

## Terapia dei pazienti con infezione da COVID-19

*Non esiste un trattamento antivirale con efficacia dimostrata.*

*Alla presa in carico del paziente, si è concordato il seguente schema terapeutico standard*

| Terapia  | Formulazione  | Durata             |
|--|---|--------------------|
| <b>antivirale</b>  |   |                    |
| lopinavir/ritonavir (KALETRA®) cpr 200/50mg + idrossiclorochina* cpr 200mg   | 2 cpr x 2/die per os<br>1 cpr x 2/die per os                              | 5-20 giorni        |
| <b>antibiotica</b>   |   |                    |
| ceftriaxone fiala +<br>azitromicina cpr 500 mg<br><i>Se allergia, usare solo levofloxacina cpr 500 mg</i><br><i>Valutare eventuale sospensione se COVID-19 accertata e non evidenza di complicanze batteriche.</i> | 2 gr (bolo ev, diluita in 10 ml)<br>1 cpr 500 mg /die<br><br>1,5 cpr /die | 5 giorni           |
| <b>antipiretica</b>  |   |                    |
| paracetamolo cpr   | 1 gr per 3 al di  | secondo evoluzione |

\* in alternativa alla idrossiclorochina si può usare clorochina (ma non facilmente reperibile) in cpr 250 mg (2 cpr x 2/die)

- La richiesta alla farmacia per l' uso off-label dei farmaci antivirali è stata effettuata a livello aziendale una tantum. Serve solo il consenso informato (tranne che in caso di stato di necessità) da registrare *soltanto* in diario clinico.
- Lopinavir/ritonavir può dare nausea/vomito/diarrea ed ha interazioni farmacocinetiche con numerosi farmaci (vedi <http://www.hiv-druginteractions.org>).
- **In assenza di lopinavir/ritonavir** (per il prevedibile esaurimento temporaneo delle scorte) il farmaco utilizzabile è darunavir/cobicistat 800/150mg (Rezolsta®): 1 cpr/die. Le interazioni farmacologiche sono simili a quelle di lopinavir/ritonavir.
- Oseltamivir non va somministrato (non siamo più in fase epidemica ed il numero di cpr è già alto).
- La terapia steroidea è **solo** su indicazione intensivistica (paziente in ARDS, MOF, scompenso...)
- *La terapia antivirale sperimentale con il farmaco REMDESIVIR (in protocollo compassionevole) è praticata solo su prescrizione infettivologica o pneumologica o intensivistica; l'approvvigionamento del farmaco è gestito dalla UOC Malattie Infettive.*

## NOTE SULLA GESTIONE CLINICA

Vista l'attuale emergenza, al fine di ottimizzare la gestione standard dei pazienti e per ridurre il più possibile l'ingresso in stanza del personale infermieristico, si raccomanda di:

- **non** eseguire emocolture di routine (*almeno in fase iniziale*);
- **non** testare Ag pneumococco e Ag legionella (*peraltro spesso già eseguiti in PS*), **non** fare tamponi per influenza (tutti quelli eseguiti sono risultati negativi e sovraccaricano il laboratorio);
- esami di laboratorio (**non** serve monitoraggio quotidiano). In genere bastano: emocromo con formula, AST/ALT, creatinina, LDH ed elettroliti plasmatici, **PCR**. **Non** utile il monitoraggio con procalcitonina (PCT).

### Quando è utile fare l'emogasanalisi arteriosa (EGA)?

Non a tutti i pazienti, e non tutti i giorni. Se all'ascoltazione del torace persistono i crepitii, questo indica che il paziente ha ancora fenomeni di dereclutamento alveolare e può necessitare, se l'O<sub>2</sub> terapia non è sufficiente per compensare l'ipossia, di un supporto a Pressione Positiva Continua (cPAP).

Fare l'EGA è utile se la frequenza respiratoria (FR) > 25 atti/min e se la saturazione O<sub>2</sub> < 95% (con maschera Venturi > 50%).

### Quando chiamare l'intensivista (o lo pneumologo)?

Se la saturazione di O<sub>2</sub> < 90% e se la FR è stabilmente >30-35/min (nonostante l'uso di maschera con reservoir).

Attenzione: in caso di asincronia toraco-addominale (cioè rientramento addominale inspiratorio mentre si espande il torace) ci si trova di fronte ad una severa fatica respiratoria diaframmatica ed è giustificata la chiamata al Rianimatore urgentista.