

CONSENSO

Recomendaciones para el cuidado de pacientes con cáncer y neoplasias hematológicas en el estado de pandemia COVID-19 en Colombia

Care recommendations for patients with cancer and hematological neoplasms amid the COVID-19 pandemic in Colombia

Aylen Vanessa Ospina-Serrano^{a,b,c}, Virginia Abello-Polo^{a,d,e,f}, Bonell Patino-Escobar^{a,g}, Javier Ignacio Godoy-Barbosa^{a,h}, Jaime Gonzalez^{a,i}, Henry Idrobo^{a,j,k}, Diego Lopera^{a,l}, Humberto Martínez-Cordero^{a,m}, Mario Fernando Quintero-Ocaris^{a,n,o}, Javier Segovia^{a,p}, Carlos Vargas^{a,q,r}, Andrés Yepes^{a,s,t}

Fecha de sometimiento: 19/06/2020, fecha de aceptación: 20/07/2020

Disponible en internet: 16/10/2020

<https://doi.org/10.35509/01239015.701>

Abstract

In response to the Covid-19 pandemic, declared in March 2020 by the World Health Organization (WHO), the Colombian Association of Hematology and Oncology (ACHO) has been issuing communications aimed at providing guidance to health professionals involved in the treatment of hematological and oncological patients.

Considering the pandemic mitigation phase we are currently facing, and the government's approach to progressively tapering-off the quarantine, we deem it important to release a new update.

These recommendations are not intended to impose a single conduct, since we understand that each case has particular characteristics and therefore it must be acted upon by individualizing each specific situation. The recommendations are based on documents issued by well-known cancer and hematological scientific associations, and are subject to change as more information becomes available.

Keywords: COVID-19; Oncology; Hematology; Care; Pandemic.

Resumen

Ante la pandemia COVID 19, declarada en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO) hemos venido emitiendo comunicaciones destinadas a orientar a los profesionales de la salud implicados en el tratamiento de pacientes hematológicos y oncológicos.

Consideramos importante realizar una nueva actualización dada la fase de mitigación de la pandemia que actualmente estamos enfrentando y ante el planteamiento gubernamental de desescalonamiento progresivo, de la cuarentena.

Estas recomendaciones no pretenden imponer una conducta única pues entendemos que cada caso es particular y debe actuarse individualizando a cada situación específica. Están basadas en documentos emitidos por asociaciones científicas oncológicas y hematológicas reconocidas y son susceptibles de sufrir modificaciones a medida que se disponga de mayor información.

Palabras clave: COVID-19; Oncología; Hematología; Cuidados; Pandemia.

^a Junta directiva, Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO), Bogotá, D. C., Colombia

^b ICCAL Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D. C., Colombia

^c Universidad de Los Andes, Bogotá, D. C., Colombia

^d Servicio de Hematología, Hospital de San José, Bogotá, D. C., Colombia

^e Facultad de Medicina, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D. C., Colombia

^f Servicio de Hematología, Clínica del Country, Bogotá, D. C., Colombia

^g Department of Laboratory Medicine, University of California San Francisco (UCSF), San Francisco, USA

^h Servicio de Oncología, Clínica de Marly, Bogotá, D. C., Colombia

ⁱ Servicio de Hemato-Oncología, Oncólogos del Occidente SAS, Armenia, Colombia

^j Facultad de Medicina, Universidad Del Valle, Cali, Colombia

^k Facultad de Medicina, Universidad Libre, Cali, Colombia

^l Servicio de Hemato-Oncología, Oncólogos del Occidente SAS, Manizales, Colombia

^m Unidad de Hematología y Trasplante de Médula Ósea, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., Bogotá, D. C., Colombia

ⁿ Servicio de Hematología, E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, Colombia

^o Servicio de Hematología, Clínica de Cancerología de Norte de Santander, Cúcuta, Colombia

^p Servicio de Hematología y Oncología, Hospital Militar Central, Bogotá, D. C., Colombia

^q Servicio de Oncología, Clínica del Country, Bogotá, D. C., Colombia

^r Fundación para la Investigación Clínica y Molecular Aplicada al Cáncer (FICMAC), Bogotá, D. C., Colombia

^s Servicio de Oncología, Hospital San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

^t Servicio de Oncología, Clínica Astorga, Medellín, Colombia

Autor para correspondencia: Virginia Abello Polo **Correo electrónico:** virginia.abello@gmail.com

Introducción

Ante la pandemia COVID-19, declarada en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO) hemos venido emitiendo comunicaciones destinadas a orientar a los profesionales de la salud implicados en el tratamiento de pacientes hematológicos y oncológicos. El primer caso de COVID-19 se confirmó en Colombia el 6 de marzo de este año, y ACHO realizó su primer comunicado el 22 del mismo mes. A julio en Colombia se han documentado 128.638 casos y 4.527 han fallecido, para una tasa de letalidad del 3,5% (75 muertes por millón de habitantes). De los pacientes fallecidos, el Instituto Nacional de Salud reporta que 153 tienen como comorbilidad cáncer (1). No conocemos a la fecha ninguna publicación local sobre la situación del cáncer en el país durante la pandemia; sin embargo, conocemos ya de comunicaciones verbales sobre la afectación de pacientes hematooncológicos en algunos centros del país. Consideramos importante realizar una nueva actualización dada la fase de mitigación de la pandemia que actualmente estamos enfrentando y ante el planteamiento gubernamental de descalonamiento progresivo de la cuarentena. Estas recomendaciones no pretenden imponer una conducta única pues entendemos que cada caso es particular y debe actuarse individualizando a cada situación específica. Están basadas en documentos emitidos por asociaciones científicas oncológicas y hematológicas reconocidas y son susceptibles de sufrir modificaciones a medida que se disponga de más información.

PUNTOS CLAVE

- Durante el estado de pandemia es fundamental evaluar riesgo-beneficio de los tratamientos oncológicos e insistir en la importancia de no aumentar la morbimortalidad por cáncer al demorar los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento cuando estos están indicados.
- Se debe hacer énfasis en tomar medidas para minimizar la exposición de los pacientes oncológicos al SARS-CoV-2; con el fin de evitar contagio durante la consulta, visitas a la unidad de oncología y hospitalización.
- Se deben tomar todas las precauciones de bioseguridad necesarias para evitar el contagio del personal de salud.
- Es prioritario evitar administrar tratamientos mielo/inmunosupresores a pacientes contagiados o con alto riesgo de contagio y minimizar el riesgo de neutropenia para evitar la combinación sepsis/COVID-19; asimismo, garantizar el acceso a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) de los pacientes con buen pronóstico oncológico que presenten infecciones graves por COVID-19.

RECOMENDACIONES GENERALES

Hasta el momento no hay informes sistemáticos disponibles sobre una mayor incidencia de infecciones asintomáticas por COVID-19 - SARS-CoV-2 en pacientes con cáncer. Sin embargo, los datos limitados de China, y más recientemente de Italia y EE. UU., sugieren un mayor riesgo en esta población (2-4).

La información disponible hasta la fecha indica que las personas mayores de 60 años son más vulnerables a la infección por COVID-19 o SARS-CoV-2, así como los que presenten enfermedades crónicas graves como enfermedades respiratorias, cardiovasculares o renales, diabetes, cáncer activo y/o en progresión y estén en tratamiento inmunosupresor. Por lo tanto, las recomendaciones de las asociaciones científicas internacionales sugieren que durante la pandemia de COVID-19 se evalúe siempre la relación beneficio/riesgo del tratamiento contra el cáncer para cada caso y paciente, haciendo especial énfasis en términos de reducción del riesgo de exposición en pacientes más vulnerables por la presencia de los factores de riesgo ya mencionados (5-7).

Adicionalmente, para la toma de decisiones siempre debe tenerse en cuenta que el retraso y la suspensión de tratamientos oncológicos efectivos puede incrementar el riesgo de la morbilidad y la mortalidad asociada a la progresión del cáncer. Lo mismo sucede con los retrasos en los estudios diagnósticos de los casos nuevos y el tratamiento quirúrgico oncológico (8).

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO Y EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN LOS CENTROS HEMATOLÓGICOS Y ONCOLÓGICOS AMBULATORIOS Y LA CONSULTA EXTERNA

Se recomienda que los servicios de atención ambulatoria de hematología y oncología mantengan de manera estricta las medidas de bioseguridad y las estrategias que reduzcan las visitas innecesarias de los pacientes, propendiendo siempre por minimizar

la exposición, las aglomeraciones y facilitar el distanciamiento social.

Se considera pertinente continuar con la realización de la tele-consulta, de común acuerdo con el paciente y obtener consentimiento informado para realizar la atención bajo esta modalidad, siempre realizando registro del mismo en la historia clínica (5-7,9). La utilización de tele-consulta se encuentra avalada por el numeral 6 de la Resolución 3100 de habilitación que establece que en situación de emergencia sanitaria (Resolución 385 de marzo de 2020) las instituciones prestadoras de salud (IPS) pueden aplicar medidas que permitan manejar y proteger la población que tratan sin necesidad de radicar novedad o esperar visita de habilitación.

En el Decreto 538 del 12 de abril de 2020, el artículo 8 aclara que los pacientes podrán enviar la imagen del documento firmado en el que manifiestan el consentimiento informado y solo cuando esto no sea posible, el profesional tratante dejará constancia en la historia clínica de la situación, aclarando la información brindada al paciente sobre el alcance de la atención y de la aceptación del acto asistencial por parte del mismo, de forma libre, voluntaria y consciente (el consentimiento informado deberá cumplir los requisitos mínimos establecidos en el artículo 7 de la Resolución 2654 de 2020).

Se recomienda en todas las consultas buscar activamente síntomas y definir historial de contacto con enfermos de COVID-19 mediante el cuestionario estandarizado e indagar sobre condiciones de aislamiento y dar recomendaciones sobre cuidados, preferiblemente por escrito (10).

El centro oncológico o hematológico debe tomar las medidas administrativas necesarias para la autorización de paraclínicos sin que el paciente ni sus familiares tengan que acudir a la institución hospitalaria. Es de vital importancia que los aseguradores, entendiendo la situación actual, garanticen los métodos de autorización de estudios, procedimientos y el despacho de medicamentos sin que los pacientes ni sus familiares tengan que asistir a las instalaciones físicas de la entidad y minimicen los trámites relacionados con la atención a los pacientes. Las IPS y las entidades promotoras de salud (EPS) deben implementar mecanismos de autorización interna que eviten al paciente el trámite presencial.

Asimismo, se recomienda continuar limitando al máximo el número de acompañantes en salas de espera para consultas (máximo uno por paciente) y evitar que acudan a las instalaciones aquellos pacientes o familiares que presenten fiebre o síntomas respiratorios.

En cuanto a la consulta de seguimiento, se debe continuar con la consideración de aumentar el tiempo de periodicidad entre controles de pacientes tratados, siempre y cuando la condición clínica lo permita.

En la sala de quimioterapia también se debe continuar con la limitación del número de acompañantes, con las excepciones que se consideren oportunas. Se realizará tamizaje con cuestionario de riesgo y toma de temperatura antes de la administración del tratamiento oncológico (5-7).

Igualmente es pertinente continuar con la modificación de la programación de infusión diaria en las salas de quimioterapia, así como disminuir el número de pacientes y hacer los ajustes necesarios para garantizar que la ocupación permita distancia mínima de 2 metros entre cada paciente.

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Se debe garantizar la limpieza frecuente de superficies de contacto habitual del entorno del paciente y el personal médico y paramédico (5,6,10)

Exigir el uso de tapabocas convencional dentro de todos los espacios de atención ambulatoria del paciente oncológico: al personal médico, al personal paramédico, al personal administrativo, a la celaduría, a los responsables de servicios generales, a los pacientes y a sus familiares.

Hacer tamización de síntomas respiratorios y contactos sospechosos en la sala de espera es una medida crítica para evitar el contagio de otros pacientes y personal de salud. Se sugiere de forma enfática realizar encuesta estandarizada a todos los pacientes a la llegada al centro oncológico (11).

Los pacientes o familiares con síntomas gripales y/o fiebre no deben asistir a las instalaciones de consulta oncológica, al hospital ni a las salas de aplicación de quimioterapia. De igual manera, no deben asistir aquellos que sepan que han estado en contacto con un probable contagiado. Deben informar de su situación por vía telefónica al servicio y al médico tratante, quienes darán instrucciones por esa vía.

Si el paciente presenta síntomas como:

- Fiebre (temperatura mayor de 38,3 °C tomada en la axila).
- Tos persistente.
- Dificultad para respirar.

Debe consultar al Servicio de Urgencias recomendado por su servicio tratante, previa notificación de su condición para seguir el protocolo nacional de atención.

A todos los pacientes se les debe seguir brindando educación para mantener su salud cumpliendo las siguientes recomendaciones:

1. Mantener distanciamiento social estricto y utilizar la comunicación virtual para mantener cercanía social a pesar del distanciamiento físico.
2. Usar tapabocas al asistir al hospital y/o al centro oncológico para visitas y tratamientos, o cualquier otra salida obligatoria.
3. Lavarse frecuentemente las manos de acuerdo con las indicaciones de la OMS.

RECOMENDACIONES PARA EL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO

- Se debe mantener la suspensión de las reuniones médicas y juntas médicas presenciales. De ser necesarias, se debe mantener una distancia mínima de un metro entre los participantes y limitar el número de asistentes, asimismo, garantizar el uso de tapabocas de manera permanente durante la reunión.
- Usar mascarillas quirúrgicas y monogafas en todos los espacios de consulta externa. En caso de realizar procedimientos y/o tener exposición a aerosoles uso de mascarilla N95, monogafas y/o careta de protección y gorro.
- Extremar al máximo las medidas de higiene de manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica.
- Continuar con el uso de uniforme quirúrgico y bata desechable o de tela antifuído.
- Minimizar la deambulaci3n innecesaria por el hospital y mantener la distancia entre personas.

- El personal médico o paramédico que haya tenido contacto con un caso confirmado y no tenga síntomas, debe realizar notificación y tomar medidas de aislamiento preventivo.
- Cualquier médico o paramédico que presente síntomas respiratorios debe comunicárselo de forma urgente a su supervisor vía telefónica. Abstenerse de acudir al puesto de trabajo. Siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, se debe realizar prueba RT-PCR de hisopado naso u orofaríngeo. Si la prueba es positiva, debe permanecer en aislamiento obligatorio por lo menos 14 días y deberá repetir la misma prueba al día 14. Si la segunda prueba es negativa se puede reincorporar al trabajo, si es positiva, se debe considerar nueva prueba al día 21 o 28 del contacto.
- Dada la importancia del personal de salud en la transmisión nosocomial de la enfermedad, con todas las implicaciones que esto trae, en especial en el momento del pico de infecci3n en que hasta el 20% de los trabajadores pueden resultar afectados (12,13). Se recomienda el tamizaje de quienes atienden pacientes con patologías oncológicas. En la medida de que se dispongan de las pruebas y de acuerdo con la capacidad de cada instituci3n y laboratorio se recomienda tamizaje al personal de salud asintomático con prueba serológica rápida de Acs Ig M e Ig G quincenalmente de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud. Según el tamaño y la capacidad de la instituci3n podría hacerse máximo cada 28 días (10).
- Al llegar a casa, evitar el contacto inmediato con familiares, retirar las prendas y llevar a lavado inmediato. Tomar ducha antes de interactuar con su familia.

SELECCI3N DEL TRATAMIENTO SISTÉMICO ONCOLÓGICO

Desde las asociaciones científicas se ha recomendado caracterizar a los pacientes según sus factores de riesgo y diagnóstico oncológico, así como intenci3n del tratamiento para definir la administraci3n de las terapias.

Desde ASCO (American Society of Clinical Oncology), se ha recomendado clasificar a los pacientes en dos grupos (5).

- a. Pacientes sin tratamiento oncológico activo: son aquellos que completaron un tratamiento y/o cuya enfermedad se encuentra controlada y se encuentran en seguimiento o estrategia watch and wait / vigilancia clínica.
- b. Pacientes candidatos a tratamiento oncológico activo neoadyuvante/adyuvante o curativo, o tratamiento para enfermedad metastásica, inducciones y consolidaciones para leucemias, linfomas, mielomas: estos pacientes con enfermedad activa son elegibles para cirugía, quimioterapia y / o radioterapia, terapia biológica, terapia endocrina e inmunoterapia.

Adicionalmente, las recomendaciones de ESMO (European Society of Medical Oncology) (6), incluyen caracterizar a los pacientes con cáncer, en categorías de riesgo así:

- * Pacientes que reciben quimioterapia o que han recibido quimioterapia en los últimos 3 meses.
- * Pacientes que reciben radioterapia extensa.
- * Personas que han tenido trasplantes de médula ósea o células madre en los últimos 6 meses, o que todavía están tomando medicamentos inmunosupresores.
- * Personas con algunos tipos de neoplasias hematológicas incluso si no han necesitado tratamiento (por ejemplo, leucemia linfocítica crónica, linfoma de bajo grado o mieloma).

Adicionalmente, según el beneficio clínico de los tratamientos, se divide a los pacientes en 3 grupos para la toma de decisiones terapéuticas (14):

a. Prioridad alta

Paciente con condición potencialmente mortal, clínicamente inestable y/o con magnitud del beneficio que califica la intervención como de alta prioridad (por ejemplo, ganancia de supervivencia global [SG] significativa y/o mejora sustancial en la calidad de vida [QoL]).

b. Prioridad media

Paciente con condición no crítica, pero donde un retraso de más de 6 semanas podría afectar el resultado general y/o la magnitud del beneficio.

c. Prioridad baja

Paciente con condición estable, en quienes la condición clínica permite que los servicios puedan retrasarse durante la pandemia de COVID-19 y/o la intervención no sea prioritaria en función de la magnitud del beneficio (por ejemplo, no hay ganancia de supervivencia global, sin cambios ni reducción de la calidad de vida).

Después de realizar la clasificación del paciente, para los que sean candidatos a tratamiento activo, se recomienda hacer las siguientes consideraciones:

RECOMENDACIONES GENERALES PARA TODOS LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO SISTÉMICO ONCOLÓGICO

- Se debe identificar a los pacientes en que se pueda cambiar la quimioterapia IV a terapias orales, para disminuir la frecuencia de las visitas a la clínica, teniendo en cuenta que se requiere una mayor vigilancia por parte del equipo de atención médica para asegurarse de que los pacientes estén tomando sus medicamentos correctamente.
- Distanciar la periodicidad de administración de los esquemas de tratamiento hematológico u oncológico en los casos en que exista evidencia científica de que cambiar la densidad de la dosis mantiene la efectividad.
- Considerar una vigilancia más intensiva durante el tratamiento para pacientes con mayor riesgo de complicaciones por COVID-19 como son: pacientes de mayor edad, con comorbilidades, con cáncer de pulmón, sometidos a cirugía pulmonar previa y pacientes con enfermedades y neoplasias hematológicas sometidos recientemente a tratamiento mieloablativo/inmunosupresor.
- Tomar medidas intensivas para evitar la diseminación nosocomial.
- No iniciar tratamientos de quimioterapia potencialmente inmunosupresora en pacientes con sospecha de infección por COVID-19 o historia de contacto de riesgo.
- Siempre que se administre quimioterapia mielotóxica, con riesgo de neutropenia >10%, considerar el soporte con factores estimulantes de colonias.

- En todo paciente que reciba tratamiento oncológico sistémico durante la pandemia COVID-19, se debe incluir en el consentimiento informado la posibilidad de aumento del riesgo de contagio, efectos secundarios y complicaciones relacionados con la infección.
- Discutir con los radioterapeutas oncólogos la posibilidad de ofrecer esquemas cortos o hipofraccionados equivalentes de radioterapia que tengan evidencia científica para el tratamiento de los pacientes (5-7,15,16).

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LOS PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS

Pacientes con tumores sólidos en tratamiento con intención curativa/adyuvante o neoadyuvante

- Es pertinente priorizar las terapias adyuvantes en los pacientes con tumores resecados de alto riesgo de recidiva en quienes se espera un beneficio absoluto en la supervivencia.
- En caso de necesidad de cirugía oncológica con intención curativa, se debe evaluar cada caso y hacer determinaciones individuales basadas en los daños potenciales de retrasar la cirugía relacionada con el cáncer a tratar.
- En algunos escenarios, los retrasos o las modificaciones del tratamiento adyuvante pueden presentar un mayor riesgo de control de la enfermedad y de la supervivencia a largo plazo que en otros. Se debe individualizar cada caso para tomar la decisión de indicar el tratamiento.
- En los casos en que el beneficio absoluto de la quimioterapia adyuvante sea marginal y donde hay opciones no inmunosupresoras disponibles (por ejemplo, terapia hormonal en cáncer de mama RH positivo en estadio temprano), el riesgo de infección con COVID-19 puede considerarse como un factor adicional de riesgo, por lo cual es pertinente sopesar las diferentes opciones disponibles para el paciente (5-7, 11, 17).

Pacientes con tumores sólidos en tratamiento con intención paliativa

- En los pacientes con respuesta tumoral parcial o completa, clínicamente estables, considerar suspender el tratamiento, según cada caso y los factores de riesgo de cada paciente.

- Las decisiones sobre la modificación o la suspensión de la quimioterapia deben incluir la consideración de la indicación para la quimioterapia, tipo de neoplasia y los objetivos de la terapia, así como la ubicación geográfica del paciente en el curso del tratamiento y la toxicidad asociada.
- En los pacientes que reciben terapias de soporte para enfermedad metastásica ósea, se debe considerar diferir la administración del tratamiento (5-7).

Pacientes en ensayos clínicos

- 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. El investigador siempre debe tomar las decisiones más adecuadas para la salud y la seguridad del paciente (5,6).

Tamizaje para SARS-CoV-2 en los pacientes con tumores sólidos previo al tratamiento oncológico

No existe a la fecha suficiente información para hacer recomendaciones contundentes respecto al uso de pruebas de tamizaje para SARS-CoV-2 en pacientes asintomáticos con cáncer. Sin embargo, teniendo en cuenta el alto riesgo de morbi-mortalidad de un paciente que recibe quimioterapia inmunosupresora, es pertinente tomar todas las medidas necesarias para evitar iniciar tratamiento en presencia de una infección asintomática. Además, para evitar el contagio nosocomial del personal de salud y de otros pacientes en las salas de quimioterapia (5-7,18).

Estas son las recomendaciones más recientes de las sociedades científicas oncológicas en cuanto al tamizaje de los pacientes con cáncer:

- La European Cancer Organisation (ECCO), ASCO (5) y ESMO (6) recomiendan, además de realizar el cuestionario de riesgo de infección y toma de temperatura, realizar prueba de RT-PCR SARS-CoV-2 a todos los pacientes sometidos a quimioterapia o inmunoterapia, si es factible, idealmente 48 a 72 horas antes de cada tratamiento/ciclo. Igualmente, a los

pacientes que serán sometidos a cirugía y/o a radioterapia.

- En una experiencia reportada por un grupo francés, se realizó tamización RT-PCR y serología a todos los pacientes con cáncer; de 85, solo 10 (12%) tuvieron RT-PCR positiva y 5 (6%) anticuerpos positivos. Este grupo comparó la tasa de seroconversión a los 15 días de una RT-PCR positiva de los pacientes con cáncer, con 244 trabajadores de la salud y demostró que la tasa de seroconversión fue significativamente más baja en pacientes con cáncer (30%) en comparación con trabajadores de la salud sanos (71%) ($p=0,04$) (19). De acuerdo a estos hallazgos, además de las dificultades de interpretación y sensibilidad de las pruebas serológicas en pacientes asintomáticos, se considera que no son recomendadas en pacientes con cáncer (20).

Se considera que esta recomendación es útil para nuestros pacientes en Colombia. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la realización de la RT-PCR SRAS-CoV-2 está sujeta a la disponibilidad en cada centro, dentro del orden de prioridades en que se encuentre cada institución y la oportunidad de los resultados. Siempre se debe garantizar hacer un uso racional de los recursos disponibles y no someter a los pacientes a demoras en sus tratamientos.

Las pruebas que se empleen deben ser avaladas por las agencias regulatorias nacionales para que tengan el adecuado soporte de su utilidad y se respalde su uso.

Tamizaje específico en los pacientes con tumores sólidos previo a realización de cirugía oncológica

El tamizaje recomendado preoperatorio de infección por SARS-CoV-2 incluye: la historia epidemiológica (contactos con casos en los últimos 14 días), el cuestionario de detección de síntomas (anexo) y la prueba de detección de SARS-CoV-2 mediante PCR en muestra nasofaríngea 48-72 horas previo al procedimiento. En caso de discrepancia clínica y paraclínica o en pacientes con PCR indeterminada se recomienda toma de TAC de tórax, que puede ser de gran utilidad en el diagnóstico de COVID-19 por su elevada sensibilidad.

Siempre debe tenerse en cuenta que la realización de la prueba de detección mediante PCR está sujeta a la disponibilidad en cada centro, dentro del orden de prioridades en que se encuentre cada institución y garantizando hacer un uso racional de los recursos disponibles. En caso de no poderse realizar por falta de recursos o priorización de estos, se ha planteado que puede realizarse el tamizaje mediante la realización de un TAC de tórax preoperatorio y, en su defecto, de una ecografía o de una radiografía de tórax (5, 21-27).

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LOS PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

Los pacientes con neoplasias hematológicas que reciben tratamientos inmunosupresores y mieloablativos, tienen mayor riesgo de presentar complicaciones relacionadas con COVID-19, además del riesgo de bacteremia que implican estos tratamientos, que terminan en aumento de la ocupación hospitalaria y posible estancia en UCI. En ese orden de ideas, es prioritario detectar la infección antes de iniciar cualquiera de estos tratamientos.

Recomendaciones generales

- Se debe insistir con los pacientes y sus familiares en su vulnerabilidad ante la infección y se deben extremar las recomendaciones generales para evitar el contacto con el SARS-CoV-2 (5, 18, 28-30).
- No se deben suspender o demorar tratamientos en pacientes con enfermedades activas que lo requieran.
- Se deben optimizar los circuitos de circulación de los pacientes por el hospital para evitar la exposición (aislamiento en lo posible de las zonas de consulta de las zonas hospitalarias) (31).
- Cuando sea posible disminuir la dosis de esteroides y preferir terapias orales sobre las endovenosas.
- En todas las consultas y en especial antes de la hospitalización para tratamiento oncológico realizar la encuesta de salud y vigilancia epidemiológica (adjunta).

Población de priorizada para realización de pruebas de detección SARS-CoV 2

Se recomienda la búsqueda activa de infección por SARS-CoV-2 con RT-PCR por la baja sensibilidad de las pruebas serológicas, en pacientes asintomáticos hematológicos (5,18,32,33). El reporte de dichos estudios debe estar disponible para poder tomar decisiones máximo 48-72 horas después de haber sido obtenida la muestra, para no poner en riesgo la vida del paciente y exponerlo a riesgo de infecciones intrahospitalarias al no iniciar tratamiento requerido de forma oportuna.

Si la condición de la institución lo permite, los pacientes con neoplasias hematológicas que ingresan a hospitalización deberían permanecer en un área separada del piso de hematología hasta no tener el reporte de RT-PCR negativa (31).

Idealmente, en todos los pacientes mencionados a continuación, debe considerarse realizar las pruebas para SARS-COV-2 y se debe priorizar según el riesgo de complicaciones, teniendo en cuenta que probablemente algunas instituciones tengan limitaciones para realizarlas.

Prioridad 1:

- Pacientes hospitalizados con neoplasias hematológicas y síntomas respiratorios o contacto estrecho con un paciente con diagnóstico conocido de COVID-19 o síntomas sugestivos en los últimos 14 días.
- Pacientes sintomáticos que vienen de instituciones de cuidados crónicos, otras instituciones hospitalarias o reclusos con neoplasias hematológicas, anemias de células falciformes u otras enfermedades de alto riesgo.
- Pacientes asintomáticos con diagnóstico reciente de leucemia aguda o síndrome mielodisplásico (SMD) de alto riesgo, que vayan a iniciar tratamiento mieloablato de inducción (34).
- Pacientes asintomáticos con diagnóstico reciente de linfoma de Burkitt y linfoblástico que requieren regímenes similares a los usados en leucemias agudas.

- Pacientes asintomáticos con aplasia medular con indicación de terapia activa con trasplante o inmunosupresora.
- Pacientes con neoplasias hematológicas que requieran hospitalización por complicaciones relacionadas con la quimioterapia, en especial quienes consultan con neutropenia febril.
- Todo candidato a receptor de alo-TPH, receptores de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, pacientes oncohematológicos antes del inicio o que estén bajo tratamiento con quimioterapia intensiva, con neutropenia y/o que vayan a recibir o hayan recibido fármacos que produzcan linfopenia (fludarabina, ATG, alemtuzumab, etc).
- Pacientes asintomáticos que vayan a recibir quimioterapias de consolidación para leucemias.
- Los pacientes con alto riesgo por comorbilidades o edad >60 años, en quienes se esté planeando el inicio de quimioterapia mielosupresora.

Prioridad 2:

- Mieloma múltiple/macroglobulinemia de Waldenström/leucemia células plasmáticas/amiloidosis de diagnóstico reciente o recaída que requiera protocolos altamente inosupresores (dosis altas de esteroides).
- Pacientes con linfomas agresivos o en recaída que requieran terapias con platinos o dosis altas de MTX y/o citarabina, altamente aplasiantes.

Prioridad 3:

- Linfoma de Hodgkin ABVD o similares si han tenido contactos sospechosos.
- Linfoma no Hodgkin CHOP o similares si han tenido contactos sospechosos.
- SMD de bajo riesgo o neoplasias mieloproliferativas crónicas (MPC) si han tenido contactos sospechosos

No requieren pruebas a menos de que hayan tenido contacto estrecho (según criterios del Ministerio de Salud) sospechosos o estén sintomáticos los pacientes con leucemias crónicas de diagnóstico

inicial o en manejo crónico, con mieloma múltiple en mantenimiento y pacientes asintomáticos en remisión.

Pacientes candidatos a tratamiento activo

- Pacientes que requieren tratamiento de inducción para leucemias agudas, con diagnóstico de linfoma y mieloma o aplasia severa de médula ósea recién diagnosticados, se debe ofrecer tratamiento prioritario, enfatizando en la importancia de tomar todas las medidas ya mencionadas para evitar el contagio por COVID-19, la combinación de bacteriemia con esta infección y el tratamiento mieloablatoivo con una infección COVID-19 inadvertida.
- Pacientes con neoplasias hematológicas indolentes (MM indolente de alto riesgo, MM con recaída bioquímica sin CRAB, linfoma folicular con baja carga tumoral, etc.) en quienes de otra forma se hubiera considerado un tratamiento temprano; se recomienda posponer el inicio de la terapia sistémica hasta cuando sea estrictamente necesario (32, 35-37).
- En los pacientes con neoplasias hematológicas en terapia de mantenimiento o consolidación (38):
 - Evaluar riesgo/beneficio de los tratamientos de mantenimiento en cada caso particular.
 - Realizar modificaciones a la terapia de mantenimiento destinadas a disminuir la necesidad de acceso a servicios de salud.
 - Considerar suspender los mantenimientos para linfoma folicular, linfoma del manto y linfoma marginal.
 - Considerar cambio de mantenimiento con bortezomib o carfilzomib a terapias orales si el perfil del paciente lo permite (no refractarios a lenalidomida o neuropatía que contraindique talidomida, ixazomib cuando esté disponible).
- Si la prueba SARS-CoV-2 con RT-PCR es positiva se recomienda retrasar la terapia sistémica y si hay síntomas se podría administrar quimioterapia intratecal. Es recomendable demorar la administración de quimioterapia y establecer el momento en el que se reinicie el tratamiento basado en una nueva prueba molecular (RT-

PCR) con resultado negativo, no antes de 14 días.

- En muchos sitios del país y por condiciones particulares de los centros la realización de la prueba no será posible. En esos casos se recomienda buscar de forma cuidadosa la presencia de síntomas, nexos epidemiológicos mediante la encuesta anexa y realizar un TAC de tórax antes de iniciar el tratamiento.
- Para pacientes con prueba negativa y sin síntomas de COVID-19, se debe iniciar la terapia con intención curativa, ya que una demora se asocia con desenlaces fatales.

Candidatos a trasplante de progenitores hematopoyéticos y pacientes trasplantados

- Todos los procedimientos de trasplante deben ser precedidos de una prueba RT-PCR negativa para el donante y el receptor, con vigencia máxima de una semana antes de iniciar cualquier procedimiento de trasplante, siempre y cuando se hayan cumplido las condiciones de estricto aislamiento después de la toma de la muestra.
- Se recomienda en caso de confirmarse la infección por SARS-CoV 2 por PCR, en un paciente con alto riesgo de recaída, postergar todos los procedimientos hasta que el paciente esté completamente asintomático y tenga al menos dos pruebas de PCR negativas separadas al menos por una semana (tiempo mínimo de postergación del trasplante 14 días). Para pacientes de menor riesgo de recaída (por ejemplo, con enfermedad controlada en primera remisión), se podría considerar un retraso hasta de 21 días (IETS- ACIN).
- Tener en cuenta de forma individualizada las condiciones propias del paciente en relación con su riesgo de complicaciones y recaída, y por otra parte las condiciones del centro trasplantador relacionadas con el acceso a pruebas, los componentes sanguíneos y la capacidad hospitalaria.
- Considerar diferir o suspender trasplantes de consolidación en mieloma u otras patologías donde el beneficio en términos de supervivencia global sea marginal.

- Considerar suspender AutoPTH en pacientes con linfoma del manto que hayan recibido ARA-C en la primera línea.
 - Considerar no consolidar con AutoTPH pacientes con linfoma en remisión cuya indicación sea alto riesgo (IPI alto, linfomas T, etc.).
 - Considerar limitar la realización de trasplantes alogénicos en poblaciones de alto riesgo de toxicidad y enfermedad injerto contra huésped o que requieran ATG en el acondicionamiento (uso estricto de escalas de comorbilidad y riesgos).
 - Se recomienda en pacientes candidatos a trasplante, con síntomas respiratorios activos, hacer tamizaje para virus respiratorios y prueba específica para SARS-CoV-2/COVID-19. En estos casos, todos los procedimientos relacionados (movilización, recolección de médula ósea, recolección de progenitores hematopoyéticos, acondicionamiento, etc.) deben ser postergados por al menos 14 días y hasta que los síntomas se hayan resuelto completamente independientemente si la prueba resulta negativa (29, 33, 39).
5. ASCO. ASCO Special Report: A guide to cancer care delivery during the COVID-19 PANDEMIC. May 19, 20202020.
 6. ESMO. ESMO Recommendations: Cancer patient management during COVID-19 pandemic. General Introduction. Slides sets [Internet]. 2020.
 7. SEOM. Posicionamiento-Recomendaciones SEOM sobre el cribado serológico previo al inicio de una quimioterapia inmunosupresora durante la pandemia COVID19. Pacientes asintomáticos sin infección conocida. https://seom.org/images/Posicionamiento_TESTS_COVID_QUIMIO.pdf; SEOM 2020.
 8. Kuderer NM, Choueiri TK, Shah DP, Shyr Y, Rubinstein SM, Rivera DR, et al. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study. *Lancet*. 2020;395(10241):1907-18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31187-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31187-9)
 9. AMA. AMA quick guide to telemedicine in practice: <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/ama-quick-guide-telemedicine-practice>; 2020.
 10. Saavedra C. Consenso Colombiano de atención, diagnóstico y manejo de infección por SAR-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Infectio*. 2020;24(3). <https://doi.org/10.22354/in.v24i3.852>
 11. Ueda M, Martins R, Hendrie PC, McDonnell T, Crews JR, Wong TL, et al. Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal. *J Natl Compr Canc Netw*. 2020;1-4. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2020.7560>
 12. Hunter E, Price DA, Murphy E, van der Loeff IS, Baker KF, Lendrem D, et al. First experience of COVID-19 screening of health-care workers in England. *Lancet*. 2020;395(10234):e77-e8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30970-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30970-3)
 13. Quattrone F, Vabanesi M, Borghini A, De Vito G, Emdin M, Passino C. The value of hospital personnel serological screening in an integrated COVID-19 infection prevention and control strategy. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020;1-2. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.242>
 14. Hanna TP, Evans GA, Booth CM. Cancer, COVID-19 and the precautionary principle: prioritizing treatment during a global pandemic. *Nat Rev Clin Oncol*. 2020;17(5):268-70. <https://doi.org/10.1038/s41571-020-0362-6>
 15. ASCO SPECIAL REPORT: A GUIDE TO CANCER CARE DELIVERY DURING THE COVID-19 PANDEMIC. MAY 19, 20202020.
 16. ESMO Recommendations: Cancer patient management during COVID-19 pandemic. General Introduction. Slides sets [Internet]. 2020.
 17. Wang Y, Zhang S, Wei L, Lin Z, Wang X, Wang J, et al. Recommendations on management of gynecological malignancies during the COVID-19 pandemic: perspectives from Chinese gynecological oncologists. *J Gynecol Oncol*. 2020;31(4):e68. <https://doi.org/10.3802/jgo.2020.31.e68>
 18. Kimberly H, Angela C, Arias C, Englund J, Lee M. Infectious Diseases Society of America G8uidelines on the Diagnosis of COVID-192020.

Continuaremos actualizando nuestras recomendaciones de acuerdo con la evolución de la situación de pandemia en el país y la disponibilidad de nueva evidencia científica.

JUNTA DIRECTIVA ACHO

Bibliografía

1. Salud INd. Coronavirus (COVID-19) en Colombia <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>; Instituto Nacional de Salud; 2020.
2. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020;21(3):335-7. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6)
3. Zhang L, Zhu F, Xie L, Wang C, Wang J, Chen R, et al. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Ann Oncol*. 2020;31(7):894-901. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.296>
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

19. Solodky ML, Galvez C, Russias B, Detourbet P, N'Guyen-Bonin V, Herr AL, et al. Lower detection rates of SARS-CoV2 antibodies in cancer patients versus health care workers after symptomatic COVID-19. *Ann Oncol.* 2020; 31(8):1087-8. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.04.475>
20. Saavedra C. Adendo: Actualización Consenso 27/06/2020. Consenso Colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Segunda edición. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Infectio.* 2020;24(3). <https://doi.org/10.22354/in.v24i3.895>
21. AEC, editor. Qué debemos saber los cirujanos en los casos de patología oncológica en el contexto de la pandemia por covid-19 (SARS-CoV-2)? recomendaciones del grupo "Cirugía-AEC-COVID19" de la Asociación española de cirujanos (AEC), versión actualizada 30 marzo2020. Disponible en: https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/dossier_v_1_10.pdf; Asociación Española de Cirujanos; 2020.
22. AEC. Recomendaciones de actuación en cirugía oncológica del área hepatobiliopancreática durante la pandemia COVID-192020.
23. AEC. Recomendaciones de actuación en cirugía oncológica esófago-gástricas durante la pandemia COVID-19 (V3, 2-4-2020)2020.
24. Younes N, Al-Sadeq DW, Al-Jighefee H, Younes S, Al-Jamal O, Daas HI, et al. Challenges in Laboratory Diagnosis of the Novel Coronavirus SARS-CoV-2. *Viruses.* 2020;12(6):582. <https://doi.org/10.3390/v12060582>
25. Di Saverio S, Pata F, Gallo G, Carrano F, Scorza A, Sileri P, et al. Coronavirus pandemic and colorectal surgery: practical advice based on the Italian experience. *Colorectal Dis.* 2020;22(6):625-34. <https://doi.org/10.1111/codi.15056>
26. The Royal College of Surgeons of England. COVID-19: Good Practice for Surgeons and Surgical Teams [internet]; 2020. Disponible en: <https://www.rcseng.ac.uk/standards-and-research/standards-and-guidance/good-practice-guides/coronavirus/covid-19-good-practice-for-surgeons-and-surgical-teams/>
27. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020;395(10223):507-13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
28. von Lilienfeld-Toal M, Vehreschild JJ, Cornely O, Pagano L, Compagno F, Hirsch HH, et al. Frequently asked questions regarding SARS-CoV-2 in cancer patients-recommendations for clinicians caring for patients with malignant diseases. *Leukemia.* 2020;34(6):1487-94. <https://doi.org/10.1038/s41375-020-0832-y>
29. EBMT. Coronavirus Disease EBMT Recommendations.2020; VERSION 8 - MAY 18, 2020.
30. Willan J, King A, Hayes S, Collins G, Peniket A. Care of haematology patients in a COVID-19 epidemic. *Br J Hematol.* 2020; 189(2):241-3. <https://doi.org/10.1111/bjh.16620>
31. Indini A, Aschele C, Cavanna L, Clerico M, Daniele B, Fiorentini G, et al. Reorganisation of medical oncology departments during the novel coronavirus disease-19 pandemic: a nationwide Italian survey. *Eur J Cancer.* 2020;132:17-23. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.03.024>
32. Gavillet M, Carr Klappert J, Spertini O, Blum S. Acute leukemia in the time of COVID-19. *Leuk Res.* 2020;92:106353. <https://doi.org/10.1016/j.leukres.2020.106353>
33. SEEH. Actuación frente a COVID-19 en Receptores de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos y pacientes Oncohematológicos. Versión 5. Abril 22 20202020.
34. ASH. COVID-19 and Acute Myeloid Leukemia: Frequently Asked Questions; 2020.
35. GELTAMO. Recomendaciones del Comité Científico del grupo GELTAMO para el manejo de los pacientes con linfoma durante la crisis del Covid-19 [internet]. Versión 1 (19 marzo 2020). Disponible en: <https://www.sehh.es/covid-19/recomendaciones/123783-recomendaciones-del-comite-cientifico-del-grupo-geltamo-para-el-manejo-de-los-pacientes-con-linfoma-durante-la-crisis-del-covid-192020>.
36. Martínez-Codero H, Martínez LM, Ospina JA, Ruiz Argüelles G, Abello Polo V. Consenso del Grupo Latinoamericano de estudio de Mieloma Múltiple (MM) GELAMM para el manejo del MM en estado de Pandemia SARS CoV-2 / COVID 19 Recomendaciones Basadas en Consenso de Expertos. *Rev Colomb Cancerol.* 2020;22(24).
37. Ospina JA, Martínez-Cordero H, Idrobo QH. CONSENSO Grupo de Estudio Latinoamericano de Linfoproliferativos (GELL) para el manejo del linfoma en estado de pandemia SARS CoV-2 / COVID 19. *Rev Colomb Cancerol.* 2020;22(24).
38. ASH. COVID-19 and Indolent Lymphomas: Frequently Asked Questions; 2020.
39. ASTCT. Interim Guidelines for COVID-19 management in Hematopoietic Cell Transplantation and Cellular Therapy Patients [internet]. Version 1.3. April 16, 2020. Disponible en: [https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/ASBMT/a1e2ac9a-36d2-4e23-945c-45118b667268/UploadedImages/COVID-19 Interim Patient Guidelines 4 20 20.pdf2020](https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/ASBMT/a1e2ac9a-36d2-4e23-945c-45118b667268/UploadedImages/COVID-19%20Interim%20Patient%20Guidelines%204%2020.pdf2020).