Een hittegolfprotocol voor woonzorgcentra en huisartsenpraktijken

Haio: JANSSENS Lene , KUL
Promotor: VAN POTTELBERGH Gijs , KUL
Praktijkopleider: Charlier Klaar , Pint Geert

Context: Hittegolven zullen toenemen in frequentie, intensiteit en lengte door de klimaatverandering. Deze periodes van (zeer) hoge temperaturen zijn belastend voor het lichaam dat de thermoregulatie in stand probeert te houden. Zonder voorzorgen en preventieplannen zal de morbiditeit en mortaliteit door hittegolven de komende jaren sterk toenemen.

Onderzoeksvraag: Het doel van deze literatuurstudie is het opstellen van een hittegolfprotocol dat gebruikt kan worden als leidraad tijdens een hittegolf in de huisartsenpraktijk en woonzorgcentra. Bestaande richtlijnen werden samengevoegd en getoetst aan de evidentie die er in de literatuur over te vinden is.

Methode: Relevante studies werden gezocht op Pubmed in juli en augustus 2019. De gebruikte zoektermen waren ‘thermoregulation’ , ‘heat’, ‘dehydration’, ‘heat stroke’ en ‘heat related illness’, ‘heat wave’, ‘prevention’, ‘definition’, ‘environmental heat stress’, ‘heat prevention plan’, ‘risk factors heat wave’, ‘risk population heat wave’ en ‘institutionalized patients’. Per voorgestelde richtlijn werd telkens een bijkomende zoektocht op Pubmed uitgevoerd om de bewijskracht voor deze richtlijn te onderzoeken.

Resultaten: De fysiologie van thermoregulatie wordt toegelicht, alsook de effecten van hitte op het lichaam. De karakteristieken van risicogroepen die vatbaarder zijn voor hittegerelateerde aandoeningen worden besproken. In het tweede deel wordt op basis van de literatuur een hitteprotocol met 16 richtlijnen opgesteld. Een deel hiervan is voornamelijk gericht op woonzorgcentra, het andere deel geeft advies voor in de huisartsenpraktijk. De richtlijnen geven advies rond voeding en vochtinname, structurele aanpassingen, medicatie, kleding, sport en arbeid.

Conclusie: Voor de meeste van de voorgestelde richtlijnen is er voldoende evidentie te vinden in de literatuur. Deze evidentie is echter vooral gebaseerd op theoretische kennis en modellen. Wanneer er toch een gerandomiseerde studie uitgevoerd werd, bestond de onderzoeksgroep vaak uit jonge, gezonde personen. Het is niet duidelijk in welke mate deze aanbevelingen geëxtrapoleerd kunnen worden naar een oudere populatie met vaak meerdere comorbiditeiten. Er is tevens nood aan bijkomende gerandomiseerde studies om te bepalen wanneer een richtlijn in werking dient te treden en om te onderzoeken of bepaalde richtlijnen prioriteit zouden moeten krijgen.