foie gras
- 30g à 40g de fromage (en moyenne)
- 25g de roquefort (ou autre fromage à pâte persillée)
- 50g de fromage à pâte molle (type camembert) ou fromage fondu
- 80g de fromage à pâte pressée cuite (type emmental)
- 6 huîtres sans l'eau de mer
- ½ L de moules ou de coques cuites sans sel et sans l'eau de mer
- 100g net de crabe ou de langoustine cuits sans sel
- 125g de thon en conserve
- 200g net de noix de Saint-Jacques cuites sans sel
- 125g de sardines en conserve
- 30g de saumon fumé
- 150 à 200g de légumes en conserve égouttés
- 125 ml de potage de légumes du commerce (en brick ou en sachet)
- 3 olives noires ou 5 olives vertes
- 30g de chips
- 1 cuillère à soupe rase (15g) de moutarde ou de ketchup

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque aigüe

MOTIF DE LA PRISE EN SOIN

Prescription du cardiologue du service pour une alimentation peu salée (6 grammes de sel) chez un patient présentant une insuffisance cardiaque aigüe.

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil d'informations

Données générales et spécifiques, compétences d'auto soin, représentations

1 cp bisoprolol 2.5mg
1 cp spironolactone 25 mg
1 diffu K 600mg
1 cp rosuvastatine 80mg
2 cp coumadine

Estimation des besoins nutritionnels

Apports énergétiques

35 kcal/kg de poids actuel / jour soit 2625 kcal/jour (10.9 MJ/j).
Besoins= DER X 1.2 X 1.2 (selon les formules de Harris et Benedict ajusté).

Evaluation des consommations et des habitudes alimentaires

Bilan alimentaire

Consommation d'aliments salés : pain : 150g/j, fromage : 40g/j, charcuteries : 2 à 3 fois/semaine, plats élaborés du commerce : 3 fois/semaine car est seul le midi à la maison sa femme travaille, potage du commerce : 3 fois/semaine, fruits de mer : 1 fois/semaine.

Le sel utilisé dans la cuisine évalué à 2g/j.

L'apport énergétique avant hospitalisation évalué à 2300 Kcal/jour.

Les apports sodés sont évalués à 10-11 g sel/jour.

La consommation de boissons alcoolisées à 3 verres de vin/jour (réduite depuis 2 mois).

N'aime pas la viande rouge, consomme peu de viande blanche. Aime bien le poisson.

Repas pris à l'extérieur assez rares sauf pendant les vacances.

Cuisine faite en général au beurre, parfois à l'huile d'olive.

Son cardiologue lui a déjà conseillé de manger moins salé il y a quelques mois.

Reconnait les aliments salés et sans sel.

Est très soutenu par son épouse, elle est prête à adapter sa façon de cuisiner.

Trouve un peu difficile l'alimentation peu salée de l'hôpital, perte d'appétit importante en lien également avec une très grande fatigue.

Prise en charge diététique pendant l'hospitalisation

J0 à J10 : menu à 6 g NaCl/jour dont 2 g de NaCl en sachets, apports hydriques libres (antécédents d'intoxication alcoolique).

Représentations et compétences d'auto-soins.

Ses difficultés

Très grande fatigue nécessitant la participation active de son épouse à la confection des repas.

Consommation d'alcool difficile à évaluer car déni d'une dépendance.

Ses ressources

Prend conscience de l'intérêt d'une bonne hygiène alimentaire.

Epouse qui va s'investir davantage dans la préparation des repas.

DIAGNOSTIC DIETETIQUE

Apports en sodium excessifs (10 à 11g/jour) par rapport aux recommandations dans le cadre d'une 'insuffisance cardiaque en lien avec des conseils insuffisants concernant l'alimentation contrôlée en sel et une consommation encore importante d'aliments riches en sel se manifestant par une prise de poids de + 6kg en 1 semaine (œdèmes), des marqueurs biologiques perturbés (NTproBNP), une asthénie et une perte d'appétit.

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque aigüe

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Objectifs de soin diététique

Objectifs généraux

- Eviter la rétention hydro-sodée
- Assurer un apport nutritionnel correspondant aux besoins du patient
- Prévenir la dénutrition
- Eduquer le patient pour éviter tout risque de complications

Objectifs spécifiques

- Adapter ses apports sodés et hydriques.
- Surveiller son poids.
- Alcool : l'abstinence est recommandée, l'alcool pouvant être un facteur aggravantMaintenir le plaisir de manger

Préconisations diététiques

Alimentation normo énergétique, contrôlée en sodium.

Apport sodés

6 g de NaCl par jour.

Attention une ration sodée trop stricte peut être anorexigène.

Apport hydrique

Pas de restriction hydrique.

Apport en alcool

Sevrage alcoolique complet.

Apports en protéines et en calories : Normo-énergétique, normo-protidique

Apports en aliments cardio-protecteurs

S'assurer que :

- Les oméga 3 soient suffisants.
- Les graisses saturées soient contrôlées.
- Les aliments antioxydants soient satisfaisants

Programme de soin diététique = Actions mises en place

- Mise en place d'une commande de repas adaptée (alimentation contrôlée en sel, normo protidique, nature des MG, sans boisson alcoolisée)
- Education nutritionnelle de la personne soignée et de son épouse, ciblée sur les apports sodés et alcooliques dans le respect d'une ration équilibrée.
- Remise de documents personnalisés (répartition, équivalences, choix des aliments, recettes, etc.).
- Proposition et participation à des ateliers éducatifs (en hospitalisation ou en externe à définir).
- Proposition d'un réentraînement cardiaque en centre spécialisé.

Suivi et évaluation

Réévaluation des consommations et du comportement alimentaire.

Suivi du poids : 1 fois par jour pendant la période en soins intensifs.

Surveillance de l'évolution des œdèmes (ionogramme).

Surveillance de l'albumine et pré-albumine pour déceler une éventuelle dénutrition (au bout de quelques jours après régression des œdèmes).

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque aigüe

SYNTHÈSE

Résumé du soin diététique

Patient pris en charge dans le cadre d'une première décompensation cardiaque avec pour objectifs majeurs la fonte des œdèmes et la normalisation du bilan biologique.

Une éducation nutritionnelle (équilibre alimentaire, aliments à éviter, modes de cuisson à privilégier, alcool...) a été mise en place en séance individuelle.

On note chez le patient coopératif, motivé et soutenu par son épouse une amélioration sensible des signes cliniques qui a permis son transfert vers un centre de réadaptation cardiaque au bout de 10 jours.

Une surveillance du poids 3 fois/semaine reste cependant nécessaire avec une alerte médicale si la prise de poids est supérieure ou égale à 2 Kg en quelques jours.

Documents réalisés

REMIS AU PATIENT	REMIS AUX PROFESSIONNELS
Un rappel des actions négociées avec lui et des conseils personnalisés d'ordre : - nutritionnel : teneur en sel des charcuteries, fromages ; équivalences en sel, teneur et qualité des graisses, etc. - alimentaire : choix des huiles, fréquence de consommation, choix des produits du commerce. - culinaire : recettes, modes de cuisson, utilisation des épices et aromates, etc. - organisationnel : achats des denrées, planification des repas, etc., en évitant des listes d'aliments interdits.	Courriers aux professionnels impliqués dans le soin diététique (médecin, kiné, centre de rééducation).

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque chronique

MOTIF DE LA PRISE EN SOIN

Prescription médicale pour évaluer l'apport en sel dans un but de diagnostic d'une 2^{ème} décompensation cardiaque.

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil d'informations

Données générales et spécifiques, compétences d'auto soin, représentations

Monsieur J âgé de 54 ans est ré-hospitalisé pour décompensation cardiaque.

Patient insuffisant cardiaque depuis 3 ans suite à un Infarctus du Myocarde (IDM) important, coronarien avec FE à 30 % et une hypercholestérolémie traitée.

A l'entrée aux urgences cardiologiques.

Symptômes : essoufflements récents et apparitions d'œdèmes brutaux.

Classification NYHA : stade I habituellement, mais à l'arrivée dans le service : stade III.

Histoire du poids

Poids de forme : 69 kg pour 1,75 m.

Poids à l'entrée dans le service : 72 kg.

Poids à la sortie du service : 68 kg (perte de l'appétit et assèchement).

Mode de vie

Patient informaticien marié depuis 30 ans, 3 enfants.

A déjà suivi un stage en réadaptation cardiaque à la suite de son IDM avec mise en place d'un programme éducatif concernant l'alimentation contrôlée en sel, cardio-protectrice et la reconnaissance des signes d'insuffisance cardiaque.

Il marche 2 à 3 fois / semaine et va travailler en vélo 15 min à son rythme.

Bilan biologique

Ionogramme : natrémie et kaliémie normales.

Créatinémie normale.

Bilan lipidique : maîtrisé sous statine.

NT pro BNP : 1000pg/ml (normale = entre 15 et 125 pg/ml) ou BNP DXI : 800 pg/ ml.

(normale de 0 à 100 pg/ml).

Remarque : ces 2 marqueurs sont spécifiques de la décompensation cardiaque, plus ils sont élevés, plus la décompensation est importante.

Traitements médicamenteux

Diurétiques, bêtabloquants, IEC, statines et antiagrégants.

Estimation des besoins nutritionnels

La prescription médicale est de 6 g de sel et de 1,5 l de liquides / jour.

Evaluation des consommations et des habitudes alimentaires

Suite au programme éducatif, monsieur J. sait habituellement :

- gérer ses repas au travail et, son épouse ceux au domicile sans dépasser les 6 g de sel,
- reconnaître les aliments salés,
- se méfier du sel d'ajout,
- contrôler les liquides et les boissons alcoolisées,
- surveiller son poids de façon hebdomadaire,
- s'inquiéter d'une prise rapide de 2 kg,
- choisir des graisses cardioprotectrices.

Etant suivi régulièrement par son médecin traitant et son cardiologue, l'évolution étant satisfaisante, son poids stable, son bilan lipidique maîtrisé, monsieur J. n'a pas jugé important de surveiller son alimentation lors du week-end prolongé pour le baptême de son petit-fils. Il n'a pas pris de précautions particulières durant ces 3 jours, notamment le jour J avec un menu d'exception évalué à 15-16 g de sel (biscuits apéritifs, petits fours, 12 huîtres, foie gras, rôti de bœuf sauce mère, fromage, pain).

De plus les apports en liquides ont été majorés du fait des apéritifs et divers vins proposés au repas.

La prise en soin d'un adulte atteint d'une Insuffisance Cardiaque chronique

DIAGNOSTIC DIETETIQUE

Consommation excessive de sel et de liquides ponctuelle par rapport à la prescription médicale initiale **en lien avec** un événement familial **comme en témoigne** l'apparition brutale d'œdèmes.

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Objectifs de soin diététique

Repréciser au patient :

- Le contrôle des repas d'exception.
- Les conséquences du cumul des aliments salés.
- Les excès de liquides et d'alcool.

Pour éviter toute nouvelle décompensation cardiaque dont l'origine correspond à des écarts hydriques et sodés.

Préconisations diététiques

Ne pas dépasser 6g de sel quelques soient les circonstances.

Limiter les liquides à environ 1.5 litre.

Programme de soin diététique = Actions mises en place

- Re-expliquer la ration à 6 g de sel avec le patient.
 - Revoir les équivalences en sel.
 - Revoir l'estimation des quantités liquidiennes.
- Au besoin lui redonner des documents s'il n'a pas conservé les siens.

Suivi et Evaluation

Mettre le patient en situation :

- Lui demander de repérer les aliments salés dans des exemples de menus de fêtes
- Lui demander de faire un choix d'aliments ne dépassant pas les 6g.
- Evaluer le volume des verres consommés

SYNTHÈSE

Résumé du soin diététique

Patient pris en charge pour décompensation cardiaque suite à des écarts lors d'un weekend festif où il n'a pas jugé bon de suivre son régime pauvre en sel.

L'objectif a été de rappeler l'importance du régime pauvre en sel et que tout écart franc même pour des événements exceptionnels est à éviter et de revoir le taux de sel contenu dans les aliments.

Documents réalisés

Compte rendu de la prise en charge diététique déposé dans le dossier de soins.

Transmissions du résumé de soin diététique au médecin pour la lettre de sortie.

Eventuellement redonner une répartition et les équivalences en sel, si le patient n'a pas conservé ses documents.

La prise en soin d'une personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque

MOTIF DE LA PRISE EN SOIN

Prescription du cardiologue du service pour éducation thérapeutique chez une patiente atteinte d'insuffisance cardiaque diagnostiquée il y a 3 ans.

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil d'informations

Données générales et spécifiques, compétences d'auto soin, représentations

Madame O âgée de 85 ans

Environnement social : vit seule depuis 4 ans, à son domicile. Deux enfants à proximité et assez présents : sa fille lui fait les courses chaque semaine et son fils l'invite à manger tous les dimanches, Bénéficie d'une aide à domicile pour la cuisine, le midi.

Activité physique faible, elle ne sort plus beaucoup de chez elle, est vite essoufflée.

Hospitalisée, comme chaque année à cette période, fin mars, pour surinfection bronchique avec décompensation cardiaque et œdèmes des membres inférieurs.

ATCD médicaux

Diabète de type 2 depuis 15 ans, non suivi par un diabétologue, traité sous ADO.

Insuffisance cardiaque avec première décompensation cardiaque il y a 3 ans.

Données anthropométriques

Poids d'admission (fin mars) avec œdèmes = 82 kg, Taille = 1.62 m .Calcul de l'IMC non fiable. Poids habituel : 80 kg (janvier)→IMC : 30. Dernier poids connu : 76 kg (février)→IMC : 29 ; Poids de sortie (début avril) sans œdèmes : 75 kg→IMC : 28,5.

Histoire du poids

Poids stabilisé à 80 kg depuis des années jusqu'en janvier de cette année. Poids en février chez son médecin : 76 kg →perte de poids de 4 kg en 1 mois liée à une perte d'appétit Déficit pondéral de 5% en 1 mois. Poids en mars chez son médecin : 82kg → Prise de poids rapide de 6 kg liée à la présence d'œdèmes, en l'espace de 15 jours.

Bilan biologique

Albuminémie 27g/ (faussée par œdèmes), Hyponatrémie, bilan Nt/Pro BNP élevé, légère dégradation de la fonction rénale. Les autres bilans biologiques sont dans les normes (K+, glycémie et HbA1c).

Bilan échocardiographique

FE 40%.

Classification NYHA : stade 3.

Estimation des besoins nutritionnels

Selon les recommandations de la HAS Insuffisance cardiaque de la personne âgée et dénutrie :

Apports énergétiques : 30kcal/kg de poids habituel sec/jr soit 1950 kcal/jr (11.76 MJ/j).

Protéines : 1,2 à 1.5g/kg de poids habituel sec/ jour soit 90 à 100g/j soit 19% AET.

Apports glucidiques adaptés.

Evaluation des consommations et des habitudes alimentaires

Consommations moyennes sur une semaine :

10g de sel/jr, 2,5 litres de liquides/jr, 1500 kcal et 70g de protides.

- Utilisation de sel ou aides culinaires : l'aide-ménagère ajoute des bouillons cubes dans ses préparations, Mme O rajoute du sel si le plat lui paraît fade.
- Consommation d'aliments salés : 30 g de fromage midi et soir, 40g de charcuteries diverses le soir, un bol de 250mL de potage en brique le soir, 40g de pain par repas.
- Apports hydriques et consommation d'alcool : se force à boire 2 L d'eau/jr car sa famille trouve qu'elle ne boit pas assez. Un bol de café et un bol de potage le soir. Boit un verre de vin le dimanche, chez son fils.
- Fréquence repas pris à l'extérieur : 1*/semaine le dimanche en famille, rarement au restaurant.
- Gestion des repas de fêtes : Son fils ne fait pas de repas à part pour sa mère.
- Façon de cuisiner : l'aide-ménagère utilise peu d'épices.
- Goût/appétit : présente un dégoût pour la viande, mange moins depuis 2 mois, et encore moins depuis une semaine.

La prise en soin d'une personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque

Compétences d'auto soin, représentations

Surveillance du poids : la patiente ne se pèse que chez son médecin.

Connaissance des risques et conséquences d'une alimentation trop salée :

La patiente ne se souvient plus des conseils donnés l'an dernier sur la restriction hydro sodée. Elle avait été vue seule, juste avant sa sortie, sans présence de la famille.

La patiente ne pense pas manger trop salé, car elle rajoute selon elle « peu » de sel. Elle pense que comme elle a des diurétiques pour uriner, elle doit compenser en buvant plus.

DIAGNOSTIC DIETETIQUE

Apports protéino-énergétiques insuffisants (1500kcal et 70g protéines) selon les recommandations HAS et excessifs en sel et en liquides dans le cadre d'une IC en lien avec une perte d'appétit récente et des croyances erronées sur les aliments de la part de la patiente et de son entourage comme en témoignent un déficit pondéral de 5% en 1 mois et la présence d'œdèmes.

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Objectifs de soin diététique

- 1 - Réguler la rétention hydrosodée.
- 2 - Assurer un apport protéino-énergétique suffisant pour prévenir la dénutrition.
- 3 - Eduquer la patiente et son entourage tout en maintenant le plaisir de manger pour favoriser son adhésion.
- 4 - Evaluer son autonomie au soin nutritionnel.

Préconisations diététiques

AET : 1950 kcal/j

90 à 100 g/j de protéines selon les reco HAS de la personne âgée dénutrie.

Apport en sel : 6 g / jour selon la prescription médicale.

Apport hydrique : 1,2 L / jour pendant l'hospitalisation → 1,5 L à domicile.

Programme de soin diététique = Actions mises en place

- 1 - Mise en place d'une alimentation contrôlée en sel à 6g par jour avec utilisation d'équivalences à 1 g de sel ou ajout de 1g de sel par repas, selon les préférences. Apports hydriques limités à 0,75cL d'eau/jour + une tasse de café le matin et un bol de potage le soir.
- 2 - Repas contrôlés en glucides, enrichis en protéines et en calories avec potage enrichi le soir et essai de compléments nutritionnels oraux (CNO) aux repas (sous forme de crèmes, de compotes ou de liquides lactés ou fruités).
- 3 - Education nutritionnelle en chambre :
 - information de la patiente et de son entourage sur le soin nutritionnel lié à l'IC, les complications éventuelles et comment les prévenir par l'alimentation et la surveillance du poids,
 - enrichissement en protéines si le dégoût pour la viande persiste et/ou proposition d'une prescription médicale de CNO à la sortie au domicile.

Suivi et Evaluation

- Suivi du poids par une pesée quotidienne.
 - Suivi de la restriction hydro sodée à l'aide d'un tableau récapitulatif mentionnant les liquides consommés au fur et à mesure de la journée et leurs volumes.
 - Evaluation de la compliance, de l'autonomie et des connaissances de la patiente avant la sortie.
 - Proposition de codage du niveau de sévérité de la dénutrition (T2A).
 - Codification du diagnostic Z 71.3 (conseils diététiques) selon le PMSI ou le CSARR.
 - Proposition d'un suivi dans un réseau d'insuffisance cardiaque en lien avec le service.
- Évaluation à domicile par le réseau, à 14 jours, à 1 mois puis tous les 3 mois : la prise en soin sera à ajuster en fonction des résultats de l'évaluation.

La prise en soin d'une personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque

SYNTHÈSE

Résumé de soin diététique

Patiente prise en charge pour prise de poids rapide de 7 kg en 15 jours dans le cadre d'une IC en lien avec œdèmes des membres inférieurs. Les objectifs fixés avec la patiente et la famille (qui transmettront ces informations à l'aide-ménagère) ont été de limiter la rétention hydrosodée et de maintenir des apports nutritionnels corrects par :

- une alimentation limitée en sel et en liquides,
- une alimentation enrichie en calories et protéines,
- une surveillance plus régulière du poids.

Education nutritionnelle réalisée auprès de la patiente et de ses enfants et coordination avec un réseau (à nommer) pour le retour à domicile. Coordonnées téléphoniques pour complément d'information si besoin.

Documents réalisés

Transmissions du résumé de soin diététique au médecin pour la lettre de sortie.

Préconisation de CNO à domicile pour prescription médicale.

Brochure d'information générale sur l'insuffisance cardiaque (dans le service).

Documents personnalisés sur l'alimentation et l'insuffisance cardiaque : les aliments salés, les équivalences, les épices, le tableau récapitulatif des liquides, des menus types ou une répartition personnalisée, une liste d'aliments pauvres en sel ou allégés en sel dans le commerce, etc.