

ALISA - Estratto della raccomandazione n.2

Indicazioni per la gestione domiciliare di pazienti con infezione da COVID-19

(la versione integrale del documento su www.omceoge.org)



Elisa Balletto

Revisore dei Conti OMCEOGE
Specialista in Malattie
Infettive

A partire da ottobre 2020 una seconda ondata di contagi da SARS-CoV-2 ha interessato il nostro paese. Alla data del 4 novembre l'infezione ha causato in Italia 790.000 casi e 39.764 decessi. Tali numeri hanno indubbiamente messo in difficoltà il sistema ospedaliero che ha dovuto far fronte ad un numero di accessi in pronto soccorso in repentino aumento. Tuttavia è da notare come buona parte degli accessi in Pronto Soccorso e dei ricoveri, circa il 15-20%, sono risultati inappropriati in quanto sarebbe stata possibile una gestione domiciliare.

Allo scopo di supportare il sistema di assistenza sanitaria territoriale dei pazienti affetti da CO-

VID-19, Alisa in collaborazione con la Clinica di Malattie Infettive del Policlinico San Martino diretta dal prof. Bassetti, FIMMG, il Gruppo di lavoro Operativo per il Coordinamento della Terapia Farmacologica COVID-19 (GOFT) ed il Gruppo di lavoro per protocollo criteri accessi ricoveri ospedalieri e dimissioni ha elaborato le *"Indicazioni per la gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2"*, rese ufficiali dalla data dell'11/11/2020. Il documento ha lo scopo di rendere omogeneo sul territorio regionale la gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2 contribuendo al perseguimento degli obiettivi di qualità e appropriatezza delle cure. Di seguito sono riassunti i contenuti del documento.

Per maggiori informazioni e per la bibliografia essenziale è possibile consultare la versione integrale del documento sul sito: www.omceoge.org

GESTIONE DEI CASI CONFERMATI DI INFEZIONE DA SARS-COV-2 IN BASE ALLA PRESENTAZIONE CLINICA

1. Casi asintomatici: riscontro di tampone positivo in assenza di sintomi

a. Nessuna terapia

2. Sintomi lievi: febbre non superiore a 38°C e/o lieve sintomatologia respiratoria e/o mialgie

a. Terapia sintomatica (es: paracetamolo, ibuprofene o acido acetilsalicilico in assenza di controindicazioni).

3. Sintomi moderati: febbre persistente > 38,5°C per 96 ore con tosse e dispnea da sforzo, ma saturazione dell'ossigeno (SpO₂) a riposo in aria ambiente ≥ 93% oppure ≥ 90% in pazienti con patologie polmonari croniche (es: BPCO).

a. Terapia sintomatica (es: paracetamolo, ibuprofene o acido acetilsalicilico in assenza di controindicazioni).

b. Eparina a basso peso molecolare è raccomandata a dose profilattica (es: enoxaparina 4000 UI/die), a meno che non siano presenti controindicazioni, nei pazienti che oltre all'infezione respiratoria acuta presentano una delle seguenti condizioni:

i. età > 60 anni

ii. ridotta mobilità

iii. presenza di altri fattori di rischio pro-trombotici (es: uso anticoncezionali orali)

Durata della terapia almeno 6-14 giorni in base all'evoluzione clinica.

c. Antibiotico terapia da valutare caso per caso in base all'impegno polmonare con amoxicillina/clavulanato 1 g ogni 8 ore + azitromicina 500 mg/die per 5 giorni oppure levofloxacina 750 mg/die (1 + ½ cp da 500 mg) oppure moxifloxacina 400 mg/die in monoterapia per 5 giorni

NB: la terapia antibiotica non va avviata all'esordio dei sintomi, ma solo in caso di sospetta sovrainfezione batterica

d. Terapia antinfiammatoria steroidea indicata solamente dopo 5-7 giorni dall'esordio dei sintomi con desametasone 6 mg/die oppure metilprednisolone 32 mg/die oppure prednisone 40 mg/die.

NB: le evidenze scientifiche disponibili non dimostrano beneficio della terapia steroidea sulla sopravvivenza nei pazienti che non necessitano di ossigenoterapia. Pertanto evitare la somministrazione nei pazienti che non presentano segni di compromissione respiratoria.

Durata della terapia: 5-10 giorni in base all'evoluzione clinica.

4. Pazienti da sottoporre a valutazione per eventuale ospedalizzazione:

- SpO₂ < 93% in aria ambiente a riposo (< 90% in pazienti con patologie polmonari croniche)
- FR > 24 atti/min in aria ambiente a riposo
- SpO₂ < 90% in aria ambiente dopo walking test (10)
- Dispnea a riposo e /o per sforzi lievi (es: eloquio)
- Ipotensione (PAS < 90 mmHg)
- Alterazione dello stato di coscienza

In tali pazienti, in attesa di valutazione, è utile l'avvio di terapia come al punto 3. Inoltre, se possibile avviare ossigenoterapia al domicilio con cannule nasali da 1 a 4 litri/min allo scopo di mantenere SpO₂ > 93% oppure > 90% nei pazienti con patologia polmonare cronica. In tali pazienti, previa deroga da parte delle autorità preposte e quando le condizioni cliniche del paziente lo consentano, verrà considerata l'attivazione di ospedalizzazione domiciliare per la somministrazione di remdesivir al domicilio.

CRITERI DI OSPEDALIZZAZIONE

- a. Presenza di ipossiemia moderata (PaO₂ <60 mmHg in aria ambiente o SpO₂< 90% in aria ambiente)
- b. Dispnea a riposo o dispnea per sforzi lievi (es. difficoltà nell'eloquio).
- c. Riduzione della SpO₂ al di sotto del 90% in aria ambiente durante il test del cammino
- d. Alterazioni del sensorio (es. confusione, cambio nel comportamento) e/o altri segni o sintomi di ipoperfusione e/o ipossia (es. ipotensione, anuria, cianosi, sindrome coronarica acuta).
- e. Pneumonia Severity index (PSI) classe IV o classe V, VEDI TABELLA.

NB: nonostante questa scala di stratificazione del rischio abbia una buona correlazione con la mortalità, va comunque notato che non è stata progettata per valutare la decisione di ricovero ospedaliero e dovrebbe quindi essere utilizzata come strumento complementare alla valutazione clinica del paziente.

PAZIENTI DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE PER EVENTUALE DIMISSIONE

1. Pazienti dimessi al domicilio con tampone negativo (1 singolo tampone) o trascorsi 21 giorni dalla comparsa dei sintomi

- Apiressia da almeno 48 ore
- Saturazione \geq 94% (oppure \geq 90% nei pazienti con patologia polmonare cronica) da almeno 48 ore oppure P/F > 300 da almeno 48 ore
- Atti respiratori \leq 22/minuto a riposo
- Non in ossigenoterapia
- Emodinamicamente stabile
- Autosufficiente nelle attività della vita quotidiana

2. Pazienti dimessi al domicilio con tampone positivo

- Apiressia da almeno 48 ore
- Saturazione \geq 94% (oppure \geq 90% nei pazienti con patologia polmonare cronica) da almeno 48 ore oppure P/F > 300 da almeno 48 ore

- Atti respiratori \leq 22/minuto a riposo
- Non in ossigenoterapia
- Emodinamicamente stabile
- Autosufficiente nelle attività della vita quotidiana

+

- Possibilità di isolamento domiciliare (abitazione con camera da letto e servizi igienici dedicati per il paziente e separati da quelli utilizzati dagli altri membri della famiglia); tale indicazione decade nel caso in cui tutti i conviventi siano positivi o abbiano superato recentemente l'infezione.
- In caso di impossibilità ad effettuare isolamento domiciliare invio in struttura recettiva territoriale di accoglienza per pazienti autosufficienti secondo i percorsi individuati a livello regionale (RSA, strutture gestite dalla protezione civile o similari).

ULTERIORI INDICAZIONI

- In tutti i casi di infezione da SARS-CoV-2 sospetta o accertata il paziente deve rispettare il regime di isolamento domiciliare (mantenere mascherina chirurgica, consumare i pasti separatamente, se possibile utilizzare camera da letto e servizi igienici differenti dal resto della famiglia, limitare la permanenza ad una singola stanza della casa senza contaminare altri luoghi).
- I pazienti gestiti al domicilio devono essere informati sui sintomi di aggravamento da riferire tempestivamente al Medico curante (es: dispnea ingravescente, SpO₂ < 93% in aria ambiente, cefalea persistente, dolore toracico, confusione, vomito o diarrea incoercibili)
- Monitorare strettamente (es: contatto telefonico 1 volta al giorno) i pazienti con sintomi moderati e/o fattori di rischio per progressione a malattia grave
- Non sono raccomandati per il trattamento di COVID-19, secondo le più recenti evidenze scientifiche, i seguenti trattamenti al di fuori di trial clinici controllati:
 - Cloroquina/idrossicloroquina
 - Cloroquina/idrossicloroquina + azitromicina
 - Lopinavir/ritonavir
 - Darunavir/ritonavir
 - Tocilizumab
 - Azitromicina, al di fuori del trattamento di eventuali sovrapposizioni batteriche
- Non vi è alcuna evidenza a supporto dell'interruzione degli ACE-inibitori e dei sartani, che possono quindi essere continuare ad essere utilizzati nei pazienti con COVID-19.

PROGETTO GESTIONE E MONITORAGGIO DOMICILIARE PAZIENTE COVID-19 POSITIVO

Il progetto sperimentale ha lo scopo di assicurare un'efficace e precoce presa in carico dei pazienti al domicilio in modo congiunto da parte di Medici di Medicina Generale ed Infettivologi ed assicurare un elevato standard di cura domiciliare. Nella fase pilota Regione Liguria mette a disposizione dei MMG della ASL3, sulla piattaforma Poliss, un apposito modulo dedicato all'inquadramento ed al monitoraggio del paziente COVID-19 al domicilio.

Le informazioni inserite sono visibili anche alla Clinica Malattie Infettive, inizialmente, del Policlinico San Martino (Prof. Matteo Bassetti) per le opportune valutazioni e la condivisione del percorso terapeutico del paziente segnalato. Verrà inoltre condivisa fra MMG, infettivologo e paziente una linea di comunicazione diretta di tipo Telemedicina.

PNEUMONIA SEVERITY INDEX (PSI)

Fattori demografici	
Età	
Uomini	Età (anni)
Donne	Età (anni) - 10
Vivere in una residenza sanitaria assistita	+10
Malattia coesistente	
Neoplasia	+30
Malattia epatica	+20
Insufficienza cardiaca	+10
Malattia cerebrovascolare	+10
Insufficienza renale cronica	+10
Esame obiettivo	
Alterazione del livello di coscienza	+20
Frequenza respiratoria > 30 bpm	+20
Pressione sistolica < 90 mmHg	+20
Temperatura < 35° C o > 40°C	+15
Frequenza cardiaca > 125 bpm	+10
Dati di laboratorio o radiologici	
PH arterioso < 7,35	+30
Urea > 50 mg/dl	+20
Na < 130 mg/dl	+20
Glicemia > 250 mg/dl	+10
Ematocrito < 30%	+10
pO ₂ < 60 o saturazione < 90%	+10
Versamento pleurico	+10

Mortalità in funzione della classe di appartenenza (3):	
Classe I:	<70 punti (mortalità stimata: 0,1%) - Trattamento domiciliare
Classe II:	70 punti (mortalità stimata: 2,0%) - Trattamento domiciliare
Classe III:	71-90 punti (mortalità stimata: 4,4%) - Trattamento domiciliare; nei casi clinicamente dubbi considerare un rapporto Neutrofili assoluti/linfociti assoluti > 2.8 o valori di proteina C-reattiva >26 mg/L come elementi prognostici negativi che possano suggerire la necessità di un periodo di osservazione in PS di 48/72h (4)
Classe IV:	91-130 punti (mortalità stimata: 28,0%) - <u>Ricovero ospedaliero</u>
Classe V:	>130 punti (mortalità stimata: 65,5%) - <u>Ricovero ospedaliero</u>