

Część 1. Wytyczne Włoskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Szanowni Państwo,

W związku z epidemią zakażeń SARS-CoV-2, **Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP)** publikuje na stronie www.psychiatria.org.pl dokumenty zawierające informacje i zalecenia dla przedstawicieli zawodów medycznych.

Niektóre z dokumentów pochodzą od zagranicznych towarzystw naukowych, których doświadczenia wyprzedzają doświadczenia polskie lub odnoszą się do szczególnie ważnych problemów klinicznych.

Zgodnie z intencją PTP, opracowania pochodzące od zagranicznych towarzystw naukowych powinny mieć charakter pomocniczy. Nie wszystkie zalecenia pochodzące z zewnątrz można przenieść na grunt polskiej praktyki klinicznej. Szczególnej uwagi wymaga stosowanie leków psychotropowych i nie-psychotropowych, dla których przyjęte schematy dawkowania, zapisy rejestracyjne i/lub wskazania refundacyjne mogą różnić się między krajami.

Na następnych stronach znajdą Państwo wytyczne przygotowane we Włoszech. **Dziękujemy Włoskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu** za zgodę na tłumaczenie i udostępnienie tego materiału psychiatrom w Polsce.

Spis treści:

s. 2 ZALECENIA DLA PODMIOTÓW LECZNICZYCH UDZIELAJĄCYCH OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA W SYTUACJI PODEJRZENIA / ZAKAŻENIA WIRUSEM SARS-COV-19

CENTRA OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO.
ZALECENIA OGÓLNE

s. 3 ŚRODKI PROFILAKTYCZNE

s. 4 PROCEDURY WYKONYWANIA NIEZBĘDNYCH ZABIEGÓW PSYCHIATRYCZNYCH ORAZ DOKONYWANIA OCENY STANU PSYCHICZNEGO

ZALECENIA DOTYCZĄCE WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH I PODAWANIA LEKÓW DOUSTNIE / DOMIĘŚNIOWO

s. 5 ZALECENIA DOTYCZĄCE PROCEDUR UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W DZIENNYCH ODDZIAŁACH OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

ZALECENIA DOTYCZĄCE STACJONARNYCH PLACÓWEK OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

s. 6 ZALECENIA DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI PSYCHIATRYCZNEJ

LECZENIE PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH

s. 7 PROCEDURY POSTĘPOWANIA W WARUNKACH SZPITALNEJ IZBY PRZYJĘĆ

s. 8 ZALECENIA DLA PERSONELU

s. 9 ZALECENIA DOTYCZĄCE KONSULTACJI PSYCHIATRYCZNYCH PACJENTÓW COVID+:
LECZENIE MAJACZENIA (Opracowanie przygotowane przez Fabrizio Pavone i Andree Fagiolini)

s. 11 WSKAZANIA DOTYCZĄCE STOSOWANIA LEKÓW PSYCHOTROPOWYCH U PACJENTÓW COVID+
(Opracowanie przygotowane przez Giovanniego Ostuzzi, Francesco Amaddeo, Giulie Michencigh, Andree Fagiolini; Giuseppe Imperadore oraz Corrado Barbui)

s. 12 TABELA: INTERAKCJE LEKÓW

ZALECENIA DLA PODMIOTÓW LECZNICZYCH UDZIELAJĄCYCH OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA W SYTUACJI PODEJRZENIA / ZAKAŻENIA WIRUSEM SARS-COV-19

CENTRA OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO. ZALECENIA OGÓLNE

1. Wszystkie wizyty, które nie mają charakteru pilnego lub nagłego (w tym psychoterapia indywidualna/terapia grupowa i/lub oddziaływania rehabilitacyjne oraz spotkania zespołu leczenia środowiskowego) muszą zostać zawieszone do czasu odwołania stanu wyjątkowego.
2. Wykonywanie planowych iniekcji długo działających leków przeciwpsychotycznych należy uznać za równoważne z postępowaniem w stanach nagłych, ponieważ ich odroczenie oznaczałoby zagrożenie dla zdrowia psychicznego pacjentów. Iniekcje należy zatem wykonywać regularnie, zgodnie z ustalonym planem leczenia.
3. Planowe działania ambulatoryjne podlegają re-ewaluacji w trybie indywidualnym. Do zadań członków zespołu należy kontakt telefoniczny z pacjentem, w celu oceny jego stanu somatycznego (obecności objawów takich jak kaszel, gorączka $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, ból gardła, wszelkie objawy duszności) i psychicznego (wszelkich zmian w stanie psychicznym od czasu ostatniej wizyty, w tym obecności obaw dotyczących sytuacji obecnej) oraz stanu zdrowia członków rodziny pacjenta objętego opieką środowiskową.
4. Podczas konsultacji telefonicznej należy poinformować pacjenta o ogólnych zasadach funkcjonowaniu placówki medycznej; należy przypomnieć zalecenia ogólne dotyczące konieczności ograniczenia kontaktów społecznych; ponadto, należy wspólnie z pacjentem ustalić termin następnej wizyty. Wszystkim pacjentom należy przypomnieć o możliwości bezpośredniego dostępu do usług ochrony zdrowia w trybie nieplanowym lub nagłym, a także o zwykłych godzinach pracy CZP, które powinny pozostać niezmienione i pozostawać zgodne z dostępnym grafikiem.
5. Psychiatrycy konsultujący muszą pozostawać w regularnym kontakcie telefonicznym z pacjentami, których stan psychiczny jest ustabilizowany. Wizyta osobista powinna być realizowana w przypadku chorych, których stan psychiczny nie jest wyrównany. Wszystkie wyżej wymienione działania (w tym teleporady) należy odnotować w dokumentacji medycznej i na krajowej platformie systemu informacyjnego (kod usługi: wywiad).
6. Ze względów bezpieczeństwa, wizyty domowe powinny być realizowane przez możliwie najmniejszą liczbę personelu medycznego; personel powinien korzystać wyłącznie z samochodów służbowych. Wizyta domowa powinna być poprzedzona kontaktem telefonicznym z pacjentem lub jego opiekunami w celu oceny ich stanu somatycznego oraz ryzyka ekspozycji członków personelu. Członkowie ZLS powinni korzystać ze środków ochrony osobistej, przestrzegając wszelkich wymaganych zasad bezpieczeństwa dotyczących zachowania odpowiedniej odległości od pacjenta. O ile to możliwe, wizyty domowe należy realizować na zewnątrz, w otwartych przestrzeniach.
7. Jeśli konieczne jest wypisanie recepty, należy ją wystawić w formie e-recepty, za pośrednictwem odpowiedniej platformy elektronicznej; recepty w formie papierowej należy wystawiać tylko wtedy, gdy nie będzie to możliwe w formie elektronicznej; w takich przypadkach tradycyjną receptę należy dostarczyć w zapieczętowanej kopercie.

ŚRODKI PROFILAKTYCZNE

Wszystkim udzielającym teleporad należy przedstawić następujące zalecenia i informacje ogólne:

1. Według dostępnych danych, najczęstszą przyczyną rozprzestrzeniania się wirusa jest kontakt z osobami, u których występują objawy zakażenia. WHO uważa za rzadkie przypadki zakażenia przez kontakt z pacjentami bezobjawowymi. Kluczowe jest zatem dokonanie wstępnej (jeśli to możliwe, telefonicznej) oceny obecności objawów zakażenia COVID-19. Objawy początkowe to: najczęściej, w 86% przypadków, gorączka powyżej 37,5 °C; duszność (trudności w oddychaniu) u 82% pacjentów; kaszel u 50%; oraz najrzadziej występujące objawy żołądkowo-jelitowe (biegunka) i krwiotłucie (krwawienie z dróg oddechowych, na przykład z kaszlem), obecne u 5% chorych.
2. Zalecenia dotyczące postępowania w przypadku obecności objawów / podejrzenia zakażenia są następujące: **a)** osoby z obecnością objawów (gorączki i / lub innych objawów) należy poinformować o konieczności pozostania w domu oraz zakazie przychodzenia na izby przyjęć lub do ośrodków opieki ambulatoryjnej; **b)** powinni oni następnie skontaktować się telefonicznie ze swoim lekarzem rodzinnym (lub pediatrą) lub lekarzem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NPL); **c)** osoby, u których oprócz gorączki i innych objawów występują duszność i/lub kaszel i/lub biegunka i/lub krwiotłucie, należy poinformować o natychmiastowej konieczności wezwania pomocy pod numerem telefonu 112.
3. Wirus może przeniknąć do organizmu, jeśli wejdzie w bezpośredni kontakt z błonami śluzowymi nosa, ust i oczu. Absolutnie konieczne jest zatem unikanie dotykania rękami okolic oczu, nosa i ust.
4. Mycie rąk eliminuje wirusa i zapobiega infekcji. Ryzyko zakażenia nie wynika z kontaktu z przedmiotami, ale z możliwego zanieczyszczenia rąk, którymi następnie dotyka się błon śluzowych oczu, nosa i ust. Stąd też absolutnie konieczne jest dokładne mycie rąk mydłem i wodą przez co najmniej 30 sekund (lub alternatywnie 60% żelem na bazie alkoholu), w szczególności po dotknięciu przedmiotów, które mogły być wcześniej dotykane przez inne osoby, a także przez samych zainteresowanych przed umyciem rąk.
5. Udzielającym teleporad szczególnie zaleca się dokładną dezynfekcję przedmiotów, na które zwykle nie zwraca się uwagi: myszy, monitora i klawiatury komputerowej, przycisku zasilania, telefonu stacjonarnego i smartfonu, okularów, podłokietników krzeseł i foteli, uchwytów szuflad.
6. Toalety - zarówno dla personelu, jak i dla pacjentów - muszą być wyposażone w niezbędne detergenty do mycia rąk (mydło, żele antybakteryjne / płyny dezynfekujące, ręczniki papierowe) i dokładnie odkażane przez personel sprzątający. Warunki korzystania z toalet muszą być monitorowane przez pracowników Oddziału, zwykle przez Pielęgniarkę Oddziałową.
7. Pobyt pacjentów w poczekalni powinien być jak najbardziej ograniczany poprzez staranną rejestrację wizyt. Z poczekalni należy usunąć gazety i czasopisma oraz wszelkie papierowe materiały informacyjne. Pomiędzy krzesłami w poczekalniach należy zapewnić minimalną odległość dwóch metrów. Co więcej, w poczekalniach, ambulatoriach, izbach przyjęć oraz wszystkich miejscach, gdzie udzielane są świadczenia medyczne muszą być umieszczone plakaty Ministerstwa Zdrowia zawierające zalecenia przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się COVID-19.
8. Przy wejściu do PZP pacjenci powinni otrzymać instrukcje dezynfekcji rąk żelem antyseptycznym i zostać skierowani do specjalnie wyznaczonej do tego celu strefy izby przyjęć lub innego miejsca, które pozwala na utrzymanie zalecanych odległości. Wstęp do obiektów ochrony zdrowia jest dozwolony tylko dla osób wymagających pilnej opieki i, w przypadku gdy jest to absolutnie konieczne, jednego krewnego lub opiekuna.

PROCEDURY WYKONYWANIA NIEZBĘDNYCH ZABIEGÓW PSYCHIATRYCZNYCH ORAZ DOKONYWANIA OCENY STANU PSYCHICZNEGO

Biorąc pod uwagę, że procedury psychiatryczne oraz ocena stanu psychicznego są dokonywane w warunkach dość podobnych do tych, w których przyjmowani i leczeni są pacjenci w stanach nagłych (112), często nieznani, a personel wykonuje swoją pracę w środowisku niechronionym (na ulicy, w domu pacjenta itp.), w sytuacjach, w których narażony jest na bezpośredni kontakt z pacjentem pobudzonym, którego zachowanie może być zdeorganizowane, zaleca się przestrzeganie następujących procedur:

- personel powinien być wyposażony w ŚOI o maksymalnym poziomie bezpieczeństwa;
- należy zachować (w miarę możliwości jak największą) bezpieczną odległość;
- rozmowę z pacjentem powinien prowadzić tylko jeden członek personelu, najlepiej lekarz psychiatra, pozostając w bezpiecznej odległości, co najmniej 1 metra lub więcej (jeśli to możliwe);
- jeśli interwencja odbywa się w zamkniętej przestrzeni (np. w domu pacjenta), badanie należy przeprowadzić w pomieszczeniu wentylowanym, przy otwartym oknie lub poza domem - na zewnątrz;
- przy braku wystarczającej liczby środków ochrony indywidualnej drugiego/trzeciego stopnia, wszelkie procedury medyczne (np. iniekcje) oraz badanie psychiatryczne należy prowadzić w masce FP2 / FP3, okularach ochronnych, rękawiczkach i fartuchu jednorazowym; wymienione ŚOI powinny być noszone także przez osoby towarzyszące pacjentowi podczas transportu do szpitala w karetce pogotowia;

ZALECENIA DOTYCZĄCE WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH I PODAWANIA LEKÓW DOUSTNIE / DOMIĘŚNIOWO

- Jeśli pacjent manifestuje wyraźne objawy niewydolności oddechowej, podanie leków w formie „depot”, zarówno w domu, jak i w PZP, należy przesunąć na kolejny tydzień, za wyjątkiem przypadków, gdy ich podanie nie może zostać odroczone w czasie z przyczyn klinicznych. Sugerowane procedury podawania leków znajdują się poniżej.
- W przypadku codziennego podawania leków w formie doustnej w miejscu zamieszkania pacjenta lub w PZP, zaleca się uprzednie umycie oraz dezynfekcję rąk, a następnie umieszczenie leków w pojemniku do tego przeznaczonym; pojemnik należy umieścić na czystym stole, a następnie poprosić pacjenta, aby wziął z niego leki i zażył je w obecności personelu (jeśli wskazana jest kontrola ich przyjmowania). Jeśli u pacjenta nie występują objawy niewydolności oddechowej ani gorączki, leki podawać należy w masce chirurgicznej, rękawiczkach i fartuchu; w celu ograniczenia kontaktu z pacjentem, należy zachować bezpieczną odległość co najmniej jednego metra (lub większą, jeśli pozwala na to wielkość pomieszczenia); jeśli u pacjenta występują objawy ze strony układu oddechowego, zaleca się stosowanie środków ochrony indywidualnej drugiego/trzeciego stopnia (maska FP2 / FP3, okulary ochronne, rękawiczki i fartuch jednorazowy); w przypadku braku dostępu do w/w środków ochrony indywidualnej, należy stosować maski chirurgiczne, zwykłe okulary/okulary przeciwsłoneczne, rękawiczki jednorazowe, zwykłe fartuchy, które należy zdjąć natychmiast po użyciu i przekazać do prania. Po podaniu leków należy ponownie umyć i zdezynfekować ręce.

ZALECENIA DOTYCZĄCE PROCEDUR UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W DZIENNYCH ODDZIAŁACH OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Ponieważ procedury realizowane w warunkach dziennych oddziałów psychiatrycznych to czynności, które zwykle obejmują obecność więcej niż jednej osoby, powinny one zostać w miarę możliwości zawieszone; alternatywnie, należy wprowadzić ograniczenia dostępu do oferowanych świadczeń medycznych/terapeutycznych, stosując w/w ogólne i szczegółowe zasady zapobiegania zakażeniu i transmisji wirusa COVID-19.

W przypadku zawieszenia funkcjonowania oddziału, z każdym pacjentem należy ustalić określony alternatywny program leczenia (rozmowy indywidualne zaplanowane w warunkach PZP lub w formie telewizyty). Pacjentom należy zapewnić stały dostęp do oferowanych przez podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w formie teleporad, realizowanych za pośrednictwem połączeń telefonicznych lub w formie wideo konferencji.

ZALECENIA DOTYCZĄCE STACJONARNYCH PLACÓWEK OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Funkcjonowanie stacjonarnych placówek opieki psychiatrycznej powinno odbywać się zgodnie z następującymi zasadami:

1. Należy ograniczyć przyjęcia do przypadków, których nie można odroczyć w czasie (jako alternatywy hospitalizacji lub pacjentów po wypisie ze szpitala psychiatrycznego).
2. Należy ocenić stan somatyczny nowo przyjętych pensjonariuszy (w kierunku wszelkich objawów kaszlu, gorączki $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, bólu gardła, niewydolności oddechowej), oraz ryzyko ekspozycji w ciągu ostatnich 14 dni poprzedzających przyjęcie.
3. Jeśli u chorego obecne są objawy niewydolności oddechowej i/lub był on narażony na kontakt z osobami z grup ryzyka oraz istnieją bezwzględne wskazania do jego leczenia, może on zostać przyjęty tylko i wyłącznie pod warunkiem, że obiekt posiada pomieszczenia przeznaczone do izolacji pensjonariuszy (sale pojedyncze z osobnym węzłem sanitarnym) oraz odpowiednie środki ochrony osobistej dla personelu; ponadto, przy przyjęciu, choremu należy niezwłocznie pobrać wymaz z gardła. W przeciwnym wypadku, należy zapewnić mu odpowiednią opiekę domową lub skierować go do innego dedykowanego ośrodka opieki, w którym możliwa jest jego izolacja i wdrożenie odpowiednich procedur ostrożnościowych (tj. mieszkania chronione przeznaczone / dostosowane do warunków stanu epidemii).
4. Informacje dotyczące zasad bezpieczeństwa i profilaktyki rozprzestrzeniania zakażeń powinny być przekazywane pacjentom zarówno indywidualnie, jak i w formie drukowanych materiałów informacyjnych, promujących częste mycie rąk i przestrzeganie zasad dystansu społecznego; należy także informować pacjentów o konieczności codziennych pomiarów temperatury ciała i monitorowania objawów ze strony układu oddechowego.
5. Wizyty osób odwiedzających powinny zostać ograniczone do sytuacji uznanych przez kierującego ośrodkiem za absolutnie niezbędne, przy czym preferowany jest kontakt telefoniczny. Upoważniony odwiedzający powinien nosić maskę chirurgiczną, przestrzegać wymogu mycia rąk i zachowywać odległość co najmniej 1 metra lub więcej od innych osób. Jeśli to możliwe, odwiedziny powinny odbywać się na zewnątrz.
6. Przepustki powinny być ograniczone do sytuacji uznanych za absolutnie niezbędne przez kierownika placówki, uwzględniając stan kliniczny chorego.

ZALECENIA DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI PSYCHIATRYCZNEJ

LECZENIE PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH

1. Aby nie przeoczyć nagłego wystąpienia objawów ostrego zakażenia układu oddechowego w postaci gorączki $> 37,5^{\circ}\text{C}$, kaszlu lub trudności w oddychaniu, należy monitorować temperaturę ciała pacjentów dwa razy na dobę.
2. U pacjentów bezobjawowych należy stosować ogólne środki bezpieczeństwa i redukcji ryzyka zakażenia wirusem COVID-19.
3. W przypadku wystąpienia jednego z powyższych objawów należy zastosować następujące środki bezpieczeństwa, zgodnie z treścią okólnika DS n.26086 z dnia 10.03.2020:
 - pacjent z objawami zakażenia COVID-19 musi nosić maskę chirurgiczną;
 - pacjenci niewspółpracujący muszą zostać odizolowani od innych chorych i pozostawać w osobnych salach, bez dostępu do części wspólnych;
 - wszyscy członkowie personelu, którzy mają kontakt z pacjentem zakażonym, muszą stosować ŚOI.

Podczas kontaktu z pacjentem współpracującym, kiedy możliwe jest zachowanie bezpiecznej odległości podczas wykonywania standardowych procedur medycznych (np. pobierania krwi, iniekcji IM itp.):

- należy używać masek chirurgicznych, odzieży/fartuchów jednorazowych, rękawic, gogli / przyłbicy ochronnej;

W przypadku pacjentów niewspółpracujących (pobudzonych, agresywnych, wrogich, negatywistycznych itp.), którzy swoim zachowaniem utrudniają zachowanie bezpiecznej odległości:

- należy stosować maski FFP2 / FFP3, odzież/fartuchy jednorazowe, rękawice, gogle ochronne/przyłbice, ochraniacze na obuwie;
- należy skontaktować się ze specjalistą chorób zakaźnych w celu uzyskania dalszych zaleceń diagnostycznych i terapeutycznych, w tym ewentualnego wskazania do pobrania wymazu;
- jeśli jest to wskazane, pacjenta należy utrzymywać w izolacji od innych chorych, dopóki dostępny nie będzie wynik wymazu. Jeśli pacjent jest bezobjawowy, ale jego stan somatyczny jest wątpliwy, zaleca się objęcie go dwutygodniowym okresem kwarantanny w izolacji od innych chorych;
- do momentu osiągnięcia zadowalającego poziomu współpracy oraz zakończenia dwutygodniowego okresu obserwacji bez obecności objawów (chyba że wynik badania w kierunku COVID-19 jest ujemny), należy odstąpić od procedury wypisu/przekazania pacjenta do placówki opieki poszpitalnej.

PROCEDURY POSTĘPOWANIA W WARUNKACH SZPITALNEJ IZBY PRZYJĘĆ

- Należy przeprowadzić wstępny triage w specjalnie wyznaczonej do tego celu strefie szpitalnego oddziału ratunkowego.
- W przypadku, gdy pacjent nie wymaga pilnej hospitalizacji, powinien on zostać odesłany do domu z informacją o konieczności kontaktu z lekarzem rodzinnym i/lub odpowiednim Centrum Zdrowia Psychicznego/PZP/ZLS. Jeśli pacjent znajduje się już pod opieką CZP lub wymaga tego jego stan kliniczny, poinformowanie o tym fakcie odpowiedniego podmiotu leczniczego jest obowiązkiem konsultującego lekarza psychiatry, który badał pacjenta w SOR.
- Jeśli pacjent wymaga hospitalizacji, jest współpracujący (tj. jest w stanie utrzymywać zalecaną odległość od innych osób przekraczającą 1 metr), a wynik testu na obecność zakażenia COVID-19 podczas wstępnej oceny jest ujemny, należy podjąć decyzję o przyjęciu go do szpitala.
- Pacjent z podejrzeniem COVID-19, wymagający bezwzględnej hospitalizacji z powodu pogorszenia stanu psychicznego, powinien zostać przyjęty do szpitala i, jeśli nie jest on w stanie współpracować przy noszeniu maski chirurgicznej i zachowaniu bezpiecznej odległości (>1m) od innych osób, poddany dwutygodniowej izolacji od pozostałych chorych; środek ten należy zastosować w przypadku, gdy wymaz nie został pobrany lub do czasu poznania jego wyniku.
- Gdy pacjent wymaga pilnej hospitalizacji (za zgodą lub wbrew jego woli), a przeprowadzenie wstępnej segregacji nie jest możliwe (z powodu braku współpracy, pobudzenia, wrogości, gwałtownych reakcji itp.), powinien on zostać poddany procedurze triage w SOR jak każdy inny pacjent "czerwony". Dalsze zalecenia znajdują się poniżej.
- W przypadku, gdy pacjent wymagający pilnej hospitalizacji psychiatrycznej z powodu pogorszenia stanu psychicznego uzyskał pozytywny wynik testu na obecność COVID-19, musi on być hospitalizowany w oddziale wyznaczonym do leczenia chorych COVID+ (zakaźnym, internistycznym, OIOM itp.), jak wszyscy inni pacjenci zakażeni koronawirusem. Za leczenie zaburzeń psychicznych u takich pacjentów odpowiedzialny jest konsultujący lekarz psychiatra, wyposażony we wszystkie niezbędne środki ochrony osobistej.
- Jeśli istnieją bezwzględne wskazania do hospitalizacji pacjenta COVID + w warunkach oddziału psychiatrycznego, gdyż jego stan psychiczny i/lub zachowanie uniemożliwiają leczenie w oddziale do tego wyznaczonym, należy przestrzegać następujących zaleceń:
 - izolować pacjenta COVID + od innych chorych, umieszczając go na osobnej sali (lub jeśli to konieczne, w izolatce), wyposażonej w drzwi oddzielające, strefę buforową, oddzielny węzeł sanitarny oraz źródło tlenu. Należy uzgodnić z zarządem szpitala dostęp do odpowiedniego wyposażenia i środków ochrony indywidualnej niezbędnych do leczenia pacjenta zakażonego koronawirusem.
 - Pacjent zakażony koronawirusem powinien nosić maskę chirurgiczną. Kontakt z nim należy ograniczyć do minimalnej liczby członków personelu, wyposażonej w maski PF2-3

PROCEDURY POSTĘPOWANIA W WARUNKACH SZPITALNEJ IZBY PRZYJĘĆ c. d.

i wszystkie inne niezbędne środki ochrony osobistej. W przypadku znacznego pogorszenia stanu somatycznego, pacjent musi zostać przekazany na oddział zakaźny (lub inny oddział szpitalny, wyznaczony do leczenia pacjentów COVID+). W takich przypadkach należy zapewnić mu odpowiednią farmakoterapię, uwzględniając leczenie pobudzenia oraz zwracając szczególną uwagę na zasady bezpieczeństwa stosowania leków z grupy benzodiazepin, w szczególności o długim okresie półtrwania (np. diazepamu), które wpływają na funkcje oddechowe i mogą powodować duszność także u pacjentów bez jej początkowych objawów.

- Na podstawie pierwszych doświadczeń personelu we Włoszech Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Codogno, zdecydowanie zaleca się oddzielenie obszaru, w którym hospitalizowani są pacjenci COVID+ z łagodnymi objawami i pacjenci oczekujący na wynik wymazu od pozostałych części szpitala, a także wyznaczenie służby, gdzie personel zmienia odzież i obuwie ochronne.
- Biorąc pod uwagę ogół doświadczeń zebranych na terenie regionu Lombardia, zdecydowanie zaleca się, aby wszyscy pacjenci COVID+ byli leczeni w wyznaczonych do tego celu oddziałach szpitala, gdzie za stabilizację ich stanu psychicznego będzie odpowiedzialny konsultujący lekarz psychiatra.
- W sytuacjach szczególnych, można rozpatrzyć wydzielenie jednej lub kilku sal na oddziale psychiatrycznym, gdzie w odpowiednich warunkach będą hospitalizowani pacjenci COVID+, lub wyznaczyć (cały) oddział psychiatryczny, który będzie odpowiedzialny za opiekę nad pacjentami psychiatrycznymi, u których potwierdzono obecność wirusa COVID-19.
- Niezależnie od tego, które z powyższych rozwiązań zostanie zrealizowane, gdy u pacjenta wystąpią objawy ostrej niewydolności oddechowej i będzie on wymagał intensywnej opieki medycznej (intubacji), będzie on musiał zostać niezwłocznie przekazany na oddział wyznaczony do leczenia chorych COVID+ (zakaźny, internistyczny, OIOM).

ZALECENIA DLA PERSONELU

Zgodnie z przygotowanym zarządzeniem, zaleca się pracodawcom umożliwienie pracownikom korzystania z normalnie przysługujących im dni wolnych od pracy i urlopów/innych umownych okresów zwolnienia ze świadczenia usług, przy zapewnieniu ciągłości udzielania świadczeń podstawowych. Bez uszczerbku dla przepisów prawnych (zawieszenie urlopu personelu służby zdrowia, a także personelu, którego działania są uznane za niezbędne przez jednostki kryzysowe utworzone na szczeblu regionalnym), sugeruje się jednak, aby w sytuacjach mniejszego zapotrzebowania na obecność personelu medycznego w placówkach medycznych i spadku liczby pilnych przypadków, ułatwiać pracownikom korzystanie ze zwykłego urlopu, w szczególności niewykorzystanych dni urlopowych i nieodebranych nadgodzin.

Podjęcie powyższych kroków jest zalecane w celu redukcji nadmiernego zatłoczenia podmiotów leczniczych, a także przygotowania do możliwej rotacji personelu.

ZALECENIA DOTYCZĄCE KONSULTACJI PSYCHIATRYCZNYCH PACJENTÓW COVID+: LECZENIE MAJACZENIA

(Opracowanie przygotowane przez Fabrizio Pavone i Andreę Fagiolini)

Uwagi wstępne:

Aktualnie brakuje dowodów naukowych dotyczących leczenia majaczenia u pacjentów zakażonych COVID-19. Niniejszy dokument zawiera informacje (nie zaś wskazania czy zalecenia) na temat leczenia, stąd jego wartość może być jedynie orientacyjna. Należy go zatem traktować jako wydany w sytuacji kryzysowej projekt zaleceń, który wymaga uzupełnienia, weryfikacji i niezbędnej korekty w miarę gromadzenia kolejnych danych na temat postępowania z pacjentem zakażonym wirusem COVID-19. Decyzje terapeutyczne zawsze należy podejmować na podstawie wnikliwej oceny stanu pacjenta (obrazu klinicznego, analizy terapii skojarzonej, cech indywidualnych pacjenta).

Dostępne opcje terapeutyczne: (uwaga! zalecenia mogą różnić się od polskiej praktyki klinicznej i nie zwalniają z obowiązku zaznajomienia się z aktualną wersją ChPL, np. w Polsce nie jest dostępna postać domięśniowa i dożylna tiaprydu)

Deksmedetomidyna dla pacjentów OIOM): agonista receptorów adrenergicznych alfa₂, o działaniu uspokajającym, przeciwlękowym i przeciwbólowym, który nie powoduje depresji oddechowej. Najczęstsze działania niepożądane obejmują: niedociśnienie, nadciśnienie i bradykardię (uwaga na interakcje z beta-adrenolitykami), które występują u około 25%, 15% i 13% przypadków. Deksmedetomidynę można stosować nawet w przypadku niewydolności nerek. Należy zachować ostrożność w przypadku niewydolności wątroby. Deksmedetomidyna jest metabolizowana oksydacyjnie przez CYP2A6, CYP1A2, CYP2E1, CYP2D6 i CYP2C19. Jest inhibitorem CYP2B6 i możliwym induktorem CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9 i CYP3A4 (dane na podstawie badań in vitro). Stosować ostrożnie, ponieważ wiele leków przeciwwirusowych jest eliminowanych oksydacyjnie, szczególnie przez CYP 450 3A4 oraz 2D6. Deksmedetomidyna może zatem obniżać stężenia leków przeciwwirusowych. Stosowana krótko, nie powinna jednak zakłócać ich działania.

Tiapryd: skuteczny w postępowaniu z pacjentem pobudzonym (majaczenie hiperkinetyczne) oraz w terapii Lopinawirem/Ritonawirem (Lo / Ri). Dawkowanie w zakresie 50 - 300 mg/d. tiapryd jest wydalany przez nerki, dlatego nie ma wpływu na CYP zaangażowany w metabolizm Lo/Ri i najczęściej stosowanych antybiotyków. Tiapryd można podawać doustnie, domięśniowo (jeśli u pacjenta nie występują problemy z krzepnięciem), a także dożylnie (przydatne w przypadku problemów z wchłanianiem). W przypadku majaczenia hiperkinetycznego, leczenie można rozpocząć od dawki 100 mg IM, do 3 razy na dobę. Tak szybko, jak to możliwe, lek należy zacząć podawać doustnie, zwiększając dawkę wieczorem w celu regulacji rytmu snu i czuwania (np. 50 mg rano, 50 mg w południe, 100 mg wieczorem).

Należy rozważyć stosunek ryzyka wydłużenia odstępu QTc do korzyści z właściwości uspokajających leku. Przyjmowanie leku może powodować ryzyko arytmii, szczególnie w połączeniu z lopinawirem, pozostaje ono jednak stosunkowo niskie. Należy zwrócić większą uwagę na pacjentów z hipokaliemią i hipomagnezemią (np. w związku z obecnością wymiotów i biegunki). Należy monitorować poziom saturacji pod kątem ryzyka wystąpienia depresji oddechowej.

Dostępne opcje terapeutyczne: c. d.

W przypadku słabej odpowiedzi na leczenie, w przypadkach „ostrych” (stosowanie 24-48 godzin), można rozważyć zamianę tiaprydu na **promazynę** podawaną domięśniowo (u pacjentów bez zaburzeń krzepnięcia), w dawce od 50 do maksymalnie 300 mg/d. Promazyna jest bardzo silnym środkiem przeciwhistaminowym, o niewielkim działaniu przeciwadrenergicznym i przeciwcholinergicznym. Ryzyko sercowo-naczyniowe (w tym ryzyko hipotensyjne itp.) jest niższe niż w przypadku wielu innych typowych leków przeciwpsychotycznych. Należy jednak zwrócić uwagę na ryzyko depresji oddechowej. Może wchodzić w interakcje (z powodu metabolizmu wątrobowego: CYP 1A2, 2C19 i 3A4) z Lo/Ri (z uwagi na CYP 3A), które jednak w przypadku krótkotrwałego stosowania (3-4 dni), a także ze względu na bardzo krótki (6 godzin) okres półtrwania leku nie są istotne. Należy wziąć pod uwagę, że rytonawir hamuje CYP 3A4 i może zwiększać stężenie promazyny.

Co istotne, najczęściej stosowane antybiotyki, takie jak tazobaktam, piperacylina i doksycyklina (te ostatnie w 50% metabolizowane przez wątrobę) nie wykazują znaczących interakcji z promazyną, przede wszystkim dzięki temu, że wydalone są głównie przez nerki. Pomimo jej interakcji z hydroksychlorochiną (metabolizowaną w wątrobie przez CYP 2D6, 2C8, 3A4, 3A5), krótkoterminowe skojarzenie obu leków nie jest przeciwwskazane. Podobnie jak w przypadku Tiaprydu, konieczna jest ocena możliwego wydłużenia odstępu QTc (kiedy stosuje się ją np. w połączeniu z lopinawirem) oraz monitorowanie poziomu saturacji pod kątem ryzyka wystąpienia depresji oddechowej (ryzyko to jest względne w przypadku krótkotrwałego podawania). Ryzyko wystąpienia arytmii związane ze stosowaniem lopinawiru pozostaje stosunkowo niskie. Należy zwrócić większą uwagę na pacjentów z hipokaliemią i hipomagnezmią (np. w związku z obecnością wymiotów i biegunki).

Aripiprazol: ten LPPII jest stosowany u pacjentów z hipokinetyczną postacią majaczenia. W majaczeniu hiperkinetycznym jest stosowany głównie w formie domięśniowej o natychmiastowym uwalnianiu (9,75 mg na fiolkę IM). Lek wykazuje niskie powinowactwo do receptorów histaminowych, nie wykazuje natomiast istotnego powinowactwa do cholinergicznym. Ryzyko arytmii jak i depresji oddechowej jest również bardzo niskie. Aripiprazol nie powoduje ryzyka interakcji (możliwy jest wzrost jego stężenia w skojarzeniu z inhibitorami CYP 2D6 i 3A4, ale stosowanie umiarkowanych dawek jest warunkiem wystarczającym dla zachowania bezpieczeństwa; maksymalna dopuszczalna dawka dobową przy braku stosowania inhibitorów CYP wynosi 3 ampułki, w odstępach co 2 godziny).

Istnieje wiele dowodów potwierdzających korzyści stosowania **haloperidolu** w leczeniu majaczenia. Powoduje on niskie ryzyko wystąpienia depresji oddechowej. Nie ma właściwości przeciwhistaminowych i antycholinergicznym. Stosowanie haloperidolu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń rytmu serca z powodu wydłużenia odstępu QTc, a także dystonii i napadów padaczkowych, ze względu na obniżenie progu drgawkowego. Problemy mogą być związane z wystąpieniem zespołów dystonicznych.

Należy unikać stosowania **benzodiazepin**, chyba że podejrzewa się obecność majaczenia alkoholowego.

Uwaga dla pacjentów leczonych tocilizumabem: Działanie cytochromu P450 jest hamowane przez infekcje i stany zapalne, w tym te, w których pośredniczą interleukiny IL-6. Hamowanie IL-6 indukowane przez Tocilizumab może zatem ponownie potencjalizować działanie cytochromu, zwiększając jego skuteczność.

WSKAZANIA DOTYCZĄCE STOSOWANIA LEKÓW PSYCHOTROPOWYCH U PACJENTÓW COVID+

(Opracowanie przygotowane przez Giovanniego Ostuzzi, Francesco Amadeo, Giulię Michencigh, Andrie Fagiolini; Giuseppe Imperadore oraz Corrado Barbui)

Adnotacje metodologiczne:

Niniejsze zalecenia praktyczne dotyczące racjonalnego stosowania leków psychotropowych u pacjentów z COVID-19 zostały opracowane na podstawie tzw. „szybkiego przeglądu” literatury naukowej, głównych baz danych farmakologicznych oraz dokumentów opracowanych przez najważniejsze towarzystwa naukowe.

Wyniki kliniczne i uwagi:

Wyniki wyszukiwania są przedstawione w tabeli poniżej. Jej zawartości nie można uznać za wyczerpującą i będzie ona podlegała okresowym aktualizacjom. Uzupełnieniem zawartych w niej treści jest, co następuje:

1. Inne leki powszechnie stosowane u pacjentów z zakażeniem COVID-19 nie zostały ujęte, gdyż ich interakcje z lekami psychiatrycznymi mogą być znikome. Należą do nich: acetylocysteina, doustne lub wziewne kortykosteroidy, niektóre antybiotyki (w szczególności ceftriakson, amoksycylina / kwas klawulanowy, piperacylina/tazobaktam), tocilizumab.
2. Leki z grupy benzodiazepin mogą powodować depresję oddechową zarówno w wyniku działania ośrodkowego (depresja centralnych ośrodków oddechowych; głównie w przypadku preparatów o silniejszym działaniu uspokajającym), jak i obwodowego (działanie miorelaksacyjne).
3. Zasadniczo należy unikać BZD u pacjentów z wysokim ryzykiem zaburzeń czynności oddechowych. Jeśli jest to niezbędne klinicznie, preferowane jest stosowanie BZD o krótkim okresie półtrwania.
4. Leki przeciwpsychotyczne, szczególnie te o najsilniejszym działaniu uspokajającym, zwłaszcza w skojarzeniu z innymi LPP, mogą zwiększać ryzyko wystąpienia depresji oddechowej.
5. Wydłużenie QTc jest możliwe zarówno w przypadku stosowania chlorochiny/hydroksychlorochiny, jak i niektórych antybiotyków. Zaleca się zatem unikanie haloperidolu na korzyść leków przeciwpsychotycznych o mniejszym ryzyku wydłużenia odstępu QTc.
6. W związku z ryzykiem wydłużenia odstępu QTc, związanym ze stosowaniem niektórych leków przeciwpsychotycznych i objawami depresji oddechowej, związanej ze stosowaniem BZD, u pacjentów pobudzonych warto w ich zastępstwie rozważyć stosowanie:
 - a) Tiaprydu: w postaci hiperkinetycznej majaczenia, a potencjalnie także w stanach silnego niepokoju. Dawkowanie: 50–300 mg/dobę. Dostępne preparaty: tabletki 100 mg; ampułki 100 mg/2 ml IM lub IV;
 - b) Roztwór Aripiprazolu (Abilify) do wstrzykiwań IM 1,3 ml 7,5 mg / ml: do 3 ampułek dziennie w przypadku pobudzenia hiperkinetycznego/majaczenia.

Piśmiennictwo

Liverpool drugs interaction group. Interactions with Experimental COVID-19 Therapies. 16 Marca 2020. dostępne na stronie: www.covid19-druginteractions.org

Pavone F, Fagiolini A. Psychopharmacological therapy for Delirium in COVID-19 + patients. Projekt z dnia: 10 Marca 2020

TABELA: INTERAKCJE LEKÓW

	Sedacja	Lopinavir / Ritonavir	Chlorochina/ Hydroksychlorochina	Najczęściej stosowane antybiotyki*	Uwagi
Benzodiazepiny					
Etizolam	+	↑ ETI via CYP3A4			okres półtrwania <6h
Triazolam	++	↑ TRI via CYP3A4			okres półtrwania <6h
Zolpidem	++	↑ ZOL via CYP3A4		↑ ZOL z CLR via CYP3A4	okres półtrwania <6h
Bromazepam	+	↑ BRO (nieznaczny)			okres półtrwania 10-20h
Lormetazepam	+++				okres półtrwania 10-20h
Lorazepam	++				okres półtrwania 6-20h
Delorazepam	++	↑ DEL via CYP3A4			okres półtrwania 6-20h
Alprazolam	+	↑ ALP via CYP3A4			okres półtrwania 6-20h
Diazepam	++	↑ DIA via CYP3A4			okres półtrwania >20h
Flurazepam	+++	↑ FLU via CYP3A4			okres półtrwania >20h
Clonazepam	+++	↑ CLO via CYP3A4			okres półtrwania >20h
Leki przeciwdepresyjne					
Sertralina		↑ SER via CYP3A4		↑ SER via CYP3A4 z CLR	
Citalopram		↑ CIT via CYP3A4	↑ QTc	↑ QTc z AZI i CLR	
Escitalopram		↑ ESC via CYP3A4	↑ QTc	↑ QTc z AZI i CLR	
Paroksetyna	+	↑ PAR via CYP2D6	↑ PAR via CYP2D6 (nieznaczny)	↑ QTc z SULF i AZI (nieznaczny) ↑ PAR via CYP3A4 z CLR	
Mirtazapina	+++	↑ MIR via CYP3A4		↑ MIR via CYP3A4	
Bupropion		↓ BUP via CYP2B6	↑ CLOR via CYP2B6		
Wortiooksetyna		↑ WOR via CYP2D6			
Wenlafaksyna		↑ WEN via CYP3A4	↑ QTc	↑ QTc z SULF, TRIM, AZI (nieznaczny) i CLR; ↑ WEN via CYP3A4	
Duloksetyna		↑ DUL via CYP2D6	↑ DUL via CYP2D6		
Amitriptylina	+++	↑ AMI via CYP3A4		↑ QTc z SULF, TRIM, AZI, CLR	
Trazodon	+++	↓ ritonavir via MDR1 ↑ TRAZ via CYP3A4		↑ QTc z SULF, TRIM i AZI; ↓ TRAZ z SULF ↑ TRAZ via CYP3A4	
Klomipramina	++	↑ KLOM via CYP2D6 ↑ QTc	↑ QTc	↑ QTc z AZI, CLR, SULF i TRIM	

TABELA: INTERAKCJE LEKÓW c. d.

	Sedacja	Lopinavir / Ritonavir	Chlorochina/ Hydroksychlorochina	Najczęściej stosowane antybiotyki*	Uwagi
Leki przeciwpsychotyczne					
Tiapryd	++		↑QTc	↑QTc z SULF, TRIM, AZI	Wydalany przez nerki, dozwolone podawanie dożylne
Haloperidol	+	↑HAL via CYP2D6; HAL+RITONAVIR ↑QTc	↑HAL via CYP2D6; ↑QTc	↑QTc z SULF, TRIM, AZI, CLR	
Promazyna	+++	↑PRO via CYP2D6	↑PRO via CYP2D6; ↑QTc	↑toksyczność SULF ↑QTc z SULF, TRIM, AZI, CLR	
Chlorpromazyna	+++	↑CHLOR via CYP2D6	↑CHLOR via CYP2D6; ↑QTc	↑QTc z SULF, TRIM, AZI, CLR	
Klotiapina	+++		↑QTc	↑QTc z SULF, TRIM, AZI	
Rysperydon	+	↑RIS via MDR1	↑RIS via CYP2D6 (nieznaczny)	↑QTc z SULF, TRIM, AZI, CLR (nieznaczny)**	
Paliperidon	+				wydalany przez nerki
Olanzapina	++	↓OLA	↑QTc**	↑QTc z CLR (nieznaczny)**	
Kwetiapina	++	↑KWE via CYP3A4 ↑QTc	↑QTc	↑QTc z AZI i CLR; ↑KWE z CLR	
Arypirozol		↑ARY via CYP3A4	↑ARY via CYP2D6 (nieznaczny)	↑QTc z AZI** ↑ARY via CYP3A4	
Pimozyd	+	↑QTc	↑QTc	↑PIM via CYP3A4 z CLR i AZI ↑QTc z CLR i SULF	
Lurazydon	+	↑toksyczność LUR via CYP3A4		↑LUR via CYP3A4 z CLR	
Klozapina	+++	↑QTc	↑ryzyka agranulocytozy ↑QTc ↑KLO (nieznaczny)	↑QTc z AZI; ↑ryzyka agranulocytozy z SULF; ↑KLO z CLR (nieznaczny)	
Asenapina	+	↑QTc	↑QTc	↑QTc z AZI, CLR i SULF	

TABELA: INTERAKCJE LEKÓW c. d.

	Sedacja	Lopinavir / Ritonavir	Chlorochina/ Hydroksychlorochina	Najczęściej stosowane antybiotyki*	Uwagi
Stabilizatory nastroju					
Pregabalina	+				
Kwas walo-proinowy	+	↓ WAL (nieznaczny)		↑ SULF (nieznaczny)	
Lit		↑ QTc	↑ QTc	↑ QTc z CLR i SULF (nieznaczny)	
Karbamazepina	+	↓ LOPINAVIR i ↑ KARB via CYP3A4		↑ toksyczności KARB; ↓ SULF i TRIM	
Lamotrygina		↓ LAM			
Gabapentyna					

* Stosowane skróty: sulfametoksazol (SULF); trimetoprim (TRIM); azytromycyna (AZI); klarytromycyna (CLR)

** Według wytycznych Maudsley, ryzyko wydłużenia QTc jest niskie przy stosowaniu RYS, PAL, OLA i prawdopodobnie nie występuje przy stosowaniu ARY i LUR.