

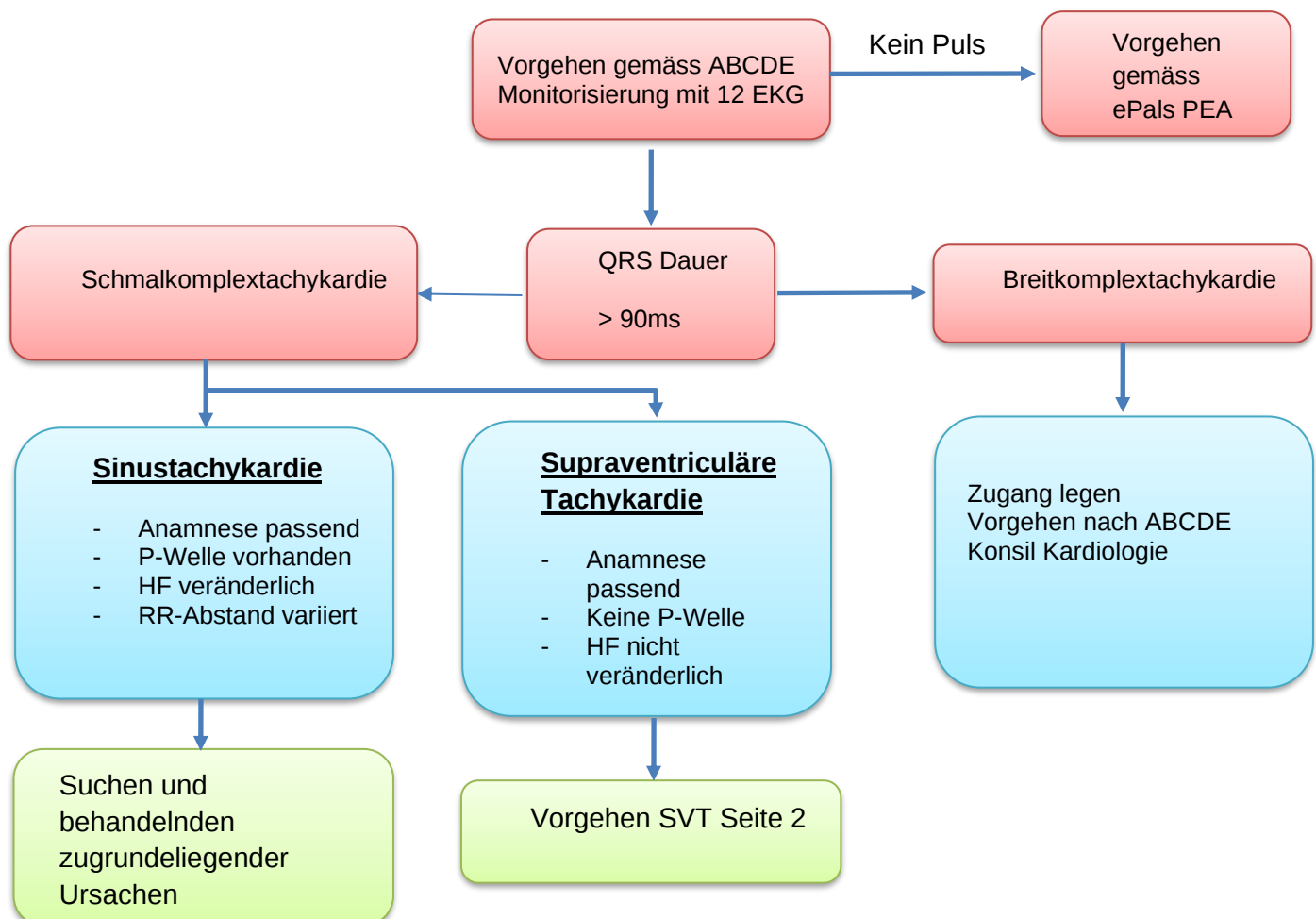
Richtlinie

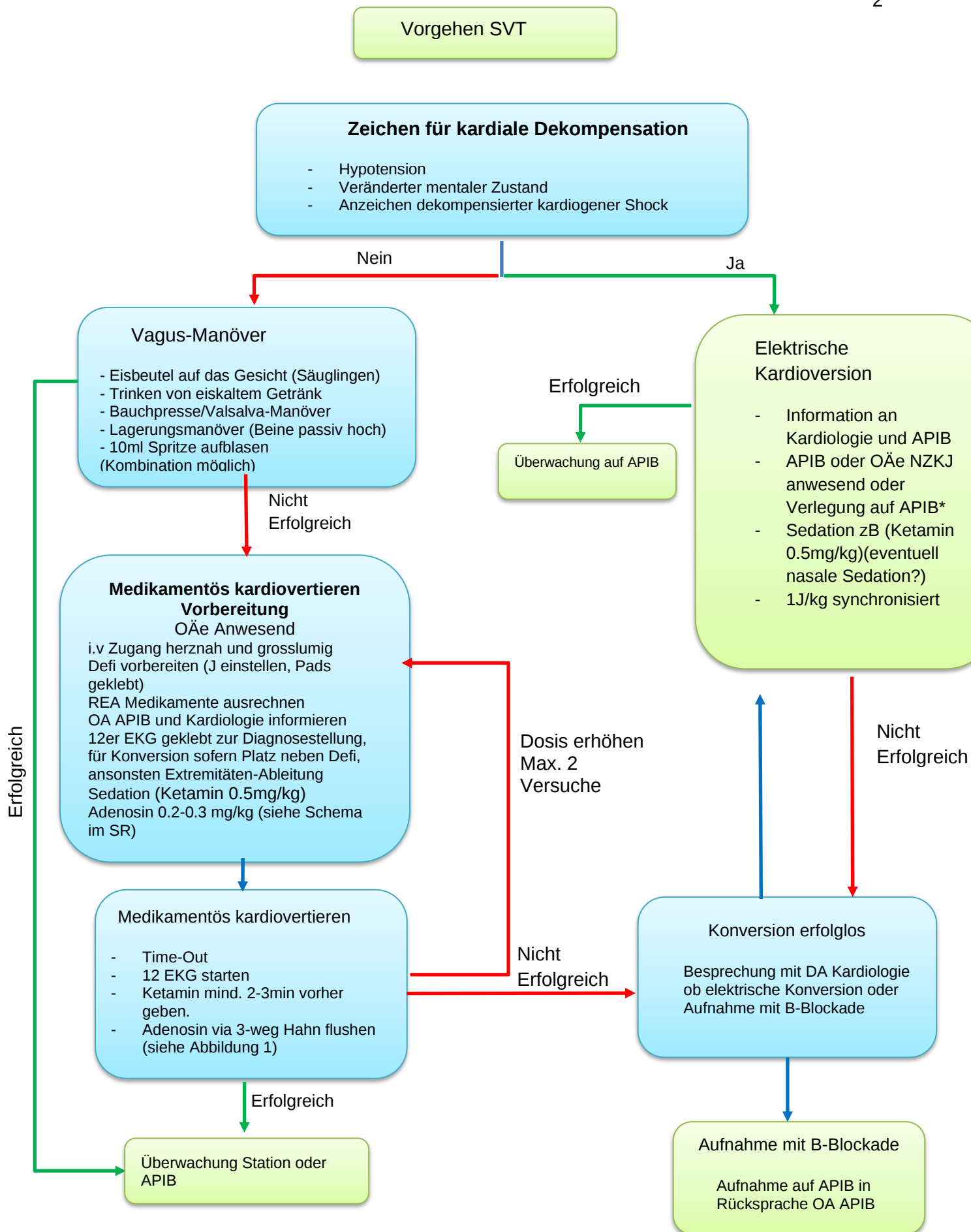
Tachykardie – Ablauf Kindernotfall			
Autorenschaft M. Wendelspiess	Erstellungsdatum August 2025	Überarbeitungsdaten	Aktualisierungsdaten
Nächste Überarbeitung August 2027			
Gültigkeitsbereich Medizinbereich Kinder und Jugendliche, NZKJ	Genehmigung Steuergruppe Richtlinien	Vernehmlassung M. Cremer, M. Mendonca, RL-Gruppe NZKJ, T. Riedel, B. Vessaz	

1 Präklinik / Triage

Triage Kategorie nach ATS mind. 3, bei schlechtem Allgemeinzustand gemäss Klinik
Schmalkomplextachykardie primär in den SR nehmen

2 Management / Therapie





* Rücksprache mit APIB ob einfacher den Patienten zu verlegen als das APIB Team im Schockraum zu haben.

Adenosin-Gabe



Abbildung 1 Adenosin-Gabe immer über Dreiweghahn

Dosis im 4 Augenprinzip vorbereiten

Die Adenosin-Gabe erfolgt immer via Dreiweghahn mit 2 Personen.

Person 1 Appliziert das Adenosin und hält die Spritze gut fest. (Kann sonst beim Flushen dekonnectieren)

Person 2 flusht mit Posiflush

Elektroden kleben bei Kardioversion (elektrisch und medikamentös)

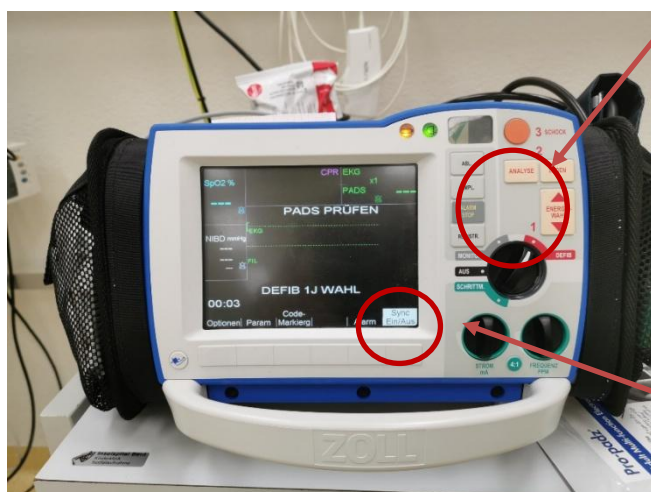
- Defi ist immer geklebt und vorbereitet.
- 12-EKG kleben (minimal Extremitäten-Ableitungen falls kein Platz)
- Monitor-EKG muss nicht zwingend angeschlossen sein (wenn Platz dann ja)
 - o Bei medikamentöser Kardioversion 4j/kg einstellen
 - o Bei elektrischer Kardioversion 1-2j/kg einstellen.
 - o Bei elektrischer Kardioversion sync-Taste auf dem Screen drücken. Kontrolle durch 2. Person.

Das EKG Gerät ist defibrillationsfest und kann in Kombination mit dem Defi benützt werden
Kennzeichnung am Gerät:



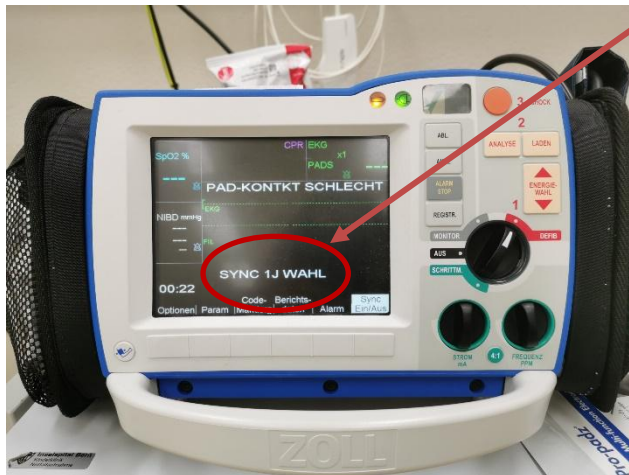
CF-Symbol. Das Gerät ist für die interne und die externe Anwendung als sicher klassifiziert. Es ist aber nur in Kombination mit dem Original-SCHILLER-Patientenkabel defibrillationsfest.

Defi einstellen bei elektrischer Kardioversion



(DEFIB Nummer 1 auf dem Defi)

2.Sync-Taste auf Screen drücken



3. Joule einstellen 1J/kg),
Laden drücken (**Nummer 2**
auf dem Defi)

4. Bei Schockabgabe lange
auf die Schocktaste drücken
(muss erst über 2-3
QRS Komplexe
synchronisieren). Erst nach
der Schockabgabe die Taste
wieder loslassen (**Nummer 3**
auf dem Defi)

3 Austritt

- Nach Problemloser Kardioversion mit Vagusmanöver oder medikamentös bei stabiler Situation: Kurzzeitige Überwachung auf dem NZKJ, anschliessend Verlegung auf die Abteilung.
- Nach Elektrischer Konversion oder instabiler Situation (bei i.v. Betablockergabe, rezidivierende SVT, persistierender Schock Überwachung auf der APIB nach Rücksprache mit OA APIB und OA Kardiologie.

4 Literatur / Links

1. [Doniger SJ, Sharieff GQ. Pediatric dysrhythmias. Pediatr Clin North Am 2006; 53:85.](#)
2. American Heart Association. CPR & First Aid Emergency Cardiovascular Care (2020). <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>.
3. [Chandar JS, Wolff GS, Garson A Jr, et al. Ventricular arrhythmias in postoperative tetralogy of Fallot. Am J Cardiol 1990; 65:655.](#)
4. [Moss AJ. Long QT Syndrome. JAMA 2003; 289:2041.](#)
5. [Ackerman MJ. The long QT syndrome: ion channel diseases of the heart. Mayo Clin Proc 1998; 73:250.](#)
6. [Garson A Jr, Bink-Boelkens M, Hesslein PS, et al. Atrial flutter in the young: a collaborative study of 380 cases. J Am Coll Cardiol 1985; 6:871.](#)
7. [Maron BJ. Hypertrophic cardiomyopathy in childhood. Pediatr Clin North Am 2004; 51:1305.](#)
8. [Bohn D, Benson L. Diagnosis and management of pediatric myocarditis. Paediatr Drugs 2002; 4:171.](#)
9. [Liberman L, Hordof AJ, Alfayyadh M, et al. Torsade de pointes in a child with acute rheumatic fever. J Pediatr 2001; 138:280.](#)
10. [Van de Voorde P et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. j.resuscitation.2021.02.015](#)