

**Voorlopig en onder
voorbehoud van
definitieve vertaling.**



Vernieuwde reanimatierichtlijnen 2010

een aanzet tot korte Nederlandstalige synthese van de summary ,

meer info <http://www.cprguidelines.eu/2010/>

Uitwendige Hartmassage (UHM) dient minimaal (nog minder dan vroeger) onderbroken. Er wordt hierbij ook bvb voortgedaan tijdens het laden van defibrillatoren, niet langer dan vijf seconden onderbreken bij het defibrilleren. Veiligheid blijft belangrijk maar het risico v rechtstreeks contact met een patiënt die gedefibrilleerd wordt wordt afgezwakt (zeker met handschoenen aan).

BLS:

- het belang v telefoon-instructies en implementatie CPR wordt onderstreept
- niet geoefende hulpverleners verstrekken enkel UHM, geoefende hulpverleners trachten ook te ventileren
- hulpmiddelen, toestellen die feedback geven over de kwaliteit v d reanimatie worden meer aangemoedigd in gebruik

(voor alle duidelijkheid... de 30/2 –sequenties blijven aangehouden)

AED / Defibrillatie / Cardioversie en Pacing

- Steeds direct analyseren en desgevallend dadelijk defibrilleren. Er dient niet meer gemasseerd te worden bij een hartstilstand die niet getuigd werd en waar er geen UHM werd verstrekt voor aankomst en opstart procedure.
- in de OK en Cathlab –setting kunnen 3 direct na elkaar defibrillaties overwogen worden bij getuigde arrests
- verdere ontwikkeling v AED-programma 's wordt aanbevolen (publieke en residentiële gelegenheden)

ALS

- het belang v vroegtijdige detectie v patn die ernstig achteruit gaan wordt aanvullend beklemtoond (EWS !)
- de precordiale slag wordt niet meer aanbevolen
- atropine wordt niet meer gebruikt in de reanimatie-schema 's (asystolie en PEA)
- na de derde defib:
 - o adrenaline 1mg om de 3 tot 5 minuten
 - EN
 - o 300mg Amiodarone
- de endotracheale toegangsweg voor medicatie tijdens reanimatie wordt verlaten => nog enkel IV of intra-osseus
- er wordt minder sterk accent gelegd op (vroegtijdige) endotracheale intubatie
- capnografie wordt in stijgende mate aanbevolen (vooral ter bevestiging v d correcte positionering ET)
- specifiek aangepaste behandelprogramma's brady (Atropine, pacing e.a.) en tachy-cardie (// breedte en regelmaat)
- erkenning v d mogelijkheden ultrasone toepassing (onderzoek) tijdens ALS
- de gevaren v hyperoxemie na ROSC (terugkeer v d spontane circulatie) worden onderstreept. Asap wanneer zuurstofsaturatie kan gemeten laten we ons bij de zuurstofverstrekking door deze parameter aansturen vr de zuurstofdosering (streefwaarde 94-98% SaO₂)
- sterker accent op 12-lead ECG
- er wordt duidelijk geijverd vr een verbeterd zorgbeleid na geslaagde rea:
 - o hypothermie !
 - o geïndiceerde cathlab-interventie
 - o glucose-beleid
- er wordt in toenemende mate getwijfeld aan de voorspellende waarde van voordien aanvaarde uitkomst-voorspellende indicatoren...

ACS = beleid Acuut Coronair Syndroom (beleid hartinfarct en borstkaspijn)

- de term non-STEMI-ACS dekt nu ook de lading instabiele angina pectoris
- voorgeschiedenis, klinisch onderzoek, ECG-criteria, biomarkers en risico-scores kunnen op zich geen voldoende betrouwbaarheid verspreken voor een vroegtijdig ontslagbeleid
- de rol v CPUs (Chest Pain Units) dient verder geklaard
- NSAIDs worden vermeden
- Nitraten mogen niet diagnostisch aangewend
- voorzichtiger zuurstofbeleid ! Niet systematisch o w v risico 's hyperoxygenatie. Enkel bij hypoxie, dyspnoe, longoedeem
- acetyl salicylaten mogen breed toegepast, ook door leken
- herwerkt medicamenteus beleid voor plaatjes en stollingsmedicatie (en voor Gp IIb/IIIa inhibitoren)
- er is een duidelijk gerichter en ruimer cathlab-beleid beschreven !! Nabijgelegen ziekenhuizen mogen hiervoor nu duidelijk voorbereiden

(weloverwogen en samenwerkend strategisch uitgewerkt) en netwerking v ziekenhuizen in deze wordt aanbevolen. PIT!

PLS Pediatric Life Support (kinder en baby -reanimatie)

- er worden vragen gesteld rond de haalbaarheid v h binnen de 10 seconden controleren v d vitale tekens bij deze toepassingsgroep, doch wordt aanbevolen de tijd tot CPR hiertoe proberen te beperken
- leken of geoefende hulpverleners alleen:
 - 30/2
 - twee vinger-techniek bij babies
- geoefende hulpverleners met meerderen:
 - 5 initial breaths / 15/2 hartmassage/breaths
 - twee duimen bij babies
- belangrijk om bij deze verhoogde aandacht te geven (zo mogelijk en respiratoire probleem-basis) op de beademing
- de frequentie v UHM bij deze is +100 tot max 120 /min
- AED blijft in principe geïndiceerd vanaf 1 jaar, maar mag bij uitzonderingsituaties jonger (liefst met toestellen aangepast aan kinderen)

Pasgeborenen

- de klem-navel-tijd w gespecificeerd
- zuurstofverstrekking op geleide van zuurstofmeting (indien ok geen zuurstof extra tijdens cpr, enkel met omgevingslucht voldoende)
- wrap-instructies (onmiddellijk warm inpakken zonder drogen) voor prematuren v minder dan 28 weken
- 3 compr/1 breath –schema blijft bij deze aanbevolen
- wachten met aspireren tot na de geboorte v h hoofdje
- aangepaste adrenaline dosis IV (+/- 20 microgram per kg lich-gew)
- of +/- 75microgram per kg via ET.
- bij deze toepassingsgroep blijkbaar toch nog de endotracheale verstrekkingsweg medicatie toegestaan ?
- ook bij deze toepassingsgroep kan hypothermie-therapie overwogen

Onderricht-instructies CPR

- het CPR-onderricht dient geëvalueerd
- stimuleren v auto-didactische CPR-instructie via PC en video met praktische oefen-combinatie
- burgers proberen zo ruim mogelijk CPR-training te geven
- CPR-vaardigheden nemen af na 3 tot 6 maanden niet meer onderhouden...
Regelmatige oefening is aangewezen
- reanimatie-feedback hulpmiddelen zijn aanbevolen
- consequentere(de)briefing inzake reanimatietechnieken is wenselijk
- meer studie naar het domein van opleiding en patiënten-uitkomst inzake reanimatie

