

## PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES CON CANCER

**Tabla 1: Estratificación de riesgo de enfermedad fúngica invasiva (IFI) en pacientes con patología oncohematológica**

	<b>Riesgo Alto</b>	<b>Riesgo Intermedio</b>	<b>Riesgo Bajo</b>
<b>LMA</b>	Inducción con FR: Neutropenia al inicio, baja probabilidad de remisión completa, $\geq 65$ años, disfunción pulmonar, score alto de mortalidad temprana. -Refractaria/ recaída -IFI previa	Sin Factores de riesgo alto o bajo	< 45 años Primera inducción o consolidación sin FR. -LMA M3 en tratamiento con ácido trans retinoico (ATRA) o trióxido de arsénico (ATO)
<b>LLA</b>	- $\geq 55$ años - Altas dosis de corticoides - Inducción con regímenes intensivos en pediátricos - Refractaria	- 30-54 años - Inducción estándar - Consolidación intensiva - Inhibidor de tirosin-kinasa (ITK) + quimioterapia	- < 30 años - Quimioterapia de mantenimiento (remisión completa) - ITK + corticoides
<b>MD</b>	Azacitidina como salvataje luego de regímenes intensivos	- Primeros 2-3 ciclos con Azacitidina/ Decitabina - Azacitidina en $75 \text{ mg/m}^2 \times 7$ días	- MD sin tratamiento
<b>LLC</b>		Múltiples líneas de QT Ibrutinib	Tratamiento convencional
<b>MM</b>		3 o más líneas de tratamiento Neutropenia prolongada IFI previa	Tratamiento de primera y segunda línea
<b>LnoH</b>		Recaído/refractario Neutropenia prolongada IFI previa Ibrutinib	Tratamiento de primera línea
<b>LH</b>		Dosis creciente BEACOPP	QT convencional

**Tabla 2. Profilaxis de neumonía por *Pneumocystis jirovecii*: indicación y tiempo de administración**

<b>Enfermedad / Tratamiento</b>	<b>Duración Mínima</b>
Leucemia linfática aguda (LLA)	Durante la quimioterapia y hasta 3 meses después de finalizado
Alemtuzumab	Desde inicio del tratamiento hasta 9 meses de finalizado
Fluradabina o análogos de las purinas	Desde inicio del tratamiento hasta 9 meses de finalizada
Corticoides prednisona o equivalentes $\geq 20$ mg/día/ 2 semanas.	Desde inicio hasta al menos 1 mes de finalizada la administración del corticoide
Temozolamida + corticoides / radioterapia	Durante el tratamiento y hasta 3 meses de finalizado aquel
Leucemia linfoma T del adulto	Durante el tratamiento y hasta 3 meses después de finalizado
Blinatumomab	Durante el tratamiento y hasta 3 meses después de finalizado
Cladribina	Durante el tratamiento y hasta 6 meses después de finalizado
Leucemia linfoma de Burkitt con hyper CVAD	Durante el tratamiento y hasta 6 meses después de finalizado
Bortezomib con dexametasona	Durante el tratamiento y hasta 6 meses después de finalizado
Profilaxis secundaria	Durante la inmunosupresión y hasta tener un recuento de CD4 $> 200$ cél/mm <sup>3</sup>
Quimioterapia en pacientes HIV	Independiente del recuento de CD4
Inhibidores de check-point que requieren esteroides (prednisona o equivalentes $\geq 20$ mg/día/ 2 semanas)	Desde inicio hasta al menos 1 mes de finalizada la administración del corticoide
Linfomas y MM con $> 2$ líneas de tratamiento o refractario	Durante el tratamiento y hasta 3 meses después de finalizado
Bendamustina	Durante el tratamiento y hasta 6 meses después de finalizado.
Brentuximab	Si combinado con QT o corticoides. Durante el tratamiento y hasta 3 meses después de finalizado
Ibrutinib	Durante el tratamiento y hasta 3 meses después de finalizado
Idelalisib	Durante el tratamiento y hasta 6 meses después de finalizado
Everolimus	Especialmente en cáncer de riñón y digestivos, Si combinación con otras terapias targuet o linfopenia $\leq 800$ /mm <sup>3</sup> Durante el tratamiento y hasta 3 meses después de finalizado
Palbociclib/Ribociclib/Abemaciclib	Si QT previa, esteroides concomitantes, combinación con otras terapias target o linfopenia $\leq 800$ /mm <sup>3</sup> Durante el tratamiento y hasta 3 meses después de finalizado



**Tabla 3. Profilaxis de neumonía por *Pneumocystis jirovecii*: drogas disponibles y dosis**

<b>Primera elección</b>	TMS 160/800 mg trisemanal (de preferencia)
	TMS 80/400 mg/día
	TMS 160/800 mg c/12 h bisemanal
	TMS 160/800 mg/día
<b>Alternativas</b>	Dapsona 50 mg c/12 h o 100 mg/día
	Pentamidina aerosolizada (Respigard II TM) o EV 300 mg c/3-4 semanas
	Atovaquone 750 mg c/12 h o 1500 mg/día

**Tabla 4: Inmunosupresores y riesgo estimado de reactivación de HBV**

<b>Clase Droga</b>	<b>Droga</b>	<b>HBVsAg +</b>	<b>HBVsAg-/HBVc+</b>
<b>Depleción células B</b>	Rituximab(anti-CD-20) Ofatumumab(anti-CD20) Obinutuzumab (anti-CD20)	Alto (30%-60%)	Alto (>10%)
<b>Antracíclicas</b>	Doxorubicina Epirubicin	Alto (15%-30%)	Alto (>10%)
<b>Inhibidores FNT</b>	Infliximab,Etanercept Adalimumab	Moderado (1%-10%)	Moderado (1%)
<b>Inhibidores de citoquinas e integrinas</b>	Abatacept(antiCD80) Ustekimumab(anti-IL12-23) Natalizumab	Moderado (1%-10%)	Moderado (1%)
<b>Inhibidores de Tirosin Kinasa</b> BCR-ABL BRAF/MEK EGFR-TK BTK	Imatinib/Dasatinib/ Nilotinib Dabrafenib/ Trametinib Gefitinib/ Afatinib erlotinib Ibrutinib	Moderado (1%-10%) No disponible Alto riesgo Moderado (1%-10%)	Moderado (1%) No disponible No disponible Moderado (1%)
<b>Corticoides (prednisona)</b>	Altas dosis≥20mg/4 sem Moderada <20mg /4 sem Baja < una sem	Alto (>10%) Moderada (1%-10%) Bajo (<1%)	No disponible Moderada (1%-10%) Baja (<<1%)
<b>Inmunosupresión tradicional</b>	Azatioprina, MTX , 6-mercaptopurina	Baja (<1%)	Baja (<<1%)
<b>Check-point inhibidores de</b> CTLA-4 PD1 PDL1	Ipilimumab/Tremelimumab Pembrolizumab/Nivolumab/ Lambrolizumab Atezolizumab Durvalumab Avelumab	Alto (>10%)	No disponible
<b>Inhibidores de m-TOR</b>	Everolimus,Tensirolimus	Moderada (1%-10%)	No disponible
<b>Inhibidores de proteosoma</b>	Bortezomib/carfilzomib/isaxomib	Moderada (1%-10%)	Moderada (1%-10%)

**Tabla 5. Tumores en pacientes HIV**

<b>Tumores Marcadores de SIDA</b>	Sarcoma de Kaposi' (todas las localizaciones) Linfoma no Hodgkin Cáncer invasor de cuello uterino Linfoma del sistema nervioso central
<b>Tumores no marcadores de SIDA</b> Relacionados a infecciones	Ano, canal anal y anorectal Vagina, vulva Linfoma Hodgkin Hepatocarcinoma Pene Estómago Orofaringe (Cavidad oral, faringe y laringe) Enfermadad de Castleman Carcinoma de células de Merkel Leiomiocarcinoma Carcinoma escamoso
<b>Tumores no relacionados a infecciones</b>	Adenocarcinoma (todas las localizaciones) Basocelular (piel) Pulmón Melanoma Leucemia Colon, recto y unión rectosigmoidea Esófago Riñón, pelvis renal, uréter Testículo Mieloma múltiple Hueso Cerebro Mama Páncreas Próstata Tiroides Neuroma Vejiga, huraco y orificio ureteral Útero Ovario, trompas de Falopio y anexos Vesícula Vía Biliar intra y extrahepática

**Tabla 6. Profilaxis para *Human herpesvirus 1 y 2* (HHV-1 y HHV-2)**

<b>Riesgo de infección</b>	<b>Enfermedad de base/ droga</b>	<b>Profilaxis/Duración mínima</b>
Bajo	Quimioterapia estándar para tumores sólidos Neutropenia esperada ≤7 días	No indicada. Solo con antecedentes de HHV-1, -2 a repetición
Intermedio	Linfoma Mieloma LLC Neutropenia esperada 7 a 10 días	No indicada. Solo con antecedentes de HHV-1, -2 a repetición
	TCH autólogo	Durante la neutropenia. o bien hasta el día + 30 postrasplante
Alto	LA (inducción o consolidación) SMD en tratamiento QT Neutropenia esperada más de 10 días	Durante la neutropenia.
	TCH alogénico Enfermedad injerta contra huésped (EICH) tratada con altas dosis de esteroides	En caso de TCH durante neutropenia o bien hasta el día + 30 postrasplante. Podría prolongarse con HHV-1, -2 a repetición
	Alemtuzumab Utilización de análogos de purinas Fludarabina	Hasta 2 meses de suspendida la medicación o con CD4 > 200 células/mm <sup>3</sup>

**Tabla 7. Profilaxis contra *Human varicela virus* (HHV-3)**

Riesgo de infección	Enfermedad de base/ droga	Profilaxis/Duración mínima
Bajo	Quimioterapia estándar para tumores sólidos Neutropenia esperada ≤ 7 días	No indicado.
Intermedio	TCH autólogo	Hasta 1 año postrasplante y mientras dure inmunosupresión
	Linfoma Mieloma múltiple LLC Neutropenia esperada 7 a 10 días	Grupo heterogéneo de pacientes individualizar: > 60 años, uso concomitante esteroides, líneas avanzadas de tratamiento
Alto	LA (inducción consolidación)	Hasta 3 meses después de finalizado el tratamiento
	Bortezomib Carfilzomib Isaxomib	Hasta 2 meses después de finalizado el tratamiento
	Ruxolitinib	Hasta 2 meses después de finalizado el tratamiento
	Alemtuzumab	Hasta 2 meses después de finalizado el tratamiento o CD4 > 200 células/mm <sup>3</sup>
	Daratumumab	Hasta 3 meses pos-medicación
	TCH alogénico	Durante un año postrasplante y mientras dure inmunosupresión
	Bendamustine	Hasta 1 mes después de finalizado el tratamiento