



Kindernotfälle

Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis – Fachpersonen
15.10.2020

Ablauf

- Besonderheiten Kind
- Herz-Kreislaufstillstand
- Bauchschmerzen
- Fieber / Infekte
- Atemwegserkrankungen




- Allergische Reaktion
- Vergiftungen
- Verbrennungen / Verbrühungen
- Ertrinkungsunfall
- Plötzlicher Kindstod
- Triage / Beurteilung

Stressauslöser

- Geringe Routine
- Interaktion mit Kindern oft schwierig
- Symptome oft unspezifisch
- Zeitkritisch
- Eigene Emotionen
- Umfeld/Eltern

Stressminimierer

- Ruhe bewahren
- Schwerwiegende Kindernotfälle sind relativ selten
- Mit wenigen Massnahmen kann viel erreicht werden
-  durch heute angeeignetes Wissen und Hilfsmittel kritisch krankes Kind rasch erkennen

Besonderheiten mit Kindern

- Kinder \neq „kleine Erwachsene“
- Keine heterogene Patientengruppe
- Trennung von der Bezugsperson wird als grosse Bedrohung erlebt
- Ungewohntes macht Angst
- Erklärungen wenig einleuchtend
- Kinder sind nicht immer kooperativ

Besonderheiten mit Eltern

Kinder und Eltern müssen oft gemeinsam behandelt werden, weil Eltern...

- ... auch Angst haben
- ... auch ungeduldig sind
- ... sich nicht ernst genommen fühlen
- ... eine Erwartungshaltung haben
- ... mit dem Kind mitleiden



Anatomische Besonderheiten

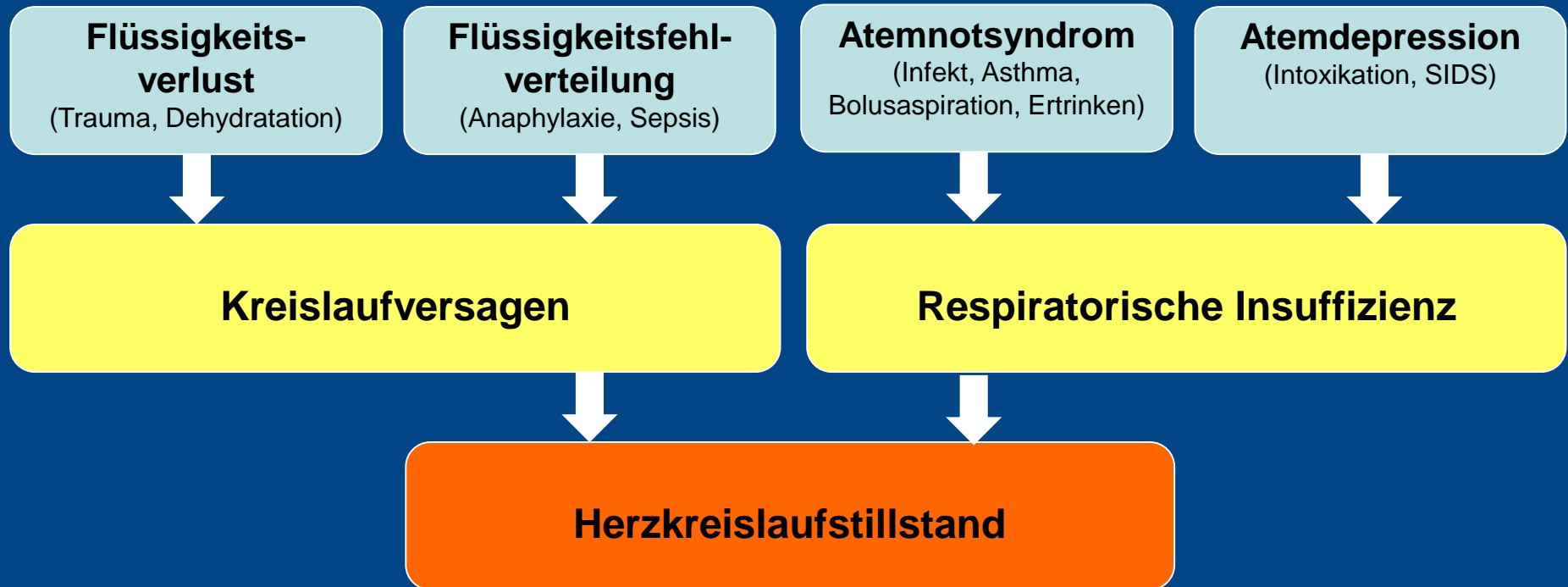
- Grosser Kopf
- Grosse Zunge
- Enge Atemwege
- Wenig Bachmuskulatur
- Grosse Hautoberfläche
- Säuglinge als Nasenatmer
- Immunsystem noch nicht fertig entwickelt

Anatomische Besonderheiten

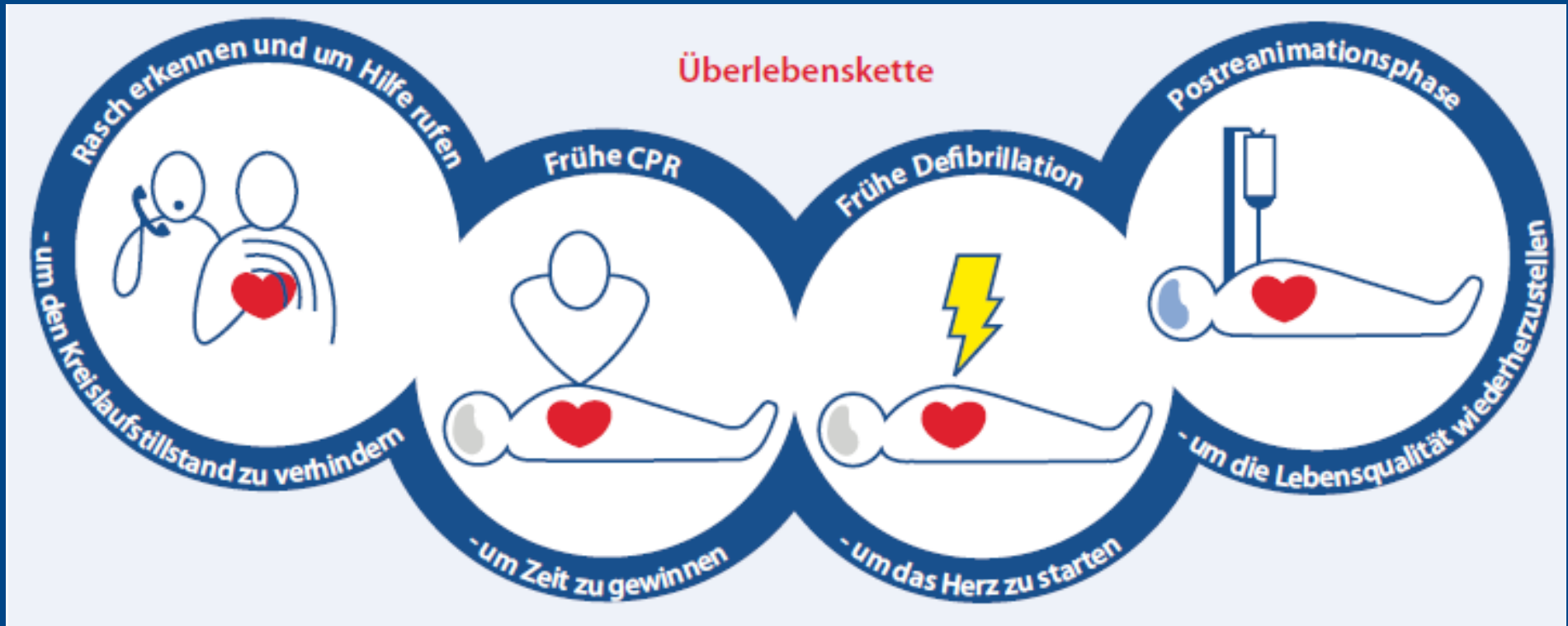
- Sauerstoffverbrauch in Ruhe doppelt so hoch wie beim Erwachsenen (erhöhter Stoffwechsel)
- Erhöhter Sauerstoffbedarf bei Krankheit/Unfall wird durch schnelle Atmung und erhöhten Puls kompensiert
- Lange Kompensationsphase
- Sehr schnelle Dekompensation

HerzKreislaufstillstand

Beim Kind andere Ursachen als beim Erwachsenen



Rettungskette bei HKL Stillstand



Patientenbeurteilung



Bewusstsein prüfen

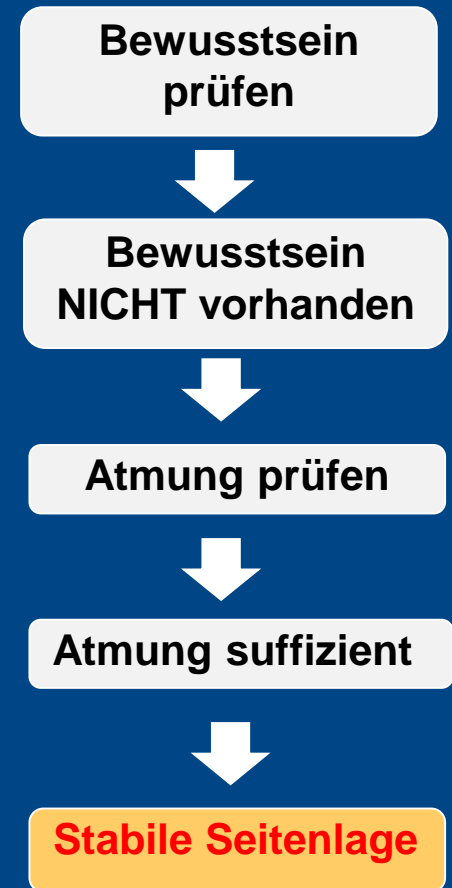
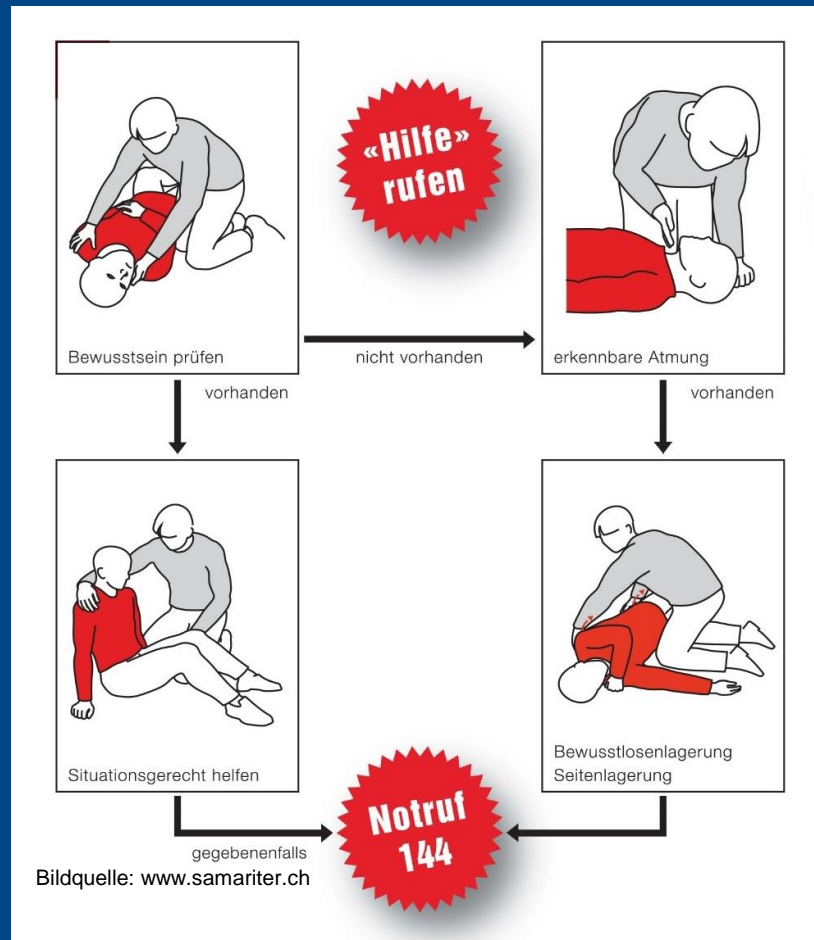
- Ansprechen / Kneifen / Schmerzreiz
- Reaktion des Patienten prüfen

Atmung prüfen

- Atmung vorhanden?
- Suffizient oder Schnappatmung?

Durch Laienhelfer erfolgt keine Pulskontrolle mehr

Patient mit Atmung



Patient ohne Atmung



Bewusstsein prüfen

Bewusstsein NICHT vorhanden

Atmung prüfen

Atmung NICHT
suffizient

CPR

C = cardio Herz

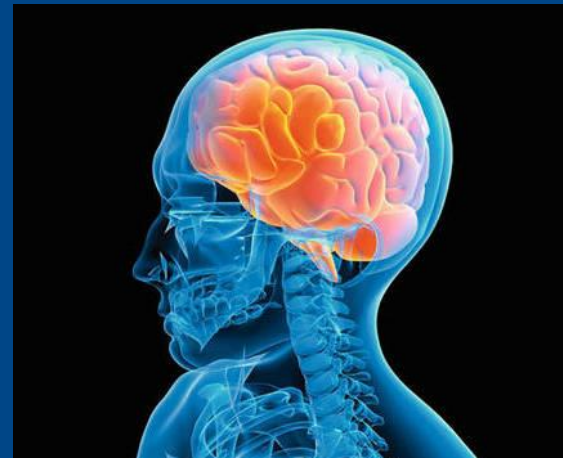
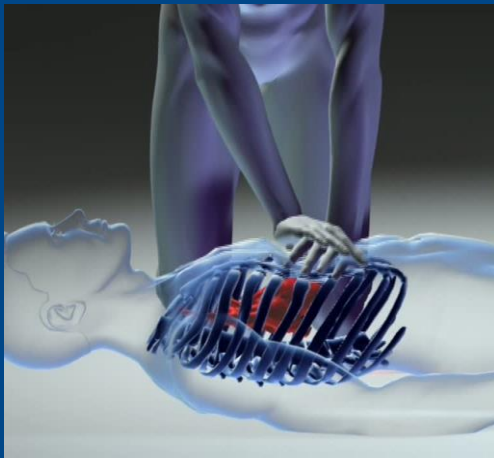
P = pulmonale Lungen

R = Reanimation Wiederbelebung

Ziel der Reanimation

- Externe Thoraxkompression erzeugt einen Minimalkreislauf
- Sauerstoffzufuhr durch Beatmen

= Versorgung des Gehirns mit Sauerstoff

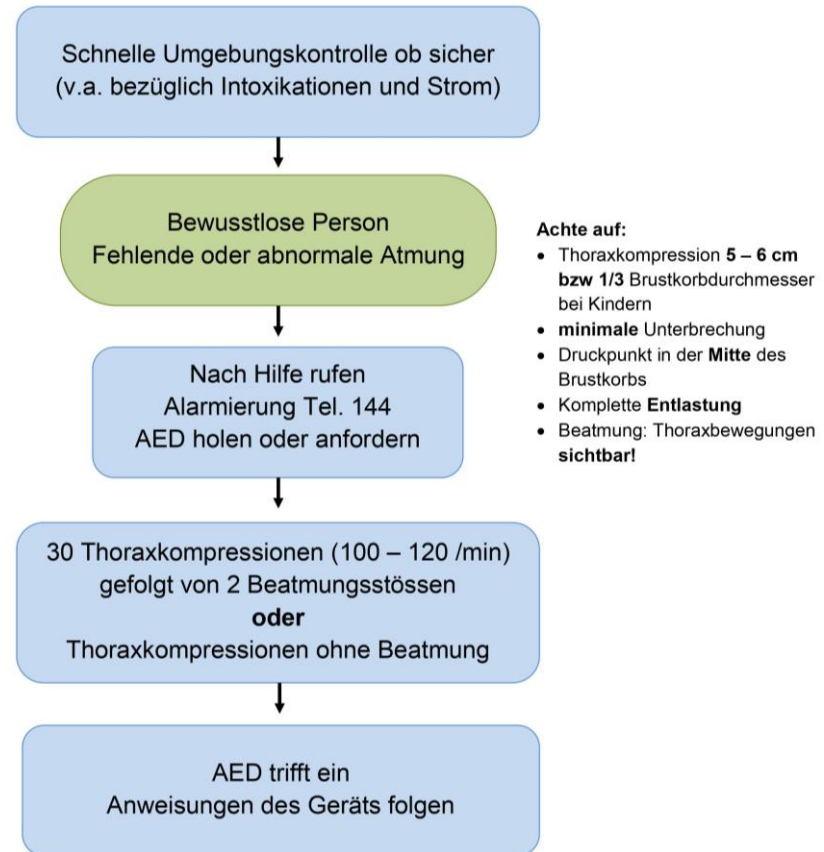


Basic Life Support

Automatischer Externer Defibrillator



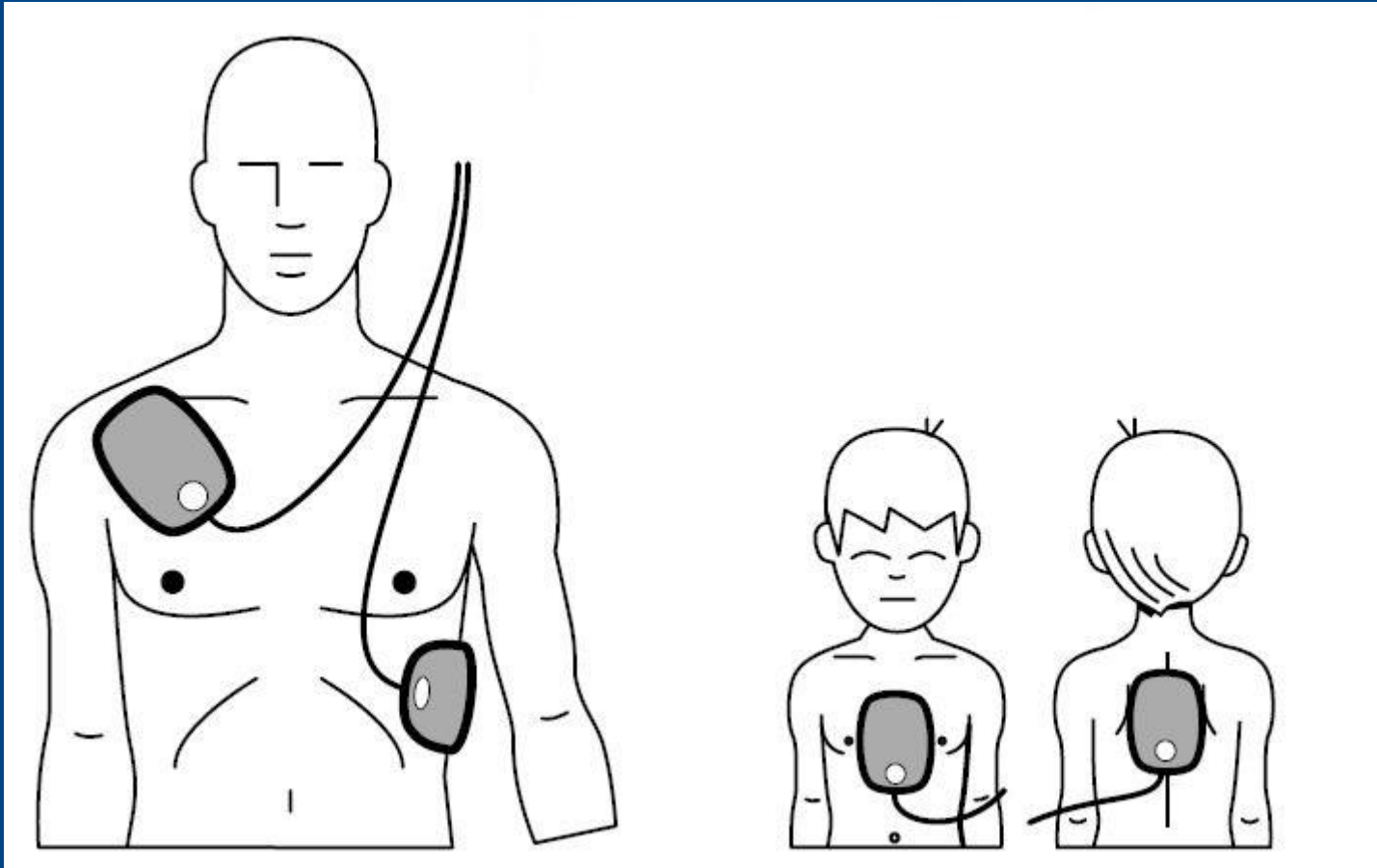
BLS-AED-SRC Algorithmus 2015 nach ILCOR CoSTR*



Quellen:

- Travers AH, et al., 2015 *International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations, Part 3: adult basic life support and automated external defibrillation; *Circulation*, 2015;132 (suppl 1):S51–S83.
- Maconochie IK, et al., 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations Part 6: Pediatric basic life support and pediatric advanced life support., *Resuscitation* 95 (2015) e147–e168

Platzierung AED Elektroden



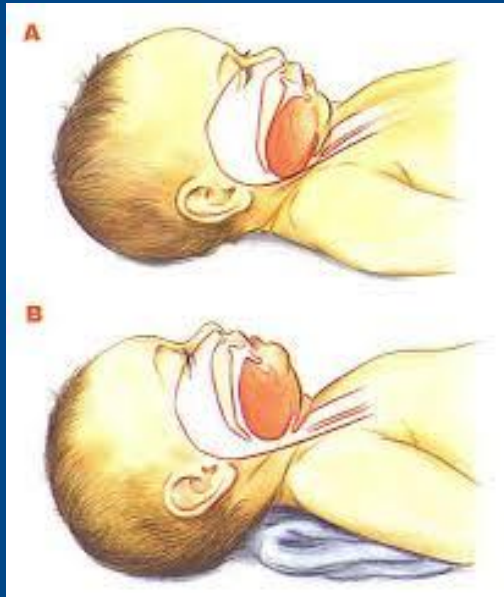
Besonderheiten Kinderreanimation

Beatmung

- ggf. Schultern unterlegen, Schnüffelposition
- Auf Thoraxexkursion achten
- Idealerweise Beatmung bei Säuglingen, Kindern und Ertrunkenen im Wechsel mit Herzdruckmassage



Schnüffelposition



Um die Schnüffelposition zu erreichen muss meist

- bei Kindern bis 3 Jahre die Schulter/Oberkörper unterlegt werden
- bei Kindern ab 6 Jahren der Kopf unterlegt werden

Besonderheiten Kinderreanimation

Thoraxkompression

- $\frac{1}{3}$ des Brustkorbes

Verhältnis Kompression:Beatmung

- 30:2 Laien und Einhelfermethode
- 15:2 Professionelle Helfer
- 3:1 nur bei Neugeborenen im Kreis- resp. Gebärtsaal

Herzdruckmassage Säugling

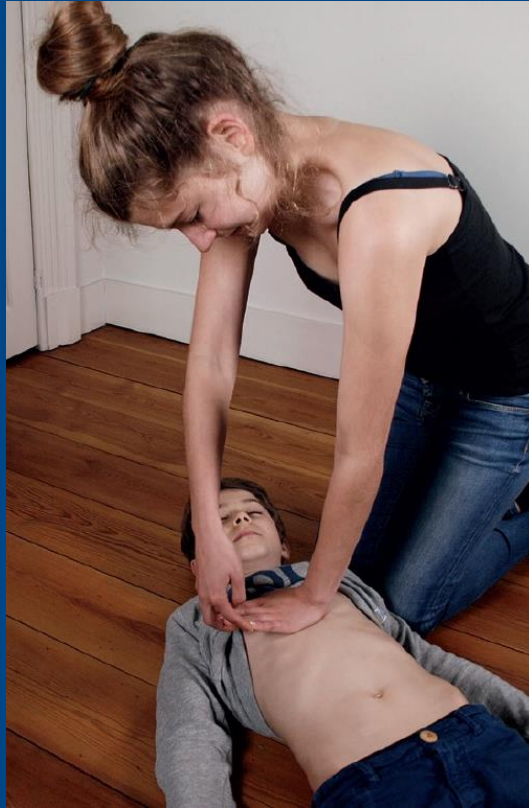


2-Finger Methode



2-Daumen Methode

Herzdruckmassage (Klein) Kind



Einhandtechnik beim kleinen Kind



Zweihandtechnik beim grossen Kind, resp. Kompressionstiefe von $\frac{1}{3}$ Brustkorbhöhe kann mit nur einer Hand nicht erreicht werden

Atemwegsverlegung



Bolusaspiration



Quelle: EPALS, ERC Guidelines 2015

Ineffektives Husten mit Bewusstsein

< 1 Jahr:



5 kräftige Schläge auf
Rücken zw. Schulterblätter



5 Thoraxkompressionen

Ineffektives Husten mit Bewusstsein

> 1 Jahr:

Heimlich Manöver

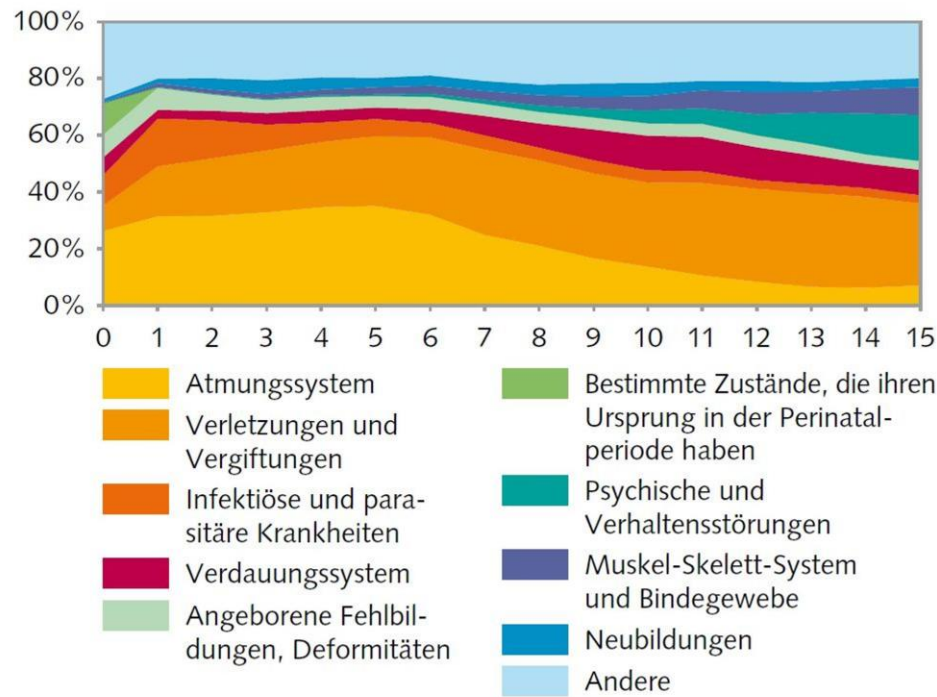
evtl. Thoraxkompressionen



Kindernotfälle – Eine Übersicht

Hauptkrankheiten bei Spitalaufenthalt,
nach Alter, 2010–2012

G 4



© BFS, Neuchâtel 2014

Quelle: Bundesamt für Statistik, 2014

Bauchschmerzen

- Kann „alles und nichts“ sein
- Klein- und Schulkinder geben bei Erkrankungen oftmals Bauchschmerzen an, auch bei bauchfernen Pathologien



Bauchschmerzen - Eine Übersicht

- Entzündungen
- Malabsorptionssyndrome
→ Laktoseintoleranz, Zöliakie
- Verstopfungen
- Durchfall, Erbrechen
- Nierenerkrankungen oder ableitende Harnwege
- Trauma

Bauchschmerzen - Eine Übersicht

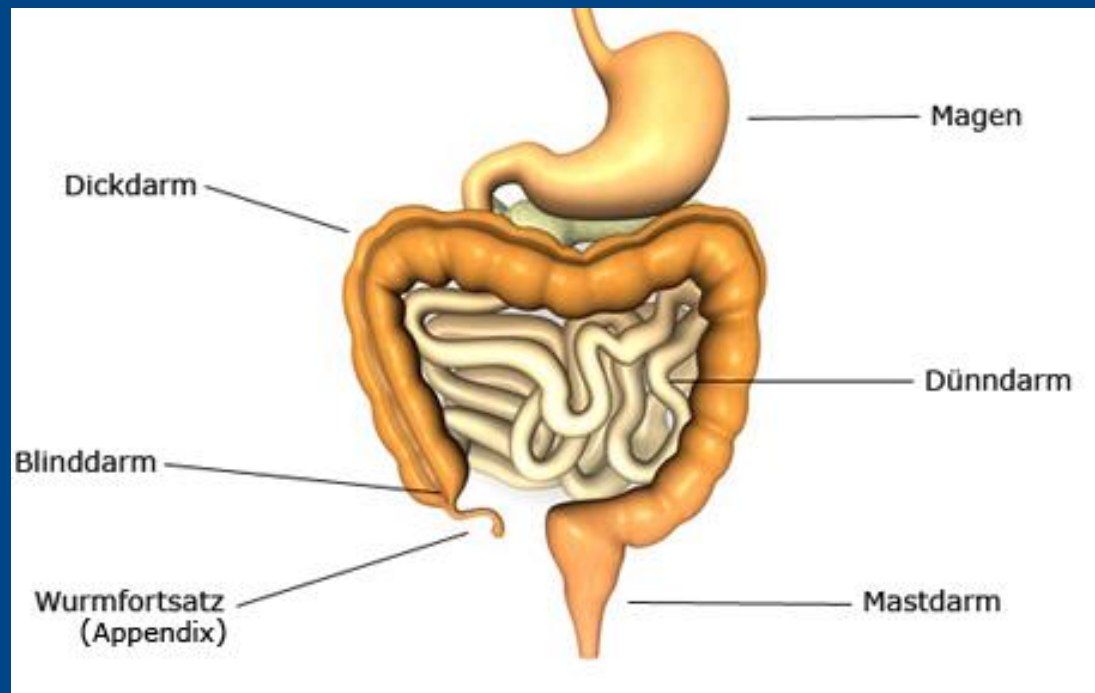
Alter	Häufige Erkrankungen
Säugling	Darameinstülpungen, Darmverschlingungen Hernien, Malabsorptionsstörung
Kleinkind	Blinddarmentzündung, Fremdkörperingestion, Hernien, Malabsorptionsstörungen
Schulkind	Bilddarmentzündung, Hodentorsion
Teenager	Blinddarmentzündung, Ovarialzyste, Schwangerschaft, EUG, Hodentorsion, Intoxikation

Jedes Alter:	Verstopfung, Magen-Darm Infekt, Bauchtrauma
--------------	---

Blinddarmentzündung

Definition

- Entzündung des Wurmfortsatzes im Darm



Blinddarmentzündung

Symptome

- *Länger andauernde oft untypische Bauchmerzen*
- Kaum Fieber (aber auch hohes Fieber möglich)
- Übelkeit, Erbrechen
- Appetitlosigkeit
- Schmerzbeginn oftmals rechter Oberbauch oder Nabelbereich, wandert nach rechts unten

Blinddarmentzündung

Gefahren

Wurmfortsatz kann perforieren (platzen)

- Dies führt oft zu Fieber und Dehydratation
- Starke Schmerzen
- Peritonismuszeichen
(harter druckempfindlicher Bauch, Kind kann nicht mehr hüpfen)

Durchfall und Erbrechen

Symptome

- Eingefallene Augen
- Trockene Schleimhäute
- Sehr ruhiges Kind
- Geringer oder fehlender Tränenfluss
- Geringe Ausscheidung, konzentrierter Urin, trockene Windeln
- Krampfanfälle möglich
- Gewichtsverlust möglich

Durchfall und Erbrechen

Massnahmen

- Flüssigkeitsverlust ersetzen (Elektrolytverlust)
- Angepasste Überwachung des Kindes

Bauchschmerzen – Red Flags

- Starke Schmerzen
- Aufgeblähter Bauch
- Verdacht auf Trauma
- Erbrechen von Blut, Galle
- Vorgeschichte (z.B. bekannte Nierenkrankheit, Gastrointestinalkrankheit etc.)

Trauma

Häufigste Verletzungsarten:

- isolierte Extremitätenverletzungen
- Stumpfe Brust- / Bauchtraumata
- Schädel-Hirn Traumata

Trauma – Übersicht nach Alter

Alter	Häufige Traumata
Säugling / Kleinkind	Unfälle in häuslichem Umfeld (Sturz vom Wickeltisch) Verbrühungen Ertrinken Kindsmisbrauch
Schulkind	Verkehrsunfall Stürze aus grosser Höhe (Baum)
Teenager	Verkehrsunfall Suizid

Stumpfes Brust- / Bauchtrauma

- Prellmarken suchen
- Atmung beobachten
- Abwehrspannung
- Embryonalstellung
- Kinematik



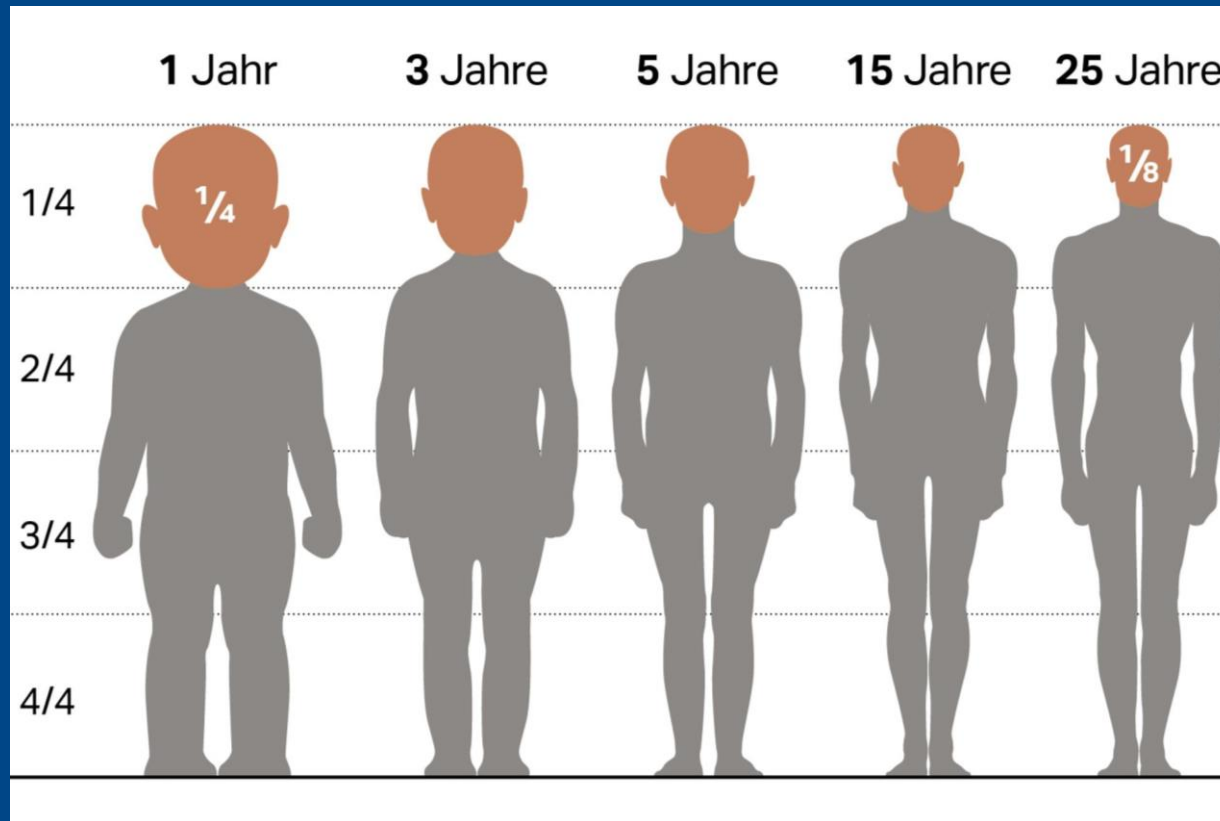
Wirbelsäulentrauma

- Kinematik beachten: Fallhöhe, Sturzmechanismus
- Untergrund: Gras, Beton, Turnhalle.....
- Symptome: Schmerzen HWS, Rücken, Stufungen, Druckdolenz, Ausfälle, Parästhesien
- Kopf und Wirbelsäule = eine Einheit!
→ Immobilisation (wenn Kind dies zulässt)

Kopfverletzungen



Kopfverletzungen



Größenverhältnis zwischen Kopf und Körper

Kopfverletzungen

Allgemein

- 90% der Kinder mit schwerwiegenden Verletzungen haben zusätzlich ein SHT
- knöchernen Schädel verformbar, Kraft wird aber besser auf das Hirngewebe übertragen
- Gefahr: Blutungen! Beim Säugling kann der Blutverlust durch SHT bereits lebensbedrohlich sein

Kopfverletzungen

Leichtes SHT

- kurze Bewusstlosigkeit, Schreiattacken, Übelkeit und Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel

Überwachung 24 - 48 Stunden

Kopfverletzungen

Schweres SHT

- Blut und Hirnflüssigkeitsaustritt aus Ohren und Nase
- Bewusstlosigkeit
- Bewusstseinsstörung („Eintrüben“)
- Pupillendifferenz, plötzliches Schielen
- Monokel – oder Brillenhämatom
- Meistens zusätzliche Verletzungen

Monokel- oder Brillenhämatom



Fieber

- Fieber ist ein Symptom
- Physiologische Immunantwort meist auf Infektion
- Therapie des Fiebers dient dem Wohlbefinden des Kindes
- CAVE: Kinder bis 3 Monate mit $KT > 38^{\circ} C$ müssen hospitalisiert werden (Blut-Hirn-Schranke nicht ausgeprägt, Gefahr der Meningitis grösser)

Fieber – Red Flags

- Hauteinblutungen (Petechien)
- Krampfanfall
- Bewusstseinstörung
- Vorgewölbte oder eingesunkene Fontanelle beim Säugling
- Starke Dehydratation
- Mehr als 5 Tage anhaltendes Fieber
- Alter < 3 Monate

Fieberkrampf

Tonische Phase



Klonische Phase



Fieberkrampf

Definition

- Zerebrale Anfälle bei Körpertemperatur über 38° C
- Kein Hinweis auf ZNS Infektion oder metabolische Ursache
- Tritt meist am ersten Fiebertag auf
- 6 Monate – 6 Jahre
- Neurologische gesundes Kind
- Kein vorbestehendes Anfallsleiden

Unkomplizierter Fieberkrampf

- ca. 80% der Fieberkrämpfe
- 6 Monate – 6 Jahre
- Krampfdauer < 15min.
- Meist generalisiert tonisch - klonisch
- Nach Krampfereignis: Kind wird zunehmend wacher und reagiert wieder normal, schläft später ein
- Keine erneutes Krampfereignis innert 24 Stunden

Komplizierter Fieberkrampf

- untypisches Alter
- Krampfdauer > 15min.
- Fieberkrampf wiederholt sich innerhalb von 24 Stunden
- Fokaler Krampfanfall
- Nach Krampfanfall längere Aufwachphase, Neurologische Auffälligkeiten

Fieberkrampf

- 20-30% der Kinder haben erneut einen Fieberkrampf
 - 75% davon im folgenden Jahr
 - Selten im zweiten Jahr nach erstmaligem Fieberkrampf
- Fieberkrämpfe treten oft familiär gehäuft auf
- Wirkung von fiebersenkenden Medikamenten auf Fieberkrämpfe ist nicht belegt

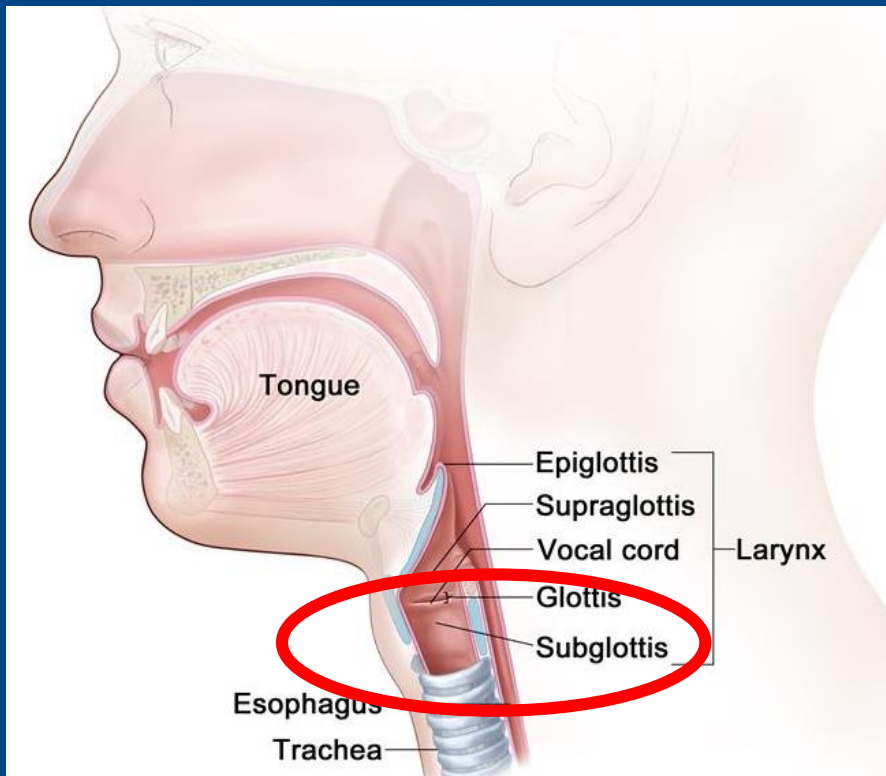
Fieberkrampf – Red Flags

- Krampfereignis beim Neugeborenen
- Meningitiszeichen
- Trinkschwäche, Apathie
- Lichtempfindlichkeit
- Fehlende Immunisierung (Hib, Strep. pneumoniae)
- Neurologische Auffälligkeiten
- Andere mögliche Krampfsursachen (Intoxikation, Trauma, Unterzuckerung etc.)

Akute Laryngotracheitis (Pseudokrupp)



Akute Laryngotracheitis



- Virusinfektion der Oberen Atemwege (Influenza, Parainfluenza, RSV)
- Befall des Kehlkopfes mit Weichteilschwellung unterhalb der Stimmbänder

Akute Laryngotracheitis

- Typisches Alter: 6-36 Monate (bis 6J.)
- Anfälle vor allem nachts aus dem Schlaf
- Im Herbst und Winter gehäuftes Auftreten
- Gering bis mässig ausgeprägte Erhöhung der Körpertemperatur
- Kind wirkt sonst nicht krank

Akute Laryngotracheitis

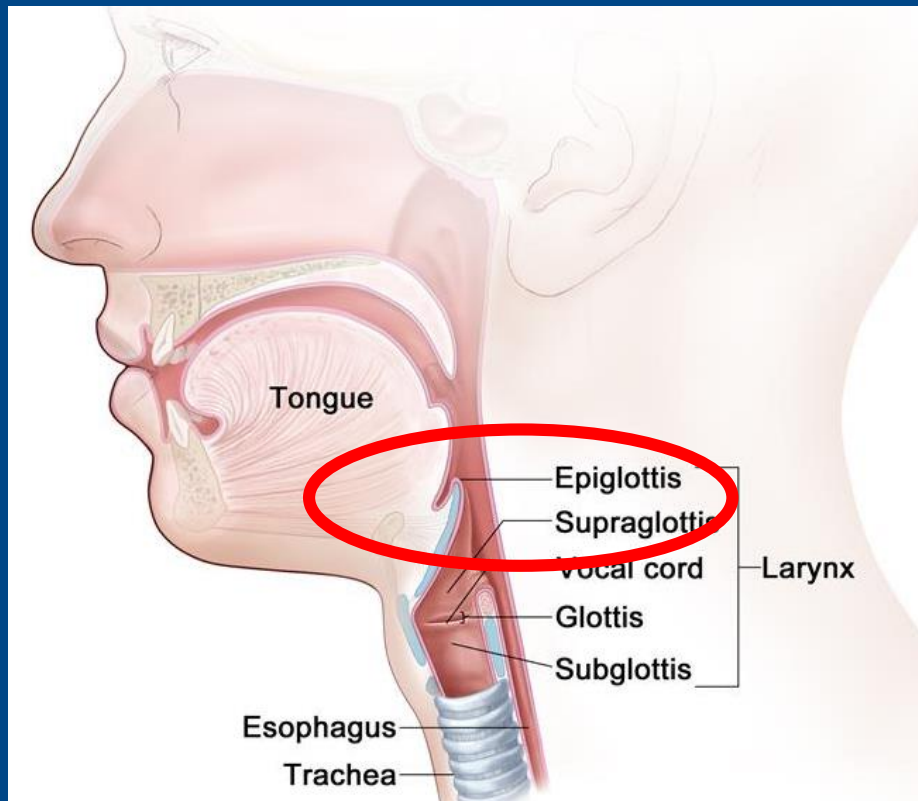
Klinik

- Bellender Husten
- Inspiratorischer Stridor
- Heiserkeit
- Einziehungen
- Atemnot
- Schwere Verlauf:
Zyanose, Unruhe

Therapie

- Beruhigen von Eltern und Kind
- Kalte, feuchte Luft
- Anfeuchten
Einatemungsluft
- Steroidgabe
- Adrenalininhalation

Akute Epiglottitis



- Bakterielle Infektion der oberen Atemwege (Hämophilus Influenza B)
- Entzündung der Epiglottis mit Weichteilschwellung
- selten (Hib Impfung)
- Kann auch bei nicht geimpften Erwachsenen vorkommen!

Akute Epiglottitis

- Typisches Alter: 2-7 Jahre
- Kommt zu jeder Jahreszeit vor
- Häufig schneller akuter Verlauf ohne Hinweis auf Infekt in den letzten Tagen
- Kind wirkt sehr krank
- Hohes Fieber

Akute Epiglottitis

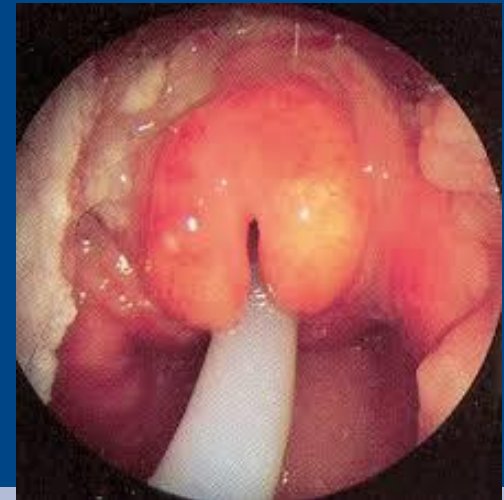
Klinik

- Akut lebensbedrohliches Krankheitsbild
- Akute Atemnot, Einziehungen
- Inspiratorischer oder Biphasischer Stridor
- Halsschmerzen, Schluckbeschwerden
- Hohes Fieber (bis 40° C)
- Vermehrter Speichelfluss
- Klossige Sprache

Akute Epiglottitis

Therapie

- Unverzögliche Hospitalisation
- Beruhigen von Eltern und Kind
- Kind soll aufrecht sitzen, nicht ablegen
- Keine Manipulation in Mund/Rachen
- Antibiotikagabe
- Adrenalininhalation



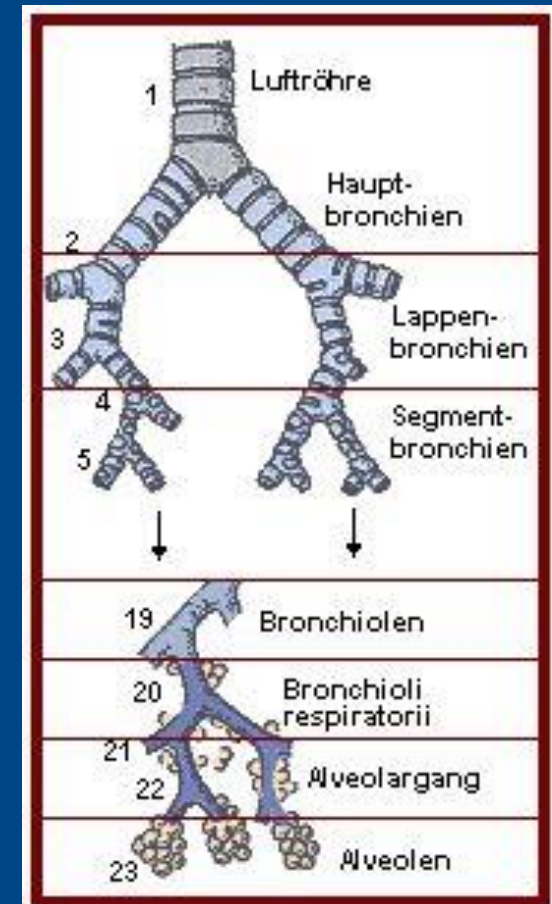
Pseudokrupp vs. akute Epiglottitis

	Pseudokrupp	Epiglottitis
Alter	6 Monate – 6 Jahre	2 – 7 Jahre
Fieber	Meist leicht	39-40° C
Husten	Bellend	Kein Husten
Atmung	Laut	Leise
Speichelfluss	Kaum	stark
Heiserkeit	Ausgeprägt	kaum
Sprache	Heiser	Klossig
Halsschwellung	Wenig	Stark
Schluckstörung	Keine	Ausgeprägt
Anamnese	Oft Infekt	Keine Hinweise
Tages- / Jahreszeit	Abends/Nachts, Herbst/Winter	Ganztags, Ganzjährig
Prognose	Sehr gut	Hohe Mortalität

Akute Bronchitis und Bronchiolitis

Definition

- Obstruktive Erkrankung der Unteren Atemwege mit Schleimhautschwellung und vermehrter Speichelproduktion – meist viral bedingt (RSV, Influenza, Rhino/Enteroviren etc.)
- Eine der häufigsten Erkrankungen zwischen dem 2. und 18. Lebensmonat



Akute Bronchitis und Bronchiolitis

Klinik

- Husten
- Schnupfen
- Zum Teil Fieber
- Schnelle Atmung
- Einziehungen, Stöhnen
- Bei Säuglingen kann es wegen Verlegung der Nasenatmung zu Trinkschwäche und Dehydrierung kommen

Akute Bronchitis und Bronchiolitis

Therapie

- Auf genügende Flüssigkeitszufuhr achten
- Supportive Massnahmen wie befeuchten der Nasenschleimhaut und abschwellende Nasentropfen

Allergisches Asthma bronchiale

Chronische Entzündung der Atemwege mit

- übermässiger Erregbarkeit der Bronchialschleimhaut
- Anfallsartigen Atemwegsobstruktionen
- Ödem der Bronchialschleimhaut
- vermehrte Sekretbildung

Häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter

Allergisches Asthma bronchiale

Häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter

Beeinflussende Faktoren

- Genetisch bedingt
- Umweltfaktoren
- Allergien

Allergisches Asthma bronchiale

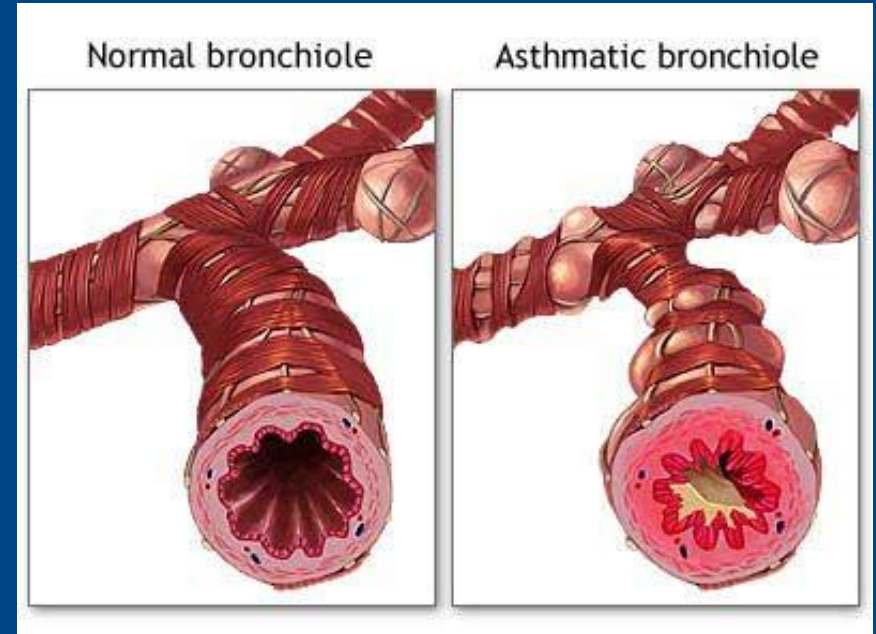
Entstehung

- Allergenexposition → allergische Reaktion
- Ausschüttung von Histamin
- Bronchien ziehen sich zusammen
- Grundsätzlich reversibel!
- Bei immer wiederkehrendem Verlauf resultiert ein „Gewebeumbau“ mit Verdickung der Atemwegswand

Allergisches Asthma bronchiale

Klinik

- Verlängerte Ausatmung
- Pfeifendes Atemgeräusch
- Reizhusten
- Atemnot
- Aufrechte Sitzposition
- Einsatz der Lippenbremse
- Zyanose



Allergisches Asthma bronchiale

Massnahmen

- Expositionsprophylaxe

Medikamentöse Therapie

- Erweiterung der Atemwege (Inhalieren mit Atrovent / Ventolin, ggf. Adrenalin)
- Entzündungshemmer (Steroide)

Allergische Reaktion

Überreaktion des Körpers auf fremde Stoffe



Allergische Reaktion

Symptome

- Rötung (lokal oder am ganzen Körper)
- Schwellung
- Juckreiz, Schmerzen
- Atemnot
- Bewusstlosigkeit, Kollaps
- Bauchkrämpfe, Durchfall

Allergische Reaktion

Massnahmen

- Bei Reaktion am ganzen Körper, Atemnot, Kollaps, etc. → Alarmierung Rettungsdienst 144! (Alter und Gewicht angeben!)
- Allergen wenn möglich entfernen
- Antihistaminikum
- Epi-Pen
- Kühlen

Vergiftungen

145!

Tox – Institut:

Wer?

Was?

Wieviel?

Wann?

Symptome?



Vergiftungen

Massnahmen

- Kein Erbrechen forcieren
- Nichts zu trinken geben (ausser Anweisung Tox – Institut)
- Erbrochenes nicht wegwerfen (Beeren, Pilze, etc)
- Bei Bewusstlosigkeit Seitenlagerung

Verbrennungen / Verbrühungen

- Verschiedene Schweregrade
- 1. Grad (Rötung)



Verbrennungen / Verbrühungen

- 2. Grad (Rötung mit Blasenbildung)



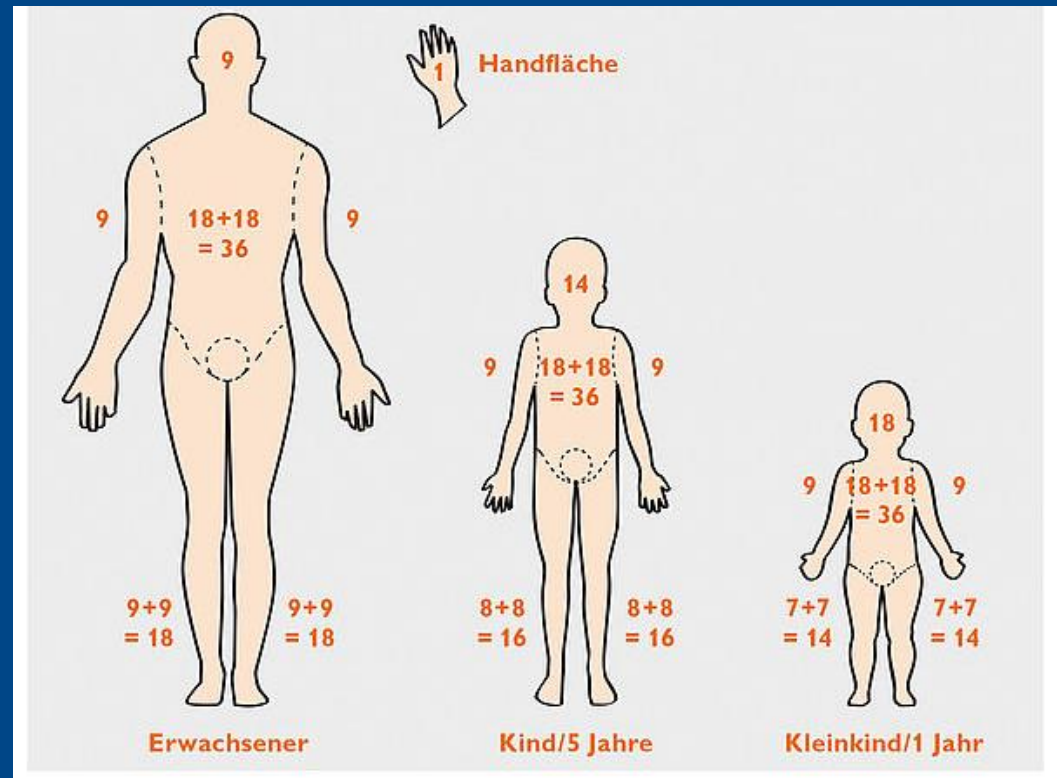
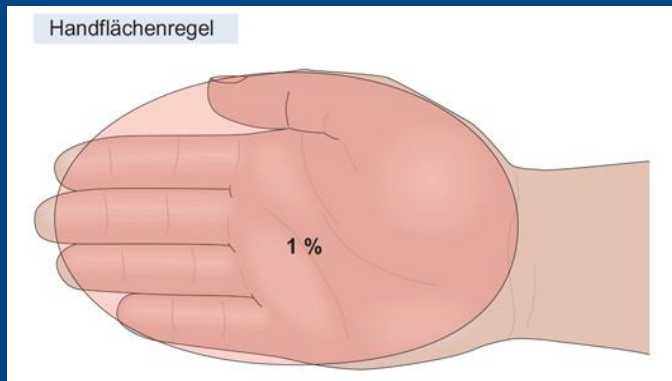
Verbrennungen / Verbrühungen

- 3. Grad (Haare fallen aus, keine Schmerzen mehr, z.T. Verkohlungen)



Berechnung KOF

1 Hand des
Patienten = 1% seiner
Körperoberfläche



Verbrennungen / Verbrühungen

Massnahmen

- Mit lauwarmem Wasser (20° C) für max. 10 Minuten kühlen
- Lose Stoffresten entfernen
- Eingebrennte Stoffresten belassen
- Keine Salben, Crèmes, Puder, etc.
- Evtl. Metalline Folie
- Sauber abdecken, nicht verbinden

Ertrinkungsunfall

Ertrinken ist in Industrienationen nach dem Verkehrsunfall die zweithäufigste tödliche Unfallursache im Kindesalter

Alter	Umstände	Gründe
Kleinkind	Swimmingpool, Sickergrube, Regentonne, Gartenteich, Badewanne (Wassertiefe hat untergeordnete Bedeutung)	Entdeckungsdrang, vernachlässigte Aufsichtspflicht
Schulkind	Hallen- und Freibäder	Übermut, Gruppenzwang
Teenager	Bade- und Paddelgewässer	Alkohol- und Drogenkonsum Selbstüberschätzung

Ertrinkungsunfall

Fremdauslöser

- Alkohol, Drogen
- Krampfanfall
- Vorbestehende Erkrankung (z.B. Herzrhythmusstörungen, Epilepsie)

Begleitverletzungen

- Wirbelsäulentrauma / Schädelhirntrauma bei Kopfsprung in seichtes Wasser

Ertrinkungsunfall

Nasses Ertrinken

- 85% der Ertrinkungsunfälle
- Nach Untertauchen in Wasser unwillkürliche Schnappatemzüge
- Wasseraspilation

Trockenes Ertrinken

- 15% der Ertrinkungsunfälle
- Nach Untertauchen in Wasser reflektorischer Laryngospasmus
- Keine Wasseraspilation
(häufig jedoch im Zuge der Rettungsmassnahmen Aspiration)

 **Beides führt zu einer Hypoxie**

Ertrinkungsunfall

- Grundsätzlich stellt Ertrinken ein «Ersticken unter Wasser» dar
- Hypoxie und Hypothermie sind die wichtigsten Faktoren
- In Eisgewässern besseres Outcome
- Laienreanimation mit Beatmung enorm wichtig

Sekundäres Ertrinken

- Verspätete Manifestation einer Aspirationspneumonie
- Kann unbehandelt in ein akutes Lungenversagen (ARDS) übergehen
- Jedes „beinahe Ertrunkene Kind“ – auch ohne Symptome – sollte für 24 Stunden stationär überwacht werden
- Wasserqualität (Badewasser mit Zusatz, verschmutztes stehendes Gewässer etc)

SIDS = Sudden Infant Death Syndrome

Plötzlicher Kindstod

Der plötzliche und unerwartete Tod eines scheinbar gesunden Kindes ist eines der schrecklichsten Ereignisse, das in einer Familie auftreten kann und eines der heikelsten Probleme, mit dem Ärzte konfrontiert werden. Das Problem ist nicht neu. Wegen der gesunkenen Gesamtsterblichkeit der Säuglinge ist der Plötzliche Kindstod die häufigste Todesursache zwischen 14 Lebenstagen und dem Ende des ersten Lebensjahres geworden

Zitat: www.sids.ch

SIDS = Sudden Infant Death Syndrome

Plötzlicher Kindstod

- Plötzlicher, unerwarteter Tod eines gesunden Säuglings im ersten Lebensjahr (v.a. im 2. - 4. Lebensmonat) ohne bekannte Erkrankung
- Tod tritt fast ausschliesslich im Schlaf ein
- Keine erkennbare Todesursache durch Obduktion
- Häufigkeit: 0.46 Säuglinge auf 1000 Lebendgeborene

SIDS = Sudden Infant Death Syndrome

Plötzlicher Kindstod

Ursache

- Nicht geklärt
- Aktuellste These:
Während der Schwangerschaft erworbene und/oder genetische vorhandene Vulnerabilität, welche durch einen oder mehrere auslösende Faktoren begünstigt wird

SIDS = Sudden Infant Death Syndrome

Plötzlicher Kindstod

Risikofaktoren

- Junge Mutter (> 20 Jahren)
- Nikotin/Drogenkonsum der Mutter in SS
- Frühgeburt
- Geringes Geburtsgewicht (< 2000g)
- Schlafen in Bauch- oder Seitenlage
- Überwärmung (Temperatur in Schlafzimmer 16-18° C empfohlen)
- Keine oder kurze Stillzeit
- Zustand nach ALTE

SIDS = Sudden Infant Death Syndrome

Plötzlicher Kindstod

Prävention

- Rückenlage
- Schlafsack
- Schlafplatz
- Schutz vor Überwärmung
- Rauchfreie Umgebung
- Stillen (nach Möglichkeit 6 Monate lang)
- Verwendung eines Schnullers (nach etabliertem Stillen bis Ende des 1. Lebensjahr)

ALTE = Apparent Life-Threatening Event

- Vorform/Übergangsform des SIDS
- Zyanose, Blässe
- Episoden mit Apnoe
- Bradykardie, schlaffer Muskeltonus
- Durch äussere Reize stellen sich Vitalparameter des Säuglings wieder ein
- Nach ALTE ist Gefahr des SIDS 10-40-fach erhöht

Triage von Kindern

- Schnelle Ersteinschätzung durch **Pädiatrisches Beurteilungsdreieck**

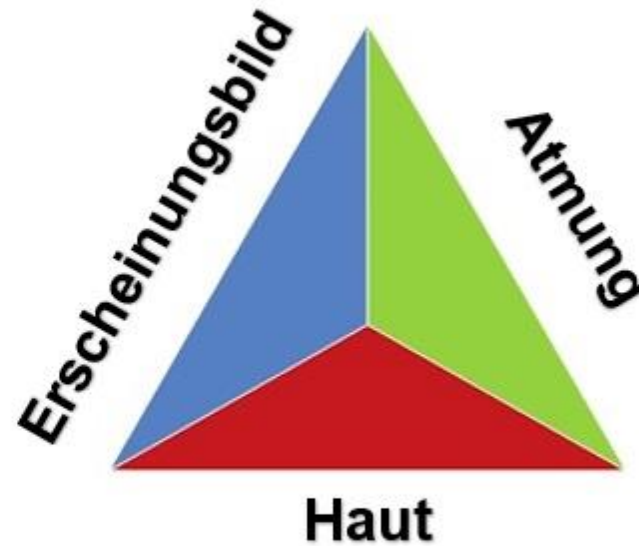
- Primary Survey nach **ABCDE**
- «Treat first what kills first»
- Reassessment

Das Pädiatrische Beurteilungsdreieck

- Bei Erstkontakt mit dem Patienten, max. innerhalb der ersten **30 Sekunden**
- Mit Hilfe von wenigen, schnell erkennbaren Kriterien ersten Eindruck verschaffen
- **kritisch** oder **nicht kritisch** erkranktes Kind?
➔ Zeit - Strategie – Support

Das Pädiatrische Beurteilungsdreieck

Tonus
Interaktion
Chamers tröste
Luegets
Sprichts



Atemfrequenz
Atemarbeit
Atemgeräusche
Atemhilfsmuskulatur

Farbe, Temperatur, Ausschlag
Marmorierung

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit



Fragen?

