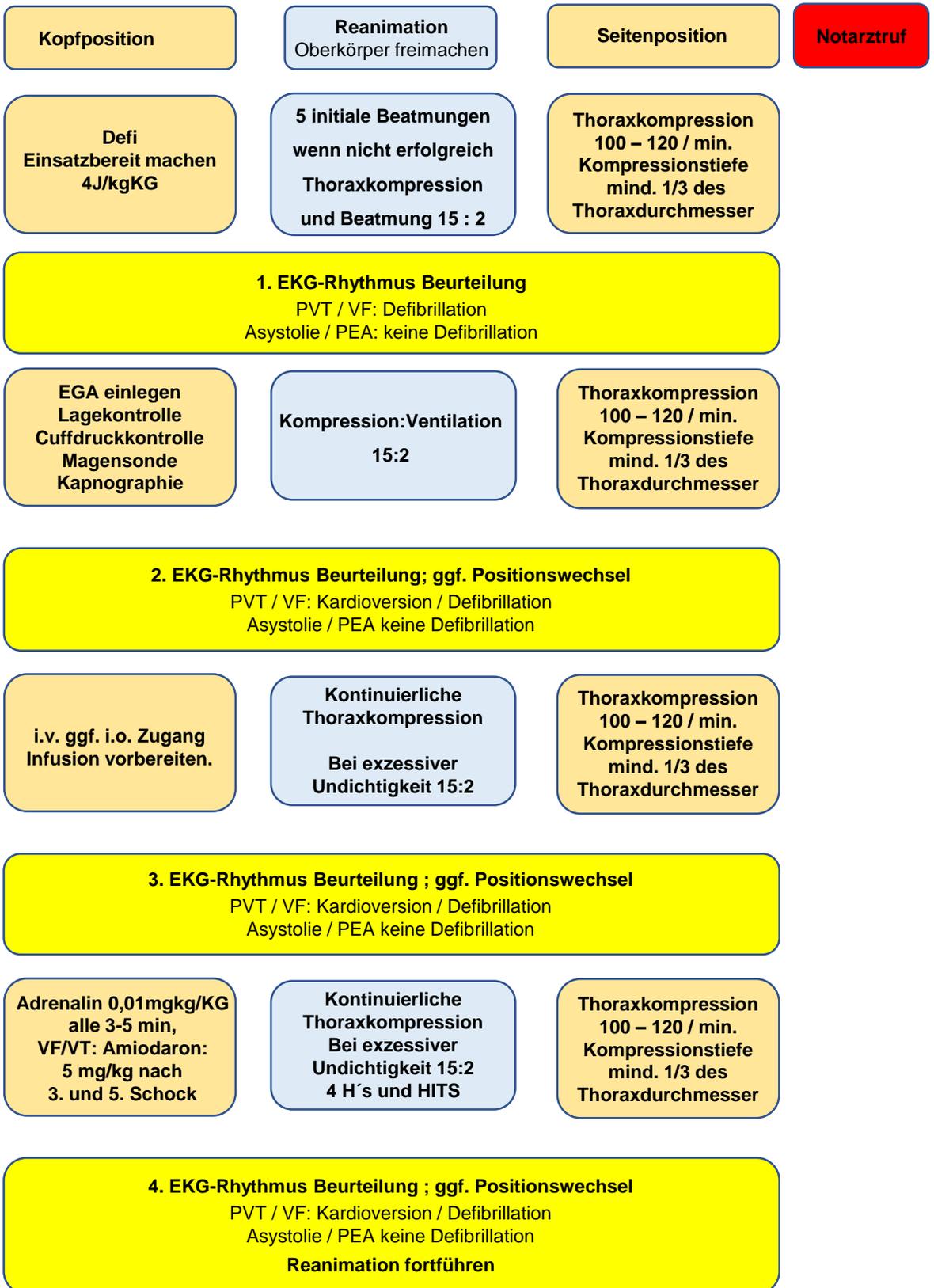


SOP – Reanimation Kinder PLS



SOP – Reanimation Kinder – PLS

Thoraxkompression

qualitativ hochwertige Thoraxkompression (Frequenz, Tiefe)
Thorax vollständig entlasten
Unterbrechungen so kurz wie möglich
Fester Untergrund

Manuelle Beatmung

Atemfrequenz 10/Min
Inspirationsdauer 1s
Atemzugvolumen 6-10 ml/kgKg
auf adäquates Heben des Brustkorbs achten
höchstmöglichen Sauerstoffanteil (FiO₂) verwenden
Unterbrechung der Thoraxkompression nicht länger als 5 s für 2 Beatmungen

Defibrillation

Kinderelektroden nach Angaben des Herstellers benutzen
schnellstmögliche Defibrillation
Alle Defibrillationen mit 4 J/kg/KG biphasisch
Hands-off-Zeiten vor- und während Defibrillation < 5 s
Nach Defibrillation sofortiger Start der Thoraxkompression

EGA (Extraglottischer Atemweg)

Für die Verwendung von Extraglottischen Airway Devices/Larynxmaske die entsprechenden Verfahrensanweisungen beachten
Bei Misserfolg: Beutel-Masken-Beatmung oder Intubation (Notarzt)

Kapnographie

Überprüfung und Überwachung der EGA- / Tubuslage
Bei effektiver Thoraxkompression soll das etCO₂ > 15 mmHg sein
Schnelles Erkennen eines ROSC: etCO₂ steigt
Vermeidung einer Hyperventilation nach ROSC

Maschinelle Beatmung

Einstellung Beatmungsgerät: FiO₂ 1,0, AF 10/min, AMV 60-100 ml/kg/min, P_{max}: 60 mbar
Spezielle Modi für Reanimation verwenden (wenn vorhanden)
Thoraxexkursionen, CO₂-Signal und expiratorisches AZV/AMV überwachen

Medikamente

Adrenalin 0,01 mg/kgKG alle 3-5 Minuten, bei Asystolie so früh wie möglich nach i.v. oder i.o Zugang
Amiodaron 5 mg/kg nach 3. erfolgloser Defibrillation, 5 mg/kg nach 5. erfolgloser Defibrillation

Reversible Ursachen

Hypoxie, Hypovolämie, Hypothermie, Hypo-/Hyperkaliämie (4H's)
Herzbeutelamponade, Intoxikation, Thrombembolie, Spannungspneumothorax (HITS)

i.o.-Zugang

Wenn i.v.-Zugang nicht innerhalb 2 Minuten oder nach 3 Versuchen möglich ist

Hinweis:

Für die Definitionen der Altersgrenzen aktuelle Leitlinien beachten