



Qualidade da RCP
<ul style="list-style-type: none">• Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax.• Minimize 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<ul style="list-style-type: none">– Se PETCO₂ estiver baixo ou caindo, reavalie a qualidade da RCP
Carga do Choque para Desfibrilação
<ul style="list-style-type: none">• 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
<ul style="list-style-type: none">• 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 <i>ou</i> 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
<ul style="list-style-type: none">• 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)
<ul style="list-style-type: none">• Pulso e pressão arterial• Aumento abrupto prolongado na PETCO₂ (tipicamente, ≥40 mmHg)• Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial
Causas reversíveis
<ul style="list-style-type: none">• Hipovolemia• Hipóxia• Hidrogênio (acidemia)• Hipo/hipercalcemia• Hipotermia• Tensão do tórax por pneumotórax• Tamponamento, cardíaco• Toxinas• Trombose coronária• Trombose pulmonar