



Colégio de Radioncologia

Contributo sobre a prática clínica sob a pandemia do SARS-CoV-2 no contexto da COVID-19

Muitos colegas de centros de radioterapia em todo o país estão sendo confrontados com uma situação excepcional, inédita e para as quais não há protocolos clínicos definidos.

Perante as imensas dúvidas partilhadas por todos, pensamos ser útil reunir a evidência dos contributos formais e informais reportados pelos colegas da Ásia e Europa e outros países que ultrapassaram situações a impor enormes restrições aos cuidados de saúde.

A própria Sociedade Europeia já emitiu um comunicado sobre o assunto ressaltando o nosso papel em conter, controlar e reduzir o impacto do vírus a cada oportunidade. Não obstante, o colégio de especialidade pode dar um contributo aos colegas do país.

As propostas têm por objectivo:

1. Preservar a capacidade de resposta à população no âmbito do doente oncológico com indicação para radioterapia.
2. Contribuir para a informação relativa à radioncologia para doentes e profissionais de saúde procurando minimizar riscos de contágio
3. Fornecer um conjunto de recomendações que facilite a sua colocação em prática pelos directores clínicos.

Tendo em conta que:

- a. não é possível determinar quanto tempo este período excepcional durará;
- b. que a maior parte dos doentes com indicação para radioterapia tem prescrição tratamentos diários por períodos de 4-7 semanas;



- c. a maioria destes doentes frequentará os serviços de radioterapia por um período superior ao período de incubação do vírus, atingindo sua transmissibilidade durante os tratamentos antineoplásicos;
- d. e tendo em conta a experiência dos outros centros;

Parece-nos razoável sugerir:

- 1) Realizar o rastreio clínico e laboratorial sistemático a todos os doentes com indicação para radioterapia bem como dos profissionais para optimização do risco aos doentes e profissionais bem como o devido planeamento estratégico dos serviços;
- 2) Devido à eventuais constrangimentos de pessoal, cancelar atividades não essenciais como consultas de seguimento pós-tratamento. Promover a não deslocação de doente não urgente e acompanhantes ao hospital.
- 3) Ter um plano de contingência que contemple qual aparelho seria utilizado por doentes portadores de COVID19, com acesso em separado e que permita a proteção dos demais doentes e da equipa, tendo em conta o tempo de descontaminação das salas no agendamento;
- 4) A critério clínico, ponderar adiar tratamentos que possam ser adiáveis;
- 5) Sugere-se, quando possível, a adoção de hipofraccionamento, nomeadamente dose única para tratamentos paliativos para minimizar a presença dos doentes;
- 6) Pelos previsíveis constrangimentos (humanos e físicos - necessidade de ventiladores) a atividade em bloco de braquiterapia, TBI e tratamentos que requeiram anestesia deverá ser ponderada apenas em casos excecionais (inadiáveis sem alternativa terapêutica equivalente);
- 7) Solicitar, junto aos serviços de informática, os requisitos necessários para teletrabalho (notas clínicas, planeamento e revisão de imagens, participação remota em reuniões, por exemplo);
- 8) Insistir na proteção de todos os profissionais do serviço, de acordo com as melhoras práticas no âmbito do controlo de infeção hospitalar ao SARS- CoV-2.
 - a. Suspender consultas desnecessárias. Reduzir ao mínimo as consultas presenciais.



- b. Cada doente com 1 acompanhante no máximo, e enquanto na sala de espera deve estar afastado dos outros pacientes, permanecendo na sala o menor tempo possível. Na consulta preferencialmente deve entrar só o doente no máximo com apenas 1 acompanhante, o médico deve ter máscara, utilizar luvas na observação e manter a distância de 1-2 metros. Deve ser explicado ao doente a necessidade da lavagem frequente das mãos e de manter a distância de segurança de 1-2 metros.
 - c. Nas áreas de tratamento, os técnicos devem utilizar luvas e máscara. O doente deverá também utilizar máscara cirúrgica ao longo do tratamento.
 - d. Em caso de doente com sintomatologia de tosse, febre, mialgias... deverá ser contactado o médico da equipa covid-19.
- 9) Caso um doente tenha diagnóstico de COVID-19 durante o curso da radioterapia, ponderar interromper o tratamento respeitando as regras definidas pelas autoridades de saúde;
- 10) Em caso de radioterapia em doentes com COVID19, reservar unidade, horário e equipa dedicadas com treino no equipamento de proteção individual. Contabilizar o tempo de descontaminação da sala;
- 11) Organização do serviço de forma a permitir equipas em rotação podendo diminuir a exposição individual de todos. Reduzir ao mínimo a quantidade de profissionais de saúde no local, promovendo o teletrabalho;
- 12) Ter um plano de contingência caso haja perda de 10-50% da força de trabalho, estimando quantos doentes poderiam ainda ser tratados nestes cenários;
- 13) Reduzir os locais de proximidade social dentro do serviço de radioncologia.

Pensamos que a medida mais importante é o rastreio laboratorial por PCR para a infeção pelo SARS-CoV-2 antes de iniciar tratamentos a todos os doentes. Perante as toxicidades dos tratamentos antineoplásicos reportadas até o momento, esta medida parece-nos bem justificada para os casos em que a radioterapia é inadiável, com intenção curativa e cujo atraso pode implicar prejuízo clínico significativo: ajuda a evitar tratamentos potencialmente tóxicos, diminui a disseminação vírus e início de tratamentos antineoplásicos em doentes imunodeprimidos e ainda pode permitir a quarentena dos que vão evoluir favoravelmente e iniciar posteriormente a



radioterapia ainda atempadamente. Considerar repetir a dosagem durante os tratamentos e adoptar as medidas de acordo com cada caso.

Idealmente, e segundo os relatos dos colegas de Itália, concentrar os doentes com COVID19 em centros dedicados para tal pode optimizar recursos, expertise e diminuir a curva de aprendizagem no manejo destes casos em radioncologia.

Embora cada serviço tenha suas particularidades e desafios próprios, e na falta de evidência clínica que suporte algumas decisões, algumas recomendações da ESTRO podem ser adoptadas:

1. neste período excepcional, para doentes que não sofram com o atraso no início dos tratamentos, radioterapia pode ser adiada;
2. em caso de um paciente tenha diagnóstico de COVID-19 durante o curso da radioterapia, ponderar interromper o tratamento;
3. caso haja uma perda de pessoal decorrente da infecção, colaborar com centros da região para manter os serviços mínimos.

Este documento não se trata de uma norma ou guideline mas um contributo do Colégio neste tempo excepcionais. Recomendamos vivamente a leitura da literatura em epígrafe.

Nas últimas semanas, surgiram diversos artigos publicados e partilhados gratuitamente pelas sociedades americana e europeia de radioncologia, bem como do NHS britânico com propostas de algoritmos de seleção de doentes para início imediato e para adiamento justificado. Os algoritmos são ferramentas importantes e que precisam ser adaptados a realidade de cada serviço. Podem ser consultados nas referências abaixo.

Finalmente, todos compartilhamos as mesmas dúvidas e este documento pode e deve ser revisto continuamente pelo que aceitam-se contributos de colegas sobre os planos de contingência e opinião em cada realidade.



Todos somos poucos para ultrapassar esta fase, entretanto, temos a certeza que conseguiremos ultrapassá-la de forma mais serena se estivermos juntos.

Margarida Roldão
Presidente da direção do colégio de Radioncologia
Março 2020

Referências

1. <https://www.estro.org/About/Newsroom/News/Radiotherapy-in-a-time-of-crisis>
2. RK Mukherjee et al. Hiding in the Bunker: Challenges for a radiation oncology department operating in the Severe Acute Respiratory Syndrome outbreak. Volume47, Issue2, June 2003, Pages 143-145 <https://doi.org/10.1046/j.0004-8461.2003.01165.x>
3. https://cancerletter.com/articles/20200311_1/?fbclid=IwAR1uvYgJMyv88-F5dOyEFXrBUUk22Vd1fAOHc6NgZ2q4rBGeHmZStJWAnGw
4. <https://www.cancertherapyadvisor.com/home/cancer-topics/general-oncology/cancer-patients-coronavirus-covid19-medical-distancing-protect-exposure/>
5. Liang W, Guan W, Chen R. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol. 2020;21(3):335-337.



6. https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/Specialty-guide_Cancer-and-coronavirus_17-March.pdf
7. Brigham Health. Brigham and Women's Hospital. A nurse's innovation: "virtual monitoring" increases access, decreases travel. Accessed March 17, 2020.
8. Lessons Learned From Hurricane Maria in Puerto Rico: Practical Measures to Mitigate the Impact of a Catastrophic Natural Disaster on Radiation Oncology Patients. Gay, Hiram A. et al. Practical Radiation Oncology, Volume 9, Issue 5, 305 – 321.
9. <https://www.astro.org/Daily-Practice/COVID-19-Recommendations-and-Information/Journal-Articles>
10. Ministero della Salute. Raccomandazioni per la gestione dei pazienti oncologici e onco-ematologici in corso di emergenza da COVID-19. 0007023-10/03/2020-DGPROGS-MDS-P
(<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73635&parte=1%20&serie=null>)
11. Ministero della Salute. Covid-19 – Situazione in Italia.
(<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?id=5351&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>)
12. Yao JJ, Jin YN, Wang SY, et al. The detrimental effects of radiotherapy interruption on local control after concurrent chemoradiotherapy for advanced T-stage nasopharyngeal carcinoma: an observational, prospective analysis. BMC Cancer. 2018;18:740.