****  

**FICHE 1**

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

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

**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 :
  + interdits
  + Si traitement chronique par AINS pour une pathologie rhumatologique, discuter maintien si corticothérapie débutée (FORMULATION PAS CLAIRE).

**THROMBO-PROPHYLAXIE SYSTEMATIQUE**

* **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 : clairance de la créatinine (Clcr) < 30 ml/mn
* 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 :
  + - Calciparine 5000 UI (= 0,2 ml injection sous-cutanée en seringue pré-remplie) deux fois par jour
    - **Indication à discuter avec la plateforme/hotline gériatrique**
* **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
* **SI** obésité
* BMI entre 30 et 40kg/m2 : Enoxaparine 6000 UI/jour SC
* BMI > 40kg/m2 : Enoxaparine BMI x 2 (exemple, BMI à 42 => Enoxaparine 4000 UI matin et soir)

**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
* anticoagulation intermédiaire (PAS CLAIR) selon risque thrombogène (cancer actif, antécédent de maladie thromboembolique ou thrombophilie) et poids
* **SI** patient sous AOD : maintien de l’AOD

Dans tous les cas, toujours 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)
  + Débit adapté au maintien d’une saturation SaO2 > 94% (> 92% si BPCO) en débutant à 2l/mn
  + Lunettes jusqu’à un débit de 3l/min
  + Masque si débit > 3l/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 chez lesquels les corticoïdes inhalés ne doivent pas être arrêtés

**CORTICOTHERAPIE**

* + **Indication :** 
    - SaO2 < 94%
    - Non possibilité d’hospitalisation
  + **Molécules :** 
    - Dexaméthasone : 6 mg par jour (IV)
    - 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 avec ½ dose à J5
  + 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 muco-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 ß lactamine et/ou forte suspicion de Legionella pneumophila
      * Lévofloxacine: 500 mg 2 fois/j
  + **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, gamma-GT, 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 : quantification des apports et signes de déshydratation (pli cutané, sécheresse des muqueuses, diurèse)
* Contrôle quotidien de la présence d’une diurèse, du transit intestinal
* Adaptation des traitements en cours