



Clinics Pilelettie Infettive
Prof. G. Angarano



Gestione terapeutica domiciliare del paziente con COVID-19

DICASO

Per caso sospetto si intende un caso che presenta **criteri clinici compatibili** (un criterio maggiore e/o due minori) **con COVID-19 e/o** abbia avuto **un contatto probabile o confermato con un caso certo** oppure **un caso con imaging del torace suggestivo per COVID-19.**

CRITERI MAGGIORI

- Temperatura >37,5 °C
- Tosse
- Anosmia/ageusia

CRITERI MINORI

- Congiuntivite bilaterale
- Astenia severa (rara nei bambini)
- Cefalea
- Rinorrea
- Disturbi gastrointestinali
- Dolori osteomuscolari diffusi
- Faringod ma

Caso con tampone molecolare nasale o nasofaringeo positivo alla ricerca di Sars-Cov2, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.



II medico di medicina generale, in collaborazione con il personale delle USCA, ha un ruolo fondamentale nella gestione domiciliare dei casi lievi-moderati, facendo attenzione ai fattori (comorbidità) che rendono il paziente più a rischio di deterioramento.

Per caso lieve si intende la presenza dei sintomi sopracitati, **in assenza di dispnea, disidratazione, alterazioni dello stato di coscienza**. Attenzione ai soggetti anziani e i pazienti immunodepressi, che possono presentare sintomi atipici. Inoltre, i soggetti ad alto rischio di progressione, necessitano di una valutazione specifica per i rispettivi fattori di rischio individuale.



		GESTIONE TERAPEUTICA				
	TIPOLOGIA DI PAZIENTE	SEGNI/SINTOMI	GESTIONE	TERAPIA FARMACOLOGICA	NOTE	
CASO SOSPETTO	PAZIENTE CON SINTOMI LIEVI DI QUALSIASIETA ' CON O SENZA fattori di rischio.	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura > 37,5°C • Tosse • Sintomi da raffreddamento • e noie • eupnoico • (SpO2 > 92%). WT negativo P.A. • e F.C. normali • non alterazioni dello stato di coscienza • 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorveglianza sanitaria e contatto con il MMG (telefonico o telemedicina) • Controllo temperatura corporea e atti respiratori 2 volte al giorno • Controllo SpO2 e walking test (se possibile) • Controllo PA e FC 	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamolo sino a 1g x 3/die. • Idratazione e cura dell'alimentazione • Sedativi della tosse periferici (levodropropizina) e centrali (cloperastina, diidrocodeina ecc) 	Se sono necessari FANS, usarli alla minima dose efficace	



CASO CONFERMATO	FORMA MODERATA, DI MEDIA GRAVITA' (PAZIENTE CON SINTOMI COMPATIBILI CON BRONCOPOLMONITE INTERSTIZIALE SENZA COMORBIDITA')	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura > 37,5 °C da più di 2 ore • Anosmia / ageusia • SpO2 < 92% in a. a. • P.A. e F.C. normali Non alterazioni dello stato di coscienza 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorveglianza sanitaria e contatto con il MMG (telefonico o telemedicina) • Controllo temperatura corporea e atti respiratori 2 volte al dì • Controllo SpO2 e walking test (se possibile) • Controllo PA e FC 	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamolo sino a 1g x 3/die. • Idratazione e cura dell'alimentazione • Sedativi della tosse periferici (levodropropizina) e/o centrali (cloperastina, diidrocodeina ecc) • Terapia antibiotica* Si può considerare Amox/clav 1 gr x 3 per 7 gg oppure ceftriaxone 2 gr/die per] BB +/- Azitromicina 500 mg/die per 5 giorni Levofloxacina 750 mg/die per] giorni Trimetoprim/sulfametossazolo 160/800 mg, 1 cpr 2 volte al dì per 5 gg (in caso di controindicazioni ad azitromicina ed allergia alle cefalosporine) • Cortisonici Desametasone 6mg per massimo 10 gg Oppure metilprednisolone 32 mg Oppure prednisone 40 mg Oppure idrocortisone 160mg • Enoxaparina 4000 UI-die. L'uso delle eparine nella profilassi degli eventi trombo-embolici nel paziente medico con infezione respiratoria e ridotta mobilità, è raccomandato dalle principali linee guida e deve continuare per l'intero periodo dell'immobilità. 	<p>Se sono necessari FANS, usarli alla minima dose efficace (es ibuprofene 400 1 cp ogni 8 ore per 2 giorni, poi 1 cp ogni 12 ore)</p> <p>La terapia antibiotica per sospetta sovrainfezione batterica va valutata e scelta sulla base del quadro clinico. Non 6 raccomandata nelle prime 48-72 ore</p> <p>La terapia cortisonica non viene iniziata prima delle 72 ore e solo nei pazienti che presentano un peggioramento dei Valori di saturazione e necessitano di terapia. Con O2</p> <p>Se già in terapia anticoagulante, non modificare. Prestare cautela nell'uso di farmaci antiaggreganti.</p>	ATTIVARE USCA						
	SE PAZIENTE CON COMORBIDITA', CONSIDERARE L'ALTO RISCHIO DI PROGRESSIONE DI MALATTIA E CONSEGUENTE NECESSITA' DI OSPEDALIZZAZIONE											

*Gli antibiotici indicati in tabella, sono esemplificativi e rispecchiano una scelta terapeutica attuabile in caso di sospetta sovrainfezione batterica polmonare o di accertata broncopolmonite (ecografia e/o TC).

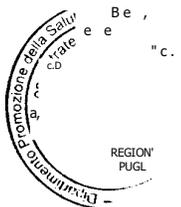
<p>IDENTIFICAZIONE DEI CASI CONFIRMATI AD ALTO RISCHIO DI OSPEDALIZZAZIONE</p>	<p>Paziente con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eta 65 anni • I pertensione • patologia cardiovascolare • diabete • obesita (BMI >30) • insufficienza renale cronica • immunodepressione • N m a t o r • tumore attivo • patologia Polmonare • Terapia immunosoppressiva per pregresso trapianto d'organo • Infezione attuale da HIV • Coagulopatia 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispnea di ogni grado • Necessita di supplemento di bassi flussi di O2 • Fr enzaequ resp iratoria > 22/minuto • SpO2 92% in a.a. o WT positivo • Alterazioni dello stato di coscienza • Temperatura > 37,5°C di durata >72 ore 	<p>Indicazione alla valutazione in ambito ospedaliero. Calcolatore del rischio di ospedalizzazione : https://riskcalc.org/COVID19Hospitalization/</p>			<p>Attivare ricovero chiamando il 118</p>
---	---	--	--	--	--	--



II WT si effettua facendo camminare il paziente per un massimo di 6 minuti lungo un percorso se possibile lineare, monitorando la saturazione dell'ossigeno con pulsossimetro. II WT è accettabile, se la saturazione non scende sotto il 92% in a.a..

II test della sedia si effettua utilizzando una sedia senza braccioli alta circa 50 cm, appoggiata alla parete. II paziente senza l'aiuto delle mani e delle braccia con le gambe aperte al livello dei fianchi, deve effettuare in un minuto il maggior numero di ripetizioni alzandosi e sedendosi con gambe piegate a 90 gradi, monitorando la saturazione dell'ossigeno e la frequenza cardiaca.

- Non modificare terapie croniche in atto con antipertensivi, ipolipemizzanti, anticoagulanti o antiaggreganti;
- non utilizzare idrossiclorochina, la cui efficacia non è stata confermata in nessuno degli studi clinic' controllati fino ad ora condotti;
- attenzione all'aderenza alla terapia cronica, in particolare per i farmaci antidiabetici e statine.
i soggetti in trattamento immunosoppressivo cronico per pregresso trapianto d'organo o per patologia immunomediata, non devono sospendere il trattamento farmacologico in corso, salvo diversa indicazione da parte dello specialista curante;
in caso di diarrea, evitare farmaci che riducono la motilità intestinale e supportare con l'idratazione orale;
evitare farmaci in aerosol in RSA o case di cura o se in isolamento con altri conviventi ;
corticosteroidi : l'utilizzo è sconsigliato nei paucisintomatici e asintomatici e comunque non vanno usati nelle prime 72 ore di malattia, in particolare in assenza di desaturazione. L'uso dei corticosteroidi è raccomandato nei soggetti ospedalizzati che necessitano almeno di ossigenoterapia. Nella popolazione suddetta l'uso dei corticosteroidi dovrebbe essere considerato uno standard di cura in quanto è l'unico trattamento che ha dimostrato un beneficio in termini di riduzione della mortalità. Come da indicazioni del CHMP , per il desametasone il dosaggio negli adulti e negli adolescenti 6 di 6 mg una volta al giorno per massimo 10 giorni (per os, IM o EV). Altri corticosteroidi possono essere utilizzati a dosaggi equivalenti: metilprednisolone 32 mg, prednisone 40 mg, idrocortisone 160mg;
consigliare ,se possibile, di mantenere attività fisica e preferire lo stare seduto alla posizione sdraiata;
abolizione del fumo;
quando il paziente è a letto è fondamentale consigliare la pronazione (coricarsi a pancia sotto) per un miglior reclutamento degli alveoli polmonari;
la saturazione è accettabile sino al 92%, considerando che nei saturimetri commerciali è presente un'oscillazione di +4% del margine di accuratezza, quindi ,se presente un valore di saturazione del 92%, il paziente potrebbe avere un valore "reale" al minimo pari a 88% che è il limite per l'ossigenoterapia. II walking test è accettabile se la saturazione non scende sotto il 92%;
consigliare un'alimentazione corretta ricca di frutta, verdura e pesce a lisca;
non esistono ad oggi, evidenze solide e incontrovertibili di efficacia di supplementi vitaminici e integratori alimentari, il cui uso in questo caso non è raccomandato.



ESPOSIZIONE	E QUARANTENA	
CASO		
CONTATTI STRETTI ASINTOMATICI	Quarantena di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso, senza effettuare test molecolare.	Oppure un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione ed avvenuta esecuzione di test molecolare o test antigenico (rapido) con esito negativo . Se il contatto stretto e convivente di caso positivo, terminerà l'isolamento solo su indicazione del Dipartimento di Prevenzione o comunque al termine dell'isolamento del convivente.
CONTATTI STRETTI DI CONTATTI STRETTI DEL CASO	Nessun isolamento previsto	
CASI POSITIVI ASINTOMATICI	Periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività.	Rientro in comunità mediante test molecolare con esito negativo (10 giorni+ test)
CASI POSITIVI SINTOMATICI	Periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (non considerando anosmia e ageusia, che possono avere prolungata persistenza nel tempo).	Rientro in comunità con un test molecolare con riscontro negativo , eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (10 giorni di cui almeno 3 senza sintomi+ test)
CASI POSITIVI A LUNGO TERMINE	Persone che pur non avendo più sintomi, continuano a risultare positive al test molecolare per COVID-19.	In assenza di sintomatologia (fatta eccezione per anosmia/ageusia) da almeno una settimana, potranno interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi.

Documento realizzato da FIMMG, SIICP e SIMG con la supervisione del Prof. Gioacchino Angarano

