

STANOWISKO KONSULTANTÓW KRAJOWYCH: MEDYCZYNY RODZINNEJ, CHORÓB ZAKAŻNYCH ORAZ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII WE WSPÓŁPRACY Z RADĄ MEDYCZNĄ PRZY PREMIERZE RP Z DNIA 01.02.2021

Podsumowanie zaleceń

Pacjent leczony z powodu COVID-19 w warunkach domowych, zwłaszcza z czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu choroby, wymaga stałego monitorowania z uwagi na ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Leczenie stosowane w łagodnym przebiegu sprowadza się do stosowania leków objawowych, jak w innych ostrych infekcjach wirusowych dróg oddechowych. W sytuacji pogorszenia przebiegu choroby, pacjent powinien jak najszybciej trafić do szpitala, gdzie ma szansę na uzyskanie skutecznego leczenia. Nie należy opóźniać kierowania pacjenta do leczenia szpitalnego.

1. Nie zaleca się stosowania deksametazonu u chorych na COVID-19 leczonych w domu.

Wyniki badań klinicznych, w tym przede wszystkim badania RECOVERY oraz oparte na nich wytyczne AOTMiT wskazują na korzyść ze stosowania deksametazonu w dawce 6 mg dziennie u hospitalizowanych pacjentów z COVID-19 wymagających tlenoterapii lub mechanicznej wentylacji płuc.

U chorych na COVID-19 niewymagających tlenoterapii, ani mechanicznej wentylacji płuc stosowanie glikokortykosteroidów zwiększa ryzyko zgonu.

2. 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.

Pacjent z chorobą COVID-19, u którego pojawia się niewydolność oddechowa wymagająca stosowania tlenoterapii, wymaga niezwłocznego leczenia w warunkach szpitalnych. Tlenoterapia domowa jest powszechnie stosowana w leczeniu pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, lecz nie może być stosowana w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej. Pojawienie się ostrej niewydolności oddechowej świadczy o postępie choroby i groźbie bardzo szybkiego pogorszenia, mogącego prowadzić do bezpośredniego zagrożenia życia. Dodatkowo, 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 (5-8 dni od wystąpienia objawów).

3. Nie zaleca się stosowania glikokortykosteroidów wziewnych w leczeniu COVID-19 – brak danych dotyczących skuteczności.

Brak danych dotyczących stosowania GKS wziewnych u pacjentów z COVID-19 uzasadniających takie leczenie. W takiej sytuacji AOTMiT nie wydał zalecenia w tej sprawie.

4. Nie zaleca się stosowania w leczeniu COVID-19 leków o potencjalnym działaniu przeciwwirusowym charakteryzujących się wątpliwą skutecznością lub o dowiedzionej nieskuteczności, w tym: amantadyny, chlorochiny, hydrochlorochiny, lopinawiru z rytonawirem, azytromycyny.

Znaczne ilości danych z badań klinicznych, w tym największych – SOLIDARITY, RECOVERY i REMAP-CAP wskazują na brak korzyści ze stosowania chlorochiny, hydroksychlorochiny, azytromycyny i lopinawiru z rytonawirem u chorych na COVID-19.

Opublikowane wyniki badań nie uzasadniają stosowania amantadyny u chorych na COVID-19.

- 5. Nie zaleca się włączania leków przeciwplatek, ani przeciwzakrzepowych w leczeniu COVID-19 u chorych przebywających w domu, o ile nie pojawią się wskazania inne niż zakażenie koronawirusem.**

Wyniki wstępnych badań wskazują na zmniejszenie ryzyka postępu choroby u pacjentów z COVID-19, leczonych przewlekle kwasem acetylosalicylowym. Natomiast brak dotychczas danych dotyczących skuteczności stosowania kwasu acetylosalicylowego i innych leków przeciwplatekowych włączanych w chwili rozpoznania COVID-19.

- 6. Nie zaleca się stosowania innych leków, w tym inhibitorów ACE i statyn w leczeniu choroby COVID-19.**

Brak danych uzasadniających stosowanie innych grup leków u chorych z COVID-19, poza badaniami naukowymi prowadzonymi za zgodą komisji bioetycznej.

- 7. Zaleca się kontynuowanie bez zmian dotychczasowego leczenia farmakologicznego, w tym: glikokortykosteroidów – także wziewnych – ze wskazań innych niż COVID-19, niesteroidowych leków przeciwzapalnych, leków przeciwnadciśnieniowych (w tym inhibitory ACE), statyn, leków przeciwplatekowych i przeciwzakrzepowych.**

Nie wykazano zwiększenia ryzyka zgonu związanego z leczeniem częstych chorób przewlekłych. Dlatego zaleca się kontynuację stałego leczenia tych schorzeń.

- 8. Zaleca się stosowanie leków przeciwgorączkowych (najskuteczniejsze są niesteroidowe leki przeciwzapalne lub paracetamol) w przypadku gorączki >38,5 st. C.**

Na podstawie zaleceń National Institutes of Health (NIH), opartych na zasadach ogólnie przyjętych w chorobach infekcyjnych.

- 9. Brak danych dotyczących wyższości poszczególnych niesteroidowych leków przeciwzapalnych nad innymi. Brak również dowodów na ich szkodliwość.**

Pomimo wstępnych doniesień o ewentualnej szkodliwości stosowania ibuprofenu, kolejne badania kliniczne na dużych populacjach chorych na COVID-19 nie wykazały takiej zależności. Dlatego brak jest danych uzasadniających wybór poszczególnych leków z tej grupy.

- 10. Zaleca się utrzymanie podaży płynów odpowiedniej do temperatury ciała, ale nie mniejszej niż 2000 ml na dobę. W przypadku chorych z przewlekłą niewydolnością serca i przewlekłą niewydolnością nerek wskazana jest samokontrola diurezy, nasilenia obrzęków oraz codzienny pomiar masy ciała.**

Zalecenie oparte na zasadach ogólnie przyjętych w chorobach infekcyjnych.

- 11. Stosowanie antybiotyków w chorobie COVID-19 jest uzasadnione wyłącznie u osób z przewlekłymi chorobami zapalnymi z zakażeniem (np. POChP), poddawanych immunosupresji lub z niedoborami odporności z innych przyczyn, oraz w razie przewlekającej się infekcji dolnych dróg oddechowych (>14 dni) z cechami zakażenia bakteryjnego – np. pojawienie się ropnej płwociny.**

Zalecenie oparte na zasadach ogólnie przyjętych w chorobach infekcyjnych na podłożu wirusowym, w związku z nieskutecznością antybiotyków w zakażeniach wirusowych oraz w celu zapobiegania selekcji szczepów bakterii lekoopornych.

12. Zaleca się stosowanie leków przeciwkaszlowych u chorych z nasilonym kaszlem (utrudniającym mówienie i sen). W ciężkich przypadkach można rozważyć stosowanie preparatów z zawartością kodeiny.

Zalecenie wydane przez NIH w związku z obserwacją, że kaszel jest częstym objawem pogarszającym wydolność oddechową oraz utrudniającym funkcjonowanie pacjentów z COVID-19.

13. Brak wiarygodnych danych dotyczących wpływu stosowania witaminy D na ryzyko zakażenia i przebieg choroby COVID-19. Ze względu na powszechny niedobór wit. D w populacji – szczególnie w okresie jesiennym i zimowym – oraz niewielkie ryzyko powikłań zaleca się stosowanie suplementacyjnej dawki wit. D do 2000 IU dziennie u dorosłych (do 4000 IU u osób powyżej 75 roku życia), zgodnie z zaleceniami suplementacji tej witaminy w populacji polskiej.

Zalecenie AOTMiT wskazują na ryzyko cięższego przebiegu choroby u pacjentów z niedoborami witaminy D, przy jednoczesnym małym ryzyku związanym ze stosowaniem tego preparatu. Zasady suplementacji i leczenia witaminą D – nowelizacja 2018 r. jednoznacznie wskazują na konieczność suplementacji tej witaminy w całej populacji polskiej, przez większość roku. Jednocześnie ostatnie dane opublikowane w *The Lancet Diabetes&Endocrinology* wskazują na brak istotnego wpływu podawania witaminy D na przebieg ostrych infekcji dróg oddechowych.

14. Brak wiarygodnych danych dotyczących skuteczności innych leków i suplementów diety w leczeniu COVID-19, w tym witaminy C i cynku.

Wyniki dotychczasowych badań nie uzasadniają stosowania witaminy C, ani cynku u chorych z ciężką sepsą. Dotychczas brak danych dotyczących korzyści ze stosowania tych preparatów u chorych z COVID-19.

15. Zaleca się regularne pomiary ciśnienia tętniczego u chorych na COVID-19 w wieku >65 lat oraz u wszystkich leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego i niewydolności serca.

Zalecenie oparte na ogólnych zasadach postępowania u chorych z nadciśnieniem tętniczym oraz niewydolnością serca, szczególnie z współistniejącą chorobą infekcyjną.

16. Zaleca się monitorowanie saturacji krwi tętniczej tlenem za pomocą pulsoksymetru u wszystkich pacjentów z dusznością spoczynkową, a szczególnie u osób w wieku >60 lat.

W związku z częstym występowaniem u chorych na COVID-19 niewydolności oddechowej z głęboką hipoksemią bez subiektywnego uczucia duszności, uzasadnione jest monitorowanie saturacji, szczególnie u pacjentów w podeszłym wieku i/lub osób obciążonych schorzeniami towarzyszącymi. Optymalnym rozwiązaniem jest włączenie pacjenta do programu Domowej Opieki Medycznej (system PulsoCare), w którym będzie stale monitorowany – <https://www.gov.pl/web/domowaopiekamedyczna>

17. Zaleca się skierowanie pacjenta do szpitala, w razie wystąpienia następujących okoliczności:

1. Duszności występującej w spoczynku i utrudniającej mówienie, częstości oddechów powyżej 30 na minutę
2. Sinicy lub hipoksemii – saturacji krwi tętniczej tlenem zmierzonej pulsoksymetrem <94% (w przypadku chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową – np. POChP, zwłóknienie

płuc – SpO₂ <88%). **Hipoksemia jest wskazaniem do hospitalizacji niezależnie od subiektywnego uczucia duszności.**

3. Gorączki powyżej 39 stopni Celsjusza – szczególnie utrzymującej się przez ponad dobę i powodującej bardzo znaczne osłabienie pacjenta w wieku średnim lub podeszłym.
4. Kaszlu utrudniającego swobodne oddychanie i mówienie
5. Bólu w klatce piersiowej
6. Spadku ciśnienia tętniczego krwi poniżej 90/60 mmHg (jeśli chory zazwyczaj ma wyższe)
7. Zmian świadomości i zachowania – trudność w obudzeniu chorego, niepokojąca zmiana zachowania i sposobu mówienia, utrudniony lub niemożliwy kontakt z chorym, utrata przytomności

Źródła danych:

1. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji: [Farmakoterapia COVID-19 – aktualizacja Zaleceń \(wersja 2.0, 27 listopada 2020 r.\)](https://www.aotm.gov.pl/media/2020/12/Farmakoterapia-COVID-19-Aktualizacja-wersja-2.0-27-listopada-2020-r_new_aktualna.pdf)
https://www.aotm.gov.pl/media/2020/12/Farmakoterapia-COVID-19-Aktualizacja-wersja-2.0-27-listopada-2020-r_new_aktualna.pdf
2. National Institutes of Health: Therapeutic Management of Patients with COVID-19 <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapeutic-management/>
3. UpToDate Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Outpatient evaluation and management in adults. <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-outpatient-evaluation-and-management-in-adults>
4. Rusińska A. i wsp. Zasady suplementacji i leczenia witaminą D – nowelizacja 2018 r. <http://mavipuro.pl/jourarch/PN2018001.pdf> (dostęp 17.01.2021)
5. Hai Pham et al. The effect of vitamin D supplementation on acute respiratory tract infection in older Australian adults: an analysis of data from the D-Health Trial. [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(20\)30380-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(20)30380-6/fulltext) (dostęp 17.01.2021)
6. Flisiak R, Parczewski M, Horban A, et al. Management of SARS-CoV-2 infection: recommendations of the Polish Association of Epidemiologists and Infectiologists. Annex no. 2 as of October 13, 2020. Pol Arch Intern Med. 2020; 130: 915-918. doi:10.20452/pamw.15658

Autorzy stanowiska:

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej – dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych – prof. dr hab. Andrzej Horban

Konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – prof. dr hab. Radosław Owczuk

Członkowie Rady Medycznej:

Wyżej wymienieni oraz:

Prof. dr hab. Piotr Czauderna

Prof. dr hab. Robert Flisiak

Prof. dr hab. Tomasz Laskus

Prof. dr hab. Bartosz Łoza
Prof. dr hab. Magdalena Marczyńska
Dr hab. Iwona Paradowska-Stankiewicz
Prof. dr hab. Miłosz Parczewski
Prof. dr hab. Małgorzata Pawłowska
Prof. dr hab. Anna Piekarska
Prof. dr hab. Krzysztof Pyrc
Prof. dr hab. Krzysztof Simon
Dr n. med. Konstanty Szuźdrzyński
Prof. dr hab. Krzysztof Tomasiewicz
Prof. dr hab. Jacek Wysocki
Dr n. med. Artur Zaczyński