



Recomendaciones del GESMD para el manejo de los pacientes con Síndromes Mielodisplásicos (SMD) durante la crisis del SARS-CoV-2
Versión 2 (27 abril 2020)

En el momento actual no existe suficiente información que indique que los pacientes con SMD tengan un mayor riesgo de contraer una infección por el SARS-CoV-2. La neutropenia y los defectos en los neutrófilos que presentan muchos de estos pacientes les confieren un mayor riesgo de infección bacteriana y fúngica que a las infecciones virales. Sin embargo, algunos pacientes con SMD sometidos a trasplante alogénico o que estén recibiendo tratamiento inmunosupresor, con comorbilidades o edad avanzada, tienen un riesgo más alto de contraer infecciones virales, entre ellas las ocasionadas por los coronavirus y de sufrir complicaciones y formas clínicas más severas de infección por el SARS-CoV-2. Además, la neutropenia puede aumentar el riesgo de infecciones bacterianas y fúngicas durante una infección viral¹⁻⁴.

Recomendaciones generales:

1. Tratamiento de los SMD de bajo riesgo:

- El objetivo del tratamiento es minimizar las transfusiones y mejorar la calidad de vida.
- En estos pacientes es aconsejable, en la medida de lo posible, prolongar los controles analíticos y evitar las visitas al hospital. Para este fin, sería recomendable utilizar los centros de salud para la extracción analítica y alargar los intervalos de dispensación ambulatoria de la medicación hospitalaria (por ejemplo, eritropoyetina, lenalidomida o análogos de la trombopoyetina). Valorar, si es posible, el envío de medicación a domicilio.
- El inicio de tratamientos inmunosupresores (TIS, lenalidomida) debe ser retrasado en lo posible, aunque no sería necesario suspender el tratamiento en un paciente que esté iniciando la respuesta al mismo. Se podría plantear el retraso temporal o ajuste de dosis durante la pandemia en los pacientes que se encuentren en respuesta hematológica y/o citogenética mantenida (al menos 6 meses)⁵.

2. Tratamiento de los SMD de alto riesgo:

- El objetivo del tratamiento es mejorar la supervivencia y la progresión a leucemia aguda.
- Los pacientes de nuevo diagnóstico deben iniciar tratamiento con agentes hipometilantes, si están indicados, a ser posible sin retrasos ni modificaciones de dosis. Puede ser razonable retrasar el inicio del tratamiento en aquellos pacientes de alto riesgo con citopenias moderadas realizando un seguimiento estrecho de las mismas.



- Así mismo, deben continuar recibéndolo aquellos pacientes que lo estén tolerando adecuadamente y estén obteniendo beneficio clínico, aunque en algunos casos, se puede valorar espaciar los ciclos de tratamiento.
- Debe facilitarse el tratamiento domiciliario siempre que sea posible.
- En los pacientes candidatos a trasplante alogénico debe realizarse cuando sea posible, teniendo en cuenta la situación del paciente y la disponibilidad de camas en la unidad de cuidados intensivos de la institución.
- En los pacientes que van a recibir tratamiento modificador de la enfermedad (hipometilante, quimioterapia intensiva o trasplante alogénico) es muy recomendable, si las capacidades de determinación del centro lo permite, realizar una PCR para SARS-CoV-2 antes del inicio del tratamiento y en casos positivos, demorar hasta su negativización⁶.
- En los pacientes con recaída o refractariedad a los agentes hipometilantes, el tratamiento dentro de un ensayo clínico puede ser su única opción de tratamiento. Se debe de valorar de manera individualizada la posibilidad de inclusión en un ensayo clínico, siempre y cuando la situación del centro no lo desaconseje y el promotor garantice el suministro de la medicación. Será recomendable individualizar y consensuar con paciente el balance riesgo/beneficio y detallar en el consentimiento informado cualquier aspecto específicamente relacionado con riesgos asociados a COVID-19⁷.

4. Pacientes que hayan tenido una infección COVID-19:

- Se recomienda posponer los tratamientos (quimioterapia/hipometilantes) hasta que se resuelva el cuadro infeccioso y se obtengan al menos 2 PCRs negativas con el intervalo establecido en cada centro.
- En el caso de pacientes que van a recibir un trasplante alogénico es aconsejable retrasar el ingreso tras haber transcurrido un mes desde la negatividad de la PCR.
- Debemos tener en consideración que el periodo de viremia positiva en pacientes inmunodeprimidos puede ser mas prolongado⁸.

3. Transfusiones:

- Es razonable aumentar el intervalo entre las transfusiones reduciendo el dintel para la transfusión de concentrados de hematíes a $Hb \leq 7$ gr/dL en los pacientes sin comorbilidades significativas (p.ej., enfermedades cardiopulmonares).
- En los pacientes más frágiles y con comorbilidades se debe utilizar siempre que sea posible la hospitalización a domicilio.
- En el momento actual, no hay evidencia de que el SARS-CoV-2 se trasfunda por los productos sanguíneos.



4. Frecuencia de las visitas a las consultas:

- Se debe utilizar la telemedicina siempre que sea posible.
- En los pacientes que no estén recibiendo ningún tratamiento, la visita se puede retrasar hasta que el riesgo de infección por SARS-CoV-2 disminuya.
- Los pacientes en tratamiento activo en los que no sea posible retrasar las visitas, deben seguir realizándose los análisis y las visitas médicas minimizando el tiempo de estancia en el hospital y con la protección adecuada.
- Recomendamos de modo genérico, definir circuitos y habilitar espacios propios en cada centro hospitalario y áreas clínicas de hematología, que permitan separar a pacientes COVID (confirmados y posibles) y No COVID. En la medida de lo posible, reducir el aforo de pacientes en salas de espera y de tratamiento de Hospital de día, ampliando intervalos de tiempo, para garantizar distancias de seguridad entre los pacientes.

5. Actitud ante una neutropenia febril durante la pandemia:

- Los pacientes con neutropenia febril deben acceder a la realización de exploraciones y recibir tratamiento antibiótico en tiempo adecuado.
- Se debe realizar la prueba del SARS-CoV-2 siempre que sea posible, según las guías de cada institución, pero en todo caso cuando se acompañe de fiebre y/o síntomas respiratorios.

Referencias

1. Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020;21(3):335-7.
2. Xia Y, Jin R, Zhao J, et al. Risk of COVID-19 for cancer patients. *Lancet Oncol.* 2020.
3. Wang H, Zhang L. Risk of COVID-19 for patients with cancer. *Lancet Oncol.* 2020.
4. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0213>
5. Azra Raza, Amer Assal, Abdullah M. Rewriting the rules for care of MDS and AML patients in the time of COVID-19 Azra Raza, Amer Assal, Abdullah M. *Leuk Res Rep.* 2020 Apr 20 : 100201.doi: [10.1016/j.lrr.2020.100201](https://doi.org/10.1016/j.lrr.2020.100201).
6. Azra Raza, Amer Assal, Abdullah M. Rewriting the rules for care of MDS and AML patients in the time of COVID-19 Azra Raza, Amer Assal, Abdullah M. *Leuk Res Rep.* 2020 Apr 20 : 100201.doi: [10.1016/j.lrr.2020.100201](https://doi.org/10.1016/j.lrr.2020.100201).



7. ICH Good Clinical Practice. Available at:
<https://www.tga.gov.au/publication/note-guidance-good-clinical-practice>.
Accessed March 19th 2020.
8. Eichenberger EM, Soave R, Zappetti D, et al. Incidence, significance, and persistence of human coronavirus infection in hematopoietic stem cell transplant recipients. *Bone Marrow Transplant.* 2019;54(7):1058-66.