 **** 

**FICHE 1**

**PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE d’un sujet âgé COVID (+)**

**à domicile, en résidence autonomie ou en EHPAD**

Pour les établissements s’assurer de la disponibilité des molécules et dispositifs médicaux en pharmacie.

**Traitement antalgique-antipyrétique**

* Paracétamol per os ou injectable
	+ 1g/6h si douleur et/ou T°>38°5C
	+ 1g/8h si > 75 ans, si poids < 50kg, si DFG < 10ml/min, si insuffisance hépato-cellulaire légère à modérée, si éthylisme chronique
* Paracétamol injectable : Perfalgan
	+ Le [décret du 16 octobre 2020](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042430554) donne la possibilité de disposer des spécialités à base de [paracématol](https://www.vidal.fr/substances/2649/paracetamol/) injectable en médecine de ville, pour la prise en charge ambulatoire de la fièvre et de la douleur des patients infectés par le SARS-CoV-2. La prescription peut être établie par tous médecins et la dispensation est réalisée en rétrocession par les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur
* AINS :

Il est recommandé de ne pas les introduire

Leur poursuite en cas de traitement chronique doit faire l’objet d’un avis notamment si une corticothérapie est envisagée

**THROMBO-PROPHYLAXIE**

**Elle devra toujours impliquer une évaluation du risque hémorragique.**

* **Molécules** :

 Enoxaparine (Lovenox°) : 4000 UI/24h SC

 Tinzaparine (Innohep°) : 4500 UI/24h SC

 Fondaparinux (Arixtra°) : 2,5 mg/24h SC **si Clcr > 50 ml/mn**

* **SI** insuffisance rénale sévère selon clairance de la créatinine (Clcr)
	+ - Clcr entre 20 et 30 ml/mn : tinzaparine 3500 UI/24h SC
		- Clcr entre 15 et 30 ml/mn : enoxaparine 2000 UI/24h SC
		- Clcr <15 ml/mn : **Indication à discuter avec la plateforme/hotline gériatrique**
		- Calciparine 5000 UI (= 0,2 ml injection sous-cutanée en seringue pré-remplie) deux fois par jour
* **SI** obésité
* IMC entre 30 et 40kg/m2 : enoxaparine 6000 UI/jour SC (appelé anticoagulation à dose intermédiaire)
* IMC > 40kg/m2 : enoxaparine IMC x 2 (exemple, IMC à 42 => enoxaparine 4000 UI matin et soir)
* **Surveillance :**
* Pas de surveillance de l’activité anti-Xa
* Surveillance des plaquettes 2 fois /semaine recommandée (1 fois au minimum) car patients avec comorbidités à risque de thrombopénie induite par héparine
* **Durée :** 7 à 10 jours
* Prolongation de la thromboprophylaxie au-delà du 10ème jour chez des patients à haut risque thrombotique et faible risque hémorragique

**Pas d’association HBPM avec AOD ou AVK**

* **SI** patient sous AVK avec risque d’instabilité de l’INR et risque d’interactions médicamenteuses :
* discuter relai par HBPM ou HNF selon antécédents, fonction rénale et traitements associés
* **SI** patient sous AOD : maintien de l’AOD
* Dans les autres situations (cancer actif, antécédent de maladie thromboembolique ou thrombophilie), recours à l’expertise de la plateforme gériatrique pour avis concerté.

Dans tous les cas, réévaluer régulièrement la balance bénéfice risque

**OXYGENOTHERAPIE**

**Le recours à l’oxygénothérapie requiert le recours à un avis gériatrique (plateforme/hotline) pour discuter de l’indication d’une hospitalisation**

* + Indication : SpO2 ≤ 94% (≤ 90% pour les patients BPCO/IRC)
	+ Débit adapté au maintien d’une saturation cible SpaO2 > entre 92 et 96% (entre 88 et 92% si BPCO/IRC) en débutant à 2l/mn
	+ Lunettes jusqu’à un débit de 4-6l/min
	+ Masque si débit >4-6 l/min et acceptation par le résident
* Après décision d’oxygénothérapie à domicile ou en EHPAD, possibilité d’augmenter le débit jusqu’à 9l/mn pour confort

**AEROSOLS : INTERDITS**

* Excepté chez les patients asthmatiques/BPCO/IRC chez lesquels les traitements inhalés ne doivent pas être arrêtés
* Avec mesures de protections adéquates pour le personnel

**CORTICOTHERAPIE**

* + **Indication :**
		- SaO2 < à 94% ou 90% pour les BPCO/IRC
		- Non possibilité d’hospitalisation
		- Discussion au cas par cas chez les patients de plus de 70 ans
	+ **Molécules :**
		- Dexaméthasone : 6 mg par jour (IV ou PO)
		- Methylprednisolone :
			* PO Medrol° : 32 mg/j
			* IV ou SC Solumedrol° : 20 mg/j
		- Prednisolone
			* PO Solupred°: 40 mg/j
		- Prednisone  :
			* PO Cortancyl° : 40 mg/j
	+ **Voie** : Privilégier voie orale
	+ **Durée** :10 jours
	+ Surveillance majorée si diabète préexistant

**HYDRATATION** (IV ou hypodermoclyse/SC)

* + Envisager perfusion sous-cutanée si apport per os < 1 litre/24h
	+ G5 + 4 g de NaCl /l (sans apport potassique)
	+ 1000 cc la nuit
	+ Surveillance/adaptation des doses de diurétiques
	+ Surveillance accrue si insuffisance cardiaque

**Attention** : toute hypernatrémie >150 mmol/l nécessite une réhydratation intraveineuse (IV)

**ANTIBIOTHERAPIE : Pas de prescription systématique**

Discussion selon clinique (expectorations purulentes) et/ou recours à oxygénothérapie > 6l/mn

* + **Indication :**
		- Pneumonie non grave ( O2 < 2l ; qSOFA < 2) :
		- Amoxicilline + Acide clavulanique :1g x 3/j PO
		- si allergie, Pristinamycine :1g x3 fois /j
		- Pneumonie grave ou facteur de risque de gravité :
		- Ceftriaxone IV/SC 1g/j

+

* + - macrolide disponible
			* Spyramycine (Rovamycine°) 3 M UI: 1 cp 3x/24H
			* Clarythromycine : 500 mg 2 fois/j
		- si allergie vraie aux ß lactamines
			* Lévofloxacine: 500 mg 1 fois/j en l’absence de contre indication et d’insuffisance rénale
	+ **Durée :** 5 à 7 jours maximum

**MESURES COMPLEMENTAIRES**

* Prévention du syndrome d’immobilisation et évaluation du risque d’escarres
* Mobilisation précoce même si oxygénothérapie : intervention du kinésithérapeute dès le 3ème jour (mobilisation active au lit puis marche)
* Prévention des troubles ventilatoires par **kinésithérapie respiratoire** avec exercices de mobilisation diaphragmatique pour lutter contre le collapsus alvéolaire
* Repérage et prévention des troubles de déglutition
* Hydratation et soins de bouche systématiques
* Contrôle des troubles digestifs (constipation, fécalome, diarrhées).
* Nutrition : 3 compléments /j de façon systématique
* Contrôle des facteurs aggravant le syndrome confusionnel
* **Adaptation des traitements antihypertenseurs**
	+ Ne pas interrompre les IEC/ARA2
	+ Arrêt des antihypertenseurs dès que la pression artérielle systolique est inférieure à 110 mmHg ou si état hémodynamique instable

**FICHE 2**

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES à réaliser**

**chez un sujet âgé COVID (+) à domicile, en résidence autonomie ou en EHPAD**

Bilan sanguin **à réaliser à J1/J2 chez** les patients positifs pour COVID 19 et **à adapter au contexte**

* Bilan général :
	+ NFS, plaquettes
	+ Albumine
	+ Transaminases, phosphatases alcalines, bilirubine
	+ CPK
	+ LDH
* Electolytes/hydratation :
	+ Ionogramme sanguin
	+ Créatinine
	+ Magnésium

* Inflammation/gravité/pronostic :
	+ CRP
	+ Ferritine
	+ Troponine
* Risque thrombogène :
* D Dimères,
* Fibrinogène,
* TP, TCA,

A répéter selon l’évolution entre J3 et J7 (après éventuelle concertation avec la plateforme/hotline) : **afin d’identifier les marqueurs prédictifs d’une éventuelle phase d’aggravation pouvant survenir à J7 ou J8** : leucopénie, lymphopénie, syndrome inflammatoire ++, taux de LDH

ECG si possible : en raison du risque de myocardite, d’infarctus du myocarde et de troubles du rythme (attention si espace Qt > 450 ms).

**FICHE 3**

**SURVEILLANCE DES SIGNES VITAUX chez un sujet âgé COVID (+)**

**à domicile, en résidence autonomie ou en EHPAD**

Traçabilité de la surveillance sur informatique ou feuille de surveillance datée

* 3 à 6 fois /24 heures à adapter à l’état respiratoire
* Fréquence cardiaque,
* fréquence respiratoire,
* Oxymétrie par saturomètre de pouls (SpO2)
* 3 fois /24 heures :
* Température,
* Pression artérielle,
* Etat de vigilance (Glasgow ou autre score)
* 1 fois /24 heures :
* Fiche de surveillance hydrique et mictionnelle : quantification des apports et de la diurèse
* Contrôle quotidien de la présence d’une diurèse, du transit intestinal
* Adaptation des traitements en cours