



COVID 19. RECOMENDACIONES TUMORES DIGESTIVOS SEOM-TTD-GEMCAD

Estas recomendaciones se deben manejar aplicando una atención de crisis excepcional basada en obtener el máximo beneficio de los pacientes con el menor riesgo posible durante el tiempo que dure la epidemia del Covid-19 teniendo en cuenta el contexto concreto de cada paciente y la situación del centro y priorizando no comprometer los resultados de los que actualmente disponemos.

Recomendaciones Generales

- 1.- Antes de decidir administrar tratamiento sistémico, considerar el beneficio frente al riesgo en caso de contagio por COVID19 y sus potenciales consecuencias especialmente en cuanto a riesgo de complicaciones graves.
- 2.- No administrar tratamientos en pacientes con sospecha de infección o historia de contacto de riesgo.
- 3.- Optimizar tratamientos antineoplásico teniendo en cuenta los recursos de cada hospital (camas UCI y ventiladores, cantidad de pacientes COVID en el hospital y suministros) que pueden ser diferentes entre comunidades y entre centros de la misma comunidad.
- 4.- En general se establece como recomendación la priorización de tratamientos (neo) adyuvantes en pacientes con cáncer de alto riesgo en los que se espera un beneficio significativo de la supervivencia y se recomiendan regímenes o esquemas que reduzcan al número de visitas al hospital (esquemas quincenales o cada 3 semanas en vez de semanales y la administración oral en vez de intravenosa). Cuando esté científicamente justificado consensuar con los oncólogos radioterápicos esquemas cortos.
- 5.- Se recomienda el uso de profilaxis primaria con G-CSF en regímenes con riesgo de neutropenia febril $\geq 10-15\%$.
- 7.- En pacientes mayores de 70 años, es preciso realizar una valoración de criterios de fragilidad.



- Síndrome geriátrico definido por la presencia al menos una de las siguientes: fragilidad o vulnerabilidad (cribado G8 \leq 14), dependencia moderada, grave o total (índice de Barthel \leq 55) o deterioro cognitivo moderado o severo (cuestionario Pfeiffer \geq 5)
- Comorbilidades que impactan en funcionalidad (índice de comorbilidad de Charlson \geq 3) o enfermedades crónicas en fase final.

8.- Valorar esquemas de “tratamiento neoadyuvante total”, de cara a mayor intervalo de espera quirúrgica en función de las circunstancias de cada centro hospitalario en pacientes con cáncer de recto de alto riesgo, gástricos perioperatorios y páncreas borderline.

Definición de criterios de prioridad

La planificación de tratamientos antineoplásicos sistémicos se basará en criterios de búsqueda del máximo beneficio del paciente con el mínimo riesgo de complicaciones relacionadas con el Covid-19. Los niveles de prioridad establecidos tienen la finalidad de contribuir a la priorización de recursos. La pandemia por Covid-19 afecta no solo a Oncología médica sino también a Oncología radioterápica y cirugía. Por ello la evaluación de tratamiento tiene que integrar de forma conjunta los 3 procesos.



RECOMENDACIONES ESPECIFICAS POR LOCALIZACION TUMORAL

CANCER COLORRECTAL

1.- Adyuvancia: Se priorizará el tratamiento adyuvante en estadio III en función de comorbilidad, edad y estado funcional. Se recomiendan esquemas trisemanales, bien CAPOX o capecitabina. En el caso de capecitabina en monoterapia y en ausencia de toxicidad >1 se puede plantear tratamientos de 2 en 2 ciclos con análisis y consulta telemática. En estadios III de menos 70 años se priorizarán tratamientos con oxaliplatino y fluoropirimidinas de 3 meses de duración.

2.-Enfermedad Avanzada:

- Valorar terapias ablativas tras quimioterapia de inducción en pacientes con enfermedad hepática resecable en caso de no disponibilidad de quirófano.
- Valorar esquemas trisemanales para ahorrar visitas al Hospital de día (HDO) y necesidad de catéteres. Individualizado en función del centro.
- Valorar duración primera línea 3-4 meses de tratamiento y esquemas de mantenimiento vs suspensión
- Valorar segunda línea en aquellos pacientes con SLP mayor a 6 meses

3.-Neoadyuvancia en Cáncer de Recto: se planteará en función del riesgo. En pacientes con tumores de riesgo intermedio y/o > 70 años se planteará ciclo corto y demoras quirúrgica de hasta 12 semanas en función de la lista de espera quirúrgica. En pacientes con tumores de alto riesgo, sin comorbilidad RT de ciclo corto seguida de 4 ciclos de CAPOX.

4.-Adyuvancia Cáncer de Recto: valorar en pacientes de alto riesgo que no han recibido tratamiento neoadyuvante y en casos de hallazgos histopatológicos de mal pronóstico en pacientes < 70 años tras tratamiento con CRT.

CANAL ANAL

1.-Tratamiento Neoadyuvante: mitomicina –fluoropirimidina oral con RT radical.

2.-Enfermedad Avanzada: valorar retrasar la QT para la enfermedad avanzada, en caso de estar el paciente asintomático. Evaluar en caso de ser preciso, demorara el tratamiento citotóxico por alto riesgo de COVID considerar RT antiálgica. Plantear la sustitución de Fluorouracilo por esquemas con Capecitabina.

CÁNCER GÁSTRICO

1.- Tratamiento Perioperatorio (cT2-4 y/o N+): en pacientes sin comorbilidades se priorizará tratamiento perioperatorio. En función de la disponibilidad quirúrgica plantear la administración de algún ciclo adicional, si buena tolerancia/respuesta, hasta la resolución/disminución de la pandemia.

2.- Enfermedad Avanzada (aplicable a gástrico y EsofagoGastrico): Se recomiendan esquemas trisemanales de cara a menor frecuentación de hospital de día. Valorar en segunda línea y la comorbilidad y la respuesta/tolerancia obtenida a primera línea, de cara a su inicio.

CÁNCER ESÓFAGO Y UNION G-E

Antes de inicio de cualquier tratamiento asegurar el soporte nutricional de paciente, de cara a una mejor tolerancia de los tratamientos ofrecidos.

1.-Enfermedad resecable, localmente avanzada e irresecable: Se recomienda dada la mejor tolerancia esquemas basados en carboplatino/paclitaxel con RDT.

2.-Enfermedad Avanzada: Ver punto 2 de cáncer gástrico

CÁNCER DE PÁNCREAS

1.-Resecable: dada la morbilidad ofrecida por la cirugía de este tumor, se propondrá demorar el inicio de tratamiento adyuvante 12-14 semanas. Se individualizará el esquema de FOLFIRINOXm con soporte con factores estimulantes versus Gemcitabina/Capecitabina versus Gemcitabina según el estado funcional, edad y comorbilidades. Se valorará realizar tratamientos neoadyuvantes dada el aumento de morbi-mortalidad por cirugía en la pandemia por Covid-19.

2.-Enfermedad Borderline/Localmente avanzada: se planteará en función de estado funcional y comorbilidad un esquema neoadyuvante con FOLFIRINOXm con soporte de factores estimulantes versus gemcitabina/nabpaclitaxel. Se planteará un tratamiento neoadyuvante con QT de inducción seguido de CRT, en función de la tolerancia/respuesta obtenida y lista de espera quirúrgica.



3.-Enfermedad Avanzada: se priorizará en función del estado funcional y comorbilidades, el inicio de una primera línea. El inicio de una segunda línea queda relegado a la situación funcional y respuesta/tolerancia de la primera línea.

TUMORES VÍAS BILIARES

1.-Adyuvancia: Valorar tratamiento adyuvante cuidadosamente dado su beneficio controvertido.

2.-Enfermedad Localmente Avanzada: Se propondrá un tratamiento neoadyuvante con platino/gemcitabina con soporte con factores estimulantes en función de las comorbilidades del paciente y estado funcional.

3.- Enfermedad Avanzada: se evaluará su inicio, en pacientes sin comorbilidad y con buen estado funcional (ECOG 0-1) con platino/gemcitabina. Se ponderará el empleo de factores estimulantes en función del caso.

HEPATOCARCINOMA

1.- Enfermedad Avanzada: Se individualizará un tratamiento con TKI en función de estado funcional, comorbilidad.