

Protocolo

Manejo Oncológico Multidisciplinario del Cáncer Gastrointestinal en contexto de Pandemia COVID-19

El presente documento es para uso exclusivo en todas las sedes asistenciales de la Red Auna

Copyright

Se autoriza la reproducción total o parcial, la transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o cualquier otro; en publicaciones científicas y médicas siempre que se citen expresamente los autores y a Auna como institución con su logotipo adecuadamente.

Código	Revisión	Fecha de Aprobación
GA.DC.O.04	00	28 – 08 – 2020

Referenciar como: Auna. Lineamientos de Manejo Oncológico Multidisciplinario del Cáncer Gastrointestinal en contexto de Pandemia COVID-19. Lima, Perú: Auna; 2020.

GRUPO ELABORADOR

EXPERTOS TEMÁTICOS

Jorge Leon Chong, Médico Oncólogo, Líder de Tumor, Oncosalud Auna.

Paola Montenegro Beltran, Médico Oncólogo, Sub directora Médica de Oncosalud Auna.

Frank Young Tabusso, Cirujano Oncólogo de Abdomen, Director Médico de Oncosalud Auna

Carlos Luque Vásquez, Cirujano Oncólogo de Abdomen, Oncosalud Auna.

Joseana Paola Ayala Moreno, Médico Radioncólogo, Radioncología Auna.

Bernardo Vizcarra LDG, Médico Radioncólogo, Radioncología Auna.

Christian Rau Vargas, Médico Radioncólogo, Radioncología Auna.

Carlos Ramos Morante, Médico Gastroenterólogo, Oncosalud Auna.

Edgar Yana Pari, Médico Radiólogo, Oncosalud Auna

Álvaro Carrillo Diaz, Médico Radiólogo, Clínica Delgado Auna.

UNIDAD DE GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA AUNA

Karina Aliaga Llerena, Médico Oncólogo, Jefe de Unidad de Guías de Práctica Clínica de Auna.

Mariana Serrano Cardoso, Médico Oncólogo, Coordinador de Unidad de Guías de Práctica Clínica de Auna.

Fradis Gil Olivares, Médico, Miembro del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de Auna.

Laura Pérez Tazzo, Médico, Miembro del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de Auna.

Gisely Hljar Guerra, Epidemióloga, Miembro del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de Auna.

FINANCIAMIENTO

El presente documento ha sido financiado por Auna. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en los contenidos del documento.

Abreviaturas	Significado
VEGF	Factor de crecimiento vascular endotelial
CAPOX	Capecitabina/Oxaliplatino
CCR	Cáncer colorectal
EC	Estadio clínico
EGFR	Factor de crecimiento epidérmico
FOLFIRI	5-Fluorouracilo/Acido folínico/Irinotecan
FOLFOX	5-FU/Acido folínico/Oxaliplatino
FOLFOXIRI	5-FU/Acido folínico/Oxaliplatino/Irinotecan
G-CSF	Factor estimulante de colonias granulocito
HCC	Hepatocarcinoma
MSI - H	Inestabilidad de microsatélites alta
QT	Quimioterapia
QTRT	Quimiorradioterapia
RT	Radioterapia
SG	Sobrevida global
SLP	Sobrevida libre de progresión

I. Introducción

El paciente oncológico pertenece al grupo vulnerable en la actual pandemia por COVID-19, debido al estado de inmunosupresión causado por la enfermedad de fondo y/o los tratamientos utilizados (corticoides, quimioterapia ablativa o trasplante alogénico). Esto ocasiona un riesgo adicional a las formas severas de la enfermedad comparado con la población estándar (1)

Liang W et al. (2), sugiere que el riesgo de desarrollar eventos serios en pacientes con infección por COVID-19 es 3 veces mayor respecto a la población general. En un estudio retrospectivo multicéntrico realizado en Wuhan – China (3), lugar del epicentro, la tasa de eventos serios en pacientes oncológicos definidos como admisión a UCI, uso de ventilación mecánica o muerte fue de 53,6% (15/28) y la tasa de mortalidad de 28,6%.

Los reportes de la ciudad de Wuhan, Italia y España, observan un mayor número de casos COVID-19 en neoplasias sólidas, siendo el cáncer de pulmón la cuarta parte de ellos, seguido por cáncer de mama y gastrointestinal. Dentro de los factores pronósticos desfavorables descritos se encuentra la exposición al tratamiento antitumoral, según la serie de Wuhan (3) con un riesgo cuatro veces mayor en los últimos dos semanas ((HR 4,0, IC del 95% 1,086 – 15,322, p=0.037) y con un doble de riesgo en pacientes con tratamiento en los últimos tres meses según la experiencia italiana (HR 2,60; IC del 95% 1,32 - 5,13; p =0,006) (4). La mortalidad en los pacientes oncológicos oscila entre el 15% al 28% (3) (4)

Asegurar la continuidad de atención del paciente oncológico es la piedra angular y el principal desafío frente a la pandemia COVID-19. Se han planteado algunas interrogantes acerca del inicio o continuación o no de los tratamientos oncológicos en los pacientes, por el riesgo de exposición al ingreso o durante la hospitalización, así como riesgo de inmunosupresión y/o susceptibilidad a infecciones secundario a las terapias recibidas. Entonces, se requiere de estrategias de manejo oncológico multidisciplinario para garantizar el inicio y/o continuidad del tratamiento, minimizando el riesgo de infección por COVID-19 en los pacientes. Los lineamientos vertidos en este documento no son absolutos y deben ser discutidos periódicamente con un enfoque multidisciplinario

II. Metodología para la Selección y Priorización de Lineamientos

El presente documento reporta el consenso multidisciplinario del grupo elaborador, el cual elaboró recomendaciones mediante estrategias de adopción y contextualización de intervenciones planteadas en manuscritos internacionales y nacionales. El consenso no reemplaza a las guías de práctica clínica actuales aprobadas a nivel institucional, sino que adapta circunstancias especiales que podrían realizarse y priorizarse durante la pandemia. Los lineamientos han sido elaborados basándonos en la evidencia disponible sobre el manejo de los pacientes con cáncer de mama y su revisión debe realizarse periódicamente para evaluar la actualización de los mismos.

Los lineamientos se han priorizado según las siguientes definiciones:

Niveles de prioridad	Definición
Alta	La condición del paciente amenaza su vida o se encuentra clínicamente inestable, y/o la magnitud del beneficio califica la intervención como de alta prioridad (mejora significativa en sobrevida global, sobrevida libre de progresión o mejora sustancial en calidad de vida). El tratamiento debe ser realizado en un tiempo no mayor a 2 semanas. Cuando la condición del paciente amenaza su vida o se encuentra clínicamente inestable, el tratamiento se realizará en un tiempo no mayor a 24 horas.
Media	La situación del paciente no es crítica y/o la magnitud del beneficio califica la intervención como de prioridad media. El tratamiento debe ser realizado en un tiempo no mayor a 6 semanas.
Baja	La condición del paciente es lo suficientemente estable siendo posible ser diferida de manera segura durante el pico de la pandemia de COVID-19 y/o la intervención no se prioritaria en función de la magnitud del beneficio (no ganancia de supervivencia ni reducción de la calidad de vida). Paciente debe ser tratado en un tiempo no mayor a 8 semanas o según la coyuntura o lista de espera lo permita.
Fuente: Traducida y adaptada de "ESMO Guidelines. Cancer patient management during the COVID-19 pandemic. 2020"	

III. Generalidades en el Manejo del Cáncer Gastrointestinal

Los tumores gastrointestinales representan uno de los grupos de neoplasias más incidente en el mundo y ocupan las primeras causas de mortalidad. En los últimos diez años la evolución de los pacientes con cáncer gastrointestinal ha mejorado, esto debido al perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y al advenimiento de nuevas drogas

Las principales sociedades científicas internacionales que participan del manejo de los tumores gastrointestinales han emitido lineamientos para el manejo de los pacientes, las cuales pueden tener modificaciones o actualizaciones continuas.

En los Anexos N°1-4 les presentaremos los lineamientos para el manejo multidisciplinario del cáncer colorectal, cáncer gástrico, cáncer de páncreas y hepatocarcinoma; los cuales han sido adaptados de las siguientes sociedades internacionales de manejo de cáncer: American College of Surgeons (4), National Health Service (NHS) England (5), National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (6), European Society for Medical Oncology (ESMO) (7-11), American Society of Clinical Oncology (ASCO) (12), American Society for Radiation Oncology (ASTRO) (13,14)

IV. Referencias bibliográficas

1. Kamboj M, Sepkowitz KA. Nosocomial infections in patients with cancer. *Lancet Oncol.* junio de 2009;10(6):589-97.
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.
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.* 1 de julio de 2020;31(7):894-901.
4. Barlesi F, Foulon S, Bayle A. Outcome of cancer patients infected with COVID-19, including toxicity of cancer research. En 2020.
5. ACS Guidelines for Triage and Management of Elective Cancer Surgery Cases During the Acute and Recovery Phases of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic Updated May 7, 2020
6. Clinical guide for the management of noncoronavirus patients requiring acute treatment: Cancer. NHS. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/secondary-care/other-resources/specialty-guides/#cancer>
7. NCCN Guidelines. Prioritization Guidelines for COVID-19. Disponible en: https://www.nccn.org/covid-19/pdf/Cancer_Services_Patient_Prioritization_Guidelines.pdf
8. ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Gastro-oesophageal cancer. Disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/gastrointestinal-cancers-colorectal-cancer-crc-in-the-covid-19-era>
9. ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Colorectal cancer (CRC). Disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/gastrointestinal-cancers-colorectal-cancer-crc-in-the-covid-19-era>
10. ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Hepatocellular carcinoma. Disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/gastrointestinal-cancers-hepatocellular-carcinoma-hcc-in-the-covid-19-era>
11. ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Pancreatic cancer. Disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/gastrointestinal-cancers-pancreatic-cancer-in-the-covid-19-era>
12. Informe especial de la American Society of Clinical Oncology: guía para la prestación de atención oncológica durante la pandemia de la COVID-19. Disponible en: <https://www.asco.org/sites/new-www.asco.org/files/content-files/international-programs/documents/2020-ASCO-Guide-Cancer-COVID19-Spanish.pdf>
13. Stephanie E. Combs, Claus Belka, Maximilian Niyazi, Stefanie Corradini, Steffi Pigorsch, Jan Wilkens, Anca L. Grosu, Matthias Guckenberger, Ute Ganswindt and Denise Bernhardt. First statement on preparation for the COVID-19 pandemic in large German Speaking University-based radiation oncology departments. Combs et al. *Radiation Oncology* (2020) 15:74 <https://doi.org/10.1186/s13014-020-01527-1>

14. Leila T. Tchelebi, Karin Haustermans, Marta Scorsetti, Ali Hosni, Florence Huguetf, Maria A. Hawkins g, Laura A. Dawson, Karyn A. Goodman. Recommendations for the use of radiation therapy in managing patients with gastrointestinal malignancies in the era of COVID-19. COVID-19 RAPID COMMUNICATION| VOLUME 148, P194-200, JULY 01, 2020

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

Manejo Oncológico Multidisciplinario del Cáncer Colorrectal en el contexto de pandemia por COVID-19					
Nivel de prioridad	Diagnóstico/ Imágenes/ Intervenciones endoscópicas	Cirugía	Medicina		Radioterapia
			Localmente Avanzado	Metastásico	
Alta	Exámenes de imagen para la confirmación de obstrucción intestinal, sangrado, perforación, complicaciones postoperatorias y/o complicaciones posteriores a procedimientos.	*Obstrucción intestinal confirmado por exámenes radiológicos en pacientes nuevos.	Complicaciones severas asociadas al tratamiento sistémico que requieran hospitalización.	Complicaciones severas asociadas al tratamiento sistémico que requieran hospitalización.	Complicaciones severas asociadas a progresión de enfermedad (Compresión medular, sangrado, dolor, fracturas, masas mediastinales sintomáticas, metástasis cerebrales sintomáticas): Se sugieren los esquema hipofraccionados 6-8 Gy en 1 Fx, 20 Gy en 5 Fx , 25 Gy en 5 Fx o 30Gy en 10 Fx.
	Exámenes de imagen para diagnóstico de CCR.	*Perforación intestinal, peritonitis y/o hemorragia digestiva baja con shock hipovolémico no controlada con medidas no invasivas			
	Procedimiento endoscópico por sospecha clínica de CCR.	*Complicaciones postquirúrgicas (perforación, dehiscencia de anastomosis) o posterior a colonoscopia (perforación, sangrado)			
		Complicaciones posteriores a biopsias hepáticas o pulmonares (perforación, peritonitis, abscesos, sangrados masivos)			
	Fracturas óseas con compresión medular añadida secundaria a metástasis				

Media	Exámenes de imagen en pacientes con enfermedad metastásica en tratamiento activo sin sospecha clínica de progresión de enfermedad.	En cáncer de colon EC I, II y III.	Adyuvancia en pacientes con cáncer de colon EC III: Se sugiere CAPOX por 3 o 6 meses.	Primera línea de tratamiento en pacientes ECOG 0 - 2 con el objetivo de reducir el tamaño tumoral para una cirugía posterior: Se sugiere FOLFOXIRI +/- Anti VEGF o Anti - EGFR, FOLFIRI o FOLFOX +/- Anti VEGF o Anti - EGFR cada 2 semanas con G-CSF o pegfilgastrim.	Neoadyuvancia en pacientes con cáncer de recto operable: Se sugiere curso corto de RT (25 Gy en 5 Fx)
		En cáncer de recto EC I.	Neoadyuvancia/Adyuvancia en pacientes con cáncer de recto EC II/III	Primera línea de tratamiento en pacientes ECOG 0 - 2 que recurrieron rápidamente luego del tratamiento adyuvante.	Neoadyuvancia pacientes con cáncer de recto inoperable: Se sugiere RT de 52 Gy en 20 - 25 Fx.
		En cáncer de recto EC II - III, luego de neoadyuvancia	Se sugiere uso de G-CSF o pegfilgastrim en pacientes con neutropenia recurrente.	Segunda línea de tratamiento en pacientes ECOG 0 - 2 con un corto periodo de SLP.	
		En CCR oligometastásico, se sugiere resección con intención curativa de metástasis, como tratamiento inicial o luego de un tratamiento neoadyuvante.	Se sugiere uso de Telemedicina.	Segunda línea de tratamiento con Inmunoterapia en pacientes con CCRm MSI-H. Tratamiento de mantenimiento: Se sugiere Capecitabina +/- Oxaliplatino cada 3 semanas.	
Baja	Prevención secundaria de CCR: Se sugiere realizar una prueba oculta en heces, solicitar análisis de sangre e imágenes y atender por telemedicina.	En cáncer de recto II después de respuesta radiológica completa luego de QTRT: Se sugiere watch and wait	Adyuvancia en pacientes con cáncer de colon EC II de alto riesgo	Tratamiento en pacientes con modesto beneficio o con baja velocidad de crecimiento o progresión.	Tratamiento en pacientes con modesto beneficio o con baja velocidad de crecimiento o progresión.
	Exámenes de imagen para re-estadiaje en el set metastásico cuando el objetivo no sea una cirugía con intención curativa de la lesión primaria o metastásica.	En CCR hereditario, cirugía profiláctica		Tratamiento en pacientes con enfermedad recurrente de crecimiento lento.	
	Exámenes de imagen para re-estadiaje en tercera o cuarta línea de tratamiento.	Biopsia de lesiones metastásicas para estudio molecular luego de una primera línea de tratamiento: Se sugiere uso de Biopsias líquidas.			

Leyenda: *Cuando la condición del paciente amenaza su vida o se encuentra clínicamente inestable, el tratamiento se realizará en un tiempo no mayor a 24 horas. CCR: Cáncer colorrectal. EC: Estadio clínico. Fx: fracciones. G-CSF: Factor estimulante de colonias. MSI - H: Inestabilidad microsatelital alta. QTRT: Quimiorradioterapia. RT: Radioterapia. SLP: Sobrevida libre de progresión.

Anexo N° 2: Priorización del Manejo Oncológico Multidisciplinario del Cáncer Gástrico en el contexto de pandemia por COVID-19

Manejo Oncológico Multidisciplinario del Cáncer Gástrico en el contexto de pandemia por COVID-19					
Nivel de prioridad	Diagnóstico/ Imágenes/ Intervenciones endoscópicas	Cirugía	Medicina		Radioterapia
			Temprano/ Localmente Avanzado	Metastásico	
Alta	Exámenes de imagen en pacientes sintomáticos con disfagia severa, obstrucción intestinal u otros síntomas agudos.	* Obstrucción por el tumor primario confirmada por exámenes radiológicos en pacientes nuevos.	Iniciar o continuar la terapia perioperatoria	En primera línea de tratamiento: Se sugiere el uso de Capecitabina asociado a Oxaliplatino.	Iniciar o continuar el tratamiento neoadyuvante o quimiorradioterapia definitiva en pacientes con enfermedad temprana o localmente avanzada.
	Exámenes de imagen en pacientes que requieran evaluación inicial preoperatoria o previo al inicio de tratamiento neoadyuvante y al finalizar la misma.	* Hemorragia digestiva alta y enfermedad localizada en pacientes nuevos.	En pacientes con tumores cT2N0, decidir tratamiento neoadyuvante o cirugía en comité multidisciplinario.	En pacientes que se encuentren recibiendo tratamiento de primera línea y que tengan beneficio clínico, deben continuar tratamiento hasta progresión o toxicidad limitante	
	Exámenes de imagen en pacientes que se encuentren en tratamiento activo con sospecha clínica de recurrencia o progresión de enfermedad.	* Complicaciones postquirúrgicas (sangrado, perforación, peritonitis, dehiscencia de anastomosis)	Neoadyuvancia en pacientes con tumores cT3-4 y/o N+.	En pacientes con histología de células en anillo de sello, se sugiere incluir un taxano en el régimen de tratamiento asociado a G-CSF.	
	Endoscopia diagnóstica en pacientes con sangrado activo, disfagia severa, pérdida de peso, anemia sintomática.	Pacientes en EC I, II y III con enfermedad potencialmente resecable	En tratamientos con intención curativa, se debe intentar mantener la intensidad de la dosis con el uso de G-CSF.		

	Procedimiento endoscópico en pacientes con sangrado activo.	Pacientes que han culminado terapia preoperatoria: QT o QTRT.			
	En pacientes con cT1N0: Se sugiere resección endoscópica	Laparoscopia diagnóstica y/o estadiaje			
	Stent colocado vía endoscópica o gastrostomía endoscópica para alimentación en pacientes con un claro beneficio.				
Media	Exámenes de imagen en pacientes con enfermedad metastásica en tratamiento activo con sospecha clínica de progresión de enfermedad.	Pacientes sintomáticos con tumor primario inoperable o recurrente que requiera un procedimiento paliativo (bypass, sondas para alimentación)	Adyuvancia en pacientes con tumores pT3-4 y/o N+, luego de 4 a 8 semanas de la cirugía	Segunda línea de tratamiento sistémico en pacientes ECOG 0 - 2.	Radioterapia a título paliativo para control de dolor y/o sangrado: se sugieren los esquema hipofraccionados 6-8 Gy en 1 Fx, 20 Gy en 5 Fx , 25 Gy en 5 Fx o 30Gy en 10 Fx.
	Ultrasonografía endoscópica diagnóstica cuando se requiera.				
Baja	Exámenes de imagen en pacientes ya tratados, sin terapia activa actual, que tienen visita de seguimiento.	Obstrucción intestinal radiológicamente confirmada en pacientes con EC IV con sospecha de progresión de enfermedad	—	Esquemas de tripletas de quimioterapia en el set metastásico.	Radioterapia adyuvante en pacientes con características de muy alto riesgo: Invasión del espacio linfovascular, ganglios positivos, histología de alto grado, margen positivo.
	Procedimiento endoscópico de seguimiento.				
Leyenda: *Cuando la condición del paciente amenaza su vida o se encuentra clínicamente inestable, el tratamiento se realizará en un tiempo no mayor a 24 horas. EC: Estadio clínico. Fx: fracciones. G-CSF: Factor estimulante de colonias. MSI - H: Inestabilidad microsatelital alta. QT: Quimioterapia. QTRT: Quimiorradioterapia. RT: Radioterapia. SLP: Sobrevida libre de progresión.					

Anexo N° 3: Priorización del Manejo Oncológico Multidisciplinario del Cáncer de Páncreas en el contexto de pandemia por COVID-19

Manejo Oncológico Multidisciplinario del Cáncer de Páncreas en el contexto de pandemia por COVID-19					
Nivel de prioridad	Diagnóstico/ Imágenes/ Intervenciones endoscópicas	Cirugía	Medicina		Radioterapia
			Temprano/ Localmente Avanzado	Metastásico	
	Exámenes de imagen para la confirmación de obstrucción intestinal, ictericia.	* Obstrucción por el tumor primario confirmada por exámenes radiológicos en pacientes nuevos.	Iniciar o continuar tratamiento neoadyuvante o adyuvante.	Primera línea en pacientes con ECOG 0 -2: Se sugiere mFOLFIRINOX/G-CSF, Gemcitabina/Nabpaclitaxel, FOLFOX o Gemcitabina monodroga.	Continuar tratamiento neoadyuvante o quimiorradioterapia definitiva.
	Exámenes de imagen en pacientes con sospecha de cáncer de páncreas	* Hemorragia digestiva alta y enfermedad localizada en pacientes nuevos.	Si luego de finalizar la neoadyuvancia con mFOLFIRINOX/G-CSF o Gemcitabina/Nabpaclitaxel, la resección quirúrgica no es		En cáncer de páncreas borderline: se sugiere SBRT (30-33 Gy en 5 Fx), 25Gy en 5 Fx o 30Gy en 10 Fx asociada a QT.

Alta		* Complicaciones postquirúrgicas (sangrado, dehiscencia de anastomosis, pancreatitis aguda, fístulas)	posible, considerar RT en comité multidisciplinario.		En cáncer de páncreas irresecable no metastásico: se sugiere SBRT (30-33 Gy en 5 Fx), siempre y cuando se alcance respuesta parcial o enfermedad estable después de 4 a 6 meses de tratamiento sistémico.
		Colocación endoscópica de stent biliar en el caso de obstrucción biliar en pacientes candidatos o no a tratamiento neoadyuvante.			
		Colangitis post CPRE de novo que no puede ser manejada por radiología intervencionista y/o antibioticoterapia.			
		Cáncer de páncreas resecable, incluye lesiones quísticas con sospecha de malignidad			
		Pacientes que han culminado tratamiento neoadyuvante con QT o QTRT.			
		Cáncer de páncreas borderline, en pacientes no tributarios a terapia neoadyuvante.			
Media	Ultrasonografía endoscópica en pacientes con sospecha de cáncer de páncreas no metastásico	Anastomosis hepatoyeyunal o gastro-yeyuno- hepática en casos de obstrucción biliar o colangitis recurren en pacientes con cáncer de páncreas no resecable o metastásico con ECOG 0 - 1 y expectativa de vida > 3 meses.	Adyuvancia: se sugiere aplazar hasta un máximo de 12 semanas si el paciente no se ha recuperado totalmente de la cirugía.	En pacientes adultos mayores o asintomáticos, evaluar riesgo/beneficio de la monoterapia.	Radioterapia a título paliativo para control de dolor y/o sangrado: se sugieren los esquemas hipofraccionados 6-8 Gy en 1 Fx, 20 Gy en 5 Fx , 25 Gy en 5 Fx o 30Gy en 10 Fx.
	Exámenes de imagen para re-estadiaje después de un tratamiento quirúrgico	Stent duodenal y/o gastrostomía percutánea endoscópica en pacientes con obstrucciones gastro - duodeno - biliares.	En pacientes adultos mayores con comorbilidades, unfit para régimen con tripleta o dupleta, evaluar riesgo - beneficio de indicar monoterapia	Segunda línea de tratamiento sistémico en pacientes con ECOG 0 - 2.	
Baja	Exámenes de imagen para re-estadiaje en el escenario metastásico.				
	Exámenes de imagen en pacientes que requieran control de rutina.	-	-	-	-

Leyenda: *Cuando la condición del paciente amenaza su vida o se encuentra clínicamente inestable, el tratamiento se realizará en un tiempo no mayor a 24 horas. EC: Estadio clínico. Fx: fracciones. G-CSF: Factor estimulante de colonias. QT: Quimioterapia. QTRT: Quimioradioterapia. RT: Radioterapia. SLP: Sobrevida libre de progresión.

Anexo N° 4: Priorización del Manejo Oncológico Multidisciplinario del Hepatocarcinoma en el contexto de pandemia por COVID-19

Manejo Oncológico Multidisciplinario del Hepatocarcinoma en el contexto de pandemia por COVID-19				
Nivel de prioridad	Diagnóstico/ Imágenes	Cirugía / Intervencionismo	Medicina	Radioterapia
Alta	Exámenes de imagen en pacientes con lesiones sospechosas de HCC.	* Obstrucción por el tumor primario confirmada por exámenes radiológicos en pacientes nuevos.	Considerar tratamiento sistémico de primera línea en pacientes con Child Pugh A y B (hasta 7 puntos) con un inhibidor multiquinasa.	-
	Exámenes de imagen para evaluar respuesta al tratamiento.	* Hemorragia digestiva alta y enfermedad localizada en pacientes nuevos.	Regorafenib se debe usar en segunda línea para pacientes con ECOG 0-1 que experimentaron una buena tolerancia al inhibidor multiquinasa de primera línea	
	Exámenes de imagen en pacientes con signos de descompensación de la función hepática	* Colangitis y/o abscesos hepáticos no puede ser manejada por radiología intervencionista y/o antibioticoterapia	Ramucirumab para la segunda línea si la alfafetoproteína es >400ng/ml o en pacientes que son intolerantes a los inhibidores de múltiples quinazas	
		Cirugía con intención curativa en tumores pequeños, grandes o multifocales (hasta 3 tumores)		
	*Complicaciones postquirúrgicas (sangrado, perforación, peritonitis)			
Media	Exámenes de imagen en lesiones hepáticas con sospecha de HCC <1 cm sin progresión de enfermedad	Quimioembolización transarterial (TACE) o Embolización transarterial (TAE): Ablación curativa de pequeñas lesiones individuales de HCC (≤2 cm).	-	Pacientes que reciben tratamientos de radioterapia con beneficio esperado de SG con Child-Pugh B (>7puntos) o Child-Pugh C: Se sugiere SBRT: 30 -60 Gy en 3-5 Fx. Radioterapia a título paliativo para control de dolor: se sugieren los esquema hipofraccionados 6-8 Gy en 1 Fx, 20 Gy en 5 Fx , 25 Gy en 5 Fx o 30Gy en 10 Fx.

Baja	Exámenes de imagen para controles de seguimiento en pacientes sin enfermedad detectable.	-	Tratamientos experimentales con pobre probabilidad de respuesta	Tratamientos de modesto beneficio
	Exámenes de imagen para controles de seguimiento en pacientes con remisión de enfermedad por > de 5 años			
<p>Leyenda: *Cuando la condición del paciente amenaza su vida o se encuentra clínicamente inestable, el tratamiento se realizará en un tiempo no mayor a 24 horas. Fx: fracciones. HCC: Hepatocarcinoma.</p>				