

Tabela de Resumo da AHA de 2020

Esta tabela compara 2015 com 2020, fornecendo uma referência rápida ao que mudou e o que há de novo na ciência do suporte avançado de vida cardiovascular.

Tabela. Comparação dos tópicos de 2015 e 2020 ACLS – AHA

ACLS Tópicos	2015	2020
Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> 1 respiração a cada 5 a 6 segundos para parada respiratória, com um dispositivo bolsa-máscara 1 respiração a cada 6 segundos para ventilação com uma via aérea avançada 	<ul style="list-style-type: none"> 1 respiração a cada 6 segundos para parada respiratória com ou sem via aérea avançada e também para parada cardíaca com via aérea avançada (use esta taxa com um dispositivo bolsa-máscara se o seu protocolo local é compressões contínuas e ventilações assíncronas para parada cardíaca)
Bradycardia	<ul style="list-style-type: none"> Dose de atropina: 0,5 mg Dosagem de dopamina: 2 a 20 mcg / kg por minuto 	<ul style="list-style-type: none"> Dose de atropina: 1 mg Dosagem de dopamina: 5 a 20 mcg / kg por minuto
Taquicardia	<p>Recomendação inicial para cardioversão sincronizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Complexo QRS estreito, ritmo regular: 50 a 100 J Complexo QRS estreito, ritmo irregular: 120 a 200 J Complexo QRS amplo, ritmo regular: 100 J Complexo QRS largo, ritmo irregular: dose de desfibrilação (não sincronizada) 	<ul style="list-style-type: none"> Siga as recomendações do seu dispositivo para maximizar o sucesso do primeiro choque Complexo QRS largo, ritmo irregular: dose de desfibrilação (não sincronizada)
Cuidados Pós-PCR	<ul style="list-style-type: none"> Titular a saturação de oxigênio para 94% ou mais 	<ul style="list-style-type: none"> Titular a saturação de oxigênio para 92% a 98%
Cadeia de Sobrevivência do Adulto	<ul style="list-style-type: none"> 5 elos para ambas as cadeias (parada cardíaca em hospital e parada cardíaca fora do hospital) 	<ul style="list-style-type: none"> 6 elos para ambas as cadeias (parada cardíaca hospitalar e parada cardíaca fora do hospital): adicionado o Elo de recuperação para o final de ambas as cadeias
Acesso IV / IO	<ul style="list-style-type: none"> Acesso IV e acesso IO são equivalentes 	<ul style="list-style-type: none"> IV preferencial ao acesso IO, a menos que o IV falhe (então OK para prosseguir para IO)
Tópico ACLS	2020	
Parada Cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> Epinefrina 1 mg a cada 3 a 5 minutos ou a cada 4 minutos como numa faixa intermediária (ou seja, cada verificação de ritmo de 2 minutos) Amiodarona e lidocaína são equivalentes para o tratamento (ou seja, qualquer um pode ser usado) Adicionadas informações e algoritmos de parada cardíaca materna (dentro do hospital) Adicionadas informações do dispositivo de assistência ventricular (dispositivo de assistência ventricular esquerdo e direito) e algoritmo Adicionado novo diagrama de prognóstico e informações Recomendar o uso de capnografia de forma de onda com um dispositivo bolsa-máscara 	
AVE	<ul style="list-style-type: none"> Algoritmo de curso revisado Novo algoritmo de triagem de acidente vascular cerebral para unidade de referência Foco na oclusão de grandes vasos para todos os profissionais de saúde Terapia endovascular: janela de tratamento de até 24 horas (anteriormente até 6 horas) Tanto a terapia com alteplase quanto a endovascular podem ser administradas / realizadas se os critérios de tempo e inclusão forem atendidos Considere fazer o APH contornar o departamento de emergência e ir direto para o conjunto de imagens (tomografia computadorizada [TC] / ressonância magnética); avaliação inicial pode ser realizada lá para economizar tempo Titular a saturação de oxigênio para > 94% 	

PCR IH



PCREH



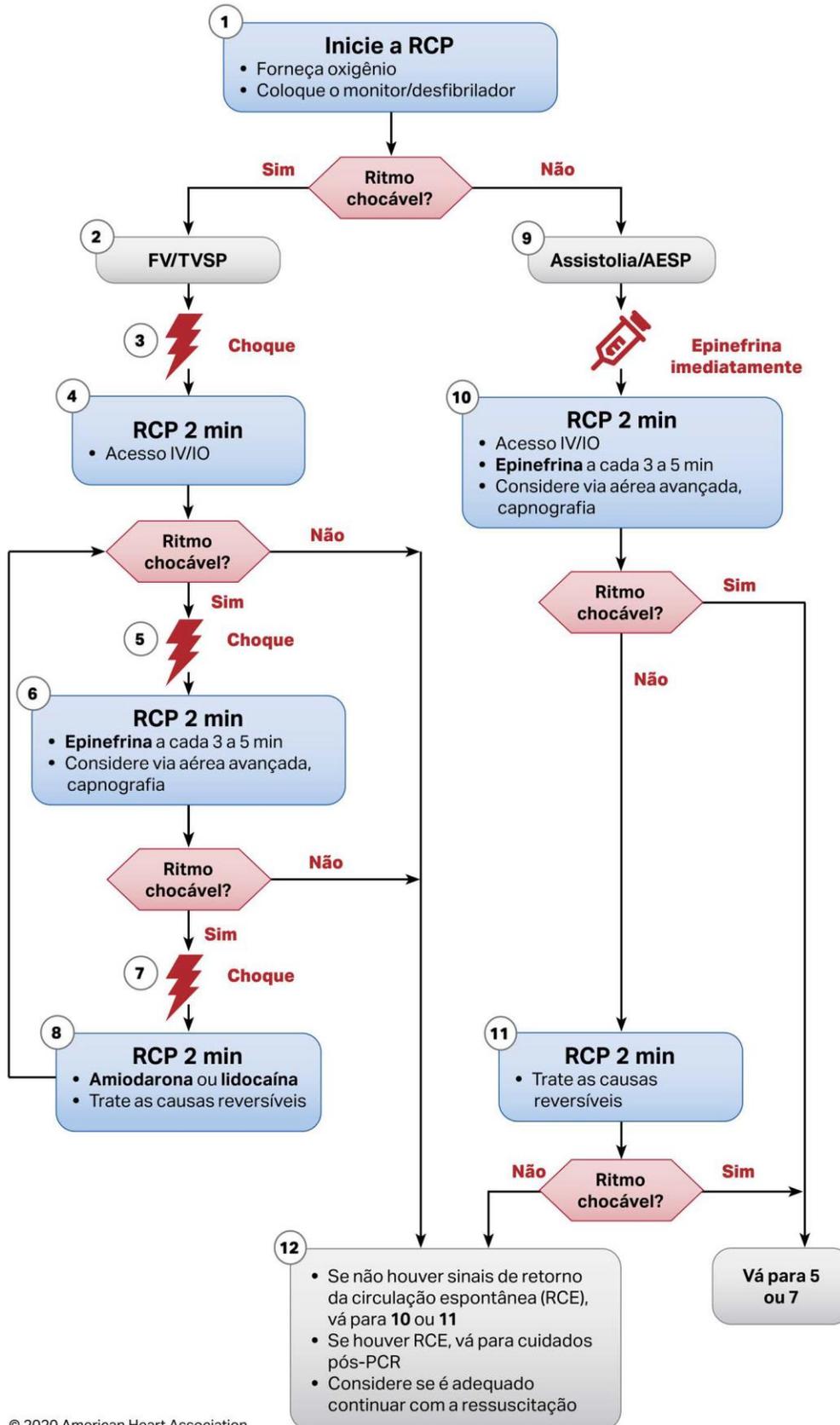
PCR IH



PCREH



Algoritmo de PCR para Adultos



© 2020 American Heart Association

Qualidade da RCP

- Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax.
- Minimizar interrupções nas compressões.
- Evite ventilação excessiva.
- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço.
- Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.
- Capnografia quantitativa com forma de onda
 - Se PETCO₂ estiver baixo ou caindo, reavalie a qualidade da RCP

Carga do Choque para Desfibrilação

- **Bifásica:** Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J); se desconhecida, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas.
- **Monofásica:** 360 J

Tratamento medicamentoso

- **Dose IV/IO de epinefrina:** 1 mg a cada 3 a 5 minutos
- **Dose IV/IO de amiodarona:** Primeira dose: Bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg *ou*
- **Dose IV/IO de lidocaína:** Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg.

Via aérea avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglottica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET
- Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas

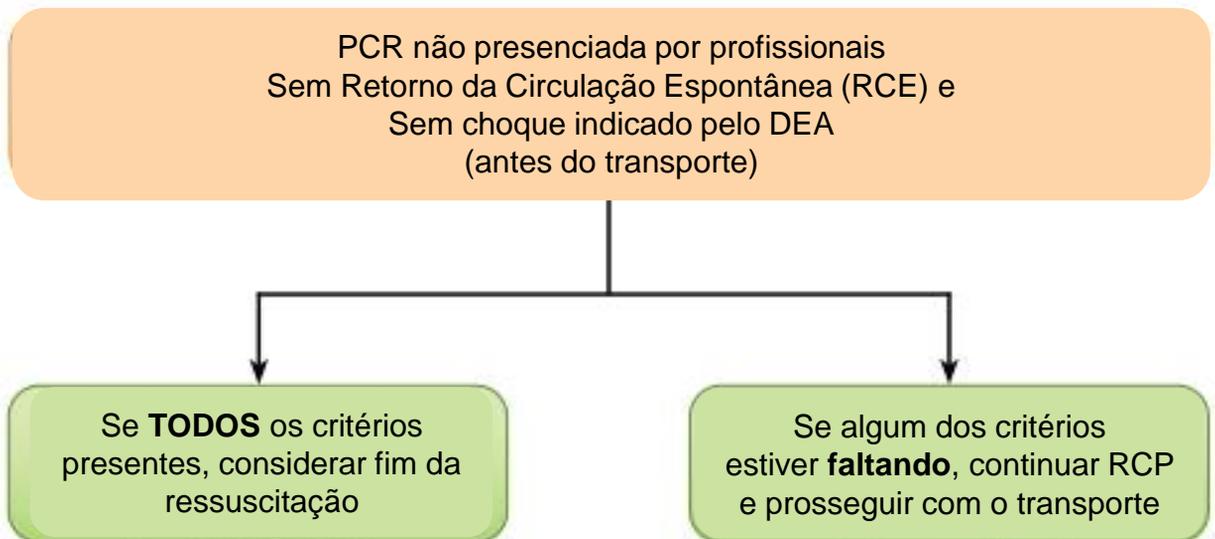
Retorno da Circulação Espontânea (RCE)

- Pulso e pressão arterial
- Aumento abrupto prolongado na PETCO₂ (tipicamente, ≥40 mmHg)
- Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial

Causas reversíveis

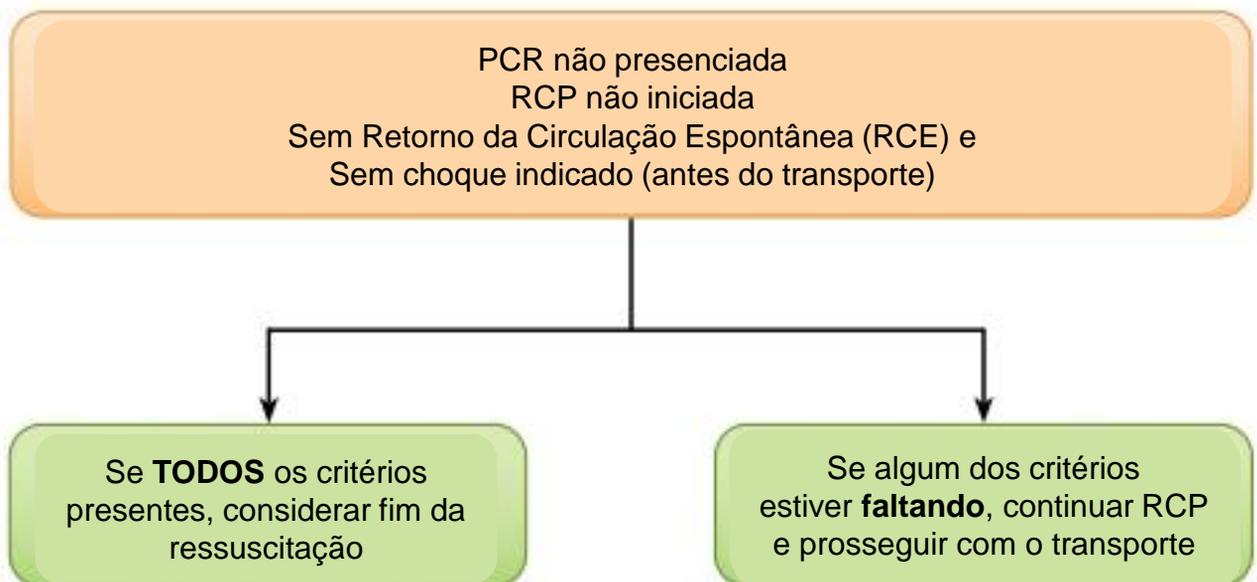
- Hipovolemia
- Hipóxia
- Hidrogênio (acidemia)
- Hipo/hipercalcemia
- Hipotermia
- Tensão do tórax por pneumotórax
- Tamponamento, cardíaco
- Toxinas
- Trombose coronária
- Trombose pulmonar

BLS – Fim dos esforços de Ressuscitação

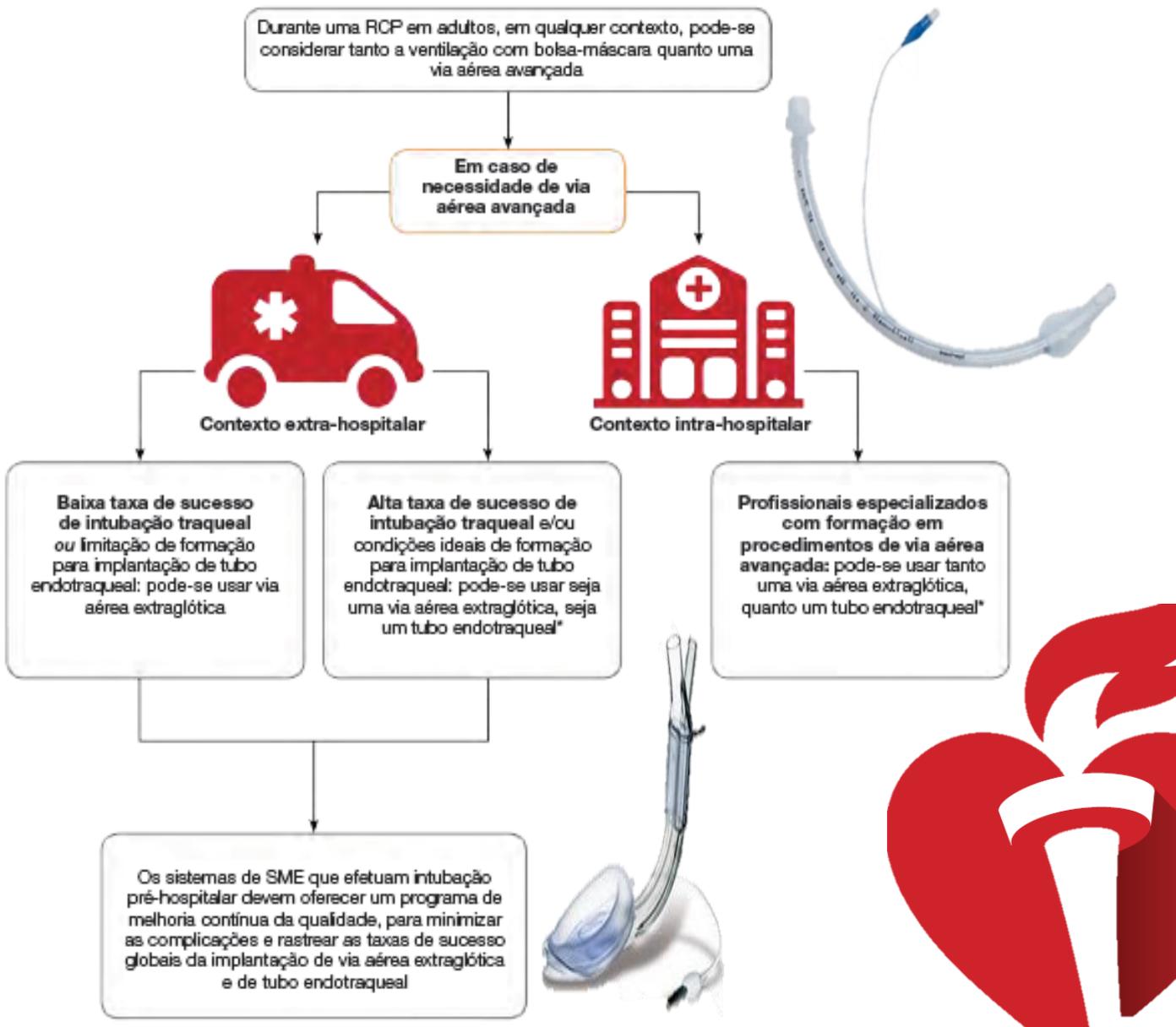


© 2020 American Heart Association

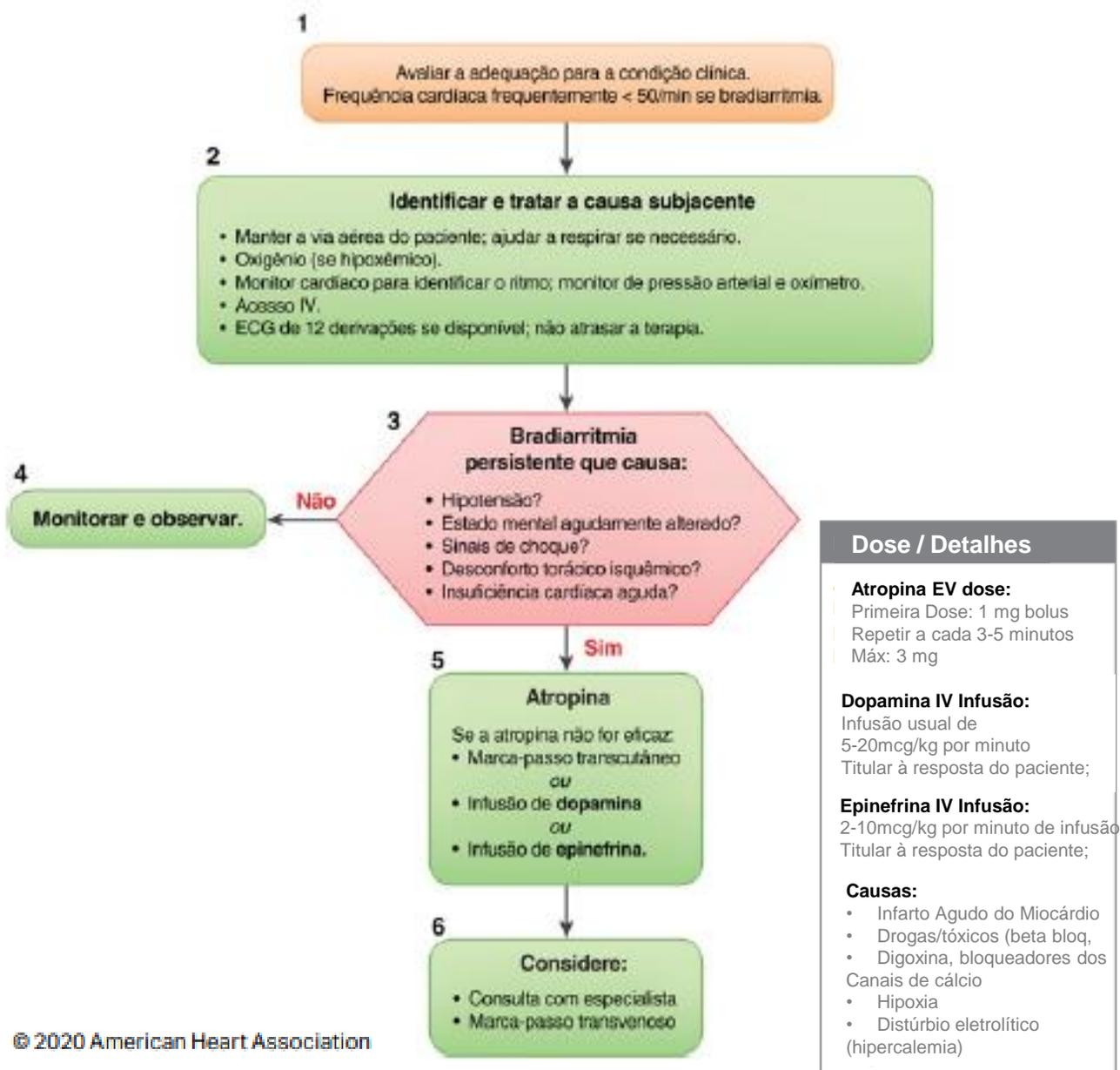
ACLS – Fim dos esforços de Ressuscitação



© 2020 American Heart Association

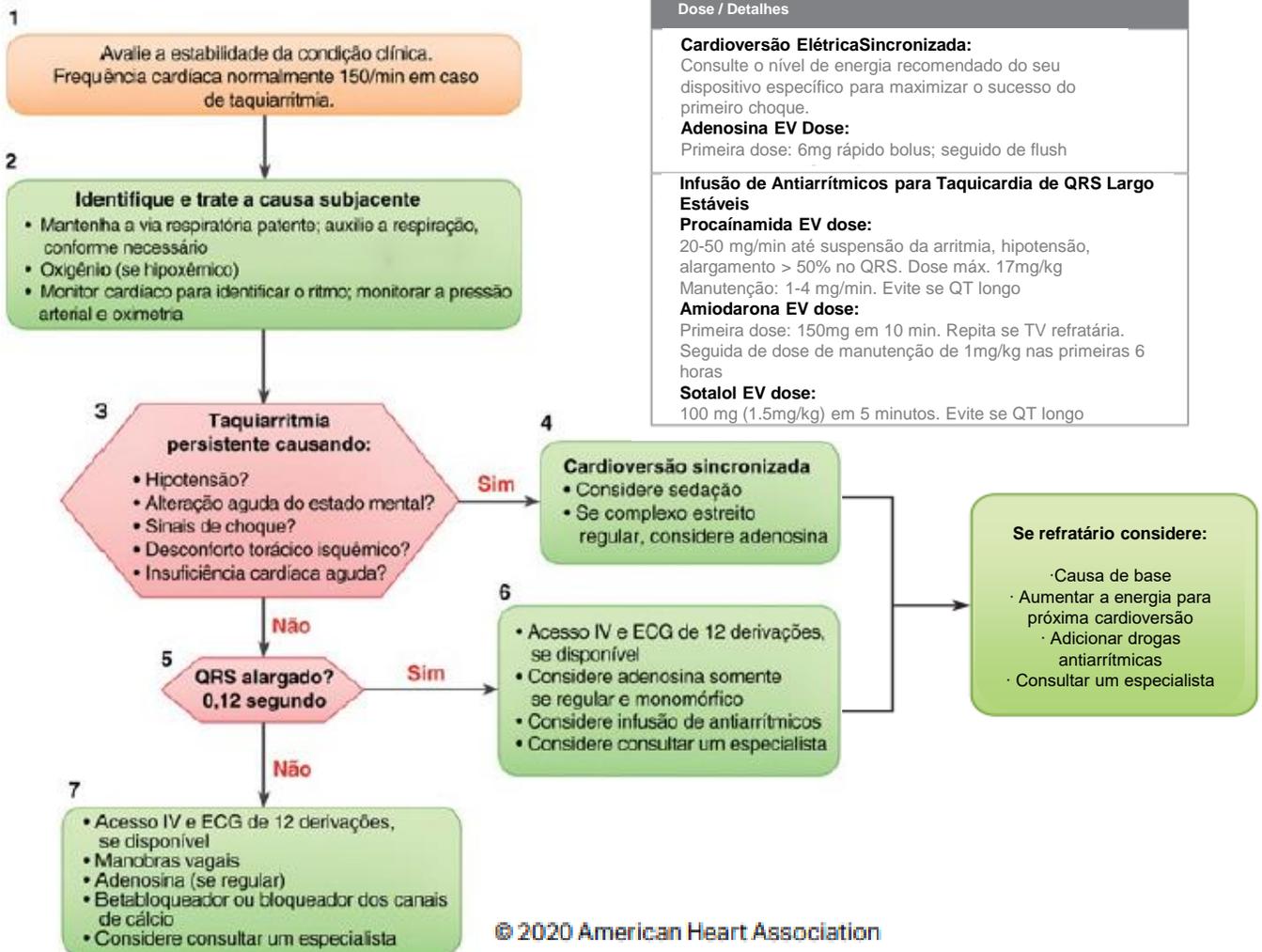


Algoritmo de Bradicardia



© 2020 American Heart Association

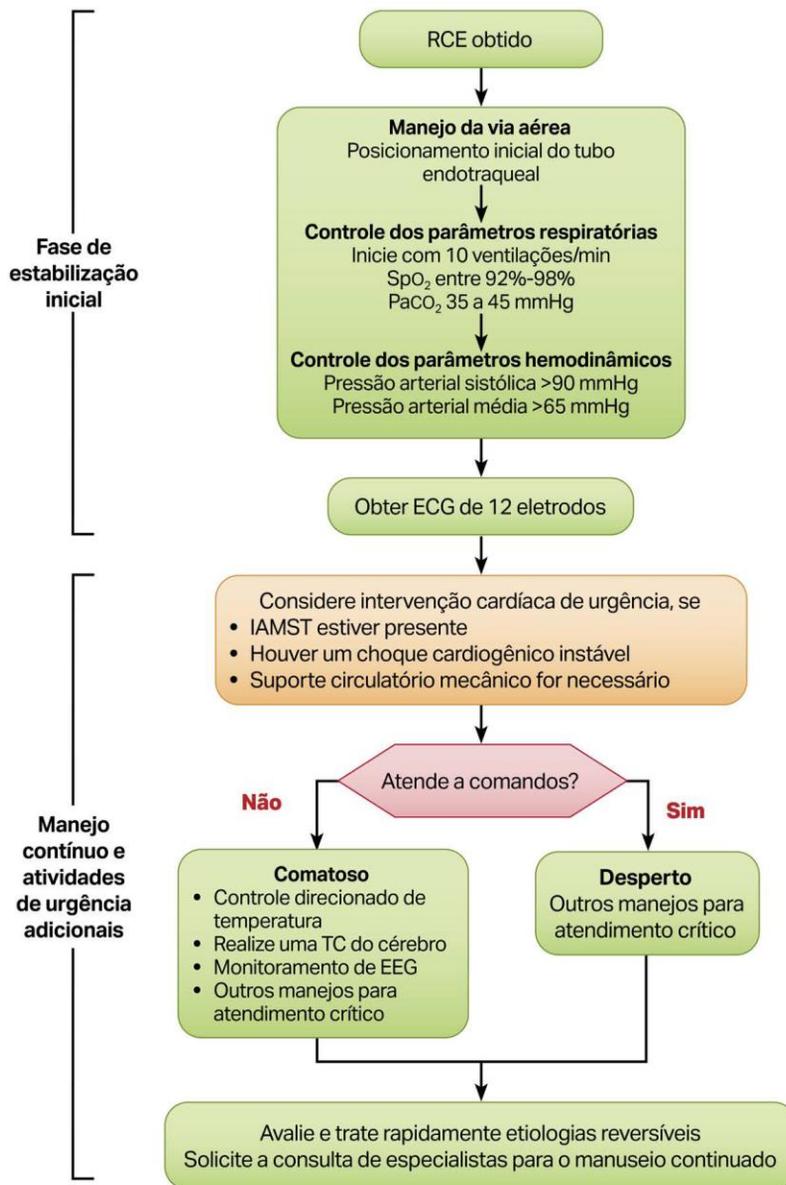
Algoritmo de Taquicardia



Dose / Detalhes
<p>Cardioversão Elétrica Sincronizada: Consulte o nível de energia recomendado do seu dispositivo específico para maximizar o sucesso do primeiro choque.</p> <p>Adenosina EV Dose: Primeira dose: 6mg rápido bolus; seguido de flush</p>
<p>Infusão de Antiarrítmicos para Taquicardia de QRS Largo Estáveis</p> <p>Procainamida EV dose: 20-50 mg/min até suspensão da arritmia, hipotensão, alargamento > 50% no QRS. Dose máx. 17mg/kg Manutenção: 1-4 mg/min. Evite se QT longo</p> <p>Amiodarona EV dose: Primeira dose: 150mg em 10 min. Repita se TV refratária. Seguida de dose de manutenção de 1mg/kg nas primeiras 6 horas</p> <p>Sotalol EV dose: 100 mg (1.5mg/kg) em 5 minutos. Evite se QT longo</p>

© 2020 American Heart Association

Algoritmo pós PCR-RCE



Fase de estabilização inicial

A ressuscitação é contínua durante a fase pós-RCE e muitas destas atividades podem ocorrer ao mesmo tempo. No entanto, se a priorização for necessária, siga estas etapas:

- Manejo da via aérea: capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo endotraqueal
- Controle dos parâmetros respiratórios: titule FiO_2 para SpO_2 de 92% a 98%; inicie em 10 ventilações/min; titule para $PaCO_2$ de 35 a 45 mmHg
- Controle dos parâmetros hemodinâmicos: administre cristaloides e/ou vasopressores ou inotrópicos, visando uma pressão arterial sistólica >90 mmHg ou pressão arterial média >65 mmHg

Manejo contínuo e atividades de urgência adicionais

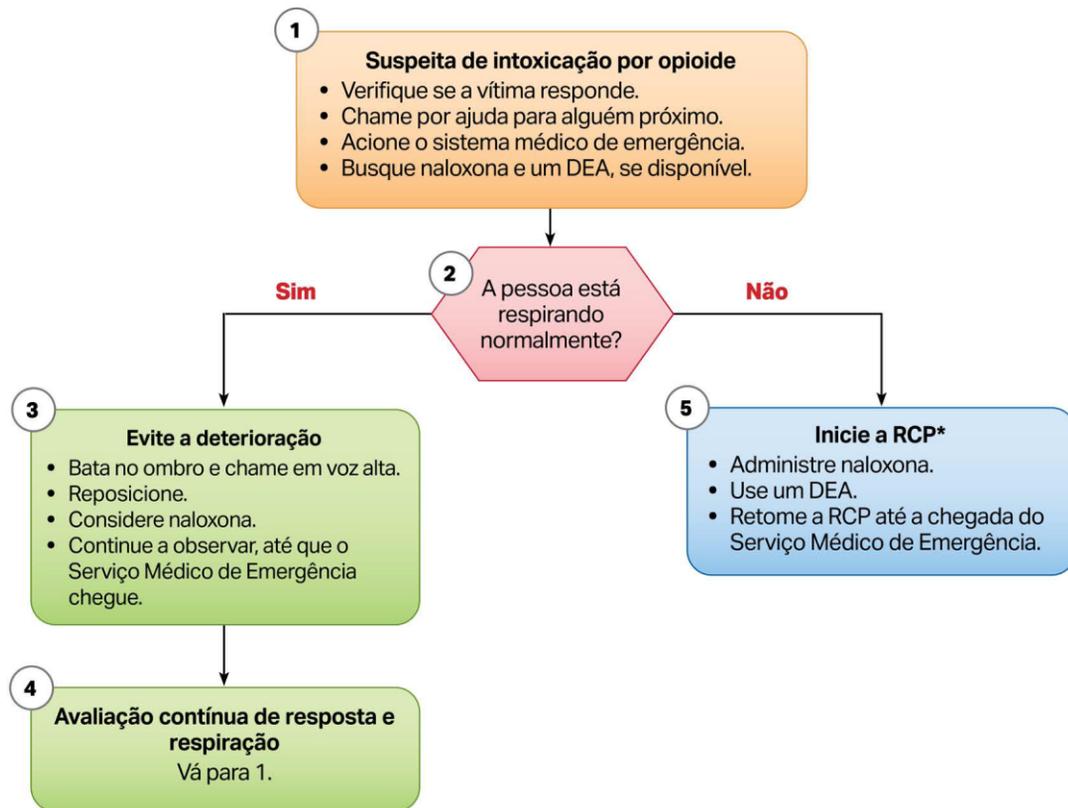
Estas avaliações devem ser realizadas ao mesmo tempo, para que as decisões sobre o controle direcionado da temperatura recebam alta prioridade como intervenções cardíacas.

- Intervenção cardíaca de urgência: avaliação inicial de eletrocardiograma (ECG) de 12 eletrodos; considere a hemodinâmica para tomar decisões em intervenções cardíacas
- Controle direcionado de temperatura: se o paciente não estiver atendendo a comandos, inicie o controle direcionado de temperatura assim que possível; comece entre 32°C e 36°C durante 24 horas usando um dispositivo de resfriamento com loop de feedback
- Outros manejos para atendimento crítico
 - monitoramento contínuo da temperatura central (esofágica, retal, bexiga)
 - Manutenção de normoxia, normocapnia e euglicemia
 - Monitoramento contínuo ou intermitente por eletroencefalograma (EEG)
 - Ventilação mecânica protetora dos pulmões

Hs e Ts

Hipovolemia
 Hipóxia
 Hidrogênio, íon de (acidose)
 Hipocalemia/hipercalemia
 Hipotermia
 Tensão, pneumotórax hipertensivo
 Tamponamento, cardíaco
 Toxinas
 Trombose coronária
 Trombose pulmonar

Algoritmo de opioides para leigos



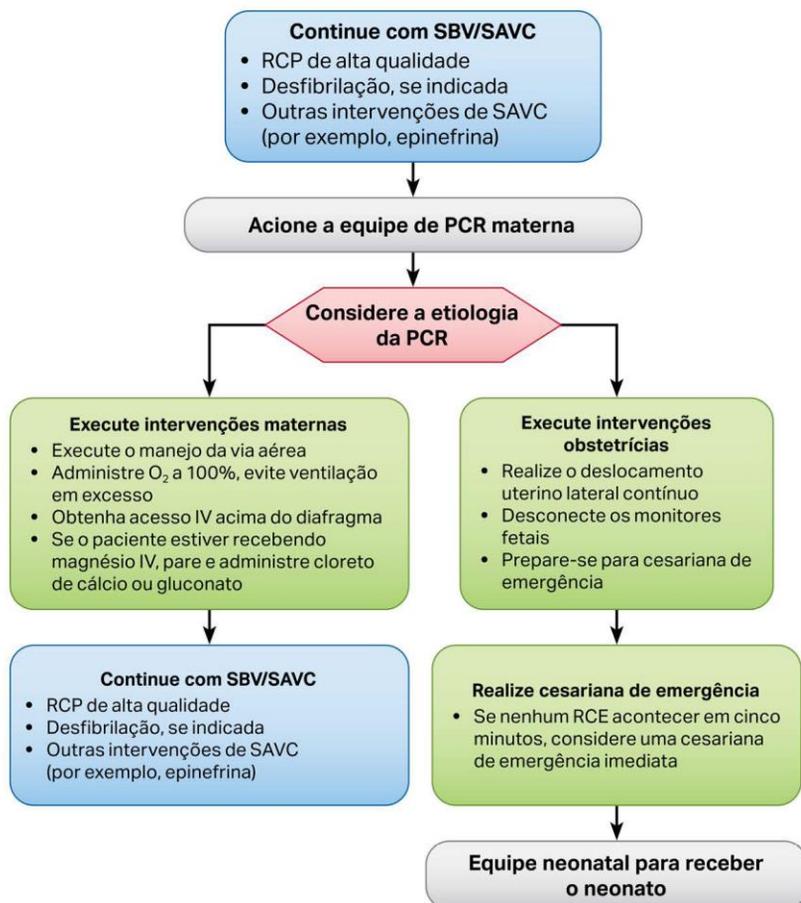
3

Algoritmo de opioides para profissionais da saúde



© 2020 American Heart Association

Algoritmo de SAVC intra-hospitalar para PCR na gravidez.



PCR materna

- O planejamento da equipe deve ser feito em colaboração com os serviços de obstetria, de neonatologia, de emergência, de anestesiologia, de terapia intensiva e de PCR.
- As prioridades para mulheres grávidas em PCR devem incluir a administração de RCP de alta qualidade e o alívio da compressão aortocaval com deslocamento uterino lateral.
- O objetivo da cesariana de emergência é melhorar os resultados para a mãe e para o feto.
- Idealmente, realize a cesariana de emergência em 5 minutos, dependendo dos recursos e dos conjuntos de habilidades do profissional.

Via aérea avançada

- Na gravidez, uma via aérea difícil é comum. Escolha o profissional mais experiente.
- Realize intubação endotraqueal ou via aérea extraglotica avançada.
- Realize capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET.
- Quando houver via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas.

Possível etiologia de PCR materna

- A Anestesia (complicações anestésicas)
- B Hemorragia ("Bleeding")
- C Cardiovascular
- D Medicamentos ("drugs")
- E Embolia
- F Febre
- G Causas gerais não obstétricas de PCR (Hs e Ts)
- H Hipertensão