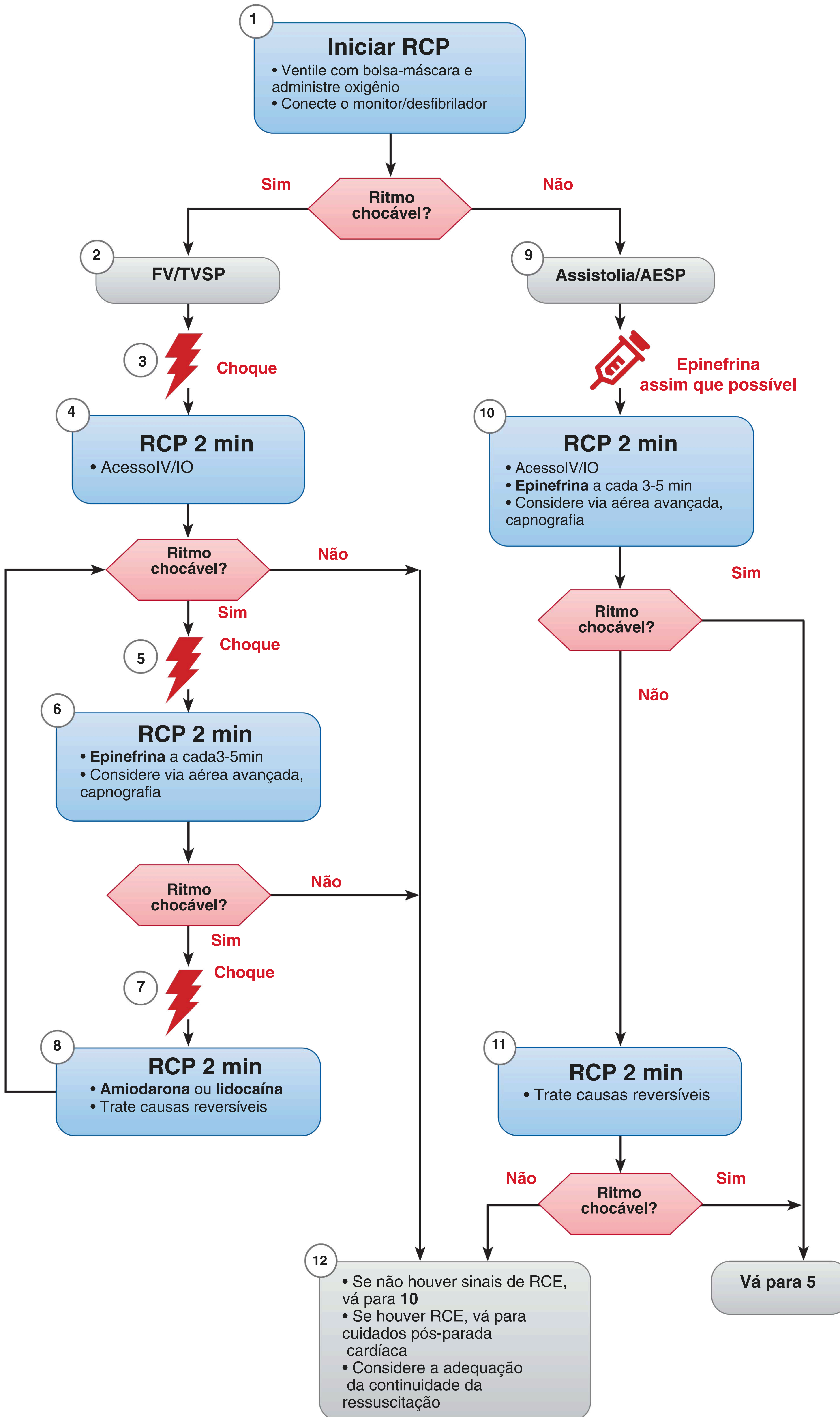


Algoritmo de Parada Cardíaca em Adultos (FV/TVSP/Assistolia/AESP)



RCP de alta qualidade

- Comprima forte (pelo menos 5 cm [2 pol.]).
- Comprima rápido (100-120/min) e permita o retorno completo do tórax.
- Minimze interrupções nas compressões.
- Evite ventilação excessiva.
- Troque quem comprime a cada 2 minutos, ou antes, se houver fadiga.
- Se não houver via aérea avançada, use relação compressão-ventilação 30:2.
- Se houver via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas.
- Capnografia com forma de onda contínua
 - Se ETCO2 estiver baixo ou diminuindo, reavalie a qualidade da RCP.

Energia de choque para desfibrilação

- **Bifásico:** recomendação do fabricante (ex., dose inicial de 120-200 J); se desconhecida, use o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes; doses mais altas podem ser consideradas.
- **Monofásico:** 360 J

Terapia medicamentosa

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

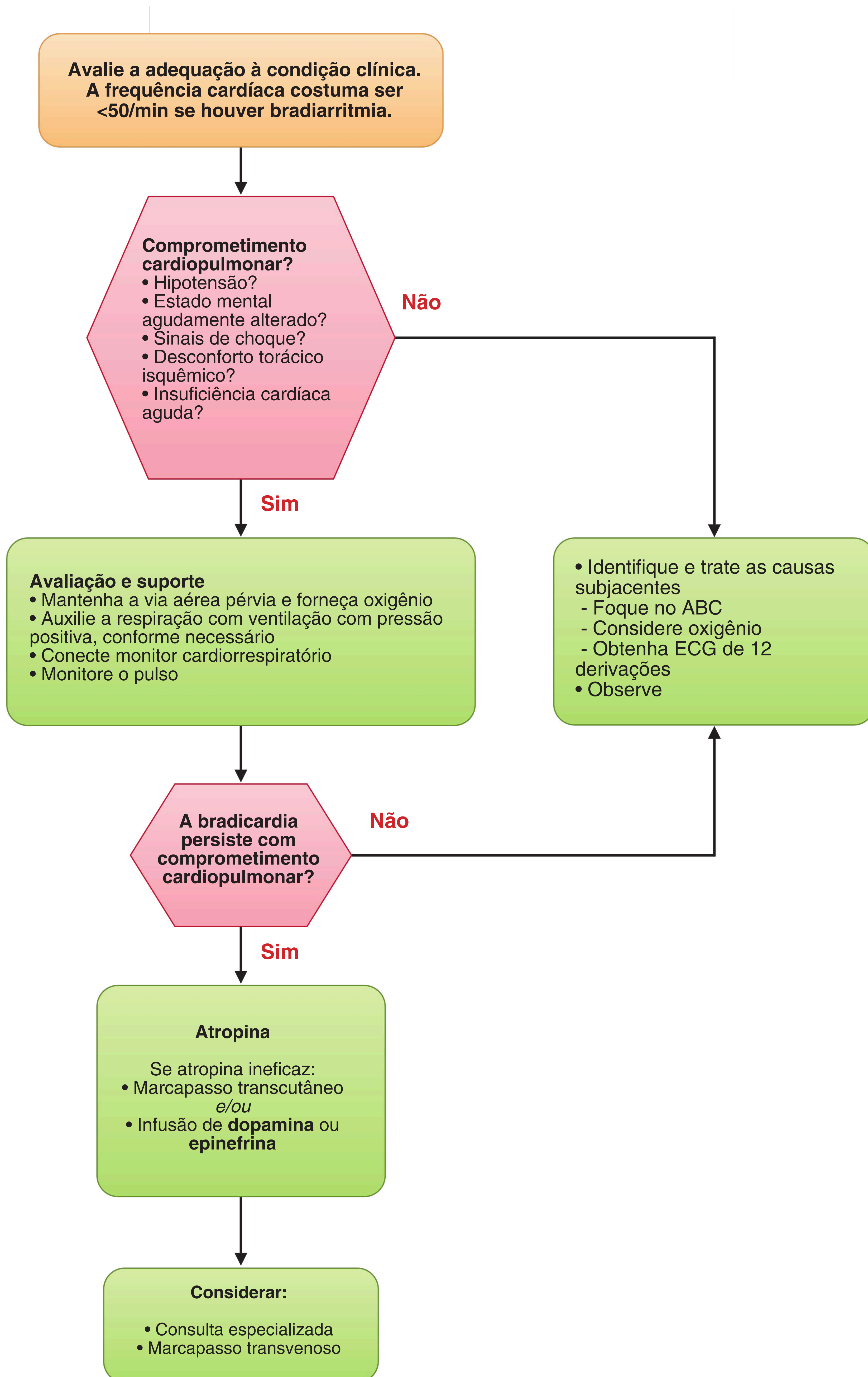
Via aérea avançada

- Intubação ET ou via aérea supraglótica avançada
- Capnografia com forma de onda contínua ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET

Causas reversíveis

- Hipovolemia
- Hipóxia
- Íon hidrogênio (acidose)
- Hipo-/hipercalcemia
- Hipotermia
- Pneumotórax hipertensivo
- Tamponamento cardíaco
- Toxinas
- Trombose pulmonar
- Trombose coronariana

Algoritmo de Bradicardia em Adultos com Pulso



Doses/Detalhes

Dose IV de atropina:
Primeira dose: bolus de 1 mg. Repetir a cada 3-5 minutos. Dose total máxima: 3 mg. **Infusão IV de dopamina:** Taxa usual de infusão: 5-20 mcg/kg por minuto. Titule conforme a resposta; reduza lentamente. **Infusão IV de epinefrina:** Infusão de 2-10 mcg/min. Titule conforme a resposta.

Causas Possíveis

- Isquemia/infarto do miocárdio
- Medicamentos/toxicológico (ex.: bloqueadores dos canais de cálcio, betabloqueadores, digoxina)
- Hipóxia
- Anormalidade eletrolítica (ex.: hipercalemia)

Algoritmo de Taquiarritmia com Pulso em Adultos

Avalie se a frequência cardíaca é apropriada à condição clínica.
FC geralmente $\geq 150/\text{min}$ se houver taquiarritmia.

Avaliação inicial e suporte

- Mantenha via aérea pérvia; auxilie respiração se necessário
- Oxigênio (se hipoxêmico)
- Monitorização cardíaca contínua para identificar o ritmo; monitore PA e oximetria
- Acesso IV
- ECG de 12 derivações, se disponível

Doses/Detalhes

Cardioversão sincronizada:
Taquicardia Ventricular com pulso/Taquicardia Supraventricular: 100 J.
Fibrilação Atrial/Flutter Atrial: 200 J.

Dose IV de adenosina:
Primeira dose: 6 mg em bolus IV rápido; em seguida, lavagem com soro fisiológico.
Segunda dose: 12 mg, se necessário.

Infusões antiarrítmicas para taquicardia de QRS largo estável

Dose IV de procainamida:
20-50 mg/min até supressão da arritmia, ocorrência de hipotensão, aumento da duração do QRS $>50\%$ ou dose máxima de 17 mg/kg. Infusão de manutenção: 1-4 mg/min. Evite se QT prolongado ou ICC.

Dose IV de amiodarona:
Primeira dose: 150 mg em 10 minutos. Repita conforme necessário se a TV recorrer. Em seguida, infusão de manutenção de 1 mg/min nas primeiras 6 horas.

Taquiarritmia persistente causando

- Hipotensão?
- Alteração aguda do estado mental?
- Sinais de choque?
- Desconforto torácico isquêmico?
- Insuficiência cardíaca aguda?

Sim

Cardioversão sincronizada

- Sedação sempre que viável
- Se complexo estreito regular, considere adenosina

Não

QRS largo?
 $\geq 0,12$ s

Sim

Considere

- Adenosina apenas se regular e monomórfica
- Infusão antiarrítmica
- Consulta com especialista

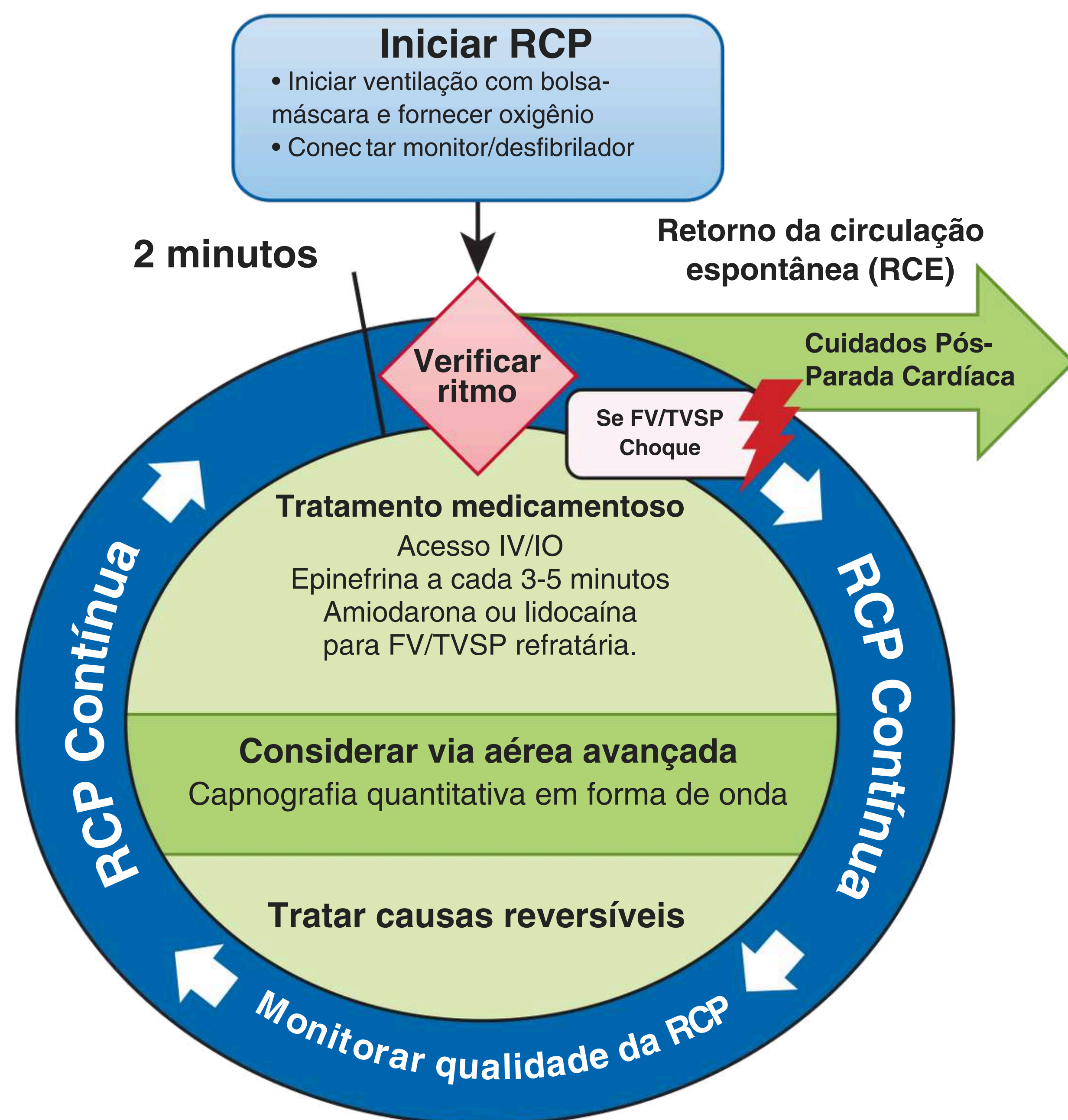
Não

- Manobras vagais (se regular)
- Adenosina (se regular)
- β -bloqueador ou bloqueador de canal de cálcio
- Considere consulta com especialista

Se refratária, considere

- Causa subjacente
- Aumentar energia na próxima cardioversão
- Adição de fármaco antiarrítmico
- Consulta com especialista

Algoritmo Circular de Parada Cardíaca em Adultos



RCP de alta qualidade

- Comprima forte (pelo menos 2 polegadas [5 cm]).
- Comprima rápido (100-120/min) e permita o retorno completo do tórax.
- Minimize interrupções nas compressões.
- Evite ventilação excessiva.
- Troque o compressor a cada 2 minutos, ou antes se estiver fatigado.
- Se não houver via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.
- Se houver via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas.
- Capnografia contínua em forma de onda
- Se o ETCO₂ estiver baixo ou diminuindo, reavalie a qualidade da RCP.

Energia de choque para desfibrilação

- Bifásico: recomendação do fabricante (ex., dose inicial de 120-200 J); se desconhecida, use a máxima disponível. A segunda dose e as doses subsequentes devem ser equivalentes, e doses maiores podem ser consideradas.
- Monofásico: 360 J

Tratamento medicamentoso

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

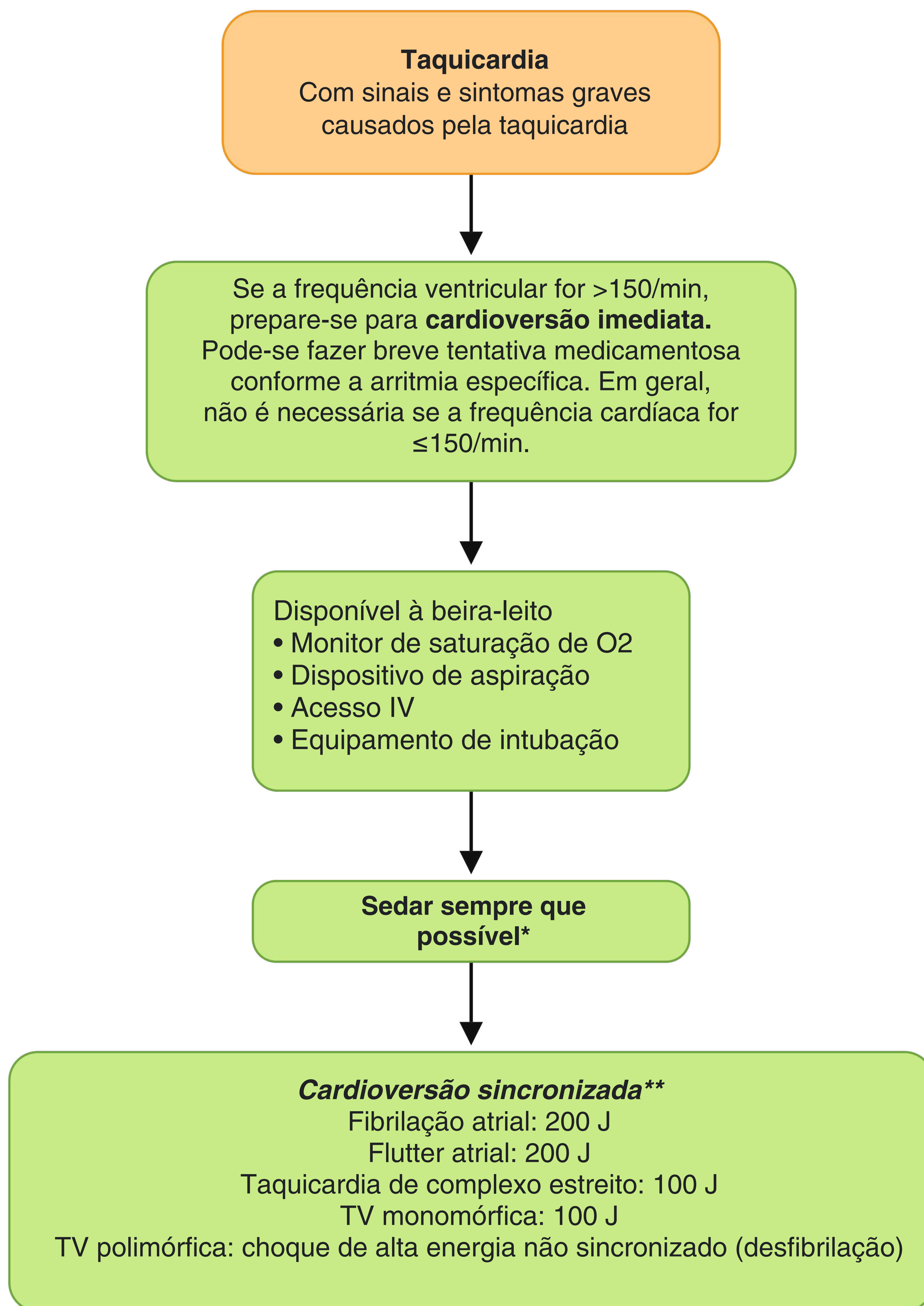
Via aérea avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea supraglótica avançada
- Capnografia ou capnometria contínua em forma de onda para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET
- Após a via aérea avançada estar em posição, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas

Causas reversíveis

- Hipovolemia
- Hipóxia
- Íon hidrogênio (acidose)
- Hipo-/hipercalemia
- Hipotermia
- Pneumotórax hipertensivo
- Tamponamento cardíaco
- Toxinas
- Trombose pulmonar
- Trombose coronariana

Algoritmo de Cardioversão Elétrica



Notas

*Esquemas eficazes incluíram um **sedativo (ex.: diazepam)**, com ou sem um **analgésico (ex.: fentanil)**. Muitos especialistas recomendam anestesia se o serviço estiver prontamente disponível.

**Pode ser necessário ressincronizar após cada cardioversão.

***Se houver atraso na sincronização e o quadro for crítico, aplique imediatamente choques sem sedação.

Interrupção da Ressuscitação em SAVC

Parada não testemunhada
Sem RCP por testemunhas
Sem retorno da circulação espontânea (antes do transporte)
Nenhum choque foi aplicado (antes do transporte)

Se *todos* os critérios estiverem presentes, considere interromper a ressuscitação.

Se *algum* critério não estiver presente, continue a ressuscitação e considere o transporte.