

Atualização das Diretrizes Universais de 2020

& Plano de Transição de Programas de Treinamento

Atualização das Diretrizes Universais de 2020 & Plano de Transição de Programas de Treinamento

Guia do instrutor, versão 1.0

Objetivo deste Guia

Esta Atualização das Diretrizes Universais de 2020 & Plano de Transição de Programas de Treinamento destina-se exclusivamente a fornecer informações sobre a apresentação e administração das aulas de treinamento da AVERT. As informações neste livro são fornecidas para esse fim e estão sujeitas a alterações sem aviso prévio.

Notificação de direitos

Nenhuma parte desta Atualização das Diretrizes Universais de 2020 & Plano de Transição de Programas de Treinamento pode ser reproduzida ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia e registro, ou por qualquer sistema de armazenamento e recuperação de informações, sem permissão por escrito da Saúde e Segurança Instituto.

ÍNDICE

Em resumo	3
Fases de atualização	4
Atualização das Diretrizes Universais	5
Materiais do programa de treinamento provisório universal	7
Introdução de novos programas de treinamento HSI	8
Fim dos programas de treinamento de marca individual	9
Tabelas de atualização de diretrizes	10
Educação	11
RCP e DEA para adultos	14
RCP e DEA pediátrico	18
Primeiros socorros	22
Suporte Básico de Vida para Adultos	26
Suporte Básico de Vida Pediátrico	30
Suporte Avançado de Vida Cardíaca	33
Suporte Avançado de Vida em Pediatria	39

EM RESUMO

Em 21 de outubro de 2020, a American Heart Association®, Inc. (AHA) lançou simultaneamente diretrizes atualizadas para ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e atendimento cardíaco de emergência (ECC), bem como produtos de treinamento proprietários atualizados para suporte básico de vida (SBV), avançado suporte de vida cardíaco vital e suporte avançado de vida pediátrico.

Em 27 de outubro de 2020, a AHA e a Cruz Vermelha Americana (ARC) também publicaram uma atualização focada em primeiros socorros. Todas as organizações norte-americanas de treinamento em atendimento de emergência, editores de programas de treinamento em atendimento de emergência e outros produtores de materiais de atendimento de emergência e protocolos de tratamento agora estão começando uma revisão de seus próprios materiais, incluindo HSI.

A atualização das diretrizes da AHA é amplamente baseada na revisão contínua do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) da literatura médica sobre ressuscitação, parada cardíaca, primeiros socorros e suas instruções associadas. A missão do ILCOR é promover, divulgar e defender a implementação internacional de evidências de ressuscitação informada e primeiros socorros.

A AHA é um dos oito conselhos membros do ILCOR. O Consenso Internacional do ILCOR sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Ciência de Cuidados Cardiovasculares de Emergência com Recomendações de Tratamento (CoSTR) e as publicações das diretrizes da AHA refletem as recomendações de tratamento para atendimento médico de emergência e instruções com base no consenso mais atual de evidências científicas.



FASES DE ATUALIZAÇÃO

A HSI planeja quatro fases distintas para atualizar nossos instrutores e integrar as diretrizes ILCOR CoSTR, AHA e ARC em novos programas e materiais de treinamento HSI.

Fase
01



Atualização
das diretrizes
universais

Materiais do programa
de treinamento
provisório universal



Fase
02

Fase
03



Introdução de novos
programas de
treinamento HSI

Fim dos programas
de marca individual



Fase
04

Fase um

ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES UNIVERSAIS

O HSI é composto por três marcas de programas de treinamento em atendimento de emergência: American Safety and Health Institute (ASHI), MEDIC First Aid® e EMS Safety Services (EMSS). Essas três marcas de programas de treinamento incluem uma variedade de cursos que abrangem primeiros socorros e treinamento em RCP para a comunidade e no local de trabalho, bem como treinamento de suporte básico e avançado de vida para profissionais de saúde.

Fase 1, esta Atualização das Diretrizes Universais destina-se a fornecer aos instrutores ASHI, MEDIC Primeiros Socorros e SME resumidos destaques das mudanças recomendadas em RCP, ECC e primeiros socorros. Essas mudanças recomendadas aparecem nas Tabelas de atualização de diretrizes incluídas por domínio (por exemplo, primeiros socorros, suporte básico de vida para adultos, etc.), programas de treinamento afetados, tópico, tipo (atualizado ou nova diretriz), diretriz anterior (se aplicável), diretriz revisada, e o motivo da mudança.

Ao desenvolver essas Tabelas de atualização de diretrizes, geralmente incluímos apenas as alterações que receberam uma recomendação forte de Classe 1 (“é recomendado”) ou Classe 3 (“não é recomendado ou prejudicial”). No entanto, não incluímos todas as recomendações de Classe 1 e Classe 3 porque, embora a força da evidência possa ter melhorado (a favor ou contra), a linguagem da diretriz em si não mudou substancialmente. Consulte as Diretrizes ILCOR CoSTR, AHA e ARC 2020 para todos os detalhes, incluindo recomendações de força moderada (“é razoável”) ou fraca (“pode ser razoável”).

Para manter seu status atual e ativo e continuar a fornecer treinamento ASHI, MEDIC First Aid ou EMSS, cada Diretor do Centro de Treinamento, independentemente de qual programa de treinamento de marca é oferecido, deve entrar em seu Portal Otis até 1 de março de 2021 e atestar o recebimento esta Atualização das Diretrizes Universais e garantindo que cada um de seus instrutores atualmente autorizados leia e esteja familiarizado com as diretrizes atualizadas para os programas de treinamento que ministram. Por exemplo, os instrutores que estão ensinando apenas ASHI ou Suporte Básico de Vida SME devem receber, ler e estar familiarizados com as Tabelas 1, 5 e 6.

Importante

Os Diretores do Centro de Treinamento que não se conectaram ao Portal Otis e atestados até 1º de março de 2021 terão seu status do Centro de Treinamento alterado para inativo. Um Centro de Treinamento inativo não está autorizado a oferecer cursos ASHI, EMS Safety ou MEDIC First Aid e não pode comprar ou emitir cartões de certificação. Depois de 1º de março de 2021, o status do CT voltará a ser ativo quando o Diretor do Centro de Treinamento fizer login em seu Portal Otis e atestar.

Como usar esta atualização das diretrizes universais

Importante

As diretrizes revisadas **não implicam** que os cuidados de emergência ou instruções envolvendo o uso de diretrizes anteriores ou recomendações de tratamento sejam inseguros. Você pode continuar a comprar e ensinar usando os materiais de treinamento ASHI, MEDIC First Aid ou SME atualmente disponíveis até que novos materiais com as novas recomendações estejam disponíveis.

recomendações estejam disponíveis.

Os instrutores devem usar esta Atualização das Diretrizes Universais para garantir que estão totalmente familiarizados com as diretrizes atualizadas. Atualizações nas diretrizes de reanimação, parada cardíaca e tratamento de primeiros socorros frequentemente recebem atenção online e em notícias de rádio e televisão. Como resultado, os alunos podem chegar às aulas cientes de que houve uma mudança nas diretrizes e podem esperar que as atualizações sejam abordadas em aula.

Os instrutores que não estão familiarizados com as diretrizes atualizadas serão pegos de surpresa e podem se sentir confusos ou incertos sobre como responder às perguntas do aluno. Essa incerteza pode afetar negativamente a confiança do instrutor e a motivação do aluno para aprender. Os instrutores podem usar as informações nesta Atualização das Diretrizes Universais como um atalho para fornecer aos alunos uma comunicação precisa sobre a diferença entre as recomendações anteriores e as novas.

Esta atualização das diretrizes universais também pode ajudar os instrutores a se prepararem imediatamente para incorporar algumas das mudanças mais significativas nas recomendações em suas aulas.

No entanto, fazer isso é uma opção, não um requisito. Os instrutores podem continuar a ensinar usando seus programas e materiais de treinamento ASHI, MEDIC First Aid e SME até que os novos cursos com as novas

Ao abordar as novas recomendações de diretrizes em sala de aula, é importante compreender que os alunos ainda devem demonstrar a realização dos objetivos de conhecimento e habilidades práticas exigidos de acordo com os requisitos de certificação do ASHI, MEDIC Primeiros Socorros ou Treinamento EMSS aplicáveis. Padrão do programa. As Normas do Programa de Treinamento são revisados regularmente e publicados no Manual Administrativo do Centro de Treinamento HSI (TCAM), disponível em <https://emergencycare.hsi.com/quality assurancecompliance>.

Fase dois

MATERIAIS DO PROGRAMA DE TREINAMENTO INTERNO UNIVERSAL

Levará tempo para desenvolver e produzir novos materiais de programa de treinamento que incluam as novas recomendações. Para preencher essa lacuna, a HSI fornecerá materiais do programa de treinamento provisório universal. Por materiais do programa de treinamento provisório universal, queremos dizer materiais de instrução que não serão especificamente identificados como ASHI, MEDIC First Aid ou SME, mas podem ser usados genericamente em todos os programas.

Os materiais provisórios devem ser usados apenas até que os instrutores comecem a ministrar novos cursos usando novos materiais.

O uso de materiais provisórios também é opcional e não obrigatório.

Os instrutores podem continuar a usar os materiais de treinamento ASHI, MEDIC Primeiros Socorros ou EMSS conforme projetados até que os novos programas estejam disponíveis.



Fase três

INTRODUÇÃO DE NOVOS PROGRAMAS DE TREINAMENTO HSI

A HSI já iniciou o processo de desenvolvimento de atualização e transição para novos programas de treinamento. Nossos novos programas serão atualizados com as últimas recomendações científicas, recomendações de tratamento e diretrizes. Eles receberão um novo visual e recursos expandidos projetados para tornar mais fácil e envolvente o ensino de atendimento de emergência para alunos iniciantes e mais experientes. Assim que os novos programas estiverem disponíveis, os instrutores serão solicitados a realizar uma orientação online para os novos programas antes de ensinar. **Esta orientação será fornecida gratuitamente.**

Transição de marca

ASHI, MEDIC First Aid e EMS Safety são marcas bem conhecidas de treinamento em atendimento de emergência, com raízes profundas em organizações e comunidades, em alguns casos datando de décadas. Essas marcas de treinamento em atendimento de emergência alcançaram ampla aceitação, aprovação e reconhecimento - atendendo coletivamente aos requisitos de mais de 6.400 agências regulatórias estaduais, conselhos de licenciamento ocupacional, associações nacionais, comissões e conselhos em mais de 550 ocupações.

No momento, ASHI, MEDIC First Aid e EMS Safety residem como marcas individuais de treinamento em atendimento de emergência sob a égide da HSI (a faixa azul sobre as letras HSI no logotipo da HSI tem a intenção de transmitir a impressão de um guarda-chuva).

Desde que a ASHI e a MEDIC First Aid uniram forças e formaram a HSI há quase 15 anos, crescemos significativamente nas categorias de saúde e segurança, tornando-nos uma “família de marcas” - todas agrupadas sob o guarda-chuva da HSI.

Está ficando um pouco lotado lá embaixo, então estamos começando o processo de transição de todas as nossas marcas individuais de treinamento de saúde e segurança em uma única e unificada - HSI. Esse processo pode ser melhor descrito como uma evolução, não uma revolução. Um processo lento e gradual em oposição a uma mudança radical.

Mas haverá mudança.

O próximo programa de atendimento de emergência que lançarmos será consolidado de duas ou três marcas para uma. Por exemplo, em vez de três programas de treinamento em RCP, DEA e Primeiros Socorros (ASHI RCP, DEA e Primeiros Socorros Básicos, EMS Safety RCP, DEA e Primeiros Socorros, e MEDIC First Aid® BasicPlus RCP, DEA e Primeiros Socorros) lá será um programa de treinamento de HSI em RCP, DEA e Primeiros Socorros.

Integraremos e expandiremos os melhores aspectos de cada programa de treinamento, ao mesmo tempo em que os otimizaremos e harmonizaremos.

O novo e único programa HSI unificado terá elementos de instrução familiares e compreensíveis para os instrutores leais de cada marca individual de atendimento de emergência, ao mesmo tempo que incorporará as diretrizes e recomendações de tratamento mais atuais.

Fase quatro

FIM DOS PROGRAMAS DE TREINAMENTO DE MARCA INDIVIDUAL

Assim que um programa de treinamento de atendimento de emergência HSI novo e atualizado estiver disponível para substituir os programas individuais ASHI, MEDIC First Aid e EMS Safety, os programas individuais da marca serão descontinuados.

Um período de tempo razoável (provavelmente 6-12 meses) será permitido para os Centros de Treinamento e instrutores usarem os materiais do aluno existentes, incluindo cartões de certificação. Após esse período de tempo, os programas ASHI, MEDIC First Aid e EMS Safety descontinuados não podem mais ser usados para o ensino e seus cartões de certificação associados não podem mais ser emitidos legitimamente.

Para lidar com o risco de confusão no mercado e entre reguladores e outros aprovadores durante a transição da marca, os novos e atualizados programas de treinamento da marca HSI e os cartões de certificação relacionados continuarão a exibir os logotipos das marcas individuais por um período prolongado de tempo, provavelmente anos.

Gradualmente, com o tempo, as marcas ASHI, MEDIC First Aid e EMS Safety serão gradualmente eliminadas e essa parte da evolução da HSI estará completa.





TABELAS DE ATUALIZAÇÃO DE DIRETRIZES



Tabela um

EDUCAÇÃO

Programas de treinamento afetados: RCP e DEA, SBV

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
Treinamento de reforço Tipo: atualização	“Dada a rapidez com que as habilidades de SBV decaem após o treinamento, juntamente com a melhora observada na habilidade e confiança entre os alunos que treinam com mais frequência, pode ser razoável que o retreinamento em SBV seja concluído com mais frequência por indivíduos com probabilidade de sofrer parada cardíaca.” Circulation. 2015; 132 [supl 2]: S561 – S573	“É recomendável implementar sessões de reforço ao utilizar uma abordagem de aprendizagem em massa para o treinamento de ressuscitação.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S551 – S579	O aprendizado em massa é uma única sessão longa (a maioria das aulas ministradas por instrutor). Nesse cenário, treinamentos de reforço frequentes (em intervalos de 1 a 6 meses) estão associados a habilidades aprimoradas de RCP.

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Treinamento de socorrista leigo</p> <p>Tipo: Atualizado</p>	<p>“A autoinstrução em RCP por meio de módulos baseados em vídeo e / ou computador combinados com a prática pode ser uma alternativa razoável aos cursos ministrados por instrutor ... Uma combinação de autoinstrução e ensino com instrutor com treinamento prático pode ser considerada como uma alternativa aos cursos tradicionais ministrados por instrutor para provedores leigos. Se o treinamento com instrutor não estiver disponível, o treinamento autodirigido pode ser considerado para provedores leigos que estão aprendendo habilidades de DEA.” Circulation. 2015; 132 [supl 2]: S561 – S573</p>	<p>“Uma combinação de autoinstrução e ensino com instrutor com treinamento prático é recomendada como uma alternativa aos cursos com instrutor para socorristas leigos. Se o treinamento conduzido por instrutor não estiver disponível, o treinamento autodirigido é recomendado para socorristas leigos.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S551 – S579</p>	<p>As evidências revisadas levaram a uma recomendação forte (versus “moderada”) para o aprendizado combinado / híbrido (aprendizado online com aprendizado presencial) como uma alternativa ao treinamento ministrado por instrutor. Onde o treinamento com instrutor não estiver disponível, a autoinstrução em RCP por meio de módulos de vídeo ou baseados em computador combinada com a prática de habilidades é recomendada.</p>
<p>Treinamento de socorrista leigo</p> <p>Tipo: Novo</p>		<p>“Recomenda-se treinar crianças do ensino fundamental e médio sobre como realizar RCP de alta qualidade.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S551 – S579</p>	<p>“Vários estudos descobriram que crianças do ensino fundamental e médio são capazes de aprender e relembrar habilidades de RCP de alta qualidade.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S551 – S579</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Considerações do provedor</p> <p>Tipo: Novo</p>		<p>“Recomenda-se direcionar e adaptar o treinamento de RCP para leigos a populações e bairros raciais e étnicos específicos nos Estados Unidos”. “É recomendado direcionar as populações e bairros de nível socioeconômico baixo para treinamento de RCP para leigos e esforços de conscientização”. REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S551 – S579</p>	<p>Estudos descobriram que residentes de bairros negros, hispânicos e de baixo nível socioeconômico (SES) tinham menos probabilidade de receber RCP por espectador e que residentes negros eram menos propensos a serem treinados em RCP. Ter como alvo esses bairros para treinamento em RCP e encorajar a RCP de espectadores poderia eliminar essas disparidades.</p>

Tabela dois

RCP E DEA EM ADULTOS

Programas de treinamento afetados: **RCP e DEA, RCP de alto desempenho**

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Cadeia de sobrevivência de adultos</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“... Um conjunto básico de ações fornece uma estratégia universal para alcançar uma ressuscitação bem-sucedida. Essas ações são chamadas de elos da "Cadeia de Sobrevivência". Para adultos, incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento imediato de parada cardíaca e ativação do sistema de resposta de emergência • RCP precoce que enfatiza as compressões torácicas • Desfibrilação rápida, se indicado • Suporte avançado de vida eficaz • Atendimento pós-parada cardíaca integrado.” REF: Circulation. 2010; 122 [supl 3]: S685 – S705 	<p>“As causas, processos e resultados da ressuscitação são muito diferentes para OHCA e IHCA ... [parada cardíaca fora do hospital, parada cardíaca dentro do hospital].” “As Cadeias de Sobrevivência de Adultos OHCA e IHCA foram atualizadas para melhor destacar a evolução dos sistemas de atendimento e o papel crítico de recuperação e sobrevivência com a adição de um novo link. Este link de recuperação destaca a enorme jornada de recuperação e sobrevivência, desde o fim do tratamento agudo para doenças críticas até a reabilitação multimodal (tanto de curto quanto de longo prazo), para sobreviventes e famílias após a parada cardíaca.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>O novo link reconhece a necessidade de um sistema de atendimento para apoiar a recuperação de sobreviventes e suas famílias após uma parada cardíaca.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Sequência de ressuscitação</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>"Se um socorrista solitário encontrar um adulto que não responde ... O observador treinado ou não treinado deve, no mínimo, ativar o sistema de resposta de emergência da comunidade ... Se a vítima também tiver respiração ausente ou anormal (ou seja, apenas ofegante), o socorrista deve assumir vítima está em parada cardíaca". REF: Circulation. 2010; 122 [supl 3]: S685 – S705</p>	<p>"Se a vítima estiver inconsciente / sem resposta, com respiração ausente ou anormal (ou seja, apenas ofegante), o socorrista leigo deve presumir que a vítima está em parada cardíaca." REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>Nova ênfase no reconhecimento da parada cardíaca determinada por dois critérios; avaliação de responsividade e respiração.</p>
<p>Iniciação da Reanimação</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>"O socorrista leigo deve ligar para o sistema de resposta de emergência assim que descobrir que a vítima não está respondendo - o despachante deve ser capaz de orientar o socorrista leigo durante a verificação da respiração e as etapas de RCP, se necessário." REF: Circulation. 2010; 122 [supl 3]: S685 – S705</p>	<p>"Depois de identificar uma parada cardíaca, um socorrista solitário deve ativar o sistema de resposta de emergência primeiro e começar imediatamente a RCP." REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>Ênfase na importância do início imediato da RCP após a ativação do sistema de resposta a emergências. "Idealmente, a ativação do sistema de resposta de emergência e o início da RCP ocorrem simultaneamente. Na era atual de uso e acessibilidade generalizada de dispositivos móveis, um socorrista solitário pode ativar o sistema de resposta de emergência simultaneamente com o início da RCP discando para obter ajuda, colocando o telefone no modo viva-voz para continuar a comunicação e imediatamente iniciando a RCP." REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Iniciação da Reanimação</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Recomendamos que leigos iniciem a RCP para presumível parada cardíaca, sem preocupações de danos aos pacientes que não estão em parada cardíaca.” REF: Circulation. 2015; 132 [supl 1]: S51 – S83</p>	<p>“Recomendamos que leigos iniciem a RCP em caso de parada cardíaca presumida, porque o risco de danos ao paciente é baixo se o paciente não estiver em parada cardíaca.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>Enfatizar novamente a importância de iniciar a ressuscitação se houver suspeita de parada cardíaca, pois o risco de dano é baixo e superado pelo benefício potencial. “As evidências existentes sugerem que o dano potencial da RCP em um paciente que foi incorretamente identificado como tendo parada cardíaca é baixo. No geral, os benefícios do início da RCP em parada cardíaca superam o risco relativamente baixo de lesão para pacientes que não estão em parada cardíaca”. REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>
<p>Recomendações para abrir a via aérea</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“O socorrista leigo treinado que se sente confiante de que pode realizar compressões e ventilações deve abrir as vias aéreas usando uma manobra de inclinação da cabeça - elevação do queixo.” REF: Circulation. 2010; 122 [suppl]: S685-S705</p>	<p>“O socorrista leigo treinado que se sente confiante para realizar as compressões e a ventilação deve abrir as vias aéreas usando uma manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo quando não houver suspeita de lesão da coluna cervical.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>Adiciona a frase de esclarecimento “quando não houver suspeita de lesão da coluna cervical”.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Recomendações de posicionamento e localização para RCP</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Como as camas de hospital normalmente não são firmes e parte da força destinada a comprimir o tórax resulta no deslocamento do colchão em vez da compressão torácica, tradicionalmente recomendamos o uso de uma tábua, apesar de evidências insuficientes a favor ou contra o uso de tábuas durante a RCP.” REF: Circulation. 2010; 122 [suppl]: S685-S705</p>	<p>“A ressuscitação geralmente deve ser realizada onde a vítima for encontrada, desde que a RCP de alta qualidade possa ser administrada com segurança e eficácia naquele local.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>“Acredita-se que as compressões torácicas ideais sejam aplicadas melhor com a vítima em uma superfície firme. Estudos com manequins mostram compressão torácica geralmente aceitável com RCP realizada em colchão de hospital”. REF: Circulation. 2020; 142 (supl 2): S366 – S468 “A força-tarefa não conseguiu fazer uma recomendação para o uso de uma tabela de RCP durante IHCA [parada cardíaca em hospital].” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 1): S41-S91</p>
<p>Overdose de opióides</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Os respondentes não devem atrasar o acesso a serviços médicos mais avançados enquanto aguardam a resposta do paciente à naloxona ou outras intervenções.” Circulation. 2015; 132 [supl 2]: S501 – S518.</p>	<p>“Os respondentes leigos e treinados não devem atrasar a ativação dos sistemas de resposta de emergência enquanto aguardam a resposta do paciente à naloxona ou outras intervenções.” Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>Esclarecimento e reenfatização da ativação precoce por socorristas leigos e treinados devido a 1) a dificuldade em distinguir corretamente a parada cardíaca e respiratória associada a opióides de outras causas (e a naloxona só funciona se houver opióides envolvidos) e 2) a naloxona só funciona para reverter a overdose de opióides no corpo por 30 a 90 minutos. Muitos opioides permanecem no corpo por mais tempo do que isso. É possível que, após o desaparecimento da naloxona, os efeitos da overdose (depressão / parada respiratória) possam ocorrer novamente.</p>

Tabela três

RCP E DEA PEDIÁTRICO

Programas de treinamento afetados: **RCP e AED (bebês e crianças)**

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
Cadeia Pediátrica de Sobrevivência Tipo: atualização	“Para melhor sobrevivência e qualidade de vida, o suporte básico de vida pediátrico (SBV) deve ser parte de um esforço comunitário que inclui prevenção, ressuscitação cardiopulmonar precoce (RCP), acesso imediato ao sistema de resposta de emergência e suporte avançado de vida pediátrico rápido (PALS), seguido por atendimento pós-parada cardíaca integrado.” REF: Circulation. 2010; 122; S862-S875	“A Rede Pediátrica de Sobrevivência foi atualizada. Uma Cadeia de Sobrevivência de OHCA separada foi criada para distinguir as diferenças entre OHCA e IHCA [parada cardíaca fora do hospital, parada cardíaca dentro do hospital]. Em ambas as cadeias OHCA e IHCA, um sexto elo foi adicionado para enfatizar a importância da recuperação, que se concentra na avaliação do tratamento de curto e longo prazo e no apoio aos sobreviventes e suas famílias”. REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469–S523	O novo link reconhece a necessidade de um sistema de atendimento para apoiar a recuperação de sobreviventes e suas famílias após uma parada cardíaca.
Iniciação de RCP Tipo: atualização	“Para avaliar a necessidade de RCP, o socorrista leigo deve presumir que uma parada cardíaca está presente se a vítima não responder e não estiver respirando ou apenas ofegando.” REF: Circulation. 2010; 122; S862-S875	“Socorristas leigos devem iniciar a RCP para qualquer vítima que não responda, não respire normalmente e não apresente sinais de vida; não verifique se há pulso.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523	Reformulado para enfatizar a não verificação do pulso. Estudos mostram que leigos são incapazes de determinar com segurança se há pulso ou não. Portanto, eles não devem atrasar o início da RCP em uma criança sem sinais de vida, tentando determinar se o pulso está presente ou ausente

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Técnica de RCP</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Para uma criança, socorristas individuais (sejam socorristas leigos ou profissionais de saúde) devem comprimir o esterno com 2 dedos colocados logo abaixo da linha intermamária.” REF: Circulation. 2010; 122; S862-S875</p>	<p>“Para bebês, socorristas individuais (sejam socorristas leigos ou profissionais de saúde) devem comprimir o esterno com 2 dedos ou 2 polegares colocados logo abaixo da linha intermamária.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469– S523</p>	<p>Adiciona a técnica de compressão com dois polegares para socorristas individuais. A literatura médica sugere que a técnica de duas mãos circundantes pode melhorar a qualidade da RCP em comparação com a técnica de dois dedos, especialmente para profundidade. NOTA: Um infográfico nas diretrizes revisadas da AHA para SBV pediátrico para socorristas leigos mostra apenas a técnica de 2 dedos para RCP infantil. REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S478 Fig. 4, Etapa 3</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Abrindo a via aérea</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Abra as vias respiratórias usando uma manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo para vítimas feridas e não feridas.” REF: Circulation. 2010; 122; S862-S875</p>	<p>“A menos que haja suspeita de lesão da coluna cervical, use uma manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo para abrir as vias aéreas.” “Para o paciente com trauma com suspeita de lesão da coluna cervical, use um impulso da mandíbula sem inclinação da cabeça para abrir as vias aéreas.” “Para o paciente com trauma com suspeita de lesão da coluna cervical, se o impulso da mandíbula não abrir as vias aéreas, use uma manobra de inclinação da cabeça - elevação do queixo.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469– S523</p>	<p>Incerto. As diretrizes de SBV pediátrico de 2000 recomendaram que a projeção da mandíbula sem inclinação da cabeça seja ensinada tanto para socorristas leigos quanto para profissionais de saúde, pois esta manobra teoricamente limita o movimento da região do pescoço em comparação com a inclinação da cabeça e elevação do queixo. REF: Circulation. 2000; 102 (supl 1): I-253-I-290 As diretrizes de 2005 e 2010 para socorristas leigos recomendavam uma elevação da cabeça e do queixo em vítimas feridas e não feridas. A compressão da mandíbula não era mais recomendada para leigos porque era considerada difícil de aprender e executar. As diretrizes de 2020 para a abertura das vias aéreas em bebês e crianças parecem ser um retorno à recomendação de 2000. Esta recomendação de Classe 1 revisada é baseada no nível mais baixo de evidência - opinião de especialistas.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Parada Respiratória e Cardíaca Relacionada a Opioides</p> <p>Tipo: Novo</p>	<p>Não abordado por diretrizes de suporte básico de vida pediátrico anteriores.</p> <p>As recomendações de 2015 para uma emergência com risco de vida associada a opioides foram para um paciente adulto com sobredosagem de opioide conhecida ou suspeita e declararam: “é razoável para profissionais de saúde BLS devidamente treinados administrar naloxona intramuscular ou intranasal” REF: Circulation 2015; 132 [supl 2]: S414 – S435 E:</p> <p>“A administração empírica de naloxona IM ou IN a todos os pacientes de emergência com risco de vida associados a opioides que não respondem pode ser razoável como um adjunto aos protocolos de primeiros socorros padrão e de não prestadores de serviços de saúde BLS.” REF: Circulation. 2015; 132 [supl 2]: S501 – S518</p>	<p>“Para pacientes em parada respiratória, respiração de resgate ou ventilação com bolsa-máscara deve ser mantida até que a respiração espontânea retorne, e as medidas pediátricas básicas ou avançadas de suporte de vida devem continuar se o retorno da respiração espontânea não ocorrer.” “Para pacientes sabidamente ou com suspeita de parada cardíaca, na ausência de um benefício comprovado do uso de naloxona, as medidas de ressuscitação padrão devem ter prioridade sobre a administração de naloxona, com foco em RCP de alta qualidade (compressões mais ventilação).” “Os respondentes leigos e treinados não devem atrasar a ativação dos sistemas de resposta de emergência enquanto aguardam a resposta do paciente à naloxona ou outras intervenções.” Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>As diretrizes pediátricas revisadas para 2020 foram retiradas das recomendações de SBV para adultos de 2020. Não há evidências que apoiem a diretriz pediátrica revisada, mas a opinião do Grupo de Redação Pediátrica da AHA foi que, dada a urgência da crise de opioides, as recomendações para adultos deveriam ser aplicadas às crianças. Consequentemente, um novo “Algoritmo de emergência associada a opióides para pessoas que respondem leigos” foi desenvolvido.</p>

Tabela quatro

PRIMEIROS SOCORROS

Programas de treinamento afetados: **Primeiros socorros básicos ASHI, primeiros socorros MEDIC e RCP de segurança SME, DEA e primeiros socorros**

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Uso de oxigênio suplementar em primeiros socorros em caso de acidente vascular cerebral suspeito</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Nenhuma evidência foi encontrada na revisão C2015 a favor ou contra a administração de oxigênio suplementar por prestadores de primeiros socorros.” REF: Circulation. 2015; 132 [supl 1]: S269 – S311</p>	<p>“Para indivíduos com suspeita de AVC, o uso rotineiro de oxigênio suplementar por prestadores de primeiros socorros não é recomendado.” REF: Circulation. 2020; 142: e287– e303</p>	<p>“Como não há benefício claro em fornecer oxigênio suplementar a pacientes com AVC confirmado, os prestadores de primeiros socorros não devem dar oxigênio rotineiramente a indivíduos com suspeita de AVC, mas sim focar no reconhecimento do AVC e na comunicação precoce com serviços de emergência para agilizar a transferência para um centro de saúde .” REF: Circulation. 2020; 142: e287 – e303</p>
<p>Torniquetes para hemorragia com risco de vida</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Um torniquete pode ser considerado para o atendimento inicial quando um prestador de primeiros socorros é incapaz de usar o controle de hemorragia de primeiros socorros padrão, como durante um incidente em massa, com uma pessoa com trauma multissistêmico, em um ambiente inseguro ou com uma ferida que não pode ser acessado. ” REF: Circulation. 2015; 132 [supl 2]: S574 – S589</p>	<p>“Um torniquete fabricado deve ser usado como terapia de primeira linha para hemorragia de extremidades com risco de vida e deve ser colocado o mais rápido possível após a lesão.” REF: Circulation. 2020; 142: e287– e303</p>	<p>Estudos recentes aumentaram a força da recomendação de "pode ser considerado" para "deve ser usado". “Os torniquetes podem parar o sangramento nas extremidades com segurança e reduzir a mortalidade; portanto, eles devem ser usados assim que disponíveis para o tratamento de sangramento com risco de vida ... Torniquetes fabricados em comparação com torniquetes improvisados têm uma taxa de sucesso mais alta na cessação de sangramento em estudos de simulação e são os preferidos “. REF: Circulation. 2020; 142: e287 – e303</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Torniquetes para sangramento com risco de vida</p> <p>Tipo: Novo</p>	<p>“Curativos hemostáticos podem ser considerados pelos prestadores de primeiros socorros quando o controle de sangramento padrão (pressão direta com ou sem gaze ou curativo de pano) não é eficaz para sangramento grave ou com risco de vida.” REF: Circulation. 2015; 132 [supl 2]: S574 – S589</p>	<p>“Se um torniquete manufaturado não estiver disponível imediatamente ou se um torniquete manufaturado aplicado corretamente não parar de sangrar, a pressão manual direta, com o uso de um curativo hemostático, se disponível, deve ser usada para tratar o sangramento nas extremidades com risco de vida.” REF: Circulation. 2020; 142: e287 – e303</p>	<p>Estudos recentes aumentaram a força da recomendação de "pode ser considerado" para "deve ser usado". “Como um torniquete pode nem sempre estar imediatamente disponível para tratamento, a pressão manual direta, com o uso de um curativo hemostático, se disponível, deve ser usada até o momento em que um torniquete esteja disponível.” REF: Circulation. 2020; 142: e287 – e303</p>
<p>Avulsão Dentária</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Coloque o dente no leite ou em água limpa se não houver leite disponível.” REF: Circulation. 2010; 122; S934-S946</p>	<p>“Um dente permanente avulsionado não deve ser armazenado na água da torneira.” REF: Circulation. 2020; 142: e287 – e303</p>	<p>Foi demonstrado que a água danifica as delicadas células da raiz do dente, reduzindo a chance de sobrevivência do dente após o replante.</p>
<p>Técnicas de resfriamento de primeiros socorros para hipertermia de esforço e insolação</p> <p>Tipo: Novo</p>	<p>“A ação mais importante de um prestador de primeiros socorros para uma vítima de insolação é começar o resfriamento imediato, de preferência mergulhando a vítima até o queixo em água fria.” REF: Circulation. 2010; 122; S934-S946</p>	<p>“Para adultos e crianças com hipertermia por esforço ou insolação, os prestadores de primeiros socorros devem retirar o indivíduo do ambiente quente, remover o excesso de roupa, limitar o esforço e ativar os serviços de emergência”. REF: Circulation. 2020; 142: e287 – e303</p>	<p>A nova recomendação (baseada na opinião de especialistas) é um acréscimo à orientação anterior e não uma substituição. A insolação é uma emergência médica que pode ser fatal. É importante baixar a temperatura central do corpo rapidamente. Frequentemente, a maneira mais rápida de fazer isso é retirar a pessoa do ambiente quente, remover o excesso de roupas (incluindo EPI e outros equipamentos ocupacionais, equipamentos esportivos, etc.), limitar qualquer atividade física adicional e ativar o SME. O resfriamento ativo imediato usando imersão em água fria de todo o corpo ainda é recomendado como a técnica mais eficaz para reduzir rapidamente a temperatura corporal central para adultos e pode ser considerada para crianças.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Overdose de opióides</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Os socorristas não devem atrasar o acesso a serviços médicos mais avançados enquanto aguardam a resposta do paciente à naloxona ou outras intervenções.” REF: Circulation. 2015; 132 [supl 2]: S501 – S518.</p>	<p>“Os socorristas leigos e treinados não devem atrasar a ativação dos sistemas de resposta de emergência enquanto aguardam a resposta do paciente à naloxona ou outras intervenções.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>Esclarecimento e reênfatização da ativação precoce por socorristas leigos e treinados devido a 1) a dificuldade em distinguir corretamente a parada cardíaca e respiratória associada a opióides de outras causas (e a naloxona só funciona se houver opióides envolvidos) e 2) a naloxona só funciona para reverter os opióides overdose no corpo por 30 a 90 minutos. Muitos opioides permanecem no corpo por mais tempo do que isso. É possível que, após o desaparecimento da naloxona, os efeitos da overdose (depressão / parada respiratória) possam ocorrer novamente.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Intervenções de primeiros socorros para pré-síncope</p> <p>Tipo: Novo</p>	<p>NOTA: As intervenções de primeiros socorros para pré-síncope foram uma atualização de 2019 das Diretrizes da American Heart Association e da Cruz Vermelha americana para primeiros socorros incluídas no Consenso Internacional ILCOR de 2019 sobre ressuscitação cardiopulmonar e ciência de cuidados cardiovasculares de emergência com recomendações de tratamento. Os primeiros socorros para pré-síncope, incluindo PCMs, estarão na versão atualizada de nosso próximo programa de primeiros socorros.</p>	<p>“Se uma pessoa apresentar sinais ou sintomas de pré-síncope (incluindo palidez, suor, tontura, alterações visuais e fraqueza) de origem vasovagal ou ortostática, a prioridade dessa pessoa é manter ou assumir uma posição segura, como sentar ou deitar. Uma vez que a pessoa está em uma posição segura, pode ser benéfico para ela usar PCMs para evitar síncope.” “Se um prestador de primeiros socorros reconhece a pré-síncope de suspeita de origem vasovagal ou ortostática em outro indivíduo, pode ser razoável para o prestador de primeiros socorros encorajar essa pessoa a realizar PCMs até que os sintomas desapareçam ou ocorra a síncope. Se nenhuma melhora ocorrer dentro de 1 a 2 minutos, ou se os sintomas piorarem ou ocorrerem novamente, os provedores devem iniciar uma chamada para obter ajuda adicional.” “Se não houver circunstâncias atenuantes, os PCMs da parte inferior do corpo são preferíveis aos PCMs da parte superior do corpo e abdominais.” “O uso de PCMs não é sugerido quando os sintomas de um ataque cardíaco ou derrame acompanham a pré-síncope.” REF: Circulation. 2019; 140: e931-e938</p>	<p>Síncope (desmaio) é uma perda temporária de consciência geralmente relacionada ao fluxo sanguíneo insuficiente para o cérebro. Se uma pessoa estiver em pé quando desmaiar, podem ocorrer lesões físicas por quedas, incluindo lesões graves na cabeça, fraturas ou outros danos a órgãos. A pré-síncope é a sensação de que você vai desmaiar, mas sem perda real de consciência. A pré-síncope tem sinais e sintomas reconhecíveis, e o tratamento rápido de primeiros socorros pode melhorar os sintomas ou prevenir a ocorrência de síncope. As manobras de contração física (PCMs) são manobras em que o indivíduo contrai os músculos do corpo, incluindo pernas, braços, abdômen ou pescoço, com o objetivo de elevar a pressão arterial para prevenir a síncope. Os PCMs incluem apreensão manual, tensionamento do braço, tensionamento do músculo abdominal, cruzamento da perna com tensionamento, agachamento e flexão do pescoço. Pode haver casos em que um prestador de primeiros socorros treinado no uso de PCMs pode ajudar uma pessoa não treinada com pré-síncope, orientando essa pessoa a realizar PCMs.</p>

Tabela cinco

SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA ADULTOS

Programas de treinamento afetados: **SBV**

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Cadeia de sobrevivência de adultos</p> <p>Tipo: Novo</p>	<p>“... Um conjunto básico de ações fornece uma estratégia universal para alcançar uma ressuscitação bem-sucedida. Essas ações são chamadas de elos da "Cadeia de Sobrevivência". Para adultos, incluem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconhecimento imediato de parada cardíaca e ativação do sistema de resposta de emergência• RCP precoce que enfatiza as compressões torácicas• Desfibrilação rápida, se indicado• Suporte avançado de vida eficaz• Atendimento pós-parada cardíaca integrado.” REF: Circulation. 2010; 122 [supl 3]: S685 – S705	<p>“As causas, processos e resultados da ressuscitação são muito diferentes para OHCA e IHCA ... [parada cardíaca fora do hospital, parada cardíaca dentro do hospital].” “As Cadeias de Sobrevivência de Adultos OHCA e IHCA foram atualizadas para melhor destacar a evolução dos sistemas de atendimento e o papel crítico de recuperação e sobrevivência com a adição de um novo link. Este link de recuperação destaca a enorme jornada de recuperação e sobrevivência, desde o fim do tratamento agudo para doenças críticas até a reabilitação multimodal (tanto de curto quanto de longo prazo), para sobreviventes e famílias após a parada cardíaca.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>O novo link reconhece a necessidade de um sistema de atendimento para apoiar a recuperação de sobreviventes e suas famílias após uma parada cardíaca.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Recomendação para ventilação em pacientes com circulação espontânea (parada respiratória)</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Se uma vítima adulta com circulação espontânea (ou seja, pulsos palpáveis) requer suporte de ventilação, dê respirações de resgate a uma taxa de 10 a 12 respirações por minuto, ou cerca de 1 respiração a cada 5 a 6 segundos.” Circulation. 2005; 112: IV-24 “Se uma vítima adulta com circulação espontânea (ou seja, pulsos fortes e facilmente palpáveis) requer suporte de ventilação, o profissional de saúde deve aplicar respirações de resgate a uma taxa de cerca de 1 respiração a cada 5 a 6 segundos, ou cerca de 10 a 12 respirações por minuto.” Circulation. 2010; 122: S685-S705</p>	<p>“Se uma vítima adulta com circulação espontânea (ou seja, pulsos fortes e facilmente palpáveis) requer suporte de ventilação, pode ser razoável para o profissional de saúde dar respirações de resgate a uma taxa de cerca de 1 respiração a cada 6 s, ou cerca de 10 respirações por minuto.” Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>As recomendações anteriores foram baseadas na opinião de especialistas. Um estudo de 2019 mostrou que pacientes recebendo ventilação de máscara com bolsa apresentaram maior saturação de oxigênio e menor incidência de hipoxemia grave (nível anormalmente baixo de oxigênio no sangue) quando foram administradas 10 respirações por minuto. Este estudo aumentou a qualidade das evidências em apoio à diretriz revisada. REF: N Engl J Med 2019; 380: 811-821 NOTA: Esta foi uma recomendação de Classe IIb (fraca) “pode ser razoável” em 2005 e 2010 e permanece assim em 2020.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Recomendações para a abertura das vias aéreas após trauma de cabeça e pescoço</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Como manter as vias aéreas desobstruídas e fornecer ventilação adequada são prioridades na RCP, use a manobra de inclinação da cabeça - elevação do queixo se o impulso da mandíbula não abrir adequadamente as vias aéreas.” REF: Circulation. 2010; 122 [supl 3]: S685 – S705</p>	<p>“No cenário de trauma de cabeça e pescoço, uma manobra de inclinação da cabeça - elevação do queixo deve ser realizada se as vias aéreas não puderem ser abertas com um impulso da mandíbula e inserção de adjunto das vias aéreas.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>Adiciona a frase “e inserção de adjunto nas vias respiratórias”. “Se o impulso da mandíbula e / ou inserção de um adjunto das vias aéreas forem ineficazes na abertura das vias aéreas e permitir que a ventilação ocorra, uma inclinação da cabeça e elevação do queixo pode ser a única maneira de abrir as vias aéreas. Nesses casos, essa manobra deve ser usada mesmo em casos de lesão medular em potencial, porque a necessidade de abrir as vias aéreas supera o risco de dano espinhal adicional no paciente com parada cardíaca”. REF: Circulation. 2020; 142 (supl 2): S366 – S468</p> <p>NOTA: Os adjuvantes das vias aéreas (dispositivos mecânicos para vias aéreas) no suporte básico de vida incluem as vias aéreas nasofaríngea e orofaríngea. As vias aéreas nasofaríngeas são contra-indicadas em pacientes com lesões na cabeça, face e pescoço. REF: Diretrizes de instrução para técnicos de emergência médica disponíveis: https://www.ems.gov/education.html (recuperado em 26/10/2020)</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Overdose de opióides</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>"Para um paciente com overdose de opioide conhecida ou suspeita que tem pulso definido, mas sem respiração normal ou apenas respiração ofegante (ou seja, uma parada respiratória), além de fornecer cuidados de SBV padrão, é razoável que profissionais de saúde de SBV devidamente treinados administrem intramuscular ou naloxona intranasal." REF: Circulation. 2015; 132 [supl 2]: S414 – S435</p>	<p>"Para pacientes em parada respiratória, respiração de resgate ou ventilação e máscara com bolsa deve ser mantida até que a respiração espontânea retorne, e as medidas padrão de SBV e / ou ACLS devem continuar se o retorno da respiração espontânea não ocorrer." REF: 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>As sobredosagens de opióides deterioram-se para parada cardiorrespiratória porque a inconsciência leva à obstrução das vias aéreas pela língua e parada respiratória. Portanto, abrir as vias aéreas e fornecer respiração de resgate para um paciente com pulso até que a respiração retorne é a maior prioridade. NOTA: A diretriz anterior de 2015 continua sendo uma recomendação de Classe 2 para 2020 ("é razoável").</p>
<p>Overdose de opióides</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>"Os socorristas não devem atrasar o acesso a serviços médicos mais avançados enquanto aguardam a resposta do paciente à naloxona ou outras intervenções." Circulation. 2015; 132 [supl 2]: S501 – S518</p>	<p>"Os socorristas leigos e treinados não devem atrasar a ativação dos sistemas de resposta de emergência enquanto aguardam a resposta do paciente à naloxona ou outras intervenções." Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>Esclarecimento e reenfatisação sobre a ativação precoce por socorristas leigos e treinados devido a 1) a dificuldade em distinguir corretamente a parada cardíaca e respiratória associada a opióides de outras causas (e a naloxona só funciona se houver opióides envolvidos) e 2) a naloxona só funciona para reverter a overdose de opióides no corpo por 30 a 90 minutos. Muitos opioides permanecem no corpo por mais tempo do que isso. É possível que, após o desaparecimento da naloxona, os efeitos da overdose (depressão / parada respiratória) possam ocorrer novamente.</p>

Tabela seis

SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

Programas de treinamento afetados: RCP e DEA, SBV

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
Cadeia Pediátrica de Sobrevivência Tipo: atualização	“Para melhor sobrevivência e qualidade de vida, o suporte básico de vida pediátrico (SBV) deve ser parte de um esforço comunitário que inclui prevenção, ressuscitação cardiopulmonar precoce (RCP), acesso imediato ao sistema de resposta de emergência e suporte avançado de vida pediátrico rápido (PALS) , seguido por atendimento pós-parada cardíaca integrado. ” REF: Circulation. 2010; 122; S862-S875	“A Rede Pediátrica de Sobrevivência foi atualizada. Uma Cadeia de Sobrevivência OHCA separada foi criada para distinguir as diferenças entre OHCA e IHCA [parada cardíaca fora do hospital, parada cardíaca dentro do hospital]. Em ambas as cadeias OHCA e IHCA, um sexto elo foi adicionado para enfatizar a importância da recuperação, que se concentra na avaliação do tratamento de curto e longo prazo e no apoio aos sobreviventes e suas famílias”. REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523	O novo link reconhece a necessidade de um sistema de atendimento para apoiar a recuperação de sobreviventes e suas famílias após uma parada cardíaca.
Técnica de RCP Tipo: atualização	“Para uma criança, socorristas individuais (sejam socorristas leigos ou profissionais de saúde) devem comprimir o esterno com 2 dedos colocados logo abaixo da linha intermamária.” REF: Circulation. 2010; 122; S862-S875	“Para bebês, socorristas individuais (sejam socorristas leigos ou profissionais de saúde) devem comprimir o esterno com 2 dedos ou 2 polegares colocados logo abaixo da linha intermamária.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523	Adiciona a técnica de compressão com dois polegares para socorristas individuais. A literatura médica sugere que a técnica de 2 dedos circundando as mãos pode melhorar a qualidade da RCP em comparação com a técnica de 2 dedos, especialmente para profundidade.

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Superfícies de suporte para RCP</p> <p>Tipo: Novo</p>	<p>“Para obter melhores resultados, aplique compressões torácicas em uma superfície firme.” REF: Circulation. 2010; 122; S862-S875</p>	<p>“Durante a IHCA, [parada cardíaca no hospital] quando disponível, ative o ‘modo de RCP’ da cama para aumentar a rigidez do colchão.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523</p>	<p>Um colchão macio pode reduzir a eficácia das compressões torácicas. Alguns leitos hospitalares possuem botão, alavanca e / ou válvula de RCP que, quando ativados, achatam a plataforma da cama, abaixa sua altura e esvazia o colchão de ar da cama.</p>
<p>Parada Respiratória e Cardíaca Relacionada a Opioides</p> <p>Tipo: Novo</p>	<p>Não abordado por diretrizes de suporte básico de vida pediátrico anteriores.</p> <p>As recomendações de 2015 para uma emergência com risco de vida associada a opioides foram para um paciente adulto com sobredosagem de opioide conhecida ou suspeita e declararam: “é razoável que profissionais de saúde de SBV devidamente treinados administrem naloxona intramuscular ou intranasal”. REF: Circulation. 2015; 132 [suppl 2]: S414 – S435 E "A administração empírica de naloxona IM ou IN a todos os pacientes de emergência com risco de vida associados a opióides não responsivos pode ser razoável como um adjunto aos protocolos de primeiros socorros padrão e de não provedores de saúde SBV." REF: Circulation. 2015; 132 [supl 2]: S501 – S518</p>	<p>“Para pacientes em parada respiratória, respiração de resgate ou ventilação com de máscara com bolsa deve ser mantida até que a respiração espontânea retorne, e as medidas pediátricas básicas ou avançadas de suporte de vida devem continuar se o retorno da respiração espontânea não ocorrer.” “Para pacientes sabidamente ou com suspeita de parada cardíaca, na ausência de um benefício comprovado do uso de naloxona, as medidas de ressuscitação padrão devem ter prioridade sobre a administração de naloxona, com foco em RCP de alta qualidade (compressões mais ventilação).” “Respondentes leigos e treinados não devem atrasar a ativação dos sistemas de resposta de emergência enquanto aguardam a resposta do paciente à naloxona ou outras intervenções.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523</p>	<p>As diretrizes pediátricas revisadas para 2020 foram retiradas das recomendações de SBV para adultos de 2020. Não há evidências que apoiem a diretriz pediátrica revisada, mas a opinião do Grupo de Redação Pediátrica da AHA foi que, dada a urgência da crise de opioides, as recomendações para adultos deveriam ser aplicadas às crianças. Consequentemente, um novo “Algoritmo de emergência associada a opióides para pessoas que respondem leigos” foi desenvolvido.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Tratamento de respiração inadequada com pulso</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Se houver um pulso palpável ≥ 60 por minuto, mas houver respiração inadequada, aplique respirações de resgate a uma taxa de cerca de 12 a 20 respirações por minuto (1 respiração a cada 3 a 5 segundos) até que a respiração espontânea seja retomada.” REF: Circulation. 2010; 122; S862-S875</p>	<p>“Para bebês e crianças com pulso, mas ausente ou com esforço respiratório inadequado, é razoável dar 1 respiração a cada 2 a 3 s (20 a 30 respirações / min).” REF: Circulation. 2020; 142 (supl 2): S469 – S523</p> <p>NOTA: Esta é uma recomendação de Classe 2a; “É razoável.”</p>	<p>“Para facilitar o treinamento, a frequência respiratória sugerida para o paciente com respiração inadequada e pulso foi aumentada de 1 respiração a cada 3 a 5 segundos para 1 respiração a cada 2 a 3 segundos para ser consistente com a nova recomendação de orientação de RCP para ventilação em pacientes com vias aéreas avançadas.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>

Tabela sete

SUORTE AVANÇADO DE VIDA CARDÍACA

Programas de treinamento afetados: [ASHI ACLS](#)

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Cadeia de Sobrevivência</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“A ressuscitação bem-sucedida após uma parada cardíaca requer um conjunto integrado de ações coordenadas representadas pelos elos da Cadeia de Sobrevivência”. Os links incluem o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconhecimento imediato de parada cardíaca e ativação do sistema de resposta de emergência• RCP precoce com ênfase nas compressões torácicas• Desfibrilação rápida• Suporte avançado de vida eficaz• Atendimento pós-parada cardíaca integrado.” REF: Circulation. 2010; 122 [supl 3]: S676 –S684	<p>“A ressuscitação provoca processos e resultados são muito diferentes para OHCA e IHCA ... [parada cardíaca fora do hospital, parada cardíaca dentro do hospital].” “As Cadeias de Sobrevivência de Adultos OHCA e IHCA foram atualizadas para melhor destacar a evolução dos sistemas de atendimento e o papel crítico de recuperação e sobrevivência com a adição de um novo link. Este link de recuperação destaca a enorme jornada de recuperação e sobrevivência, desde o fim do tratamento agudo para doenças críticas até a reabilitação multimodal (tanto de curto quanto de longo prazo), para sobreviventes e famílias após a parada cardíaca.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>O novo link reconhece a necessidade de um sistema de atendimento para apoiar a recuperação de sobreviventes e suas famílias após uma parada cardíaca.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Cuidado e suporte durante a recuperação</p> <p>Tipo: Novo</p>		<p>“Recomendamos uma avaliação estruturada para ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e fadiga para sobreviventes de parada cardíaca e seus cuidadores.”</p> <p>“Recomendamos que os sobreviventes de parada cardíaca tenham avaliação de reabilitação multimodal e tratamento para deficiências físicas, neurológicas, cardiopulmonares e cognitivas antes da alta hospitalar.”</p> <p>“Recomendamos que os sobreviventes de uma parada cardíaca e seus cuidadores recebam um planejamento de alta multidisciplinar abrangente, para incluir recomendações de tratamento médico e de reabilitação e retorno às expectativas de atividade / trabalho.”</p> <p>REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>Essas recomendações são apoiadas por "Sobrevivência de parada cardíaca súbita: uma declaração científica da AHA." REF: Circulation.</p> <p>2020; 142 (supl2): S366 – S468</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Cuidados pós-parada cardíaca e neuro prognostico</p> <p>Tipo: Novo</p>		<p>“Em pacientes que permanecem em coma após a parada cardíaca, recomendamos que o neuro prognostico envolva uma abordagem multimodal e não seja baseada em nenhum achado único”. “Em pacientes que permanecem em coma após a parada cardíaca, recomendamos que o neuro prognostico seja adiada até que o tempo adequado tenha passado para garantir a prevenção de confusão por efeito de medicação ou um exame temporário insatisfatório no início do período pós-lesão”. “Recomendamos que as equipes que cuidam de sobreviventes de parada cardíaca comatosos tenham discussões multidisciplinares regulares e transparentes com os substitutos sobre o curso de tempo previsto e as incertezas em torno do neuro prognostico.” REF: Circulation.2020; 142 (supl 2): S366 – S468</p>	<p>A atualização das diretrizes de 2020 contém informações extensas relacionadas ao neuro prognostico e recomenda que "para ser confiável, o neuro prognostico deve ser realizada não antes de 72 horas após o retorno à normotermia, e as decisões de prognóstico devem ser baseadas em vários modos de avaliação do paciente". REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Recomendações para ressuscitação de parada cardíaca durante a gravidez</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“A ventilação de máscara com bolsa com oxigênio a 100% antes da intubação é especialmente importante na gravidez.” REF: Circulation. 2010; 122; S829-S861</p>	<p>“Como pacientes grávidas são mais propensas à hipóxia, a oxigenação e o manejo das vias aéreas devem ser priorizados durante a ressuscitação de uma parada cardíaca na gravidez.”</p> <p>“Devido à potencial interferência com a ressuscitação materna, o monitoramento fetal não deve ser realizado durante a parada cardíaca na gravidez.”</p> <p>“Recomendamos o gerenciamento de temperatura direcionado para mulheres grávidas que permanecem em coma após a ressuscitação de uma parada cardíaca.”</p> <p>“Durante o controle de temperatura direcionada da paciente grávida, é recomendado que o feto seja continuamente monitorado para bradicardia como uma complicação potencial, e consulta obstétrica e neonatal deve ser procurada.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>“Vias aéreas, ventilação e oxigenação são particularmente importantes no contexto da gravidez.”</p> <p>“O monitoramento fetal ... pode desviar a atenção dos esforços de ressuscitação materna.”</p> <p>“... há vários relatos de casos de bom resultado materno e fetal com o uso de TTM [gerenciamento de temperatura direcionada] após a parada cardíaca”.</p> <p>“Após a ressuscitação materna bem-sucedida, o feto que não deu à luz permanece suscetível aos efeitos da hipotermia, acidose, hipoxemia e hipotensão ...” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Terapia elétrica para taquicardia regular de complexo estreito</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Se o paciente demonstrar comprometimento cardiovascular relacionado à frequência com sinais e sintomas, como estado mental alterado agudo, desconforto isquêmico no peito, insuficiência cardíaca aguda, hipotensão ou outros sinais de choque suspeitos de serem causados por taquiarritmia, proceda à cardioversão sincronizada imediata.” REF: Circulation. 2010; 122; S729-S767</p>	<p>“A cardioversão sincronizada é recomendada para o tratamento agudo em pacientes com TVS hemodinamicamente instável.” “A cardioversão sincronizada é recomendada para o tratamento agudo em pacientes com TVS hemodinamicamente estável quando as manobras vagais e a terapia farmacológica são ineficazes ou contra-indicadas.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>“Essas recomendações são apoiadas pela Diretriz ACC / AHA / HRS de 2015 para o tratamento de pacientes adultos com TVS: um relatório do American College of Cardiology / AHA Task Force sobre as diretrizes de prática clínica e da Heart Rhythm Society.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>
<p>Oxigenação e ventilação após retorno espontâneo da circulação ROSC</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“As Diretrizes de 2010 definiram uma saturação de oxigênio arterial (Sao 2) de menos de 94% como hipoxemia ... A minimização do risco de hiperóxia deve ser ponderada em relação à necessidade de evitar a hipóxia, que tem um efeito prejudicial bem estabelecido.” REF: Circulation. 2015; 132 [supl 1]: S465 – S482</p>	<p>“Recomendamos evitar a hipoxemia em todos os pacientes que permanecem em coma após o ROSC.” “O intervalo sugerido de 92% a 98% é uma aproximação prática do intervalo normal.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>“A hipoxemia pode piorar a lesão cerebral isquêmica e a lesão de outros órgãos”. REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 1): S92-S139</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Anormalidades eletrolíticas na parada cardíaca</p> <p>Tipo: atualização</p>	<p>“Quando a parada cardíaca ocorre secundária à hipercalemia, pode ser razoável administrar terapia IV adjuvante conforme descrito acima para cardiotoxicidade, além do ACLS padrão.” “A hipomagnesemia pode estar associada a taquicardia ventricular polimórfica, incluindo torsades de pointes, uma forma sem pulso (polimórfica) de taquicardia ventricular. Para cardiotoxicidade e parada cardíaca, recomenda-se injeção IV de magnésio 1 a 2 g de bolus IV de MgSO4. ” “A administração de cálcio (cloreto de cálcio [10%] 5 a 10 mL ou gluconato de cálcio [10%] 15 a 30 mL IV por 2 a 5 minutos) pode ser considerada durante a parada cardíaca associada a hipermagnesemia”</p> <p>“O efeito da administração em bolus de potássio para parada cardíaca suspeita de ser secundária a hipocalcemia é desconhecido e mal aconselhado.” REF: Circulation. 2010; 122; S829-S861</p>	<p>“Para parada cardíaca com hipercalemia conhecida ou suspeita, além do tratamento padrão do ACLS, o cálcio IV deve ser administrado. “Para cardiotoxicidade e parada cardíaca por hipomagnesemia grave, além do tratamento ACLS padrão, o magnésio IV é recomendado.” “A administração IV em bolus de potássio para parada cardíaca em suspeita de hipocalcemia não é recomendada.” (Classe 3) REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>	<p>“A hemodiálise emergente no ambiente hospitalar continua a ser um tratamento definitivo para a hipercalemia com risco de vida.” “Embora a administração de magnésio IV não tenha sido considerada benéfica para VF / VT na ausência de QT prolongado, é aconselhável considerar seu uso para parada cardíaca em pacientes com QT prolongado.” “A administração controlada de potássio IV para arritmias ventriculares devido a hipocalcemia grave pode ser útil, mas os relatos de casos geralmente incluem a infusão de potássio e não a dosagem em bolus.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S366 – S468</p>

Tabela oito

SUPORTE PEDIÁTRICO DE VIDA AVANÇADO

Programas de treinamento afetados: **ASHI PALS**

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Cadeia Pediátrica de Sobrevivência</p> <p>Tipo: Atualizado</p>	<p>“Para melhor sobrevida e qualidade de vida, o suporte básico de vida pediátrico (SBV) deve ser parte de um esforço comunitário que inclui prevenção, ressuscitação cardiopulmonar precoce (RCP), acesso imediato ao sistema de resposta de emergência e suporte avançado de vida pediátrico rápido (PALS), seguido por atendimento pós-parada cardíaca integrado. ” REF: Circulation. 2010; 122; S862-S875</p>	<p>“A Rede Pediátrica de Sobrevivência foi atualizada. Uma Cadeia de Sobrevivência de OHCA separada foi criada para distinguir as diferenças entre OHCA e IHCA [parada cardíaca fora do hospital, parada cardíaca dentro do hospital]. Em ambas as cadeias OHCA e IHCA, um sexto elo foi adicionado para enfatizar a importância da recuperação, que se concentra na avaliação do tratamento de curto e longo prazo e no apoio aos sobreviventes e suas famílias ”. REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523</p>	<p>O novo link reconhece a necessidade de um sistema de atendimento para apoiar a recuperação de sobreviventes e suas famílias após uma parada cardíaca.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Monitoramento EEG pós-parada cardíaca e tratamento de convulsões</p> <p>Tipo: Atualizado</p>	<p>“Trate as convulsões pós-isquêmicas agressivamente; procurar uma causa metabólica corrigível, como hipoglicemia ou desequilíbrio eletrolítico.” REF: Circulation 2010; 122; S862-S875</p>	<p>“Quando os recursos estão disponíveis, o monitoramento contínuo de eletroencefalografia (EEG) é recomendado para a detecção de convulsões após uma parada cardíaca em pacientes com encefalopatia persistente.” “É recomendado para tratar convulsões clínicas após uma parada cardíaca.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523</p>	<p>“A American Clinical Neurophysiology Society recomenda monitoramento EEG contínuo para pacientes encefalopáticos após parada cardíaca pediátrica. Convulsões não convulsivas e estado epilético não convulsivo não podem ser detectados sem o monitoramento de EEG.” “A Neurocritical Care Society recomenda tratar o estado de mal epilético com o objetivo de interromper a atividade convulsiva e eletrográfica.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523 Veja também: Pediatric Post– Cardiac Arrest Care: A Scientific Statement From the American Heart Association Circulation. 2019; 140: e194 – e233</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Recomendações para recuperação pós-parada cardíaca</p> <p>Tipo: Novo</p>		<p>“É recomendado que os sobreviventes de parada cardíaca pediátrica sejam avaliados para serviços de reabilitação.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523</p>	<p>Crianças que sobrevivem a uma parada cardíaca “correm um risco significativo de morbidade física, neurológica, cognitiva, emocional e social de curto e longo prazo ... A recuperação foi introduzida como o sexto elo na Cadeia de Sobrevivência para reconhecer que os sobreviventes de uma parada cardíaca podem exigir apoio médico integrado contínuo, de reabilitação, de cuidador e da comunidade nos meses a anos após a parada cardíaca ”. REF: Circulation. 2020; 142 (suppl 2): S469 – S523 Consulte também: Pediatric Post- Cardiac Arrest Care: A Scientific Statement From the American Heart Association Circulation. 2019; 140: e194 – e233</p>
<p>Recomendações para ressuscitar o paciente em choque cardiogênico</p> <p>Tipo: Novo</p>		<p>“Para bebês e crianças com choque cardiogênico, a consulta precoce a um especialista é recomendada.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523</p>	<p>Como o choque cardiogênico em bebês e crianças é raro e complicado, a consulta a um especialista é recomendada.</p>

Tópico	Diretriz Anterior	Diretriz revisada	Razão para mudança
<p>Tratamento de respiração inadequada com pulso</p> <p>Tipo: Atualizado</p>	<p>“Se o bebê ou criança estiver intubado, ventile a uma taxa de cerca de 1 respiração a cada 6 a 8 segundos (8 a 10 vezes por minuto), sem interromper as compressões torácicas.” REF: Circulation. 2010; 122 [supl 3]; S876-S908</p>	<p>“Para bebês e crianças com pulso, mas ausente ou com esforço respiratório inadequado, é razoável dar 1 respiração a cada 2 a 3 s (20 a 30 respirações / min).” REF: Circulation. 2020; 142 (supl 2): S469 – S523 NOTA: Esta é uma recomendação de Classe 2a; “É razoável.”</p>	<p>“Um estudo observacional multicêntrico descobriu que altas taxas de ventilação (pelo menos 30 / min em crianças menores de 1 ano de idade, pelo menos 25 / min em crianças maiores de 1 ano) durante a RCP com uma via aérea avançada para parada cardíaca foram associadas à melhora ROSC e sobrevivência.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523</p>
<p>Recomendações para tratamento de crianças com hipertensão pulmonar</p> <p>Tipo: Novo</p>		<p>“Forneça gerenciamento respiratório cuidadoso e monitoramento para evitar hipóxia e acidose no cuidado pós-operatório da criança com hipertensão pulmonar.” “Para pacientes pediátricos com alto risco de crises hipertensivas pulmonares, forneça analgésicos, sedativos e agentes bloqueadores neuromusculares adequados.” REF: Circulation. 2020; 142 (supl. 2): S469 – S523</p>	<p>“As diretrizes anteriores de PALS não forneciam recomendações para o manejo da hipertensão pulmonar em bebês e crianças.” REF: Destaques das Diretrizes da AHA para RCP e ECC de 2020.</p>

