

Udhëzuesi i Federatës Rajonale të Urdhrit të Mjekëve, Kirurgëve dhe Dentistëve të Lombardisë për trajtimin në shtëpi të pacientëve me SARS-CoV-2

Interpretimi i evidencave (gjenden në kllapa, në tekst)

- Cilësia e provave: E lartë/e moderuar/e ulët/shumë e ulët
- Forca e rekomandimit: E fortë/e dobët

Klasifikimi i pacientëve të infektuar me SARS-CoV-2

- **Raste të vërtetuara**: Të dyshuar, me tampon nazofaringeal molekular apo antigjenik pozitiv
- **Raste të dyshuara**: Pacient me simptoma që përputhen me infeksionin SARS-CoV-2, që ende nuk e ka kryer tamponin ose individ me rezultat negativ të tamponit nazofaringeal (test molekular dhe/ose antigjenik), por me probabilitet të lartë infektimi (pra, kontakte me individë të infektuar me SARS-CoV-2, të konfirmuar).

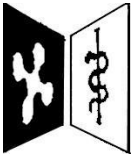
Kujdes! Testet e shpejta antigjenike që janë aktualisht në dispozicion, janë shumë specifike për sëmundjen në fjalë (rreth 99%), por ndjeshmëria e tyre nuk është optimale në pacientët me simptoma të lehta dhe është e ndryshme, në bazë të fazës së sëmundjes¹⁻³. Prandaj, infeksioni SARS-CoV-2 nuk mund të përjashtohet në rast se testi i shpejtë antigjenik del negativ, në kushtet e probabilitetit të lartë për të qenë i infektuar.

Qasja fillestare ndaj pacientit me simptoma që përputhen me infeksionin nga SARS-CoV-2

- Është thelbësore të arrihet një diagnozë përfundimtare sa më shpejt të jetë e mundur (shumë e ulët, e fortë).
- Rekomandohet përdorimi i metodës diagnostikuese që siguron një rezultat të besueshëm në kohën më të shkurtër të mundshme (shumë e ulët, e fortë)
- Në veçanti, në kushtet e qarkullimit të lartë viral, rezultati i testit të shpejtë antigjenik në tamponin nazofaringeal konsiderohet i pranueshëm³. (e moderuar, e fortë)

Diagnostikimi i mëtejshëm i pacientit me infeksion të vërtetuar apo i pacientit ku ka një dyshim të lartë se është i infektuar, pavarësisht tamponit negativ

- Në rast dyshimi të lartë klinik dhe tamponi të shpejtë antigjenik negativ, kryeni tamponin molekular nazofaringeal (shumë e ulët, e fortë)
- Në rastin e një pacienti me simptoma disa ditore (>5 ditë), ose që është vlerësuar se ka probabilitet të lartë për përparim klinik (kriteret CDC, Mosha > 50 vjeç, BMI > 30, neoplazi, insuficiencë renale kronike, bronkopneumopati kronike obstruktive, imunosupresion jatrogjenik për transplantin e organit të ngurtë, kardiomiopati (sëmundje e arterieve koronare dhe/ose pamjaftueshmëri kardiake), anemi e qelizave në formë drapri, diabet mellitus tip 2)⁴, të kryhen analiza të tjera gjaku, përfshirë hemokrom+formulë, kreatininë, ALT, PCR, D-dimer dhe LDH (shumë e ulët, e dobët).
- Monitorim ditor i oksimetrisë perkutane, kur është i disponueshëm (shumë e ulët, e fortë)
- Tek individët me pneumoni të dyshuar, bazuar në vlerësimin klinik/telefonik ose në rast të dispnesë subjektive ose vlerësimit SO₂ <94% sa më shpejt të jetë e mundur, kur është e mundur, pranë një qendre Hot spot COVID (zonë e kufizuar gjeografike në të cilën një numër i madh njerëzish janë testuar pozitivë për COVID-19) për kryerjen e ekografisë së toraksit (shumë e ulët, e dobët)



Trajtimet simptomatike:

- Përdorni paracetamol për trajtimin e temperaturës (deri në 3g/ditë, të ndarë në 3 doza, me të paktën 6 orë diferencë).
- Hidratim i bollshëm oral, nëse nuk është i kundërindikuar.
- Qetësues për kollën, sipas nevojës (nëse ka probleme gjatë gjumit).
- Kollitja dhe dispnea mund të përmirësohen duke u shtrirë përmbys⁵ (provë e dobët, shumë e ulët).
- Në raste diarrije, shmangni trajtimet që ulin motilitetin intestinal dhe jepini pacientit produkte për hidratim oral.
- Mos harroni rëndësinë e ushqyerjes në mënyrë korrekte.

Trajtimet specifike:

Për momentin, asnjë trajtim nuk ka treguar një përfitim të qartë për pacientët në të cilët përkeqësimi i sëmundjes kërkon më pas shtrimin në spital. Megjithatë, ka disa terapi të kundërindikuara pasi nuk kanë treguar asnjë lloj efikasiteti në asnjë mjedis (as spitalor, as territorial) dhe e ekspozojnë pacientin ndaj rreziqeve të mundshme të pajustificuara nëse administrohen jo me monitorimin e duhur: ndër ta mund të përmendim antiretroviralët si lopinavir/ritonavir (e moderuar, e fortë), antibiotiku azitromicinë (e moderuar, e fortë) dhe antimikrobiku/imunomodifikuesi hidroksiklorokinë⁶⁻⁹ (e moderuar, e fortë)

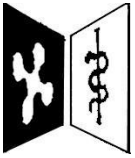
Në veçanti, përdorimi i azitromicinës **NUK REKOMANDOHET**, përveç rasteve në të cilat dyshohet për infeksion bakterial. Përdorimi i antibiotikëve me spektër të gjerë veprimi ka treguar se nuk ka asnjë rezultat te pacientët e shtruar në spital me COVID-19, ndërsa përdorimi i antibiotikëve pa kriter mund të çojë në shtimin e rezistencës dhe në rrezik për efekte anësore negative¹⁰ (mesatar, i fortë). Në këtë drejtim, duhet kujtuar se **rrjedha e COVID-19 është shumë shpesh me dy faza**¹¹⁻¹²: rifillimi i temperaturës pas uljes së saj, jo domosdoshmërisht duhet të interpretohet si një mbiinfektim bakterial dhe për këtë arsye, në rastin e tamponit pozitiv për SARS-CoV-2 **nuk rekomandohet përdorimi i terapisë me antibiotikë**.

Terapia steroide:

Deri më sot, te pacientët e shtruar në spital me sëmundje të rëndë (që kërkojnë terapi me oksigjen dhe/ose ventilim), është vërtetuar një rezultat i qartë pozitiv përse i përket uljes së vdekshmërisë me terapinë steroide, veçanërisht me deksametazon (Soldesam) (e lartë, e fortë)¹³. Duket e arsyeshme, pasi të vlerësohet raporti rrezik-përfitim dhe merren parasysh sëmundje të mundshme bashkëshoqëruese, përdorimi i terapisë orale me steroide edhe në shtëpi (shumë e ulët, e dobët), vetëm tek ata pacientë që paraqesin:

- Saturim < 94% (që për këtë arsye, janë kandidatë për terapi me oksigjen).
- Të paktën 5-7 ditë me simptoma febrile dhe përfshirje pulmonare (periudha e mundshme e përfundimit të fazës së parë viremike dhe faza e dytë e mundshme e ku sistemi imunitar është i ulur.^{11,12}
- Pneumoni e diagnostikuar përmes vlerësimit objektiv dhe/ose ekografisë pulmonare.

Doza e rekomanduar është 6 mg deksametazon/ditë e administruar për 10 ditë dhe e modifikuar në bazë të përgjigjes klinike. (Shumë i ulët, i dobët)



Kujdes! Në mungesë të deksametazonit oral (në dozimin 6 mg/ditë për 10 ditë) është i arsyeshëm përdorimi i molekulave të ndryshme në doza të barasvlershme me të (p.sh. prednizon 40 mg/ditë; metilprednizolon 32 mg/ditë).

Rekomandohet monitorim i glicemive dhe rregullimi i mundshëm i terapisë hipoglicemike te pacienti diabetik.

Parandalimi i tromboembolisë venoze:

- Hiperkoagulabiliteti dhe tromboza (sipërfaqësore dhe e thellë) janë komplikacione të mundshme të njohura të COVID-19.¹⁴⁻¹⁶
- Përkundër mungesës së provave të forta shkencore për të mbështetur profilaksinë antitrombotike të heparinës me peshë të ulët molekulare te pacienti i prekur nga COVID-19, disa udhëzime rekomandojnë këtë qasje terapeutike te pacientët e shtruar në spital të cilët nuk kanë komplikacione gjatë përdorimit të EBPM¹⁷⁻¹⁹ (shumë e ulët, e fortë).

Është parë e arsyeshme të merret parasysh përdorimi i profilaksisë antitrombotike (Enoxaparin 4000UI s.c. ose 6000UI nëse pesha > 90 kg) te pacientët që janë në rrezik të lartë për komplikacione trombotike (shumë e ulët, e fortë), që do të thotë:

- Moshë ≥ 65
- BMI > 30
- Hiperkoagulueshmëri e njohur kongjenitale ose jatrogjenike
- Neoplazmë aktive (e ngurtë ose hematologjike)
- Regjim shtrati dhe/ose imobilizim i zgjatur
- Trombozë e venave të thella dhe/ose tromboemboli pulmonare
- Ndërhyrje kirurgjikale e kohëve të fundit
- Shtatzëni
- Përdorim i kontraceptivëve oralë ose terapive të zëvendësimit të hormoneve
- Prani e kateterëve venozë qendrorë (përfshirë PICC dhe port-a-cath)

Profilaksia antitrombotike duhet të vazhdohet deri në zhdukjen e simptomave klinike dhe shërimin e plotë funksional të pacientit (shumë e ulët, e dobët).

Nga ana tjetër, profilaksia antitrombotike duhet të shmanget te të gjithë pacientët në rrezik të lartë për hemorragji dhe/ose rrëzime. Gjithashtu, duhet shmangur në mënyrë absolute te të gjithë ata pacientë që kanë histori të trombocitopenisë së shkaktuar nga heparina (HIT) (shumë e ulët, e fortë).

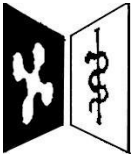
Administrimi i heparinës në dozën antikoagulante duhet të shmanget në mënyrë absolute në mungesë të dyshimit klinik dhe/ose radiologjik për trombozë të venave të thella (shumë e ulët, e fortë).

Në rast se pacienti tashmë po ndjek profilaksi antikoagulante orale (TAO ose ARO) kjo duhet të vazhdohet pa shtuar medikamente të tjera antikoagulante (shumë e ulët, e fortë).

Terapia me oksigjen në shtëpi

• Të vlerësohet rast pas rasti mundësia te subjektet me probabilitet të ulët për përparim të sëmundjes, përshkrimi i terapisë me oksigjen në shtëpi **në rastin e SO₂ <94%**, preferencialisht aty ku është e mundur, **pas vlerësimit të duhur në një Hot Spot** (shumë e ulët, e dobët).

• Në rast nevojë për terapi **O₂ mbi 3 litra në minutë ose SO₂ <90%** nevojitet shtrimi i pacientit në spital (shumë e ulët, e dobët).



- Në rast të vendosjes së terapisë mbështetëse me oksigjen në shtëpi rekomandohet të rritet monitorimi i pacientit me të paktën 2 kontakte ditore (shumë e ulët, e fortë).

Menaxhimi i terapisë në shtëpi tek individët "specialë"

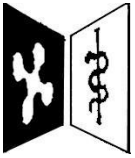
- Pacientët me diagnozë të sigurt, që përdorin në mënyrë rutinë terapi inhalimi (p.sh. pompë për astmë ose BPCO) rekomandohet të vazhdojnë ta përdorin atë. Sidoqoftë, ata duhet të jenë të vetëdijshëm për rrezikun më të madh të nebulizimit të virusit²⁰ (shumë e ulët, e fortë).
- Pacientët që përdorin në mënyrë rutinë ventilim jo invaziv për trajtimin e apnesë së gjumit, rekomandohet të vazhdojnë ta përdorin atë (duke u informuar gjithashtu për rrezikun e madh të aerosolizimit të virusit, veçanërisht nëse gjenden në karantinim shtëpiak, veçan njerëzve të tjerë.²¹ (shumë e ulët, e fortë)
- Terapitë steroide dhe/ose immunosupresive të vendosura më parë duhet të vlerësohen së bashku me specialistin për të përcaktuar rreziqet dhe përfitimet e tyre (shumë e ulët, e fortë)

Rëndësia e vaksinës së gripit dhe asaj antipneumokok

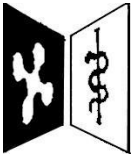
- Vakcina kundër gripit është demonstruar se sjell ulje të vdekshmërisë dhe shtrimeve në spital tek individët > 65 vjeç²² (e lartë, e fortë)
- Vaksinimi kundër gripit rekomandohet fuqimisht për të gjithë individët mbi moshën 60 vjeç, ose që iu përkasin kategorive të përfshira në planin kombëtar të vaksinimit të gripit 2020-2021²³. (e lartë, e fortë)
- Vakcina antipneumokok, nëse nuk është kryer ende, rekomandohet fuqimisht tek individët e moshës 65 vjeç e lart ose tek individët me gjendje klinike që janë pjesë e planit kombëtar të vaksinimit.²⁴ (e lartë, e fortë)
- Vaksinat kundër gripit dhe antipneumokok mund të administrohen në mënyrë të sigurt pasi të arrihet stabilitet klinik pasi është kaluar faza akute e sëmundjes.²⁴ (e lartë, e fortë)

Bibliografia

1. Porte L, Legarraga P, Vollrath V, Aguilera X, Munita JM, Araos R, et al. Evaluation of a novel antigen-based rapid detection test for the diagnosis of SARS-CoV-2 in respiratory samples. *Int J Infect Dis.* 2020;99:328–33.
2. Mak GC, Cheng PK, Lau SS, Wong KK, Lau CS, Lam ET, et al. Evaluation of rapid antigen test for detection of SARS-CoV-2 virus. *J Clin Virol.* 2020;129:104500.
3. Liotti FM, Menchinelli G, Lalle E, Palucci I, Marchetti S, Colavita F, et al. Performance of a novel diagnostic assay for rapid SARS-CoV-2 antigen detection in nasopharynx samples. *Clinical Microbiology and Infection* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 10];0. Available from: [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(20\)30583-8/abstract](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(20)30583-8/abstract)
4. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2020 Oct 30]. Available from: <https://www-cdc.gov.pros.lib.unimi.it/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>
5. Caputo ND, Strayer RJ, Levitan R. Early Self-Prone in Awake, Non-intubated Patients in the Emergency Department: A Single ED's Experience During the COVID-19 Pandemic. *Acad Emerg Med.* 2020;27:375–8.



6. Gautret P, Lagier J-C, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2020;105949.
7. Mitjà O, Corbacho-Monné M, Ubals M, Tebe C, Peñafiel J, Tobias A, et al. Hydroxychloroquine for Early Treatment of Adults with Mild Covid-19: A Randomized-Controlled Trial. *Clin Infect Dis*. 2020;
8. Skipper CP, Pastick KA, Engen NW, Bangdiwala AS, Abassi M, Lofgren SM, et al. Hydroxychloroquine in Nonhospitalized Adults With Early COVID-19 : A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2020;173:623–31.
9. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G, et al. A Trial of Lopinavir–Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. *New England Journal of Medicine*. 2020;0:null.
10. C M, V S, R C, C A-C, G I, P P. Implications of antibiotics use during the COVID-19 pandemic: present and future. *J Antimicrob Chemother* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 10]; Available from: <https://europepmc.org/article/med/32830266>
11. Chen J, Qi T, Liu L, Ling Y, Qian Z, Li T, et al. Clinical progression of patients with COVID-19 in Shanghai, China. *J Infect*. 2020;80:e1–6.
12. Cevik M, Kuppalli K, Kindrachuk J, Peiris M. Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. *BMJ* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 10];371. Available from: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3862>
13. WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group, Sterne JAC, Murthy S, Diaz JV, Slutsky AS, Villar J, et al. Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA*. 2020;324:1330–41.
14. Bilaloglu S, Aphinyanaphongs Y, Jones S, Iturrate E, Hochman J, Berger JS. Thrombosis in Hospitalized Patients With COVID-19 in a New York City Health System. *JAMA*. 2020;324:799–801.
15. Menter T, Haslbauer JD, Nienhold R, Savic S, Hopfer H, Deigendesch N, et al. Postmortem examination of COVID-19 patients reveals diffuse alveolar damage with severe capillary congestion and variegated findings in lungs and other organs suggesting vascular dysfunction. *Histopathology*. 2020;
16. Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M, Haverich A, Welte T, Laenger F, et al. Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis, and Angiogenesis in Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;383:120–8.
17. Spyropoulos AC, Levy JH, Ageno W, Connors JM, Hunt BJ, Iba T, et al. Scientific and Standardization Committee communication: Clinical guidance on the diagnosis, prevention, and treatment of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. *J Thromb Haemost*. 2020;18:1859–65.
18. Barnes GD, Burnett A, Allen A, Blumenstein M, Clark NP, Cuker A, et al. Thromboembolism and anticoagulant therapy during the COVID-19 pandemic: interim clinical guidance from the anticoagulation forum. *J Thromb Thrombolysis*. 2020;50:72–81.
19. Prevention, Diagnosis, and Treatment of VTE in Patients With Coronavirus Disease 2019: CHEST Guideline and Expert Panel Report - PubMed [Internet]. [cited 2020 Oct 30]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pros.lib.unimi.it/32502594/>
20. Ari A. Practical strategies for a safe and effective delivery of aerosolized medications to patients with COVID-19. *Respir Med*. 2020;167:105987.
21. Ari A. Use of aerosolised medications at home for COVID-19. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020;8:754–6.
22. Demicheli V, Jefferson T, Di Pietrantonj C, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2:CD004876.

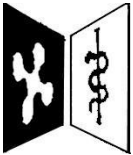


23. Salute M della. Influenza, la circolare con le raccomandazioni per la stagione 2020-2021 [Internet]. [cited 2020 Nov 10]. Available from:

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4859

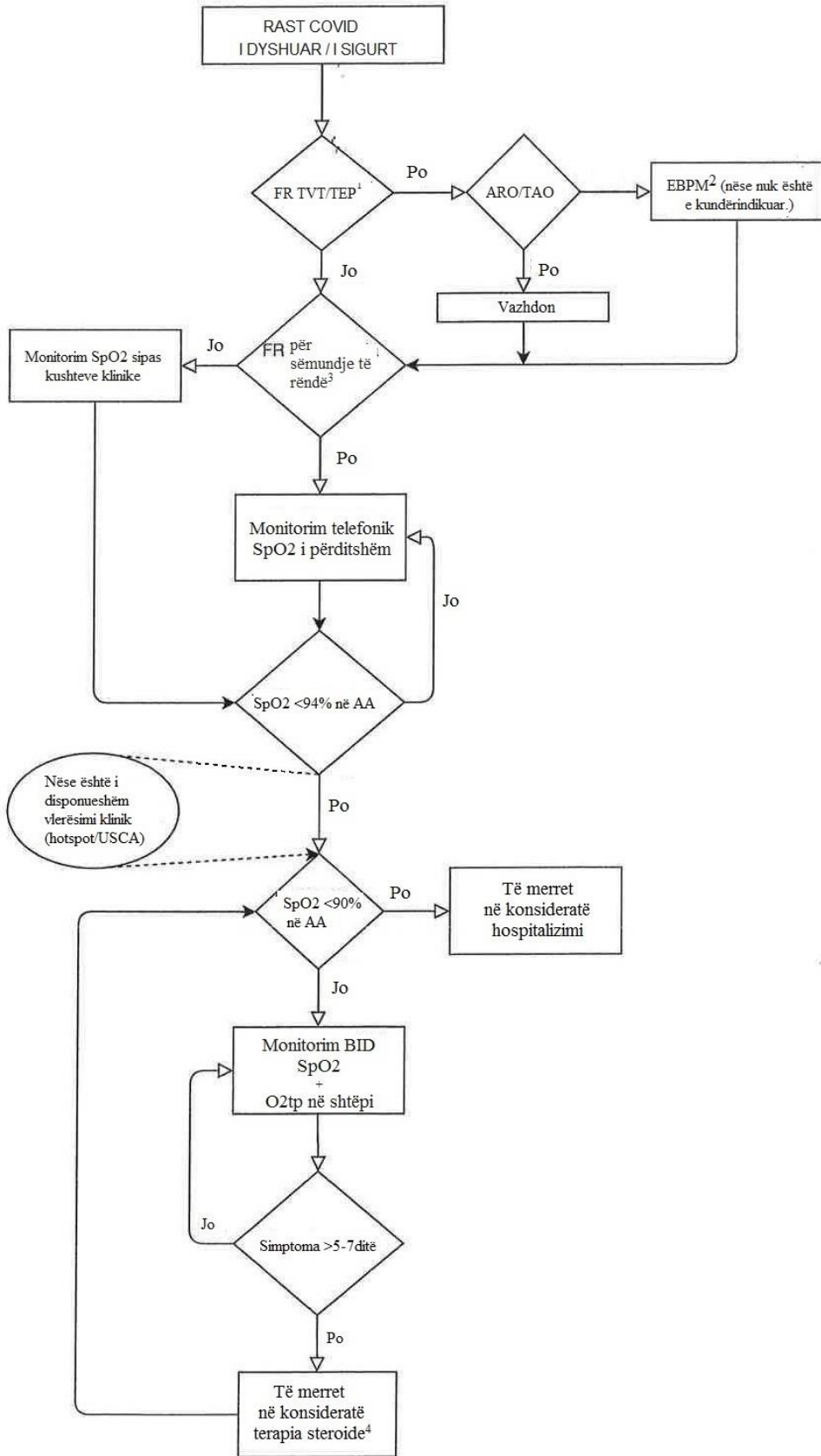
24. Piano nazionale prevenzione vaccinale [Internet]. [cited 2020 Nov 11]. Available from:

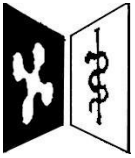
<http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4828&area=vaccinazioni&menu=vuoto>



Legjenda e shkurtimeve

- FR: Faktorët e rrezikut
- TVT: Tromboza e venave të thella
- TEP: Tromboembolia pulmonare
- ARO: Antikoagulantët e rinj oralë
- TAO: Terapia antikoagulante orale
- EBPM: Heparinë me peshë të ulët
- SpO2: Saturimi perkutan i oksigjenit
- AA: Ajri i ambientit (FiO2 21%)
- BID: Bis In Die (dy herë në ditë)
- O2tp: Oksigjenoterapia





1: Faktorët e rrezikut për hiperkoagulim

Mosha ≥ 65

BMI > 30

Hiperkoagulim kongjenitale/jatrogjenike

Regjim shtrati dhe/ose imobilizim i zgjatur

TVP/TEP të mëparshme

Ndërhyrje kirurgjikale të kryera së fundmi

Përdorim i kontraktivëve oralë ose terapive të zëvendësimit të hormoneve

Prani e kateterëve venozë qendrorë (përfshirë PICC dhe port-a-cath)

2: Dozat dhe kohëzgjatja e heparinës profilaktike

Enoxaparin sodike 4000UI (6000UI nëse pesha është > 90 Kg)

Deri në shërimin e plotë dhe në zhdukjen e të gjitha simptomave

3: Faktorët e rrezikut për sëmundjet e rënda

Mosha > 50 vjeç

BMI > 30

Neoplazi

Insuficiencë renale kronike

Bronkopneumopati kronike obstruktive

Imunosupresion jatrogjenik nga transplantimi i organeve të ngurta

Kardiomiopati (sëmundje e arterieve koronare dhe/ose infarkt i zemrës)

Anemi e qelizave në formë drapri

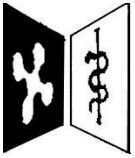
Diabet mellitus i tipit 2

Dozimi dhe kohëzgjatja e terapisë me steroide

Deksametazon 6 mg çdo 24 orë ose doza ekuivalente të

(prednizon 40mg/ditë ose metilprednisolon 32mg/ditë)

10 ditë të modifikueshme në bazë të përgjigjes klinike.



Falënderojmë:

Prof. Massimo Galli, drejtor i njësisë operative, Sëmundjet Infektive, Spitali Sacco Milano

Dr. Andrea Giacomelli, Sëmundjet Infektive, Spitali Sacco, Milano

Dr. Gabriele Pagani Sëmundjet Infektive, Spitali Sacco, Milano

Dr. Maria Grazie Manfredi, OMCeO, Milano

Dr. Giuseppe Enrico Rivolta, OMCeO, Komo

Dr. Germano Bettoncelli, OMCeO, Breshia

Dr. Pietro Belloni, OMCeO, Lodi

Koordinator: Dr. Marco Cambielli, OMCeO, Varese