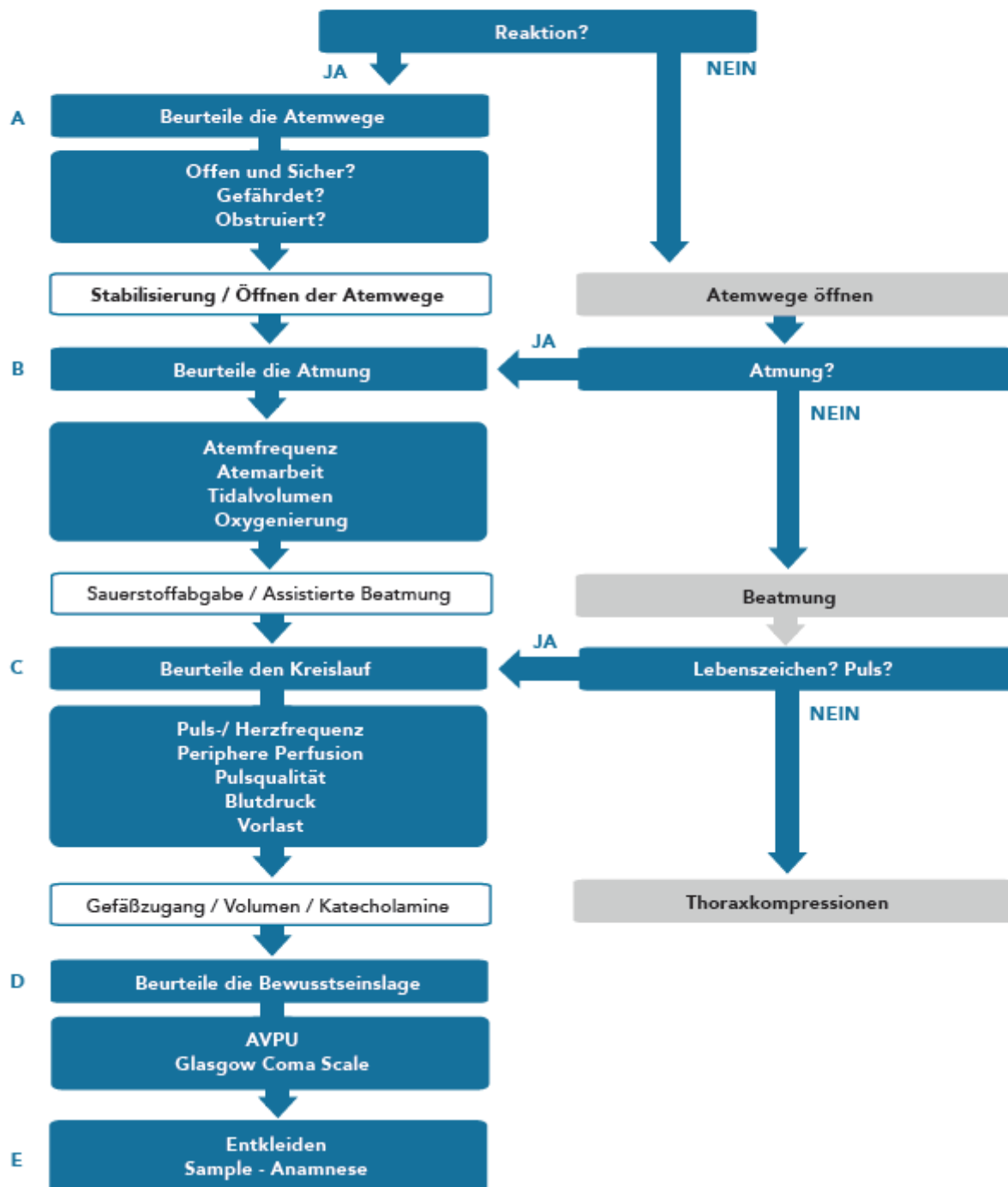


Kinder-Algorithmen

- Behandlung eines kritisch kranken Kindes
- PBLS-Kinder
- EPALS-Kinder
- NLS-Versorgung Neugeborenes
- Fremdkörperaspiration beim Kind

Behandlung eines kritisch kranken Kindes

BEHANDLUNG EINES KRITISCH KRANKEN KINDES

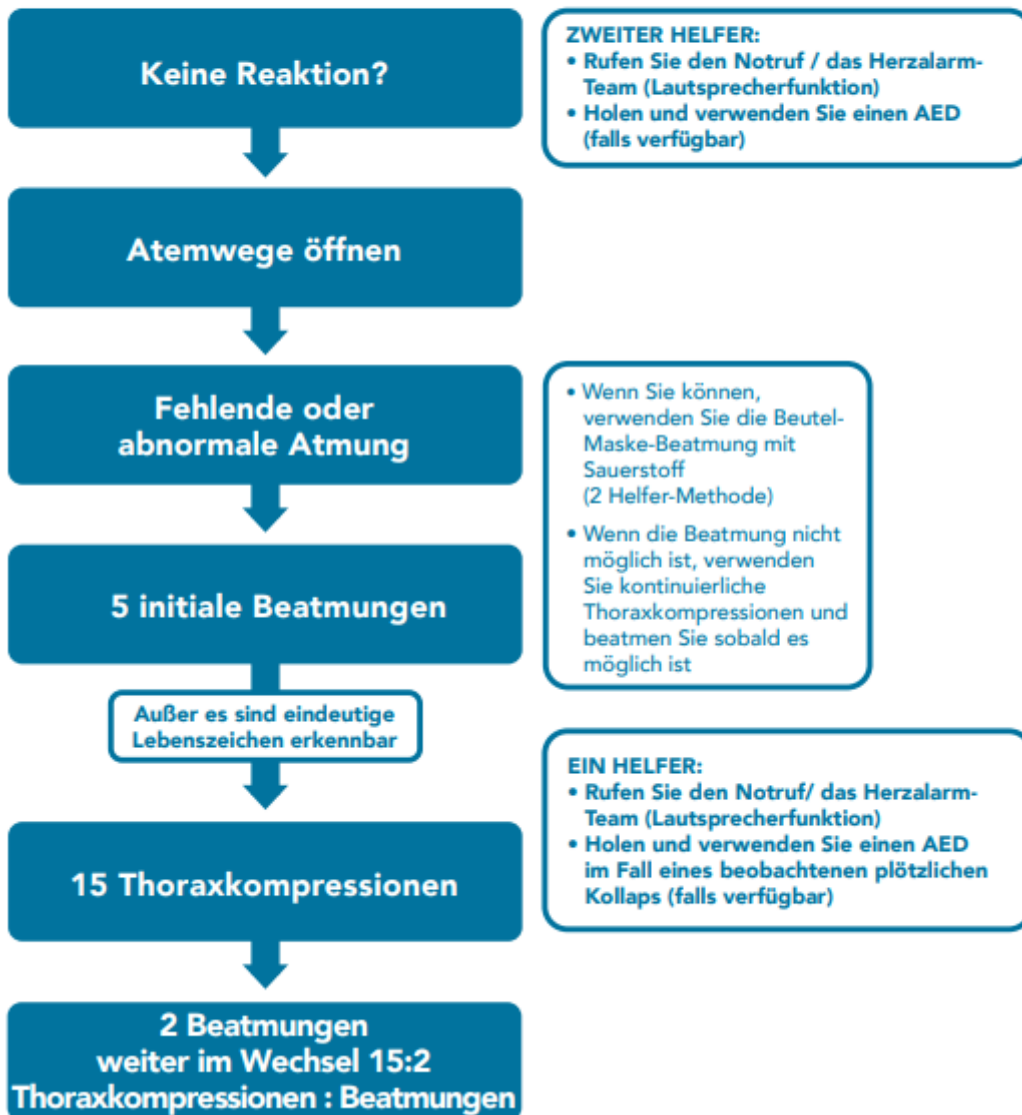


PBLS-Kinder

LEBENSRETTENDE MASSNAHMEN BEI KINDERN

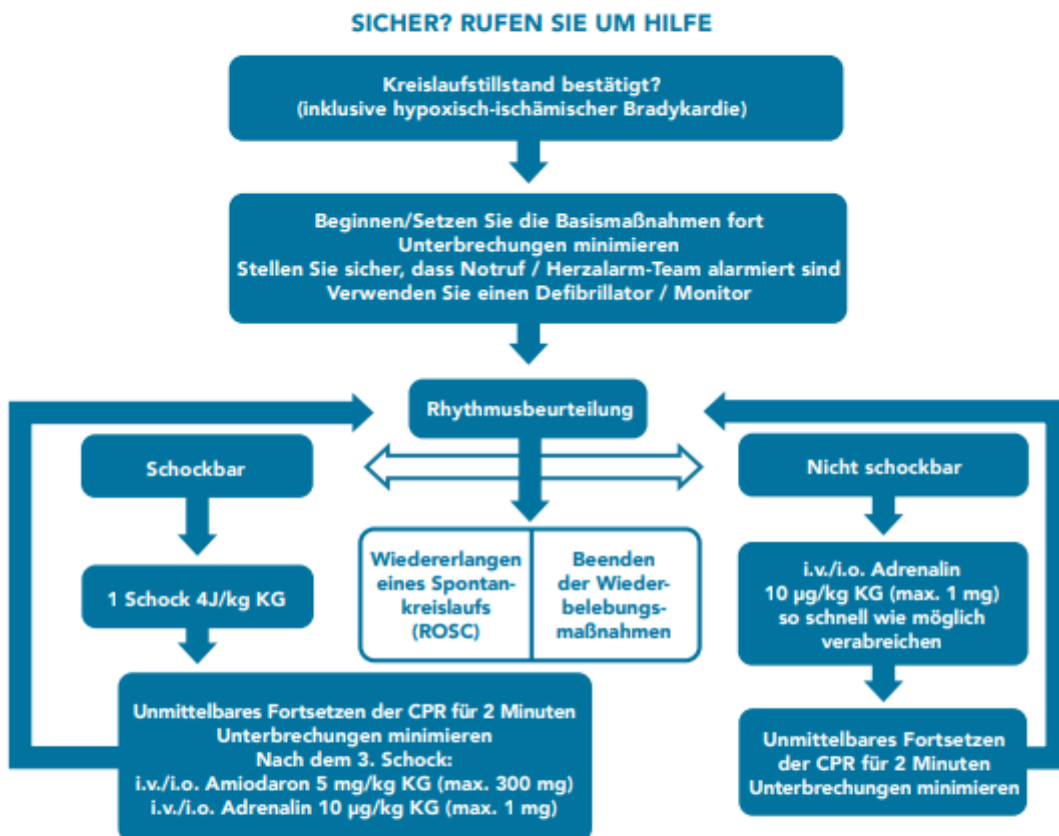


SICHER? RUFEN SIE UM HILFE



EPALS-Kinder

ERWEITERTE MASSNAHMEN ZUR REANIMATION VON KINDERN



Während der CPR

- Stellen Sie eine qualitativ hochwertige CPR sicher: Frequenz, Tiefe, Entlastung
- Verwenden Sie die Beutel-Maske-Beatmung mit 100% Sauerstoff (2-Helfer-Technik mit Doppel-C-Griff)
- Vermeiden Sie eine Hyperventilation
- Gefäßzugang (intravenös, intraossär)
- Sobald begonnen, geben Sie Adrenalin alle 3–5 Minuten
- Spülen Sie nach jeder Gabe mit NaCl 0,9% nach
- Wiederholen Sie Amiodaron 5 mg/kg KG (max. 150 mg) nach dem 5. Schock
- Erwägen Sie eine Atemwegssicherung und Kapnographie (wenn erfahren)
- Verwenden Sie kontinuierliche Thoraxkompressionen, wenn ein Endotrachealtubus platziert ist. Beatmungsfrequenz: 25 (Säuglinge) – 20 (1–8 Jahre) – 15 (8–12 Jahre) oder 10 (>12 Jahre) pro Minute
- Erwägen Sie eine stufenweise Steigerung der Energiedosis (bis max. 8 J/kg KG – max. 360 Joule) bei refraktärem VF/pVT (≥ 6 Schocks)

Behandeln Sie reversible Ursachen

- Hypoxie
- Hypovolämie
- Hyper-/Hypokaliämie, -kalzämie, -magnesiämie; Hypoglykämie
- Hypo- /Hyperthermie
- Herzbeutel tamponade
- Intoxikation
- Thromboembolie (koronar oder pulmonal)
- Spannungspneumothorax

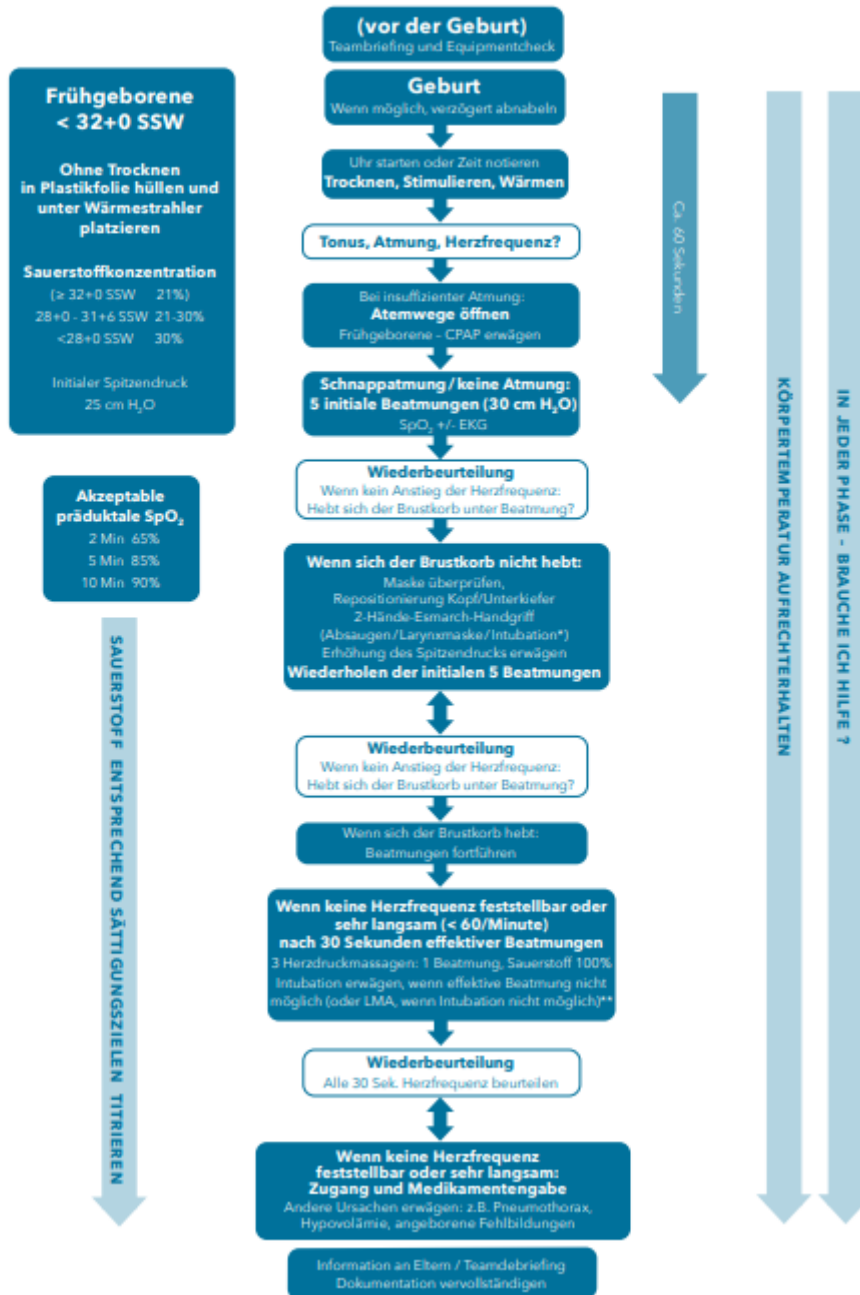
Adaptieren Sie den Algorithmus an spezielle Situationen (z.B. Trauma, eCPR)

Sofort nach ROSC

- ABCDE-Schema
- Kontrollierte Oxygenierung (SpO₂ 94–98%) & Ventilation (Normokapnie)
- Vermeiden Sie eine arterielle Hypotension
- Behandeln Sie vorangegangene Ursachen

NLS-Versorgung Neugeborenes

VERSORGUNG UND REANIMATION DES NEUGEBORENEN



* Wenn ein Atemkatheter belüftet werden soll, ist die Verwendung der 2-Hände-Esmarch-Handgriff (Guedel-Technik, evtl. LMA) bevorzugt. Bei nicht ausreichender Belüftung ist die Verwendung der 2-Hände-Esmarch-Handgriff (Guedel-Technik, evtl. LMA) zu bevorzugen. Bei nicht ausreichender Belüftung ist die Verwendung der 2-Hände-Esmarch-Handgriff (Guedel-Technik, evtl. LMA) zu bevorzugen. Bei nicht ausreichender Belüftung ist die Verwendung der 2-Hände-Esmarch-Handgriff (Guedel-Technik, evtl. LMA) zu bevorzugen.

** Wenn sich der Brustkorb nicht hebt, ist die Verwendung der 2-Hände-Esmarch-Handgriff (Guedel-Technik, evtl. LMA) zu bevorzugen. Bei nicht ausreichender Belüftung ist die Verwendung der 2-Hände-Esmarch-Handgriff (Guedel-Technik, evtl. LMA) zu bevorzugen. Bei nicht ausreichender Belüftung ist die Verwendung der 2-Hände-Esmarch-Handgriff (Guedel-Technik, evtl. LMA) zu bevorzugen.

Zur Qualitätssicherung ist eine Vorabklärung der Atemwege (z.B. durch Ultraschall) erforderlich. Bei einer Vorabklärung der Atemwege ist die Verwendung der 2-Hände-Esmarch-Handgriff (Guedel-Technik, evtl. LMA) zu bevorzugen.

Fremdkörperaspiration beim Kind

FREMDKÖRPERASPIRATION/ATEMWEGS-OBSTRUKTION BEIM KIND

