

Dipartimento Cure Primarie ATS Bergamo

AGGIORNAMENTO TRATTAMENTI DOMICILIARI PER PAZIENTI COVID-19

IDROSSICLOROCHINA per Pazienti COVID-19 trattati a domicilio

Regione Lombardia ha autorizzato la prescrivibilità da parte dei MMG, PLS, MCA e USCA di idrossiclorochina.

Deve essere utilizzato il ricettario rosso SSR per i pazienti residenti o domiciliati in Lombardia e la prescrizione deve limitarsi ad una sola scatola per paziente (30 compresse). E' comunque possibile prescrivere il farmaco anche su ricettario privato e a carico del paziente.

Il farmaco è considerato "off label" per l'indicazione *POLMONITE COVID*, per cui è necessario richiedere il consenso informato del paziente o del care/giver. Il consenso può essere anche solo verbale purché ne venga registrata l'acquisizione sul software di gestione dell'ambulatorio oppure può essere raccolto in forma cartacea (modello allegato).

Attualmente la idrossiclorochina viene distribuita anche alle USCA che consegnano direttamente al paziente visto a domicilio, ove indicato, un ciclo di trattamento (15 cp) da iniziare subito.

Si ricorda il rischio di ARITMIE CARDIACHE e la controindicazione in caso deficit di G6PD.

In particolare nei pazienti anziani si consiglia di evitare l'associazione con Azitromicina.

PRESCRIZIONE di OSSIGENO TERAPIA DOMICILIARE

Si raccomanda di individuare con cura i casi in cui la terapia con ossigeno è effettivamente necessaria, di non superare i 30 gg di trattamento e di osservare molta cautela nella erogazione di flussi superiori a 4 lt/min.

Per saturare la rete di distribuzione a domicilio va considerato, se disponibile c/o le farmacie, l'utilizzo del concentratore di Ossigeno.

UTILIZZO della RADIOLOGIA

Come noto l'infezione da COVID-19 è frequentemente causa di polmonite interstiziale con insufficienza respiratoria e problematiche multi organo. Gli elementi importanti per la gestione domiciliare di questi pazienti sono tuttavia prettamente di tipo clinico (quadro generale, età, co-patologie, parametri vitali, possibilità di assistenza).

Particolare attenzione deve essere riservata al monitoraggio della funzione respiratoria mediante l'andamento nel tempo della saturazione di O₂ e delle frequenze respiratoria e cardiaca.

In questo contesto, l'esecuzione di una Rx torace e soprattutto di controlli Rx ravvicinati nel tempo, non apporta informazioni indispensabili per la gestione domiciliare del paziente COVID-19 (che in fase pandemica è prevalentemente clinica) e dovrebbe pertanto essere considerata solo in caso di peggioramento del quadro clinico e/o delle funzioni respiratoria o cardiaca tali da far prendere in considerazione l'invio in Pronto Soccorso per una valutazione più completa ed eventualmente per un ricovero.

Con il contributo di : L. Maggi – Pneumologia Gavazzeni e Mario Zappa – SIMG Bergamo

EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE (EBPM)

I pazienti con infezione respiratoria grave da COVID-19 presentano un elevato rischio per tromboembolismo venoso (TEV), che comprende l'embolia polmonare (EP) e la trombosi venosa profonda (TVP), in relazione alla malattia infettiva ed infiammatoria acuta e alla prolungata immobilità. Nel corso delle ultime settimane sono apparse in letteratura segnalazioni relative alla possibile presenza di una coagulopatia nei pazienti con infezione da COVID-19. Dati preliminari suggeriscono che l'uso di eparina possa essere associato ad una migliore prognosi nei pazienti con coagulopatia.

Alla luce dei punti precedenti, si evidenzia l'importanza di **considerare un'adeguata profilassi antitrombotica** in tutti i pazienti con **polmonite** accertata o sospetta COVID-19 **E allettati**, o con altri importanti fattori di rischio per TEV (come **precedente episodio di EP/TVP, neoplasia attiva**).

Un'indicazione di questo tipo è presente nella scheda tecnica di alcune EBPM, quale l'enoxaparina, in cui si legge "Profilassi del tromboembolismo venoso in pazienti non chirurgici affetti da una patologia acuta (come ad esempio insufficienza cardiaca acuta, insufficienza respiratoria, infezioni gravi o malattie reumatiche) e mobilità ridotta ad aumentato rischio di tromboembolismo venoso".

A tal fine, tra i farmaci più comunemente utilizzati vi è l'enoxaparina (Clexane o enoxaparina biosimilare) alla posologia di 4000 UI/die (profilassi nel paziente ad alto rischio). Altri anticoagulanti di comune impiego per la tromboprofilassi farmacologica comprendono la parnaparina (Fluxum) 4250 UI/die, il fondaparinux (Arixtra) 2,5 mg/die e l'eparina calcica (per es. Calciparina) 5000 UI x 2-3 volte al giorno. Alcuni esperti di Emostasi e Trombosi suggeriscono di incrementare la posologia di enoxaparina a 6000 UI/die nel paziente obeso.

La clearance renale rappresenta la principale via di escrezione di molti farmaci anticoagulanti, incluse le EPBM e fondaparinux, sarebbe quindi consigliabile conoscere all'inizio del trattamento, i valori di emocromo e creatinina, per ridurre il rischio di sanguinamento. Particolare attenzione va riservata ai pazienti anziani e/o in trattamento con Fondaparinux. Nel paziente con insufficienza renale severa (clearance della creatinina < 30 ml/min) valutare l'uso di eparina non frazionata (Calciparina).

Si consiglia un periodo di tromboprofilassi farmacologica **non inferiore ai 10 giorni, da prolungare fino a 45 giorni (profilassi estesa) in considerazione del quadro clinico** (risoluzione dell'acuzie) e **alla ripresa della mobilità abituale**. L'indicazione alla prosecuzione della tromboprofilassi farmacologica può essere rivalutata dal MMG tenendo conto del quadro clinico, dei fattori di rischio di TEV e del rischio emorragico del paziente. In caso di controindicazione assoluta alla profilassi farmacologica (es., sanguinamento in atto, conta piastrinica < 25.000/ μ L) considerare l'uso di elastocompressione di classe I agli arti inferiori.

Per i pazienti già in trattamento con Anticoagulanti Orali Diretti (NAO; Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana) o con antagonisti della vitamina K (AVK; Coumadin e Sintrom) il trattamento NON deve essere sospeso a favore di EBPM, a meno che vengano introdotti farmaci con note interferenze maggiori o nel caso di pazienti in trattamento AVK con difficoltà al mantenimento dell'INR nel range desiderato. In questi ultimi due casi si raccomanda di consultare il Centro di Sorveglianza della Terapia Anticoagulante del paziente.

Con il contributo di : L. Barcella e A. Falanga – UOC SIMT e Centro Emostasi e Trombosi HPG23 , I. Benedetti – specializzanda Medicina Interna – PV , D. Parretti – Area cardiologica SIMG , S. Sada – vice Segretario FCSA Lombardia.