

IRC 2021

CONGRESSO
NAZIONALE

16•17•18 DICEMBRE

NUOVE LINEE GUIDA 2021:
RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE
POST-LOCKDOWN



Italian
Resuscitation
Council



GESTIONE VIE AEREE E VENTILAZIONE

GABRIELLA ARLOTTA

Cardioanestesia e Terapia Intensiva Cardiochirurgica
Fondazione Policlinico Universitario A.Gemelli IRCCS, Roma

GESTIONE VIE AEREE E VENTILAZIONE

LINE GUIDA 2021

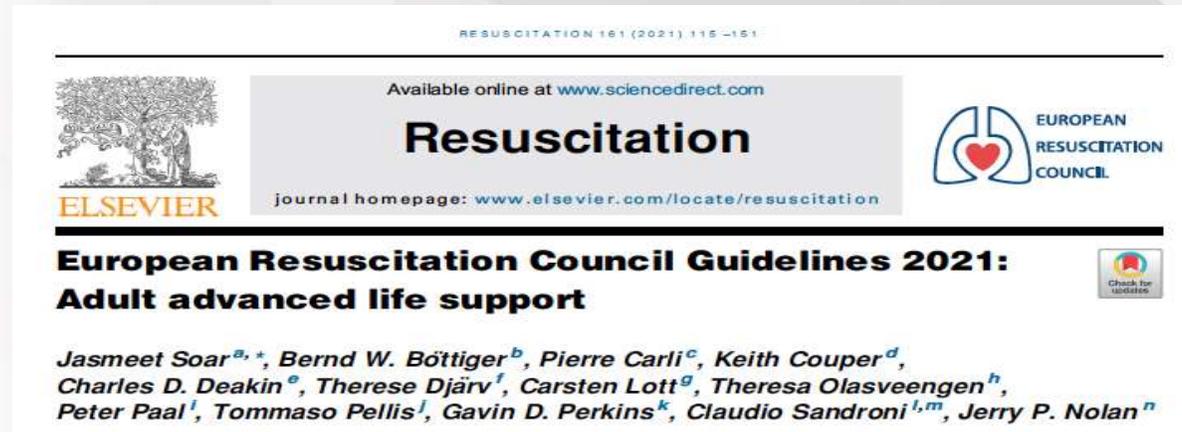
- GESTIONE DELLE VIE AEREE
- OSSIGENO DURANTE RCP
- VENTILAZIONE
- SCELTA DEL PRESIDIO PER LA VENTILAZIONE
- CONFERMA DEL CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL TUBO ENDOTRACHEALE

GESTIONE VIE AEREE E VENTILAZIONE

LINEE GUIDA 2015



GESTIONE DELLE VIE AEREE



- IPERESTENSIONE DEL CAPO, SOLLEVAMENTO DEL MENTO, SUBLUSSAZIONE DELLA MANDIBOLA
- CANNULE OROFARINGEE E NASOFARINGEE (UTILI NELLE RIANIMAZIONI PROLUNGATE)

OSSIGENO DURANTE RCP

DURANTE L'ARRESTO CARDIACO IL FLUSSO DI SANGUE OSSIGENATO CHE RAGGIUNGE IL CERVELLO E' RIDOTTO



DURANTE RCP SOMMINISTRARE LA MASSIMA CONCENTRAZIONE POSSIBILE DI OSSIGENO

DOPO IL ROSC TITOLARE O₂ PER OTTENERE SPO₂ 94-98%

VENTILAZIONE

- INIZIARE LA VENTILAZIONE IL PRIMA POSSIBILE SE VENTILAZIONE ASSENTE
- DURATA 1 SEC
- VOLUME TALE DA OTTENERE UNA NORMALE ESCURSIONE TORACICA
- SE PRESIDIO SOVRAGLOTTICO O TET FREQUENZA 10/MIN
- VENTILAZIONI ASINCRONE CON MCE SE NON PERDITE ELEVATE O RISCHIO AEROSOL
INSARS-COV2

SCelta DEL PRESIDIO PER LA VENTILAZIONE

JAMA | **Original Investigation**

Effect of Bag-Mask Ventilation vs Endotracheal Intubation During Cardiopulmonary Resuscitation on Neurological Outcome After Out-of-Hospital Cardiorespiratory Arrest A Randomized Clinical Trial

Patricia Jabre, MD, PhD; Andrea Penaloza, MD, PhD; David Pinero, MD; Francois-Xavier Duchateau, MD; Stephen W. Borron, MD, MS; Francois Javaudin, MD; Olivier Richard, MD; Diane de Longueville, MD; Guillem Bouilleau, MD; Marie-Laure Devaud, MD; Matthieu Heidet, MD, MPH; Caroline Lejeune, MD; Sophie Fauroux, MD; Jean-Luc Greingor, MD; Alessandro Manara, MD; Jean-Christophe Hubert, MD; Bertrand Guihard, MD; Olivier Vermeylen, MD; Pascale Lievens, MD; Yannick Auffret, MD; Celine Maisondieu, MD; Stephanie Huet, MD; Benoit Claessens, MD; Frederic Lapostolle, MD, PhD; Nicolas Javaud, MD, PhD; Paul-Georges Reuter, MD, MS; Elinor Baker, MD; Eric Vicaut, MD, PhD; Frédéric Adnet, MD, PhD

JAMA 2018 Feb 27;319(8):779-787.

MASCHERA E PALLONE VS TET

- **Popolazione:** adulti vittime di arresto cardiaco extraospedaliero non traumatico
- **Interventi a confronto:** Ventilazione con pallone e maschera vs Intubazione endotracheale.
Effettuati dal Servizio di Emergenza Medica (paramedici con medico) in Francia e Belgio
- **Outcomes:**
 - primario: sopravvivenza a 28 giorni con funzione neurologica favorevole (CPCs ≤ 2);
 - secondari: sopravvivenza a 28 giorni, sopravvivenza al ricovero, frequenza di ROSC, difficoltà o fallimento nell'intubazione o nell'uso di pallone e maschera
- **Studio:** randomizzato multicentrico per gruppi paralleli
- **Tempo:** 2015-2017

Risultati

- 2043 pazienti

Outcome	No. of Patients (%)		Proportion Difference, BMV(%) – ETI(%) (95% CI)	P Value ^a
	BMV Group	ETI Group		
Intention-to-Treat Population	n = 1018	n = 1022		
Survival at 28 d	55 (5.4)	54 (5.3)	0.1 (-1.8 to 2.1)	.90
CPCs ^b				
1, Good cerebral performance	35 (3.4)	37 (3.6)		
2, Moderate cerebral disability	9 (0.9)	6 (0.6)		
3, Severe cerebral disability	4 (0.4)	7 (0.7)		.68
4, Coma or vegetative state	7 (0.7)	4 (0.4)		
5, Death	963 (94.6)	968 (94.7)		
Survival to hospital admission	294 (28.9)	333 (32.6)	-3.7 (-7.7 to 0.3)	.07
Return of spontaneous circulation	348 (34.2)	397 (38.9)	-4.7 (-8.8 to -0.5)	.03
Per-Protocol Analysis	n = 995	n = 943		
Survival at 28 d	54 (5.4)	51 (5.4)	0.1 (-10 to 9.7)	.99
CPCs ^b				
1, Good cerebral performance	35 (3.5)	34 (3.5)		
2, Moderate cerebral disability	8 (0.8)	6 (0.6)		
3, Severe cerebral disability	4 (0.4)	7 (0.7)		.76
4, Coma or vegetative state	7 (0.7)	4 (0.4)		
5, Death	941 (94.6)	892 (94.6)		
Survival to hospital admission	289 (29.1)	312 (33.1)	-4.0 (-7.6 to 0.6)	.055
Return of spontaneous circulation	342 (34.4)	377 (30.0)	-5.6 (-9.9 to -1.3)	.01

Eventi Avversi

Safety Population	BMV Group	ETI Group	Absolute Difference, BMV(%) - ETI(%) (95% CI)	P Value ^a
BMV or ETI Difficulty				
BMV VAS, median (IQR), mm ^b	20 (5-55)	NA	NA	NA
Intubation Difficulty Scale score, median (IQR)	NA	1 (0-4)	NA	NA
Rate of airway management difficulty, No./total No. (%) ^c	186/1027 (18.1)	134/996 (13.4)	4.7 (1.5-7.9)	.004
BMV or ETI failure, No./total No. (%)	69/1028 (6.7)	21/996 (2.1)	4.6 (2.8-6.4)	<.001
BMV or ETI Complications, No. (%)	n = 1027	n = 999		
Regurgitation of gastric content	156 (15.2)	75 (7.5)	7.7 (4.9-10.4)	<.001
Mainstem intubation ^d	NA	20 (2.0)	NA	NA
Recognized esophageal intubation ^e	NA	102 (10.2)	NA	NA
Dental injury	NA	7 (0.7)	NA	NA
Extubation	NA	5 (0.5)	NA	NA

SCelta DEL PRESIDIO PER LA VENTILAZIONE

JAMA | **Original Investigation**

Effect of a Strategy of a Supraglottic Airway Device vs Tracheal Intubation During Out-of-Hospital Cardiac Arrest on Functional Outcome The AIRWAYS-2 Randomized Clinical Trial

Jonathan R. Benger, MD; Kim Kirby, MRes; Sarah Black, DClinRes; Stephen J. Brett, MD; Madeleine Clout, BSc; Michelle J. Lazaroo, MSc; Jerry P. Nolan, MBChB; Barnaby C. Reeves, DPhil; Maria Robinson, MSt; Lauren J. Scott, MSc; Helena Smartt, PhD; Adrian South, BSc (Hons); Elizabeth A. Stokes, DPhil; Jodi Taylor, PhD; Matthew Thomas, MBChB; Sarah Voss, PhD; Sarah Wordsworth, PhD; Chris A. Rogers, PhD

JAMA 2018 Aug 28;320(8):779-791

IGEL VS TET

- **Popolazione:** adulti vittime di arresto cardiaco extraospedaliero non traumatico
- **Interventi a confronto:** Ventilazione con I-gel o Intubazione endotracheale da parte di paramedici in Inghilterra
- **Outcomes:**
 - primario: Rankin Scale Score alla dimissione o a 30 giorni;
 - secondari: successo nella ventilazione, rigurgito o aspirazione, frequenza di ROSC, sposizionamento accidentale del presidio, sequenza degli interventi, presidio posizionato al ROSC, chest compression fraction
- **Studio:** randomizzato multicentrico
- **Tempo:** giugno 2015- agosto 2017



Risultati

- 9296 pazienti

Table 2. Primary Outcome, Survival Status, and Main Secondary Outcomes

	No. of Patients/Total No. (%) ^a		Adjusted Estimate (95% CI) ^b	P Value ^c	ICC	Adjusted Risk Difference Estimate (95% CI), % ^b	P Value ^c
	Tracheal Intubation (n = 4410)	Supraglottic Airway Device (n = 4886)					
Primary Outcome: Modified Rankin Scale Score at Hospital Discharge or 30 d							
0-3 range (good outcome)	300/4407 (6.8)	311/4882 (6.4)	OR, 0.92 (0.77 to 1.09)	.33	0.05	-0.6 (-1.6 to 0.4)	.24
0 (no symptoms)	124/4407 (2.8)	117/4882 (2.4)					
1	48/4407 (1.1)	41/4882 (0.8)					
2	50/4407 (1.1)	58/4882 (1.2)					
3	78/4407 (1.8)	95/4882 (1.9)					
4-6 range (poor outcome to death)	4107/4407 (93.2)	4571/4882 (93.6)					
4	46/4407 (1.0)	45/4882 (0.9)					
5	27/4407 (0.6)	39/4882 (0.8)					
6 (died)	4034/4407 (91.5)	4487/4882 (91.9)					
Secondary Outcomes							
Survival status							
Died at scene	2488/4407 (56.5)	2623/4882 (53.7)					
Died prior to ICU admission	1058/4407 (24.0)	1226/4882 (25.1)					
Died prior to ICU discharge	369/4407 (8.4)	503/4882 (10.3)					
Died prior to hospital discharge	120/4407 (2.7)	138/4882 (2.8)					
Survived to 30 d or hospital discharge	372/4407 (8.4)	392/4882 (8.0)					
Time to death							
No. of patients ^d	4400	4871					
Median (IQR), min	63 (41 to 216)	67 (41 to 267)	HR, 0.97 (0.93 to 1.02)	.22			
Time to death was 0-72 h							
No. of patients ^d	4400	4871					
Median (IQR), min	63 (41 to 205)	67 (41 to 246)	HR, 0.96 (0.92 to 1.00)	.07			
72-h Survival	575/4395 (13.1)	664/4872 (13.6)	OR, 1.04 (0.92 to 1.18)	.54	0.02	0.4 (-1.0 to 1.9)	.54
Initial ventilation success (≤2 attempts at advanced airway management)							
Tracheal intubation	3473/4397 (79.0)	4255/4868 (87.4)	OR, 1.92 (1.66 to 2.22)	<.001	0.12	8.3 (6.3 to 10.2)	<.001
Tracheal intubation	1891/2723 (69.4)	92/116 (79.3)					
Trial supraglottic airway device	542/617 (87.8)	3412/3994 (85.4)					
Other supraglottic airway device	55/72 (76.4)	29/36 (80.6)					
Any unintended loss of a previously established airway^e							
Tracheal intubation	153/3081 (5.0)	412/3900 (10.6)	OR, 2.29 (1.86 to 2.82)	<.001	0.07	5.9 (4.6 to 7.2)	<.001
Tracheal intubation	70/2149 (3.3)	33/570 (5.8)					
Trial supraglottic airway device	84/981 (8.6)	389/3455 (11.3)					
Other supraglottic airway device	5/171 (2.9)	3/33 (9.1)					

(continued)

Table 2. Primary Outcome, Survival Status, and Main Secondary Outcomes (continued)

	No. of Patients/Total No. (%) ^a		Adjusted Estimate (95% CI) ^b	P Value ^c	ICC	Adjusted Risk Difference Estimate (95% CI), % ^b	P Value ^c
	Tracheal Intubation (n = 4410)	Supraglottic Airway Device (n = 4886)					
Regurgitation at any time	1072/4372 (24.5)	1268/4865 (26.1)	OR, 1.08 (0.96 to 1.20)	.21	0.06	1.4 (-0.6 to 3.4)	.17
Aspiration at any time	647/4337 (14.9)	729/4824 (15.1)	OR, 1.01 (0.88 to 1.16)	.84	0.08	0.1 (-1.5 to 1.8)	.86
Initial attempt with supraglottic airway device or tracheal intubation							
Regurgitation before	923/4379 (21.1)	846/4869 (17.4)					
Aspiration before	589/4355 (13.5)	532/4840 (11.0)					
Regurgitation during or after	543/4361 (12.5)	875/4857 (18.0)					
Aspiration during or after	304/4344 (7.0)	473/4829 (9.8)					
Admitted to ED or hospital	1922/4410 (43.6)	2263/4886 (46.3)					
Return of spontaneous circulation at arrival to ED or hospital	1249/4404 (28.4)	1495/4880 (30.6)	OR, 1.12 (1.02 to 1.23)	.02	0.01	2.2 (0.3 to 4.2)	.03
Survived to ED discharge	861/1919 (44.9)	1033/2259 (45.7)					

SCelta DEL PRESIDIO PER LA VENTILAZIONE

JAMA | **Original Investigation**

Effect of a Strategy of Initial Laryngeal Tube Insertion vs Endotracheal Intubation on 72-Hour Survival in Adults With Out-of-Hospital Cardiac Arrest A Randomized Clinical Trial

Henry E. Wang, MD, MS; Robert H. Schmicker, MS; Mohamud R. Daya, MD, MS; Shannon W. Stephens, EMT-P; Ahamed H. Idris, MD; Justin N. Carlson, MD, MS; M. Riccardo Colella, DO, MPH; Heather Herren, MPH, RN; Matthew Hansen, MD, MCR; Neal J. Richmond, MD; Juan Carlos J. Puyana, BA; Tom P. Aufderheide, MD, MS; Randal E. Gray, MEd, NREMT-P; Pamela C. Gray, NREMT-P; Mike Verkest, AAS, EMT-P; Pamela C. Owens; Ashley M. Brienza, BS; Kenneth J. Sternig, MS-EHS, BSN, NRP; Susanne J. May, PhD; George R. Sopko, MD, MPH; Myron L. Weisfeldt, MD; Graham Nichol, MD, MPH

JAMA 2018 Aug 28;320(8):769-778

TUBO LARINGEO VS TET

- **Popolazione:** adulti vittime di arresto cardiaco extraospedaliero non traumatico
- **Interventi a confronto:** Ventilazione iniziale con Tubo Laringeo vs Tubo endotracheale da parte del Servizio di Emergenza Medica (paramedici) in USA
- **Outcomes:**
 - primario: sopravvivenza a 72 ore;
 - secondari: frequenza di ROSC, sopravvivenza alla dimissione, sposizionamento accidentale del presidio, condizione neurologica alla dimissione (Modified Rankin Scale), presidio posizionato al ROSC, chest compression fraction
- **Studio:** randomizzato multicentrico
- **Tempo:** dicembre 2015- novembre 2017



Risultati

- 3004 pazienti

Characteristic	No. (%)		Difference, % (95% CI) ^a	P Value
	Laryngeal Tube (n = 1505)	Endotracheal Intubation (n = 1499)		
Primary Outcome				
Survival to 72 h (intention-to-treat population)	275 (18.3)	230/1495 (15.4)	2.9 (0.2 to 5.6)	.04
Secondary Outcomes				
Return of spontaneous circulation on emergency department arrival	420 (27.9)	365 (24.3)	3.6 (0.3 to 6.8)	.03
Survival to hospital discharge	163/1504 (10.8)	121/1495 (8.1)	2.7 (0.6 to 4.8)	.01
Favorable neurologic status at discharge (Modified Rankin Scale score ≤3)	107/1500 (7.1)	75/1495 (5.0)	2.1 (0.3 to 3.8)	.02
Modified Rankin Scale score	n = 1500	n = 1495		
0-No symptoms	17 (1.1)	14 (0.9)		
1-No significant disability	32 (2.1)	29 (1.9)		
2-Slight disability	22 (1.5)	12 (0.8)		
3-Moderate disability	36 (2.4)	20 (1.3)		
4-Moderately severe disability	26 (1.7)	24 (1.6)		
5-Severe disability	26 (1.7)	22 (1.5)		
6-Dead	1341 (89.4)	1374 (91.9)		
Additional Analyses				
Per-protocol analysis-survival to 72 h	263/1437 (18.3)	209/1356 (15.4)	2.9 (0.1 to 5.7)	.045
Intention-to-treat post hoc adjusted analysis ^b			2.1 (-0.5 to 4.8)	.11
Per-protocol post hoc adjusted analysis ^b			2.3 (-0.4 to 5.1)	.09



Characteristic	Laryngeal Tube (n = 1505)	Endotracheal Intubation (n = 1499)	Difference, % (95% CI)	P Value
Out-of-Hospital Adverse Events				
Multiple (≥ 3) insertion attempts^b				
Initial airway	6/1353 (0.4)	18/1299 (1.4)	-0.9 (-1.7 to -0.2)	.01
Across all airways	61/1353 (4.5)	245/1299 (18.9)	-14.4 (-17.0 to -11.7)	<.001
Unsuccessful insertion^b				
First airway technique	159/1353 (11.8)	573/1299 (44.1)	-32.4 (-35.6 to -29.1)	<.001
All airway techniques	78/1353 (5.8)	111/1299 (8.5)	-2.8 (-4.8 to -0.8)	.01
Unrecognized airway misplacement or airway dislodgement	10/1353 (0.7)	24/1299 (1.8)	-1.1 (-2.0 to -0.3)	.01
Inadequate ventilation	25/1353 (1.8)	8/1299 (0.6)	1.2 (0.3 to 2.1)	.01
In-Hospital Adverse Events				
Pneumothorax (first chest x-ray) ^c	17/485 (3.5)	30/428 (7.0)	-3.6 (-6.5 to -0.7)	.02
Rib fractures (first chest x-ray) ^c	16/485 (3.3)	30/428 (7.0)	-3.8 (-6.9 to -0.7)	.01
Oropharyngeal or hypopharyngeal injury (first 24 h) ^d	1/460 (0.2)	1/400 (0.3)	0 (-0.7 to 0.6)	.92
Airway swelling or edema (first 24 h) ^d	5/460 (1.1)	4/400 (1.0)	0.1 (-1.3 to 1.4)	.90
Pneumonia or aspiration pneumonitis (first 72 h) ^d	120/460 (26.1)	89/400 (22.3)	3.7 (-2.1 to 9.6)	.21

SCELTA DEL PRESIDIO PER LA VENTILAZIONE

NEL PAZIENTE ADULTO IN ARRESTO CARDIACO UTILIZZARE **IN OGNI AMBITO VENTILAZIONE CON PALLONE E MASCHERA O ASSICURARE LE VIE AEREE CON PRESIDIO AVANZATO**

(Raccomandazione debole, livello di evidenza basso)

SE SI UTILIZZA UN PRESIDIO AVANZATO NELL'ARRESTO CARDIACO **EXTRAOSPEDALIERO** IN UN SETTING IN CUI LA **PERCENTUALE DI SUCCESSO DELL'INTUBAZIONE E' BASSA (<95%)** UTILIZZARE UN **PRESIDIO SOPRAGLOTTICO**

(Raccomandazione debole, livello di evidenza basso)

SE SI UTILIZZA UN PRESIDIO AVANZATO NELL'ARRESTO CARDIACO **EXTRAOSPEDALIERO** IN UN SETTING IN CUI LA **PERCENTUALE DI SUCCESSO DELL'INTUBAZIONE E' ALTA (>95%)** UTILIZZARE UN **PRESIDIO SOPRAGLOTTICO O INTUBAZIONE TR.**

(Raccomandazione debole, livello di evidenza molto basso)

NELL'ARRESTO CARDIACO **INTRAOSPEDALIERO** UTILIZZARE **PRESIDIO SOPRAGLOTTICO O INTUBAZIONE TR.**

(Raccomandazione debole, livello di evidenza molto basso)

SOMMINISTRAZIONE PASSIVA O₂

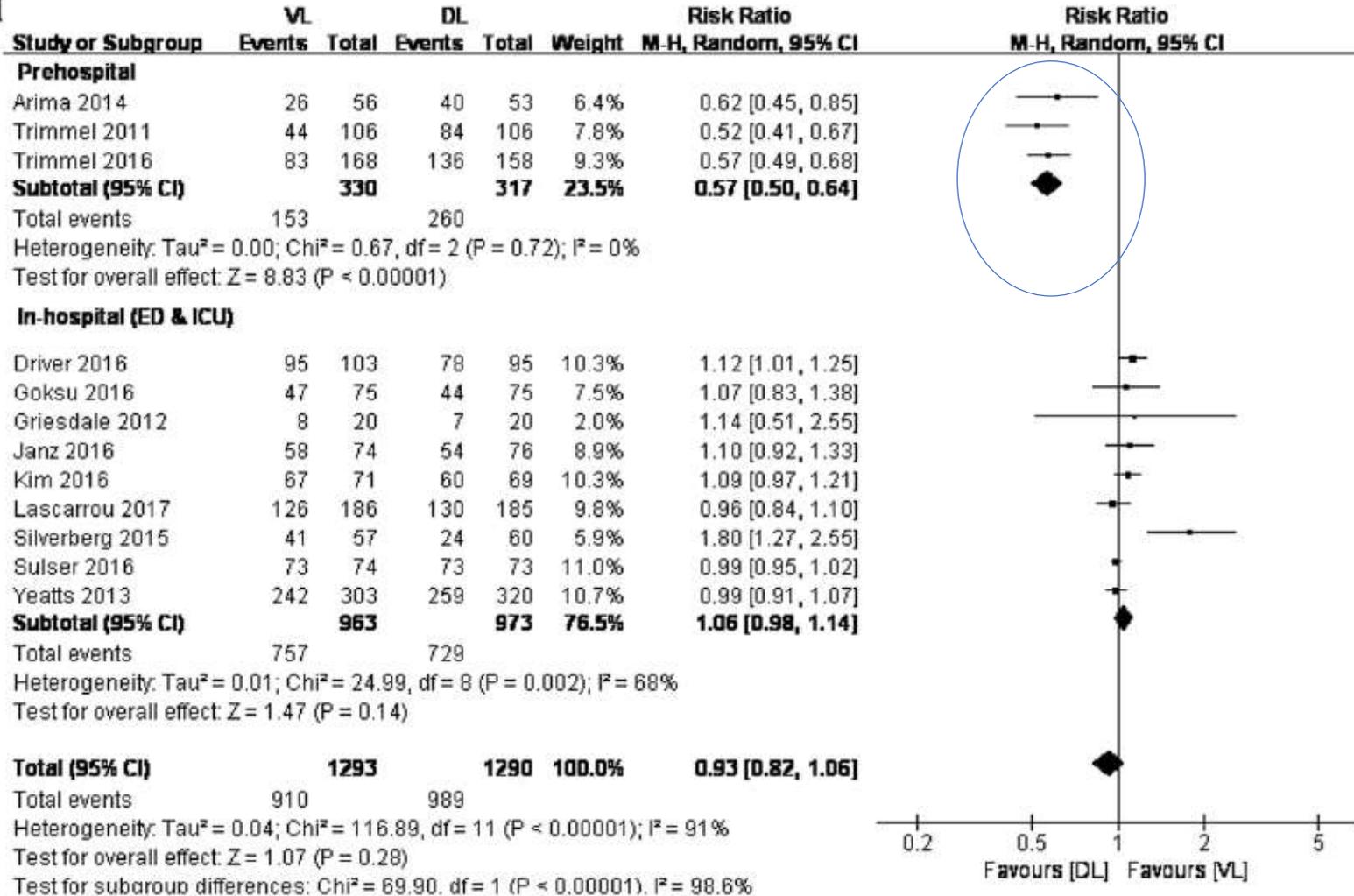
- IN PRESENZA DI UNA VIA AEREA PERVIA ANCHE LE SOLE COMPRESSIONI SONO IN GRADO DI GENERARE UN CERTO GRADO DI VENTILAZIONE POLMONARE
- TUBO DI BOUSSIGNAC O CANNULA OROFARINGEA E MASCHERA CON RESERVOIR
- NON EVIDENZE NON RACCOMANDATA DI ROUTINE DURANTE RCP



Rimini
IRC 2021
CONGRESSO NAZIONALE
16-17-18 DICEMBRE
NUOVE LINEE GUIDA 2021:
RISPOSTE CARDIOPOLMONE
POST-LOCKDOWN

VIDEOLARINGOSCOPIO

a



VIDEOLARINGOSCOPIO

- VARIABILITA' TRA SISTEMI DI VIDEOLARINGOSCOPIA
- MIGLIORE VISUALIZZAZIONE LARINGE NON COINCIDE CON SUCCESSO IN INTUBAZIONE IN OPERATORI ESPERTI
- SCELTA DEL SOCCORRITORE IN BASE A ESPERIENZA E PROTOCOLLI LOCALI

CONFERMA CORRETTO POSIZIONAMENTO TET

- OSSERVAZIONE ESPANSIONE
- AUSCULTAZIONE (PRESENZA DI MURMURE SULLA LINEA ASCELLARE BILATERALE E ASSENZA IN EPIGASTRIO)
- CONDENSA NEL TUBO

SENSIBILITA' 74-100% SPECIFICITA' 66-100%

CAPNOGRAFIA A FORMA D'ONDA

CONFERMA IL CORRETTO POSIZIONAMENTO LA PERSISTENZA DI ETCO2 DOPO 6 VENTILAZIONI

RIASSUMENDO

- MANTENERE PERVIETA' VIE AEREE
- O₂ 100% DURANTE RCP
- VENTILARE IN MODO EFFICACE IL PRIMA POSSIBILE IN ASINCRONO
- PRESIDIO PER LA VENTILAZIONE IN BASE AD ESPERIENZA SOCCORRITORE
- SE TET CONFERMARE POSIZIONE CON ETCO₂



Rimini
IRC 2021
CONGRESSO
NAZIONALE
16-17-18 DICEMBRE
NUOVE LINEE GUIDA 2021:
RISPOSTE E RESPONSABILITÀ
POST-LOCKDOWN

Italian Resuscitation Council

 **ircouncil.it**



Italian
Resuscitation
Council