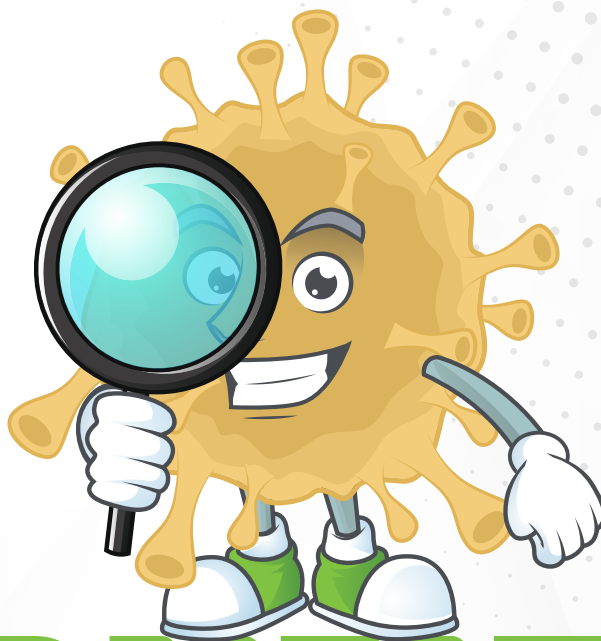


מחלקת האיגודים
המדעיים והחברות
של ההסתדרות הרפואית בישראל



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



קורונה 2020

הנחיות האיגודים המדעיים לרופאים



1. האיגוד הישראלי לאונקולוגיה קלינית ורדיותרפיה.....3
2. האיגוד הישראלי לאורתופדיה.....5
3. האיגוד הישראלי לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית.....6
4. איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר.....7
5. איגוד ישראלי לגסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד.....16
6. איגוד לגסטרואנטרולוגיה ותזונה בילדים.....18
7. האיגוד לרפואה גריאטרית.....20
8. החברה הישראלית ליתר לחץ דם.....46
9. איגוד הכירורגים בישראל.....47
10. איגוד ישראלי לכירורגיה פלסטית ואסתטית.....48
11. החוג למחלות מעי דלקתיות.....49
12. האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה והאגודה הישראלית לחקר הפוריות (איל"ה).....51
13. האיגוד הישראלי לנוירולוגיה ילדים (אינ"ה).....57
14. איגוד ישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם.....58
15. האיגוד הישראלי לרפואת עור ומין.....64
16. איגוד רופאי העיניים בישראל.....66
17. איגוד הפסיכיאטריה בישראל.....69
18. האיגוד הקרדיולוגי בישראל.....71
19. האיגוד הישראלי לראומטולוגיה.....73
20. האיגוד הישראלי לרפואת ריאות.....75
21. האיגוד הישראלי לרפואת ילדים (חיפ"פ).....80
22. החברה הישראלית לשבץ מוחי (חי"ש).....82
23. איגוד לרפואה תעסוקתית.....83
24. האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה והאיגוד הישראלי לניאונטולוגיה.....91
25. האיגוד לרפואה פלאטיבית בישראל.....100



לחברי האיגוד שלום

הדינמיקה של "משבר הקורונה" בארץ ובעולם מעלה שאלות גם בנושא הטיפול בחולים האונקולוגיים. מתוך איסוף המלצות של גופים אונקולוגיים גדולים (ארה"ב, אירופה) והמלצות משרד הבריאות ניתן לסכם את הנקודות הבאות, שיכולות לעזור בקבלת ההחלטות בכל מכון ומרפאה אונקולוגית:

1. חולים במחלת סרטן פעילה בדומה לחולים במחלות כרוניות אחרות נמצאים בסיכון מוגבר יותר להופעת סיבוכים כתוצאה מהוירוס ולתמותה
2. אין מידע לגבי סוג טיפול אונקולוגי ספציפי וסיכון מוגבר יותר להידבקות בוירוס ולסיבוכים כתוצאה מכך ולכן אין כרגע שום המלצה מבוססת ספרות לגבי שינויים כלשהם בטיפול האונקולוגי המתוכנן לחולים.
3. נכון להיום, יש לתת עדיפות למתן הטיפול הסדיר על פני החשש מהידבקות בנגיף
4. מציאת הפתרונות למתן הטיפולים בחללים של "טיפול היום" כך שישמרו מרווחים נאותים בין החולים ותשמר ההגבלה של 10 אנשים בחלל מוגדר- הנה תלויה מכוון כיוון שיש הרבה שיקולים של כוח אדם וצורת החלל. בכל מקרה פתרון של ריווח שעות הפעילות גם לאחה"צ ועל ידי כך צמצום כמות הצוות והחולים בכל משמרת הגיוני ויש להגיע להבנות כאלו עם ההנהלה של כל בי"ח אם נדרש.
5. קיים הגיון רב לצמצם את הפעילות של מרפאות המעקב ובעיקר אלו ארוכות הטווח. צורת הביצוע- של דחייה של התורים או מעבר על תוצאות בדיקות הדמיה והתייחסות בהתאם- כולן אפשריות ונתונות להחלטת הצוות בכל בי"ח
6. יש להפנות חולים המפתחים תסמינים נשמתיים או חום למלר"ד ולמנוע מחולים אלו להיכנס למרחב של טיפולי היום- לקבלת טיפול סמפטומטי וברור כפי שהיה בעבר.
7. אנשים אלו (סעיף 6) הנמצאים בתקופת הטיפולים שלהם, יכולים להיות עם נויטרופניה ולהיות בסיכון מוגבר להידבקות, כאשר יעברו אבחון יעודי לקורונה בחללים שהוקצו לכך. מומלץ ליצור מסלול יעודי עבור חולים אלו בשיתוף יחידת הזיהומים בכל בית חולים.

בברכת בריאות לכולנו

וועד האיגוד

המחקר האונקולוגי בימי קורונה

מגפת הקורונה, על כל המשמעויות הרפואיות והחברתיות הנגררות עמה מעמידה את העולם כולו בסדרי עדיפויות חדשים. עם זאת מחלות אחרות מהם סובלים המטופלים שלנו עדיין קיימות ומחייבות מתן מענה מלא ככל האפשר תוך התאמה למצב.

בעולם האונקולוגי מחקר התערבותי (משמע טיפולי) הוא למעשה קו טיפולי לכל דבר. גם בימים אלה עלינו לעשות כל מאמץ להמשיך ולטפל ככל שניתן, בהתאם להנחיות העדכניות. עם זאת, עלינו לנסות ולנקוט בצעדים שיסייעו בהפחתת החשיפה לחולים גם במסגרת המחקר הקליני. לשם כך עלינו להתייחס לכל שלבי המחקר, כולל הכנסת נתונים למערכות הממוחשבות, ניטור ע"י בקרים חיצוניים, אספקת תרופות ועוד.

להלן המלצות לפעילות המחקר הקליני:

1. יש לשקול בקפידה גיוסים חדשים, הן בהתאם לדחיפות והן בהתאם ליכולת לספק את כל צרכי המחקר. יש לקחת בחשבון כישירותים תומכים, למשל דימות, עלולים להיות בזמינות נמוכה לאור צמצום צפוי של שירותים אמבולטוריים.
2. יש לעבור ככל הניתן לעבודה מרחוק תוך שימוש במערכות המאפשרות גישה מרחוק.
3. יש לצמצם ניטור ל-Data base lock בלבד.
4. מומלץ לפצל את צוותי העבודה כדי להפחית חשיפה ולהקטין הסיכון להשבתת מערך המחקר כולו.
5. יש להקפיד על מיגון הצוות, על פי ההנחיות המתעדכנות מעת לעת.
6. חשוב לשמור על קשר רציף עם נציגי המחקר בארץ ובחו"ל ולעדכן מיד על כל צפי לדחיית בדיקות או טיפולים.
7. יש לבדוק את מאגרי התרופות לכל מחקר ולוודא ביצוע הזמנות מוקדמות כדי למנוע חסר במלאי.

מחקרים אחרים כגון מחקרי שאלונים למיניהם או מחקר בסיסי מוגדרים כמחקרים שאינם הכרחיים, יש לשקול היטב את נחיצותם בעת הזו ולנסות ולצמצם הגעה של צוות לא נדרש לסביבת ביה"ח או לסביבת חולים כדי להקטין חשיפה.

דף מידע זה הוכן מטעם האיגוד הישראלי לאונקולוגיה קלינית ורדיותרפיה, ע"י ד"ר רבית גבה, מנהלת יחידת מחקר במערך האונקולוגי, מרכז רפואי ת"א.

התנהלות האורתופדים בעת מגיפת הקורונה

הודעת משרד הבריאות מ-17 במרץ 2020

חברים שלום רב,

תקופה קשה של אי וודאות עוברת על העולם ועל מדינת ישראל, אין לדעת מתי ואיך תסתיים מגיפת הקורונה, וכמה חיים היא תגבה.

מערכת הרפואה הציבורית נמצאת בקשיים זה זמן רב. הדבר מתבטא, בין השאר, בחוסרים בכל מה שקשור לציוד לטיפול נמרץ. ככל הנראה, מה שישפיע על תוצאת התחלואה בארץ היא מספר הנדבקים. בהתאם, האיגוד הישראלי לאורתופדיה ממליץ להימנע ככל שניתן מביצוע ניתוחים אלקטיביים לאלתר, ועד להודעה חדשה. הדבר נכון בשל שלושה נימוקים עיקריים:

(1) שימוש באמצעי חדר ניתוח לרבות מכונות הנשמה, ציוד סטרילי מתכלה ותרופות בנסיבות בהן עלול להיווצר מחסור לאומי מנוגד לשכל הישר.

(2) ניתוח אלקטיבי, בפרט כשהוא מבוצע בהרדמה כללית, עלול להחמיר מצבו של נשא וירוס קורונה, לחשוף את הצוות המטפל לוירוס ולהביא לעליה במספר הנשאים.

(3) ניידות של מטופלים ואנשי צוות לשם ניתוח אלקטיבי מנוגדת להוראות משרד הבריאות. מעבר לכך, מומלץ לצמצם מרפאות ככל שניתן, תוך שימוש באמצעים להתייעצות מרחוק.

ההמלצות נוגעות לכלל המגזרים בהם אנו עובדים, וכולם מתבקשים לגלות אחריות אישית ולפעול בהתאם.

נדע ימים טובים יותר. מאחל שיגיעו בקרוב.

בברכה,



ד"ר חיים שטארקר
נשיא האיגוד הישראלי לאורתופדיה

פעילות מרפאות אלרגיה בשעת חירום בשל מגפת COVID-19

פעילות המשק הולכת ומצטמצמת עם ההנחיות החדשות של משרד הבריאות בשל מגפת נגיף ה-COVID-19, וקיימת אפשרות שהחל משבוע הבא ייסגרו השירותים האמבולטוריים.

ישנם שירותים הניתנים במרפאות אלרגיה / אימונולוגיה ואשר חשוב להמשיך ולספק אותם גם במקרה והמשק עובר לפעילות של שעת חירום.

להלן המלצות האיגוד לארגיה ואימונולוגיה קלינית לפעילות חיונית שצריכה להימשך במרפאות אלרגיה גם בשעת חירום –

1. מומלץ שיוקם במרפאות אלרגיה קו חם למענה טלפוני למטופלים עם בעיות דחופות.
2. מומלץ לאפשר פעילות של ביקורים באופן וירטואלי באמצעות שיחת טלפון בין הרופא והמטופל / הורה) ניתן לפקס טפסי 17 במקרה של מרפאות בתי חולים ולפתוח כרטיס במקרה של מרפאות קופ"ח).
3. מומלץ שהמטופלים הבאים ימשיכו לקבל טיפול בתוך המרפאה בכל מצב:
 - א. חולים עם חסר חיסוני (חולים שמקבלים IVIG, חולי HIV וכדומה)
 - ב. חולים שמקבלים טיפולים ביולוגיים לאסתמה, אורטיקריה, מחלות אוטואימוניות וכדומה
 - ג. חולים שמקבלים אימונותרפיה לארס חרקים (דבורניים)
 - ד. חולים שמקבלים אימונותרפיה לאלרגנים נשאים, במידת האפשר
 - ה. חולים עם מקרים דחופים על פי שיקול מנהל היחידה
4. לשם שימור פעילות חיונית זו יידרש צוות עובדים אותו יקבע מנהל היחידה.
5. מומלץ לקבוע צוותי עבודה קבועים שלא יחפכו זה עם זה על מנת למנוע השבתת פעילות. במקרה של חשיפה

בברכה

ועד האיגוד לארגיה ואימונולוגיה קלינית



(עודכן לתאריך 25.3.20)

ניר עמדה של איגוד רופאי אף-אוזן-גרון – ניתוחי ראש וצוואר טיפול ומיגון במגיפת COVID-19 (גרסה 3)

הערה: בגרסה 3 יש שני תיקונים: סעיף 3.3 ו סעיף 7.5 מדובר במיגון אירוסולי ולא מיגון טיפתי. למעשה כל מיגון
בבדיקת אלאג לחולה לא חשוד או חולה שבא במגע הוא עם מיגון אירוסולי

1.1 רקע

- מגיפת COVID-19 צוברת תאוצה ברחבי העולם ובישראל. במהלך הימים האחרונים מצטברות עדויות רבות מעמיתנו הרופאים ואחרים העוסקים ברפואה במדינות שונות המתמודדות עם המגיפה. בשלב זה איסוף המידע מבוסס בעיקר על תקשורת אישית מתוך חוויותיהם האישיות של העמיתים בעולם, ויש צורך בנתונים נוספים לפני קביעת מדיניות לטווח הארוך. עם זאת, על סמך המידע שלהלן, נראה כי אין מנוס בשלב זה מלנקוט מידה מירבית של זהירות לפני שיצטברו נתונים נוספים, וזאת על-מנת שלא לחזור על אותן טעויות שנעשו במקומות אחרים בעולם.

- בימים האחרונים הצטברו עדויות ממדינות כגון סין, איטליה ואיראן, לפיהן רופאים אשר באים במגע עם דרכי הנשימה והעיכול העליונות (רופאי א"ג, עיניים ומרדימים) נמצאים בסיכון הגבוה ביותר להידבקות, העברה, ואף תמותה מ-COVID-19.

הצפיפות הנגיפית באף ובנאזופארינקס, אשר מהווים חלק מדרכי הנשימה העליונות, היא הגבוהה ביותר. ביצוע בדיקות מכשירניות וניתוחים באזורים אלו מעלה באופן ניכר את הסיכון להדבקה. שימוש בתרסיסי אף ולוע שונים במהלך בדיקות אנדוסקופיות או ניתוחים של דרכי האוויר העליונות מוביל לאירוסוליזציה של הנגיפים בריריות ומעלה אף יותר את הסיכון להעברה והידבקות של הרופא המטפל.

דוגמא אחת לכך היא דיווח מאת ד"ר שיאוגואנג טונג, נוירוכירורג המשרת באחד מבתי החולים במחוז ווהאן אשר בסין, לפיו במהלך ניתוח אנדוסקופי של יותרת המוח, כלל אנשי הצוות אשר נכנסו ויצאו מחדר הניתוח נדבקו בנגיף. ד"ר טונג תאר מקרים דומים בנייתוחים אנדוסקופיים נוספים, במהלכם התרחשה הדבקה למרות שימוש באמצעי בידוד טיפתי בכללם מסיכת N95. נסיונו האישי הוביל את ד"ר טונג להזהיר מפני סיכון גבוה ביותר להדבקה במהלך בדיקה וטיפול בדרכי אוויר עליונות, ולקרוא לשימוש בשיטות PAPER (מערכת מיגון וסינון בלחץ חיובי, בדומה למערכת אבן ספיר הצבאית).

נתונים מאיראן ואיטליה הוסיפו מידע על אחוזי תחלואה גבוהים, סימפטומטים ואסימפטומטים כאחד, בקרב רופאי אף אוזן וגרון במדינות אלו.

בתאריך ה-18/3/2020 איגוד ה-CMS האמריקאי (הסוכנות לשירותים רפואיים) פרסם נייר עמדה לפיו יש "להגביל את כל הניתוחים וההליכים המתוכננים הלא חיוניים, כולל שיניים עד להודעה חדשה", וזאת במטרה לשמר את המשאבים הנדרשים ולשם בטיחות המטופלים והצוות הרפואי.

בהמשך להנחיות CMS, ב-18/3/20 איגוד רופאי א"ג האמריקאי (**AAO HNS**) המליץ זהירות יתרה בבדיקות או ניתוחים המבוצעים דרך האף או הפה. הם הוסיפו כי במקרים בהם בדיקות אלו הכרחיות, יש להמנע משימוש בתרסיסי אף. כמו כן יש לבצע פרוצדורות כירורגיות רק לאחר ביורור מצב ה-COVID-19 ובמידה וחיוניות יתבצעו רק בעזרת PAPER. במכתב מ-20.03.2020 האיגוד מדגיש את הסיכון המיוחד של הדבקות במקצוע, את המגבלה הצפויה בציוד רפואי, מקום לטיפול בבתי החולים ואת החוסר בציוד מיגון. מכאן ההמלצות הנוקשות הקוראות לצמצם הבדיקה הפיסיקלית ואת הניתוחים למינימום.

קיימים מספר דיווחים של רופאי א"ג על תלונה של אובדן חוש הריח והטעם כסימן מקדים במחלה. לא ברור עדין הפרוגנוזה לטווח ארוך יותר. יתכן מאוד שהכללת שאלה על כך תוכל לסייע באבחון מוקדם.

בנייר עמדה שפורסם ע"י אוניברסיטת סטנפורד 20/03/2020 – בדיקות מרפאה הוגבלו לחולים דחופים בלבד. בדיקות אנדוסקופיות מבוצעות רק כשהן הכרחיות ללא שימוש בתרסיס הרדמה מקומי ותחת שימוש במסכות N95, מגני פנים וחלוקים. התערבות כירורגית של דרכי הנשימה העליונות מתבצעת במקרים דחופים בלבד. במסמך ניתנה המלצה לפיה מטופל אשר נזקק להתערבות כירורגית, נבדק 48 שעות טרם הפעולה ל-COVID-19. במקרים בהם לא ניתן לחכות לתוצאות הבדיקה או במקרים חיובים אשר מחייבים התערבות דחופה, כל הצוות בחדר הניתוח מתמגן באופן מלא (או ב-PAPER).

במאמר שפורסם מהונג קונג ב-20/3/2020 הומלץ על מיגון מלא (במסכות N95, מגני פנים, כפפות וחלוקים) לכל בדיקת א"ג עקב המספר הגבוה של נשאים ללא תסמינים. בנוסף, הם מתארים חדר בדיקה נפרד "מזהם" שבו נבדקים כל המטופלים לאחר תשאול קודם, בדיקה של תסמינים רלבנטים ובדיקת חום.

חיוני להדגיש שבדיקת א"ג מלאה כוללת בדיקת ריריות האף הפה והגרון, ומכאן הדאגה והצורך שלנו להתמגן מעבר להתמגנות טיפית רגילה. למרות שננסה להימנע מבדיקת ריריות הרי שעצם הבדיקה הקרובה עם החולה, ללא יכולת להרחיק את ראש הרופא מהפנים של הנבדק מצריכה בדיקה עם מיגון מוגבר.

2. הגדרות:

- חולה מאומת ל covid19,
- מטופל חשוד (חום ותסמינים נשימתיים),
- מטופל שהיה במגע הדוק
- שאר קהילת החולים.

2.2 הגדרת שלוש רמות מיגון אפשריות:

- מיגון טיפתי -, מסיכה כרורגית וכפפות
- מיגון אירוסולי מסכת N95, מגן פנים, כפפות, חלוק וכובע.
- מיגון מלא - מיגון הכולל סרבול ייעודי, ערדליים ושאר פריטי המיגון הטיפתי. יש לציין שקיים חשש שהורדת הסרבול עלול לגרום להדבקה בעת ההסרה ושיש להעדיף מיגון עם חלוק או PAPR, בחדר ניתוח.

3. הנחיות קליניות

- 3.1 לאור הסיכון הגבוה יש להימנע מביצוע בדיקות א"ג במצבים שאינם מסכני חיים.
- במידה ומתעורר חשד להדבקה בקורונה ("מקרה חשוד או מגע הדוק") המטופל יושם בבידוד ובמידת הצורך יגיע רופא א"ג לבדוק אותו במלר"ד עם מיגון מלא.
 - כל מטופל שגיע לאחר סינון ראשוני לבדיקה במיגון א"ג יעבור תשאול חוזר ע"י הרופא הבודק טרם בדיקתו, על מנת לשלול חשד להדבקה בקורונה.
 - במידה ומטופל הגיע לבדיקת א"ג ועולה חשד קליני להדבקה בקורונה, המטופל לא ייבדק, יתבקש ללבוש מסיכה כירורגית וימתין באזור מבודד עד להגעת איש צוות שילווה אותו לבידוד במלר"ד.
- 3.2 יש להימנע מבדיקת ריריות האף, הפה, הלוע והגרון בייחוד עם אנדוסקופיה גמישה או קשיחה/ספקולום אף/ שפדל - אלא במקריים דחופים/מסכני חיים.
- במצבים הללו אין צורך בבדיקה אנדוסקופית –
- מטופל עם דלקת שקדים או אבצס פריטונסילרי ללא חשד למעורבות לרינגאלית ואשר אינם מבטאים סיכון לאובדן נתיב אוויר.
 - מחלה חריפה אשר מקורה בחלל האף והסינוסים או דמם אפי אשר אינן מסכנות חיים ואשר אינם מבטאים סיכון לאובדן נתיב אוויר בהתאם לשיקול דעת קליני של הרופא.



- בקבלה ובמעקב אחר מאושפזים עם בעיות אא"ג שאינן מערבות ריריות.
- בדיקות אנדוסקופיות בחולים אחרי ניתוחי תירוואיד.
- 3.3 במקרים בהם יש צורך בבדיקת ריריות, הבדיקה תתבצע במיגון אירוסולי בהתאם לסטטוס המטופל:
 - דוגמאות למטופלים אשר הבירור מחייב בדיקת ריריות בהתאם לחשד הקליני של הרופא –
 - חשד לבעיית נתיב אוויר חריפה/סטרידור
 - בדיקת נזופארינקס לנוזלים באוזן תיכונה (על מנת לשלול גידול בנזופארינקס)
 - בדיקת ריריות במטופל עם גושים חשודים בצוואר
 - צרידות חשודה
- 3.4 מיגון במהלך בדיקות אנדוסקופיות הכרחית של דרכי אוויר –
 - בדיקה בחדר ייעודי
 - יבוצעו ללא שימוש בתרסיסי הרדמה מקומיים.
 - חולה מאומת ב-COVID-19 או מטופל חשוד ("חשוד") - יבדק אנדוסקופית עם מיגון מלא (או PAPR)
 - שאר המטופלים יבדקו תוך שימוש בציוד מלא להגנה אירוסולית: חלוק, כפפות, מסיכת N95, מגן פנים וכיסוי ראש.
- 4. נהלי בדיקת חולים -
 - 4.1 חולה מאומת – בדיקת אא"ג תבוצע באמצעות מיגון מלא
 - 4.2 מטופל חשוד – יש לשלוח לבדיקת COVID-19. במידה ושילי -יבדק מיגון ארוסולי. במידה וחיובי יבדק כחולה מאומת.
 - 4.3 מטופל אשר בא במגע הדוק –
 - בדיקת אא"ג תבוצע באמצעות מיגון אירוסולי (חלוק, כפפות, מסיכת N95 מגן פנים וכיסוי ראש). בכל מקרה עדיף להימנע מבדיקת ריריות.
 - 4.4 חולה ללא חשד להדבקות בקורונה -
 - כמו המלצות קודמות . בדיקת אא"ג באמצעות מיגון אירוסולי (חלוק, כפפות, מסיכת N95 מגן פנים וכיסוי ראש). בכל מקרה עדיף להימנע מבדיקת ריריות.



- **בדיקת אא"ג באמצעות מסיכה כירורגית וכפפות איננה מקובלת ואיננה מהווה הגנה יעילה.**

5. ניתוחים

- 5.1 ככלל, יש להימנע מביצוע ניתוחים אלקטיביים (כולל מבצוע טרכאוטומיה בחולה אסימפטומתי) לשם הימנעות מחשיפת המנותחים לנגיף בזמן שהותם במרכזים הרפואיים ומניעת חשיפת הצוות לנגיף.
- 5.2 ההמלצה היא לא לדחות ניתוחים אונקולוגיים, כאשר עדיין יש לשקול דחית ניתוחים של גידולים בעלי אופי מתון.
- 5.3 יש להימנע באופן גורף מביצוע כל התערבות כירורגית המערבת ריריות, בשל הריכוז הגבוה של הנגיף בריריות האף והלוע האפי. השימוש במיכשור מתקדם הכולל מקדחים כירורגיים ושייברים מעלה מאוד את פיזור הנגיף בחלל החדר הניתוח, ומעלה עוד יותר את סיכון ההדבקה.
- בניתוחי אא"ג שלא מערבים ריריות (כדוגמת ניתוח לכריתת בלוטת המגן או בתירה צווארית) יהיה מיגון אירוסולי למנותחים לא חשודים, ומיגון מלא למנותחים חולים, חשודים או שהיו במגע הדוק.
 - במנותחים בהם יש צורך בביצוע ניתוח בריריות (כגון כריתת גידול בחלל הפה או בלוע, הפרוטסיס או ניתוחי סינוסים), ניתוח הכולל קדיחה כגון ביצוע מסטואידקטומיה וכן בכל ניתוחי פיום הקנה המיגון לכלל המנותחים יהיה ארוסולי.
- התערבות כירורגית של דרכי אוויר ובליעה עליונות יתבצעו במקרים דחופים של אובדן נתיב אוויר או זיהום מסכן חיים.
- 5.4 בדיקת חולים ל-COVID-19 טרם הניתוח -
- כל מטופל הנזקק להתערבות כירורגית יבדק 48 שעות לפני ההליך ל-COVID-19. במידה ונמצא חיובי יתבצע ההליך באמצעות מיגון מלא (או PAPR) במידה ונמצא שלילי יתבצע ההליך באמצעים להגנה אירוסולית בלבד.
 - במקרים בהולים בהם לא מתאפשרת בדיקה לקיום הנגיף יתמגן הצוות במיגון מלא או PAPR.
- 5.5 בדיקת חולים לקראת פעילות כירורגית הכרחית
- יש להימנע מבדיקת המטופל במחלקה שוב לפני הניתוח, ולהעדיף בדיקה בחדר קבלת החולה (בחדר הניתוח)
 - במידה והחולה נבדק במרפאה טרם הניתוח ניתן להסתמך על הבדיקה המרפאתית, בלבד.

לפיכך, בעת הזו, האיגוד הישראלי רואה לנכון להפיץ את ההמלצות הבאות לרופאי אג בקהילה ובבתי החולים:

6. דגשים לעבודת א"ג בבתי החולים

לבטל תורים במרפאות חוץ לחולים שאינם דחופים. לבדוק אפשרות של מעקב פוסט ניתוחי טלפונית.

בדיקות אנדוסקופית חיוניות בחשד לתהליך גידולי או זיהומי מסכן חיים/בריאות יש לבצע בחדר נפרד, ייעודי שיוקצה לכך. רצוי שמערכת האוורור של החדר תהיה נפרדת ולא תתערבב עם המיזוג של מרפאת החוץ. רצוי שישנה בחדר רק הנבדק ובודק אחד. איסור שהיית מלווה בחדר. כפי שפורט -הבודק צריך להיות עם חלוק, מגן עיניים, מסכת 95N וכפפות. לאחר הבדיקה יש לחטא את כל המשטחים בחדר.

ניתוחים : באופן כללי כל ניתוח שדורש אינטובציה, אם אינו דחוף, צריך לשקול אם יש הצדקה לסכן את המרדים והצוות.

ניתוחים אלקטיביים במערכת הציבורית מתבטלים החל מ 22.3.2020.

ניתוחים מיידיים (תוך 30 יום) ניתוחים אונקולוגיים שמעריכים כריתה בחללי פה/לוע/לרינקס/אף וסינוסים, טרכאוטומיה וכו'. חיוני לקבל קודם תשובת COVID-19 שלילית. אם התשובה חיובית יש לנתח רק בחדר ייעודי לנשאים עם מיגון מיוחד- מלא .

ניתוחים דחופים, מצבים מסכני חיים או הדורשים התערבות עוד באותו יום (לדוגמא -במקרי זיהומים אקוטיים, גופים זרים המעריכים את דרכי הנשימה העליונות, אפיסטקסיס מסיבי, אבצס פריטונסילרי ועוד) דרוש מיגון ארוסולי.

ניתוחי אף וסינוסים-כפי שצויין בהתחלת המסמך ישנן עדויות של הדבקה נרחבת של צוות רפואי שלם. כל חדירה לרירת האף והשימוש בדברידר מפזר כנראה, אירוסול בחדר.

ניתוחי שקדים ואדנואידיים, לרינגוסקופיות, ניתוחי דום נשימה בשינה – כנ"ל. הריכוז של הווירוס בדרכי הנשימה העליונות גבוה והסיכון לצוות גבוה.

ניתוחים

ככלל, יש להימנע מביצוע ניתוחים אלקטיביים לשם הימנעות מחשיפת המנותחים לנגיף בזמן שהותם במרכזים הרפואיים, ומניעת חשיפת הצוות לנגיף בחולה אסימפטומתי ללא רמת חשד.



במהלך הניתוח רצוי להקטין את מספר הנוכחים בחדר ואת מספר המנתחים עד כדי מנתח אחד ומתמחה (במידת האפשר מנתח בודד -הגנה על הצוות עולה בשלב זה על הצורך ללמד וללמוד).

ההמלצה היא לא לדחות ניתוחים אונקולוגיים

רשימת הניתוחים אותם **אין לדחות**:

Head and Neck cancer (under NCCN guidelines)

Parathyroidectomy for hyperparathyroidism with declining renal function.

ניתוחים אותם יש **לשקול לדחות באופן זמני**:

Elective tracheotomy
PTC low risk without mets
Parathyroidectomy for stable renal function
Benign nodule with goiter without airway compromise
Benign lesions of salivary glands

החלטה לפי מקרה (לא רק סרטן):

DL/biopsies neck and upper aero digestive tract for suspicious carcinoma
Mastoidectomy for chronic otitis media/ cholesteatoma
Tonsillectomy and adenoidectomy for children with severe OSA
Cochlear implant for child
Tracheotomy
Any benign lesion in the head and neck

ההמלצות מעלה הינם קווים מנחים בלבד לקבלת החלטה על תזמון הניתוח ואינם מחייבים. דחיפות הניתוח תקבע לגופו בכל מקרה, לפי מצב המטופל וחומרת המחלה.

7 בקהילה:

1. עדיף להפחית ככל שניתן מפגשים פרונטאליים. לבקש מהמזכירות לסגן פניות ולבטל/לדחות פניות לא דחופות. לנסות לתת מענה טלפוני במקרים שאפשר (תשובות של בדיקות שנשלחו, מעקב שגרתי אחרי ניתוח, התייעצויות לגבי תסמינים בחולים מוכרים, חידוש מרשמים כרוניים וכו').



2. סינון של הפציינט הנכנס למרפאה לגבי חום, תסמינים נשימתיים, חזרה מחו"ל/מגע עם חשוד/חולה/מבודד. לא לאפשר כניסה למרפאה של פציינט עם מאפיינים שיכולים להחשיד לקורונה אלא להפנות למרכזי סינון שנפתחים בסניפים הגדולים בקופות. אם אין מקבץ תסמינים מחשידים ובכל זאת ישנם תסמינים של דרכי נשימה – יש לצייד את המטופל במסכת פה-אף.
3. לצייד את המזכירות במסכת פה-אף, כפפות. להרחיק את הפונים מדלפק הקבלה ע"י סרט סימון, שורת כסאות, מגן פרספקס/זכוכית.
4. היכן שאפשר וקיימת הפלטפורמה המתאימה – שירותי טלה-רפואה (מוגבל מאוד ברפואת אא"ג).
5. במפגשים פרונטאליים מיגון ארוסולי להסיר את המסכה מהמטופל רק לצורך הבדיקה.
6. לבוש של רופא צריך להיות בגדי עבודה יעודיים ולא הבגדים שהרופא בא וחוזר איתם הביתה.
7. להשתדל לעבוד בחדר מאוורר עם חלונות פתוחים.
8. לחטא משטחים/ידיים דלת בתדירות גבוהה (ככל שסופקו/נרכשו חומרי חיטוי – טבילות כלור, מטליות ייעודיות שמנטרלות גם וירוסים כגון אנטיגון/קלינל. לא בטוח שהמטליות הרגילות האנטי בקטריאליות שמוכרים בסופר מספקות הגנה נגד וירוסים).
9. בדיקה רק עם מיגון אירוסולי (מסיכת N95 וכד')
10. לחטא היטב מכשירים שאנחנו משתמשים בהם (ספקולום אף, מכשירי אוזניים וכו').
11. מתן סטרואידים סיסטמיים עלול להחמיר מצבם של חולי קורונה/נדבקים פוטנציאליים. יש חשש בשימוש בתרסיסים באופן כללי.
12. יש להמעיט בביצוע בדיקות אנדוסקופית בקהילה. (מבחינת ניהול סיכונים אפשר לייצר טמפלייט של משפט שמסביר שבימי קורונה אלו יש להימנע מביצוע בדיקה אנדוסקופית שאינה דחופה). באם יש הכרח בביצוע בדיקה אנדוסקופית היא תבוצע במיגון ארוסולי מלא. בדיקת אא"ג לחולה ללא חשד להדבקות בקורונה אשר אינה מערבת ריריות תבוצע באמצעות מסיכה כירורגית וכפפות.
13. להמעיט הפניה לבדיקות עזר (צילומים, CT, בדיקות דם לא חיוניות, תבחיני עור) על מנת להמעיט בסיכון הקולגות שלנו.

לציין, שנוהל לטרכאוטומיה יפורסם בנפרד.



מקורות

1. <https://www.entnet.org/content/academy-supports-cms-offers-specific-nasal-policy>
2. Guidance for ENT during COVID-19 pandemic. ENT UK at the Royal college of Surgery of England
3. <https://www.entuk.org/tracheostomy-guidance-during-covid-19-pandemic>
4. ARS recommendations during COVID-19 pandemic
5. Stanfords Guidelines During COVID-19 pandemic. Stanford University School of Medicine 20/03/2020
6. Zou L, Ruan F, Huang M, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. N Engl J Med. 2020 Mar 19;382(12):1177-1179. doi: 10.1056/NEJMc2001737. Epub 2020 Feb 19.
7. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med. 2020 Mar 17. doi: 10.1056/NEJMc2004973. [Epub ahead of print]
8. <https://en.radiofarda.com/a/loss-of-sense-of-smell-among-iranians-coinciding-with-coronavirusepidemic/30478044.html>
9. Chan J et al. Practical Aspects of Otolaryngologic Clinical Services During the 2019 Novel Coronavirus Epidemic



(מעודכן לתאריך 17.3.20)

לגסטרואנטרולוגיה ולמחלות כבד לגבי הפעילות במכונים והיחידות לאור התפשטות נגיף הקורונה במדינת ישראל

לחברי האיגוד

שלום רב,

לאור עליית מדרגה בהתפשטות נגיף הקורונה ולאור דיווחים שונים על העברה פקו-אורלית שלו, וועד האיגוד שם לעצמו מספר מטרות:

1. לקיים במלואן את הנחיות הממשלה ומשרד הבריאות כפי שמתעדכנות מדי יום
2. למנוע הדבקה במכוני הגסטרו
3. לשמור באופן מרבי על בריאות הצוותים הרפואיים
4. להמשיך ולתת טיפול הרפואי לכל הזקוקים במערך האמבולטורי ולמאושפזים בבתי החולים כידוע לכולנו מדובר באירוע מתגלגל ולכן ההמלצות וההנחיות נכונות להיום והן משתנות מדי יום על פי ההתפתחויות ולכן החברים מתבקשים להתעדכן בכל יום אחר שינויים בהנחיות. חברי הוועד נמצאים בקשר עם המומחים במחלות זיהומיות בבתי החולים השונים ומתייעצים לגבי דרכי הפעולה והמניעה האפשריות. במקביל, הועד מתעדכן גם בהנחיות הניתנות במקומות שונים בעולם. ההנחיות של וועד האיגוד בשלב זה הן:

1. כללי:

מבחינת שמירה על הצוותים ובריאות הציבור במצב הנוכחי אין עדיין סיבה להפסקת פעילות אמבולטורית, כולל בדיקות סקר. במקביל, קיימים שיקולים אחרים להפסקת פעילות זו כמו מניעת התקהלות, הצורך להישאר בבית עם הילדים, ניתוב צוותים למקומות אחרים ועוד. שיקולים אלו הינם בתחום האחריות של הנהלות בתי החולים והקופות, ואנו לא נתייחס אליהם בשלב זה.

2. מרפאה:

מומלץ לעודד מטופלים מדוכאי חיסון להימנע מביקורים לא דחופים במרפאות ובמכונים בבתי החולים ובקהילה. אנו ממליצים על תקשורת באמצעות טל-מדיסין ומקווים כי משרד הבריאות יאפשר עבודה מרפאתית במתכונת זו.

3. סיווג המטופלים המגיעים לבדיקה אנדוסקופית:

מטופלים בסיכון נמוך – מטופלים ללא תסמינים (חום, תסמינים נשימתיים, שלשול חדש) וללא מגע עם חולי קורונה.

מטופלים בסיכון בינוני – מטופלים עם אחד או יותר מהתסמינים הנ"ל או מטופלים ללא תסמינים שבאו במגע עם חולי קורונה (קרי: מטופלים בבידוד או שאמורים להימצא בבידוד). מטופלים בסיכון גבוה – חולי קורונה מאובחנים, או מטופלים שאמורים להימצא בבידוד ופתחו תסמינים.

4. פעולות נדרשות לפני הגעת המטופל לבדיקה:

מומלץ לברר אצל החולים המגיעים למרפאה או למכון טרם הביקור, האם הם נמצאים בסיכון כלשהו להיות נשאים של הנגיף. זאת ע"י תשאול טלפוני על הימצאות תסמינים או חשיפה לחולים. יש להנחות את המטופלים למדוד חום טרם ההגעה לבדיקה, ולבטלה במקרה של חום. יש למדוד חום לכל מטופל המגיע למכון הגסטרו (double checking), ואם חום הגוף אינו תקין לבטל את הבדיקה/ביקור המרפאה אם אינם דחופים. במקרה של בדיקה דחופה יש להתייחס למטופל עם החום כאל בעל סיכון בינוני/גבוה.



- 5. בדיקת מטופלים בסיכון נמוך:**
בביצוע בדיקות לאוכלוסייה זו יש להקפיד על מיגון סטנדרטי הכולל מסכת פה-אף רגילה, כובע, משקפי מגן, חלוק חד פעמי וכפפות. בסיום הבדיקה יש להוריד את המיגון ולזרוק לפח ייעודי. יש להקפיד על שמירת מרחק מהמטופלים לפני הפעולה ואחריה ולשטוף ידיים עם מים וסבון/ תכשיר על בסיס אלכוהול לפני מגע עם המטופל ואחריו, לפני לבישת ביגוד המיגון ולאחר מגע עם משטחים. על המטופלים ללבוש מסכת פה-אף עם הכניסה למכון ועד למועד תחילת הבדיקה, ובהמשך עם סיום הבדיקה ועד ליציאתם מהמכון.
- 6. בדיקת מטופלים בסיכון בינוני:**
למטופלים אלו יש לבצע בדיקות דחופות בלבד. מיגון הצוות בבדיקות מערכת העיכול התחתונה למטופלים אלו יהיה כמצוין בסעיף 5. מיגון הצוות בבדיקות מערכת העיכול העליונה למטופלים אלו יהיה כמצוין בסעיף 7.
- 7. בדיקות מטופלים בסיכון גבוה:**
למטופלים אלו יש לבצע בדיקות דחופות בלבד. מטופלים אלו אמורים להימצא במחלקה ייעודית לחולי קורונה, ולכן על הבדיקות להתבצע במחלקה זו ולא במכון הגסטרו. מיגון הצוות צריך להיות זהה למיגון הצוותים העובדים במחלקות אלו ולכלול מסכת N-95, חלוק חד פעמי עמיד למים ולקריעה, כובע, משקפי מגן ושני זוגות כפפות, כשהחיצוני מעל לחלוק. כאמור, זהו גם המיגון המומלץ בבדיקות מערכת העיכול העליונה למטופלים בסיכון בינוני. בסיום הבדיקה יש להוריד את המיגון ולזרוק לפח ייעודי.
- 8. חיטוי מכשירים, משטחי עבודה וחדרים:**
חיטוי המכשירים, משטחי העבודה והחדרים יתבצע במקרים של בדיקת מטופלים בסיכון בינוני וגבוה כמו לאחר CDT (כל מכון לפי נהליו הפנימיים). מומלץ לתזמן בדיקות אלו לסיום יום העבודה ולנקות בסיום יום העבודה את החדר על פי כל ההנחיות המחמירות כולל משטחי עבודה, מיטות, ידיות וכו'.
- 9. תפקיד מנהלי המכונים:**
על מנהלי המכונים והיחידות לדאוג ליישום הנחיות אלו ולוודא הימצאות כל הדרוש למיגון הצוות הרפואי והסעודי באופן מידי. מנהלי המכונים יחליטו בהתאם לאפשרויות הישימות בפניהם האם הם מבצעים ווידוא טלפוני 7 ימים ו-14 יום ממועד ביצוע הבדיקה לשלילת מחלת חום ונשאות הנגיף אצל המטופלים במכונים.

אנו מודים על שיתוף הפעולה

בברכה

פרופ' חיים שירין דר' ליאור כץ

יו"ר האיגוד הישראלי לגסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד

מזכיר האיגוד הישראלי לגסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד

הודעת ועד האיגוד לגסטרואנטרולוגיה ילדים בנוגע לנגיף הקורונה (COVID-19) – עדכון

נגיף הקורונה הינו נגיף שהמידע לגביו עדיין נצבר. לפי הידוע עד כה הנגיף מתפשט בדרך של פיזור מדרכי נשימה, ויתכן שגם במגע עם צואה (העברה fecal-oral). בנוסף, יתכן גם שיש הדבקה במגע דרך משטחים עליהם פוזר הנגיף (הנגיף הינו עמיד ונשאר על משטחים במשך שעות ואף ימים בודדים על משטחי זכוכית ומתכת).

ההסתמנות הטיפוסיות נעה בין מחלה דמוית שפעת ועד למחלה ריאתית קשה וכשל רב מערכתי. רוב מקרי ההדבקה קלים (למעלה מ-80%) וכוללים תסמינים כגון חום, שיעול, כאבי שרירים, במיעוט המקרים – שלשול או נזלת. תקופת הדגירה של המחלה (מההדבקה ועד להופעת תסמינים) לא עולה על 14 יום (לרוב תוך 6 ימים) ולכן ההמלצה לבידוד לפרק זמן זה בחשד לחשיפה. ממידע שהצטבר בעיקר מחולים בסין עולה כי חולים מבוגרים וקשישים וחולים עם מחלות רקע כגון מחלות ריאה כרוניות, סכרת, יתר לחץ דם או מחלות לב נמצאים בסיכון גבוה יותר לסיבוכי המחלה ואף למקרי מוות. עם זאת, ילדים נדבקים במחלה (אחוזים בודדים מסך הנבדקים), מעבירים את הנגיף ואף קיימת תחלואה.

מהנתונים הקיימים נראה כי המחלה בילדים הינה קלה ושיעור הסיבוכים קטן. לא דווחו מקרי תמותה מתחת גיל 10 אולם בהחלט תתכן תחלואה משמעותית. במאמר מסין שפורסם בשבוע האחרון (Dong Y, Pediatrics 2020) תוארו 2143 ילדים כאשר מחלה שהוגדרה כקשה (קוצר נשימה וירידה ברוויון החמצן בדם) תוארה בכ-10% מילדים מתחת גיל שנה, כ-7% בגילאים שנה עד חמש וכ-3% בגילאים חמש עד 18. מחלה קשה מאד (הוגדרה כקריטית במאמר – סכנת חיים עם אי ספיקה של מערכת אחת לפחות) תוארה ב-0.6% מהילדים (כ-2% מתחת גיל שנה וכ-0.3% בשאר הגילאים). ילד בן 14 מת מהנגיף. לא ברור מהמאמר מה היה אחוז המושגים. במכתב שהתפרסם גם כן השבוע (Lu X, N Engl J Med) תוארו 171 ילדים מאומתים בסין, כאשר 3 ילדים (כ-2%), כולם עם מחלות רקע (הידרונפרוזיס, לוקמיה והתפשלות מעי), נזקקו לאשפוז בטיפול נמרץ והנשמה. אחד מהם (בן 10 חדשים) מת מאי ספיקת מערכות. ניתן ללמוד מכך שילדים ובעיקר פעוטות עלולים לפתח מחלה קשה, גם אם הסיכון לכך נמוך מאד.

לגבי חולי מחלות מעי דלקתיות (IBD): במאמר שפורסם לפני כשבוע עולה כי מתוך 318 חולי IBD באזור מוקד התפרצות הקורונה בוואהן עצמה, 41% טופלו בתרופות מדכאות חיסון, ו-15% היו בעלי מחלות רקע אחרות. ב-7.5% מהם היה סיפור אפידמיולוגי של סיכון גבוה לחשיפה לקורונה (מעבר למגורים באזור התפשטות מקסימלי). חולים אלו הונחו להפסיק תרופות המדכאות את מערכת חיסון עם פרוץ המגפה על ידי הצוות המטפל בוואהן. אף לא אחד מחולי IBD אלו נדבק בקורונה, אך 5 אושפזו עם החמרת מחלה, חולה אחד אושפז עם התנקבות של המעי שדרשה ניתוח וחולה אחד עבר כריתת מעי גס (Ding Y, Lancet 2020). המסקנות שניתן להסיק מעבודה זו הינן שאפילו באזור שיא התפרצות הנגיף עם שכיחות הדבקה גבוהה מאוד, עדיין הדבקה של חולי IBD היתה נמוכה מאוד (ולמעשה לא קרתה). קשה לדעת האם חלק מהעדר הדבקה היה משני לאמצעי בידוד קפדניים, אך ברור כי לעומת העדר מקרי הידבקות בנגיף היה שיעור מסוים לא מבוטל של סיבוכי IBD משמעותיים באותה תקופה באותה קבוצה ויש לקחת נתונים אלו בחשבון בעת ההמלצות לחולים. גם בצפון איטליה לא ממליצים מומחי IBD על הפסקת הטיפול.

מהידוע לנו, נכון לעכשיו, דווח על 5 מקרי הדבקות (4 מאומתים, אחד חשוד) ברחבי אירופה של ילדים עם מחלות מעי דלקתית המטופלים בתרופות אימונומודולטוריות (אימורן) או ביולוגיות (נוגדי TNF) אשר נכון לעכשיו פיתחו תסמינים קלים בלבד.

מעבר לכך, ממאגר נתונים אירופי, ידוע על עשרות בודדות של חולי קרוהן וקוליטיס מבוגרים המטופלים בתרופות אימונומודולטוריות או ביולוגיות שנדבקו בנגיף, כולם עם תסמינים קלים.

לא ידוע על מושתלי כבד שנדבקו בנגיף בסין או במדינות אחרות.

ניתן לומר בזהירות כי עד עתה אין עדות שתרופות הניתנות למושתלי כבד או לחולים במחלות כבד ומערכת העיכול כגון תרופות המדכאות את מערכת החיסון (ובכללן תרופות ביולוגיות), מעלות את הסיכון להדבקות, תחלואה או סיבוכים.

לפיכך, המלצות האיגוד לילדים החולים במחלות מערכת העיכול ונדרשים ליטול תרופות המדכאות את מערכת החיסון הינן:

1. להימנע ממגע עם חולים במחלה דמוית שפעת או מחלת חום כלשהיא או אנשים החשודים כחולים, או עם אנשים ששבו בשבועיים אחרונים מחו"ל (ואשר אמורים ממילא להיות בבידוד).
2. במידה ויש חום, שעול או תסמיני שפעת יש להישאר בבידוד בבית, להתעדכן בהנחיות של משרד הבריאות ולפעול על פי הן וליצור קשר עם הצוות הרפואי המטפל ו/או המוקד של הקופה המבטחת. במידה ויש חום גבוה עם שעול או קוצר נשימה יש לפנות למוקד מד"א 101 ולקבל הנחיות כיצד לפעול.
3. חולים בנגיף אמורים לשים מסכה להקטין פיזור הנגיף מהם לחלל (מטרתה העיקרית של המסכה היא להקטין פיזור הנגיף ממי שכבר חולה והדבקת אחרים). אין הוכחה כי חבישת מסכה על-ידי אדם שלא נדבק מגנה עליו/עליה בפני הידבקות.
4. המלצתו האחרונה של משרד הבריאות הינה להימנע ככל האפשר מיציאה מהבית למעט צרכים חיוניים ולזמן קצר. יש להימנע מאירוח של אנשים בית. ניתן לבצע פעילות ספורטיבית מחוץ לבית בהרכב של עד 2 אנשים. יש להשתדל ככל האפשר להיעזר ברפואה מרחוק, ולשקול עם הרופא המטפל האם ניתן לדחות הביקור בלי לפגוע בטיפול ו/או לקבל הייעוץ הרפואי בדרך מקוונת. בכל מקרה אין להגיע לביקור מרפאה בבית חולים במידה ויש חום או תסמיני שפעת. מרכזי העירו לתרופות כגון רמיקייד, אנטבייו, סטלרה ועירווי ברזל, אמורים לעבוד כרגיל.
5. לילדים המטופלים בתרופות המדכאות את מערכת החיסון (תרופות ביולוגיות, אימורן, פורניטול, מתוטרקסאט, ציקלוספורין, טקרולימוס, סלספט או סטרואידים דרך הפה) המלצתו הקודמת של משרד הבריאות הייתה דומה לאלו שכעת חלות על כל האוכלוסייה. יש לשים לב שאין הוראה להפסיק תרופות אלה רק בגלל קיומה של מגפת הקורונה, וצריך להבין שהפסקת הטיפול מעלה הסיכון של החמרת מחלה פעילה או התלקחות מחלה שקטה שעשויים להוביל לסיבוכים משמעותיים.

בברכה

חברי ועד האיגוד

(עודכן לתאריך 26.3.20)



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



infections – the case of older persons

A. Mark Clarfield¹, Tzvi Dwolatzky², Shay Brill³, Yan Press⁴,
Shimon Glick⁵

¹ Former Director of the Division of Geriatrics, Israel Ministry of Health and former Department Director of Geriatrics, Soroka Hospital, and Professor Emeritus, Ben-Gurion University of the Negev

² President, Israel Geriatric Society, and Professor of Geriatrics, The Ruth and Bruce Rappaport Faculty of Medicine, Technion – Israel Institute of Technology, and Director of Geriatric Unit, Rambam Health Care Campus

³ Chief Geriatrician, Clalit Health Care Services

⁴ Director of Geriatric Unit, Soroka Medical Center and Professor of Geriatrics, Ben-Gurion University of the Negev

⁵ Professor Emeritus, Ben-Gurion University of the Negev

Correspondence:

Prof. A. Mark Clarfield
email: markclar@bgu.ac.il
tel: 050-202-9694

Date: 26th March 2020 / 1 Nisan 5780

Introduction

Israel is in the midst of a developing global pandemic as a result of the rapid spread of the Covid-19 virus (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>). This crisis will challenge us all - in the community, in nursing homes and in our hospitals. One central issue is that respiratory sequelae of this viral infection require ventilator support in many instances. The older population and especially those with comorbidity are the most vulnerable to serious consequences of Covid-19 virus infection.

Much has been written about the possible need for triage with respect to ICU-ventilator resources should an extremely severe imbalance between supply and need develop in Israel, as is already occurring in Northern Italy, Spain and more recently NY State. As things stand today in Israel, there is as yet no need for measures such as those described below. However, should the situation deteriorate significantly, we hope this position paper will be of use to those charged with writing relevant clinical guidelines as well as to senior decision makers in the health system.

Medical triage

"Medical Triage " can be defined as *The process of sorting people based on their need for immediate medical treatment as compared*

to their chance of benefiting from such care. Triage is done in emergency rooms, during overwhelming natural disasters, and wars, when limited medical resources must be allocated to maximize the number of survivors. As pointed out by one authoritative group almost 30 years ago, triage "...is appropriate when it is based on a sound understanding of the probable outcome of the patient's illness, the availability of therapeutic modalities, the impact of therapy on outcome, and a judgment of the benefits and burdens of the therapy for the patient, the patient's family, and society. Triage of critically ill patients that may limit individual patient and physician choices is justified when (1) the policy is aimed at achieving benefits for individual patients, the health care institution, and society and (2) the policy is announced in advance to notify the public." (ref 1) [also, see: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689?query=recirc_top_ribbon_article_4]

As Dienstag (ref 2) points out in his paper on rationing during a influenza epidemic, noting the challenges faced by hospital doctors: "Triage is necessary in all cases where there are not enough resources to benefit those that need them. However, with a written protocol a clear-headed approach to the triage could be formulated. Furthermore, a protocol would prevent doctors from falling down a slippery slope and committing acts which society has deemed unethical and possibly even criminal."

Given the Israeli context of this paper, the Jewish belief system(s) active in the country (which are largely shared by Israel's Moslem citizens too) as well as its effect on political decision making, has some influence on how triage is viewed and how and what



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



decisions will be made (see for example:

<https://www.haaretz.com/israel-news/.premium-health-ministry-sends-chabad-devotees-to-hotel-prepared-for-coronavirus-patients-1.8692514>).

Experience from other countries and lessons for Israel

The current coronavirus crisis has prompted a group of Italian anesthesiologists to offer a position paper (ref 3). A brief description of the document can be found in an Atlantic Monthly article (ref 4). As the author puts it, "Instead of providing intensive care to all patients who need it, the [Italian doctor] authors suggest, it may become necessary to follow "the most widely shared criteria regarding distributive justice and the appropriate allocation of limited health resources."

Although this article requires confirmation, a newspaper report from the Jerusalem Post (22 Mar., 2020) indicates that the Italians are so over whelmed by cases requiring ICU admission that they are not offering such treatment to anyone over age 60.

(see: <https://www.jpost.com/International/Israeli-doctor-in-Italy-We-no-longer-help-those-over-60-621856>). There have been numerous other articles in the press coming out of Spain and Italy pointing out that this kind of panicked decision making may be spreading, including the desertion of older persons in Nursing Homes. In our view these phenomena are not acceptable and in order to avoid such a dire scenario, careful planning must occur here in Israel.

(ref 5) helps us to understand the criteria that the Italian doctors have used to prioritize who gets a scarce ICU-ventilator resource:

- 1) "Priority is given to severely affected patients who will certainly or very likely die if they don't get the treatment but who have a good prognosis if they do.
- 2) Next are patients are treated whose chances of surviving the disease are significant even without treatment but would increase significantly under treatment.
- 3) Not treated are lightly affected patients who have a good prognosis even without treatment.
- 4) Likewise not treated (or only palliatively) ... are those seriously affected patients who have a poor prognosis even under treatment [until the situation relaxes]"

For its part, the Israel Medical Association (HARI) has published a relevant directive on its website (<https://www.ima.org.il/MainSiteNew/ViewCategory.aspx?CategoryId=13118>). This is very useful beginning but does not relate adequately to specific criteria for triage in older people, should this become necessary.

The problem

At the outset we emphasize that should the disease spread slowly enough for Israel's limited number of ICU/ventilator resources to

cope, the suggestions offered in this paper are clearly not relevant to such a controlled situation.

However, if the numbers requiring care far exceed the available resources (such is now occurring in Italy and Spain and may well soon become the case in other European and North American sites), difficult choices will clearly need to be made in the spirit of trying to honour the value of distributive justice as well as keeping the suffering of older persons to a minimum. There are only a few possible options:

1. The present ad hoc model where decisions are basically made according the vague term of "**medical benefit**". This is the medical model most physicians who have trained over the past 50 years follow. Although the reasons are not usually made explicit, doctors in most liberal democracies, in some relatively undefined manner, use some combination of the following patient characteristics in the decision-making process: medical prognosis and predicted life expectancy, possibility of futility, age, previous functional status, robustness/frailty, the possibility of recovery and fortunately in Israel, NOT the ability to pay.
2. The next patient who presents: "**first come, first served**".
3. A more clearly defined **triage model** which makes as explicit as possible the underlying assumptions and provides some social imprimatur (official approval) for those who need to use and implement it. The Italian position paper mentioned previously is one such example. Others can be built using different assumptions and taking different value systems in mind. What follows are some principles of how such a triage

model should be built in a situation when there is a serious imbalance between need and supply

Triage model

Given these extraordinary times, whether or not one agrees with recommendations, the Italian anesthesiologists are to be credited for thinking about and publishing some kind of explicit model. One can dispute their assumptions, or give more or less weight to the factors they chose, or possibly include other factors into a model, but certainly a frank discussion and societal buy-in is preferable to a totally ad-hoc approach.

As no single specific criterion will suffice, and depending on cultural and other preferences, some will be more or less heavily valued and weighted, a number of factors should be entered into the model. While this is not the time for complex philosophical debates, in general we believe that a modified utilitarian approach makes the most sense. (Utilitarianism: the most ethical choice is the one that will produce the greatest good for the greatest number.) We do so with the caveat that a modified utilitarian approach be used only by simultaneously taking into account important ethical constructs such as the sanctity of life and the unique value of each individual.

Possible Triage Criteria

Again, one must reemphasize that the model offered here is only to be considered in the face of a crisis situation where the number of cases presenting to the health system clearly threatens to overwhelm it. In such a situation it is certainly preferable to utilize an explicit model that has been prepared in advance, rather than facing chaotic panic-driven decision-making.

1. Functional ability

The assessment of functional ability is a core component of the comprehensive geriatric assessment, and is clearly correlated with patient outcomes and the likelihood of recovering from Corona virus infection. The assessment of functional ability can be performed using various instruments, such as the Functional Independence Measure (FIM) (ref 6) (or a shortened modified version) which is used widely in Israel or a simpler assessment of basic activities of daily living (BADL: eating, dressing, bathing, transferring, toileting, mobility).

2. Comorbidities

The presence of underlying disease has clear ramifications on patient outcomes. At the time of writing, all those patients with Covid-19 who have died from the disease in Israel have had significant comorbidity. Clearly, someone suffering from a terminal disease (such as metastatic lung cancer) or end-stage Alzheimer's disease is less likely to benefit from a

scarce ICU bed resource and mechanical ventilation. Comorbidity is frequently measured using the Charlson index. This instrument encompasses 19 medical conditions weighted 1–6 with total scores ranging from 0–37. It has been shown to correlate quite well with 1 year survival (ref 7). Although time may not allow the formal use of such instruments, at the very least teams should take into consideration that those with greater comorbidity will not do as well as those with fewer medical conditions.

3. Age

While chronological age alone should never be the sole criterion, it makes no sense to ignore this measure which has clear statistical relevance relating to life expectancy at a population level. That being said, in some cases older people may actually receive greater benefit from ICU care than younger patients, depending of course on other factors [ref 8]). Clearly, chronological age is not a perfect predictor and should only be one of several criteria. The use of "chronological age" is still a legitimate criterion but only when combined with other factors that allow for an estimation of "biological age" and overall chance of recovery.

Building a triage model

Clearly these three criteria (functional level, comorbidity and biological age) are not completely independent of each other i.e. an older person will more likely be less functional. On the other hand, functionally impaired younger patients with multiple comorbidities would benefit less from an ICU/ventilator resource than older robust individuals. While not a perfect system, using a combination of these three criteria will cover many of the relevant axes in making difficult decisions.

One paper (ref 9) that dealt with these issues offered a list of medical and surgical contraindications to ICU care which could help act as a guide as well (Table 2):

Table 2 Exclusion criteria from admission to critical care during a MCE

The patient is excluded from admission to critical care if any of the following are present

- (A) Severe trauma
A trauma injury severity score (TRISS) with predicted mortality of >80%
(see calculator at <http://www.sfar.org/scores2/triss2.html>)
- (B) Severe burns of patient with any two of the following
Age >60 years
>40% of total body surface area affected
- Inhalation injury
- (C) Cardiac arrest
Unwitnessed cardiac arrest
Witnessed cardiac arrest, not responsive to electrical therapy (defibrillation or pacing)
Recurrent cardiac arrest
A second cardiac arrest <72 h following return of spontaneous circulation and stabilization following successful electrical therapy for initial malignant arrhythmia
- (D) Severe baseline cognitive impairment
A patient who is unable to perform activities of daily living (AODLs) independently because of cognitive impairment OR is institutionalized because of cognitive impairment
- (E) Advanced untreatable neuromuscular disease
- (F) Metastatic malignant disease
- (G) Advanced and irreversible immunocompromised patient
Most commonly this will be due to AIDS where there are NO antiviral treatment options available or rarely one of the congenital immunocompromised conditions
- (H) Severe and irreversible neurologic event or condition
- (I) End-stage organ failure meeting the following criteria
- Heart
NYHA class III or IV heart failure
Class I: patients with no limitation of activities; they suffer no symptoms from ordinary activities
Class II: patients with slight, mild limitation of activity; they are comfortable with rest or with mild exertion
Class III: patients with marked limitation of activity; they are comfortable only at rest
Class IV: patients who should be at complete rest, confined to bed or chair; any physical activity brings on discomfort and symptoms occur at rest
 - Lungs
COPD with FEV1 <25% predicted, baseline PaO₂ <55 mmHg, or secondary pulmonary hypertension
Cystic fibrosis with post bronchodilator FEV1 <30% or baseline PaO₂ <55 mmHg
Pulmonary fibrosis with VC or TLC <60% predicted, baseline PaO₂ <55 mmHg, or secondary pulmonary hypertension
Primary pulmonary hypertension with NYHA class III or IV heart failure, right atrial pressure >10 mmHg, or mean pulmonary arterial pressure >50 mmHg
Requirement for home oxygen
 - Liver
Child-Pugh score ≥7
Total serum bilirubin
Bilirubin <2 mg/dl: 1 point
Bilirubin 2–3 mg/dl: 2 points
Bilirubin >3 mg/dl: 3 points
Serum albumin
Albumin >3.5 g/dl: 1 point
Albumin 2.8–3.5 g/dl: 2 points
Albumin <2.8 g/dl: 3 points
INR
INR <1.70: 1 point
INR 1.71–2.20: 2 points
INR >2.20: 3 points
Ascites
No ascites: 1 point
Ascites controlled medically: 2 points
Ascites poorly controlled: 3 points
Encephalopathy
No encephalopathy: 1 point
Encephalopathy controlled medically: 2 points
Encephalopathy poorly controlled: 3 points
- (J) Elective palliative surgery
Surgery that is intended for symptomatic relief in a patient with an otherwise terminal condition (i.e., cancer) for which the average 2-year survival is <50%

The design of a Triage system

Given all of the above, one group used a Delphi process to define principles relating to critical care triage in hospital (ref 9) which the clinical teams can utilize in their decision-making.

1. Establish an Incident Management System with Emergency Executive Control Groups at care facilities, to exercise authority and direction over resources. [see: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689?query=recirc_top_ribbon_article_4] When triage involves an older person (especially but not exclusively the "old-old" [i.e. >75 years]), a geriatrician should be a part of the decision-making team. Fortunately most acute-care hospitals in Israel now have geriatricians on staff. Should there not be one in a hospital, a community geriatrician should be consulted.
2. Develop fair and equitable policies that may require restricting ICU/ventilator resources to patients most likely to benefit.
3. Maintain usual treatments and standards of practice. These may have to be revised depending on available resources.
4. Consider that ICU/ventilator resources may have to be withheld from patients most likely to die (see above section relating to age, function and comorbidity).
5. Provide ICU/ventilator care to those most likely to benefit.
6. The decision-making process should be supervised by a trained triage professional.



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



An Israeli tool

Given all of the above, we offer the use of a simplified tool which would allow clinicians (anywhere along the patient stream [home, long term institution, ER, etc] to make a reasoned and reasonable decision. This tool is based on expert opinion, accepted geriatrics terminology and concepts as well as the structures, resources and values of the Israeli health care system. This tool strikes, as best we could, a careful balance between societal needs and the rights of the individual patient.

כלי עזר לתהליך קבלת החלטות רפואיות

**** בשעת חרום בלבד ****

נתון	רמה א	רמה ב	רמה ג
רמת התפקוד	עצמאי	מתנייד אבל זקוק לעזרה בחלק מהתפקודים הבסיסיים ADL	מרותק לכסא/מטה
	0	1	2
אשפוז כרוני			מאושפז במחלקה סיעודית/סיעודית מורכבת
			2
גמלת סיעוד	דירוג 2-1 עד 10 שעות	דירוג 4-3 מ-10 עד 20 שעות	דירוג 6-5 מעל 20 שעות
	0	1	2
תחלואה רפואית	פחות מ-4 מחלות	4 או יותר מחלות	תחלואה קשה כדוגמה: אי ספיקת לב אי ספיקת כליתית
	0	1	2
			מחלה ממארת פעילה
			2
			דמנציה קשה ו/או מאושפז במחלקה לתשושי נפש
			2
גיל	מתחת לגיל 65	גיל 65 עד 85	מעל 85
	0	1	2

סה"כ ניקוד

הערות

- כלי זה מיועד לשימוש בשעת חרום בלבד
- הכלי לא עבר תהליך של וולידציה (אימות) אולם מבוסס על נתונים מהספרות המקצועית
- כלי זה מיועד לעזור לצוות הרפואי ככלי עזר בתהליך קבלת החלטות
- במקרה של חסר בצידוד רפואי חיוני הסף לקביעת התאמה לטיפול יקבע על ידי גורמים רשמיים ברמה מקומית/ארצית

נספח לנייר עמדה:

Ad hoc Working Group: ICU/ventilator triage for Covid 19 infections – the case of older persons

Patient preferences and a "living will"

There will be those older persons (perhaps some younger as well) who do not wish to receive ICU/ventilator care should they be struck by Corona pneumonia. These people could be in the community as well as in nursing homes. In order to respect their autonomy and incidentally to help reduce pressure on the hospital/ER/ICU, we should consider facilitating such an option (see Appendix 1). Those individuals who clearly express their wish to forgo interventions should formalize their preferences as a living will.

Palliative care - a crucial need

As well, for those patients with end-stage dementia (Reisberg GDS stages 6-7; see:

<https://www.fhca.org/members/qi/clinadmin/global.pdf>), life-saving treatment by means of mechanical ventilation has been shown to be of no benefit. Common sense and simple humanity demand that we protect such vulnerable older people from dying in this uncomfortable and ignominious way.

For all those who do require respiratory support but for whom ventilation is not available for any reason, it is essential to continue personal humane nursing care utilizing palliative medical techniques to alleviate suffering. The situation of older institutionalized patients being deserted and left to die alone and

unattended, as was reported recently in Europe, must be avoided at all costs.

The provision of palliative care is especially critical for older patients in long-term nursing care (סיעודי) and cognitively frail (תשושי נפש) wards, as well as skilled care (סיעוד מורכב) units. Since many of these patients are functionally and/or cognitively impaired, these are among the most vulnerable older people in our society. For these patients, a triage decision limiting ICU/ventilator care where this resource is not available should not mean that these people are denied a "good death" in the case of severe Corona infection. With this in mind, it is important to provide palliative care training to nursing home staff – medical and nursing.

Some excellent work from the US on how to handle palliative care in a nursing home can be viewed in appendix 2 below. (Special attention should be paid to the section on "shortness of breath"). Further guidelines will be provided by the Israel Palliative Care Society.

Furthermore, although we are presently just at the beginning of a crisis which has yet to play itself out, we need to begin thinking even now of "the morning after" as many who recover will require post-acute and rehabilitative care (ref 10).

A recent article published in the NEJM (ref 11) summarizes the principles we should follow in facing this pandemic. It is highly recommended that readers of this document study this short article. The recommendations (especially table 2) are certainly in the spirit of what appears in this document.

Conclusion

The options addressed here are only to be considered in a true triage situation, at a time when difficult choices need to be made in the face of an overwhelming imbalance between needs and resources and in an attempt to take distributive justice into account. Such a situation is now playing out in Northern Italy and Spain and perhaps shortly even many states in the US,, and this dire scenario could happen here in Israel too. The state has long underinvested in general medical and ICU medical beds (ref 12) Wise recommendations have been made repeatedly (ref 13) but for the most part, unfortunately, have mostly been ignored as was been pointed out just this week by the מבקר המדינה. As such, it is now essential to be ready with a realistic plan which takes the special case of Israel's older citizens into account, with the hope that we should be fortunate enough never to have to implement such a program.

References

- 1) Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients
Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. JAMA .
1994;271:1200-1203
- 2) Dienstag A.
[https://www.yu.edu/sites/default/files/legacy//uploadedFiles/Academics/Seminary/RIETS/Programs/Jewish Medical Ethics/Verapo_Yerapey/Rationing%20During%20a%20Pandemic%20Flu.pdf](https://www.yu.edu/sites/default/files/legacy//uploadedFiles/Academics/Seminary/RIETS/Programs/Jewish_Medical_Ethics/Verapo_Yerapey/Rationing%20During%20a%20Pandemic%20Flu.pdf)
- 3) <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>
- 4) <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/>
- 5) <https://verfassungsblog.de/corona-triage-2/>
- 6) Linacre JM, Heinemann JW, Wright BD, Granger CV, Hamilton BB. The structure and stability of the functional independence measure. Arch Phys Med Rehabil. 1994. 75: 127-132
- 7) Hall WH, Ramachandran R, Narayan S *et al*. An electronic application for rapidly calculating Charlson comorbidity score. *BMC Cancer* 2004;4, 94.
<https://doi.org/10.1186/1471-2407-4-94>.
- 8) Sprung C et al The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: Intensive care benefit for the elderly Edicus study 2012 (DOI: 10:1097/CCM.0b013e318232d6b0)

- 9) Christian MD et al. "Critical care triage" (chapter 7) in Intensive Care Medicine 2010 DOI 10.1007/s00134-010-1765-0
- 10) Grabowski DC, Joynt Maddox KE. Post-acute care preparedness for COVID-19; thinking ahead. JAMA March 25, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4686
- 11) Ezekiel E et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. NEJM 2020 DOI: 10.1056/NEJMs2005114
- 12) Clarfield AM, Manor O, Binnun G et al. Health and health care in Israel: an introduction. Lancet. 2017; 389: 2503-2513
- 13) Sprung, C.L., Zimmerman, J.L., Christian, M.D. *et al.* Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med* **36**, 428–443 (2010). <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1759-y>

Appendix 1: Deciding About Going to the Hospital (with special thanks to Joe Ouslander MD for sending us this document)

Older nursing home residents commonly develop new or worsening symptoms. When this occurs, a decision may be needed about whether to continue care in the nursing home or go to a hospital .

Because there are risks as well as benefits of care in a hospital, it is important to make the right decision. The decision depends on a number of factors, and how the nursing home resident and her or his relatives view the benefits and risks of care in the hospital as opposed to the nursing home.

Research has shown that some hospitalizations may be unnecessary. Whether hospitalization can be prevented depends on the resident's condition, the ability of the staff to provide the care necessary in the nursing home, and the preferences of the resident and her or his family.

Benefits of Hospital Care There are many symptoms and conditions that usually require treatment in the hospital – for example, if vital signs are very abnormal (temperature, heart rate, or breathing rate), or if symptoms are severe and can't be controlled (such as pain or vomiting). Hospital care offers benefits in these situations, including:

- Ready availability of sophisticated lab tests, X-rays, and scans
- Access to doctors and specialists who are in the hospital every day
- Availability of surgery and other procedures if needed
- Intensive care units for people who are critically ill

Risks of Hospital Care Nursing home residents are prone to many complications of care in a hospital. These complications may occur even in the best hospitals, because older age,

chronic medical problems, and the condition that caused the transfer all combine with the hospital environment to put nursing home residents at high risk for complications. These complications include:

- New or worsening confusion
- More time spent in bed, which can increase the risk of blood clots, pressure ulcers, muscle weakness, loss of function, and other complications
- Less sleep and rest due to tests, monitoring, and noise
- Increased risk for:
 - Falls with injuries, such as cuts, bruises, and broken bones
 - New infections
 - Depression due to limited opportunities to socialize with friends and family, as well as being in an unfamiliar environment

2014©Florida Atlantic University, all rights reserved. This document is available for clinical use, but may not be resold or incorporated in software without permission of Florida Atlantic University.

)continued(

Version 4.0 Tool

2014©Florida Atlantic University, all rights reserved .

Deciding About Going to the Hospital (cont'd)

Benefits of Staying in the Nursing Home There are benefits of staying in the nursing home when a new symptom or condition occurs – assuming it is safe to treat the condition in the nursing home and staying in the nursing home is consistent with the preferences of the resident and her or his family. Treatment in the nursing home allows residents to:

- Have continuity of care – this means that residents continue to receive care from staff members who know them, and who are able to respond to their individual preferences and needs
- Remain in a familiar environment with their personal possessions, and keep their individual routines as much as possible
- Avoid what is often an uncomfortable trip to the hospital and long delays waiting in the emergency room
- Avoid potential problems due to miscommunication between the hospital and the nursing home
- Avoid other hospital-related complications



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



What Can Residents and Their Families Do? There are several things that residents and their relatives can do to make sure the right decisions about hospital care are made in their best interest, including:

- Participating in care planning (deciding on treatment preferences) with the nursing home staff and their primary care provider (doctor, nurse practitioner, or physician's assistant) • Discussing the risks and benefits of a hospital transfer vs. treatment in the nursing home when a new symptom or condition is recognized • Completing an Advance Directive document, such as a Durable Power of Attorney for Health Care that expresses preferences for care in emergencies and at the end of life • Understanding the resources available in the nursing home to treat the new symptom or condition (for example, oxygen, lab tests, intravenous (IV) fluids and medications) • Understanding the financial and other issues, such as bed-hold policies, of treatment in the hospital vs. in the nursing home

Appendix 2 Comfort Care Interventions Examples

(with special thanks to Joe Ouslander MD for sending us this document)

Some SNF/NF residents/patients and/or their representatives are reluctant to enroll in hospice but would like a comfort care plan. The examples of comfort care orders below may be helpful for these residents/patients, who will not have hospice order sets.

Order Type Examples and Helpful Tips
Diet 1. Order a diet (it may improve the desire to taste food)
2. Full rather than clear liquid if liquid diet necessary
3. May have food brought in by resident representative
4. Allow resident/patient to sit up for meals
5. Slow hand feeding
Activity 1. Allow resident/patient to sit in chair and use a bedside commode if capable and desired
2. Other activities as tolerated
3. Allow resident representatives to stay in room
4. Reposition for comfort

Vital Signs 1. Minimum frequency allowed by policy
a. Frequent monitoring and numbers can alarm resident/patient and resident representatives
b. Limit MD/NP/PA notification parameters

IV Orders

1. If IV fluids are needed, use a time limited trial, (e.g. 1000cc of D5 ½ Normal Saline over 6 hrs)
a. Starting IV is often difficult and painful – and usually of limited benefit
2. Subcutaneous injections of small volumes of medicines using a small butterfly needle under the skin of the thigh or abdomen may avoid the need for IV therapy
3. If patient is lacking appetite consider stopping IV fluids to see if appetite returns

Orders for Dyspnea and Shortness of Breath

.1Oxygen 2 - 4 L by nasal cannula; avoid mask if possible 2. Avoid monitoring oxygen saturations 3. Blow air on face with a bedside fan or open window 4. Nebulizers may be helpful 5. Consider steroids if wheezing present 6. Use opioids for persistent dyspnea 7. Use antibiotics if a bacterial infection is exacerbating dyspnea and treatment may improve symptoms

Hygiene 1.Avoid bladder (Foley) catheter if possible a.May be helpful in selected residents/patients who are immobile and have pain with toileting or movement 2.Check regularly for stool impaction a.Suppositories may be helpful 3.Monitor for oral thrush 4.Petroleum jelly to lips may be helpful for dry mouth 5.Allow resident representatives to cleanse mouth with sponge sticks/wet wash cloth

2014 ©Florida Atlantic University, all rights reserved. This document is available for clinical use, but may not be resold or incorporated in software without permission of Florida Atlantic University. Updated June 2018

Version 4.0 Tool

2014 ©Florida Atlantic University, all rights reserved. This document is available for clinical use, but may not be resold or incorporated in software without permission of Florida Atlantic University. Updated June 2018

Comfort Care Interventions Examples (cont'd)

Order Type Examples and Helpful Tips

Pain and Dyspnea

.1Opioids usually most effective 2. Use small, frequent doses as needed for opioid-naive residents 3. Consider stopping sustained preparations and switching to immediate release Morphine concentrate 20 mg/ml 4. Start with equivalent dose as previous regimen – at least 5 mg PO every 2 hrs 5. Offer routinely, and let the resident refuse 6. Use short-acting benzodiazepine if anxiety is present 7.Use non-pharmacologic interventions to treat pain 8.Consider laxative for patients taking opioids and absent bowels movement for 2 days

Anorexia, Asthenia, Fatigue, Depression, Pain, Dyspnea

1. Corticosteroids can have beneficial effects a. Use Dexamethasone 4 - 8 mg PO or subcutaneous at breakfast and lunch (avoids the mineralocorticoid effects of Prednisone)
2. Employ sleep hygiene measures to facilitate optimal nighttime sleep

Nausea and Delirium

1. Review underlying cause(s) of delirium and nausea, and eliminate if possible
2. Haloperidol 0.25 - 2 mg PO or 0.5 - 1 mg subcutaneous every 2 hrs for 3 doses or until symptoms relieved, then every 4 hours PRN

Anxiety and Seizures

1. Lorazepam for anxiety 0.5 - 2 mg PO or subcutaneous every 6 - 8 hrs a. Must be given IV or subcutaneous for seizures
2. Offer hot packs or warm compress

Sleep 1. Trazodone 25 - 100 mg PO or Zolpidem 5 - 10 mg PO qhs

Skin, Pruritus, Wounds

1. Keep skin moist; use moisturizing soap or lotions
2. Hydrocortisone creams may be helpful
3. Benadryl 25 - 50 mg PO ever 4 hours for pruritus
4. Lidocaine 2% gel PRN to painful wounds

Labored or Agonal Breathing 'Death Rattle'

1. Keep back of throat dry by turning head to the side
2. Stop IV fluids or tube feedings
3. Use a Scopolamine patch; Atropine drops 2 - 3 in the mouth every 4 hrs until patch is effective a. Use glycopyrrolate, 1 - 2 mg PO or 0.1 - 0.2 mg IV or subcutaneous every 4 hrs; or 0.4 - 1.2 mg/day continuous infusion is an alternative
4. Avoid deep suctioning
5. Allow resident representatives to cleanse mouth with sponge sticks or wet wash cloth

Comfort, Counseling, Safety

1. Sit with resident and talk to avoid isolation
2. Reposition and massage regularly
3. Avoid sensory overload (e.g. loud TV);



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



use soft music 4. Avoid use of restraints, bedrails, and alarms
5. Offer religious counseling if resident/patient and their
representatives are comfortable with this 6. Consider rectal
administration of fluids and medications

(עודכן לתאריך 18.3.20)

הודעת החברה הישראלית ליתר לחץ דם נגיף הקורונה החדש (SARS-Cov-2) ויתר לחץ דם

יורס הקורונה החדש (SARS-Cov-2) מטלטל את עולם הרפואה בחודשים האחרונים וממשיך לגבות קורבנות מסביב לעולם.

בעבודה שכללה 1099 חולים עם COVID19 מוכח, נותחה תחלואת הרקע של 173 חולים עם מחלה קשה. התחלואה השכיחה ביותר בחולים הקשים היתה יתר לחץ דם (23.7%). בלטה גם הסכרת 16.2%.

נגיפי קורונה, אותם אנו זוכרים מפאנדמיות קודמות, SARS-Cov ו MERS-Cov, הראו יכולת התקשרות לאנזים המהפך של אנגיوتנסין 2 (ACE2) ול-dipeptidyl peptidase 4 בהתאמה. גם הוירוס בפאנדמיה הנוכחית, Sars-Cov-2, נקשר לאנזים המהפך של אנגיוטנסין 2 (ACE2) המבטא ע"י תאי האפיתל של הריאות, כליות, מעי וכלי הדם. הביטוי של ACE2 עולה במטופלים עם יתר לחץ דם או סכרת המטופלים במעכבי האנזים המהפך או בחוסמי הקולטן ATII (ARB). תרופות אילו גורמות לביטוי יתר של ACE2. גם תיאזולידינדיונים הניתנים לסוכרת וכן ibuprofen עשויים להעלות ביטוי ACE2.

חוקרים משערים שייתכן ועובדה זו, הכרוכה ביכולת מוגברת של הנגיף להיכנס לתא, עשויה להיות קשורה לשכיחות הגבוהה של יל"ד וסכרת בקרב חולים קשים, אך יש לציין שלא נבדק הטיפול התרופתי של החולים, כך שהנחה זו הינה ספקולטיבית למדי.

יתר על כן, אנו יודעים שמערכת ה-ACE2, להבדיל ממסלול ה-ACE הקלאסי, כרוכה בהפחתת דלקת, והגברת מסלול זה כרוכה בהשפעה מיטיבה לא רק על סכרת ויתר לחץ דם, אלא גם, אולי, על סרטן, מחלות דלקתיות ומחלות ריאה.

ייתכן שפולימורפיזם של גן ACE2, פולימורפיזם משמעותי בהקשרי יתר לחץ דם, סכרת ושבץ מוחי, ביחוד באוכלוסיות אסיטיות, עשוי להיות קשור למידת הפגיעות לחלות בנגיף הקורונה החדש.

החברה הישראלית ליתר לחץ דם אינה ממליצה בשלב זה על שינוי הטיפול התרופתי למטופלים עם יתר לחץ דם אשר חוששים להיחשף, נחשפו או חלו בנגיף הקורונה החדש.

פרופ. עדי לייבה

יו"ר, החברה הישראלית ליתר לחץ דם

המכון לנפרולוגיה ויתר לחץ דם, בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד



איגוד הכירורגים בישראל
ISRAEL SURGICAL ASSOCIATION

ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



(עודכן לתאריך 18.3.20)

התמגנות הצוותים בחולים **חשודים** לקורונה

חולה הנמצא בבידוד בית שמגיע בגלל סיבה אחרת, גם אם נמצא שלילי		
זקוק לתמיכה נשימתית הנשמה פולשנית ולא פולשנית חולה במצב לא קל	לא זקוק לתמיכה נשימתית חולה במצב קל	
מסיכה כירורגית		חולה (בקבלתו למיון ובכל טיפול/כניסה של איש צוות)
<ul style="list-style-type: none"> • היגיינת ידיים • מסיכה N95 • מגן פנים • חלוק בלתי חדיר לנוזלים • כפפות • כובע 	<ul style="list-style-type: none"> • היגיינת ידיים • מסיכה כירורגית • מגן פנים • חלוק בידוד רגיל (כחול) • כפפות 	צוות מיון
מסיכה כירורגית לאורך המשמרת (המסיכה מוחלפת במידה והיא נרטבת או פעם במשמרת)		<ul style="list-style-type: none"> • מרפאות חוץ • מכון דימות • דיאליזה • אשפוזי יום ומכונים
<ul style="list-style-type: none"> • היגיינת ידיים • מסיכה N95 • מגן פנים • חלוק בלתי חדיר לנוזלים • כפפות • כובע 	<ul style="list-style-type: none"> • היגיינת ידיים • מסיכה כירורגית • מגן פנים • חלוק בידוד רגיל (כחול) • כפפות 	<ul style="list-style-type: none"> • צוות מחלקות אשפוז • צוות שינוע • מלווה של חולה (מצבים מיוחדים - דוגמא, הורה לילד) • סייעת ועובד משק שמנקים את החדר
כפפות בלבד		שינוע - הובלת דגימות - אריזה כפולה
כפפות ומסיכה כירורגית לאורך כל המשמרת		<ul style="list-style-type: none"> • פקידת קבלה • מאבטח מלווה חולה למחלקה
מסיכה כירורגית לאורך המשמרת (המסיכה מוחלפת במידה והיא נרטבת או פעם במשמרת)		מאבטח בכניסה
<ul style="list-style-type: none"> • היגיינת ידיים • מסיכה N95 • מגן פנים • חלוק בלתי חדיר לנוזלים • כפפות • כובע 		<ul style="list-style-type: none"> • צוות המבצע פעילות הכרוכה בסיכון לחשיפה לשפך ביולוגי כתוצאה מקרע או נתק של ציוד (כגון: חדר לידה, מכון ריאות, מכון גסטרו, מכון אקו)

התמגנות



(עודכן לתאריך 18.3.20)

לכבוד:

חברי האיגוד לכירורגיה פלסטית אסתטית
מנהלי חדרי ניתוח במגזר הפרטי

שלום רב,

הנדון: ביצוע טיפולים וניתוחים אסתטיים בזמן משבר הקורונה.

בסימוכין - הודעת משרד הבריאות בתאריך 17 במרץ 2020

1. האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית ואסתטית ממליץ לחבריו ולמנהלי חדרי ניתוח פרטיים לחדול לאלתר מביצוע של טיפולים אסתטיים ו/או ניתוחים אסתטיים עד לסוף חודש מרץ 2020.
2. ביצוע של ניתוחים אסתטיים במערכת הפרטית בשעה שהמערכת הציבורית נצבת מול אתגרים לאומיים קשים אינה אתית.
3. שימוש באמצעי חדר ניתוח לרבות מכונות הנשמה, ציוד סטרילי מתכלה ותרופות לניתוחים אסתטיים בנסיבות בהן עלול להיווצר מחסור לאומי מנוגד לשכל הישר.
4. טיפול ו/או ניתוח אסתטי, בפרט כשהוא מבוצע בהרדמה כללית, עלול להחמיר מצבו של נשא וירוס קורונה, לחשוף את הצוות המטפל לוירוס ולהביא לעליה במספר הנשאים.
5. ניידות של מטופלים ואנשי צוות לשם טיפול ו/או ניתוח אסתטי מנוגדת להוראות משרד הבריאות שבסימוכין.
6. אני מבקש מכל אחד מכם לגלות אחריות אישית ולפעול בהתאם להמלצתנו.

בכבוד רב,
דר' מאיר כהן

יו"ר האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית ואסתטית

מרכז רפואי שער העיר, ז'בוטינסקי 7, רמת גן

plastic@surgery.co.il



הודעת החוג למחלות מעי דלקתי בהקשר לוירוס הקורונה

נגיף הקורונה הינו וירוס שהמידע לגביו עדיין נצבר. לפי הידוע עד כה הוירוס מתפשט בדרך של פיזור מדרכי נשימה, ויתכן שגם במגע עם צואה (העברה fecal-oral). בנוסף, יתכן גם שיש הדבקה במגע דרך משטחים עליהם פוזר הנגיף.

ההסתמנות הטיפוסית נעה בין מחלה דמוית שפעת ועד למחלה ריאתית קשה וכשל רב מערכתי. רוב מקרי ההדבקה קלים (למעלה מ-80%) וכוללים תסמינים כגון חום, שיעול, כאבי שרירים, או אף שלשול במיעוט המקרים. תקופת הדגירה של המחלה (מההדבקה ועד להופעת תסמינים) לא עולה על 14 יום (לרוב תוך 6 ימים) ולכן ההמלצה לבידוד לפרק זמן זה בחשד לחשיפה. ממידע שהצטבר בעיקר מחולים בסין עולה כי חולים מבוגרים וקשישים וחולים עם מחלות רקע כגון סכרת, יתר לחץ דם או מחלות לב נמצאים בסיכון גבוה יותר לסיבוכי המחלה ואף למקרי מוות.

עד כה, לא ידוע על חולי קרוהן וקוליטיס שנדבקו בנגיף בסין או במדינות אחרות. אין גם מידע על חולים המקבלים תרופות מדכאות חיסון או תרופות ביולוגיות שנדבקו בנגיף.

לפיכך, ולאחר התייעצות עם פרופ' גילי רגב (מנהלת יחידת מניעת זיהומים בשיבא תל השומר ואחראית הטיפול בקורונה), המלצות החוג למחלות מעי דלקתיות הינן:

1. להימנע ממגע עם חולים במחלה דמוית שפעת או צינון או אנשים החשודים כחולים, או עם אנשים ששבו בשבועיים אחרונים מחו"ל (ואשר אמורים ממילא להיות בבידוד).
2. במידה ויש חום, צינון, שיעול או תסמיני שפעת יש להישאר בבידוד בבית, להתעדכן בהנחיות של משרד הבריאות ולפעול על פי הן וליצור קשר עם הצוות הרפואי המטפל ו/או המוקד של הקופה המבטחת. במידה ויש חום גבוה עם שיעול או קוצר נשימה יש לפנות למוקד מד"א 101 ולקבל הנחיות כיצד לפעול.
3. חולים בנגיף אמורים לשים מסכה להקטין פיזור הנגיף מהם לחלל (מטרתה העיקרית של המסכה היא להקטין פיזור הנגיף ממי שכבר חולה והדבקת אחרים). אין הוכחה כי חבישת מסכה על-ידי אדם שלא נדבק מגנה עליו/עליה בפני הידבקות. עם זאת, מאחר ואין נזק בלבישת מסכה אין גם מניעה מלשים אותה.
4. המלצתו האחרונה של משרד הבריאות הינה להימנע מהתקהלויות של מעל 10 אנשים בחלל אחד ולהשתדל לשמור על מרחק 2 מטר בין אדם לאדם, ככל שניתן. משרד הבריאות ממליץ גם להימנע מביקורים של מלווים בבתי חולים ובמוסדות לקשישים. יש לשים לב כי אין הנחיה לצמצם או להימנע מביקורי מטופלים בבתי חולים או במרפאות אם הביקור נדרש לטיפול השוטף, אך ניתן לשקול עם הרופא המטפל האם ניתן לדחות הביקור בלי לפגוע בטיפול ו/או לקבל היעוץ הרפואי בדרך מקוונת של טלה-רפואה. בכל מקרה אין להגיע לביקור מרפאה בבית חולים במידה ויש תסמיני שפעת.
5. למטופלים בתרופות מדכאות מערכת החיסון (תרופות ביולוגיות, אימורן, אזופי, פורינטול, מתוטרקסאט, או סטרואידים דרך הפה) המלצתו הקודמת של משרד הבריאות הייתה דומה לאלו שכעת חלות על כל האוכלוסייה. אין כעת המלצות ספיציפיות למדוכאי חיסון, אך מפאת הסיכון המוגבר שלהם, עליהם להקפיד שבעתיים על קיום ההנחיות בדבר הקטנת מגעים והקפדה על

היגיינה. עם זאת, יש לשים לב שאין הוראה להפסיק תרופות למחלת הקרוהן או הקוליטיס רק בגלל קיומה של מגפת הקורונה, וצריך להבין שהפסקת הטיפול בקרוהן או בקוליטיס מעלה סיכון של החמרת מחלה פעילה או התלקחות מחלה שקטה שעשויים להוביל לסיבוכים משמעותיים.

במאמר שפורסם בימים האחרונים עולה כי מתוך 318 חולי IBD באזור מוקד התפרצות הקורונה בוואהן עצמה, 41% טופלו בתרופות מדכאות חיסון, ו-15% היו בעלי מחלות רקע אחרות. ב-7.5% מהם היה סיפור אפידמיולוגי של סיכון גבוה לחשיפה לקורונה (מעבר למגורים באזור התפשטות מקסימלי). חולים אלו הונחו להפסיק תרופות מדכאות חיסון עם פרוץ המגפה עלידי הצוות המטפל בוואהן. אף לא אחד מחולי IBD אלו נדבק בקורונה, אך 5 אושפזו עם החמרת מחלה, חולה אחד אושפז עם פרפורציה של המעי שדרשה ניתוח וחולה אחד עבר קולקטומיה (Ding Y, Lancet 2020). המסקנות שניתן להסיק מעבודה זו הינן שאפילו באזור שיא התפרצות הנגיף עם שכיחות הדבקה גבוהה מאוד, עדיין הדבקה של חולי IBD היתה נמוכה מאוד (ולמעשה לא קרתה). קשה לדעת האם חלק מהעדר הדבקה היה משני להפסקת הטיפולים ואמצעי בידוד קפדניים, אך ברור כי לעומת העדר מקרי הידבקות בנגיף היה שיעור מסוים לא מבוטל של סיבוכי IBD משמעותיים באותה תקופה באותה קבוצה ויש לקחת נתונים אלו בחשבון בעת ההמלצות לחולים. גם בצפון איטליה לא ממליצים מומחי IBD על הפסקת הטיפול (Silvio Danese & Gionata Fiorino, Personal communication) כפועל יוצא, עמדת החוג הינה שיש ככלל להמשיך טיפול בתרופות הקבועות, אך יש לשקול אמצעים להקטין מגעים של חולי IBD. בכלל זה יש לשקול:

- שימוש בטלה-רפואה ככל שניתן במקום ביקורים פיזיים במרפאות,
- ריווח פיזי של מטופלים באשפוז יום לעירווי תרופות כך שיישמר מרחק של שני מטר בין מטופל למטופל, ובעדיפות אם ניתן גם לרווח בזמן בין מטופלים באשפוז יום.
- אין המלצה גורפת בשלב זה לעבור לתרופות תת-עוריות במקום תרופות לוריד בכדי להקטין ביקורים באשפוז יום, הן מאחר ופורמולציות זהות של אותן התרופות אינן זמינות עדיין, והן מאחר ומעבר אלקטיבי מאינפליקסימאב לאדלימומאב נמצא בזמנו במחקר ה-SWITCH כקשור לעליה בשיעור התלקחויות של המחלה הבסיסית לאחר המעבר (Van-Asche G, Gastroenterology) (2008). עם זאת, במידה ורושמים התחלת טיפול ביולוגי בימים אלו, יש לשקול תיעדוף של טיפול תת עורי על פני טיפול תוך ורידי בכדי להקטין צורך בהגעה לאשפוז יום, אך רק במידה ולדעת הרופא המטפל טיפול תת עורי שווה ערך לטיפול תוך ורידי מכל בחינה אחרת במטופל הספיציפי.
- למרות שאין עדות כי טיפול משולב (קומבו) מעלה סיכון להדבקה ו/או מחלה קשה, יש לשקול פעם נוספת צורך בטיפול משולב לעומת מונותרפיה על בסיס כל חולה לגופו.
- במידה וחולה מפתח תסמיני שפעת בפועל, הרי שכנהוג עלפי המלצות ECCO בכל זיהום פעיל אחר, יש להפסיק תרופות אימונומודולטוריות/ביולוגיות ו/או סטרואידים עד חלוף התסמינים.

בברכה

חברי ועד החוג למחלות מעי דלקתיות

פר' שומרון בן-חורין, ד"ר הנית ינאי, פר אורי קופילוב וד"ר אריאלה שטרית

וביעוץ פר' גילי רגב, מנהלת היחידה למניעת זיהומים, מרכז רפואי שיבא

(עודכן לתאריך 22.3.20)

לעמיתים שלום רב,

הנדון: הנחיות איל"ה והאיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
לגבי הדבקת COVID 19 למטופלות פריון (גרסה מס' 1)

הקורונה (COVID 19) הינו וירוס מסוג RNA המוכר כבר שנים רבות כגורם בד"כ לתחלואה נשימתית קלה בדומה למחלת השפעת. עד כה ידוע על פחות מ-20 נשים הריוניות שנדבקו בוירוס וזאת למרות שהיה מצופה למספרים גבוהים יותר, עקב השינויים הפיזיולוגיים שמעריבים את מערכת הנשימה בהריון. ככלל, נשים בהריון נמצאות בקבוצת סיכון למחלות ויראליות כגון השפעת העונתית ודומיה ועליהן לנקוט משנה זהירות, כדי לא לסכן את עצמן ואת העובר.

עדיין אין מספיק מידע מבוסס על סיבוכים לטווח רחוק שיכול להביא עמו וירוס הקורונה. מהמידע על ההתפרצויות הקודמות של שפעת החזירים והסארס (שדומות במאפייניהן לקורונה) אנו יודעים על שיעור מעט יותר גבוה של הפלות טבעיות ושיעור גבוה יותר של לידות מוקדמות, הפרעה בגדילה התוך רחמית ואף מוות עוברי תוך רחמי במקרים חריגים. יחד עם זאת, הוירוס קרוב לוודאי אינו עובר במהלך ההריון דרך השלייה וכי לא נמצאו עקבות שלו במי השפיר (נספח מס'1), כמוכן אין עדות להעברתו בדרכי הרבייה (נספח מס' 1).

1. יש לידע את המטופלות והמטופלים שהמידע המובא במסמך זה נכון לשעה זאת ועשוי להשתנות בעתיד.

2. המלצתנו היא כי בשלב זה אין מקום לעצירה גורפת של טיפולי הפוריות.
הוראות אלו יתעדכנו מעת לעת ע"פ הספרות הרפואית והנחיית משרד הבריאות.

יחד עם זאת:

3. אין להתחיל טיפולי פריון כלשהם כאשר מי מבני הזוג חולה, חשוד כחולה או קיימת לגביו הוראת בידוד (ראה הגדרות חוזר משרד הבריאות (נספח מס' 2+3).

4. ניתן להתחיל טיפול באישה / זוג בריאים אשר אינם עונים על ההגדרה המפורטת בסעיף ובנספחיה, בכפוף לידוע ותייעוד כאמור בסעיפים 1-2. יש להדגיש שהטיפול עשוי להתבטל בהתאם למצבם הבריאותי או להוראות משרד הבריאות.
יש להנחות את המטופלות כי בכל מקרה שמופיעים תסמינים כגון: חום הגבוה מ 38 מעלות, שיעול, קושי בנשימה או תסמין נשימתי אחר אין להגיע למתקן הרפואי שבו היא מטופלת. במקרים אלו יש לפנות למד"א.

5. במידה והופיעה מחלה או חשד קליני להדבקה, או הוראת בידוד למטופלת או לבן זוגה אחרי התחלת הטיפול יש לבטלו. במקרים בהם המצב הנ"ל נוצר בעת גירוי שחלתי מתקדם בסמוך לשאיבת ביציות, אשר לא ניתן לביטול בהיבט הכמותי, אפשר לבצע את השאיבה, אך אין לקיים העברת ביציות מופרות לרחם.
הביציות הנשאבות בנסיבות אלו (מופרות או בלתי מופרות) יש להקפיאן במיכל נפרד וחל איסור להשתמש בהן בשלב זה.

<https://www.asrm.org/news-and-publications/news-and-research/press-releases-and-bulletins/covid-19-suggestions-on-managing-patients-who-are-undergoing-infertility-therapy-or-desiring-pregnancy>

<https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News#CoronaStatement27feb>

חוזר מס' 2 : עדכון בנושא COVID-19 ורפואת נשים

עמיתים יקרים,

א. נהלים:

הננו מביאים בפניכם מספר המלצות אשר מתייחסות לתחום עיסוקנו.

עדכונים לגבי נגיף הקורונה מתקבלים על בסיס יומי ממשרד הבריאות והר"י ויש לעקוב אחר השינויים העדכניים בהנחיות. יש לידע את המטופלות והצוות הרפואי שהמידע המובא במסמך זה נכון לעת הזאת ועשוי להשתנות בעתיד בהתאם להנחיות משרד הבריאות.

במידה וישנן המלצות סותרות מחברות ואיגודים מקצועיים אחרים (בארץ או בעולם) מומלץ לחברי האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה לנהוג לפי המלצות חברות הבת והאיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

(נוהל ניירות עמדה, אוגוסט 2019).

ב. מיגון הצוות:

בהיותנו בקו הקדמי של המערכה ובמגע יומי עם חולות או אוכלוסיות בסיכון מכאן שהסיכויים להדבק גבוהים יחסית, לכן חובה עלינו להישמר ולשמור על עצמנו.

1. טרם כל מפגש עם כל מטופלת יש לתשאל אותה לגבי מחלת חום, סימפטומים נשימתיים וגורמי סיכון אחרים למחלת קורונה.
2. יש לבקש מהמטופלת להגיע בלי מלווים ולהרכיב מסכה. לפי בקשתה יש לאפשר נוכחות אשת צוות רפואה נוספת בחדר הבדיקה.
3. יש להשתמש במסכה כירורגית וכפפות בכל מפגש בין צוות רפואי למטופלת (גם אם אינה חשודה ואין לה כל תסמינים נשימתיים).
4. במקרים דחופים כאשר אין זמן ואפשרות לקבל אנמנזה מדויקת לגבי דרגת הסיכון לנשאות/ מחלה עם COVID 19 אנו ממליצים להתייחס לאירוע בכללו כאל חולה מאומתת ולהתמגן בהתאם.
5. המסכה היא חד פעמית ואולם אין צורך להחליף מסכה בין מטופלת למטופלת. לאחר הורדת המסכה יש לזרוק אותה לפח.
6. ההדבקה עשויה להתרחש בזמן מגע הדוק כגון: מעל 15 דקות מגע במרחק הקטן מ-2 מטר.
7. מומלץ להשתמש במסכה כירורגית בישיבות עבודה הנמשכות מעל 15 דקות.
8. מומלץ לדלל מאוד את מספר נוכחים בישיבות הצוות, בהפסקות השונות בחדרי הצוות, חדרי רופאים, דלפק תחנה.
9. מעבר במסדרון אינו מוגדר סכנה.



יש לנקות במטליות ייעודיות כל הזמן את סביבת העבודה (כגון מתמרי אולטרסאונד , מקלדות, שולחן עבודה

(N Engl J Med. 2020 Mar 17 :Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1).

10. במתארים אלו השימוש במסכה כירורגית עשוי לבטל את הצורך בהרחקה מהעבודה ובבידוד.

ג. תכנון הריון:

מומלץ לנשים המתכננות הריון בעת הזאת לשקול היטב נושא זה ולהתייעץ עם רופא נשים מטפל בשל האתגר שבביצוע בדיקות, מעקב וטיפול במהלך קיומו של הריון צעיר.

ד. טיפולי פוריות:

בהמשך לחזור משרד הבריאות בנושא (מיום 20.3.2020), הננו להדגיש המלצתנו :

1. עד להודעה חדשה אין להתחיל במחזורי טיפול חדשים, לרבות השראת ביוץ, הזרעה תוך רחמי (IUI) והפריה חוץ-גופית (IVF).
2. לשקול ביטול החזרת עובריים (טריים או מוקפאים) במטופלות שהגיעו לשלב זה בטיפול.

ה. מעקב הריון בסיכון רגיל:

- (בנוסף למפורט בחוזר מס' 1 מיום 18/3/2020 של החברה לרפואת אם עובר והאיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה) הננו להבהיר :
- מעקב הריון בסיכון ימשך כרגיל במרפאות הייעודיות.
מעקב הריון רגיל ימשיך להתבצע בקהילה .
מומלץ לאחד בדיקות ולהמעיט בהגעה למרפאות ולמעבדות.
1. יש לבצע את כל הבדיקות הדם בשליש ראשון יחד עם בדיקות הסקר.
 2. יש להפחית בבדיקות אולטרסאונד בדגש על בדיקות בשליש השלישי (רצוי בדיקה אחת)
 3. בהעדר תלונות להפנות לבדיקת מוניטור בשבוע 40
 4. **אנו פונים לקופות להדריך את ההרות להרבות בייעוץ מקוון לרבות:**
 1. 4 מדידה עצמונית של לחץ דם דופק ומשקל באמצעות מכשירים לניטור ביתי .
 2. 4 להשתמש באפליקציות לניטור צירים וניטור דופק לב עובר במקרים בהם הדבר אפשרי.
 3. 4 להגיע למרפאות ללא מלווים
 4. 4 לתאם שעות הגעה מראש, כך שהשעות בהן תשהה המטופלת יהיו מועטות ככל האפשר.
 5. 4.5 ייעוציים גנטיים בעת הריון, בדיקות מי שפיר וסיסי שלייה ובדיקת שקיפות עורפית וסקירות מערכות ימשכו כרגיל.
- (חוזר משרד הבריאות מיום 19/3/2020)
יש לתשאל את הנבדקות טרם תחילת הפעולה כמפורט בסעיף ב', 1.
כללי הזהירות, הדיווח והמעקב מפורטים בחוזר מס' 1 של האיגוד והחברה לרפואת אם עובר (18/3/2020).

ו. ניהול נשים לאחר לידה :

בהתאם לחוזר משרד הבריאות (נוהל 11, נספח 19, 17.03.2020) יולדת בבידוד תשהה עם התינוק בבידוד. ניתן להניק. במידה ויולדת מעוניינת לשאוב, יש להשתמש במשאבה אישית ולא במשאבה של בית החולים. במידה והאם או הילוד יפתחו תסמינים יש לדגום את שניהם ולהפרידם עד קבלת תשובה. במקרה של יולדת חשודה ל- COVID 19, יש לדגום את היולדת במהלך שהותה בחדר לידה ולהפריד את היילוד מיד לאחר הלידה עד לקבלת תשובה. במידה והאם חיובית או במידה וידועה יולדת מאומתת ל



COVID-19 יש להפריד את היילוד מיד לאחר הלידה ולדגום את הילוד. במידה והיילוד חיובי - יוכל לשהות עם האם. אם אין אפשרות - ישהה בבידוד מגע וטיפתי. במידה וילוד שלילי- יש להפרידו מהאם עד החלמת האם (שתי בדיקות PCR שליליות בהפרש של 24 שעות לפחות). יש לאפשר מתן חלב אם שאוב לילוד.



ז. שחרור לאחר לידה:

ניתן לאפשר שחרור מוקדם לאחר לידה כל עוד מוודאים קיום המעקב הנדרש אחר היילוד, ביצוע בדיקות סקר וצהבת ומתן תמיכה הולמת להנקה / קבלת חלב אם לשיקולו של כל מנהל מחלקה עיתוי השחרור ומשך האשפוז לאחר לידה רגילה או לאחר ניתוח קיסרי.

ת.הנקה:

הנקה היא מגע קרוב אשר עלול להעביר את הנגיף בחשיפה להפרשות מדרכי הנשימה או במגע. אישה מניקה יכולה להמשיך להניק את תינוקה כל עוד לא הופיעו תסמינים. אישה בבידוד ללא תסמינים צריכה להקפיד על רחיצת ידיים יסודית לפני ההנקה ועל כיסוי הפה והאף במסכה או בד זמין אחר בעת ההנקה. אישה המוגדרת כחשודה או כחולה מאומתת המעוניינת לשאוב חלב-אם צריכה להקפיד על רחיצת ידיים לפני השאיבה והנגיעה בבקבוק ובמשאבה ובמידת האפשר לתת לאדם אחר להאכיל את התינוק. אישה מניקה המאושפזת בבית חולים, השאיבה תיעשה בחדר היולדת ולא בחדר ההנקה המשותף.

ט. חשיפת נשים הרות:

עדיין לא קיים מידע מספק אודות תוצאות תחלואה בנגיף הקורונה בקרב נשים הרות והשפעתו האפשרית על עוברים וילודים, הגם שקיימים כבר תיאורי מקרה של העברה ורטיקאלית של הזיהום. אמנם, טרם הצטברו הוכחות לכך שהנגיף פוגע בילודים או מהווה גורם סיכון טרטוגני, אך מומלץ לשקול במקרה זה לנהוג על פי עקרון הזהירות המונעת ולהרחיק במידת האפשר נשים הרות מעבודה בסיכון גבוה לחשיפה אפשרית לנגיף, ביחוד בשלבים המוקדמים של ההריון. יש לאפשר לנשים בהריון להמשיך ולבצע את כלל העבודות בדרגת סיכון בינונית ומטה לחשיפה פוטנציאלית. חשיפה בדרגות גבוהות יותר תהיה בהסכמה מדעת של העובדת בלבד ותצריך פיקוח צמוד של מרפאה להריון בסיכון, משך כל תקופת החשיפה כמפורט בנייר העמדה של האיגוד הישראלי לרפואה תעסוקתית (19/3/2020, ראה ניספח*).

י. פעילות אקדמית:

* בחינות שלב ב' מועד אפריל 2020 בוטלו ומועד חדש ייקבע בעיתוי המתאים.

* ההחלטה לגבי קיומם של בחינות שלב א' תתקבל במהלך השבועות הקרובים.



* לשיקולם של מנהלי המחלקות האם לשנות / לקצר / להחליף את הרוטציות כפועל יוצא מאילוצי המחלקה ופעילותה בעת הזאת.

* מתמחים אשר מסלול התמחותם ישתנה או ישתבש כתוצאה מהאירועים יזכו למלוא הגיבוי והתמיכה של האיגוד במציאת חלופות כך שיתקיים רצף ההתמחות הולם ככל האפשר.

***אנו מבקשים לשתף את כל המחלקות והמרפאות בדבר יוזמות מקומיות שניתן להפעיל ברמה ארצית.**

תודה לעמיתים העוסקים במלאכה ואיחולי לבריאות טובה לכולנו,

בכל שאלה או בעיה פרופסיונאלית שתתעורר חברי הוועד ואנוכי עומדים לרשותכם ונשמח לייעץ ולסייע.

שלכם,

פאול' ראני מאון.

יו"ר האיגוד למיילדות וגינקולוגיה
וחברי וועד האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

נספח:

אפיון דרגת חשיפה ל – COVID 19

אפיון זה מסתמך על פרסומי OSHA לעניין היערכות מקומות עבודה למניעת הדבקות בנגיף COVID-19, נכון לתאריך 18.03.20.

א. דרגת סיכון גבוהה מאוד לחשיפה -

עבודה בסיכון חשיפה רב לחולי קורונה מאומתים/חשודים (או דגימות מהם)

- עובדי בריאות פעילים בבתי החולים או בקהילה (צוות רפואי וסיעודי, צוות רפואת שיניים, רפואת חירום וטכנאות רפואית) המבצעים פעולות מחוללות ארוסולים - אינטובציות, בדיקות מעוררות שיעול (כגון בדיקת כיח מגורה), ברונכוסקופיות, מחלקות ומרפאות אף אוזן גרון, טיפולי שיניים, לקיחת דגימות פולשנית - מחולים ידועים או חשודים שנדבקו בנגיף.
- עובדים במרפאות/מחלקות המטפלות בחולי קורונה - עובדי בריאות בבתי החולים או בקהילה, המטפלים באופן אינטנסיבי באוכלוסייה הנגועה בנגיף משך תקופה הצפויה לעלות על שבועיים.
- עובדי בריאות או עובדי מעבדה האוספים או מטפלים בדגימות ביולוגיות של חולים ידועים או חשודים, שנדבקו בנגיף משך תקופה הצפויה לעלות על שבועיים.
- עובדי פתולוגיה, המבצעים נתיחות שלאחר המוות של חולים ידועים או חשודים שנדבקו בנגיף.

ב. דרגת סיכון גבוהה לחשיפה -

עבודה בסיכון חשיפה לחולי קורונה מאומתים/חשודים (או דגימות מהם)

- עובדי בריאות (כמתואר לעיל וכן צוותים פרא-רפואיים נוספים הנדרשים להיכנס לחדרי מטופלים באשפוז או לטפל בחולים בקהילה), החשופים לחולים ידועים או חשודים שנדבקו בנגיף.
- עובדי ומתנדבי מגן דוד אדום ואמבולנסים, העוסקים בהובלה וטיפול בחולים ידועים או חשודים שנדבקו בנגיף.
- עובדי בריאות, הנדרשים לבצע סינון ראשוני (Triage) של חשודים כנגועים בנגיף משך תקופה הצפויה לעלות על שבועיים.



- צוותי טיפול בגופות והכנה לקבורה של חולים, שהיו ידועים או חשודים שנדבקו בנגיף בעת מותם.

ג. דרגת סיכון בינונית לחשיפה -

- עובדים הנדרשים למגע קרוב (עד 2 מטר) מאנשים העשויים להיות נגועים בנגיף COVID 19, אך אינם ידועים כחולים בנגיף, או חשודים שנדבקו בנגיף כולל-
 - רפואת משפחה וילדים, רפואה פנימית, מקצועות כירורגיים ורפואה יועצת בבית החולים ובקהילה, כולל צוות סיעודי ופרא-רפואי, עובדי מכוני פיזיותרפיה, רוקחות, ריפוי בעיסוק, קלינאיות תקשורת (למעט מקרים המצריכים מגע פיזי קרוב- מגע בצוואר ו/או בשפתיים), מבצעי בדיקות מעבדה (שלא למטרות אבחנה COVID 19), תזונאים.
- עובדים הבאים במגע פרונטאלי עם קהל רב של אנשים, דוגמת נהגים ברכבים ציבוריים, צוותי אוויר, עובדי תברואה, עובדי מעברי גבול, צוותי חינוך, עובדי אדמיניסטרציה רפואית במרפאות ובמחלקות אשפוז וכיוצ"ב.

ד. דרגת סיכון נמוכה לחשיפה -

- עובדים שאינם משויכים לאחת הקטגוריות שהוזכרו לעיל, אינם נדרשים לחשיפה מרובה לציבור ושלא באו במגע עם חולים ידועים או חשודים שנדבקו בנגיף.

טיפול בסטרואידיים ואימונוסופרסיה

טיפול ממושך בסטרואידיים וכמובן טיפולים אימונוסופרסיביים אחרים יכולים להעלות את רמת הסיכון להדבקות בקורונה ולמחלה חמורה יותר ואנחנו כרופאים מטפלים צריכים לקחת אחריות בנושא זה. לצערי לא מצאתי לכך קיום מנחים ברורים ולכן ההחלטות בידינו :

- א. חולים המגיעים לאשפוז עם תמונה נורולוגית אקוטית שדורשת טיפול בסטרואידיים (אימונוסופרסיה אחרת) אין מנוס מהטיפול במיוחד במקרים כאשר לסטרואידיים עדיפות על אימונוגלובולינים (נוייריטיס אופטית, התלקחות טרשת, FIRES, אנצפליטיס אימונית וכו) ואז יש להקפיד על מיגון מקסימלי שלהם בתוך המערכת.
- ב. יש לשקול בכובד ראש התחלת טיפול בסטרואידיים /ACTH טיפולים אחרים בחולים עם אנצפלופתיות אפילפטיות או אבחנות נוירואימוניות אחרות כאשר על כפות המאזניים סיכון מול תועלת.
- ג. בחולים האפילפטיים:

1. תינוקות עם IS : החלטה על טיפול ב-ACTH היא בידי הרופא במטפל אך ניתן לשקול האם יש מקום להתחיל בטיפול בחולים עם פרוגנוזה ראשונית גרועה במיוחד שבה הטיפול ב-ACTH לא ישנה בהרבה את ה-OUTCOME הסופי.

2. ילדים עם אנצפלופתיות אפילפטיות שאינן IS ואינם מגיבים לטיפולים אחרים כולל ESES – לשיקול הרופא המטפל אם להתחיל בשלב זה טיפול בסטרואידיים תוך ורידית או פומית – אם הוחלט לטפל – יש להכיל על ילדים אלה ומשפחותיהם את הכללים שהומלצו לגבי חולים בדיכוי חיסוני – בידוד/ מיגון.

3. בילדים שכבר נמצאים תחת טיפול אימונוסופרסיבי – יש להכיל עליהם כללים של חולים עם דיכוי חיסוני – הכולל בידוד/מיגון / חשיפה מופחתת להגעה לבתי החולים.

אחת האפשרויות היא לשקול החלפת פלסים של סטרואידיים במתן טיפול במיגון גבוה של סטרואידיים פומי בסופי שבוע ואז ישנה פחות חשיפה למערכות רפואיות.

העקרון המרכזי: להמנע מטיפולים אלה כשאינם חיוניים כרגע או באם החלטת הרופא המטפל שאין ברירה ויש להתחילם או להמשיכם להכיל על החולים את הכללים של בידוד / מיגון / וחשיפה מעטה ככל האפשר למערכות רפואיות.

מוזמנות הערות / השגות כדי שנוכל לגבש עמדה משותפת ונציג בפני כל הנורולוגים לילדים בישראל.

**הנחיות לטיפול בהמודיאלרזה בתקופת מגפת הקורונה
האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם
24 במרץ 2020**

א. רקע כללי

- אוכלוסיית מטופלי הדיאלרזה פגיעה במיוחד ל COVID-19
- שני מקרי התמותה הראשונים בארצות הברית בעקבות הנגיף היו של חולים תחת טיפולי דיאלרזה אמבולטוריים באזור סיאטל.

ב. הגדרת אוכלוסיות מטופלי המודיאלרזה

לצרכי מסמך זה, ניתן לחלק את אוכלוסיית מטופלי המודיאלרזה ל 3 קבוצות:

➤ **מטופלי דיאלרזה שאינם חשודים כנשאי COVID-19**

- ללא כל תסמינים
- עם תסמינים

➤ **מטופלים "חשודים"**

- ללא כל תסמינים
- עם תסמינים

➤ **מטופלים עם COVID-19 מוכח**

ג. מטופלי דיאלרזה שאינם חשודים כנשאי COVID-19

- **הגדרה:** מטופל דיאלרזה המבצע דיאלרזה רגילה בקהילה או במרכז רפואי אשר לא חזר לאחרונה מחו"ל ולא נחשף לחולה covid-19.
- **כללי:** יש להבהיר לכל מטופלי הדיאלרזה הבריאים את חשיבות
 - היגיינת ידיים
 - היגיינה נשימתית

- הרגלי שיעול, כולל הוראה כיצד להשתמש במסכת פנים וטישיו לכיסוי האף והפה בעת שיעול, עם הדרכה כיצד להיפטר בצורה הולמת מחפצים ורקמות מזוהמים.
- **זיהוי תסמינים:** יש לנקוט בכל המאמצים לזהות בין המטופלים הנ"ל תסמינים של זיהום נשימתי, כולל חום (מעל 37.5 C), נזלת ו/או שיעול, **עוד בטרם כניסתם לאזור הטיפול**, כשהאמצעים המומלצים הם:
 - הסבר למטופלים כי עליהם להתקשר מראש ולדווח על חום או תסמינים נשימתיים, כך שיחידת הדיאליזה תוכל להתכונן להגעתם או להעבירם לתנאים מתאימים יותר (דוגמת מיחידת הקהילה ליחידה בבית חולים).
 - לפני כניסה לאולם הדיאליזה, על איש הצוות הסיעודי של היחידה לצאת לחדר ההמתנה כשהוא ממוגן (מסכה כירורגית, חלוק חד-פעמי), למדוד את חום הגוף של המטופל (עם מד-חום ללא מגע ישיר), לתחקר אותו אם היתה עלייה בחום הגוף בבית ואם יש שיעול, קוצר נשימה ו/או נזלת.
- **מקום ביצוע הדיאליזה:**
 - **מטופלים שאינם חשודים כנשאים וללא תסמינים** יבצעו דיאליזה במתחמי הדיאליזה הרגילים, אם ביחידות הדיאליזה בקהילה או בבתי החולים
 - **מטופלים שאינם חשודים כנשאי COVID-19 אך המפתחים תסמיני זיהום נשימתי ושיציבים קלינית – יוחלט ע"י מנהל היחידה באם להפנותם בדחיפות לברור בבי"ח או להמשיך טיפול ביחידה לפי הקווים הבאים:**
 - לחולים עם תסמינים של זיהום נשימתי, יש לספק מסיכת פנים כירורגית בקבלה ולהורות להם להקפיד על שימוש במסכה זו, כולל כיסוי האף, עד עזיבתם את המקום.
 - יש להקצות ביחידות הדיאליזה שטח המאפשר למטופלים לשבת בנפרד מהמטופלים האחרים; במידה ואין חדר נפרד זמין, ניתן לטפל בחולה עם מסכה בפינה או בקצה החדר, תוך הקפדה על מרחק של לפחות 2 מטרים בין חולה תסמיני עם מסכה כירורגית ובין מטופלים אחרים
 - יש להעביר מטופלים עם תסמינים נשימתיים במהרה לאזור הטיפול המתאים במטרה לצמצם את השהות בחדר ההמתנה
 - **במידה ונשלח המטופל לברור בבי"ח, יש לידע את המיון העוסק ב-COVID-19 בבית החולים ואת יחידת הדיאליזה שם על שליחת המטופל ופרטיו.**

ד. מטופלי דיאליזה "חשודים" להדבקות ב COVID-19

- **הגדרה:** "חשוד" הוא מטופל דיאליזה שנמצא בבידוד, אם עקב שהיה בחו"ל וחזרה ארצה (בהתאם להנחיות משרד הבריאות) או שנחשף לחולה COVID-19 מוכח (על פי הנחיות משרד הבריאות); ההתייחסות של הצוות כלפי המטופל תהיה כאל נשא מוכח, עד שהוכח ההיפך
- **מקום ביצוע הדיאליזה:** יש להפנותו להמשך טיפול בדיאליזה בקהילה או במרכז רפואי בו פועלת יחידת דיאליזה שהוכשרה ייעודית לטיפול בחולים חשודים. בהעדר כל אפשרות לטיפול ביחידה ייעודית נפרדת, ניתן לבודד את המטופל במשמרת נפרדת (כגון משמרת לילה) ביחידת דיאליזה רגילה, עם נוהל חיטוי והקפדה יתרה על מיגון הצוות, כמפורט מטה.
- **אפיון יחידת דיאליזה שהוכשרה ייעודית לטיפול בחולים "חשודים":**
 - יכולה להיות ממוקמת בבית חולים או בקהילה
 - ביחידה יופעלו עמדות דיאליזה ייעודיות למטופלים חשודים, ולא ישמשו ציבור אחר של מטופלים
 - היחידה תהיה ממוקמת באזור המופרד והמבודד מאזור הטיפול במטופלי דיאליזה אחרים
- **הציוד – כורסאות/מיטות עבור המטופלים ומכונות הדיאליזה – יעברו חיטוי וניקוי לפי הנוהל**
- **התנהלות כללית של הצוות מול מטופל:**
 - מיגון הצוות בעת הגישה למטופלים יכלול מיגון הכולל כפפות, חלוקי חד פעמי מעל הסינר, מסכה כירורגית ומגן עיניים כשסדר ההלבשה של בגדי המגן וההתמגנות בהתאם להנחיות.
 - המטופל יהיה בכל זמן הטיפול עם מסכה כירורגית
 - הצוות ישהה באולם הטיפולים את מינימום הזמן הנדרש
 - הניטור אחר המטופלים יהיה בהסתכלות על המטופלים ומכונות הדיאליזה מרחוק, רצוי מאוד מאחורי מיגון פיזי.

➤ התנהלות פרטנית של הצוות מול מטופל:

- המטופלים יתאמו את בואם ליחידה עם הנהלת יחידת הדיאליזה באמצעות הטלפון
- הצוות המזמן את המטופלים יתחקר קודם לכן את המטופלים להופעת תסמיני מחלת COVID-19
- מכאן מתחלקת אוכלוסיית המטופלים ל 2:

- **מטופלים "חשודים" ללא תסמינים:** במידה ואין תסמינים, המטופל יוזמן להתייצב ביחידת הדיאליזה הייעודית ל"חשודים" בשעה נתונה, שם יתקבל על ידי איש צוות ממוגן אשר יוביל את המטופל עם מסכה כירורגית לעמדת הטיפול.
- **מטופלים "חשודים" עם תסמינים:** במידה והופיעו תסמינים, יש לבצע את הפעולות הבאות:
 - על הצוות להפנות את המטופלים לבדיקה לקורונה באמצעות מד"א או בדיקה בביה"ח המגבה ולא לזמנם ליחידה
 - ניתן לזמנם לבצע את הדיאליזה רק לאחר שהתקבלה תשובה שלילית
 - במידה ותתקבל תשובה חיובית, יש להפנות את המטופלים להמשך טיפול במחלקת קורונה יעודית במרכז רפואי מתאים

➤ טיפול בו-זמני במספר מטופלים "חשודים":

- מומלץ לבצע בו-זמנית דיאליזה למספר הקטן ביותר האפשרי של מטופלים "חשודים", תוך התאמה לצרכי השעה והנסיבות.
- על הצוות להקפיד להחליף את חלוק בין מטופל אחד לשני בכדי לא להעביר את הוירוס בין המטופלים החשודים במידה ואכן נגועים.
- במקרה של 2 מטופלים בו-זמנית, אחות תלבש חלוק חד-פעמי בנוסף על החלוק חסין המים, ובתום הטיפול במטופל הראשון תחליף את החלוק העליון ואת הכפפות, כשמגן העיניים יחוטא עם חומר חיטוי (Clinell או כל חומר חיטוי מאושר אחר, כולל כלור 1000 PPM) – לפני הגישה למטופל השני.

➤ שחרור המטופל בתום הדיאליזה:

- המטופל ה"חשוד" ישתחרר בתום הדיאליזה חזרה לבידוד בביתו או בכל מקום אחר שבו מבודד
- הצוות יחטא ויטהר את אולם הדיאליזה ואת כל המכשור הייעודי על פי כל הכללים המחמירים הנהוגים

ה. מטופלי דיאליזה עם COVID-19 מוכח

- הגדרה: מטופל דיאליזה שבו נמצאה הבדיקה לזירוס הקורונה חיובית, עם או בלתי תסמינים
- יבצע דיאליזה במתחם "מחלקת קורונה" ייעודית במרכז הרפואי המתאים
- ציוד – מכונת דיאליזה ואוסמוזה הפוכה ניידת - שיהיו ייעודיות למטרה זו ויוכנסו באופן קבוע ל"מחלקת הקורונה"
- מיגון הצוות- מקסימלי
- התנהגות הצוות – זהה להתנהגות כל הצוות המטפל במתחם "מחלקת קורונה", ללא פשרה

ו. טכניקות ניקוי וטיהור

- טכניקות ניקוי וטיהור שגרתיות ל-COVID-19 הן מתאימות בתנאי דיאליזה.
- יש להקפיד על חיטוי או זריקה של כל משטחים וציוד הממוקמים במרחק של 2 מטרים מחולה עם תסמינים של המחלה הנגיפית.
- מבחנות שבהן נשלחות בדיקות דם ואחרות ממטופלים חשודים או חולים ב-COVID-19 יעברו חיטוי עם Clinell או כל חומר חיטוי מאושר אחר (כולל כלור 1000 PPM) וישלחו בשקית המסומנת כ – Biohazard.

ז. הנחיה כללית כלפי אנשי צוות הדיאליזה

- ההמלצות אודות זיהוי ובידוד אנשי צוות עם זיהומים נשימתיים כוללות:
 - הקפדה על מדיניות חופשת מחלה גמישה, ללא ענישה
 - מתן אפשרות לאנשי צוות רפואי חולים להישאר בביתם



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



ח. חלוקת ארוחות למטופלים

➤ על כל יחידת דיאליזה להתאים את היכולות שלה בחלוקת מזון למטופלי הדיאליזה בהתאם למצוי בכל יחידה ויחידה, תוך הקפדה מרבית על הנחיות המומחים למחלות זיהומיות - במטרה למנוע העברת הנגיף בעת חלוקת הארוחות למטופלים.

הערה: מסמך זה חובר בתחילת שבוע הרביעי של מרץ 2020, כשמגיפת הקורונה עדיין בהליך התפשטות ומהווה הנחיות עבודה כלליות ליחידות דיאליזה בנקודת זמן זו. יש להניח שיהיה צורך בהתאמת ההנחיות בהמשך, בהתאם להתפתחויות שהיו בשטח במהלך השבועות הקרובים.



(עודכן לתאריך 18.3.20)

המלצות האיגוד הישראלי לרפואת עור ומין בנושא נגיף הקורונה COVID - 19

הנחיות משרד הבריאות

בתאריך 30.1.2020 הכריז ארגון הבריאות העולמי על התפרצות נגיף הקורונה (COVID) 19 כאירוע חרום בבריאות הציבור, וב-11.3.20 הכריז עליה כמגיפה עולמית. הנגיף מועבר מאדם לאדם, ככל הנראה בעיקר במגע והעברה טיפית (שיעול והתעטשות). המחלה יכולה להיות ללא תסמינים או עם תסמינים קלים בלבד. חשד לזיהום בנגיף קיים כאשר מתקיים אחד מהבאים:

1. אם ב-14 יום לפני תחילת תסמינים הייתה שהייה בחו"ל.
2. היה מגע הדוק עם חולה/אדם מוכח כ-COVID-19.

"מגע הדוק" מוגדר כ:

- שהייה במרחק של עד 2 מטר, במשך 15 דקות לפחות עם חולה COVID-19 מוכח.
- עבודה צמודה או שהייה באותו מתחם של חולה.
- נסיעה יחד עם חולה COVID – 19 בכל אמצעי תחבורה (בקרבה של עד שני מושבים).
- בני בית של חולה COVID – 19.

ובנוסף קיים אחד מהבאים:

- א. כאשר תנאים אלו מתקיימים ויש חשד לזיהום בנגיף יש לפנות לאחד מחדרי המיון הערוכים לכך.
- ב. כאשר אין תסמינים של חום / שיעול / קושי בנשימה יש להיכנס לבידוד למשך 14 יום ממועד החשיפה.

ההנחיות המחייבות מצויות באתר משרד הבריאות המתעדכן מעת לעת ויש לעקוב אחריהן.

<https://www.health.gov.il/Subjects/disease/corona/Pages/default.aspx#returning>

המלצות האיגוד הישראלי לרפואת עור ומין:

1. יש להקטין ככל האפשר סכנת חשיפה לנגיף תוך הימנעות משהייה במרחבים ציבוריים ובאירועים עם קהל רב ולהימנע מנסיעות לחו"ל.
2. יש לשמור מרחק של יותר ממטר מכל אדם חולה, מתעטש או משתעל.
3. יש להקפיד על שטיפת ידיים במים וסבון ומגבונים על בסיס אלכוהול.
4. יש להימנע ממגע הידיים בעיניים, בפה או באף.

**5. למטופלים בטיפולים ביולוגים, בכל מצב בו יש חום גבוה, וחשד למחלה זיהומית:
יש להפסיק טיפול ביולוגי עד חלוף החום והבראה מהמחלה הזיהומית.**

מטופלים בטיפול ביולוגי אשר אינם סובלים מתסמינים של שיעול, קוצר נשימה או חום אינם צריכים להפסיק טיפול ביולוגי בין אם הם שוהים בבידוד ובין אם לא. במטופלים המתוכננים לקבל טיפול במבטרה שהינה בעלת השפעה ארוכת טווח יש לשקול כל מקרה לגופו יחד עם הרופא המטפל. במידה ומדובר בטיפול אחזקה בלבד יש לשקול דחיית הטיפול במבטרה תוך תיאום עם הרופא המטפל. במקרים בעייתיים מומלץ להתייעץ עם רופא מומחה בתחום הזיהומים.

מטעם האיגוד הישראלי לרפואת עור ומין:

פרופ' אביב ברזילי, נשיא

דר' לב פבלובסקי, מזכיר

דר' וורד מולכו-פסח, גזברית

מיגון בפני נגיף הקורונה

נייר עמדה של איגוד רופאי העיניים בישראל

מעודכן ל-23 מרץ 2020

הקדמה

המגיפה הפוקדת את העולם ואת ישראל בחודשים האחרונים, עקב נגיף הקורונה (COVID-19), הולכת ומתעצמת.

המידע הזורם מעדויות של ארגונים, עמיתים וצוותים העוסקים ברפואה במדינות שונות המתמודדות עם המגיפה, מראה שעלינו להתמודד עם המחלה הזו, בעבודתנו הקלינית והכירורגית, ככל הנראה לטווח ארוך.

על סמך המידע המצטבר החליט איגוד רופאי העיניים בישראל לרכז נייר עמדה על מנת לסייע לרופאים במסגרות השונות להבטיח יותר מיגון אישי, ועבודה נכונה שלא מסכנת את המטופלים והמטפלים בתנאי המגיפה. מטרתנו היא ליישר קו ולתת המלצות אחידות ומרוכזות.

סביבת העבודה שלנו כרופאי עיניים והקרבה לדרכי הנשימה של הנבדק, מציבים אותנו בעמדת סיכון גבוהה להידבקות והעברה של הנגיף. עובדה זאת מחייבת אותנו לנקוט מישנה זהירות ולמגן עצמנו. דיווחים בספרות מעידים על מעורבות עינית, של הלחמית והדמעות, במחלה זו (1).

יודגש כי איגוד רופאי העיניים מאמץ את המלצות האקדמי האמריקני (AAO) שפורסמו לאחרונה (2-4) ונעזר בניסיונם של רופאי העיניים מהונג קונג (בעת מגיפת ה-SARS) אשר פורסם לאחרונה (5).

הגדרת מטופלים

להלן הגדרת הנבדקים מבחינת הקשר שלהם לקורונה ולפיה ההמלצות בהמשך. נבדק המגיע למרפאת העיניים יכול להיות:

1. נבדק בריא – ללא חשד למחלת קורונה או שהייה בקרבת חולה קורונה.
2. נבדק חשוד – חשוד כנגוע בקורונה או הנמצא בבידוד עקב חשש למגע עם חולה כזה או נבדק ששב מחו"ל.
3. נבדק חולה – חולה מאובחן עם קורונה.

הנחיות קליניות בבתי חולים ובקהילה לאור הסיכון הגבוה יש להימנע מביצוע בדיקות עיניים אלקטיביות ופעולות כירורגיות אלקטיביות, שאינן דחופות ואשר אי ביצוען אינו מסכן את בריאות העיניים ומערכת הראיה (כגון היפרדות רשתית או ניתוחים אונקולוגיים).

לגבי כל נבדק, יש לנהוג על פי הוראות בית החולים ומשרד הבריאות הנוגעות להתמגנות הרופא והצוות הרפואי ולפי הצורך גם המטופל.

מודגש כי האיגוד ממליץ התמגנות מלאה לפי האקדמי האמריקני. ראה בהמשך.

מודגש כי מטופל הנחשב כנבדק חשוד או נבדק חולה בקורונה לא ייבדק אלא יתבקש ללבוש מסיכה

כירורגית ויועבר על ידי הצוות לבידוד במלר"ד או במתחם שהוכשר לטיפול בחולים מאובחנים. בעבודה הקלינית בקהילה, במרפאות עצמאיות ובמרפאות הפרטיות – מומלץ להפחית מפגשים פרונטליים ולהשאיר רק ביקורים או טיפולים דחופים.

כמובן שסינון הנבדקים הנכנסים למרפאה בקהילה דורש אף הוא תישאול בסיסי לגבי חום, תסמינים נשימתיים, מגע עם חולה קורונה או חשוד לקורונה או הימצאות בבידוד עקב חשש למגע עם חולה כזה או שיבה מחו"ל. לגבי כל אלה מומלץ לא לאפשר כניסתם למרפאה ולהפנותם, לאחר מתן מסיכה כירורגית לנבדק, למרכזי הסינון שנקבעו בקופות או למלר"ד.

מומלץ על צמצום מלווים למינימום.

מומלץ לדאוג להפרדה ומרחק בין דלפק הקבלה במרפאה לבין הקהל (למשל עם סרט סימון) ולצייד את המזכירות בכפפות ומסיכה כירורגית.

מומלץ כי לבוש הרופא יהיה עם בגדי עבודה יעודיים ולא כאלה שהוא חוזר איתם לביתו. בהתאם לנהלים הכלליים מומלץ לעבוד בחדר מאוורר עם חלונות פתוחים ולחטא, לעיתים תכופות, משטחים וידיות ומכשור רפואי.

המלצות למיגון אצל רופא העיניים

מודגש כי בהתאם להמלצות האקדמי האמריקני (2) על רופא העיניים להצטייד במיגון עם מסיכה כירורגית (ולהחליפה כשהיא מתלחלחת) ל"נבדק בריא", קרי ללא חשד לקורונה ועם מסיכה מסוג N95 (תוך ביצוע מבחן איטום), כאשר המטופל הינו "נבדק חשוד".

מומלץ לעבוד עם כפפות חד פעמיות ולהחליפן בכל מטופל (גם שאינו חשוד).

בטיפול במטופל שהינו "נבדק חולה" יש צורך בהתמגנות מלאה, בכל ערכת המיגון, על פי הנחיית משרד הבריאות.

בנוסף מומלץ להרכיב חוצץ (גדול מזה המגיע עם המכשיר במקור) על גבי מכשיר מנורת הסדק על מנת להגביר את ההפרדה בין המטופל לבודק.

הפרטים לגבי מידות החוצצים וסוגיהם בהתאם למכשירי הבדיקה השונים מופיעים ברפרנס מס' 4. לגבי חיטוי מכשור רפואי עם דגש על טונומטרים ועדשות דיאגנוסטיות, ההמלצה היא לחטא מנבדק לנבדק בעזרת אלכוהול 70%.

עבודת רופא העיניים, מבחינת קירבה לנבדק, דומה לזו של עבודת רופאי א"ג ואנו מפנים את תשומת הלב לנייר העמדה שהוציא איגוד ר' א"ג שבחלקים ממנו נעזרנו בנייר העמדה הזה (6).

סיכום

להלן סיכום הדברים:

1. המלצת האיגוד היא לבטל כל פעילות אלקטיבית (מרפאתית וכירורגית), כאשר אין סכנה באי ביצועה.
2. המלצת האיגוד היא להתמגן אישית על פי המלצת האקדמי האמריקני:
א. כפפות ומסיכות כירורגיות ב"נבדק בריא".
ב. כפפות ומסיכות N95 בנבדק חשוד שאינו חולה קורונה.
ג. ערכת מיגון מלאה בנבדק חולה קורונה.
3. בנוסף, המלצת האיגוד היא להתמגן באמצעות חוצץ גדול כמומלץ על ידי האקדמי ורופאי העיניים מהונג קונג.

רפנס

1. דיווח על דמעות ולחמית מעורבות בקורונה <https://eyewire.news/articles/aa0-alert-/coronavirus-updates-for-ophthalmologists>
2. המלצות האקדמי למיגון <https://www.aao.org/headline/alert-important-coronavirus-context>
3. המלצות האקדמי לביטול עבודה אלקטיבית <https://www.aao.org/headline/new-recommendations-urgent-nonurgent-patient-care>
4. המלצות האקדמי לגבי לוח חוצץ <https://chinrestpapersource.com/oem-products/slit-lamp-breath-shields>
5. Lai et al. Stepping up infection control measures in ophthalmology during the novel coronavirus outbreak: an experience from Hong Kong
6. נייר העמדה של איגוד ר' אא"ג, מה- 21 מרץ 2020

המסמך נערך ע"י:

פרופ' דני געתון

פרופ' ענת לבשנטיין

ד"ר ויקי וישנבסקיה-דאי

ד"ר אלון סקעת



חברות וחברים יקרים,

פונה אני לכולכם בשעת משבר הקורונה העולמי.

אנו הפסיכיאטריות והפסיכיאטרים במדינת ישראל, ככל אזרחי המדינה וכאנשי העולם כולו נמצאים בתקופה קשה ומאתגרת, תקופה שלא ידענו כמותה ושלא התכוננו אליה. כחלק מאזרחי המדינה עלינו כמובן להישמע להנחיות ממשלת ישראל ומשרד הבריאות, אולם בהיותנו אמונים על הפסיכיאטריה בישראל יש תפקידים נוספים שעלינו להתייחס אליהם ולתרום את חלקנו:

א. כאנשי בריאות הנפש יש לנו החובה והזכות לעזור, כמיטב יכולתנו, לאזרחי המדינה להתמודד עם החרדה שהתפשטות וירוס הקורונה מעוררת. עלינו לתת כלים ולהנחות את האוכלוסייה איך להירגע ובאילו כלים להשתמש. האיגוד יפיץ בימים הקרובים עצות לציבור אולם לפעמים הדרכה של קבוצה יכולה לעזור. אני מזמין את כולכם ליזום ולעזור.

ב. חלק ממטופלינו נמצאים בחרדה גדולה, הם מתקשים להתכונן ולהתארגן, אינם מצליחים לתת פתרונות לתרחישים אפשריים. האיגוד, יחד עם ארגון לשמה עובדים על הנחיות ותשובות אך בנוסף אני פונה אליכם להזמין את מטופליכם לשאול אתכם ולעזור להם למצוא פתרונות לשאלות המטרידות אותם.

ג. חברינו אנשי מערכת הבריאות עלולים למצוא את עצמם חשופים לחולים הנושאים את הווירוס, אפשרות זו מעוררת חרדה ודילמות. אנו יכולים לשוחח עמם ולעזור להם למצוא את דרך המלך בין החרדה לחובה המקצועית.

ד. אנחנו הפסיכיאטרים חרדים גם כן, חרדים למטופלים, חרדים לבני משפחותינו וחרדים לעצמנו. פנינו לשר הבריאות על מנת שינחה את הצוותים הפסיכיאטרים, טרם התקבלו נהלים. העדר הנהלים מגביר את החרדה. עלינו לזכור שתפקידנו לטפל תוך שמירה על בריאותנו. יש מידה של סיכון שלקחנו על עצמנו בבחירת המקצוע, עלינו להקפיד שאנו נוטלים סיכון סביר ומידתי לסיוע שביכולתנו



לתת. עלינו לזכור את חשיבות הטיפול המקצועי שעלינו לתת ומנגד את חשיבות בריאותנו ובריאות בני משפחתנו, על-מנת שנוכל להמשיך ולטפל.

אנו מאחלים לכל אחד ואחת מכם בריאות לכם וליקיריכם, שנצליח לתת תרומה מקסימלית עם רמת סיכון מינימלית ושנחזור לשגרה במהירות האפשרית.

ד"ר צבי פישל, יו"ר איגוד הפסיכיאטריה בישראל.

המלצות האיגוד הקרדיולוגי בישראל, בשיתוף היחידה למניעת זיהומים במשרד הבריאות, לטיפול בחולי לב במהלך מגיפת ה Covid 19

מגיפת ה Covid 19 מחייבת שינוי דרכי הטיפול בחולים המאובחנים במחלה או חשודים לה. מסמך זה מסכם דיון שנערך בין ראשי האיגוד הקרדיולוגי לראשי היחידה למניעת זיהומים במשרד הבריאות ומטרתו להמליץ על הדרכים לצמצם ככל האפשר את סיכון ההדבקה לסביבה ולצוותים המטפלים בעת טיפול בחולי לב המשתייכים לאוכלוסיות אלה.

להלן העקרונות:

1. חולה קורונה, חולה שהושם בבידוד ביתי או חולה חשוד לקורונה על פי הגדרות משרד הבריאות יקבלו בבתי החולים אותה התייחסות מבחינת הבידוד בעת פעולות.
2. בחולים אלה תבוצענה רק פעולות קרדיולוגיות שאינן סובלות דיחוי עד לאחר החלמתם.
3. החולים שלעיל מתחלקים לשתי קבוצות:
 - א. חולים הזקוקים לסיוע נשימתי: אלה מוגדרים כחולים הזקוקים לחמצן בכל צורה, אינהלציה, סקשן וכל צורות ההנשמה.
 - ב. חולים שאינם זקוקים לסיוע נשימתי.מדובר בחלוקה מהותית שיש לה השלכות לגבי אופן התמגנות הצוותים.
4. חולה שאינו זקוק לסיוע נשימתי נדרש לבידוד מגע + בידוד טיפתי. אלה מוגדרים כך: מסיכה כירורגית רגילה על פני החולה. אנשי הצוות נדרשים למסיכה כירורגית רגילה, מגן עיניים, חלוק וכפפות. למען הסר ספק - הדבר חל גם על חולי קורונה מאובחנים.
5. חולה הזקוק לסיוע נשימתי זקוק למסיכה כירורגית על פניו, ככל שהדבר אפשרי, ואילו הצוות יתמגן במסיכת N95, מגן עיניים, חלוק וכפפות. בחדר צריך לשרור לחץ אוויר שלילי.
6. החלוקים הסטריליים בהם נעשה שימוש צריכים להיות בלתי חדירים למים (לתשומת לבכם: רק חלק מהחלוקים בשימוש שוטף הם כאלה, יש לוודא זאת).
7. אם אין אפשרות ללחץ שלילי בחדר הצנתורים יש לוודא שאין בחדר לחץ חיובי – אנשי המיזוג של ביה"ח ידעו לעשות זאת. במידת האפשר עדיף לנתק את מערכת המיזוג במהלך הפעולה. לאחר הפעולה על צוות התחזוקה לבצע ניקוי של המיזוג.
8. אם חולה נכנס לפעולה כאשר הוא מוגדר כמי שאינו זקוק לסיוע נשימתי אך במהלכה נזקק לסיוע כזה (כאמור – אפילו חמצן במשקפיים) יש להתייחס לכל מתחם הצינתורים כאילו נחשף לנגיף (גם חדרים סמוכים). לפיכך – המלצתנו היא לא לעשות כל פעולה במקביל לפעולה בחולה קורונה ולוודא שלא יהיו במתחם באותה עת אנשי צוות מעבר לאלו החיוניים לטיפול באותו חולה. אם יש לכך סבירות מספקת יש לשקול התייחסות מראש לחולה כאל חולה הזקוק לסיוע נשימתי ולהעריך בהתאם.
9. ההמלצה הקבועה של משרד הבריאות היא לא לאכסן בחדרי פעולות ציוד מתכלה שאינו בארונות סגורים. המלצה זו מקבלת מישנה תוקף כעת שכן את כל הציוד המתכלה שהיה חשוף בחדר בו טופל חולה קורונה יש להשליך לפח לאחר הפעולה. לפיכך מומלץ להשאיר בחדר הצנתורים כמה שפחות ציוד מתכלה מחוץ לארונות סגורים.



- במעבדות צנתורים שבהן יש מספר חדרים מומלץ להגדיר מראש את חדר הצנתורים בו יבוצעו פעולות בחולי קורונה ולהקפיד לבצע פעולות רק בחדר זה.
10. ניקוי החדר וציוד, כולל ציוד אקו, לאחר הפעולה יבוצע באמצעים הרגילים. ניקוי סביבתי: עם כלור במינן של 1000ppm. ניקוי מכשור וציוד: עדיפות ראשונה ניקוי וחיטוי עם כלור במינן הנ"ל. במידה והנחיות היצרן של ציוד כלשהו אוסרות על שימוש בכלור יש לנקות עם מגבונים על בסיסי אמונים רביעוני, אך מכיוון שיש חשש כלשהו שחומר זה אינו יעיל בצורה מספקת, יש להוסיף לאחר הניקוי חיטוי עם אלכוהול 70%. יש להקפיד הקפדה יתרה על ניקוי של כל פריט ופריט בחדר, ולו הקטן ביותר, כולל חלקי הציוד הקבועים.
11. חולים שמצבם קריטי ולא ניתן לטפל בהם בחדרי הטיפול נמרץ שבמחלקות הקורונה יאושפזו ביחידות טיפול נמרץ בהן קיים חדר עם לחץ שלילי, גם אם אין זו היחידה לטיפול נמרץ לב.
12. אם חלילה המערכת תוצף במידה כזו שלא יהיו מספיק חדרים עם לחץ שלילי לחולים קשים ביותר יש להקצות לחולים אלה חדר נפרד ביחידה לטיפול נמרץ לב בו לא תופעל מערכת המיזוג וצוות נפרד יטפל בהם.
- מומלץ להיעזר בצוותים המקומיים של היחידות לטיפול במחלות זיהומיות בתכנון הערכות של מערך הלב לטיפול בחולי ונקודתית בכל מקרה של טיפול בחולה אקוטי.



הנחיות משרד הבריאות

בתאריך 30.1.2020 הכריז ארגון הבריאות העולמי על התפרצות נגיף הקורונה (COVID 19) כאירוע חרום בבריאות הציבור. הנגיף מועבר מאדם לאדם, ככל הנראה בעיקר במגע והעברה טיפית (שיעול והתעטשות). המחלה יכולה להיות ללא תסמינים או עם תסמינים קלים בלבד.

חשד לזיהום בנגיף קיים כאשר:

מתקיים אחד מהבאים:

1. אם ב- 14 יום לפני תחילת תסמינים הייתה שהייה באחת מהמדינות הבאות: סין, הונג קונג, מקאו, סינגפור, תאילנד, טאיוון, יפן, דרום קוריאה, איטליה, גרמניה, ספרד, צרפת, שווייץ, ספרד, אוסטרליה. חניית ביניים אינה נחשבת שהייה, למעט בסין היבשתית, דרום קוריאה, איטליה.
2. היה מגע הדוק עם חולה COVID-19 מוכח.

"מגע הדוק" מוגדר כ:

- שהייה במרחק של עד 2 מטר, במשך 15 דקות לפחות עם חולה COVID-19 מוכח.
- עבודה צמודה או שהייה באותו מתחם של חולה COVID-19.
- נסיעה יחד עם חולה COVID-19 בכל אמצעי תחבורה (בקרבה של עד שני מושבים).
- בני בית של חולה COVID-19

ובנוסף קיים אחד מהבאים:

חום מעל 38 מעלות או שיעול או קושי בנשימה או תסמין נשימתי אחר.

- א. כאשר תנאים אלו מתקיימים ויש חשד לזיהום בנגיף יש לפנות לאחד מחדרי המיון הערוכים לכך.
- ב. כאשר אין תסמינים של חום / שיעול / קושי בנשימה יש להיכנס לבידוד למשך 14 יום ממועד החשיפה.

המלצות האיגוד הישראלי לראומטולוגיה

1. יש להקטין ככל האפשר סכנת חשיפה לנגיף תוך הימנעות משהייה במרחבים ציבוריים ולהימנע מנסיעות לחו"ל
 2. יש לשמור מרחק של יותר ממטר מכל אדם חולה, מתעטש או משתעל.
 3. יש להקפיד על שטיפת ידיים במים וסבון ומגבונים על בסיס אלכוהול.
 4. יש להימנע ממגע הידיים בעיניים, בפה או באף
 5. בכל מצב בו יש חום גבוה, וחשד למחלה זיהומית:
יש להפסיק טיפול ביולוגי עד חלוף החום והבראה מהמחלה הזיהומית
- מטופלים בטיפול ביולוגי אשר שוהים בבידוד אך אינם סובלים מתסמינים של שיעול, קוצר נשימה או חום אינם צריכים להפסיק טיפול ביולוגי.
 - מטופלים ראומטולוגים שאינם סובלים מתסמינים של שיעול, קוצר נשימה או חום אינם צריכים להפסיק טיפול ביולוגי.
 - במטופלים המתוכננים לקבל טיפול במבטרה שהינה בעלת השפעה ארוכת טווח יש לשקול כל מקרה לגופו יחד עם הראומטולוג המטפל. במידה ומדובר בטיפול אחזקה בלבד יש לשקול דחיית הטיפול במבטרה תוך תיאום עם הראומטולוג המטפל.
 - יש להתייעץ עם הרופא המטפל בכל מקרה לא ברור

האיגוד הישראלי לרפואת ריאות- המלצות בזמן הפנדמיה עם COVID-19

ביקור חולה במרפאה

1. בכל מקום בו ניתן, יש לשקול להפסיק זימון חולים למרפאה. הביקורים יכולים להיעשות באופן וירטואלי- שיחת טלפון של הרופא והמטופל, כאשר הרופא מול תיקו הרפואי של המטופל במחשב. במידת האפשר, מומלץ לבצע תיעוד של ביקור טלפוני בתיק המטופל. על פי שיקול הדעת ניתן לרשום "מרשם אלקטרוני" או לשלוח מרשם בפקס אם צריך. הפניות לבדיקות (דימות, מעבדה) יש לנסות ולדחות.
2. חולים חדשים, הדורשים ברור דחוף כדוגמת חשד לגידול ריאתי, יזמנו לבדיקה במרפאה. בעת ההזמנה בטלפון יש לוודא עם המטופל שאין מחלת חום חריפה/זיהום חריף בדרכי נשימה.
3. בזמן הבדיקה יש לבקש מהמטופל לשטוף ידיים לפני הבדיקה ולשים מסיכת ח.נ.
4. הרופא יתמגן לפי ההנחיות של משרד הבריאות
5. המלצות אלו נכללות גם על מרפאות הקהילה.

ביצוע תפקודי נשימה

ביצוע תפקודי נשימה ככלל יופסק לחלוטין.

אם יש צורך דחוף לבצע תפקודי נשימה, הבדיקה תבוצע ללא אינהלציה. בנוסף גם במקרה זה יש לשלול מחלת חום חריפה/זיהום בדרכי נשימה. על טכנאי תפקודי הנשימה להתמגן באופן מלא, לאוורר ולחטא את החדר בסיום הבדיקה.

התאמות BIPAP אמבולטוריות

יופסקו התאמות BIPAP אמבולטוריות

מאמץ לב- ריאה

יופסקו בדיקות מאמץ לב-ריאה

ביצוע ברונכוסקופיות הן אמבולטוריות והן דחופות

ראה קובץ המלצות נפרד.

יודגש כי מדובר בהמלצות בלבד, וכי למנהל היחידה האפשרות להפעיל שיקול דעת בהתאם למקרה הספציפי, ובהתאם להחלטות הנהלת המוסד בו הוא עובד.



האיגוד הישראלי לרפואת ריאות- המלצות על שימוש בברונכוסקופיה ואיסוף דגימות המפרשות ממערכת הנשימה במטופל מאובחן או חשוד ל COVID 19

בהתחשב בהתפשטות הגלובלית של הזיהום ב COVID - 19 ומספר המקרים העולה עם אבחנה זו, אימץ האיגוד הישראלי לרפואת ריאות את המלצות האגודה האמריקאית לברונכולוגיה ופולמונולוגיה התערבותית (AABIP) על שימוש בטוח ויעיל בברונכוסקופיה בחולים מאובחנים או חשודים כמזוהמים ב- COVID 19 .

המטרה העיקרית של הצהרה זו היא להבטיח את שלום המטופלים, צוות שירותי הבריאות והקהילה בכלל. אנו מפרסמים את ההמלצות הדחופות הללו כדי להדריך את ציבור רופאי הריאות מתוך הבנה שמידע חדש עשוי לשנות או להשפיע על ההמלצות בהמשך. אנו נשאף לעדכן הצהרה זו לפי הצורך בצורה מתוזמנת. מסמך זה מבוסס על המלצות ה CDC האחרונות ב 9- במרץ 2020, וקונצנזוס מומחה של כוח המשימה 19 AABIP COVID.

המלצות כלליות לאיסוף של דגימות ממערכת הנשימה לחשודים ב COVID 19 (1-4):

- משטחים מהנאזופרינקס והאורופרינקס הם הדרך הראשונה והמועדפת לאבחנה.
- מומלץ לאסוף דגימות נשימה בחשד ל COVID 19 ללא קשר לזמן הופעת הסימפטומים
- איסוף כיח מגורה לא מומלץ.
- מכיוון שמדובר בהליך של יצירת אירוסולים המהווה סיכון משמעותי לחולים ולצוות, לברונכוסקופיה צריך להיות תפקיד מוגבל ביותר באבחון של COVID 19 וצריך לשקול בדיקה זו רק בחולים מונשמים עם משטחים שליליים מדרכי נשימה עליונות, ונשקלת אבחנה אחרת שיכולה לשנות משמעותית את ניהול המקרה.
- דרך אלטרנטיבית לאיסוף דגימה נשימתית בחולה מונשם יכולה לכלול שאיבה מקנה הנשימה או שטיפות לא ברונכוסקופיות.
- אם מבוצעת ברונכוסקופיה לאיסוף דגימות במטופל עם חשד ל COVID 19 מומלץ לאסוף 2-3 מ"ל לתוך מיכל סטרילי ולא דליף (4).
- רק אנשי צוות חיוניים צריכים להיות נוכחים בעת ביצוע איסוף הדגימות.
- יש להתריע את צוות המעבדה בנוגע לעיבוד ובדיקת דגימה בחשד ל COVID 19.



שיקולים נוספים להערכה נשימתית:

- שילוב של חום, תסמינים נשימתיים ועדות רדיולוגית להצללות זכוכית מט או פנוימוניטיס צריך להעלות חשד ל COVID 19. מטופלים עם תסמינים או ממצאים אלו יש לתשאל לגבי ביקור במדינות עם שכיחות מוגברת (דרגת 2 CDC ומעלה) של הנגיף, כגון סין, איראן, איטליה, דרום קוריאה ויפן, מגע עם חולים מאובחנים עם COVID 19 או מגע עם אנשים אשר ביקרו במדינות אלו.
- על הקלינאים לשקול את השכיחות המקומית של מקרי COVID 19 בעת ההערכה הקלינית ולהעריך את הסיכון להידבקות ב COVID 19, תוך הבנה שהיסטוריית הנסיעות והחשיפה תלך ותהיה פחות יעילה עם הזמן.
- יש להקפיד על הנחיות לבידוד אוויר ובידוד מגע בכל המטופלים הידועים או החשודים ל COVID 19.
- יש להעריך אבחנה של שפעת ו/או RSV כמו גם פתוגנים אחרים, בהתאם לשיקול הקליני.
- על כל מקרה חשוד ל COVID 19, יש לדווח ליחידת בקרת הזיהומים הפנימית, ולמשרד הבריאות.

הכנת כוח אדם כללי לברונכוסקופיה בחולים עם אבחנה או חשד ל COVID 19 (אם הוחלט כי יש צורך בביצוע הבדיקה):

- יש לבודד את המטופל בחדר עם לחץ שלילי ובידוד אוויר.
- כל אנשי הצוות צריכים ללבוש מסיכת נשימה מונעת ומטהרת אוויר (PARP) או מסיכות N95, וכן מגן עיניים.
- על כל כוח האדם ללבוש ציוד מגן אישי סטנדרטי הכולל חלוק, כפפות, והגנה על העיניים.
- עקוב אחרי המלצות ה CDC לשימוש נכון בציוד מגן בקישור הבא:
<https://www.cdc.gov/hai/prevent/ppe.html>
- יש להשתמש בברונכוסקופים חד פעמיים כאשר הם זמינים.
- השתמש בפרוטוקול חיטוי "ברמה גבוהה" של ברונכוסקופ רב פעמי (HIGH LEVEL DISINFECTION).
- הגבל את הפעולה של איסוף הדגימה לצוות הרפואי החיוני בלבד.

אמצעי זהירות כלליים לביצוע ברונכוסקופיה ללא חשד ל COVID-19:

- יש לתשאל את כל המטופלים שנקבעה עבורם ברונכוסקופיה על היסטוריית הנסיעות אחרונה שלהם לפני הכניסה לחדר הברונכוסקופיה. צריך לדחות את הברונכוסקופיה אם היסטורית הנסיעות כוללת ארצות עם שכיחות מוגברת (דרגת CDC 2 ומעלה) ל COVID-19 כמו סין, איראן, איטליה, דרום קוריאה ויפן.
- יש לשאול את כל החולים לגבי חום או תסמינים זיהומיים או נשימתיים מתמשכים לפני הברונכוסקופיה. צריך לדחות פעולה זה, אם אפשר, עד חלוף סימפטומים אלו. אם לא ניתן לדחות את הבדיקה בשל האנדיקציה הקלינית, יש לבצע את הבדיקה לפי נוהלי הזהירות המפורטים לעיל לגבי ברונכוסקופיה בחשד לזיהום ב-COVID-19.
- באוכלוסיות עם שכיחות גבוהה של זיהום ב-COVID 19, אפילו עבור ברונכוסקופיות שגרתיות בחולים אסימפטומטיים, יש להקפיד על אמצעי זהירות נאותים תוך כדי הגבלה של מספר אנשי הצוות החיוניים שנמצאים בחדר הברונכוסקופיה או חדר הניתוח, עם לחץ אוויר שלילי או חדר בידוד ייעודי, ורצוי לא במחלקה ליד חולים ואנשי צוות נוספים.
- במקרה ויש צורך בבצוע ברונכוסקופיה **אלקטיבית** אשר לא ניתנת לדחייה כמו גידול ריאתי, ממליצים לקחת בדיקת משטח ל COVID-19, יום לפני הבדיקה. רק במידה והבדיקה שלילית ולחולה אין כל תסמינים נשימתיים ניתן לבצע את הבדיקה. צוות הבדיקה ישתמש במיגון מלא כנדרש בחולה חשוד לזיהום עם COVID 19.
- יש להקפיד על מיגון מלא גם בזמן ניקוי המכשיר. בנוסף יש להקפיד בסיום הבדיקה על אוורור וחיטוי הן של חדר הברונכוסקופיות והן של אזור הניקוי והחיטוי של המכשירים.

אינדיקציות לברונכוסקופיה בקרב חולים מאובחנים או חשודים ל COVID 19

- אבחנה או חשד ל COVID 19 היא התווית נגד יחסית לביצוע ברונכוסקופיה. התפקיד היחיד לברונכוסקופיה הוא כאשר תוצאות בדיקות פחות פולשניות לאבחון COVID 19 אינן חד משמעיות, כשנשקלת אבחנה אלטרנטיבית אשר עשויה להשפיע על ניהול המקרה, או במצב דחוף מציל חיים כפי שמפורט בהמשך.
- יש לדחות ברונכוסקופיה מכל סיבה אלקטיבית עד לאחר החלמה מלאה של החולה והכרזה שהוא בטוח לזיהום. אינדיקציות אלקטיביות כוללות מסה ריאתית, מסה ברונכיאלית, לימפדנאופתיה מדיאסטינלית או הילרית, הסננה לריאות והיצרות בדרכי אוויר בחומרה קלה עד בינוניות.
- אם בדיקה מיידיית ל COVID 19 אינה זמינה, יש לדחות במידת האפשר את הברונכוסקופיה.



- יש לשקול ברונכוסקופיה (גמישה ורגידית) מסיבות דחופות או בהולות רק אם נדרשת התערבות ברונכוסקופית מצילת חיים. האינדיקציות כוללות גניחת דם מסיבית, היצרות קשה בדרכי הנשימה מסיבות שפירות או ממאירות, חשד לאטיולוגיה זיהומית חילופית או משנית, או מצב ממאיר אשר גורם להיצרות אנדוברונכיאליות משמעותית.
- במידה ובכל זאת מבוצעת בדיקה- המכשיר יעבור ניקוי וחיטוי באזור נפרד עם מכשיר חיטוי ייעודי. ניקוי וחיטוי המכשיר לא יעשה באזור הניקוי והחיטוי הרגיל של מכשיר הברונכוסקופיה.
- עדיף להשתמש לפעולות פשוטות כמו שטיפה או פתיחת תמט לחולים מאובחנים עם COVID 19 בברונכוסקופ חד פעמי.

יודגש כי מדובר בהמלצות בלבד, וכי למנהל היחידה האפשרות להפעיל שיקול דעת בהתאם למקרה הספציפי, ובהתאם להחלטות הנהלת המוסד בו הוא עובד.

המידע הכלול במסמך זה יעודכן באופן קבוע ככל שיהפוך מידע חדש זמין. לגרסה העדכנית ביותר ראה קישור: <https://aabronchology.org/>

רפרנסים:

1. CDC website <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCov/hcp/clinical-criteria.html>
2. Namendys-Silva. Respiratory support for patients with COVID-19 infection. Lancet Respiratory Medicine Epub March 2020
3. Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. China CDC Weekly 2020
4. World Health Organization Laboratory testing for 2019 novel Coronavirus (2019-nCov) in suspected human cases. Interim Guidance 17 Jan 2020
5. Ai T, Yang Z, Hou H., et al. Correlation of chest CT and RT-PCR testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases online RSNA.org Feb 26, 2020
6. Kanne J, Little B, Chung J, et al. Essentials for Radiologists on COVID-19: An Update online RSNA.org Feb 27, 2020

(עודכן לתאריך 24.3.20)

המלצות החברה הישראלית לריאות ילדים לשימוש בתרופות בשאיף ה-COVID

חיפ"פ מוצא לנכון להמליץ על קווים מנחים לטיפול בתקופה קשה זו. ברור שאין הוכחות מדעיות מספיקות לאמור עם להלן לגבי ה-COVID19. עם זאת, המלצות אלו מסתמכות על המידע הקיים, על המלצות ממקומות אחרים בעולם וכמובן גם על *common sense*.

1. שימוש במכשירי אינהלציה למתן תרופות בשאיפה מוגדר כ-*aerosol generating medical procedures*. נבולייזרים, שבד"כ מופעלים ע"י קומפרסור חשמלי או באמצעות אוויר או חמצן ממקור שבקיר. (AGMP) החדר, יוצרים חלקיקים בגודל של 1-5 מיקרון אשר יכולים לשאת איתם לא רק את התרופה אלא גם עלול להמצא בענן הארוסול שעות. השימוש באינהלציה COVID19 חיידיקים ווירוסים. קיימות עדויות כי היוצר ענן ארוסול שמתפשט לסביבה למרחק גדול יותר מאשר נשימה רגילה ומעלה את הסיכון להדבקה של הסובבים כאשר המטופל נושא את הנגיף (1). החלקיקים הללו עלולים גם לגרות את הנושם אותם. (החולה או מי שבסביבתו) לשיעול וע"י כך גם להעלות את הסיכון להדבק של המטופל והסובבים (2,3)
 2. נמצא שאין כל הבדל ביעילות 2006 *cochrane*. ללא קשר למגיפה הנוכחית – במאמרים רבים כולל בהניתנים עם מתווך – ספייסר (4). הטיפול בנבולייזר כרוך MDI הטיפול בין נבולייזרים לבין משאפים מסוג בד"כ בזמן ארוך של טיפול ל-15-10 דקות לעומת משאף שדורש לא יותר מדקה. טיפול בנבולייזר נמצא כרוך בתופעות לוואי רבות יותר ממשאף עקב ספיגה דרך הפה ומערכת העיכול.
 3. מרכזים שונים בעולם הוציאו המלצות להפחתת שימוש באינהלציות בתקופה זו (3,5) שעלולים להדביק את
 4. אין מידע מדויק, אך קרוב לוודאי שיש נשאים וחולים לא מאובחנים של COVID19 הסביבה מבלי שהם מודעים לכך.
 5. לאור הנ"ל מומלץ שבמידת האפשר ברירת המחדל לטיפול בחדרי מיון, מחלקות האישפוז ובקהילה תהיה בעזרת משאפים עם ספייסר ולא בנבולייזר. שימוש באינהלציות יצומצם למקרים הבאים:
 - א. מחלה נשימתית קשה, מסכנת-חיים
 - ב. מטופלים שאינם מסוגלים לקבל טיפול במשאפים עם ספייסר
 - ג. מטופלים שלהם מסיבות שונות תגובה שאינה מספקת לטיפול במשאפים.
 6. בשימוש במשאפי mdi וספייסרים יש להקפיד על שימוש נכון על פי ההנחיות ועל כללי מניעת העברת הזיהום.
 - א. בחולים עם זיהום מוכח ב-COVID19 יש להקפיד על בידוד מוחלט כולל משאפים וספייסר.
 - ב. ככלל – מומלץ שימוש במשאף MDI נפרד לכל מטופל. אין להעביר משאף MDI ממטופל למטופל. כשימוש במשאף הינו רק על ידי הצוות המטפל ללא מגע המטופל, יש לשקול אפשרות שימוש חוזר לאחר חיטוי ה-MDI לפי ההמלצות היחידה למניעת זיהומים בכל מרכז. ספייסרים חייבים לעבור חיטוי לפי המלצות בית החולים כמקובל במכשור אחר ולפי המצלצות היחידה למניעת זיהומים בכל מרכז ו/או המלצות היצרן.
- יודגש כי מדובר בהמלצות בלבד וכי למנהל היחידה/מרפאה האפשרות להפעיל שיקול דעת ולפעול בהתאם לכך ובהתאם להחלטות המוסד הרפואי בו הוא עובד.



References

1. Tang JW, Li Y, Eames I, Chan PKS, Ridgway GL. Factors involved in the aerosol transmission of infection and control of ventilation in healthcare premises. *J Hosp Infect* 2006;64:100–14.
2. Public Health Agency of Canada. 2011. Prevention and Control of Influenza during a Pandemic for All Healthcare Settings. Annex F. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclpci/assets/pdf/ann-f-eng.pdf>.
3. <https://www.cmaj.ca/content/re-transmission-corona-virus-nebulizer-serious-underappreciated-risk>
4. Cates CJ, Crilly JA, Rowe BH. Holding chambers (spacers) versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD000052. DOI: 10.1002/14651858.CD000052.pub2
5. <https://www.ems1.com/airway-management/articles/mchd-emergency-protocol-to-eliminate-nebulized-albuterol-0EmiOer7vt6nu6Gz>



(עודכן לתאריך 16.3.20)

חברי וחברות חי"ש יקרים,

אנו עוברים תקופה מורכבת ולא פשוטה בעקבות משבר הקורונה. כולנו כחברי חי"ש מרגישים מחויבות להמשיך במשימתנו ולפעול ללא לאות ובנחישות להפחתת נטל שבץ המוח על ידי טיפול מקצועי ברמה הגבוהה ביותר.

בעקבות המשבר חשבנו לנכון לצאת בהנחיות לנקיטת צעדים לצמצום האשפוזים ככל שניתן. לדעתנו, אין צורך באשפוז חולים במלר"ד עם אבחנה של TIA שהם בסיכון

נמוך להיארעות שבץ מוחי (עונים על כל הסעיפים):

■ $ABCD < 4$

■ הדמיית מוח תקינה

■ היצרות של פחות מ 50% בעורקי התרדמה

■ קצב סינוס באק"ג

כמו כן, במקרים של שבץ מוח קל ויציב יש להפעיל שיקול דעת וככל שהדבר ניתן להימנע מאשפוז.

אנו, חברי חי"ש, מחזקים את ידי כל הצוותים העומדים בחזית הטיפול בחולי שבץ מוח. אנא הקפידו על כללי המיגון והמשיכו במלאכת הקודש ונקווה שנעבור את המשבר ונצא ממנו מחוזקים.

בכבוד רב,

פרופ' נתן בורנשטיין (יו"ר)

ד"ר ענת חורב, ד"ר רוני אייכל, ד"ר סאלו חרץ, ד"ר רני ברנע (חברי ועד חי"ש)



יו"ר האיגוד - ד"ר רוז דקל, סגן יו"ר האיגוד - ד"ר אורן זק, מזכיר - ד"ר ילנה מסלקוב,
 רכז מדעי - ד"ר לילך רינסקי הליבני, גזבר – ד"ר אסנת מקאלדה, חברים - ד"ר יעל סהר קוסטיס, ד"ר עינת שיינר.

מסמך מדיניות: הערכת כשירות לעבודה של עובדים בדרגות חשיפה **שונות לנגיף קורונה החדש (SARS CoV 2), לאור מגיפת – COVID 19**

פרסום ראשון 19.3.2020

מעודכן לתאריך: 26.3.2020

ראשי פרקים

2.....	רקע והבהרות.....	1.
3.....	אוכלוסיות בסיכון מוגבר לתחלואה משמעותית עקב הדבקות בנגיף הקורונה.....	2.
3.....	א. דיכוי חיסוני (Immunosuppression).....	
3.....	ב. טיפול תרופתי מדכא חיסון.....	
4.....	ג. מחלות כרוניות העלולות לגרום לפגיעה חיסונית (מחייב הערכה פרטנית של מצב חיסוני).....	
4.....	ד. מחלות רקע הגורמות לסיכון גבוה לתחלואה משמעותית.....	
4.....	ה. סיכון יתר עקב גיל, בהעדר גורמי סיכון אחרים (שפורטו לעיל).....	
5.....	אפיון דרגת חשיפה פוטנציאלית לתחלואה ב-COVID 19.....	3.
7.....	הנחיות כלליות לקביעת כושר עבודה של אוכלוסיה בסיכון מוגבר על פי דרגות סיכון לחשיפה.....	4.
8.....	התייחסות הרפואה התעסוקתית לאוכלוסיות ספציפיות.....	5.
9.....	תנאי עבודה רצויים לעובדים בעלי סיכון פוטנציאלי לתחלואה ב-COVID19.....	6.
10.....	הנחיות כלליות בנוגע לפרשנות המסמך.....	7.
11.....	מראי מקום.....	8.



1. רקע והבהרות

היקף האוכלוסייה שנדבקה וצפויה להדבק בנגיף קורונה החדש SARS-CoV2, התחלואה הגוברת ב-COVID 19 והחשש מהופעת תחלואה משמעותית באוכלוסיות חיוניות של מטפלים ונותני שירות – דורשות התייחסות מסודרת לעניין כשירות לעבודה ולהיבטים תעסוקתיים נוספים. לאור מיעוט הידע לגבי המחלה בזמן כתיבת המסמך, ודאי לגבי משמעות תעסוקתיות של הסיכון להדבקה ולתחלואה משמעותית – המתודולוגיה שניתן לפעול בה היא ריבוד סיכונים, המבוסס על הידע המדעי הקיים ועל הנחות סבירות, בשאלות שעדיין אין בהן ידע מספק.

גל התחלואה, מציג בפני הרופאים התעסוקתיים שאלות רבות, בדבר כשירותם לעבודה של עובדים מסקטורים שונים, העלולים לבוא במגע עם חולים שנדבקו בנגיף. מבין כלל העיסוקים הרלבנטיים, האוכלוסייה העיקרית החשופה באופן משמעותי לאנשים שנדבקו בנגיף, הנדרשת גם למגע קרוב והדוק אליהם, מסיבות תעסוקתיות, היא כמובן הצוותים הרפואיים והפרא-רפואיים. יש להניח כי ככל ששכיחות ההדבקה בנגיף באוכלוסייה הכללית תגדל, יעלה הצורך בקבלת החלטות מקצועית גם לגבי מגזרים תעסוקתיים נוספים, לרבות נותני שירות פרונטאליים, מאבטחים ואנשי כוחות הביטחון, העובדים עם קהל, שעלול להיות חולה ב-COVID 19, בהיקפים משמעותיים.

מלבד אמצעי הזהירות והמיגון המומלצים לכלל האוכלוסייה, המתעדכנים מעת לעת ע"י משרד הבריאות, בהתאמה לידע המדעי הנצבר, יש מקום לפעול לפי מספר הנחיות מקצועיות שיש להקפיד עליהן בנוגע לכושר עבודה של צוותים מטפלים או נותני שירות פרונטאליים.

התפרצות מגפת ה-COVID19 מסתמנת כאירוע ממושך, שיהיה בעל השפעות ארוכות טווח על החברה האנושית בכלל, על שוק העבודה בכללותו ועל מערכת הבריאות בפרט. הנחיות אלו גובשו מתוך רצון לשמור על בריאות העובדים בסקטורים השונים, בדגש מיוחד על עובדי מערכת הבריאות, תוך הימנעות ככל שניתן מיצירת עומסים נוספים מיותרים על המערכות הרפואיות, הנמצאות ממילא תחת עומס כבד ומתמשך.

כאמור לעיל, המסמך מושתת על העקרון של ריבוד סיכונים תוך התייחסות לאוכלוסיות בסיכון מוגבר לתחלואה משמעותית והערכת הסיכון לחשיפה לנגיף עקב העיסוק.

יובהר, כי כוחן של המלצות אלו יפה לאור הידע המדעי הקיים כעת; ככל שיתעדכן המידע הרפואי אודות מנגוני הדבקה, תחלואה בנגיף, טיפולים אפשריים וגורמי סיכון, יופצו עדכונים נוספים.

יודגש כי אין בהנחיות אלו בכדי להחליף את הנחיות משרד הבריאות, ובכל מקרה של סתירה, גם במשתמע, בין הנחיות אלו להנחיות משרד הבריאות, הממשיכות להתעדכן כל העת, תוקפן של הנחיות משרד הבריאות יגבר.

מסמך זה הינו מסמך מדיניות כללי מקצועי, המיועד בראש ובראשונה לרופאים תעסוקתיים ומבוסס על הפרדיגמה המקצועית של הרפואה התעסוקתית. כל פרשנות של המסמך מעבר למה שנכתב בו במפורש - נעשית על אחריותו של הגוף המפרש בלבד.

2. אוכלוסיות בסיכון מוגבר לתחלואה משמעותית עקב הדבקות בנגיף הקורונה

א. דיכוי חיסוני (Immunosuppression)

- **נויטרופניה בדרגה בינונית ומעלה** – בהתייחס לספירת נויטרופילים אבסולוטית (absolute neutrophil count) $500 < ANC < 1000$ (ANC נמוך מ-500 מאפשר רק עבודה בחשיפה מינימלית – היינו, עבודה מהבית וללא חשיפות נוספות להדבקה אפשרית בנגיף).
- **חסר חיסוני חמור – Severe combined immunodeficiency (SCID), Common variable immune deficiency (CVID)**.
- **הפרעה בייצור תקין של נוגדנים** – כולל גמופתיות, היפו-גמא-גלובולינימיה וכיוצ"ב, גם אם העובדים מטופלים ב-IVIG.
- **פגמים במערכת המשלים** – שלהערכת האימונולוג המטפל משרים דיכוי חיסוני משמעותי.
- **תחלואה במחלה ממארת** – ממאירות המטולוגית או סולידי, במהלך טיפול פעיל בכמותרפיה (ועד לשלושה חודשים מתום הטיפול או עד לקביעה ע"י רופא מטפל כי הדיכוי החיסוני אינו קיים עוד – המאוחר מבין השניים), טיפול בקרינה בשלושת החודשים האחרונים טרם הערכת הכשירות לעבודה, סרטן ממושט, אנמיה אפלסטית (בכפוף לקביעת הרופא המטפל כי הם משרים דיכוי חיסוני משמעותי).
- **מושתלים** – מצב לאחר השתלת איבר סולידי או השתלת מח עצם, עד שנתיים מהשתלה (או מעבר לכך במידה ונדרש המשך נטילת טיפול מדכא חיסון, או אם הופיעו סיבוכים דוגמת GVHD).
- **השתלת מח עצם לפני למעלה משנתיים**, ללא צורך בטיפול מדכא חיסון או הופעת GVHD לא תחשב לעניין זה כדיכוי חיסוני משמעותי.
- **HIV** – ספירת CD4 נמוכה מ-500 תאים/ממ"ק.
- **היפואלבומינמיה** - עד 3.5 גרם לדציליטר.
- **חום ממקור בלתי ידוע (FUO)** – אלא אם בוצע בירור מקיף, ששלל דיכוי חיסוני משמעותי.

ב. טיפול תרופתי מדכא חיסון

- **סטרואידים** – במינון שהינו מעל למינון האחזקה הפיזיולוגי (10 מ"ג פרדניזון ליום), למשך שבועיים או יותר, עד לתום תקופת ה-tapering off.
- **נטילת פרדניזון במינון נמוך מ-20 מ"ג/יום**, למשך תקופה הקצרה משבועיים, או תקופה ממושכת של טיפול יומי לסירוגין - לא תחשב לעניין זה כדיכוי חיסוני משמעותי.
- **טיפול במנה פיזיולוגית של סטרואידים עקב חסר קבוע**, לא יחשב לעניין זה כדיכוי חיסוני משמעותי.
- **טיפול בסטרואידים בעזרת זריקות תוך מפרקיות/גידיות**, טיפול חיצוני (עורי) או בעזרת משאפים כחלק מפרוטוקול טיפולי מקובל - לא יחשב לעניין זה כדיכוי חיסוני משמעותי.
- **במטופלים בתרופות אימונומודולטוריות**, דוגמת אזתיופרין, מטוטרקסט, ציקלוספורין, סלספט, ציקלופוספמיד, טקרולימוס, לפלונמיד, 6MP ודומיהם – הערכת המצב החיסוני תיקבע על ידי הגורם הרפואי המטפל, על פי מחלות הרקע ועדות קלינית ומעבדתית לקיום של דיכוי חיסוני.
- **בכל מקרה**, מטופלים בתרופות אלו יוגדרו כבעלי סיכון בינוני (דיכוי חיסוני בינוני) לכל הפחות.
- **תרופות מסוג DMARDS (disease modifying anti-rheumatic drugs)** כגון רפאסאל, 5-ASA, פלקוויניל – לא יחשבו כתרופות אימונומודולטוריות המדכאות את מערכת החיסון לעניין זה.
- **תרופות "ביולוגיות"** ובכללן Anti-TNFs, Anti-IL6, Anti-IL17, Anti-IL23, anti-CD20 וטיפולים ביולוגים לממאירויות בתחום חצי השנה לפני הערכת כושר העבודה, למעט טיפולים ביולוגים הניתנים למחלת האסתמה

- מצב לאחר טיפול בכמותרפיה – שלושה חודשים ומעלה מתום הטיפול האפקטיבי, ללא עדות ללוקופניה ו/או נוטרופניה - לא תחשב לעניין זה כדיכוי חיסוני משמעותי.

ג. מחלות כרוניות העלולות לגרום לפגיעה חיסונית (מחייב הערכה פרטנית של מצב חיסוני)

- חסר טחול.
- מחלת כליות כרונית עם עדות לאי ספיקת כליות שאינה מאוזנת.
- מחלת כבד כרונית עם הפרעה בתפקודים הסינתטיים ו/או עליה באנזימי הכבד בשיעור של פי 10 ומעלה ו/או עדות לשחמת.
- אורמיה כרונית.
- מחלות אוטואימוניות, אם אינן מטופלות כמפורט, ידונו על פי המלצת הגורם הרפואי המטפל, תוך התייחסות לפגיעות המערכתיות שנגרמו עקב מחלת הרקע והעדויות לדיכוי חיסוני משמעותי.

ד. מחלות רקע הגורמות לסיכון גבוה לתחלואה משמעותית

- מחלות לב וכלי דם עם סיכון גבוה
 - אירוע לב איסכמי או ACS במהלך ששת השבועות לפני הערכת כושר העבודה (למעט אירוע אנגינטי ללא נזק תפקודי לשריר הלב).
 - ניתוח מעקפים, אבי עורקים או מסתמים במהלך שלושת החודשים שלפני הערכת כושר העבודה.
 - אי ספיקת לב, הגורמת לירידה תפקודית בינונית ומעלה (NYHA 3 ומעלה), ללא קשר לאטיולוגיה.
 - מחלה מסתמית בדרגת חומרה בינונית ומעלה, לפי בדיקת אקוקרדיוגרפיה מן השנה האחרונה.
 - מומים בלב שהצריכו ניתוח ולאחריו נותרה הפרעה תפקודית.
 - מומי לב כחלוניים.
 - הפרעות קצב שאינן מאוזנות היטב תחת טיפול תרופתי או כאלו שהצריכו השתלת קוצב (למעט השתלת קוצב זמני).
- מחלות דרכי הנשימה עם סיכון גבוה
 - מחלה אובסטרקטיבית (חסימתית) עם פגיעה בינונית לפחות בתפקודי הריאות ($FEV1 < 60\%$).
 - פנואומוקוניזות, מחלות ריאה אוטואימוניות, עדות לבלולות ריאתיות בעלות השפעה על תפקודי הריאה המורחבים.
 - מחלה רסטרקטיבית (מצמצמת) עם פגיעה בינונית לפחות.
- סוכרת בסיכון גבוה
 - סוכרת תלוית אינסולין, עם $HbA1c > 8$ (ב-3 בדיקות אחרונות) או סוכרת הריון המטופלת באינסולין, למעט מקרים בעלי איזון אופטימלי (בעיקר תחת משאבה ו/או סנסור).
 - עדות לפגיעה בשני איברי מטרה או יותר, או עדות לפגיעה בכליה (אי ספיקת כליות מעבדתית או אלבומינוריה של $1 < \text{גר} \leq 24$ שעות).
 - כיבים סוכרתיים פעילים.
 - אירועים חוזרים של היפוגליקמיה משמעותית (שהצריכה אשפוז), DKA או קומה היפראוסמוולרית במהלך חצי השנה לפני הערכת כושר העבודה.
- יתר לחץ דם בעל סיכון גבוה
 - יתר לחץ דם כרוני, שאינו מאוזן היטב תחת טיפול תרופתי מיטבי משך חצי שנה לפחות.
 - יתר לחץ דם, המלווה בעיבוי שריר הלב או בפגיעה בכליות (עדויות מעבדתית ל-CRF).
 - פגיעות מולדות או נרכשות במערכת רנין – אנגיוטנזין – אלדוסטרון.
 - אירוע של יתר לחץ דם ממאיר במהלך חצי השנה לפני הערכת כושר העבודה.

ה. סיכון יתר עקב גיל, בהעדר גורמי סיכון אחרים (שפורטו לעיל)

- לאור העדות העקבית המסתמנת לשיעורי תמותה גבוהים יותר בגילאים מבוגרים, בעיקר החל מהעשור החמישי לחיים, יש להתייחס לגיל מבוגר כאל גורם סיכון, גם ללא תחלואת רקע נלווית, לפי הרשימה שפורטה לעיל. לעניין זה סיכון גבוה יחשב כגיל 70 ומעלה
- בהערכת הסיכון לעובדים בגילאי 60-70 – יש להתבסס על שיקול דעת קליני ותחלואת רקע רלוונטית כמפורט לעיל.

3. אפיון דרגת חשיפה פוטנציאלית לתחלואה ב-COVID 19

אפיון זה מסתמך על פרסומי OSHA לעניין היערכות מקומות עבודה למניעת הדבקות בנגיף SARS CoV 2, ותחלואה ב-COVID19 נכון לתאריך 18/3/2020. ההגדרה "חולה חשוד" הינה בהתאם ל"הגדרת מקרה" של משרד הבריאות.

א. דרגת סיכון גבוהה מאוד לחשיפה – עבודה בסיכון חשיפה גבוה לחולי COVID 19 מאומתים / חשודים (לרבות נטילת דגימות מהם)

- עובדי בריאות פעילים בבתי החולים או בקהילה (צוות רפואי, סיעודי ופרא-רפואי, צוות רפואת שיניים, רפואת חירום וטכנאות רפואית) המבצעים פעולות מחוללות אארוסולים בחולים הידועים או חשודים ככאלה שנדבקו בנגיף – אינטובציות, בדיקות מעוררות שיעול (כגון בדיקת כיח מגורה), ברונכוסקופיות, גסטרוסקופיות, קולונוסקופיות, פעולות המבוצעות במחלקות ומרפאות אף אוזן גרון, טיפולי שיניים, פיזיותרפיה נשימתית, לקיחת דגימות פולשנית.
- עובדים במרפאות/מחלקות המטפלות בחולי קורונה - עובדי בריאות בבתי החולים או בקהילה, המטפלים באופן אינטנסיבי באוכלוסייה הנגועה בנגיף, משך תקופה הצפויה לעלות על שבועיים.
- עובדי בריאות או עובדי מעבדה, האוספים או מטפלים בדגימות ביולוגיות של חולים ידועים או חשודים ככאלה שנדבקו בנגיף משך תקופה הצפויה לעלות על שבועיים.
- עובדי פתולוגיה, המבצעים נתיחות שלאחר המוות של חולים ידועים או חשודים ככאלה שנדבקו בנגיף.

ב. דרגת סיכון גבוהה לחשיפה – עבודה בסיכון חשיפה לחולי COVID 19 מאומתים / חשודים (לרבות נטילת דגימות מהם)

- עובדי בריאות (כמתואר לעיל וכן צוותים פרא-רפואיים נוספים, הנדרשים להיכנס לחדרי מטופלים באשפוז או לטפל בחולים בקהילה), החשופים לחולים ידועים או חשודים ככאלה שנדבקו בנגיף.
- עובדי ומתנדבי מגן דוד אדום ואמבולנסים, העוסקים בהובלה וטיפול בחולים ידועים או חשודים ככאלה שנדבקו בנגיף.
- עובדי בריאות, הנדרשים לבצע בדיקות סינון ראשוני (Triage) של חשודים כנגועים בנגיף, משך תקופה הצפויה לעלות על שבועיים.
- צוותי טיפול בגופות והכנה לקבורה של חולים, שהיו ידועים או חשודים ככאלה שנדבקו בנגיף בעת מותם.

ג. דרגת סיכון בינונית לחשיפה – עבודה מול קהל

- עובדים הנדרשים למגע קרוב (עד 2 מטר) מאנשים שאינם ידועים או חשודים כחולים ב-COVID 19. ב לרבות:
 - מקצועות רפואת המשפחה, רפואת ילדים, רפואה פנימית, מקצועות כירורגיים ורפואה יועצת בבית החולים ובקהילה, כולל צוות סיעודי ופרא-רפואי, עובדי מכוני פיזיותרפיה, רוקחות, רפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת (למעט מקרים המצריכים מגע פיזי קרוב – מגע בצוואר ו/או בשפתיים), מבצעי בדיקות מעבדה (שלא למטרות אבחנת תחלואה ב-covid19), תזונאים.
- עובדים פעילים, הבאים במגע פרונטאלי עם קהל רב, דוגמת נהגים ברכב ציבורי, צוותי אוויר בתא הנוסעים (cabin crew), עובדי תברואה, עובדי מעברי גבול, צוותי חינוך (למעט אלה העוסקים בהוראה מרחוק בלבד), קופאים או זבנים במרכזים, עובדי אדמיניסטרציה רפואית במרפאות ובמחלקות אשפוז וכיוצ"ב.

ד. דרגת סיכון נמוכה לחשיפה

- עובדים שאינם משויכים לאחת הקטגוריות שהוזכרו לעיל, אינם נדרשים לחשיפה מרובה לציבור ושלא באים במגע עם חולים ידועים או חשודים ככאלה שנדבקו בנגיף.



4. הנחיות כלליות לקביעת כושר עבודה של אוכלוסיה בסיכון מוגבר על פי דרגות סיכון לחשיפה

דרגת סיכון לחשיפה לנגיף			
נמוכה	בינונית	גבוהה	גבוהה מאוד
עבודה על פי הנחיות משרד הבריאות, ללא מגבלות נוספות.	עבודה על פי הנחיות משרד הבריאות. מטופלים עם חשד גבוה לזיהום בנגיף ו/או תחלואת COVID-19 יועברו לטיפול של איש צוות אחר, הכשיר לעבוד בדרגת סיכון גבוהה או גבוהה מאד.	כשירים לעבודה במתאר זה במקרי חירום בלבד, לתקופה שאינה עולה על חודש, בכפוף להסכמתם מדעת של העובדים ולאחר הערכה ואישור של רופא תעסוקתי, לאחר התייעצות עם מומחה במחלות זיהומיות/אימונולוגיה לפי הצורך.	אינם כשירים לעבודה במתאר זה. יועברו לתפקיד בדרגת סיכון בינונית ומטה או לדרגת סיכון גבוהה, בכפוף להסכמתם מדעת של העובדים ולאחר הערכה ואישור רופא תעסוקתי, לאחר התייעצות עם מומחה במחלות זיהומיות / אימונולוגיה לפי הצורך.

על כלל אוכלוסיות העובדים להתמגן באופן מלא, על פי הנחיות משרד הבריאות, בהתאם לרמת חשיפתם – באחריות המעסיק לדאוג כי יסופק לעובדים הנדרשים ציוד התמגנות מתאים ובכמות מספקת וכי ההתמגנות בפועל תיעשה על פי כלל ההנחיות העדכניות של משרד הבריאות.

5. התייחסות הרפואה התעסוקתית לאוכלוסיות ספציפיות

א. חשיפה תעסוקתית ייחודית

במקרה של חשיפה תעסוקתית ייחודית (פעולות מעוררות אחריות, מגע עם הפרשות וכיוצ"ב, דוגמת אנדוסקופיות, טיפולי שיניים, אינטובציה והנשמה ודומיהן, בקרב אנשים שאינם חשודים או חולים) או תהליך עבודה שלא הזכר לעיל, העלולים להציב את העובד לכאורה בסיכון יתר להידבקות בנגיף ותחלואת COVID-19, על העובד להיוועץ ברופא תעסוקתי, כאשר הוא מצויד במסך מטעם המעסיק, המתאר את אופי החשיפה או תהליך העבודה הרלבנטיים לעניין קביעת כושר העבודה.

ב. עובדי בריאות הלוקים בדיכוי חיסוני, נשאים ולוקים במחלות מדבקות

ההנחיות המפורטות בטבלה, המופיעה בסעיף 4 לעיל, לא יעמדו בסתירה למגבלות תקפות אחרות של עובדים אלה, דוגמת כשירות לביצוע פפ"ח או חשיפות אחרות, כפי שנקבעו על ידי הגופים המקצועיים המוסמכים או כאלו שניתנו לעובדים באופן פרטני, בהערכת כושר עבודה ע"י רופא תעסוקתי, טרם פרסום הנחיות אלו. מטופלים הסובלים מחסר חיסוני אחר ואשר נמצאים במעקב אימונולוגי, יעקבו אחר המלצות האימונולוג המטפל בהם ויתיעצו לפי הצורך עם רופא תעסוקתי.

ג. נשים בהריון

נכון לפרסום מסמך זה, למעט מספר מצומצם של תיאורי מקרה, לא קיים מידע מספק אודות תחלואה בנגיף הקורונה בקרב נשים הרות והשפעתה האפשרית על עוברים וילודים, על אף שקיימים מספר תיאורי מקרה של חשד להעברה ורטיקאלית של הזיהום בנגיף. הגם שטרם הצטברו הוכחות לכך שהנגיף פוגע בילודים או מהווה גורם סיכון טרטוגני, מומלץ לשקול במקרה זה לנהוג על פי עקרון הזהירות המונעת ולהרחיק במידת האפשר נשים הרות מעבודה בסיכון גבוה לחשיפה אפשרית לנגיף, ביחוד בשלבים המוקדמים של ההריון.

ככלל, יש לאפשר לנשים בהריון להמשיך ולבצע את כלל העבודות בדרגת סיכון לחשיפה בינונית ומטה. חשיפה בדרגות גבוהות יותר תהיה בהסכמה מדעת של העובדת בלבד ותצריך פיקוח צמוד של מרפאה להריון בסיכון, משך כל תקופת החשיפה.



6. תנאי עבודה רצויים לעובדים בעלי סיכון פוטנציאלי לתחלואה ב-COVID19

באולוסיות של עובדים הלוקים בסוכרת ויתר לחץ דם, יש מקום להקפיד הקפדה יתרה על תנאי עבודה נאותים, כולל הפסקות אוכל ומנוחה והקפדה על שעות השינה.

בקרב עובדים בסיכון בינוני, העובדים בתנאי חשיפה גבוהים – יש לאפשר ביצוע של עד שתי משמרות לילה בשבוע, עם יום מנוחה מלא לאחר כל משמרת לילה.

עבודת משמרות רציפה או עבודה לפרקי זמן של יותר מ-12 שעות עבודה ביום באופן מתמשך, עלולה לגרום לעייפות כרונית ובאופן משני לירידה ביכולת התפקודית ובכלל זה בהקפדה על הוראות הבטיחות, דבר העלול להתבטא בסיכון יתר להדבקות בנגיף. מומלץ להקפיד על מינימום של 11 שעות מנוחה בין משמרת למשמרת ועל ביצוע של לא יותר ממשמרת אחת של 12 שעות ב-24 שעות.

עובדים הצפויים לפעול בלחץ מתמשך למשך תקופה ארוכה, תוך דרישה לאחריות מקצועית וקבלת החלטות ו/או להיחשפות למקרי תחלואה קשה ומוות באופן חריג – מומלץ כי יהיו מלווים פסיכולוגית, ע"י צוות מתאים, לצורך הפחתת עקה חריפה, שחיקה מתמשכת וסיכון לתחלואה ב-PTSD או בעיות נפשיות ורגשיות אחרות בטווח הזמן הקצר והארוך.

7. הנחיות כלליות בנוגע לפרשנות המסמך

במקרים בהם יש לרופא התעסוקתי ספק אשר לפרשנות מסמך זה, או כאשר העובד או המעביד מבקשים לערער על קביעת רופא תעסוקתי בהתאם למסמך זה, יועבר הדיון לדרג המקצועי הבא, על פי הנהוג בשירות התעסוקתי המוסמך המטפל בעובד.

מסמך זה מטרתו לתת קיום מנחים, על בסיסם נדרש הרופא התעסוקתי להפעיל את **שיקול דעתו** המקצועית בעת קביעת כושר עבודה. זאת בהתחשב בכלל דרישות עיסוקו של העובד, הערכה מלאה של מצב הרקע הרפואי שלו וריבוד סיכונים בהתאם.

8. מראי מקום

https://www.health.gov.il/Subjects/disease/corona/Documents/coronavirus_med_guidelines.pdf

<https://www.ima.org.il/FilesUpload/Medicine/0/179/89541.pdf>

https://www.uptodate.com/contents/secondary-immunodeficiency-induced-by-biologic-therapies?search=secondary%20immunodeficiency&source=search_result&selectedTitle=2~83&usage_type=default&display_rank=2

https://www.uptodate.com/contents/primary-humoral-immunodeficiencies-an-overview?search=primary%20immunodeficiency&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

<https://www.uptodate.com/contents/susceptibility-to-infections-in-persons-with-diabetes-mellitus>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354930/>

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0023366#pone-0023366-t002>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4313884/>

<https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf>

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fspecific-groups%2Fpregnancy-faq.html

<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/covid-19-virus-infection-and-pregnancy/>

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30157-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30157-2)

<https://doi.org/10.1101/2020.03.10.20033605>

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2)

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>

<https://www.eaaci.org/resources-list/resources/4691-coronavirusallergy.html>

https://www.iephysicians.com/wp-content/uploads/2020/03/EB-Medicine_COVID-19-Update.pdf

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30116-8/fulltext?fbclid=IwAR02yrmoEZjFjbRb5CjoRnlt2ss8EV-Fh6-Tp_B3NxxLbiFh9FU8LrDTEfk](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30116-8/fulltext?fbclid=IwAR02yrmoEZjFjbRb5CjoRnlt2ss8EV-Fh6-Tp_B3NxxLbiFh9FU8LrDTEfk)

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30079-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30079-5/fulltext)

<https://www.hse.gov.uk/pUbns/priced/hsg256.pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6449633/pdf/indhealth-57-245.pdf>

הנחיות החברה לרפואת האם והעובר, האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה והאיגוד הישראלי לניאונטולוגיה לגבי הדבקות COVID-19 בהריון

גרסה מס' 1: 18/3/2020

רקע:

הקורונה (COVID 19) הינו נגיף מסוג RNA הגורם לרוב לתחלואה נשימתית קלה. רוב הנשים בהריון אשר תחלנה תפתחנה מחלה קלה. עד כה תועד מקרה אחד של הרה בשבוע 30 אשר נזקקה להנשמה, ולאחר טיפול אינטנסיבי וניתוח קיסרי היא החלימה. עד כה לא תועדו מקרי תמותה של נשים הרות.

עדכונים לגבי נגיף הקורונה מתקבלים על בסיס יומי משרד הבריאות ויש לעקוב אחר השינויים העדכניים בהנחיות. יש לידע את המטופלות והצוות הרפואי שהמידע המובא במסמך זה נכון לעת הזאת ועשוי להשתנות בעתיד בהתאם להנחיות משרד הבריאות.

מטופלות חשודות יוגדרו ע"פ הגדרת מקרה מטעם משרד הבריאות (נספח א'). ניהול מקרה של יולדת חשודה או מאומתת יהיה בשיתוף צוות היחידה למחלות זיהומיות ובתמיכה מערכתית ומנהלתית של הנהלת המרכז הרפואי.

טיפול ביולדת:

טיפול ביולדת חולה – יש לבצע דיון מולטידיסציפלינרי שיכלול מומחה למחלות זיהומיות, מומחה אם-עובר ורופא מרדים לגבי תכנית הטיפול. יש להעריך לרבות ביצוע בדיקות דימות (צילום חזה או CT) ושאר טיפול כמו כל מטופלת שאינה בהריון לרבות מתן חמצן, לפי הצורך, הימנעות מהעמסת נוזלים וטיפול אנטיביוטי אמפירי למניעת זיהום משני. ניטור עוברי יישקל באופן פרטני ע"פ חומרת המחלה האימהית, גיל ההריון וכו'.

ככלל, במקרה של מחלה חמורה קיימת עדיפות לטיפול באם על פני העובר. אין לדחות הדמיה או טיפול ביולדת בשל ההריון.

מקום האשפוז ייקבע על פי גיל ההיריון ומצבה הקליני של היולדת ולאחר דיון עם מומחה למחלות זיהומיות בהתאם להיערכות של כל אחד מהמרכזים הרפואיים, בדומה לכל אישה הרה הסובלת מסיבוך הריוני.

ההחלטה על יילוד תקבע על פי מצבה הקליני והמיילדותי של היולדת.

השפעה סב לידתית:

עדיין אין מספיק מידע מבוסס על סיבוכים לטווח רחוק שיכול להביא עמו נגיף הקורונה. מהמידע על ההתפרצויות הקודמות של שפעת החזירים והסארס (שדומות במאפייניהן לקורונה) ידוע על שיעור מעט יותר גבוה של הפלות טבעיות ושיעור גבוה יותר של לידות מוקדמות, הפרעה בגדילה התוך רחמית ואף מוות עוברי תוך רחמי במקרים חריגים.

מהידוע עד כה על נגיף הקורונה, לא תועדו הפלות בשליש הראשון או השני להיריון כמו – כן לא תועדה הדבקה עוברית ועל כן ככל הידוע היום אין עליה בסיכון למומים מולדים. (RCOG guidelines, 2020).

כמו- כן אין עדות להעברתו בדרכי הרבייה (RCOG guidelines, 2020). קיים ככל הנראה סיכון ללידה מוקדמת (יזומה או ספונטנית), כמקובל במקרים של מחלות זיהומיות של יולדות.

העברה לילוד:

ככל הנראה וע"פ תיאורי מקרה מסין (case series), ניתן להניח כי נגיף הקורונה אינו עובר במהלך ההיריון דרך השלייה. לא נמצאו עקבות שלו במי השפיר ולא תועדה העברה של הנגיף לעובר (ע"פ דגימות מי שפיר, דם חבל טבור, מטוש מהשלייה, הפרשות ילוד וחלב אם).
תועד מקרה אחד של הדבקות ילוד ככל הנראה לאחר הלידה ממגע קרוב עם האם.

מתן סטרואידים לבשלות ריאתית:

נכון לעכשיו אין מידע מבוסס שמתן סטרואידים על פי ההתוויות המקובלות לנשים הרות עלול להזיק לאם או לעובר החשודים להידבקות ב-covid 19. לכן, מומלץ להמשיך לתת סטרואידים להבשלת ריאות על פי ההתוויות המקובלות. עם זאת, במצבים של מחלה אימהית קשה יש לשקול מתן סטרואידים כתלות בגיל ההיריון וחומרת הפגות הצפויה בשל הדיווחים על פוטנציאל החמרה במצב האימהי.

ניהול לידה בהרות מאומתות/חשודות:

- יש ליידע מבעוד מועד את צוות היחידה למחלות זיהומיות ואת הניאנטולוגים לגבי הלידה.
- ישנן עדויות לגבי שינויים בדופק העוברי ועל כן מומלץ לבצע ניטור עוברי רציף לאורך הלידה.
- אין מניעה מלידה נרתיקית ואין מניעה מזירוז לידה במידה וקיימת התוויה לכך.
- ניתוח קיסרי יבוצע ע"פ התוויות מילדותיות. אין מניעה מאלחוש איזורי. היילוד יבוצע בהתמגנות מלאה של הצוות וללא מלווים.
- אין מניעה מביצוע ניתוק מושהה של חבל הטבור (delayed cord clamping)
- מומלץ להפחית את מספר אנשי הצוות הרפואי שיכנסו לחדר.
- הניטור האימהי יכלול מעקב סטורציה ומאזן נוזלים.
- צוות רופאי הילדים יקבל את התינוק אחרי לידה לדנית או ניתוח קיסרי במקום "נקי" בקרבה מיידית במרחק של לפחות 2 מטר מהאם בעמדת טיפול ייעודית. יש לרחוץ את היילוד בסמוך ללידה

מעקב לאחר הלידה:

נתונים מסין ממליצים על הפרדת היילוד ל- 14 יום מהאם למניעת הדבקה. עם זאת, לאור חשיבות ההנקה והחיבור לאם ובהעדר תיעוד למחלת יילוד קשה עד כה, בתיאום עם הניאנטולוגים והסיעוד ניתן לשקול אשפוז אם וילוד יחד בתנאי בידוד בתלות במצבה הרפואי של האם ובהתאם לתשתיות המערך המיילדותי. מיקום האשפוז ייקבע בהתאם להמלצות משרד הבריאות, תנאי המרכז הרפואי, מצבה הקליני של האם ומצב היילוד. יש לדאוג לחדר בידוד עבור היילוד במידת הצורך. במידה והאם והיילוד אושפזו יחד, יש להקפיד על מרחק של 2 מטר בין העריסה למיטת האם ולחוצץ (וילון) בין האם ליילוד. אין מניעה מהנקה אם כי החשש העיקרי הינו העברת הנגיף בשל המגע הקרוב (droplets). לציין כי דגימות חלב אם לאחר הלידה מ-6 נשים שנדבקו נמצאו שליליות לנגיף.



הנחיות לאם לשמירה על תנאי תברואה קפדניים במהלך הטיפול בילוד:

- הקפדה על שטיפת ידיים לפני מגע עם הילוד, הנקה או האכלה מבקבוק.
- מסיכה כירורגית לאם בזמן ההנקה ובכל מגע/טיפול בילוד
- במקרה של שאיבת חלב/ האכלה מבקבוק – יש להקפיד על כללי חיטוי וניקוי המשאבה והבקבוקים. ניתן לשקול האכלת הילוד ע"י בקבוק באמצעות אדם בריא.
- שחרור יולדת חשודה/מאומתת והילוד יהיו בהתאם להמלצות מומחה למחלות זיהומית (להמשך בידוד בית או באשפוז).
- ניתן לשקול שחרור מוקדם של נשים בריאות לאחר לידה נרתיקית או בנייתוח קיסרי בהתאם להמלצות משרד הבריאות.

התמגנות הצוות הרפואי לקראת טיפול בהרה חשודה/ מאומתת (נספח ב-ג):

- ככלל, בטיחות הצוות קודמת לכל, יש להתמגן ע"פ ההנחיות המופצות ע"י משרד הבריאות ואז לתת את הטיפול המיטבי לאם ולעובר. במידה ונראה שיש סכנת חיים למטופלת/עובר יש לטפל בה בהקדם תוך שמירה על כללי ההתמגנות. התמגנות בלידה תכלול חלוק לא סופג, מסכה עם משקף וכפפות.
 - בכל מקרה של חשד להדבקה בנגיף הקורונה יש לעדכן יועץ זיהומיות
 - כל מטופלת מבידוד/ חשד להדבקה בקורונה/ קורונה מאומתת צריכה לעטות מסיכה כירורגית, בפרט במעברים בין חדרים. על המסכה להיות הדוקה פה ואף.
 - לאחר בדיקת מטופלת חשודה/ בידוד יש להקפיד על חיטוי של מכשיר המוניטור והאולטראסאונד וכל שאר הציודים אשר היו במגע עם המטופלת.
 - מלווים – יש להנחות מלווה של מטופלת חשודה להשאר איתה במשך כל התהליך בבידוד ולא להסתובב בבית החולים. יש להגביל ולאכוף הנחיות לגבי מבקרים ע"פ הנחיות משרד הבריאות.
- בהתבסס על הידוע כיום ועל פי הנחיות משרד הבריאות כל מרכז רפואי ייערך בהתאם לקליטת הרות חשודות עם תסמינים נשימתיים או בעיות מילדותיות. מיקום הערכה ראשונית במלר"ד והאשפוז בהתאם לצורך ייקבע באופן פרטני בכל מרכז בדיון עם הגורמים הרלוונטיים. במידה והיולדת זקוקה לתמיכה נשימתית ובהתאם ליכולת של המרכז הרפואי מומלץ לאשפז בחדר עם לחץ אויר שלילי.
- רפואת נשים אמבולטורית – נשים הרות יונחו כי במידה וקיים חשש לחשיפה או תסמינים חשודים למחלה עליהן ליצור קשר עם גורם מוסמך בקופת חולים (רופא משפחה, אחות מרכז בריאות אישה, רופא נשים מטפל, מרכז שירות טלפוני). יש להמנע מלהגיע ישירות לקופת החולים או לבית החולים בדומה להמלצות לכלל האוכלוסיה. במידה ומתכננת להגיע למוסד רפואי, עליה להודיע טרם הגעתה למוסד.
- אין הנחייה לשינוי אופי ההעסקה של נשים בהריון רק בשל החשש מחשיפה לנגיף.



מקורות:

- חוזר משרד הבריאות: הנחיות להתמודדות עם תחלואה מנגיף קורונה החדש COVID 19. עדכון 10 מתאריך 12.03.2020
- חוזר משרד הבריאות: נספחים להנחיות להתמודדות עם תחלואה מנגיף קורונה החדש, עדכון 10
- COVID-19 Virus Infection and Pregnancy – RCOG guidelines. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/covid-19-virus-infection-and-pregnancy/>
- Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. Am J Obstet Gynecol. 2020 Feb 24.
- Chen H, Guo J, Wang C, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet. 2020; Published online February 12, 2020.
- Zhu H, Wang L, Fang C, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. Transl Pediatr 2020.

פרופ' רוני מימון פרופ' יואב ינון,

יו"ר האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה יו"ר החברה לרפואת אם עובר

ד"ר שמואל צנגן

יו"ר האיגוד הישראלי לניאונטולוגיה

נכתב ע"י החברה לרפואת האם והעובר והאיגוד הישראלי לניאונטולוגיה: פרופ' יואב ינון, פרופ' טל בירון-שנטל, פרופ' אשר בשירי, ד"ר רינת גבאי בן זיו, ד"ר עידו שולט, ד"ר יפעת וינר, ד"ר חן סלע, פרופ' יריב יוגב פרופ' סמדר אבן טוב, פרופ' אריק שינוול, פרופ' אמיר קוגלמן ודר' שמואל צנגן.

נספח א': הגדרת מקרה (חוזר משרד הבריאות, עדכון 10, 12.03.2020):

"מקרה מאומת": חולה עם ממצא מעבדתי חיובי ל-CoV-SARS-2.

"מקרה חשוד":

קריטריונים קליניים	וגם	קריטריונים אפידמיולוגיים
חום מעל 38 מעלות או שיעור או קושי בנשימה או תסמין נשימתי חד אחר	וגם	שהייה בחו"ל או בבית לחם, בית סחור, בית ג'אלה ב-14 יום לפני הופעת התסמינים
חום מעל 38 מעלות או שיעור או קושי בנשימה או תסמין נשימתי חד אחר	וגם	כל אדם, כולל עובדי בריאות, שהיה ב"מגע הדוק" עם חולה COVID-19 מאומת בתוך 14 יום מהמגע האחרון



"מגע הדוק": לצורך הגדרת מקרה זה, מגע הדוק מוגדר:

- א. חשיפה, ללא ציוד מגן כמתואר בהנחיות לצוותים, כולל טיפול ישיר בחולה COVID-19, עבודה עם עובדי בריאות שחלו ב-COVID 19, ביקור חולה COVID19 או שהייה בחדר עם חולה COVID-19
- ב. שהייה במרחק של עד 2 מטר, במשך 15 דקות לפחות עם חולה COVID 19 מאומת.
- ג. עבודה בצמוד עם או שהייה באותה כיתה של חולה COVID 19 מאומת.
- ד. נסיעה יחד עם חולה COVID 19 בכל אמצעי תחבורה.
- ה. בני ביתו של חולה COVID 19 מאומת.

בנוסף לחולים העונים להגדרת מקרה חשוד, בדיקות מעבדה לנגיף קורונה החדש תתבצענה גם במצבים אלה:

קריטריונים קליניים	קריטריונים אפידמיולוגיים
מקרים קשים של חום מעל 38 מעלות ומצוקה נשימתית המחייבים סיוע נשימתי בהנשמה או ב- ECMO באשפוז ואין סיבה אחרת למחלה*	ללא קשר אפידמיולוגי
דלקות ריאה המחייבות אשפוז ואין סיבה אחרת למחלה*	
ניטור במסגרת מרפאות הזקיף של דלקות ריאה בקהילה**	
ניטור במסגרת מרפאות הזקיף של חום ותסמינים נשימתיים**	

נספח ב': התמגנות צוות רפואי – הנחיות משרד הבריאות (חוזר משרד הבריאות, עדכון 10, 12.03.2020)

טיפול בטיחותי בנשאי הנגיף מאומתים וחשודים כולל הקפדה על אמצעי זהירות שגרתיים, וביניהם שימוש במיגון אישי מותאם לסוג ההעברה, ולפי הערכת סיכונים. פירוט הנוהל המלא מופיע באתר משרד הבריאות.

הנחיה זו נכונה עבור:

- מטופלת חשודה או מאומתת ל COVID 19.
- מטופלת אשר מגיעה מבידוד (שבה מחו"ל או מגע עם חולה מאומת)
- מטופלת עם מחלה חמורה בדרכי הנשימה התחתונות המחייבת אשפוז, ללא אבחנה אחרת היכולה להסביר את המצב הקליני, גם ללא גורם חשיפה ידוע.



דרכי העברה:

- מרבית ההעברה של נגיפי הקורונה היא טיפיתית: באמצעות הפרשות דרכי נשימה, שמופקות כאשר נושא הנגיף מתעטש או משתעל.
- קיימת גם אפשרות העברה במגע במשטחים, חפצים או ציוד שהזדהמו, בסביבת המטופלים.
- העברה אווירנית מתרחשת בעיקר בעת טיפול בחולים בפרוצדורות יוצרות אירוסול, כגון אינטובציה, הנשמה, שאיבה מדרכי נשימה, אינהלציה. ככלל, פעולות אלה מתבצעות בחולים מאושפזים ובמתארים מיוחדים.

טיפול במלר"ד (עבור מטופלת חשודה/מאומתת):

מטופלת שאינה נזקקת לתמיכה נשימתית – חדר בודד עם דלת סגורה (אין צורך בלחץ אוויר שלילי). אין לבצע בחדר זה פרוצדורות העלולות לייצר אירוסול (אינטובציה, הנשמה, שאיבה מדרכי נשימה, אינהלציה).

מטופלת הנזקקת לתמיכה נשימתית – חדר בלחץ אוויר שלילי (או חדר מבודד ומאוורר שאינו מחובר למערכת מיזוג מרכזית המשרתת אזורים מאוכלסים סמוכים).

טיפול באשפוז:

חולה מאומתת, חשודה או מבודד. שאינה זקוקה לתמיכה נשימתית – חדר בודד עם דלת סגורה (אין צורך בלחץ אוויר שלילי). אין לבצע בחדר זה פרוצדורות העלולות לייצר אירוסול (אינטובציה, הנשמה, שאיבה מדרכי נשימה, אינהלציה).

חולה הנזקקת לתמיכה או פרוצדורה נשימתית (לרבות שימוש בחמצן) – חדר בלחץ אוויר שלילי או חדר מבודד ומאוורר שאינו מחובר למערכת מיזוג מרכזית המשרתת אזורים מאוכלסים סמוכים (הפרדה על-ידי ריחוק, ניתוק ממערכת מיזוג ואוורור משותפת, והשארית חלון פתוח. נדרש לאשר עם אחראי מערכות מיזוג במוסד שהחדר עומד בתנאים אלה).



נספח ג': טבלת מיגון לצוותי רפואה (מתוך הנחיות משרד הבריאות (עדכון 10, 2020.03.12) נספחים)

תחום	סוג מגע	כפפות	מסיכה כירורגית	מסיכת N-95	מגן פנים / משקף	מגן גוף / שגרתי	מגן גוף למצבים מיוחדים ²	הערות
בית חולים	פקיד/פקידת קבלה בעת קבלת חולה חשוד	✓	✓					לאחר קבלת חולה חשוד, יש לבצע חיטוי ידיים ולחטא את דלפק הקבלה לפני קבלת המטופל הבא
	מאבטח בכניסה							אין צורך במיגון ¹
	מאבטח מלווה חולה חשוד	✓	✓					
	מאבטח בעת אכיפת אשפוז בכפייה	✓	✓	✓	✓		✓	
	חולה/חשוד בעת שאינו בחדר בידוד (כולל בעת העברה)			✓				
	מלווה של חולה חשוד לתוך חדר הבידוד	✓	✓	✓	✓	✓	✓	יש להחזיר כניסת מלווה רק במצבים מיוחדים לדוג' הורה המלווה ילד. אם המלווה לא מתלווה לחשוד לחדר הבידוד – לא נדרש כל מיגון *סוג מסכה על פי מתאר האשפוז
	צוות רפואי המטפל בחולה מצב "קלי"	✓	✓	✓		✓	✓	
	צוות רפואי המטפל בחולה שאינו מוגדר קל	✓	✓		✓	✓	✓	
	צוות המבצע פעילות הכרוכה בסיכון לשפך ביולוגי /או קריעה של ציוד המיגון	✓	✓		✓	✓	✓	
	צוות רפואי המטפל בחולה במחלקת בידוד ייעודית לחולי קורונה	✓	✓		✓	✓	✓	

נספח ד': תמיכה נשימתית בילודים עם COVID-19

1. במבוגרים הנטיה לא להשתמש בהנשמה לא פולשנית על מנת להגן על הצוות, ולמנוע רסס, ולהגיע לאינטובציה בהקדם מסיבה זאת. היות וילודים מייד אחר הלידה לא אמורים להיות "חולים עקב קורונה" בהעדר העברה ורטיקלית (ככל הידוע והמקובל עד כה), הרי התחלואה הנשימתית אם קיימת קשורה לסיבות נאונטליות ולא לקורונה. לכן רצוי לא לפגוע בהם ע"י הנשמה אנדוטרכאלית ללא צורך.
2. כאשר יש תינוק עם תחלואה נשימתית עם קורונה מוכחת יש לשקול אינטובציה מוקדמת אם התחלואה הנשימתית משמעותית.
3. רצוי לטפל בילוד חשוד לקורונה הדורש תמיכה נשימתית בתוך אינקובטור סגור לצורך הגנה על הסביבה.

4. כאשר ניתנת תמיכה לא פולשנית, מומלץ לתת FLOW הנמוך האפשרי לפי מצב הילד.
5. לחות עלולה לעזור בהפצה, ולכן ניתן להימנע מלחות אם התמיכה קצרה. אם התמיכה יותר "ממושכת", יש לתמוך עם לחות כדי לא לפגוע בריריות האף ודרכי הנשימה, שוב בהנחה שהילוד נזקק לתמיכה לא בשל קורונה בימיו הראשונים. מה ההגדרה ל"ממושכת"? ובכן תלוי ב FLOW, תלוי בשבוע ההריון וכדומה. ככל שפחות בשל, ו FLOW יותר גבוה, יש לתת תמיכה מקובלת עם לחות. בהקשר זה, ניתן להתחיל חמצן בקנולה נזלית רגילה ואם נידרש HIGH FLOW, אז שימוש ב HFNC בו יש כידוע גם לחות וגם FLOW גבוה.
6. מומלץ לא להשתמש ב-HOOD למתן חמצן.
7. רצוי לא לתת אינהלציות לתינוק על מנת למנוע פיזור הנגיף. אם נדרשות, רצוי שימוש ב משאף דרך SPACER.
8. כאשר מבצעים אינטובציה לילוד חשוד לקורונה, מומלץ מיגון מלא כולל משקפי מגן ומסכה N95.
9. בעת סקשן ושאיבת הפרשות מתינוק חשוד ובטח מתינוק מוכח גם כן כדאי מיגון מלא.
10. רצוי כמקובל לבצע סקשן סגור ולא פתוח.
11. משטחים מהנאזופרינקס והאורופרינקס הם הדרך המועדפת לאבחנה של קורונה ולא סקשן עמוק לקנה או דרך טובוס.
12. רק אנשי צוות חיוניים צריכים להיות נוכחים בעת ביצוע איסוף הדגימות.
13. מומלץ לא לעשות בדיקות דם ע"י קפילרה (גזים, בילירובין וכו) בתוך "מעבדה קטנה" במחלקה, ולשלוח למעבדה של בית החולים על מנת למזער סיכון הצוות.



טיפול פליאטיבי על רקע התפרצות COVID-19

השתתפו בכתיבה:

ד"ר' תלם רתם, ד"ר' דוד האוזנר, ד"ר' אהוד פז, ד"ר' רוני צבר, דר אמיתי אוברמן
פרופ פסח שוורצמן

President

Pesach Shvartzman, MD
Ben-Gurion University of the Negev

General Secretary

Sergey Postovsky, MD
Rambam Medical Center

Treasurer

Yoram Zinger, MD
Ben-Gurion University of the Negev

Officers

Nathan Cherny, MD
Shaare Zedek Medical Center

Amitai Oberman, MD

Baruch Padeh Medical Center Poria

הקדמה:

התפרצות COVID-19 בישראל מחייבת את כולנו להיערכות שונה כדי להבטיח למטופלינו ולבני משפחתם טיפול מיטבי. בנוסף לחולים הפליאטיבים המוכרים לנו מהתחלואה הרגילה, יש לציין את אוכלוסיית החולים אשר הינם אוכלוסיה בסכון להידבקות COVID-19 ולהתפתחות מחלה קשה וסבוכים. אוכלוסיה זו כוללת בין השאר חולים עם מחלות רקע כגון:

מחלת ריאות חסימתית או רסטריקטיבית עם פגיעה בינונית בתפקודי ראה.

מחלות לב וכלי דם אירוע לב איסכמי או ACS בששת השבועות האחרונים, ניתוח מעקפים, אבי עורקים או מסתמים בשלושת החודשים האחרונים.

NYHA 3 - אי ספיקת לב בינונית ומעלה ללא קשר לאטיולוגיה, מחלה מסתמית בדרגת חומרה בינונית ומעלה (לפי בדיקת אכוקרדיוגרפיה מן השנה האחרונה), מומים בלב שהצריכו התערבות ניתוחית והותירו לאחר הניתוח הפרעה תפקודית, מומי לב כחלוניים. הפרעות קצב שאינן מאוזנות תחת טיפול תרופתי או כאלו שהצריכו השתלת קוצב (למעט השתלת קוצב זמני).

יתר לחץ דם כרוני, שאינו ניתן לאיזון תחת טיפול תרופתי מיטבי משך חצי שנה לפחות, ובעיקר בחולים עם פגיעה בתפקודי כליה.

סוכרת תלוית אינסולין או סוכרת הריון, עם המטופלת באינסולין, למעט מקרים בעלי איזון אופטימלי (בעיקר תחת משאבה ו/או סנסור). - עדות לפגיעה בשני איברי מטרה או יותר, או עדות לפגיעה בכליה.

גיל סיכון גבוה גיל 70 ומעלה או גיל 60 ומעלה עם לפחות מחלת רקע אחד.

החולים ב-COVID-19 מציגים תמונה קלינית של מחלה חריפה, ארוכה (בדרך כלל פרק זמן של שבועות) עם צפי לכמות גדולה של חולים במצב קשה וכאלה הנפטרים כתוצאה מהמחלה. גם במהלך הפנדמיה על הטיפול הרפואי להיצמד, ככל שהמשאבים יאפשרו, לעקרון של מניעה והקלה על סבל ולזכותו של המטופל להיות שותף ולקבל החלטות לגבי הטיפול בו על פי אמות המוסר המקובלות והחקיקה הישראלית.



אתגרים פליאטיביים בטיפול בחולי COVID-19:

1. מתח אתי סביב הצורך לקבוע מטרות טיפוליות עם השלכות של "חיים או מוות" בחולים עם מחלה לא מוכרת וחדשה.
2. תקשורת עם מטופלים ומשפחות סביב סוף החיים וסביב החלטות טיפוליות לעיתים לא במיפגש פנים אל פנים.
3. תמיכה תרופתית ומניעת סבל בחולים מורכבים ועם ריבוי סמפטומים וכאלו הנוטים למות
4. מצוקה של צוותים רפואיים נוכח עבודה במתח רב, תוך סיכון אישי, דאגה למשפחות, התמודדות עם תמותה משמעותית והצורך בקבלת החלטות מורכבת בתנאים תת אופטימליים.

לאנשי המקצוע הפליאטיביים, בהם רופאים מומחים ברפואה פליאטיבית, רופאים אחרים בעלי ידע וניסון פליאטיבי, אחריות בעלות מומחיות קלינית בטיפול פליאטיבי, עו"ס בעלי הכשרה יעודית בתחום ואנשי מקצועות בריאות אחרים עם ידע בתחום, יש את הכישורים והמיומנויות המתאימים שיכולים להועיל למערכת הבריאות ולמטופלים מדיסיפלינות אחרות בהתמודדות עם תחלואה מורכבת ותמותה משמעותית. אנשי המקצוע ברפואה פליאטיבית מומחים ב:

- איזון תסמינים אצל חולים מורכבים (גם באמצעות פרוטוקולים לטיפול בסימפטומים ולסדציה פליאטיבית)
- פרוגנוסטיקציה להערכת הסיכוי להשתחרר מבית החולים לצד הערכת תוחלת חיים ואיכות חיים משמעותית
- מיומנות תקשורת בניהול שיחות לגבי החלטות טיפוליות שנוגעות למתן או הימנעות ממתן טיפול מאריך חיים בחולים מורכבים ולהחלטות סוף חיים.
- יעוץ בקביעת תכנית טיפולית המתחשבת במצב הקליני, החוק, רצון המטופל והמשפחה
- מתן סיוע ותמיכה לצוותים המטפלים האחרים סביב הטיפול בחולים מורכבים ובמצבי סוף חיים

עקרונות למתן טיפול פליאטיבי בבית החולים במהלך התפרצות COVID19:

1. אוכלוסיית החולים הפליאטיביים הקיימת (עוד לפני התפרצות COVID 19) היא מהרגישות והמורכבות שבמערכת הבריאות. הם מושפעים ישירות מהפנדמיה גם מבלי לחלות ב-COVID-19 בשל צמצום המשאבים הכולל. יש חשיבות עליונה להמשך מתן מענה פליאטיבי תוך שימת דגש על מיגון הצוותים והגנה על המטופלים:
 - שימוש בטלמדיסין ועבודה מרחוק מול המטופלים בביתם ככל האפשר
 - מתן ייעוץ במחלקות על פי הנחיות המיגון הארגוניות
 - בחולים פליאטיביים הנוטים למות (פרוגנוזה של חצי שנה עם טיפול מיטבי) המשבר הנוכחי מהווה עבור רופאיהם הראשוניים או הרופאים הפליאטיביים הזדמנות לשוחח על הוראות מקדימות במידה ויזדקקו לטיפול מוגבר/נמרץ אם ידבקו בנגיף.



2. חלק מחולי הקורונה הנמצאים בסכנה לחייהם ירוויחו משיחה על מטרות טיפוליות בדומה לכל חולה אחר הנמצא במצב מאיים חיים. השיקולים הקליניים הם זהים לשיקולים הרגילים אולם לשיקולים האתים נוספים בעת זו שיקולים הקשורים לשימוש מושכל במשאבים. לצורך כך ניתן להעזר במשאבים הפליאטיבים הקיימים במערכת הרפואית.

צעדים מומלצים:

1. הפצת פרוטוקולים לניהול סמפטומים ולסדציה פליאטיבית (אם אפשר, בתוך הגיליון האלקטרוני).
2. בניית תהליך לבירור קיום הנחיות מקדימות או יפוי כח/אפוטרופוס בכל מטופל עם מחלות רקע מורכבות המאושפז בבית החולים בעת קבלתו. רצוי לדאוג שעותק יהיה בידי החולה/הצוות הרפואי המטפל/משפחה.
3. להיערך לטיפול פליאטיבי בחולי COVID 19, שיבחרו לקבל טיפול פליאטיבי ולא להתחבר למכשירי הנשמה. בתוך כך להדריך ולהכשיר לכך את צוותי הטיפול.
4. להקים מערך אשפוז מותאם, המופעל על ידי צוות מיומן לחולים הסופניים. באזור זה ינתן טיפול מקל לסמפטומים פיזיים ורגשיים. יש לזכור שרבים מחולים אלו יאושפזו ללא נוכחות של קרובי משפחה בשעות האחרונות. כתלות במצב, ניתן להיערך בסיטואציות מסוימות לנוכחות נציגי משפחה ממוגנים לצד יקיריהם או לקשר טלפוני/בוידאו.
5. זימון יעוץ פליאטיבי לחולים, משפחות חולים ולצוותים המטפלים בחולים שיש סיכוי שיזדקקו להנשמה או מונשמים לקבלת החלטות על המשך טיפול או הימנעות מטיפול אינטנסיבי להארכת חיים.
6. במידה ולאחר דיון קליני, אתי ותיעוד מדויק ברשומה נקבעת תכנית טיפולית שאינה כוללת הארכת חיים מלאכותית יש לבנות תכנית טיפולית הכוללת טיפול פליאטיבי מתאים (הקלה על סמפטומים וסדציה פליאטיבית).
7. הפעלת צוותים פליאטיבים וגריאטרים לזיהוי מטופלים עם פרוגנוזה ירודה (זקנים או צעירים) עוד לפני הגעה למצב האקוטי הקריטי (מדובר במחלה עם מהלך ארוך ויש אפשרות לזהות חולים כאלו בצורה מסודרת) ולסייע בקבלת החלטות טיפוליות מבעוד מועד.
8. מרפאות פליאטיביות יגבירו קשר טלפוני / טל-מדיסין, ויקבלו לביקור מקרים דחופים ו/או ייעוצים לרפואי המשפחה.
9. לשקול בניית פרוטוקול זיהוי ממוחשב שישען על מדדים קליניים בגיליון האלקטרוני. (חולה קורונה/גיל מעל 60/מחלת רקע המעלה לסכון גבוה).
10. הבניית דרכי תקשורת יעילים בין הצוותים להתייעצויות, סינכרון הטיפול והעברת מטופלים בין מחלקות ואיזורים בתוך הארגון ובין הארגון לקהילה ולמוסדות לטיפול ממושך.
11. קביעת 2 ועדות אד-הוק (שיוכלו להחליף זו את זו).. חברים בוועדה זו צריכים להיות רופא/ה, עו"ס ובמידה ויש גם עו"ד. ועדות אד הוק צריכות לעמוד לרשות רופאי טיפול נמרץ בשלב הראשון, ומחלקות פנימיות בשלב השני ולתמוך בהם בקבלת החלטות קליניות לפי הצורך.
12. יש לבנות תהליך לתיעוד והפצת המידע לגבי קביעת העדפות טיפוליות בין הצוותים. (הנחיות מקדימות/יפוי כח/אפוטרופוס).



13. הפצה בכלל הארגון של זהות הצוותים הפליאטיבים או הגריאטרים ודרכי ההתקשרות אליהם שיהיו זמינים לכל הצוותים, כמו גם רשימת חברי הועדה המוסדית וועדות האד הוק.

עקרונות למתן טיפול פליאטיבי בבית בקהילה במהלך התפרצות COVID19:

לחולים הפליאטיבים הלחץ הנוכחי הוא כזה שנוסף על לחץ קבוע שהמשפחות נמצאות בו. הרוב המכריע של החולים הפליאטיבים בהוספיס בית בסכון גבוה להידבקות ובסכון גבוה למוות על רקע COVID-19. יש להניח שתהיה קבוצת חולים אשר תלויים במטפל עיקרי ויבקשו להישאר בביתם, לא להיתאשפו וגם לא להיתחבר למכונת הנשמה. תהיה גם קבוצה של חולים ב COVID 19 ללא מחלת רקע אך בסכון גבוה עקב גילם שירצו להישאר בביתם בבידוד מאחר ולא ירצו להיתחבר למכונת הנשמה.

הצעדים המומלצים:

1. לעבוד על פי הנחיות משרד הבריאות למניעה, זיהוי וטיפול במטופלים עם חשיפה או חשד ל COVID-19
2. לתת מידע והדרכה אודות היגיינה למניעת הדבקות: ניקיון הבית והימנעות ממגע קרוב ולחיצת יד, ניקוי טלפון סלולרי ועוד בהתאם להנחיות משרד הבריאות.
3. לספק למטופלים, למטפלים ולמשפחותיהם מידע על הדרכים לשמירת בטיחותם, דרכי הימנעות מהדבקה ומידע האזורי על האפשרויות להצטיידות במזון, בציוד עזר, גופי מתנדבים, תרופות, קריאה לאמבולנס, קריאה לצוות רפואי.
4. בני משפחה שאינם מטפלים עיקריים ואינם גרים עם המטופל יוכלו לערוך ביקורים וירטואליים: בסקייפ ובוואטסאפ, במיוחד בני משפחה בבידוד.
5. להקטין מספר ביקורים פרונטליים בחולים יציבים, ניתן להסתפק בביקור פרונטלי פעם בשבוע
6. ניתן להשתמש בטלה-מדיסין למעקב בתדירות גבוהה יותר לחולים אלה. במידת הצורך ניתן לאפשר ביקורים פרונטליים רק מאיש צוות רלוונטי.
7. קשר עם המטופל והמשפחה לברר חשיפה ותסמינים של המטופלים ושל בני הבית כדי להחליט על מיגון על פי הנחיות משרד הבריאות.
8. שוחח על הנושאים המדאיגים את החולה או המטפל העיקרי כגון הסכון באשפוז אם המצב מתדרדר, הניתוק מהמשפחה וחברים ועוד.
9. נצל הזדמנות לשוחח על הוראות מקדימות/יפוי כח במידה ויזדקקו לטיפול מוגבר/נמרץ אם ידבקו בנגיף.
10. את מי חובה לבקר:

- מטופל ומשפחה שאינם יציבים/ מתדרדר/ גוסס
- מטפל עיקרי ו/או משפחה מבקשים
- תסמין או תסמינים אינם בשליטה
- אם יש צורך בשיחה משפחתית או החתמת הנחיות מקדימות



- יש צורך לערוך שינוי או שינויים בתוכנית הטיפול
 - אם יש צורך במרשמים
 - מטופל עם קרנופסקי <KPS20
11. יש לדאוג לציוד מיגון מתאים לכל אנשי הצוות ולהדריך בשימוש נכון בהתאם לחשיפה לנגיף של החולה ו/או המטפל העיקרי בבקור הבית המתוכנן.
 12. יש להקפיד על היגיינת רחיצת ידיים לפני ואחרי כל ביקור. יש לנגב כל ציוד וטלפון סלולרי לפני ואחרי כל מטופל.
 13. בחולה יציב ניתן לשקול בקור בתקשורת מרחוק טלה-מדיסין
 14. כל מטופל ומשפחה יציבים יש ליצור קשר ולתעד שיחה לפחות פעמיים בשבוע תחילת שבוע לברר צרכים או שינויים לפני סופ"ש לוודא המצאות תרופות וציוד
 15. הבניית דרכי תקשורת יעילים בין הצוותים להתייעצויות, סינכרון הטיפול והעברת מטופלים בין מחלקות ואיזורים בתוך הארגון ובין הארגון לקהילה ולמוסדות לטיפול ממושך.
 16. איש צוות עם תסמינים של COVID-19 ידווח למנהל הממונה ויפעל על פי נוהל משה"ב

מקורות:

1. <https://www.nhpco.org/coronavirus>
2. https://www.pallimed.org/2020/03/a-letter-of-support-for-you-and.html?utm_source=Pallimed&utm_campaign=cda419dd8c-Pallimed+Daily+%28Mail+Chimp%29&utm_medium=email&utm_term=0_24a5418a01-cda419dd8c-100975481
3. <https://www.mwe.com/insights/cms-covid-19-infection-control-guidance-for-nursing-hospice-home-health-and-dialysis-facilities/>
4. https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/COVID-19_CMS-Verma_letter_031220.pdf?zs=mLtjF1&zl=JJad5
5. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-telemedicine-health-care-provider-fact-sheet>
6. https://www.pallimed.org/p/covid-19-pandemic-resources.html?utm_source=Pallimed&utm_campaign=cda419dd8c-Pallimed+Daily+%28Mail+Chimp%29&utm_medium=email&utm_term=0_24a5418a01-cda419dd8c-100975481
7. <https://www.capc.org/about/press-media/press-releases/2020-3-11/capc-statement-covid-19/>