

Il tema del soccorso in caso di Covid 19 è ancora molto caldo e le raccomandazioni di Italian Resuscitation Council sulla procedura da adottare in caso di arresto cardiaco (cioè quando la respirazione è assente o anormale) durante la pandemia sono riprese nelle linee guida che l'ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation che riunisce le 7 società continentali che si occupano di arresto cardiaco) ha pubblicato il 27 marzo.



Come spiega il cardiologo di Italian Resuscitation Council (IRC), Niccolò B. Grieco, del Dipartimento cardiotoracovascolare dell'Ospedale Niguarda di Milano, sostenuto dalla fondazione De Gasperis, si raccomanda agli operatori sanitari di indossare i dispositivi di protezione individuale, valutare la respirazione senza mai avvicinarsi al naso o alla bocca della vittima; predisporre protocolli per l'intubazione di emergenza ed elettiva di tutti i pazienti potenzialmente affetti da COVID-19, sia adulti che bambini, utilizzando tubi tracheali cuffiati o optare per la videolaringoscopia per una migliore visualizzazione ma a distanza di sicurezza; utilizzare un farmaco bloccante neuromuscolare per prevenire la tosse (salvo in caso di ostruzioni). «Quando si riconosce un arresto cardiaco bisogna chiamare i servizi di emergenza e seguire le indicazioni fornite dal centro in attesa dei soccorsi. Prima di eseguire le compressioni toraciche e la defibrillazione (se disponibile) è necessario coprire bocca e naso della vittima con un asciugamano o una mascherina. Una volta eseguita la RCP occorre subito lavare accuratamente le mani con acqua e sapone o disinfettarle con un gel per le mani a base di alcol. I "primi soccorritori" che vengono inviati o avvisati di arresti cardiaci in pazienti con COVID sospetto o confermato dovrebbero avere accesso e formazione sull'uso dei DPI per la protezione delle vie aeree. Le équipes che rispondono ai pazienti con arresto cardiaco (sia all'interno che all'esterno dell'ospedale) dovrebbero essere composte solo da operatori sanitari con accesso e formazione all'uso di DPI per la prevenzione della trasmissione aerea. Questi infatti devono sempre utilizzare DPI per la protezione delle vie aeree per le procedure che generano aerosol (compressioni toraciche, interventi sulle vie aeree e ventilazione) durante la rianimazione. Le compressioni toraciche e la ventilazione devono essere eseguite con un sistema maschera-pallone e ossigeno in un rapporto di 30: 2. Deve essere utilizzato un filtro antiparticolato ad alta efficienza (HEPA) o un filtro per scambiatore di calore e umidità (HME) tra la sacca autogonfiabile e la maschera per ridurre al minimo il rischio di diffusione del virus. Bisogna utilizzare due mani per tenere la maschera e garantire una buona tenuta per la ventilazione della maschera a sacco. Ciò richiede un secondo soccorritore: la persona che esegue le compressioni può stringere la sacca quando si ferma dopo ogni 30 compressioni. I team BLS (Basic Life Support) meno qualificati o a disagio con la ventilazione con maschera a sacco non dovrebbero fornire ventilazione con maschera-pallone a causa del rischio di generazione di aerosol. Queste squadre dovrebbero posizionare una maschera di ossigeno sul viso del paziente, somministrare ossigeno e fornire una RCP con sola compressione».

Come usare il defibrillatore e quando fare la RCP

Se il defibrillatore è disponibile, sottolinea Grieco, bisogna accenderlo, applicare gli elettrodi del defibrillatore ed erogare uno shock se il ritmo è fibrillazione ventricolare / tachicardia ventricolare senza polso (FV / pTV). Se si utilizza un DAE, si devono seguire le istruzioni ed erogare uno shock se indicato. Se il paziente rimane in VF /TV e se si indossano DPI per precauzione per via aerea, si possono avviare le compressioni toraciche. In caso contrario, si devono somministrare fino a due shock aggiuntivi (se indicati) mentre gli altri operatori sanitari indossano DPI per precauzione per via aerea. Non si può procedere con compressioni toraciche o interventi sulle vie aeree senza DPI di precauzione per via aerea. Se non è già sul paziente, si deve posizionare una maschera per l'ossigeno e somministrare ossigeno. Lasciare la maschera sul paziente fino all'arrivo di un dispositivo maschera-pallone. Se non ci sono segni di vita (e se si indossano DPI per precauzione aerea), iniziare le compressioni toraciche continue. Se è necessaria una RCP prolungata, prendere in considerazione l'uso di un dispositivo di compressione toracica meccanica e assicurarsi che sia presente un filtro virale (filtro HME o filtro HEPA) tra il pallone e le vie aeree (maschera, via aerea sopraglottica, tubo tracheale). La ventilazione manuale deve essere ridotta al minimo ed eseguita solo da personale competente utilizzando una tecnica a 2 persone. La persona che esegue le compressioni può fermarsi per stringere la sacca. Il personale competente per le vie aeree deve inserire precocemente una via aerea sopraglottica (SGA) o un tubo tracheale in modo da ridurre al minimo il periodo di ventilazione in maschera. Si consiglia di considerare la videolaringoscopia per l'intubazione tracheale da parte di operatori che hanno familiarità con il suo utilizzo in quanto ciò consentirà all'operatore che intuba di rimanere più lontano dalla bocca del paziente. Occorre considerare l'interruzione precoce della RCP se sono state affrontate cause reversibili trattabili di arresto cardiaco; garantire la rimozione sicura dei DPI per prevenire l'auto-contaminazione e intraprendere un debriefing della squadra.

Ecco la procedura da seguire nei pazienti già intubati:

- Non scollegare il circuito del ventilatore quando si inizia la RCP;
- Aumentare la FiO₂ a 1,0 e impostare il ventilatore in modo che eroghi 10 respiri al minuto;
- Controllare rapidamente il ventilatore e il circuito per assicurarsi che non abbiano contribuito all'arresto cardiaco, ad es. filtro ostruito, accumulo di respiro con alta PEEP automatica o guasto meccanico;
- Seguire le linee guida locali in merito alla disconnessione del ventilatore per ridurre al minimo la generazione di aerosol, ad es. serrare il tubo prima della disconnessione, utilizzare filtri virali ecc.

I pazienti con COVID-19 vengono spesso posti in posizione prona per migliorare l'ossigenazione. Tuttavia, in alcuni casi anche pazienti svegli e non intubati possono essere assistiti in posizione prona. Nel caso di arresto cardiaco nel paziente non intubato e prono, dopo aver indossato i corretti DPI, si deve girare immediatamente il paziente in posizione supina prima di iniziare le compressioni toraciche. Nel caso di arresto cardiaco in un paziente intubato e prono, è possibile eseguire le compressioni toraciche comprimendo la schiena del paziente. Questa tecnica può fornire una certa perfusione degli organi vitali mentre l'equipe si prepara a girare il paziente in posizione supina.