

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

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

| <b>Enfermedad / Tratamiento</b>   | <b>Duración</b>   |
|---|---|
| <b>Leucemia linfática aguda (LLA)</b>   | 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  |
| <b>Leucemia linfoma de Burkitt con hyper CVAD</b>   | 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 $CD4 > 200$ células/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  |
| <b>Linfomas y MM con &gt; 2 líneas de tratamiento o refractario</b>   | 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 target 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)<br>Ofatumumab(anti-CD20)<br>Obinutuzumab (anti-CD20)                                  | Alto (30%-60%)   | Alto (>10%)  |
| <b>Antracíclicos</b>  | Doxorubicina<br>Epirubicin  | Alto (15%-30%)   | Alto (>10%)  |
| <b>Inhibidores FNT</b>  | Infliximab,Etanercept<br>Adalimumab   | Moderado (1%-10%)  | Moderado (1%)  |
| <b>Inhibidores de citoquinas e integrinas</b>                                 | Abatacept(antiCD80)<br>Ustekimumab(anti-IL12-23)<br>Natalizumab   | Moderado (1%-10%)  | Moderado (1%)  |
| <b>Inhibidores de Tirosin Kinasa</b><br>BCR-ABL<br>BRAF/MEK<br>EGFR-TK<br>BTK | Imatinib/Dasatinib/ Nilotinib<br>Dabrafenib/ Trametinib<br>Gefitinib/ Afatinib erlotinib<br>Ibrutinib       | Moderado (1%-10%)<br>No disponible<br>Alto riesgo<br>Moderado (1%-10%) | Moderado (1%)<br>No disponible<br>No disponible<br>Moderado (1%) |
| <b>Corticoides (prednisona)</b>   | Altas dosis $\geq 20\text{mg}/4$ sem<br>Moderada $< 20\text{mg}/4$ sem<br>Baja $< \text{una sem}$           | Alto (>10%)<br>Moderada (1%-10%)<br>Bajo (<1%)                         | No disponible<br>Moderada (1%-10%)<br>Baja (<<1%)                |
| <b>Inmunosupresión tradicional</b>  | Azatioprina, MTX,<br>6-mercaptopurina   | Baja (<1%)   | Baja (<<1%)  |
| <b>Check-point inhibidores de</b><br>CTLA-4<br>PD1<br>PDL1                    | Ipilimumab/Tremelimumab<br>Pembrolizumab/Nivolumab/<br>Lambrolizumab<br>Atezolizumab Durvalumab<br>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**

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

**Tabla 6. Profilaxis contra herpesvirus**

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

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

| <b>Riesgo de infección</b> | <b>Enfermedad de base/ droga</b>   | <b>Profilaxis</b>  |
|----------------------------|--|--|
| Bajo                       | Quimioterapia estándar para tumores sólidos<br>Neutropenia esperada ≤ 7 días                                 | No indicado.   |
| Intermedio                 | TCH autólogo   | Hasta 1 año postrasplante y mientras dure inmunosupresión                          |
|                            | Linfoma<br>Mieloma múltiple<br>LLC<br>Utilización de análogos de purinas<br>Neutropenia esperada 7 a 10 días | Grupo heterogéneo de pacientes<br>Depende del tratamiento                          |
| Alto                       | LA (inducción consolidación)   | Hasta 3 meses después de finalizado el tratamiento                                 |
|                            | Bortezomib<br>Carfilzomib  | Hasta 2 meses después de finalizado el tratamiento                                 |
|                            | Alemtuzumab  | Hasta 2 meses después de finalizado el tratamiento o CD4 > 200 cél/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                                   |