

Anexo N° 1: Priorización del Manejo Oncológico Multidisciplinario de Cáncer de Pulmón en el contexto de pandemia por COVID-19

Nivel de prioridad	Medicina	Cirugía	Radioterapia
Alta	Administrar o continuar quimiorradioterapia concomitante para el cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) en estadio I / II	Realizar tratamiento quirúrgico de drenaje +/- pleurodesis de derrame pleural, derrame pericárdico o cuando se sospeche riesgo de taponamiento	Realizar radioterapia para cánceres inoperables en estadio II-III, con contraindicaciones para la quimioterapia
	Administrar o continuar quimioterapia neoadyuvante (que permita aplazar la cirugía por 3 meses) en casos de estadio clínico II		
	Administrar quimioterapia adyuvante en casos T3/T4 ó N2 de pacientes jóvenes (<65 años) y la escala de estado funcional ECOG.	Realizar tratamiento quirúrgico de evacuación de empiemas o abscesos	Realizar quimiorradioterapia concomitante (preferida) o secuencial para el CPCNP inoperable en estadio II / III
	Administrar G-CSF (factor estimulante de crecimiento de colonias) si existe riesgo de neutropenia febril > 10-15%		
	Administrar quimiorradioterapia concomitante o secuencial para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) inoperable en estadio III	Realizar tratamiento quirúrgico en tumores T2N0 sin tratamiento previo o después de quimioterapia de inducción	Realizar quimiorradioterapia concomitante (preferida) o secuencial para la enfermedad limitada por CPCP
	Administrar quimioterapia neoadyuvante en casos de estadio clínico II-IIIa		
	En cáncer de pulmón metastásico, el tratamiento de primera línea incluirá quimioterapia, quimioterapia más tratamiento inmunooncológico, tratamiento inmunooncológico solo o con inhibidores de la tirosinquinasa de acuerdo a las preferencias institucionales	Realizar tratamiento quirúrgico en tumores T3/T4 sin tratamiento previo o después de quimioterapia de inducción dentro del primer mes posterior a su diagnóstico	
	En cáncer de pulmón metastásico, los ciclos programados de anti-PD-(L)1 pueden modificarse/ retrasarse a fin de reducir las visitas clínicas (por ejemplo, a dosis de 4 a 6 semanas en lugar de 2 a 3 semanas para medicamentos seleccionados cuando sea apropiado	Realizar tratamiento quirúrgico en casos de enfermedad resecable N1/N2 sin tratamiento previo o después de quimioterapia de inducción	Realizar radioterapia paliativa en cualquier condición potencialmente mortal que sea susceptible a la misma (Obstrucción de la vena cava superior, hemoptisis significativa, compresión de la médula espinal, dolor óseo significativo, etc)
Considerar quimioterapia neoadyuvante en lugar de terapia adyuvante si no se dispone o hay demoras para la realización del tratamiento quirúrgico local	Realizar procedimientos diagnósticos como mediastinoscopia/ toracoscopia/ biopsia pleural/ endoscopia/ investigaciones transtorácicas para diagnósticos/ evaluación de estadificación.		

Nivel de prioridad	Medicina	Cirugía	Radioterapia
Media	El seguimiento médico entre 02 ciclos de tratamiento debe ser realizado solo si es necesario y por vía telefónica o virtual en todos los estadios de cáncer de pulmón	Realizar intervención quirúrgica, de preferencia, en cáncer de pulmón de células no pequeñas T1AN0	Realizar radioterapia estereotáctica en cáncer de pulmón de células no pequeñas T1AN0 como tratamiento alternativo
	En cáncer de pulmón metastásico, debe indicarse quimioterapia de segunda línea o de esquemas siguientes o terapias inmunooncológicas en pacientes asintomáticos, en ausencia de enfermedad amenazante (volumen/ubicación)		Realizar radioterapia esterotáctica, como alternativa, para evaluación diagnóstica y / o resección de nódulos de hallazgo incidental con: -Nódulo sólido > 500 mm ³ -Nódulo sólido de base pleural > 10 mm -Componente sólido > 500 mm ³ en nódulo parcialmente sólido -VDT conocido <400 días (VDT: Tiempo de duplicación de volumen) -Nuevo componente sólido en nódulo no sólido preexistente
	En cáncer de pulmón metastásico, a los pacientes que continúan con tratamiento inmunooncológico durante más de 12/18 meses se les debe considerar retrasar el siguiente ciclo, omitir algún ciclo programado o en general ampliar los ciclos de tratamiento.		Realizar radioterapia ablativa esterotáctica (SABR)-radioterapia corporal esterotáctica (SBR) para cáncer de pulmón en estadio I
La prolongación de los intervalos de tratamiento o el aplazamiento de las dosis es más razonable en cáncer de pulmón metastásico	Realizar intervención quirúrgica, de preferencia, para evaluación diagnóstica y / o resección de nódulos de hallazgo incidental con: -Nódulo sólido > 500 mm ³ -Nódulo sólido de base pleural > 10 mm -Componente sólido > 500 mm ³ en nódulo parcialmente sólido -VDT conocido <400 días (VDT: Tiempo de duplicación de volumen) -Nuevo componente sólido en nódulo no sólido preexistente	En radioterapia postquirúrgica (PORT) adyuvante para resección R1, si ha sido indicada en pacientes con NSCLC debería considerarse al final de la quimioterapia adyuvante o retrasarse hasta 03 meses después de la cirugía Realizar irradiación craneal profiláctica (PCI) en casos de SCLC después de la cirugía En el caso de lesiones < 3cm, considerar la ablación tumoral percutánea guiada por imagen como tratamiento único	

Nivel de prioridad	Medicina	Cirugía	Radioterapia
Baja	Administrar quimioterapia adyuvante en casos de estadio T1A-T2bN0 con características de pronóstico negativo (infiltración linfovascular, subtipo histológico, etc). El riesgo versus el beneficio potencial debe discutirse individualmente con los pacientes.	Realizar tratamiento quirúrgico, de preferencia, en casos de nódulo GGO (ground-glass opacity) puro (T1a)	Realizar radioterapia estereotáxica, como alternativa, en casos de nódulo GGO (ground-glass opacity) puro (T1a). Su realización puede postergarse durante 06 meses o más
	En caso de pacientes ancianos (>70 años) o con comorbilidades significativas se debe discutir la posibilidad de quimioterapia adyuvante o en su defecto debe ser omitida	Realizar intervención quirúrgica, de preferencia, para evaluación diagnóstica y / o resección de todos los demás nódulos de hallazgo incidental, incluidos también: -Nódulo sólido> 500 mm3 y VDT conocido> 600 días	Realizar radioterapia estereotáxica, como alternativa, para evaluación diagnóstica y / o resección de todos los demás nódulos de hallazgo incidental, incluidos también: -Nódulo sólido> 500 mm3 y VDT conocido> 600 días
	En cáncer de pulmón metastásico, considerar no continuar el tratamiento inmunooncológico después de 02 años de tratamiento, tomando en cuenta la falta de evidencia a favor de su continuidad después de este tiempo		En radioterapia postquirúrgica (PORT) adyuvante para N2 R0, si ha sido indicada en pacientes con NSCLC debería discutirse y de mantenerse su realización considerarse al final de la quimioterapia adyuvante o retrasarse hasta 03 meses después de la cirugía
	En cáncer de pulmón metastásico, a los pacientes que necesiten continuar con tratamiento inmunooncológico detenido debido a toxicidad, la reanudación podría retrasarse en ausencia de progresión de la enfermedad o considerar inmunoterapia		La PCI en pacientes con SCLC en estadio avanzado puede ser reemplazada por vigilancia activa mediante estudios imagenológicos por resonancia magnética
	En cáncer de pulmón metastásico, posponer o extender los intervalos de la terapia antitumorativa (ácido zoledrónico, denosumab u otra) que no sea necesaria con urgencia		El uso de radioterapia paliativa y analgesia agresiva debe individualizarse para cada caso en el cual se presenten condiciones que no amenazan la vida del paciente como dolor ósea leve, dolor de pecho, etc.
	Es aceptable omitir la estadificación mediastínica invasiva en pacientes en los cuales no haya evidencia de afectación ganglionar por Tomografía (Emisión de positrones o Computarizada) antes de realizar SABR		

