



Măsuri recomandate în vederea reducerii impactului pandemiei COVID-19 asupra pacienților oncologici și asupra serviciilor de oncologie

Document redactat de Comitetul Director al

Societății Naționale de Oncologie Medicală din România (SNOMR)

Contextul actual al problemei

Bolnavii de cancer sunt cunoscuți ca fiind mai vulnerabili față de infecțiile virale de tip gripal. Se estimează că riscul de a fi internat este de 4 ori mai mare, iar riscul de deces este de 10 ori mai mare. Acest risc excesiv pare deosebit de marcat la cei cu limfopenie sau neutropenie, caracteristică frecvent întâlnită la pacienții tratați cu chimioterapie sau la cei care au primit mai multe linii de tratament oncologic. [Bitterman si colab., *Cochrane Database Syst Rev.* 2018].

Experiența din China, recent publicată [Liang si colab. *Lancet Oncology* 2020; 21: 335] arată că rata infecției cu COVID-19 este mai mare la pacienții cu cancer decât în populația generală (1% față de 0,29%). Alarmant este faptul că printre pacienții infectați, riscul de dezvoltare al complicațiilor respiratorii severe, care necesită îngrijiri de ATI a fost mai mare la bolnavii de cancer decât la celelalte persoane (39% vs. 8%, $P = 0,0003$). Un criteriu prognostic important pentru riscul de a dezvolta complicații respiratorii severe a fost istoricul de chimioterapie sau chirurgie în lunile precedente (OR = 5,34, $P = 0,0026$). De asemenea, rata de deteriorare respiratorie a fost mai rapidă la pacienții cu cancer: 13 vs. 43 zile, HR = 3,56, IC 95% [1,65-7,69]).

În concluzie: Pacienții cu cancer prezintă un risc mult mai mare (de 4 până la 5 ori) de a dezvolta foarte rapid complicații respiratorii severe, inclusiv deces, îndeosebi dacă au suferit intervenții chirurgicale sau au primit chimioterapie în săptămânile precedente. Se poate aprecia că în prezent pacienții oncologici sunt la risc vital atât din cauza afecțiunii de fond cât și din cauza amenințării infectării COVID-19 („dublu pericol”).

Pe de altă parte, continuarea terapiei oncologice, în mod special a celei adjuvante și neoadjuvante, trebuie făcută conform programărilor dacă starea clinico-biologică a pacienților permite acest lucru. Orice întârziere în administrarea terapiei duce la scăderea șanselor de supraviețuire a pacienților, de aceea trebuie găsit un compromis rezonabil între riscul de infecție cu SARS-CoV-2 și continuarea administrării terapiei oncologice. În condițiile adoptării stării de urgență, considerăm că pacienții oncologici sunt urgențe de ordinul II, conform art. 8 din anexa 2 a decretului cu privire la instituirea stării de urgență.

Măsuri recomandate pentru a reduce impactul epidemiei de COVID-19 asupra asistenței medicale oncologice

Trebuie instituite măsuri plecând de la următoarele premise:

- > contaminarea poate fi făcută atât de la pacient către personalul medico-sanitar, cât și de la personalul medico-sanitar către pacient.
- > este imperios necesar ca personalul medical să beneficieze de măsuri sporite de protecție pentru a evita contaminarea / îmbolnăvirea.
- > în prezent singura metodă de luptă împotriva propagării infecției COVID-19 în interiorul unităților sanitare este scurtarea la maximum a interacțiunii între medic / personal sanitar și pacientul oncologic, respectiv a contactului între pacienții veniți în clinică.
- > în cazul în care unul sau mai mulți membri ai personalului sunt testați pozitiv sau devin contacti direcți și trebuie să se izoleze la domiciliu, unitatea poate deveni nefuncțională având în vedere sub-dimensionarea cu medici și asistente medicale în serviciile de oncologie.
- > trebuie luate toate măsurile necesare în planificarea pacienților astfel încât să minimizeze timpul petrecut în unitatea sanitară.

În afara măsurilor generale recomandate de Ministerul Sănătății în legătură cu asistența medicală, considerăm că pentru activitatea specifică în oncologie mai sunt necesare următoarele:

1. Reducerea aglomerării în serviciile de oncologie

- 1.1 Pacienții care necesită exclusiv îngrijiri paliative vor fi îndrumați către alte unități medicale.
 - > în cazul în care există doar un singur serviciu de oncologie județean, cu sprijinul DSP locale, vor fi identificate spitalele/secțiile de suport din teritoriu unde pot fi direcționați pacienții care au nevoie exclusivă de îngrijiri paliative;
 - > în județele unde există mai multe servicii de oncologie, în funcție de specificul local și cu coordonarea DSP,- se va stabili unde vor fi spitalizați pacienții cu necesar exclusiv de îngrijiri paliative; vor fi favorizate pentru acest serviciu unitățile care dispun deja de paturi/compartimente/secții de îngrijiri paliative sau au posibilitatea de a crea circuit separat pentru acești pacienți.
- 1.2 Ierarhizarea prioritară a îngrijirilor medicale oncologice. Îngrijirile specifice vor fi acordate având în vedere următoarea prioritizare (ex. Franța):
 - > pacienți tratați cu intenție curativă (I)
 - > pacienți tratați cu intenție paliativă, în prima linie terapeutică (II)
 - > pacienți tratați cu intenție paliativă < 70 ani (III)
 - > alți pacienți tratați cu intenție paliativă (IV)

1.3 Recomandări specifice oncologiei medicale

Favorizați alternative la spitalizarea convențională:

- > pentru pacienții care urmează tratamente intravenoase disponibile în formă orală (vinorelbina, capecitabina, ciclofosfamidă, etc.), formele orale ar trebui să fie favorizate și administrate acasă; pentru monitorizare de laborator poate fi luată în considerare recoltarea de probe de laborator la domiciliu, acolo unde este posibil.
- > pentru pacienții care urmează tratament intravenos sau oral fără ca datele din literatură să sugereze o superioritate clară a unei strategii față de cealaltă (exemplu cancer de sân metastatic cu indicație potențială pentru chimioterapie intravenoasă sau hormonoterapie), tratamentul oral trebuie favorizat și administrat acasă.
- > pentru pacienții care urmează tratamente cu administrare s.c., exceptând factorii de creștere și terapiile care necesită aprobare CNAS, medicația poate fi administrată și la cabinetele medicale sau la domiciliu sub supravegherea medicului de familie.
- > pentru unii pacienți cu cancer metastatic cu creștere lentă și controlat luni întregi de aceeași terapie (exemplu: cancer de sân cancer metastatic, colorectal, cancer de prostată, etc). Pauzele terapeutice pot fi luate în considerare uneori, pe termen limitat, la indicația medicului curant care cunoaște îndeaproape evoluția pacientului, cu limitarea imunosupresiei pacientului și a trecerilor lor prin spital.
- > pentru pacienții > 70 de ani se va avea în vedere raportul risc / beneficiu, indiferent de tipul de tratament recomandat.

2. Evitarea transmiterii virusului și scurtarea timpului în sălile de așteptare (consultație)

- > toți pacienții oncologici în sălile de așteptare trebuie să poarte măști (unitățile sanitare trebuie să pună la dispoziție aceste mijloace de protecție).
- > păstrarea distanței de minim 2 metri între pacienți.
- > programarea pacienților la intervale de 20-30 min (acolo unde este posibil) și recoltarea analizelor să fie făcută etapizat, pe ore, în așa fel încât să nu existe simultan în sala de așteptare sau în zona de spitalizare de zi mai mulți pacienți, încât să fie compromisă distanța de siguranță de 2 m.
- > evitarea contactului cu personalul medical atunci când nu este absolut necesar: pacient asimptomatic, vizită de follow-up , eliberare rețetă hormonoterapie, trastuzumab, etc.
- > se vor reprograma toate consultațiile care nu sunt urgențe (ex. controalele periodice)
- > dacă este absolut necesar, în cabinetul de consultație, distanța dintre medic și pacient să fie de minim 2 m, iar timpul consultației să fie scurtat la minimumul necesar

3. Scurtarea duratei de staționare pentru pacienții spitalizați (spitalizare continuă sau de zi)

- > înlocuirea schemelor de tratament prelungit (ex PEV 4-6 ore, scheme ziua 1-3, sau 1-5 cu alternative mai scurte 1-2 zile (atunci când este posibil !), administrarea imunoterapiei la 4 săptămâni sau a bisfosfonaților la 3 luni sau a schemelor săptămânale cu cele la 21 zile)



- > recoltarea analizelor si transmiterea rezultatelor să se facă prioritar si în cel mai scurt timp pentru toți pacienții oncologici, iar oricând este posibil să se apeleze la recoltarea hemoleucogramei si altor analize la domiciliu;
- > reducerea procedurilor birocratice excesive, asociate activității medicale, care sunt consumatoare de timp si care împiedică ca internarea si externarea pacienților să fie făcută operativ si în timpul cel mai scurt (avem în vedere simplificarea redactării foilor de observație , a scrisorilor medicale, adeverințe, formulare, etc.).

Solicităm așadar ca autoritățile competente (CNAS, MS) să dea dovadă de înțelegere si să ia în considerație că în acest moment sarcina birocratică excesivă conduce la încetinirea activității medicale în general si prelungirea timpului petrecut de pacienți în unitățile sanitare

4. **Pacientul oncologic testat pozitiv COVID-19**

- > secțiile de oncologie medicală si radioterapie nu trebuie să primească pacienții infectați cu COVID-19.
- > fără excepție, tratamentul oncologic trebuie oprit, iar pacientii îndrumați către centrele specializate.

5. **Pacientul oncologic suspect clinic de infecție COVID-19**

- > secțiile de oncologie medicală si radioterapie nu trebuie să primească pacienți cu simptome de infecție suspectată de COVID-19.
- > unitățile sanitare să elaboreze protocoale prin carea acesti pacienți să poată fi testati "la cerere", atunci când solicitarea vine din partea medicului oncolog¹.
Pacienții testati negativ vor putea continua tratamentul, iar cei pozitivi vor fi îndrumați către centrele specializate COVID-19.

6. **Măsuri speciale pentru medicii/personalul medical din unitățile cu profil de oncologie**

- > Ministerul Sanatatii (MS)/unitățile sanitare să ia de urgență toate măsurile necesare pentru ca medicii/personalul medico-sanitar din oncologie să poată beneficia de echipament de protecție suficient si complet: măști (FFP2, FFP3, N95) (câte 3/zi de muncă /persoană), ecran protector facial, halat, mănuși, dezinfectanți etc. Aceste echipamente să se distribuie prioritar, atât pentru serviciile de boli infecțioase, cât si pentru cele din oncologie.

¹ Ministerul Sănătății / unitățile sanitare să elaboreze în cel mai scurt timp (2-3 zile) metodologia prin care această testare să se poată face operativ, iar rezultatele să parvină în cel mai scurt timp posibil



- > medicii /personalul medico-sanitar vor utiliza în mod continuu echipamentul de protecție, ce trebuie asigurat prioritar de către unitatea sanitară / MS.
- > medicii/personalul medico-sanitar vor utiliza cu precădere mijloacele de comunicare electronice (telefon, e-mail), vor căuta să își desfășoare activitatea cât mai izolați în interiorul unităților sanitare și vor evita pe cât posibil contactul fizic la mai puțin de 2 m cu alți membri ai personalului sau cu pacienții .
- > testarea periodică a personalului asimptomatic din oncologie (ex. la 7 zile)
- > testarea „la cerere” a oricărui membru asimptomatic al personalului sanitar, dacă se suspicionează contactul cu o persoană infectată COVID-19¹.

7. Medicii/personalul medical testati pozitiv COVID-19

- > toți medicii/personalul medico-sanitar testat pozitiv în afara orelor de program , nu se vor prezenta la serviciu și se vor adresa unităților specializate în tratamentul acestor cazuri. De asemenea vor anunța imediat conducerea unității unde lucrează.
- > în cazul în care unul dintre medicii/ personalul medico-sanitar este testat pozitiv în cursul orelor de program, se va telefona la DSP pentru a se iniția ancheta epidemiologică și a se determina contactii apropiați (urmând a fi izolați la domiciliu 14 zile).

Persoane considerate contacti direcți (definiție de caz)

- > *Persoana care locuiește în aceeași gospodărie cu un pacient cu COVID-19;*
- > *Persoana care a avut contact fizic direct cu un caz de COVID-19 (ex.strângere de mână neurmată de igiena mâinilor);*
- > *Persoana care a avut contact direct neprotejat cu secreții infecțioase ale unui caz de COVID-19 (ex.în timpul tusei, atingerea unor batiste cu mâna neprotejată de mănușă);*
- > *Persoana care a avut contact față în față cu un caz de COVID-19 la o distanță mai mică de 2 m și pe o durată de peste 15 minute;*
- > *Persoana care s-a aflat în aceeași încăpere (ex. sala de clasă, sala de ședințe, sala de așteptare din spital) cu un caz de COVID-19, timp de minimum 15 minute și la o distanță mai mică de 2 m;*
- > *Persoana din rândul personalului medico-sanitar sau altă persoană care acordă îngrijire directă unui pacient cu COVID-19 sau o persoană din rândul personalului de laborator care manipulează probe recoltate de la un pacient cu COVID-19, fără portul corect al echipamentului de protecție.*

8. Medicul/personalul medico-sanitar simptomatic dar netestat COVID-19 nu se va prezenta la serviciu și va anunța imediat conducerea instituției. Se vor face demersuri ca persoana să fie testată și se va proceda în funcție de rezultatul testării.

9. **Solicităm ca MS să precizeze explicit că internarea pentru tratament și investigații oncologice se încadrează ca urgențe de ordin II (Anexa nr 2 punctul 8 al Decretului privind Starea de Urgență)**

10. Alte măsuri administrative:

Solicităm CNAS să emită, în regim de maximă urgență (2-3 zile), un ordin prin care să permită ca documente medicale cum ar fi: rețete, bilete de trimitere, certificate medicale, adeverințe și alte asemenea, să poată fi trimise on-line (e-mail) după o consultație medicală online (e-mail). Având în vedere că "serviciile medicale și medicamentele pot fi acordate și validate și fără semnarea cu cardul național de asigurări sociale de sănătate" se poate evita, în unele cazuri, prezența pacientului în clinică.

Solicităm CNAS ca la hotărârile deja emise să se stipuleze ca tratamentele cu aprobare ale acestei instituții să poată fi continuate (și după încetarea aprobării) sub răspunderea medicului curant pe toată perioada stării de urgență, dar nu mai mult de 3 luni. Pentru inițierea tratamentelor cu aprobare CNAS, aceasta va fi efectuată respectând aceleași hotărâri ca până la instituirea stării de urgență, deoarece schimbarea atitudinii terapeutice în aceste cazuri necesită explorări complementare de înaltă performanță.

Solicităm Ministerului Sănătății să ia măsuri imediate pentru asigurarea stocurilor de medicamente incluse în PN de Oncologie, iar furnizorii să le livreze fără nicio întârziere.

Solicităm Ministerului Sănătății să întreprindă măsuri urgente pentru implementarea recomandărilor menționate, îndeosebi cele legate de distribuirea imediată de echipament de protecție complet și suficient în toate unitățile medicale de stat și private care desfășoară asistență medicală oncologică cât și în privința instituirii metodologiei de testare a infecției COVID-19 „la cerere” pentru personalul medical și în limita posibilităților pentru pacienții oncologici.

Prezentul document a fost elaborat de Societatea Națională de Oncologie Medicală din România condusă de Președinte S.N.O.M.R. Conf. Univ. Dr. Dana Lucia STĂNCULEANU împreună cu comitetul director: Prof.Univ.Dr.Tudor Eliade CIULEANU, Prof.Univ.Dr.Lucian MIRON, Conf.Univ.Dr.Laura MAZILU, Conf.Univ.Dr.Adina CROITORU, Conf.Univ.Dr.Serban NEGRU, Conf.Univ.Dr.Michael SCHENKER, Sef lucrari Dr.Miahi.MARINCA, Dr.Mircea DEDIU, Dr.Razvan CURCA, Dr.Daniela ZOB, Dr.Dragos MEDIAN, Dr. Alexandra STAN, Dr.Cristian LUNGULESCU,

Și în urma analizei documentului împreună cu membrii comisiei de specialiști pentru cancer Prof.Univ.Dr.Florinel BADULESCU, Prof.Univ.Dr.Achimas Cadariu Patriciu, Conf.Univ.Dr.Michael Schenker, Dr.Florian Nicula.

Prof. Univ. Dr. Florinel Bădulescu

Președinte al Comisiei de Oncologie a Ministerului Sănătății

Conf. Univ. Dr. Michael Schenker
Secretar al Comisiei de Oncologie a Ministerului Sănătății