



QUARTA VIDEOCONFERENZA COVID IN PS - 01/04

Riassunto

Gli speaker presenti erano:

- Guido Bertolini: Direttore del laboratorio di epidemiologia clinica dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri
- Roberto Cosentini: Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo
- Mirko di Capua: Ospedale Maggiore di Lodi
- Federica Occhipinti e Elena Targetti: Centro di Coordinamento Gruppo Fenice
- Giuseppe Sechi: direttore sanitario AREU

1) Gestione clinica non ventilatoria del paziente COVID – Roberto Cosentini

Vi è ancora grande confusione e vi sono discordanze tra i vari centri sulle terapie mediche e sulla diagnostica per immagini.

TC torace

E' un esame proponibile in relazione al numero di malati che si presentano in ospedale a seconda della specifica fase dell'epidemia. Quando i malati sono pochi, la TC può avere un ruolo nella diagnostica del paziente sospetto per dare indicazione al reparto corretto di ricovero, avendo una sensibilità più alta rispetto al tampone ed evidenziando lesioni più precoci. Un secondo ruolo fondamentale è nella diagnosi di TEP, complicanza molto frequente nel paziente COVID.

Terapia

Per dare indicazioni terapeutiche si parte dal presupposto patogenetico della malattia, divisa in due fasi:

- **Fase 1** di replicazione virale → in cui avrebbe senso antivirale:
 - Utile remdesivir?
 - Interrotto utilizzo lopinavir/ritonavir dopo evidenze di futilità
- **Fase 2** di flogosi florida → in cui avrebbe senso anti-infiammatorio:
 - Idrossiclorochina: sostenuta da studio Marsiglia, piccola coorte, sia per paziente dimesso che per ricoverato, evidenze limitate ma ancora in uso
 - Steroide: metilprednisolone 1 mg/kg
 - Tocilizumab: anti-IL-6, ancora dati aneddotici di risposte molto positive, ma farmaci di difficile reperimento. Non chiaro se risposta.

In aggiunta:

- Profilassi EBPM: anche qui diversi approcci nei diversi centri. In generale si è notato uno stato ipercoagulativo con frequenti episodi di TEP, anche massive; in questi casi ovviamente l'indicazione è alla terapia con enoxaparina 100 UI/kg x 2/die. Nella profilassi in alcuni centri

si utilizza un dosaggio intermedio con 70 UI/kg x 2, nella maggior parte dei casi si usa invece il dosaggio profilattico classico 4000 UI/die.

- Antibiotico solo se c'è un sospetto clinico fondato di polmonite batterica
- Sildenafil: non indicato, soprattutto vista la patogenesi vasoplegica della patologia (e non vasospastica a livello polmonare come sembrava inizialmente)
- Paracetamolo: a orario fisso perché puntate febbrili deteriorano molto il paziente

2) Svezzamento dalla CPAP del paziente COVID - Mirko Di Capua

Lo svezzamento precoce rientra nel discorso della corretta allocazione delle risorse. Inoltre la CPAP prolungata non porta a un miglioramento del paziente, in parte perché potrebbe alterare la meccanica respiratoria, in parte perché potrebbe essere un segno di ritardo nell'intubazione o di errata terapia medica. Peraltro ecograficamente non sembra esserci un reclutamento sostanziale del polmone nel paziente in CPAP, quindi la CPAP non può essere considerata "curativa" in questi pazienti.

E' quindi importante:

- Iniziare precocemente la CPAP (PEEP 8-12 cmH₂O)
- Ridurre PEEP velocemente dopo la prima fase aggressiva così da non rendere il paziente PEEP dipendente o da non ritardare l'IOT (se non riesce a reggere senza PEEP, probabilmente necessita upgrade terapeutico)
- Fare attenzione alla distensione di stomaco e intestino che peggiora l'inappetenza e la dinamica respiratoria (soprattutto a PEEP elevate)
- Evitare puntate febbrili (vedi sopra)
- Utilizzare la frequenza respiratoria come monitoraggio dello status del paziente, più che la saturazione
- Eseguire ecografia del diaframma per valutare la mobilità come indicazione della qualità del respiro: non deve essere né troppa (indice aumento del lavoro respiratorio) né troppo poca (indice di iperinflazione addominale o toracica)
- Impostare nutrizione enterale o parenterale precoce, soprattutto in CPAP.
- Gestire adeguatamente idratazione: inizialmente abbondante per pareggiare la disidratazione domiciliare e successivamente conservativa per non peggiorare ARDS (bilancio tendenzialmente negativo).
- Iniziare lo svezzamento dalla CPAP ai pasti, se possibile con HFNC, non con O₂ terapia convenzionale
- Considerare che la Bi-level non è indicata come alternativa se la CPAP fallisce → upgrade o de-escalation terapeutica
- Seguire linee condivise nel proprio centro ma ricordarsi di adattare la terapia al singolo paziente

Proposta di protocollo gestionale Lodigiano

Inizialmente si parte con una gestione aggressiva con CPAP per 24 h con PEEP di 8-14 cmH₂O a titolare SpO₂ 94-96%, poi si inizia a ridurre la PEEP.

- Se buona risposta di SpO₂ e RR → responder → ridurre anche FiO₂ e continuare **svezzamento**, inizialmente ai pasti, poi CPAP solo notturna, poi stop. Possibile che il paziente necessiti nuovamente CPAP se dovesse peggiorare.
- Se non risposta → upgrade **IOT** se indicata

Il ruolo della pronazione con CPAP è ancora da stabilire, forse è solo un modo di prendere tempo. Necessario ulteriore studio.

3) Presentazione dello studio EC-COVID - Federica Occhipinti ed Elena Targetti

Obiettivi studio:

- Raccolta dati per sviluppare modelli prognostici
- Verificare efficacia trattamento precoce con CPAP

Tipologia studio:

E' uno studio osservazionale ambispettico (retrospettivo + prospettico) con annesso trial randomizzato (utilizzo di CPAP esclusivamente con casco per ridurre aerosol e per migliorare comfort del paziente)

Metodi:

Si effettuerà una raccolta dati online, i centri saranno dotati di una credenziale unica per chiunque compili.

La randomizzazione deve essere effettuata il prima possibile, sempre sulla piattaforma online, al primo contatto tra il medico di ps e il paziente per stabilire a quale braccio è destinato il paziente (CPAP precoce o non CPAP). Ci sarà poi la raccolta dati giornaliera, con inserimento di esami ematochimici a giorni specifici e dell'eventuale ecografia torace.

La raccolta dati in alcuni centri è a carico del personale di reparto o di personale esterno dedicato (specializzandi, neo abilitati), a seconda del carico di lavoro del reparto stesso.

Inviare eventuali ulteriori candidature a fenice@marionegri.it

4) L'emergenza COVID vissuta dal 112/118 - Giuseppe Sechi

Inizialmente il carico di lavoro per la Centrale Unica di Areu Lombardia è stato eccezionale (quasi quadruplicate le chiamate) ma in pochi giorni e soprattutto dopo l'istituzione del numero verde, il numero di chiamate si è nettamente ridotto. È stato necessario istituire delle Sale Operative dedicate per ridurre la pressione su quelle pre-esistenti, dove le patologie tempo dipendenti devono comunque essere gestite in modo prioritario. Un evento collaterale a tutto questo è stata la richiesta di chiusura dei PS all'arrivo di altri mezzi di soccorso per carenze strutturali (posti letto, O2, ventilatori, barelle) o di personale. È stato necessario modificare le aree di competenza abituali dei mezzi di soccorso con l'utilizzo di ospedali non utilizzati per la ricezione massiva di pazienti.

A cura del dott. Alessandro Lamorte, USL della Valle d'Aosta