

COMISIA DE SPECIALITATE ONCOHEMATOLOGIE PEDIATRICA

MĂSURI RECOMANDATE ÎN VEDEREA REDUCERII IMPACTULUI PANDEMIEI SARS-CoV-2 ASUPRA PACIENȚILOR COPII SI ADOLESCENȚI CU AFECȚIUNI HEMATOLOGICE SI ONCOLOGICE PRECUM ȘI ASUPRA SERVICIILOR DE HEMATOLOGIE SI ONCOLOGIE PEDIATRICA DIN TARA

Rata de supraviețuire în cancerele pediatrice s-a îmbunătățit constant în timp, dar rămâne o cauză semnificativă a morbidității și mortalității în rândul copiilor. Infecțiile sunt o complicație majoră a cancerului și tratamentelor oncologice. Infecțiile virale respiratorii dobândite în comunitate, la acești pacienți, cresc morbiditatea, mortalitatea și pot duce la întârzierea chimioterapiei. Acestea sunt rezultatul infecțiilor cu un grup eterogen de virusuri incluzând virusuri ARN, cum ar fi virusul sincitial respirator, virusul gripal, virusul parainfluenza, metapneumovirusul, rinovirusul, și coronavirusul (SARS-CoV). Manifestările clinice variază semnificativ în funcție de tipul de virus și de tipul și gradul de imunosupresie, variind de la boala asimptomatică sau ușoară până la pneumonia fatală progresivă rapidă. Infecțiile din această populație se caracterizează printr-o rată mare de progresie de la infecția tractului respirator superior până la inferior și viremie prelungită. Utilizarea corticosteroizilor și a terapiei imunosupresive ca terapii antineoplazice sunt factori care cresc riscul de evoluție severă a bolii. Cursul clinic este adesea dificil de prevăzut, iar semnele clinice sunt nespecifice. Prevenirea rămâne una dintre cele mai importante strategii împotriva acestor virusuri ([Hijano DR, Maron G, Hayden RT.](#), Respiratory Viral Infections in Patients With Cancer , [Front Microbiol.](#) 2018 Dec 12;9:3097).

Experiența din China, recent publicată [Liang și 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%) : 1% dintre cazurile confirmate cu COVID-19 au avut un istoric de cancer, comparativ cu incidența cancerului în populația generală de 0.29% /100.000 locuitori. 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”).**

Continuarea terapiei oncologice cu viză curativă (chimioterapie adjuvantă și neoadjuvantă, radioterapie în cadrul tratamentului multimodal de control al tumorii) trebuie efectuate conform programărilor și planului de tratament multidisciplinar, 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. *In stabilirea indicației de terapii cu potential mielo- si imunosupresor sever, se va tine cont de raportul risc/beneficiu, respectiv posibilitatea tratării complicațiilor tratamentului versus potentialul curativ si rata de progresie a bolii.*

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 pe teritoriul României/ 16.martie 2020, respectiv pacienți care « trebuie tratați în cadrul aceleiași internari (odată diagnosticați nu pot fi externați)». Pacienții oncologici copii și adolescenți, pot deveni, uneori, prin complicațiile infecțioase sau hemoragice secundare hipoplaziei medulare toxice, urgente de ordin I respectiv « pacienți internați prin unitati de primiri urgente/ compartimente de primiri urgente, care își pot pierde viața în 24 de ore. ».

MĂSURI RECOMANDATE PENTRU A REDUCE IMPACTUL EPIDEMIEI DE COVID-19 ASUPRA ASISTENȚEI MEDICALE DE HEMATOLOGIE SI ONCOLOGIE PEDIATRICA

Premise de instituire a măsurilor :

- 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 contacți 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 hematologie și oncologie pediatrică.**
- Trebuie luate toate măsurile necesare în planificarea pacienților astfel încât timpul petrecut în unitatea sanitară să fie cât mai scurt.
- Numărul copiilor cu afecțiuni oncologice este relativ mic în comparație cu alte patologii la vârsta adultului și de aceea considerăm că recomandările de testare a acestora copii și a însoțitorului legal poate fi făcută fără a avea un impact major asupra stocurilor locale și naționale de teste.

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

1. Reducerea aglomerării în serviciile de hematologie și oncologie pediatrică

1.1 Pacienții care necesită exclusiv îngrijiri paliative de tip terapia durerii și terapia simptomelor vor fi îndrumați către centrele/ compartimentele de îngrijiri paliative sau la domiciliu unde vor fi monitorizați de la distanță de medicul de familie.

1.2 Pacienții cu infecții respiratorii intercurrente prezente la prezentare pentru internare, fără simptomatologie specifică de infecție COVID vor fi îndrumați către spitalul de

pediatrie teritorial pentru tratarea episodului infectios. Vor reveni pentru continuarea tratamentului oncologic după vindecarea episodului infectios.

1.3 Pacienții cu infecții respiratorii intercurente care apar la scurt timp de la internare, fără simptomatologie specifică de infecție COVID, pacienții cu alte infecții diagnosticate în cursul internării, vor fi îndrumați către spitalul de pediatrie teritorial pentru tratarea episodului infectios până la vindecarea acestuia. Vor reveni pentru continuarea tratamentului oncologic după vindecarea episodului infectios.

1.4 Controalele periodice care nu implică decizie terapeutică se vor amâna până la ridicarea limitării activității spitalelor publice (Art. 8)

1.5 În cazurile în care există suspiciune de recidivă/ recadere/ reluare de evoluție a bolii după finalizarea tratamentului oncologic, pacientul devine urgență de ordinul II

1.6 Recomandări specifice hematologiei și oncologiei pediatrice

- Favorizați alternative la spitalizarea convențională:
- Pentru pacienții care urmează tratamente injectabile disponibile și sub forma orală sau s.c. va fi favorizată administrarea acasă (filgrastim, eritropoetine, vinorelbina, ciclofosfamida, citarabină). Pentru monitorizare de laborator va fi luată în considerare recoltarea de probe de laborator la domiciliu, sau în teritoriu.
- Pentru unii pacienți cu cancer metastatic, cu boală stabilizată luni întregi de aceeași terapie paliativă oncologică, 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. Se va avea în vedere raportul risc / beneficiu, indiferent de tipul de tratament recomandat.

2. **Evitarea transmiterii virusului prin scurtarea timpului în sălile de așteptare și cabinete de 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 se va face etapizat, pe ore, în așa fel încât să nu existe simultan în sala de așteptare sau în zona de recoltare mai mulți pacienți încât să fie compromisă distanța de siguranță de 2 m.
- 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**

- Recoltarea analizelor și transmiterea rezultatelor să se facă prioritar și în cel mai scurt timp pentru toți pacienții oncologici, iar oricând este posibil să se apeleze la recoltarea hemoleucogramei și altor analize la domiciliu;
- Reducerea procedurilor birocratice excesive, asociate activității medicale, care împiedică ca internarea și externarea pacienților să fie făcută operativ și în timpul cel mai scurt (avem în vedere simplificarea redactării foilor de observație, a scrisorilor medicale, adeverințe, formulare, etc.). Sarcina birocratică excesivă conduce la încetinirea activității medicale în general și prelungirea timpului petrecut de pacienți în unitățile sanitare.

- Documentele de externare pot fi trimise/transmise prin mijloace electronice către pacient și medicul de familie
- 4. Pacientul oncologic testat pozitiv COVID-19**
- Secțiile de hematologie și oncologie pediatrică nu trebuie să primească sau să acorde îngrijiri pacienților oncologici copii și adolescenți infectați cu COVID-19.
 - Fără excepție, tratamentul oncologic trebuie oprit, iar pacienții îndrumați imediat către centrele specializate.
- 5. Pacientul oncologic suspect clinic de infecție COVID-19**
- Secțiile de hematologie/oncologie pediatrică nu trebuie să primească pacienți cu simptome de infecție suspectată de COVID-19.
 - Unitățile sanitare să elaboreze protocoale prin care acești pacienți să poată fi testați "la cerere", atunci când solicitarea vine din partea medicului oncolog pediatru curant. Pacienții testați negativ vor putea continua tratamentul, iar cei pozitivi vor fi îndrumați imediat către centrele specializate COVID-19.
- 6. Măsuri speciale pentru medicii/personalul medical din unitățile cu profil de hematologie și oncologie pediatrică**
- Ministerul Sănătății (MS)/unitățile sanitare să ia de urgență toate măsurile necesare pentru ca medicii/personalul medico-sanitar din oncologie și hematologie pediatrică să poată beneficia de echipament de protecție suficient și 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 și pentru cele din oncologie respectiv hematologie/ oncologie pediatrică.
 - 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 hematologie-oncologie pediatrică (ex. la 7 zile)
 - Testarea „la cerere” a oricărui membru asimptomatic al personalului sanitar, dacă se suspicionează contactul cu o persoană infectată COVID-19
- 7. Medicii/personalul medical testați 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. 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 neurmărită 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

Aceste recomandari sunt asumate de către **Societatea Romana de Hemato- Onologie Pediatrica (SROHP)** (www.srohp.ro)

Presedinte

Conf. Dr. Monica Dragomir