

ANALGESIE

1. Opiate

Morphin-DT (max 30 mcg/kg/h)

- + Mittel der Wahl da gleichzeitig sedativ
- Akkumulation bei Niereninsuffizienz

Fentanyl-DT (max 4 mcg/kg/h)

- + Mittel der Wahl bei Niereninsuffizienz
- nicht sedativ

2. Paracetamol/NSAR/Metamizol

3. Musik



Opiatrotation

Prävention Hyperalgesie, alle 7 Tage wiederholen

Morphin / Fentanyl s. oben

Hydromorphon (2- 5mcg/kg/h) *

- Akkumulation bei Niereninsuffizienz
- * Boli 4-6 mcg/kg iv

Methadon (0.025- 0.1mg/kg/h)*

- * Boli : 0.05mg/kg 4 stdl iv *oder*
- 0.1mg/kg 6 stdl po (innert Tagen auf 12 stdl strecken)
- cave Akkumulation da lange HWZ

SEDATION

1. Alpha2-Agonisten

Dexdor-DT (max 1 mcg/kg/h)

- + Mittel der Wahl falls <48h intubiert
- max 72h, danach Mortalitätszunahme Erw.

Clonidin-DT (max 2 mcg/kg/h)

- + Mittel der Wahl falls > 48h intubiert

2. Propofol-DT (max 4 mg/kg/h)

- + falls Extubation innert Stunden, max 48h
- Nur bei Kindern >6 Mt

3. Alimemazine 2-4mg/kg po max 6 stdl



Clonidin weiter, falls ungenügend:

Midazolam-DT (max 300 mcg/kg/h)

- + sedierend
- Delir induzierend

Ketamin-DT (0.5-1.5mg/kg/h)

- + Kreislauf stabil, bronchodilatatorisch
- halluzinogen, Sekret ++

Chloralhydrat po

max 30mg/kg 6-stdl po für max. 2 Wo

Lorazepam po/ Diazepam po

ASSESSMENT & PROPHYLAXEN

1. Comfort-B-Score (solange intubiert)

Zielbereich 11-20 individuell angepasst

11 = tiefsediert: zB bei SHT

20 = relativ wach: zB bei kooperativem Kind, vor Extubation

2. Delir-Prophylaxe

Tag/Nachtrhythmus beibehalten

Lärmreduktion (Kopfhörer)

Eltern anwesend bei Visiten, Pflegerunden und Prozeduren

Frühe Mobilisation

Sedation: „lieber weniger als mehr“

3. Prophylaxe „critical illness myopathy“

Relaxation: Dosis so tief als möglich, falls DT täglich Pause. Dosisreduktion um 25% falls > 60min keine aktiven Bewegungen. TOF Ziel 1-3

4. Darmträgheit durch Opiate

Naloxon 4-6 mcg/kg po alle 4-6h

7

Tage



<5
Tage



>5
Tage



>10
Tage



WEANING

Ausschleichen innerhalb 24-48h

Entzug sehr unwahrscheinlich

Sedation gegebenenfalls direkt stoppen
Analgesie gemäss Schmerzscores



Ausschleichen innerhalb 4 Tage

Entzug möglich: SOS-Score

Reduktion um **25%** der max. Dosis
Alternierend Opiate/Sedation alle 12h
- morgens: Reduktion Sedation
- abends: Reduktion Opiate



Ausschleichen innerhalb 10-20 Tage

Entzug wahrscheinlich: SOS-Score

Reduktion um **10%** der max. Dosis
Alternierend Opiate/Sedation alle 12-24h
- morgens: Reduktion Sedation
- abends: Reduktion Opiate

KONVERSION & RESERVEMEDIS

1. Konversion iv → po/ Opiatrotation

Anfangsdosis bei Rotation 50-70% der errechneten Dosis

Morphin

mg/d i.v. → mg/d po: x 2-3
Morphin i.v. → Hydromorphon iv: x 0.2
Mo i.v. mg/d → Oxycodon po mg/d : x2
Mo i.v. mg/d → Fentanyl TTS ug/h: x 1.25

Clonidin

1-5 ug/kg 6-stdl p.o./i.v.
Bioverfügbarkeit per os wie i.v.

Methadon

mg/d i.v. → mg/d p.o.: x2
Mo i.v. mg/d → Methadon p.o. mg/d: x 0.8

2. Reservemedikamente

Quetiapin

- bei schwerem hyperaktivem Delirium
- 0.5-2mg/kg 8 stdl po

Substanzklassenwechsel

Entzug soll mit dem entsprechenden
Entzugsmedikament „behandelt“ werden,
kein Wechsel der Substanzklassen

ASSESSMENT & VORGEHEN

1. Comfort-B-Score beibehalten solange intubiert

2. SOS-PD-Score

Start nach 5 Tagen Analgosedation oder sobald Weaning

Beibehalten bis Weaning komplett
Zielbereich <4

- Score ≥ 4: Erwäge 1x Extradosis
- Score mehrmals ≥ 4: langsames Weaning
- Delir: möglichst konservative Therapie
- hyperaktives Delir: ev. Clonidin/ Quetiapin