

© 2020 American Heart Association

Qualité de la RCR

- Poussez fort (à une profondeur d'au moins 5 cm [2 po]) et vite (100 à 120/min) et permettez une relaxation thoracique totale.
- Minimisez les interruptions pendant les compressions.
- Évitez la ventilation excessive.
- Changez de secouriste chargé des compressions toutes les 2 minutes, ou plus souvent en cas de fatigue.
- Sans un dispositif de libération des voies aériennes, rapport compressions/ventilations de 30 pour 2.
- Capnographie quantitative.
 - Si la $PETCO_2$ est faible ou en baisse, réévaluez la qualité de la RCR.

Énergie de choc utilisée pour la défibrillation

- **Biphasique** : Recommandation du fabricant (p. ex., dose initiale de 120 à 200 J); en l'absence de recommandations, administrez la dose maximale. La deuxième dose et les doses subséquentes doivent être équivalentes, et des doses plus élevées peuvent être envisagées.
- **Monophasique** : 360 J.

Pharmacothérapie

- **Dose IV/IO d'épinéphrine** :
 - 1 mg toutes les 3 à 5 minutes.
- **Dose IV/IO d'amiodarone** :
 - Dose initiale : bolus de 300 mg;
 - Deuxième dose : 150 mg;
- **ou**
- **Dose IV/IO de lidocaïne** :
 - Dose initiale : 1 à 1,5 mg/kg;
 - Deuxième dose : 0,5 à 0,75 mg/kg.

Méthode de protection avancée des voies aériennes

- Intubation endotrachéale ou dispositif de libération des voies aériennes supralaryngée.
- Capnographie quantitative ou capnométrie pour confirmer et surveiller le positionnement de la sonde d'intubation endotrachéale.
- Dès que le dispositif de libération des voies aériennes est en place, administrez 1 ventilation toutes les 6 secondes (10 ventilations/min) en pratiquant des compressions thoraciques continues.

Retour à la circulation spontanée (RCS)

- Pouls et tension artérielle.
- Augmentation abrupte et soutenue de la $PETCO_2$ (habituellement ≥ 40 mm Hg).
- Ondes spontanées de tension artérielle avec surveillance intra-artérielle.

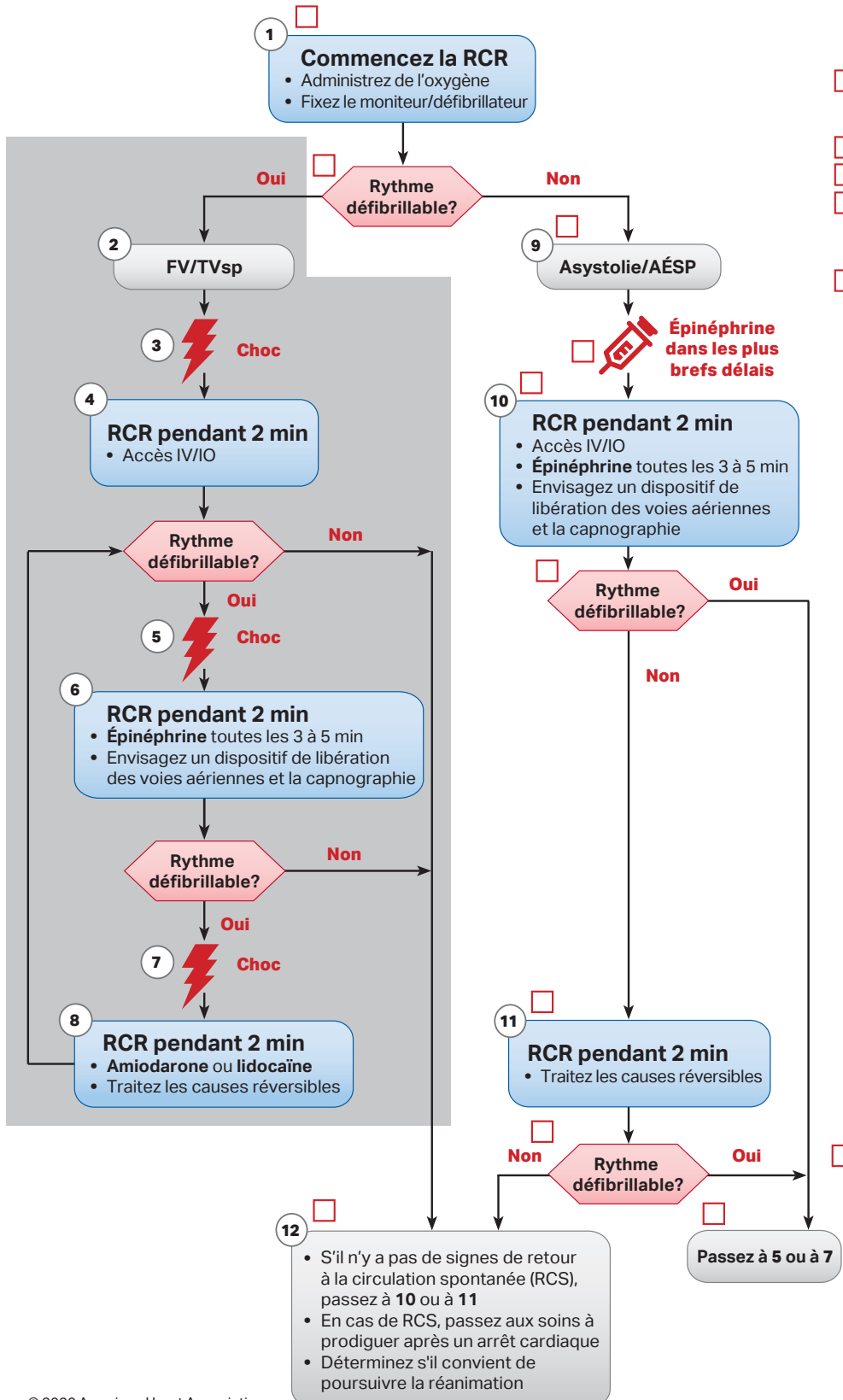
Causes réversibles

- Hypovolémie
- Hypoxie
- Hydrogène (acidose)
- Hypokaliémie ou Hyperkaliémie
- Hypothermie
- Pneumothorax sous tension
- Tamponnade cardiaque
- Toxines
- Thrombose pulmonaire
- Thrombose coronaire

Liste de contrôle du poste d'apprentissage consacré à l'arrêt cardiaque chez l'adulte (asystolie/AÉSP)



Algorithme de l'arrêt cardiaque chez l'adulte (voie asystolie/AÉSP)

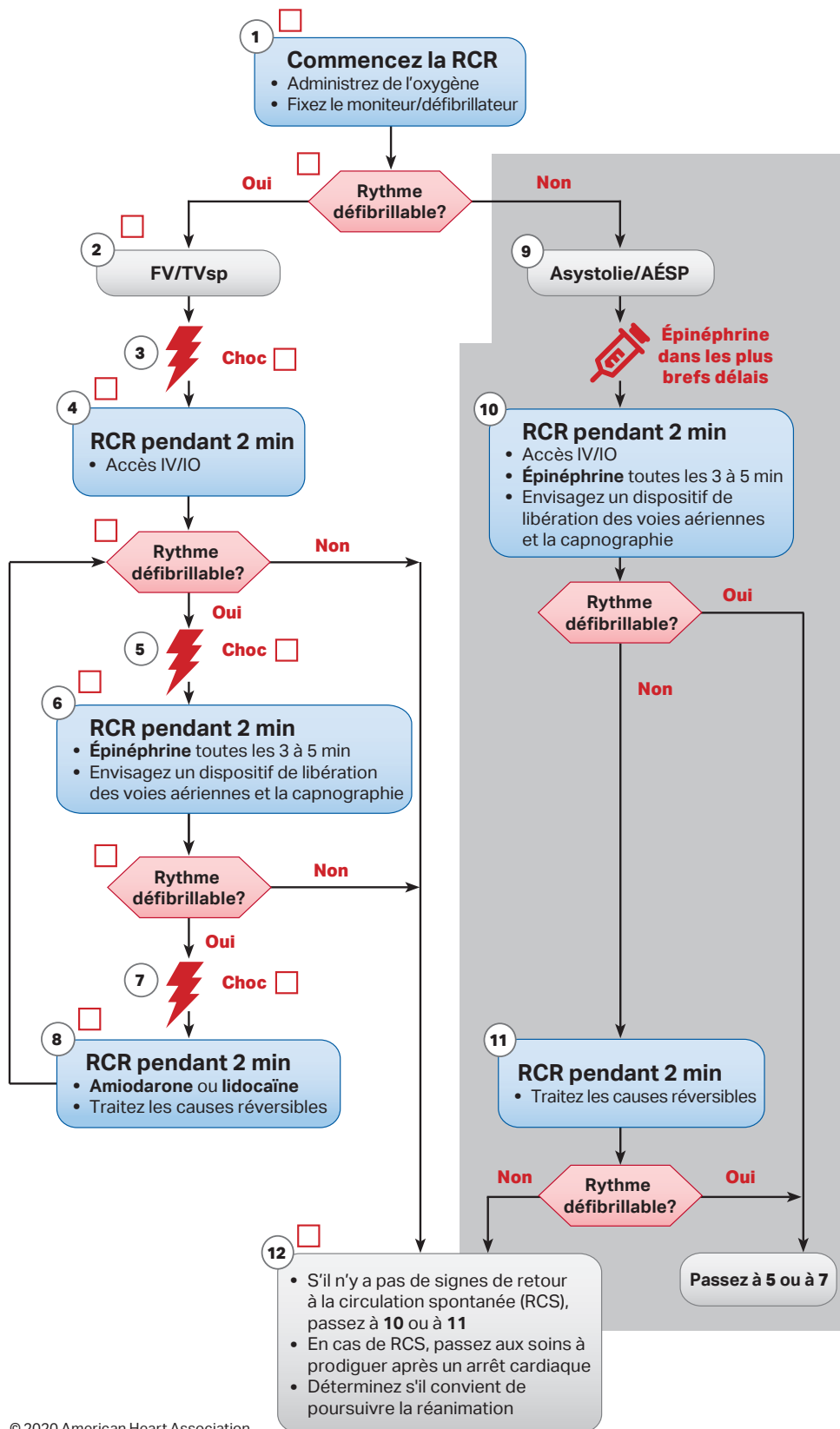


Qualité de la RCR	
<input type="checkbox"/>	• Poussez fort (à une profondeur d'au moins 5 cm [2 po]) et vite (100 à 120/min) et permettez une relaxation thoracique totale.
<input type="checkbox"/>	• Minimisez les interruptions pendant les compressions.
<input type="checkbox"/>	• Évitez la ventilation excessive.
<input type="checkbox"/>	• Changez de secouriste chargé des compressions toutes les 2 minutes, ou plus souvent en cas de fatigue.
<input type="checkbox"/>	• Sans un dispositif de libération des voies aériennes, rapport compressions/ventilations de 30 pour 2.
<input type="checkbox"/>	• Capnographie quantitative. <ul style="list-style-type: none"> – Si la P_{ETCO_2} est faible ou en baisse, réévaluez la qualité de la RCR.
Énergie de choc utilisée pour la défibrillation	
<input type="checkbox"/>	• Biphasique : Recommandation du fabricant (p. ex., dose initiale de 120 à 200 J); en l'absence de recommandations, administrez la dose maximale. La deuxième dose et les doses subséquentes doivent être équivalentes, et des doses plus élevées peuvent être envisagées.
<input type="checkbox"/>	• Monophasique : 360 J.
Pharmacothérapie	
<input type="checkbox"/>	• Dose IV/IO d'épinéphrine : 1 mg toutes les 3 à 5 minutes.
<input type="checkbox"/>	• Dose IV/IO d'amiodarone : Dose initiale : bolus de 300 mg; Deuxième dose : 150 mg; ou
<input type="checkbox"/>	• Dose IV/IO de lidocaïne : Dose initiale : 1 à 1,5 mg/kg; Deuxième dose : 0,5 à 0,75 mg/kg.
Méthode de protection avancée des voies aériennes	
<input type="checkbox"/>	• Intubation endotrachéale ou dispositif de libération des voies aériennes supralaryngée.
<input type="checkbox"/>	• Capnographie quantitative ou capnométrie pour confirmer et surveiller positionnement de la sonde d'intubation endotrachéale.
<input type="checkbox"/>	• Dès que le dispositif de libération des voies aériennes est en place, administrez 1 ventilation toutes les 6 secondes (10 ventilations/min) en pratiquant des compressions thoraciques continues.
Retour à la circulation spontanée (RCS)	
<input type="checkbox"/>	• Pours et tension artérielle.
<input type="checkbox"/>	• Augmentation abrupte et soutenue de la P_{ETCO_2} (habituellement ≥ 40 mm Hg).
<input type="checkbox"/>	• Ondes spontanées de tension artérielle avec surveillance intra-artérielle.
Causes réversibles	
<input type="checkbox"/>	• Hypovolémie
<input type="checkbox"/>	• Hypoxie
<input type="checkbox"/>	• Hydrogène (acidose)
<input type="checkbox"/>	• Hypokaliémie ou Hyperkaliémie
<input type="checkbox"/>	• Hypothermie
<input type="checkbox"/>	• Pneumothorax sous tension
<input type="checkbox"/>	• Tamponnade cardiaque
<input type="checkbox"/>	• Toxines
<input type="checkbox"/>	• Thrombose pulmonaire
<input type="checkbox"/>	• Thrombose coronaire

Liste de contrôle du poste d'apprentissage consacré à l'arrêt cardiaque chez l'adulte (FV/TVsp)

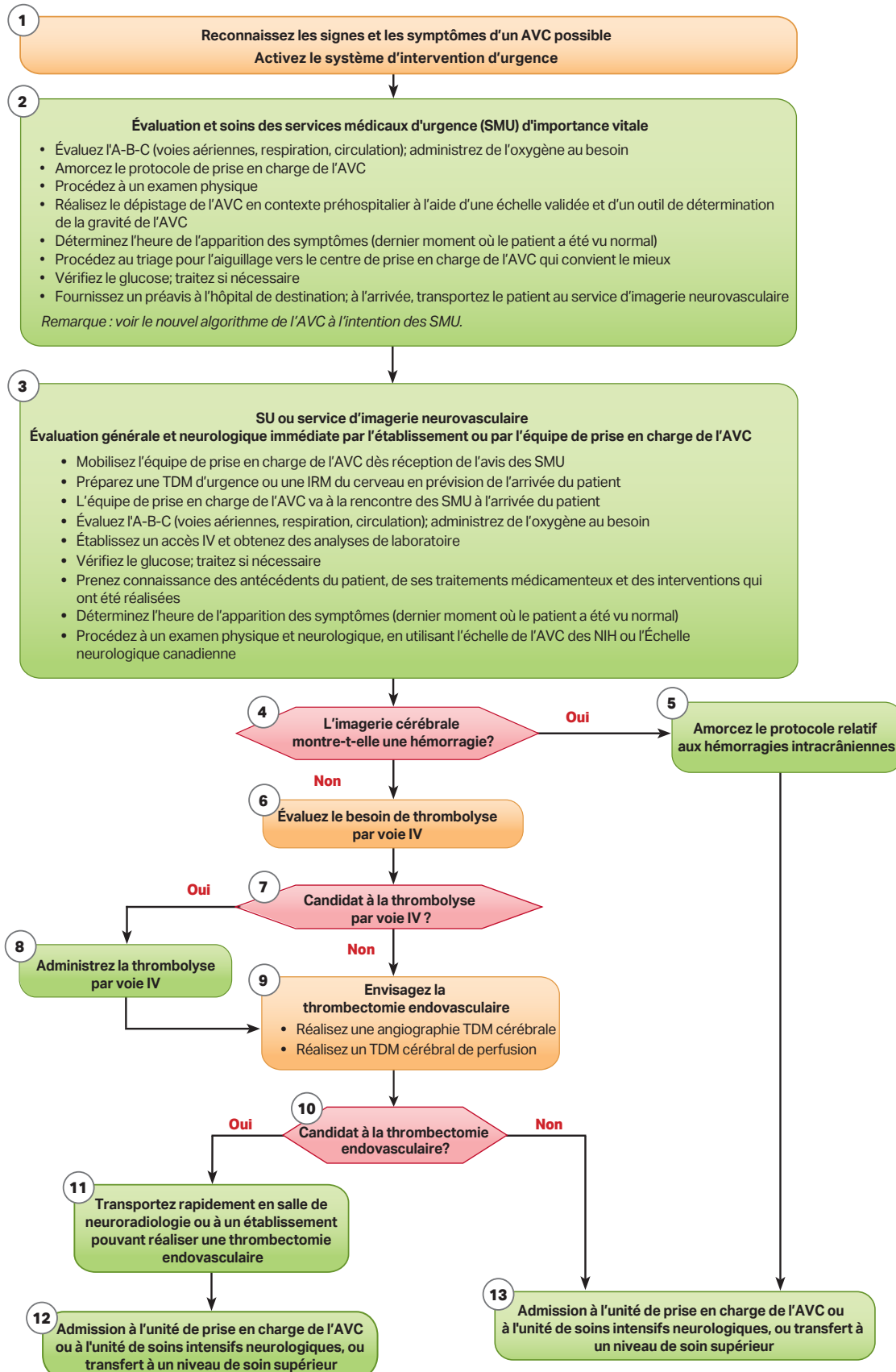


Algorithme de l'arrêt cardiaque chez l'adulte (Voie FV/TVsp)



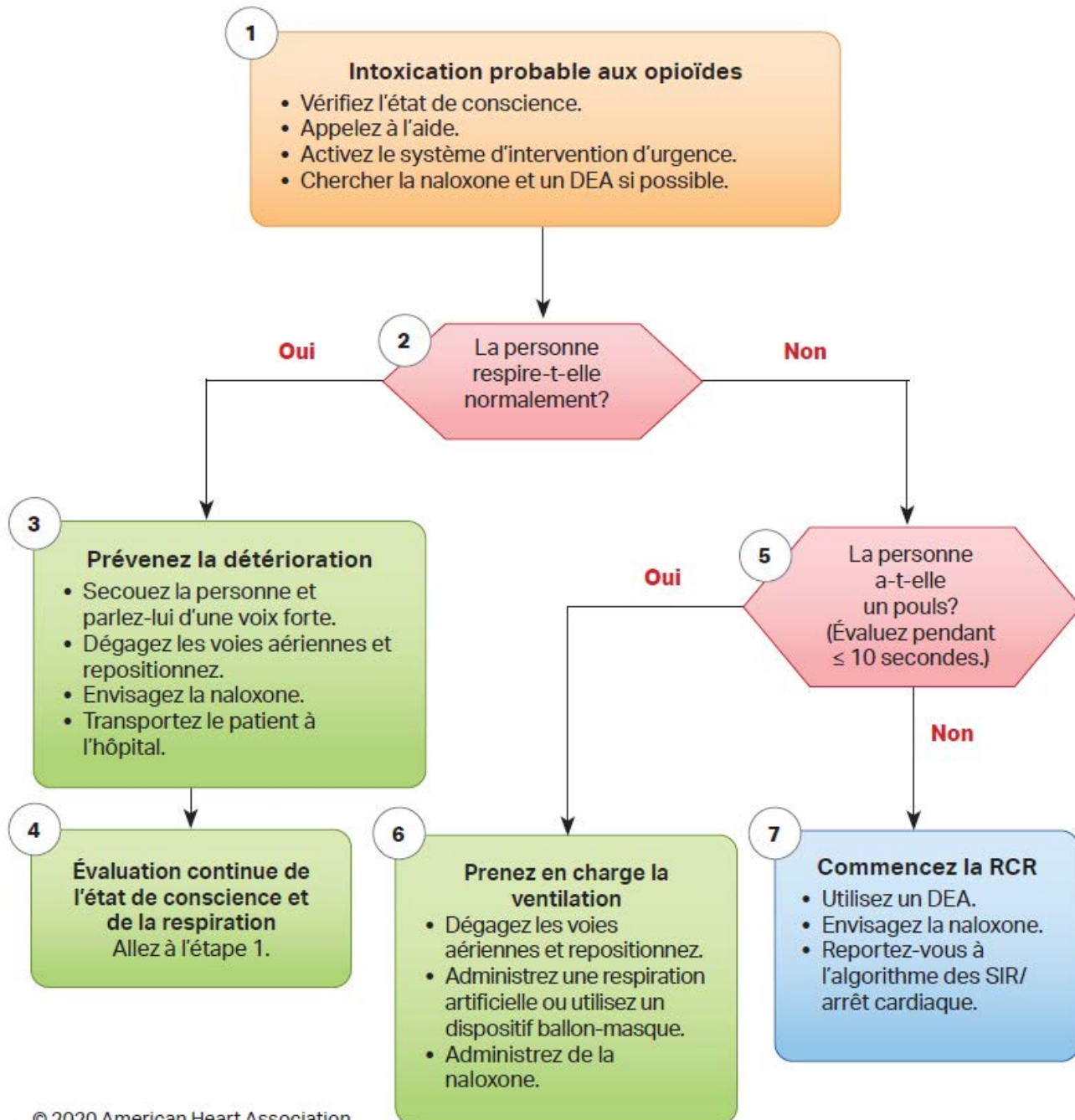
Qualité de la RCR	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Poussez fort (à une profondeur d'au moins 5 cm [2 po]) et vite (100 à 120/min) et permettez une relaxation thoracique totale. Minimisez les interruptions pendant les compressions. Évitez la ventilation excessive. Changez de secouriste chargé des compressions toutes les 2 minutes, ou plus souvent en cas de fatigue. Sans un dispositif de libération des voies aériennes, rapport compressions/ventilations de 30 pour 2. Capnographie quantitative <ul style="list-style-type: none"> Si la P_{ETCO_2} est faible ou en baisse, réévaluez la qualité de la RCR.
Énergie de choc utilisée pour la défibrillation	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Biphasique : Recommandation du fabricant (p. ex., dose initiale de 120 à 200 J); en l'absence de recommandations, administrez la dose maximale. La deuxième dose et les doses subséquentes doivent être équivalentes, et des doses plus élevées peuvent être envisagées. Monophasique : 360 J.
Pharmacothérapie	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Dose IV/IO d'épinéphrine : 1 mg toutes les 3 à 5 minutes. Dose IV/IO d'amiodarone : Dose initiale : bolus de 300 mg; Deuxième dose : 150 mg; ou Dose IV/IO de lidocaïne : Dose initiale : 1 à 1,5 mg/kg; Deuxième dose : 0,5 à 0,75 mg/kg.
Méthode de protection avancée des voies aériennes	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Intubation endotrachéale ou dispositif de libération des voies aériennes supralaryngée. Capnographie quantitative ou capnométrie pour confirmer et surveiller positionnement de la sonde d'intubation endotrachéale. Dès que le dispositif de libération des voies aériennes est en place, administrez 1 ventilation toutes les 6 secondes (10 ventilations/min) en pratiquant des compressions thoraciques continues.
Retour à la circulation spontanée (RCS)	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Pouls et tension artérielle. Augmentation abrupte et soutenue de la P_{ETCO_2} (habituellement ≥ 40 mm Hg). Ondes spontanées de tension artérielle avec surveillance intra-artérielle.
Causes réversibles	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Hypovolémie Hypoxie Hydrogène (acidose) Hypokaliémie ou Hyperkaliémie Hypothermie Pneumothorax sous tension Tamponnade cardiaque Toxines Thrombose pulmonaire Thrombose coronaire

Algorithme de l'AVC présumé chez l'adulte

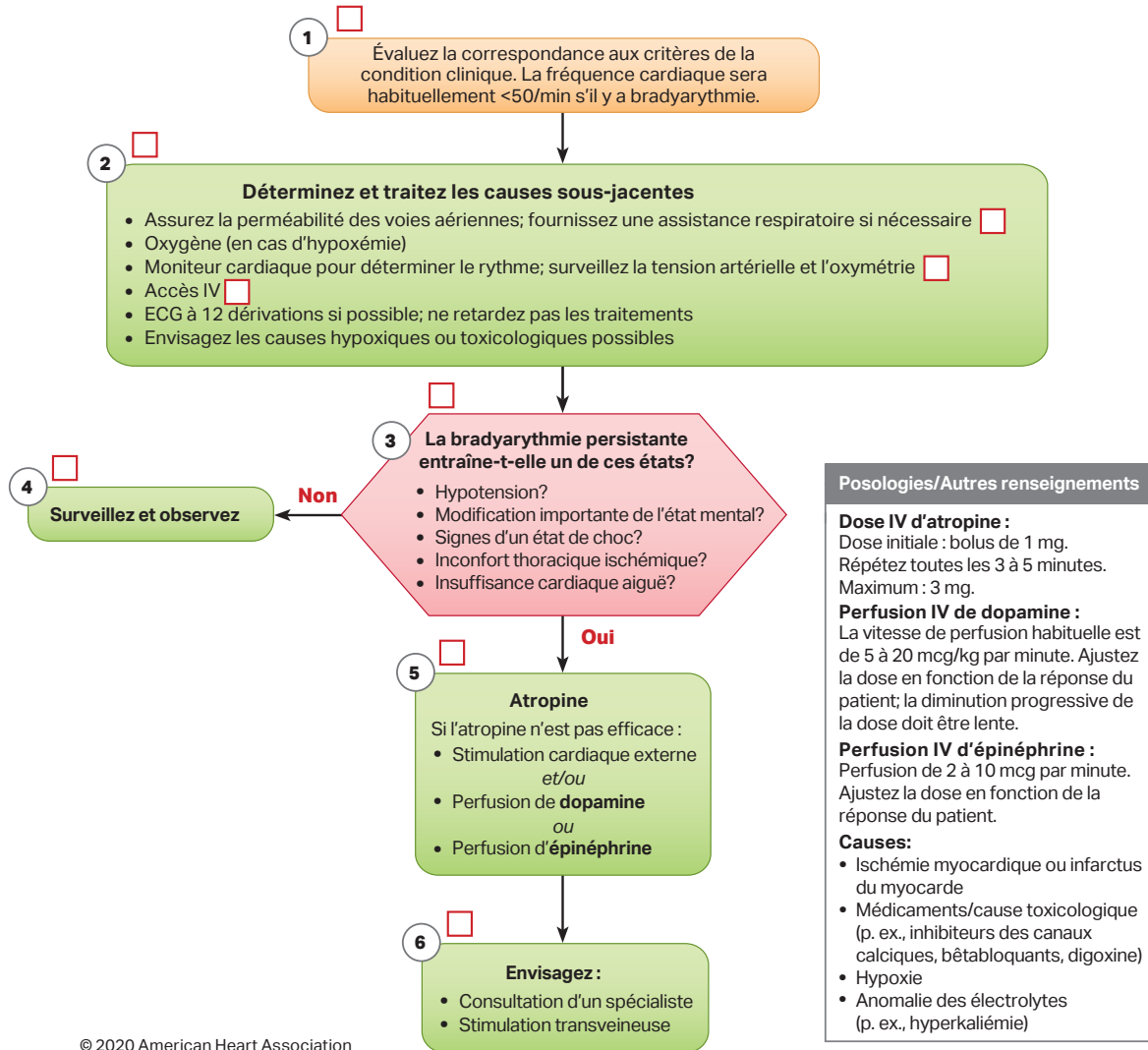


© 2020 American Heart Association

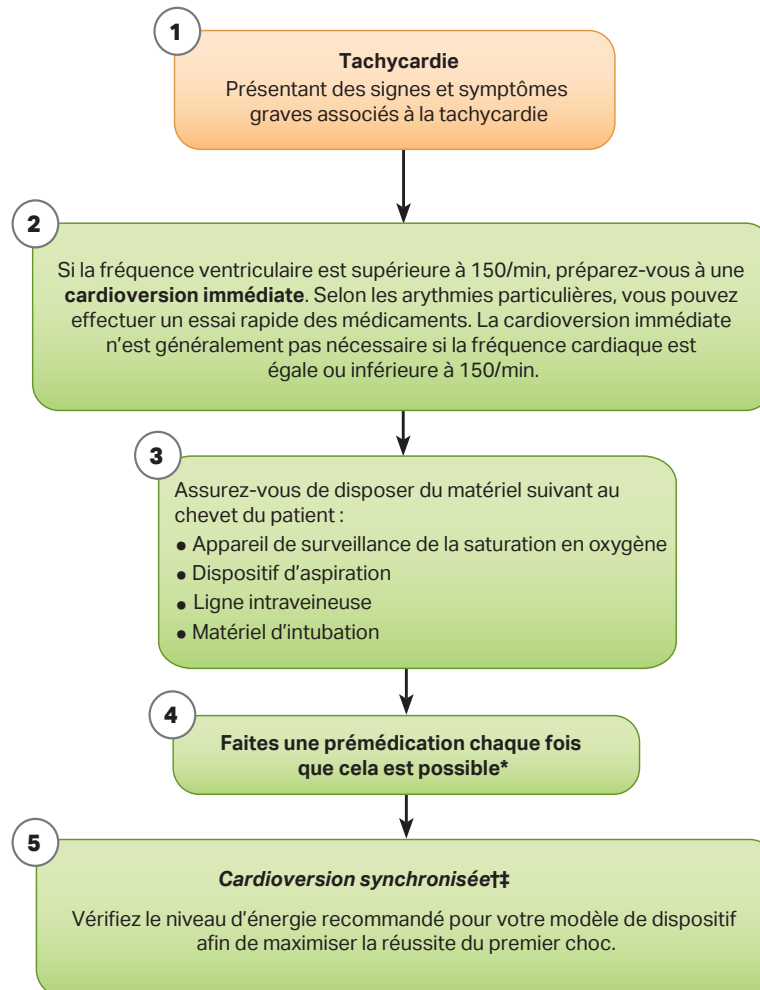
Algorithme de l'urgence associée à une prise d'opioïde à l'intention des dispensateurs de soins.



Algorithme de la bradycardie chez l'adulte



© 2020 American Heart Association



Remarques

* Les régimes efficaces comprennent généralement un sédatif (**p. ex., diazépam, midazolam, étomidate, propofol**) avec ou sans analgésique (**par exemple, fentanyl, morphine**). De nombreux experts recommandent l'anesthésie si le service est facilement accessible.

† Notez l'éventuelle nécessité de resynchronisation après chaque cardioversion.

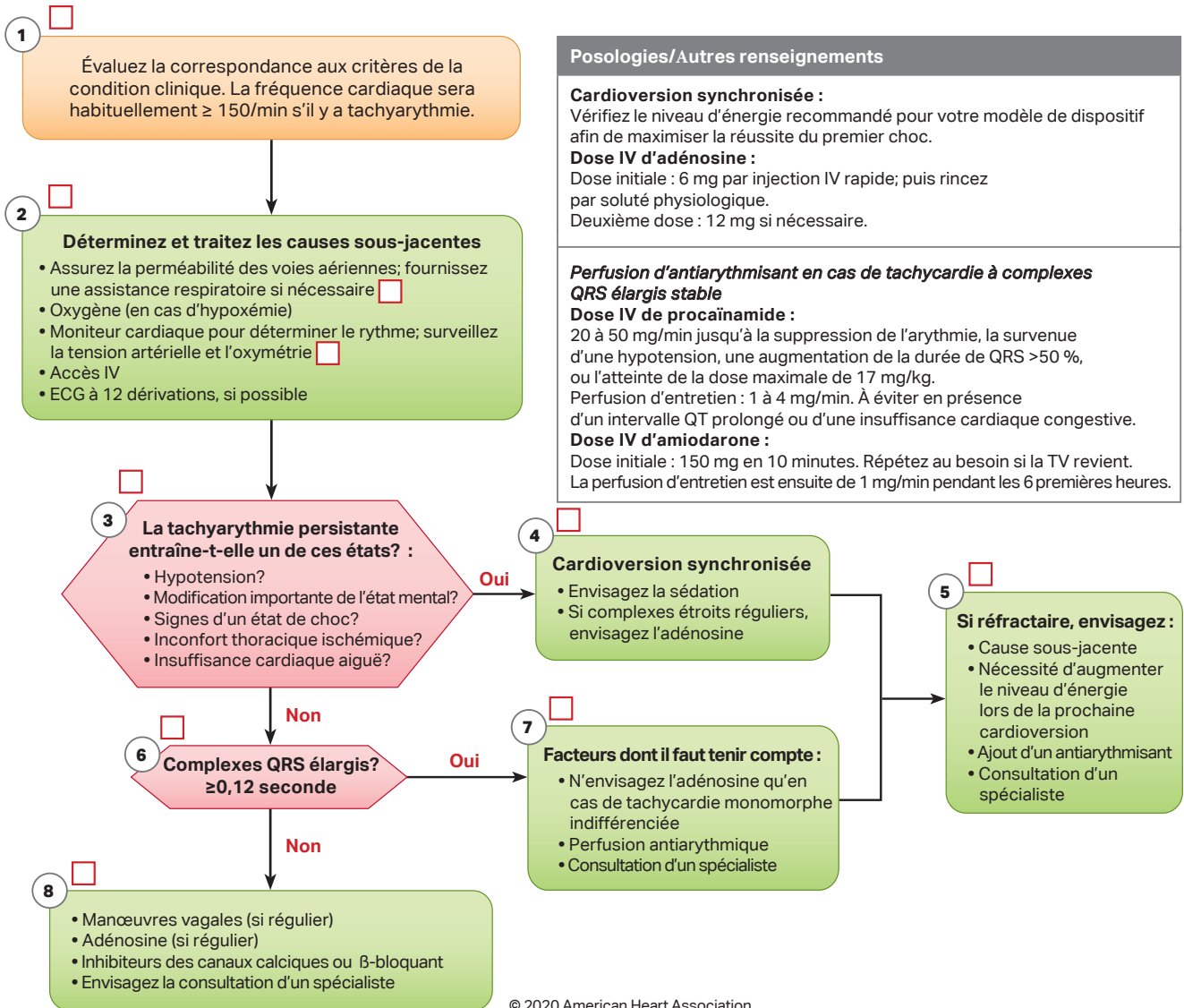
‡ En cas de retard de synchronisation, et si l'état clinique est critique, passez immédiatement aux chocs non synchronisés.

© 2020 American Heart Association

Liste de contrôle du poste d'apprentissage consacré à la tachycardie avec pouls chez l'adulte



Algorithme de la tachycardie avec pouls chez l'adulte

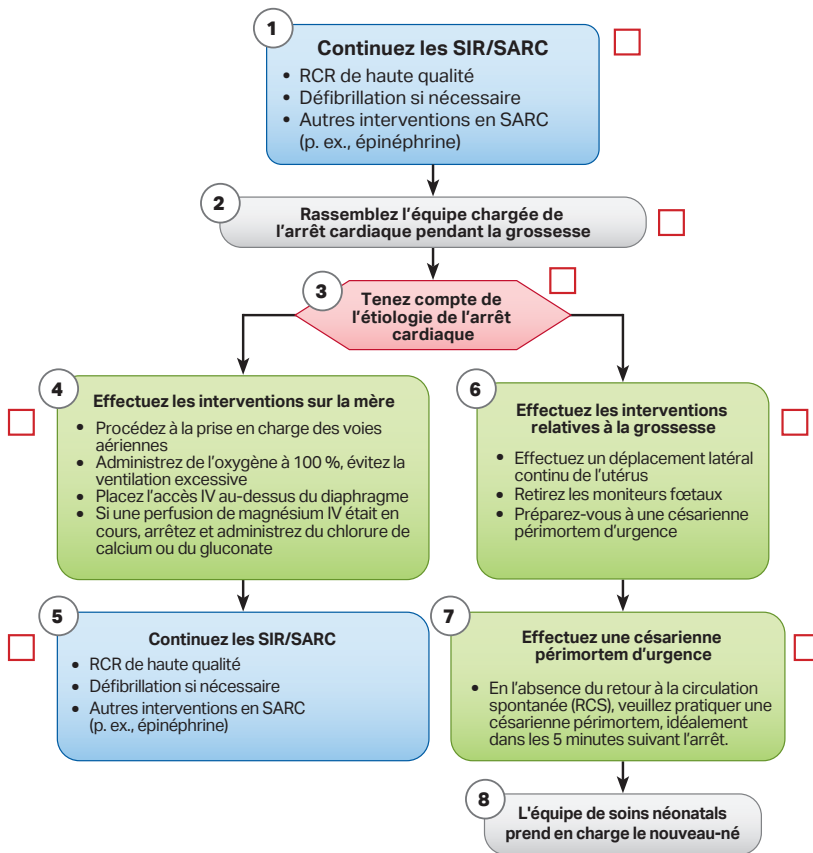


© 2020 American Heart Association

Liste de contrôle du poste d'apprentissage consacré aux SARC pour l'arrêt cardiaque durant la grossesse en milieu hospitalier



Algorithme des SARC pour l'arrêt cardiaque durant la grossesse en milieu hospitalier



Arrêt cardiaque pendant la grossesse

- La planification des équipes doit se faire en collaboration avec les services d'obstétrique, de soins néonataux, d'urgence, d'anesthésie, de soins intensifs et d'arrêt cardiaque.
- Les priorités pour les femmes enceintes en arrêt cardiaque sont notamment de procéder à une RCR de haute qualité et de soulager la compression aorto-cave par le déplacement latéral de l'utérus.
- L'objectif de la césarienne périmortem est d'améliorer l'issue pour la mère et le fœtus.
- L'idéal est de pratiquer une césarienne périmortem en 5 minutes, en fonction des ressources et des compétences du dispensateur.

Méthode de protection avancée des voies aériennes

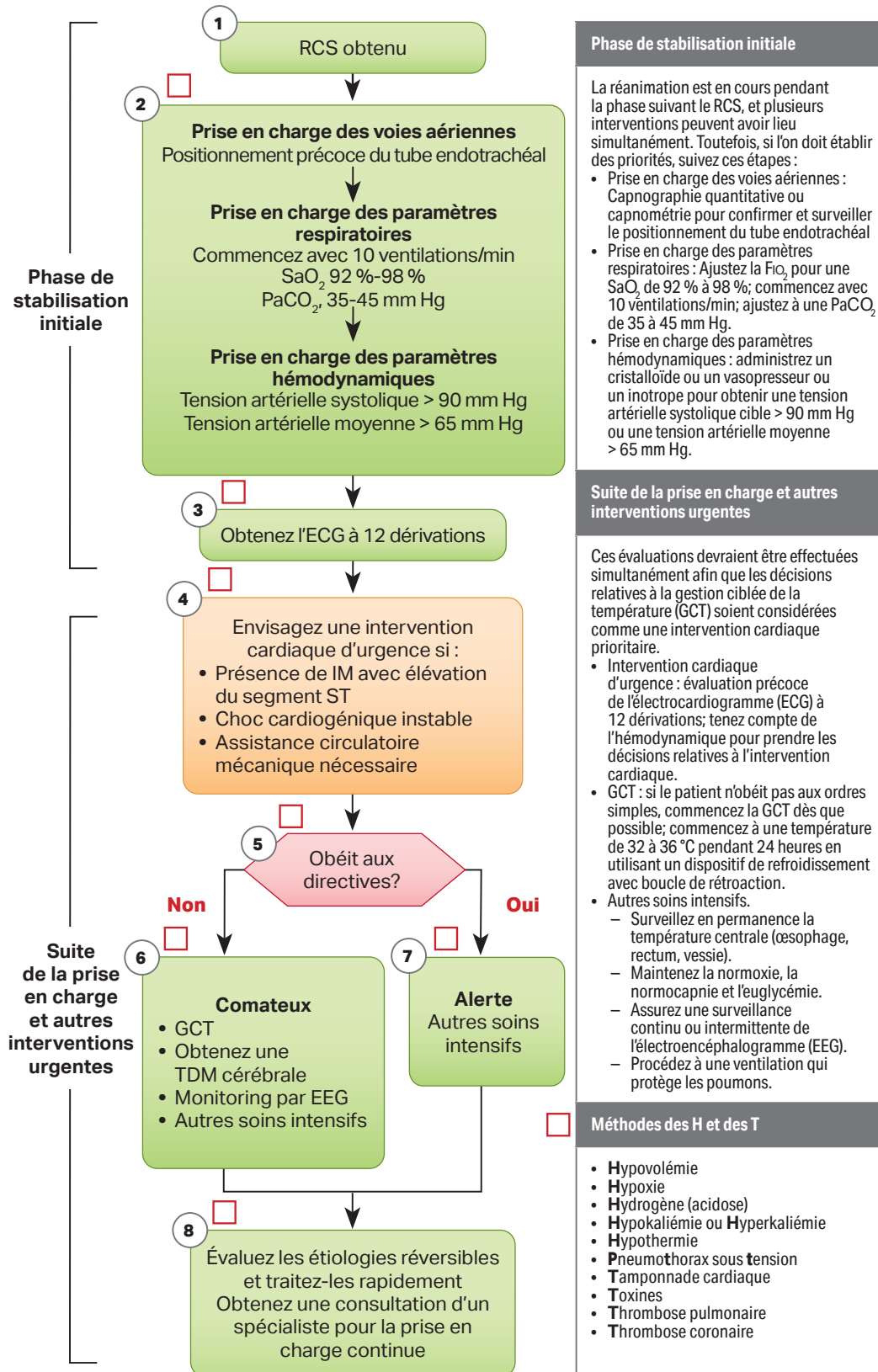
- Pendant la grossesse, il est fréquent que l'intubation soit difficile. Faites appel au dispensateur le plus expérimenté.
- Pratiquez à une intubation endotrachéale ou installez un dispositif de libération des voies aériennes supralaryngé.
- Effectuez la capnographie quantitative ou capnométrie pour confirmer et surveiller le positionnement du tube endotrachéal.
- Dès que le dispositif de libération des voies aériennes est en place, administrez 1 ventilation toutes les 6 secondes (10 ventilations/min) en pratiquant des compressions thoraciques continues.

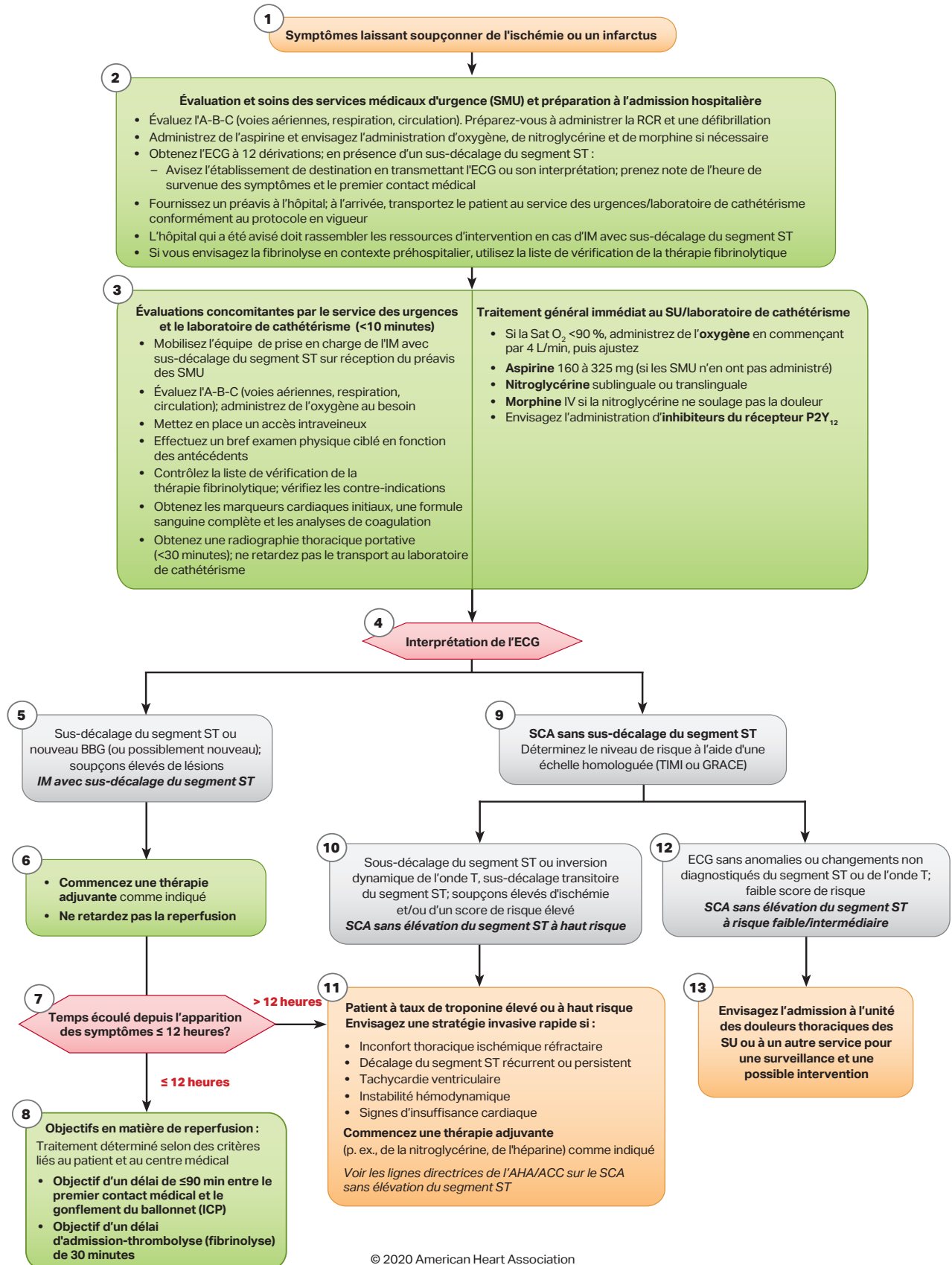
Étiologie possible de l'arrêt cardiaque pendant la grossesse

- A** Complications liées à l'anesthésie
- B** Hémorragie
- C** État cardiovasculaire
- D** Médicaments
- E** Troubles emboliques
- F** Fièvre
- G** Causes générales de l'arrêt cardiaque non liées à la grossesse (méthodes des H et T)
- H** Hypertension

© 2020 American Heart Association

Algorithme des soins post-arrêt cardiaque chez l'adulte

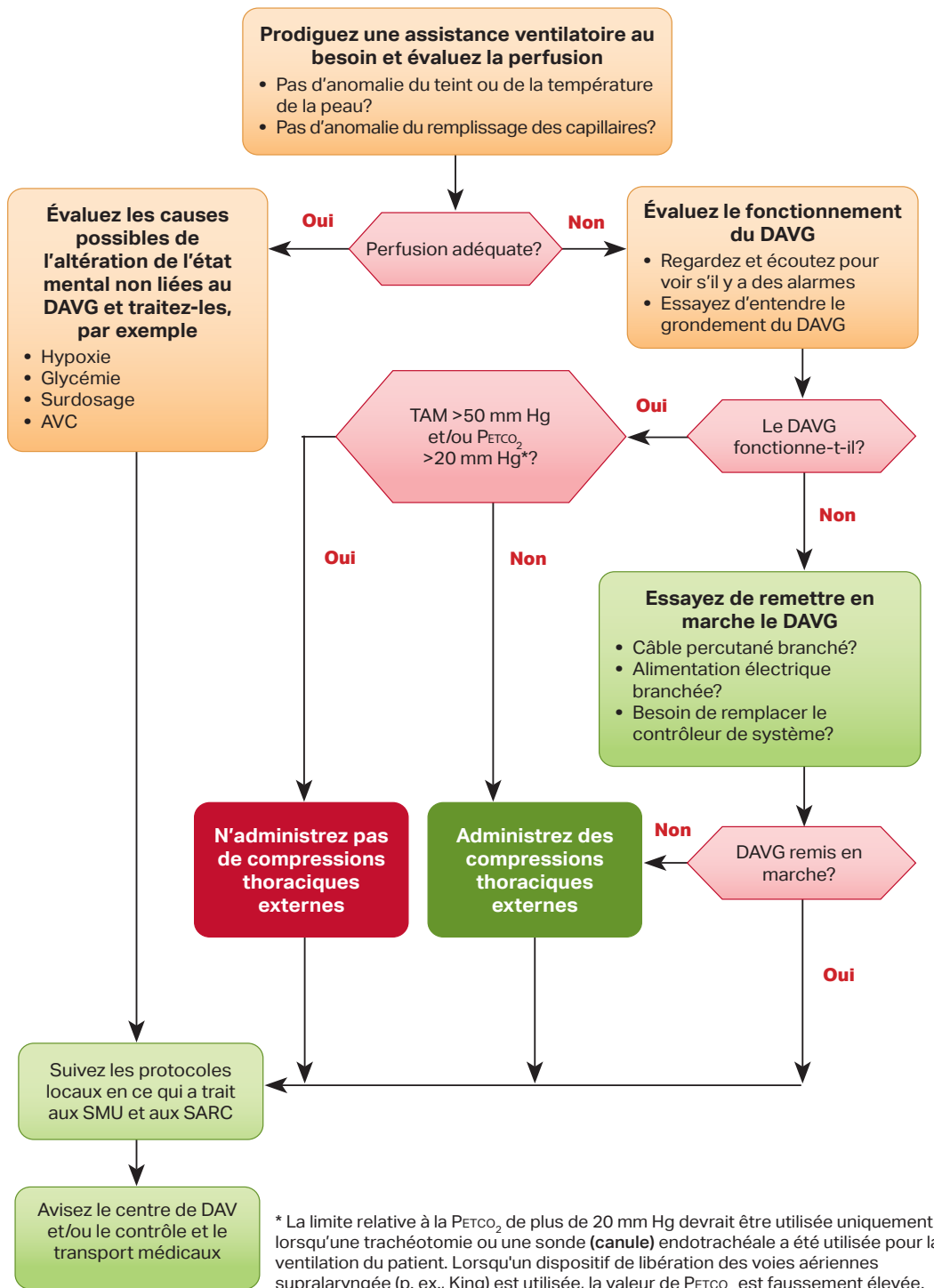




Liste de contrôle du poste d'apprentissage consacré aux dispositifs d'assistance ventriculaire chez l'adulte



Algorithme du dispositif d'assistance ventriculaire chez l'adulte



© 2020 American Heart Association

ÉTAPES CRUCIALES DE LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DE L'AVC

