

Gestione dei pazienti con infezione respiratoria da sospetto SARS-CoV-2 e dei casi COVID-19 paucisintomatici nelle Strutture Socio-Assistenziali

Definizioni e Acronimi

BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure (Ventilazione meccanica a pressione positiva continua)
ECG	Elettrocardiogramma
EPAP	Expiratory Positive Airway Pressure (Livello di pressione espiratoria)
FC	Frequenza Cardiaca
FR	Frequenza Respiratoria
IPAP	Inspiratory Positive Airway Pressure (Livello di pressione inspiratoria)
NIV	Non Invasive Ventilation (Ventilazione non invasiva)
PEEP	Positive End-Expiratory Pressure (Pressione positiva di fine espirazione)
SPO ₂	Saturazione di ossigeno nel sangue
Supporto inspiratorio	Aumento di pressione nella fase inspiratoria (IPAP-EPAP)
Ventilazione pressometrica	Pressione positiva erogata dal ventilatore, impostata dal medico prescrittore

L'infezione respiratoria acuta da **SARS-CoV-2**, in soggetti anziani, fragili e con comorbidità richiede nella maggior parte dei casi una terapia di supporto respiratorio.

Il quadro più grave della malattia porta ad una insufficienza respiratoria ipossiémica ipercapnica che necessita di trattamento in ambiente ospedaliero/terapia intensiva.

I pazienti con una infezione non complicata possono presentare sintomi tra il 2° e il 14° giorno dopo l'esposizione al SARS-CoV-2, come febbre, tosse, dispnea, mialgia e malessere; meno frequentemente mal di gola, rinorrea, mal di testa, ageusia e anosmia.

All'interno di ogni Struttura Socio-Assistenziale DEVE ESSERE INDIVIDUATA UN'AREA DEDICATA ai pazienti COVID-19 + trattabili in ambiente non ospedaliero.

I **pazienti** devono essere presi in carico da un'équipe dedicata composta da un medico generalista MMG/geriatra-internista, coadiuvato da uno specialista pneumologo o anestesista rianimatore con esperienza in ventilazione non invasiva, e da infermieri adeguatamente formati.

L'Area individuata deve:

- essere costituita da una o più stanze singole, o al massimo a due letti, con bagno dedicato
- avere un accesso separato per il personale
- avere un percorso ben identificato e separato sporco-pulito
- essere dotata della seguente strumentazione:
 - pulsossimetri in numero adeguato alla presenza di ospiti COVID + non ospedalizzati
 - interfacce monouso per O₂ terapia: cannule nasali, maschere facciali, maschere con reservoir
 - monitor multiparametrico per FC (frequenza cardiaca), NBP (pressione arteriosa non invasiva), FR (frequenza respiratoria)
 - flussimetri.

SOLO nelle strutture dove le condizioni organizzative consentono di garantire l'accesso di un medico internista-geriatra/pneumologo/anestesista-rianimatore e infermiere formato (con competenze di area critica) possono essere utilizzati caschi per la pressione positiva continua delle vie aeree (CPAP) e respiratori per la ventilazione non invasiva (NIV). I Direttori delle ASSL e i Direttori dei Distretti di riferimento valuteranno l'applicabilità delle indicazioni suddette nelle strutture del proprio territorio.

Per i casi non complicati è sufficiente monitoraggio con pulsossimetro e rilevazione pressione arteriosa con sfigmomanometro automatico.

È necessario il monitoraggio stretto dei parametri vitali per individuare rapidamente un deterioramento delle condizioni cliniche che richiedono un trattamento in ambiente ospedaliero in quanto possono evolvere verso quadri settici o di ARDS.

Trattamento dell'insufficienza respiratoria con lieve/moderata ipossiemia

Per tutti i pazienti che manifestano sintomi respiratori si deve:

- comunicare al paziente le procedure alle quali verrà sottoposto e informarlo sulle misure precauzionali da adottare;
- valutare le eventuali comorbidità;
- iniziare la somministrazione di Ossigeno 5l/min, utilizzando materiale monouso, e modificare eventualmente il flusso in modo da ottenere una saturazione ideale di O₂ di 92-96% (tra 90-92% nei soggetti con BPCO)
- utilizzare il pulsossimetro per monitorare la SPO₂;
- somministrare terapia antibiotica empirica per le altamente possibili sovrapposizioni batteriche;
- monitorare strettamente i parametri vitali del paziente per identificare precocemente un deterioramento delle condizioni cliniche;
- non utilizzare dispositivi aerosol;
- prestare attenzione perché anche i dispositivi di somministrazione di O₂ possono causare droplets;
- utilizzare l'ossigeno nasale ad alti flussi (HFNO) come scelta del massimale terapeutico;
- garantire un accesso venoso adeguato per la somministrazione di fluidi.

Nelle strutture

Se dopo 2 ore il target non è raggiunto valutare la possibilità di ventilare con pressione positiva continua delle vie aeree (CPAP) senza umidificazione con il **CASCO**, impostando il valore di CPAP tra 10 e 12 cm di H₂O in base alle esigenze e alla tolleranza del paziente (le pressioni possono essere incrementate fino a 15-20 cm di H₂O).


Durante la ventilazione con CPAP con casco il monitoraggio di ECG, SPO₂, NBP (Pressione arteriosa non invasiva), Frequenza Respiratoria (FR < a 30 atti/min) deve essere continuo e bisogna prestare **attenzione perché i pazienti inizialmente stabili possono deteriorarsi rapidamente.**

Se **dopo 1-2 ore non è stato raggiunto il target** e vi è un incremento della FR:

nelle strutture dove è possibile l'intervento di un medico specialista rianimatore o pneumologo

- considerare l'utilizzo della CPAP con maschera (seconda scelta) oppure
- come terza alternativa considerare la NIV con maschera facciale/oronasale, se il paziente è stabile dal punto di vista cardiovascolare.

Per la NIV utilizzare filtri non rebreathing e prestare molta attenzione alla tenuta delle maschere.

 <p>ATSSardegna Azienda Tutela Salute</p> <p>SC Qualità, Appropriatelyzza, Clinical Governance e Risk Management</p>	<p>GESTIONE DEI CASI CON INFEZIONE RESPIRATORIA DA SOSPETTO SARS-CoV-2 E DEI CASI COVID-19 PAUCISINTOMATICI NELLE STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI</p>	<p>Edizione 23.03.2020</p> <p>Pagina 4 di 4</p>
--	--	---

Utile il posizionamento del SNG per permettere la rimozione di aria dallo stomaco.

Impostazione del ventilatore per la NIV

Il ventilatore deve essere impostato con **ventilazione presso metrica** (onda di flusso decrescente), con **supporto inspiratorio** elevato (il supporto inspiratorio è la pressione di supporto ossia la differenza tra IPAP ed EPAP).

Si deve iniziare la ventilazione con:

- un valore di supporto inspiratorio pari a 5 cm di H₂O e di deve raggiungere rapidamente, per incrementi successivi, il massimo di pressione che il paziente tollera o che ritiene confortevole, per **ottenere una FR <25 atti/min**
- una bassa pressione positiva di fine espirazione (**PEEP**) **3-5 cm di H₂O**.

Questa modalità di ventilazione è molto importante perché consente al paziente di ridurre notevolmente lo sforzo respiratorio e migliorare la dispnea.

Non si devono raggiungere valori di volume inspiratorio superiori a 6-8 ml/Kg x Kg di peso ideale.

La NIV DEVE ESSERE UTILIZZATA A CICLI DI 8 ORE CON 2 ORE DI STOP (se possibile).

Monitoraggio

Il ventilatore è impostato dal medico specialista rianimatore o pneumologo che valuta il comfort del paziente, lo stato di coscienza, l'eventuale utilizzo della muscolatura accessoria, la FR e la FC; i pazienti dovrebbero essere ventilati il più possibile durante le successive 24 ore fino a miglioramento.

Eeguire il monitoraggio dei parametri vitali per individuare rapidamente un deterioramento delle condizioni cliniche verso quadri settici o di ARDS che rendono necessario un trattamento più invasivo e il conseguente trasferimento in ambito ospedaliero - Terapia Intensiva.