

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław

e-mail: kk.medrodzinna@gmail.com

tel. do sekretariatu 71 325 51 26

Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej

z dnia 22.12.2021

dotyczące postępowania z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2 w trakcie izolacji w warunkach domowych

COVID-19, choroba spowodowana infekcją SARS-CoV-2 w blisko 85% przebiega w sposób łagodny, nie wymagający hospitalizacji. Pacjent przebywając w izolacji domowej wymaga stałego monitorowania stanu zdrowia z uwagi na charakter choroby, w trakcie której może dojść do gwałtownego pogorszenia jego stanu, a także stopniowo narastającej niewydolności oddechowej będącej bezwzględny wskazaniem do hospitalizacji.

Podsumowanie:

1. Każde podejrzenie COVID-19 powinno skutkować skierowaniem pacjenta na test (antygenowy lub PCR).
2. Gdy wynik jest pozytywny – należy ustalić miejsce leczenia: dom lub szpital (ew. izolatorium).
3. Saturacja <94% (w POCHP <88%) jest wskazaniem do hospitalizacji, inne wskazania należy ocenić indywidualnie.
4. W leczeniu pozaszpitalnym stosuje się:
 - a. budesonid 800 mcg 2xdz. u dorosłych,
 - b. leki przeciwgorączkowe/przeciwzapalne - paracetamol lub NLPZ,
 - c. leki przeciwkaszłowe,
 - d. leczenie nefarmakologiczne: nawodnienie, gimnastyka oddechowa, wypoczynek.
5. Należy zwrócić uwagę na nieprzerywanie terapii chorób przewlekłych. Pacjent chory przewlekle, obciążony czynnikami ryzyka powinien być dokładniej monitorowany.
6. Nie zaleca się: sterydów systemowych i tlenoterapii domowej - poza wskazaniami w innych schorzeniach niż COVID-19.
7. Nie zaleca się antybiotyków, jeśli nie stwierdza się nadkażenia bakteryjnego.
8. Każdy pacjent podczas izolacji domowej powinien mieć wykonane co najmniej 2 porady (teleporady, lub - jeśli stan zdrowia pacjenta tego wymaga - wizyty osobiste w gabinecie lub domowe).
9. Lekarze i pielęgniarki powinni informować, zachęcać i włączać pacjentów do programu Domowej Opieki Medycznej, która pozwala na ciągłe monitorowanie stanu zdrowia, w tym saturacji.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław

e-mail: kk.medrodzinna@gmail.com

tel. do sekretariatu 71 325 51 26

Zasady opieki nad pacjentami z COVID-19

Kwestie organizacyjne:

1. Po uzyskaniu informacji o pozytywnym wyniku testu w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 (PCR lub antygenowego) należy ustalić z pacjentem miejsce odbywania izolacji. W przypadku łagodnych objawów na ogół jest to izolacja domowa, a konsultacja może mieć charakter teleporady. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do stanu pacjenta, decyzja powinna być poprzedzona osobistym badaniem pacjenta, z określeniem wskazań do hospitalizacji.
2. W opiece nad pacjentem z COVID-19 w izolacji domowej można wykorzystywać teleporady, wizyty osobiste w gabinecie oraz wizyty domowe, w zależności od stanu pacjenta.
3. Liczba oraz formuła wizyt (teleporada, wizyta osobista w gabinecie lub domowa) uzależniona jest od stanu klinicznego pacjenta, przy czym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. 2020 poz. 1749 z późn. zm.), minimum to dwie wizyty: pierwsza z informacją o wyniku testu i ustaleniem miejsca izolacji, a ostatnia, najwcześniej w 8 dobie izolacji - celem oceny stanu pacjenta i wskazań do jej przedłużenia lub zakończenia.
4. Czas trwania izolacji pacjenta objawowego obejmuje co najmniej 10 dni od pojawienia się objawów klinicznych, przy czym ostatnie 24h powinny być bez gorączki, bez użycia leków przeciwgorączkowych, z poprawą kliniczną objawów infekcji dróg oddechowych. Czas trwania izolacji pacjenta bezobjawowego obejmuje 10 dni od pozytywnego wyniku testu PCR/antygenowego w kierunku COVID-19.
5. Każdego dnia roboczego należy zweryfikować listy pacjentów poradni POZ (raport osób na izolacji/kwarantannie dostępny w gabinet.gov.pl lub aplikacjach gabinetowych), aby nie przeoczyć pacjentów, którzy byli kierowani na test poza macierzystym POZ.

Zasady konsultacji pacjentów zakażonych SARS-CoV-2:

1. Lekarz konsultujący powinien poinformować Pacjentów powyżej 55 r.ż. o automatycznym włączeniu do programu DOM (Domowej Opieki Medycznej) i wyjaśnić, jak działa program i dlaczego warto z niego korzystać.
Lekarz lub pielęgniarka mogą zgłosić do programu DOM również Pacjentów, którzy wymagają regularnej kontroli saturacji (np. mają czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19), a także poinformować każdego pacjenta z COVID-19 o możliwości samodzielnego zgłoszenia się do programu poprzez formularz internetowy - <https://www.gov.pl/web/domowaopiekamedyczna>.
2. Podczas konsultacji pacjenta należy zebrać dokładny wywiad co do czasu, charakteru i natężenia objawów (szczególnie gorączki, kaszlu, duszności), a także schorzeń przewlekłych, które mogą stanowić czynnik ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław

e-mail: kk.medrodzinna@gmail.com

tel. do sekretariatu 71 325 51 26

3. Wskazane jest przeprowadzenie pogłębionego wywiadu na temat duszności (m.in. jaki ma wpływ na aktywność i funkcjonowanie Pacjenta, od kiedy występuje i czy narasta w czasie, czy występuje w spoczynku, czy towarzyszą jej inne objawy, jak zawroty głowy, zaburzenia świadomości, osłabienie).
4. Należy pamiętać, że występowanie i nasilenie duszności nie u wszystkich Pacjentów będzie korelować z hipoksją, z kolei pacjenci z hipoksją mogą nie zgłaszać duszności, dlatego ważna jest ocena również innych objawów i czynników ryzyka.
5. Oprócz wywiadu dotyczącego objawów ze strony dróg oddechowych, wskazane jest jego poszerzenie o pytania dotyczące:
 - a. upadków, omdleń, niedociśnienia, hipotonii ortostatycznej,
 - b. nowych zaburzeń jakościowych i ilościowych świadomości (zmiany zachowania, majaczenie, wzmożona senność, dezorientacja, utrudniony kontakt, trudności w dobudzeniu chorego),
 - c. sinicy,
 - d. ilości oddawanego moczu (zmniejszenie, anuria),
 - e. utrzymujących się dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
 - f. krwiopłucia.

Obecność odchyień w wyżej wymienionych aspektach stanowi wskazanie do dokładniejszej oceny Pacjenta podczas wizyty gabinetowej lub domowej.

6. Podczas konsultacji wskazane jest przeprowadzenie edukacji Pacjenta odnośnie samo-monitorowania stanu zdrowia: pomiaru temperatury, liczby oddechów, ciśnienia tętniczego (u każdego Pacjenta po 65 rż, z nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością serca), częstości akcji serca, saturacji, pomiaru diurezy i masy ciała u Pacjentów z PChN, niewydolnością serca.
7. Należy przekazać zalecenia postępowania nefarmakologicznego (ćwiczenia oddechowe, odpowiednia podaż płynów) i farmakologicznego (jeśli wskazane).
8. Należy poinformować Pacjenta o postępowaniu w przypadku pogorszenia stanu zdrowia.
9. Na czas wizyty gabinetowej Pacjent jest zwolniony z izolacji, bez konieczności informowania PSSE i Policji.

Farmakoterapia Pacjentów z COVID-19 przebywających na izolacji domowej:

W większości przypadków zakażenie SARS-CoV-2 przebiega łagodnie i wymaga jedynie odpoczynku, nawodnienia i leczenia objawowego.

1. **Leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe:** w przypadku gorączki, nasilonych bólów mięśniowych, bólu głowy należy zalecić Pacjentowi przyjmowanie leków przeciwbólowych i/lub przeciwzapalnych (paracetamol, NLPZ), tak jak przy innych infekcjach wirusowych. Nie udowodniono by, któryś z preparatów cechował się lepszą skutecznością czy wpływem na przebieg COVID-19.
2. **Budezonid w formie wziewnej:** zgodnie z „Zaleceniami diagnostyki i terapii zakażeń SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z dnia 12 listopada 2021 roku. Aneks 1 do rekomendacji z 26 kwietnia 2021 roku” oraz ze stanowiskiem AOTMiT,

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław

e-mail: kk.medrodzinna@gmail.com

tel. do sekretariatu 71 325 51 26

stosowanie budezonidu w formie wziewnej w dawce 800 mcg 2 razy dziennie (5-7 dni) zaleca się:

- a. u wszystkich pacjentów ambulatoryjnych ≥ 65 r.ż. oraz ≥ 50 r.ż. z chorobami współtowarzyszącymi, u których wystąpiły objawy COVID-19,
 - b. leczenie takie można rozważyć u wszystkich Pacjentów objawowych > 18 rż.
 - c. nie ma obecnie danych na temat zasadności takiego postępowania u dzieci. Podawanie sterydów wziewnych u niehospitalizowanych dzieci chorujących na COVID-19 jest niewskazane.
10. Można rozważyć stosowanie leków przeciwkaszlowych u chorych z nasilonym kaszlem (utrudniającym mówienie i sen), np. dekstrometorfan.
11. Zaleca się kontynuowanie dotychczasowego leczenia farmakologicznego, w tym: glikokortykosteroidów (wziewnych i systemowych) ze wskazań innych niż COVID-19, niesteroidowych leków przeciwzapalnych, leków przeciwnadciśnieniowych (w tym inhibitorów ACE), statyn, leków przeciwplatekcyjnych i przeciwzakrzepowych.
12. Należy pamiętać o leczeniu niefarmakologicznym: nawodnienie, gimnastyka oddechowa, wypoczynek.

Postępowanie niezalecane:

13. Nie zaleca się stosowania GKS systemowych w leczeniu pozaszpitalnym COVID-19. Korzyści z takiego leczenia zostały udowodnione wyłącznie dla Pacjentów poddawanych tlenoterapii lub wentylowanych mechanicznie, czyli Pacjentów hospitalizowanych. Podawanie GKS systemowych w ramach leczenia ambulatoryjnego może wiązać się z gorszą prognozą.
14. Nie zaleca się stosowania tlenoterapii domowej w ostrej fazie choroby, w związku z ryzykiem gwałtownego pogorszenia zagrażającego życiu. Konieczność stosowania tlenoterapii w leczeniu COVID-19 stanowi bezwzględne wskazanie do hospitalizacji. Zastosowanie tlenoterapii w domu może spowodować opóźnienie w dotarciu pacjenta do szpitala, przez co pacjent traci szansę na otrzymanie leczenia wymagającego zastosowania w pierwszych dobach choroby COVID-19 o ciężkim przebiegu.
15. Nie zaleca się rutynowego stosowania antybiotyków. Antybiotyki nie wykazują działania przeciwko SARS-CoV-2. Dostępne badania nie wskazują na korzyści ze stosowania antybiotyków w przebiegu COVID-19 u pacjentów bez zakażenia bakteryjnego. Nieuzasadnione stosowanie antybiotyków naraża na wystąpienie infekcji grzybiczych i Clostridium difficile.

Profilaktyka przeciwzakrzepowa u Pacjentów z COVID-19 niehospitalizowanych:

16. W przebiegu COVID-19 obserwuje się zwiększone ryzyko zakrzepowo-zatorowe, szczególnie u Pacjentów hospitalizowanych. Dane dotyczące takiego ryzyka u Pacjentów leczonych ambulatoryjnie są ograniczone. Na podstawie dostępnych danych:
- a. nie zaleca się rutynowo stosowania profilaktyki przeciwkrzepliwej u Pacjentów z COVID-19 leczonych w warunkach domowych.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław

e-mail: kk.medrodzinna@gmail.com

tel. do sekretariatu 71 325 51 26

W badaniu ACTIV-4B, w którym u Pacjentów z objawowym COVID-19 leczonych w warunkach domowych podawano ASA, profilaktyczną dawkę apiksabanu, terapeutyczną dawkę apiksabanu lub placebo, nie wykazano statystycznie istotnej różnicy w śmiertelności i występowaniu ŻChZZ, przy zwiększonym ryzyku krwawienia w grupach stosujących ASA i apiksaban;

- b. stosowanie takiej profilaktyki u niehospitalizowanych Pacjentów z COVID-19 można rozważyć u osób z czynnikami ryzyka ŻChZZ (np. przebyta zakrzepica żył głębokich lub zatorowość płucna, niedawno przebyty zabieg operacyjny, uraz, unieruchomienie). Do oceny ryzyka ŻChZZ można posłużyć się skalą Padewską. Przy podejmowaniu decyzji należy ocenić również ryzyko krwawienia;
- c. w przypadku wskazań do stosowania leczenia przeciwzakrzepowego zaleca się stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej w dawce profilaktycznej (u pacjentów z zachowaną funkcją nerek i prawidłową masą ciała: enoksaparyna 40 mg, nadroparyna 0,4 ml lub dalteparyna 5000 j. - 1xdziennie);
- d. pacjenci przyjmujący lek przeciwkrzepliwy lub przeciwplateletowy z powodu choroby współistniejącej, u których rozpoznano COVID-19 powinni kontynuować to leczenie.
- e. nie zaleca się włączania do leczenia aspiryny ani leków przeciwplateletowych w leczeniu domowym COVID-19;
- f. nie zaleca się rutynowego oznaczania d-dimerów;
- g. W związku z podobnym zespołem objawów w przypadku COVID-19 i ŻChZZ nie ma możliwości zróżnicowania tych jednostek wyłącznie na podstawie badania fizykalnego. Przy podejrzeniu ŻChZZ w przebiegu COVID-19 Pacjent wymaga pogłębienia diagnostyki. Stosowanie leczenia przeciwkrzepliowego, czy to w dawkach profilaktycznych czy leczniczych bez pogłębionej diagnostyki jest nieuzasadnione.

Wskazania do dalszej diagnostyki i leczenia szpitalnego:

17. Wskazaniem do hospitalizacji są:
 - a. duszność występująca w spoczynku i utrudniająca mówienie, częstość oddechów powyżej 30/minutę;
 - b. sinica;
 - c. Hipoksemia - saturacja krwi tętniczej tlenem zmierzona pulsoksymetrem <94% (w przypadku chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową – np. POChP, zwłóknienie płuc – SpO₂<88%). Hipoksemia jest wskazaniem do hospitalizacji niezależnie od istnienia subiektywnego uczucia duszności;
 - d. gorączka powyżej 39 st. C, utrzymująca się przez ponad 24 godziny, nie dająca się obniżyć farmakologicznie i powodująca znaczne osłabienie pacjenta w wieku dziecięcym lub podeszłym;
 - e. kaszel utrudniający swobodne oddychanie i mówienie, nieustępujący po zastosowaniu leczenia przeciwkaszlowego;
 - f. Ból w klatce piersiowej;

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław

e-mail: kk.medrodzinna@gmail.com

tel. do sekretariatu 71 325 51 26

- g. spadek ciśnienia tętniczego krwi poniżej 90/60 mmHg (jeśli chory zazwyczaj ma wyższe);
- h. zmiany świadomości i zachowania – trudność w obudzeniu chorego, niepokojąca zmiana zachowania i sposobu mówienia, utrudniony lub niemożliwy kontakt z chorym, utrata przytomności;

18. Lekarz POZ nie ma obowiązku ustalenia miejsca w szpitalu, jest to zadaniem właściwego miejscowo dyspozytora transportu sanitarnego COVID-19, którego stanowisko utworzone zostało przez właściwego wojewodę.

Konsultant krajowy
w dziedzinie medycyny rodzinnej

Dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

Opracowano na podstawie:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 Dz.U. 2020 poz. 1749 z późn. zm.
2. Zalecenia diagnostyki i terapii zakażeń SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z dnia 12 listopada 2021 roku. Aneks 1 do rekomendacji z 26 kwietnia 2021 roku <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/284675,zalecenia-diagnostyki-i-terapii-zakazen-sars-cov-2-polskiego-towarzystwa-epidemiologow-i-lekarzy-chorob-zakaznych-z-dnia-12-listopada-2021-roku>
3. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji: Farmakoterapia COVID-19 – aktualizacja Zaleceń (wersja 2.9, 14 października 2021 r.) <https://www.aotm.gov.pl/media/2021/10/Farmakoterapia-COVID-19-Aktualizacja-wersja-2.9-14.10.2021.pdf>
4. UpToDate Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Outpatient evaluation and management in adults <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-outpatient-evaluation-and-management-of-acute-illness-in-adults>
5. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/management/clinical-management/nonhospitalized-adults--therapeutic-management/>
6. The WHO Therapeutics and COVID-19: living guideline 24 September 2021; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2021.3>
7. UpToDate Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Hypercoagulability <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-hypercoagulability>
8. PRINCIPLE Trial Collaborative Group. Azithromycin for community treatment of suspected COVID-19 in people at increased risk of an adverse clinical course in the UK (PRINCIPLE): a randomised, controlled, open-label, adaptive platform trial. Lancet. 2021 Mar 20;397(10279):1063-1074