



## PROTOCOLO DE USO DE ANTI-FÚNGICOS

### DATOS DEL PACIENTE

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nº Historia Clínica: \_\_\_\_\_; Edad: \_\_\_\_\_; Peso \_\_\_\_\_ Kg

PATOLOGÍA DE BASE: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO QUE MOTIVA LA PRESCRIPCIÓN

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
<input type="checkbox"/> Candidemia	<input type="checkbox"/> FLUCONAZOL (sensible a azoles)
<input type="checkbox"/> Candidiasis invasiva en pacientes NO NEUTROPÉNICOS	<input type="checkbox"/> ANIDULAFUNGINA - Enfermedad de moderada a grave. Inestabilidad hemodinámica - Exposición reciente a azoles - Alto riesgo de infección por <i>Candida glabrata</i> o <i>Candida. krusei</i>
<input type="checkbox"/> Candidiasis invasiva en pacientes NEUTROPÉNICOS	<input type="checkbox"/> CASPOFUNGINA <input type="checkbox"/> ANFOTERICINA B COMPLEJO LIPIDICO
<input type="checkbox"/> Candidiasis neonatal	<input type="checkbox"/> ANFOTERICINA B COMPLEJO LIPIDICO <input type="checkbox"/> FLUCONAZOL  - Las equinocandinas sólo se deben utilizar cuando hay toxicidad o resistencia a anfotericina y fluconazol

**DESESCALADO TERAPÉUTICO:** Tratamiento dirigido en caso de confirmación microbiológica

**TERAPIA SECUENCIAL:** En cepas sensibles valorar paso a FLUCONAZOL VIA ORAL o VORICONAZOL VIA ORAL en caso de *Candida Krusei* y *C. glabrata* sensibles



## PROTOCOLO DE USO DE ANTI-FÚNGICOS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
<input type="checkbox"/> <b>Aspergilosis invasiva</b>	<input type="checkbox"/> <b>VORICONAZOL</b> <input type="checkbox"/> <b>ANFOTERICINA B COMPLEJO LIPIDICO</b> <input type="checkbox"/> <b>CASPOFUNGINA</b>
<b>DEESCALADO TERAPÉUTICO:</b> Tratamiento dirigido en caso de confirmación microbiológica	
<b>TERAPIA SECUENCIAL:</b> Valorar paso a ITRACONAZOL VIA ORAL	

### PROFILAXIS

	TRATAMIENTO
<input type="checkbox"/> <b>Candidiasis en pacientes de alto riesgo</b>  (UCI, trasplante de órganos, trasplante de células hematopoyéticas y pacientes neutropénicos con quimioterapia...)	<input type="checkbox"/> <b>FLUCONAZOL</b> <input type="checkbox"/> <b>CASPOFUNGINA</b> (en neutropenia inducida por quimioterapia)
<input type="checkbox"/> <b>Hongos filamentosos en pacientes de alto riesgo</b>  (UCI, trasplante de órganos, trasplante de células hematopoyéticas y pacientes neutropénicos con quimioterapia...)	<input type="checkbox"/> <b>ANFOTERICINA B COMPLEJO LIPIDICO</b> <input type="checkbox"/> <b>ITRACONAZOL ORAL</b> <input type="checkbox"/> <b>CASPOFUNGINA</b> <input type="checkbox"/> <b>VORICONAZOL</b> (en trasplante pulmonar)
<b>TERAPIA SECUENCIAL:</b> Valorar paso a FLUCONAZOL VIA ORAL	

\* Retirar catéter central intravenoso siempre que sea posible.

<sup>1</sup> Si se ha iniciado tratamiento con fluconazol o voriconazol y el paciente ha mostrado mejoría clínica y los cultivos de seguimiento son negativos, mantener mismo tratamiento. Terapia secuencial con voriconazol.

Protocolo aprobado CFT 06/10. [Actualizado: octubre/10]

Dejar este Protocolo en la Historia Clínica. Enviar copia a Farmacia



## PROTOCOLO DE USO DE ANTI FÚNGICOS

<sup>2</sup> Si se ha iniciado tratamiento con caspofungina y el paciente ha mostrado mejoría clínica y los cultivos de seguimiento son negativos, mantener mismo tratamiento.

### DOSIS RECOMENDADA

**FLUCONAZOL** (DIFLUCAN®) dosis de carga 800mg (12 mg/kg) seguido de 400mg/día (6 mg/kg/día). En profilaxis no se administra la dosis de carga.

**CASPOFUNGINA** (CANCIDAS®) dosis de carga 70mg seguido de 50mg/día. Reducir dosis 50% en caso de IH moderada.

**ANFOTERICINA B COMPLEJO LIPÍDICO** (ABELCET®) 3-5 mg/kg/día. En aspergilosis 5mg/kg/día. Al comenzar el tratamiento por primera vez, se recomienda realizar dosis de prueba con 1 mg a pasar en 15 minutos y observar al paciente durante 30 minutos, por si apareciera una reacción de hipersensibilidad.

- Abelcet® alcanza concentraciones superiores en pulmón, lo cual podría ser una ventaja en el tratamiento de la aspergilosis pulmonar. Ambisome® permanece más tiempo en plasma, siendo mejor para el tratamiento de aspergilosis diseminada.

- Ambas pueden producir nefrotoxicidad, siendo más acusada con Abelcet que con Ambisome.

**VORICONAZOL** (VFEND®) dosis de carga 400mg (6mg/kg) /12h el 1º día, seguido de 200mg (4mg/kg) /12h. D. Oral 200mg/12h.

**TOXICIDAD:** Alteraciones visuales en forma de fotofobia y alucinaciones visuales y hepatotoxicidad con elevación de transaminasas y bilirrubina. Reducir dosis un 50% en caso de insuficiencia hepática y realizar controles periódicos de la función hepática. El excipiente del preparado parenteral puede acumularse en caso de aclaramiento de creatinina <50 ml/min y causar deterioro de la función renal, por ello se recomienda la terapia secuencial en cuanto sea posible, ya que la preparación oral no causa nefrotoxicidad y puede administrarse ante cualquier grado de insuficiencia renal.

**ITRACONAZOL** (CANADIOL®) dosis de carga de 800 mg/d VO x 7 días o 400 mg/d IV x 2 días para alcanzar el estadio estacionario, seguido de 400 mg/d VO o 200 mg/d IV para mantener concentraciones plasmáticas > 500 ng/ml. *Medir niveles semanalmente en pacientes de alto riesgo.*

### DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

- ❑ Candidiasis: 2 semanas después de hemocultivos negativos, resolución de síntomas y de la neutropenia en su caso.
- ❑ Aspergilosis: 6 - 12 semanas; en pacientes inmunocomprometidos, es preciso continuar el tratamiento durante todo el período de inmunosupresión y hasta que se resuelvan las lesiones.
- ❑ Profilaxis antifúngica en pacientes hematológicos: en pacientes en tratamiento con QT para la leucemia aguda se debería mantener hasta que el recuento de neutrófilos supere los 500/mm<sup>3</sup>. En pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos la profilaxis debería continuar mientras el paciente esté en situación de alto riesgo de infección fúngica. Suspender si se inicia tratamiento con anfotericina B IV o cualquier otro antifúngico sistémico.



## PROTOCOLO DE USO DE ANTI-FÚNGICOS

Fecha:

Dr./Dra.

Firma: \_\_\_\_\_

### Bibliografía:

1. Pappas PG et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la candidiasis: actualización del 2009, de la Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2009; 48: T1-T35.
2. Walsh TJ et al. Tratamiento de la Aspergilosis: Guías para la práctica clínica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos de América (IDSA). Clinical Infectious Diseases 2008; 46:T1-T36
3. Barberán et al. Recomendaciones de tratamiento antifúngico en pacientes con bajo grado de inmunodepresión. Rev Esp Quimioter 2008; 21(2): 127-147.
4. Guery BP et al. Management of invasive candidiasis and candidemia in adult non-neutropenic intensive care unit patients: Part II. Treatment. Intensive Care Med 2009; 35:306-214.
5. British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on the management of invasive fungal infection during therapy for haematological malignancy. March 2010.
6. Protocolo tratamiento aspergilosis. Hospital Son Dureta. Mayo 2009.