

## RECOMENDACIONES SEOM

1. No iniciar tratamientos de quimioterapia potencialmente inmunosupresora en pacientes con infección COVID-19, sospecha de infección o historia de contacto de riesgo.
2. No iniciar tratamientos de quimioterapia potencialmente inmunosupresora en pacientes en los que la demora de 2-3 semanas no suponga un riesgo cierto para el paciente. Recomendamos citar al paciente en 2-3 semanas para reevaluar la situación, de modo telemático.
3. En pacientes en tratamiento dentro de ensayos clínicos, se deben seguir estrictamente las recomendaciones del protocolo, utilizando las posibilidades de retrasar o ajustar las dosis que ofrece el mismo para adaptarlas a la situación asistencial y epidemiológica. En cualquier caso, recordar la obligación del investigador de tomar en todo momento las decisiones más adecuadas para la salud y seguridad del paciente.

Algunas orientaciones para la toma de decisiones:

- Suspender temporalmente o minimizar dosis de tratamientos claramente inmunosupresores, siempre que la situación del paciente lo permita.
- En las circunstancias actuales, antes de decidir si se debe administrar o no un tratamiento sistémico, se debe considerar el beneficio frente al riesgo asociado a la posibilidad de contagio por el SARS-CoV-2 y sus potenciales consecuencias, especialmente la necesidad de requerir ingreso hospitalario por complicaciones graves.
- En caso de administrar quimioterapia mielotóxica, recordar la necesidad de incluir tratamiento de soporte con factores estimulantes de colonias.
- En todo paciente que reciba tratamiento sistémico durante la fase pandémica de la infección por el SARS-CoV-2 se debe incluir en el consentimiento informado la posibilidad de aumento del riesgo de contagio, y de efectos secundarios y complicaciones relacionados con la infección.

**Recomendaciones SOGUG para tumores genitourinarios, basadas en indicaciones actuales, sólo aplicables a la situación de alto riesgo de enfermedad COVID-19, y que se deben readaptar a tratamiento estándar posteriormente.**

De forma general, se priorizará la consulta telefónica con valoración clínica y de pruebas complementarias para evitar desplazamientos del paciente, y la utilización de los esquemas con menor toxicidad.

**Carcinoma urotelial musculo infiltrante:**

- La quimioterapia (QT) neoadyuvante es un tratamiento estándar, especialmente en casos en los que se vaya a demorar la cirugía. Incluso se puede valorar administrar algún ciclo adicional a los habituales cuando se pueda demorar la cirugía. La QT adyuvante es útil en pacientes con alto riesgo de recaída. Se puede demorar su inicio hasta 8-10 semanas tras la cirugía, especialmente en pacientes con comorbilidad o criterios de fragilidad.
- En el tratamiento de la enfermedad avanzada, se debe valorar un retraso en el inicio del tratamiento de primera y segunda línea, salvo en pacientes sintomáticos o con urgencia terapéutica (individualizar). En pacientes en respuesta parcial o completa, se puede retrasar o suspender el tratamiento.
- Como esquema de quimioterapia se recomienda Cisplatino – Gemcitabina por ser menos mielosupresor, pero no esquemas de dosis densas ni tripletes. Se deben valorar ajustes de dosis o suspensión de la dosis del día 8 (para reducir visitas y riesgo de mielosupresión), y añadir GCSF. En pacientes que no puedan recibir cisplatino, y requieran iniciar tratamiento, se recomienda utilizar carboplatino con ajuste de dosis y empleo de GCSF, valorando como alternativa inmunoterapia en tumores PDL1+, en función de las posibilidades de acceso en cada centro.
- Para el tratamiento de segunda línea se recomienda la utilización de inmunoterapia. Se pueden prolongar los intervalos entre dosis para reducir visitas. En pacientes con antecedentes de toxicidad en ciclos previos, valorar suspender la dosis para reducir el riesgo de acudir a urgencias y/o de necesitar corticoides. De forma general es aconsejable no iniciar un tratamiento de QT de tercera línea, o retrasar el tratamiento ya iniciado.

### **Carcinoma de células renales:**

- En enfermedad localizada T1 se puede demorar la cirugía y realizar vigilancia. Para el resto, se recomienda tratamiento quirúrgico. No existe indicación de tratamiento sistémico ante la demora de cirugía. Valorar derivación a otro centro.
- En enfermedad avanzada con criterios de buen pronóstico según la clasificación IMDC, se puede demorar el inicio de tratamiento en pacientes asintomáticos con baja carga tumoral y lento crecimiento. En el resto, se recomienda iniciar tratamiento con inhibidores tirosinkinasa (ITK), eligiendo fármacos o esquemas con bajo perfil de toxicidad. Para pacientes con pronóstico intermedio – alto, no se recomienda nefrectomía durante la época de pandemia. Las combinaciones de inmunoterapia o inmunoterapia más ITK no están contraindicadas, pero tienen mayor riesgo de toxicidad, de ocasionar más visitas al hospital, y de precisar tratamiento con corticoides, por lo que no parecen aconsejables en época de alto riesgo de contagio. En pacientes con tratamiento estable con ITK en monoterapia durante más de tres meses, y sin toxicidad, se aconseja control telefónico, y valorar suspensión del mismo en pacientes con tratamientos prolongados, enfermedad en remisión y/o con toxicidad concomitante. En segunda y tercera línea se pueden utilizar cabozantinib o nivolumab. Cuando se utilice nivolumab, se recomienda utilizar la dosis de 480 mg cada 28 días. No se debería iniciar una cuarta línea de tratamiento salvo en situaciones excepcionales.

### **Carcinoma de próstata**

- En enfermedad localizada de bajo riesgo se puede demorar varias semanas el tratamiento local hasta pasada la pandemia, para evitar desplazamientos o ingreso hospitalario que impliquen mayor exposición. En pacientes con tumores de riesgo intermedio – alto, se puede iniciar tratamiento con terapia de privación androgénica (TPA) y demorar el tratamiento local radical. Cuando se use radioterapia (RT), considerar hipofraccionamiento.
- En enfermedad metastásica hormono-sensible, se debe iniciar TPA. La introducción de un fármaco adicional se recomienda en los primeros 4 meses tras el inicio de la TPA, pero se podría demorar algo más en función de la situación de la pandemia. La elección del tipo de fármaco se hará según criterios habituales, y considerando el riesgo de mielosupresión asociado a docetaxel, la necesidad de controles analíticos con abiraterona, y el efecto inmunosupresor de la prednisona. Para reducir visitas al hospital, se recomienda retrasar el

tratamiento de RT sobre el tumor primario (en pacientes con bajo volumen metastásico), o sobre enfermedad oligometastásica. No se debería retrasar la RT paliativa considerada urgente, valorando las opciones de hipofraccionamiento.

- En carcinoma de próstata resistente a castración se recomienda de forma general el uso de agentes hormonales de nueva generación. En pacientes en tratamiento estable y en respuesta, se pueden reducir visitas al hospital con la consulta telefónica, dispensación de varios envases, o entrega de medicación a domicilio. Es aconsejable no iniciar o retrasar tratamientos con quimioterapia miosupresora durante la pandemia, salvo en situaciones de necesidad terapéutica en las que el riesgo esté justificado (pacientes sintomáticos o con alto riesgo de progresión clínica que amenace la vida o asocie complicaciones tumorales graves). En estos casos se recomienda añadir GCSF y utilizar dosis de docetaxel de 60 mg/m<sup>2</sup>, y 20 mg/m<sup>2</sup> de cabazitaxel, preferentemente sin prednisona.