

Proyecto de la Sociedad Española de Nefrología liderado por el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Infanta Leonor Madrid.

**(AUTORES):** Juan A. Martín Navarro, Roberto Alcázar Arroyo, Laura Medina Zahonero, Fabio Luca Procaccini, Mayra Ortega Díaz, Marta Puerta Carretero, Maite Jaldo Rodríguez, Rafael Lucena Valverde, Raquel Barba Teba, Daniel Germán Gaitán Tocora, Elena Corchete Prats, Marta Albalade Ramón, Patricia de Sequera Ortiz.

El tratamiento del cáncer se encuentra en continua evolución, Los quimioterápicos clásicos se desarrollaron mediante ensayos clínicos, provocan un efecto citotóxico no selectivo, por lo tanto, tóxico y se administran de forma cíclica. Los nuevos fármacos, biológicamente dirigidos se han desarrollado mediante el descubrimiento de receptores y vías de señalización. Con efecto citostático al inhibir el crecimiento tumoral, selectivo, por lo tanto menos tóxico y con dosis y administración que puede ser continua o cíclica. Su distinto mecanismo de acción justifica que provoquen distintos efectos indeseables, que deben ser identificados con prontitud y tratados de forma específica. La sistematización y tratamiento de estos efectos indeseables desde el punto de vista renal conforman este trabajo para el que hemos buscado información en:

- Listado de fármacos activos (NOMENCLATOR) e Informe de posicionamiento terapéutico AEMPS

- Informe de posicionamiento terapéutico SEOM

- Ficha técnica EMA (Agencia europea del medicamento)

- Búsqueda en Pubmed con palabras clave: acute kidney injury, acute phosphate nephropathy, anuria, oliguria, azotaemia, continuous haemodiafiltration, dialysis, haemodialysis, peritoneal dialysis, nephropathy toxic, prerenal failure, renal failure, renal impairment, nephritis, glomerulonephritis, hematuria, proteinuria, hiponatremia, hypophosphatemia, hypokalemia, hypomagnesemia, arterial hypertension, thrombotic microangiopathy.

**Pese al esfuerzo de sistematizar, comprobar dosis y efectos indeseables y actualizar la información, este documento no sustituye al trabajo médico individualizado en cada caso sin que podamos asegurar que la continua evolución de nuevos fármacos y conocimientos hagan que los datos hayan perdido vigencia o exactitud. De igual forma nos hemos esmerado en comprobar dosis, ajustes de dosis e indicaciones, pese a ello, recomendamos comprobarlas antes de llevarlas a la práctica.**

La única pretensión del documento es servir de apoyo, no sustituir a la correcta práctica médica.

Principio Activo	Marca (en España)	Clase	Indicación	Dosis	Dosis Renal	Nefrotoxicidad	PLAN
Abemaciclib	VERZENIOS  Cmp 50,100,150 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de CDK	Mama	150 mg /12 h	FGe>30 dosis plena FGe<30 limitada experiencia	Elevación de Cr por prerenalidad (diarrea muy frecuente), por inhibición de la secreción tubular al inhibir a los transportadores OCT-2, MATE -1 y MATE 2-k sin que habitualmente afecte al FGe medido por BUN o por creatinina C, se da en el primer mes, cifras estables no progresivas, reversible al suspenderlo. Casos aislados de Oligoanuria con nefrotoxicidad grado 4. Puede aumentar los niveles de otros fármacos nefrotóxicos (por ejemplo un 30% de metformina) y al competir por el mismo transportador, los niveles de abemaciclib que al acumularse en las células epiteliales del TP y al inhibir CDK4/6 bloquean el paso de G1 a S induciendo senescencia y apoptosis reversible. FRA grado 3. NTA, lesión tubular	Antidiarreicos, aumento de ingesta hídrica. En los EI de otros sistemas se recomienda: Grado 3 ó mayor suspender hasta que se haga <2, pasar a 100 mg/12 h y por 2ª vez a 50 mg/12 h. Casos de necesidad de HD aguda con recuperación completa tras suspenderlo. Precaución por IA con fármacos que se metabolizan por los transportadores inhibidos como la metformina. Retirar el fármaco o disminuir dosis. Cs si

						generalizada con dilatación y pérdida del borde en cepillo, epitelio aplanado, ruptura tubular focal y abundantes cilindros intratubulares en la médula renal. NIIA hipocalcemia, hipopotasemia e hiponatremia.	NIIA TTº renal de sostén.
<b>Abiraterona</b>	<b>ZYTIGA</b> Cmp 500 mg	<b>Antagonista hormonal</b>  Inhibidores de CYP17	Próstata	1000 mg/día	FGe>30 Dosis plena FGe <30 precaución	Retención de agua, HTA, hipopotasemia e ICC al inhibir CYP 17 provocando disminución de cortisol <b>y elevación de aldosterona (por inhibición de la enzima 17α-hidroxilasa/C17,20-liasa (CYP17).</b> Hematuria 1%	Inhibidores de Aldosterona En ca. próstata metastásico hormonosensible añadir 5 mg de PRD, en resistente a castración: 10 mg de PRD.
<b>Acalabrutinib</b>	<b>Calquence</b> Cps 100 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa de Bruton (BTK)	LLC	100mg/12 h	FGe >30 mL/min; dosis plena FGe <30 mL/min solo indicada si el beneficio supera al riesgo, requiere un mayor índice de vigilancia de los efectos indeseables. Sin datos en HD 12% eliminación urinaria (2% inalterada).	Según ficha técnica: diarrea (36,7%), vómitos (13,3%), SLT (0,5%), ITUs (8,5%). En pubmed: escasa literatura. Alteraciones iónicas múltiples en regímenes múltiples que incluyen venetoclax y obinutumumab.	-Evitar uso de inhibidores e inductores potentes CYP3A - Evitar uso de inh bomba de protones - Control periódico de FG y iones, reposición.
<b>D-Actinomicina</b>	<b>COSMEGEN</b> Medicamento extranjero  Viales 500 microgrs	Antibiótico citotóxico.	Tumor de Wilms, rhabdomyosarcoma infantil, sarcoma de Ewing, cáncer metastásico de testículo no seminomatoso, neoplasia trofoblástica gestacional, melanoma metastásico con recurrencia local y regional.	Diversas pautas según proceso, WILMS 45µgr/Kg, rhabdomyosarcoma 15 µgr/Kg/d IV 5 días, Ewing: 1,25 µgr/m <sup>2</sup> , osteosarcoma: 600 µgr/m <sup>2</sup> IV días 1,2 y 3 del ciclo.	No precisa ajuste de dosis (eliminación renal 12-20% por orina en 24 h y 15% inalterada en orina a la semana).	Diarrea (30%), náuseas, vómitos, muy raramente hipocalcemia.  Algunos artículos con dudosa relación con hipomagnesemia y sde Fanconi.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Reposición de pérdidas. Evitar vacunas de virus vivos, no utilizar junto con picrrolimus y tacrolimus tóxico, leflunomida y roflumilast.
<b>ADAGRASIB</b>	No comercializado en España	Inh KRAS G12C					
<b>Afatinib</b>	<b>Giotrif</b> Cmp 20, 30, 40 y 50 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa deL EGFR	Ca pulmón no microcítico o con la mutación activadora de la EGFR	40-50 mg/d	FGe: *30-89 dosis plena *15-29: 30 mg/d, monitorizar efectos *<15 sin TRS: Contraindicado HD: 30 mg/d Excr renal 4%	Iº renal de cualquier grado (49%), grados 3/4: 2%, FRA 0,3% Hipopotasemia, hipomagnesemia e hipofosforemia	Existen algunos casos de uso seguro en HD Reposición iónica Ajuste de dosis según FGe.
<b>Aflibercept</b>	<b>Zaltrap</b> Vial 100 y 200 mgr	Inhibidores de protein quinasa	Colon Recto Se utiliza en la	4 mg/Kg cada 2 s	FGe<30 poca experiencia, precaución	Proteinuria, HTA, FRA, empeoramiento de ERC previa, MAT, GNCM, GNMB,	Aflibercept es menos potente, Inh Nitratos e Inh

		Inhibidores de la tirosin quinasa del VEGF	pauta FOLFIRI (junto con irinotecan, 5 FU y folínico)			GNFyS, GNM, GNRP por ICC*, crioglobulinemia, NIIA,	RAA parecen mejorar. Antagonistas calcio tipo AMLODIPINO útiles.
<b>Alectinib</b>	<b>ALECENSA</b> 150 mg cps	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la ALK	Pulmón no microcítico o positivo para ALK	600 mg/12 h	FGe<40 no estudiado (Elimin. renal <0,5% no parece preciso ajustar dosis) HD reducir dosis 50%	Aumento de Cr entre un 11-28% de pacientes, edemas periféricos (15-22%). FRA 1% Deterioro renal grados 3/4: 3,9%	Casos aislados de uso en HD seguro. Monitorizar FG, ajustar dosis según tolerancia.
<b>Alemtuzumab</b>	<b>LEMTRADA</b> 12 mg vial	Inmunosupresores selectivos  Ac monoclonales anti CD52	EM	1º ciclo 12 mg/d/5 d 2º ciclo 1 año después: 12 mg/d/3 días	Se desconoce si precisa ajuste de dosis	Incidencia de daño renal: 0,34% <b>- Sde GP clásico por ac anti MBG:</b> frecuentemente con prodromos el mes previo de microhematuria y descenso de FG y a veces con hemoptisis y Hgia pulmonar. Está descrito en pacientes entre 25-58 años y con un periodo de latencia desde la última dosis ≤39 meses (un caso en torno a 60 meses). A veces los ac anti MBG no son detectados en la fase de prodromos. Mayor riesgo en fenotipo <b>HLA DRB1* alelo 15 que suele darse en mujeres.</b> BxR con GNRP con depósito lineal de IgG, <b>- Ac anti MBG sin clínica de GNRP:</b> cursan con SNo y FG conservado <b>BR:</b> GNMB y VASCULITIS PAUCIINMUNE. <b>- GNMB:</b> 2 casos a los meses 5 y 13, clínica: SNo + FG conservado. <b>BR:</b> IF (+) a IgG, C'3, K y lambda. ME: depósitos densos subepiteliales sin afectación de la MBG ni spikes y en algún caso depósitos densos mesangiales. <b>- GN FyS:</b> 2 casos <b>- NIIA</b> <b>- MAT</b>	-Sde GP clásico: PF/HD, CP y Cs <b>- GNMB:</b> IECAs, diuréticos, Cs <b>- GNFyS:</b> según guías <b>- NIIA:</b> cese del fármaco, Corticoides. <b>- MAT:</b> TRS si precisa, PF  Su elevado PM:150 KD, hace que no se elimine por HD, hay pocos datos sobre su comportamiento o en PF ya que dependería de su volumen de distribución y su unión a proteínas, que no se conocen con exactitud.
<b>Alpelisib</b>	<b>PIQRAY</b> 50,150,200 mg cmp	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de PI3K	Ca mama avanzado	300 mg/día (después de las comidas)	Metabolización hepato biliar, mínima renal. No se recomienda modificación de dosis en Iª renal leve moderada sin datos en grave.	<i>No nefrotoxicidad directa, sí indirecta derivada de otros efectos indeseables como:</i> <i>- Hiperglucemia</i> <i>- Náuseas, vómitos, diarrea</i> <i>En ficha técnica consta:</i> <i>hipopotasemia (14,8%), HTA (9,5%), aumento de creatinina (67,6%), lesión renal aguda (5,6%), edemas (16,5%), hipomagnesemia (12%) hipocalcemia (27,8%).</i>	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Reposición de pérdidas
<b>Altretamina</b>							
<b>Amsacrina</b>							
<b>Anastrozol</b>	<b>ANASTROZOL</b>	Antagonista	Mama avanzado con	1mg/día	No hay datos en ERC grave (FGe<30)	-Hipercalcemia poco frecuente.	Precauciones universales, monitorización

	1 mg comprimidos	hormonal. Inhibidor de la aromatasa.	receptor hormonal positivo en mujeres postmenopáusicas. · TT <sup>o</sup> adyuvante de mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama invasivo en estadios iniciales con receptor hormonal positivo. · Tratamiento adyuvante de mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama invasivo en estadios iniciales con receptor hormonal positivo, que hayan recibido tratamiento adyuvante con tamoxifeno o durante un periodo de 2 a 3 años.		mL/min) pero el fármaco se metaboliza por N-dealquilación, hidroxilación y glucuronidación y los metabolitos, de los que el principal es el triazol, se eliminan por vía renal por lo que se recomienda precaución.	- En estudios en ratas, la inhibición crónica de aromatasa induce HTA y lesión renal aguda por pérdida del borde en cepillo de TP y albuminuria. -Diarrea y vómitos frecuentes.	de TA, FG, iones y orina. Reposición de pérdidas
Apalutamida	ERLEADA Cmp 60 mg	Antagonista hormonal Antiandrogénico	Próstata	240 mg/día	CCr>30 dosis plena CCr <30 precaución, escasos datos.	HTA (22% cualquier grado, 14% grados 3/4) los antiandrogénicos evitan la VSD renal de la testosterona.	Control FRCV
Asciminib	SCEMBLIK Cmp 20 mg y 40 mg	Inhibidores de proteína quinasa Inhibidores de la tirosina quinasa BCR-ABL	LMC cromosoma Filadelfia (+) sin respuesta a 2 ó más inh TQ previamente.	40 mg/12 h sin comida.	No requiere ajuste de dosis, 11% de eliminación por orina (principalmente a nivel hepático y biliar). Se ha comprobado un aumento en la mediana del estado estacionario AUC0-24h de asciminib en un 11,5 % en los sujetos con insuficiencia renal leve o moderada, en comparación con los sujetos con una función renal normal.	HTA (18,5% con una mediana de tiempo desde que inició el tt <sup>o</sup> de 14 semanas en F.T. Ensayos: 12%), <b>diarrea</b> (20,5% en FT, 12% en ensayos), <b>edemas, vómitos</b> (8%), <b>hipofosforemia</b> (17,9% en FT, no artículos en PUBMED a fecha 31/10/22, <b>enfermedad venooclusiva arterial 3,2%.</b>	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Reposición de pérdidas. Precauciones si se administra concomitantemente con fármacos metabolizados con CYP3A4 ó CYP2C9.

<b>Asparaginas a</b>	<b>ERWINASE</b> 10.000 UI vial	Derivados de L-Asparaginasa	LLA principalmente en niños que han desarrollado hipersensibilidad (alergia clínica o inactivación silente) a la asparaginasa de E. Coli o la asparaginasa pegilada obtenida de E. Coli.	25 000 U/m <sup>2</sup> IM o IV/3veces /s (L,X,V)/ 2 s para reemplazar cada dosis de pegaspargasa o cada ciclo de tt <sup>o</sup> con asparaginasa. Amplias diferencias en la actividad de la asparaginasa en niños, la dosis óptima de crisantas pasa puede variar de un paciente a otro. Comprobar el nivel de asparaginasa y adaptar la dosis individualmente.	No es preciso ajuste.	<b>En ficha técnica:</b> Vómitos muy frecuentes, diarrea frecuente, nefrotoxicidad poco frecuente, FRA, proteinuria, ERC y nefropatía por AU: frecuencia desconocida. <b>En pubmed:</b> hipocalcemia, hipofosfatemia e hiperfosfatemia debidas a hipoparatiroidismo.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Reposición de pérdidas.																																
<b>Atezolizumab</b>	<b>TECENTRIQ</b> 1200 mg vial	Ac. monoclonales anti PD1/PDL1	Pulmón no microcítico o con mut EGFR y ALK (+) y carcinoma urotelial PDL1 >5%	1200 mg/3 semanas	FGe>30 sin cambios FGe<30 no hay datos	NIIA	Ver ipilimumab																																
<b>Avelumab</b>	<b>BAVENIBO</b> 200 mg vial	Ac. monoclonales anti PD1/PDL1	Ca. de células de MERKEL	10 mg/Kg/2 s (VM: 6,1 días)	FGe>30 sin cambios FGe<30 no hay datos	NIIA	Ver ipilimumab																																
<b>Avapritinib</b>	<b>AYVAKYT</b> Cmp 25,50,100,200 y 300 mg	Inhibidor de proteína quinasa	-Tumor del estroma gástrico intestinal (TEGI) irreseccable o metastásico en portadores de la mutación D842V del receptor α del factor de crecimiento de las plaquetas (PDGFRA) - Mastocitosis sistémica avanzada e indolente	-TEGI: 300 mg/día Administrar con estómago vacío. Evitar en lo posible con inhibidores moderados del CYP3A, si es imprescindible disminuir dosis a 100 mg/día. - Mastocitosis sistémica: 200 mg/día	FGe >30: dosis plena FGe <30 y HD: no hay estudios al respecto por lo que se desaconseja su uso. Ajuste de dosis según número de efectos indeseables y grados: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Dosis inicial</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1º</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>/48 h</td> </tr> <tr> <td>2º</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3º</td> <td>-</td> <td>2</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td></td> <td>-</td> <td>5</td> <td></td> </tr> </table> Si grado ≥3: suspender hasta recuperar a grado ≤2 y	Dosis inicial	3	2	25		0	0	0	1º	2	1	25		0	0	/48 h	2º	1	5	-		0	0		3º	-	2	-		-	5		(De cualquier grado/ grado 3 y 4 en %): <b>HTA (3,3/1,1)</b> <b>EDEMAS</b> generalizados o localizados (frecuentes: facial, periorbitario, periférico, pleural y poco frecuentes: laríngeo y pericárdico) <b>Diarrea</b> (26,4/6,7): total 34,7% <b>Náuseas</b> (45,1/1,5). <b>Vómitos</b> (24,2/0,7), total: 26,4%. <b>Lesión renal aguda</b> (2/0,9). <b>Aumento de Creatinina</b> (4,4/-). <b>Hematuria</b> (1,1/-). <b>Alteraciones iónicas</b> hipofosforemia (8,9/2,5), hipopotasemia (6,0/0,9), hipomagnesemia (3,8/0,4), hiponatremia (1,3/0,7), hipocalcemia (2,2/0,4),	- En el estudio NAVIGATOR los efectos indeseables más frecuentes fueron hemorragias graves, arritmias por alargamiento QT, déficit cognitivo, escaso daño renal. - Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Reposición de pérdidas. - Precaución en >65 años. - TT <sup>o</sup> sintomático con diuréticos, antieméticos.
Dosis inicial	3	2	25																																				
	0	0	0																																				
1º	2	1	25																																				
	0	0	/48 h																																				
2º	1	5	-																																				
	0	0																																					
3º	-	2	-																																				
	-	5																																					

			con síntomas moderados o graves no controlados con tratamiento sintomático.	Evitar en lo posible con inhibidores moderados del CYP3A, si es imprescindible disminuir dosis a 50 mg/día.  - Mastocitosis indolente: 25 mg/día	reanudar a misma dosis o menor si estuviera justificado.	hipoalbuminemia (2,4/-), deshidratación (1,8/0,5),	-No administrar junto con <b>inhibidores potentes del CYP3A</b> (ketoconazol, itraconazol, posaconazol, voriconazol, eritromicina, claritromicina, telitromicina, cobicistat, indinavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, conivaptan, boceprevir, pomelo) porque se acumularía y podría ser tóxico -No administrar si PLQ<50*10 <sup>9</sup> /L -No administrar junto con <b>inductores potentes y moderados del CYP3A</b> porque disminuiría su eficacia (rifampicina, dexametasona, fenitoína, carbamacepina, fenobarbital, fosfenitoína, primidona, bosentan, efavirenz, etravirina, modafinilo, dabrafenib, nafcilina). -Precaución con los inhibidores de gp-P, MATE 1, MATE 2-K y BSEP (in vitro)
<b>Axicabtagene ciloleucel</b>	<b>YESCAR TA</b> 0,4-2*10 <sup>8</sup> células, bolsa para infusión IV 68 mL	Células CAR-T anti CD19	Linfoma B 1º mediastino de céls grandes  Linfoma B difuso de céls. grandes	0,2*10 <sup>6</sup> células CAR-T/Kg de peso	No hay datos de ajuste en ficha técnica.	FRA (19%, FRA que requiere TRS: 4,4%), NTA por hipotensión arterial, SLT, Sde liber. Citoquinas (típicamente la primera semana, en mayor medida los 2-3 primeros días con pico la semana 1-2), sde. Linfocitosis hemofagocítica (1%), sde. de activación macrófaga, edemas. Hipofosforemia (75%), hipopotasemia (56%), hiponatremia (51%).	Si sde. de liber. de citoquinas: antipiréticos, oxígeno, hidratación endovenosa y/o vasopresores, si cuadro grave: Tocilizumab y metilprednisolona IV. Etoposido y citarabina intratecal si no hay respuesta. Soporte hemodinámico energético y reposición hidroelectrolítica.
<b>Axitinib</b>	<b>INLYTA</b> Cmp 1, 5 mg	Inhibidores de	Ca renal	5mg/12h	FGe>15 no ajuste	HTA y Proteinuria por endoteliosis y pérdida de podocitos, más	Tº de HTA, preferiblemente

		proteín quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa de L VEGFR			FGe < 15 sin datos	frecuente que en otros anti VEGF (más en japoneses). Elevación de Cr en un 55%	bloqueadores eje RAA. Nitratos pueden ser útiles.
<b>Azacitidina</b>	<b>VIDAZA</b> Vial 100 mg Onureg Cmp 200, 300 mg	Análogos de pirimidinas  Inhibidores síntesis DNA	LMA. LMC y Sde mielodisplásico	<b>SC:</b> 75 mg/m <sup>2</sup> /d/ 7 d y 21 d de descanso <b>Oral:</b> 300 mg/día/14 d y 14 d de descanso (ciclo de 28 días). En función de los efectos secundarios se debe reducir a la dosis de 200 mg con el mismo esquema posológico	Vía sc: No hay recomendaciones específicas, si Cr se multiplica x2 suspender hasta la recuperación. Si Bic < 20 siguiente dosis 50%  Vía oral: No se recomienda ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve, moderada o grave.	Hipofosforemia (66%) Hipocalcemia (48%). Puede inducir Sde de Fanconi. En muy escasos casos deterioro renal reversible tras finalizar su uso. Escasos datos de Tubulopatía difusa proximal y distal. Por inhibición competitiva de la secreción tubular pseudo deterioro renal.	Suele resolverse prontamente tras suspender el fármaco. Mientras, reposición de P, calcitriol y bicarbonato. Comprobar FG con cistatina C puede contribuir a resolver dudas en deterioros renales agudos.
<b>Belantamab mafodotina</b>	<b>BLNRE P vial 100 mg</b>	Ac monoclonales conjugados con fármacos.	MM refractario a terapias previas incluyendo inmunomodulador, inh proteosoma y anti CD 38.	2,5 mg/kg en perfusión IV cada 3 semanas.  Pico máximo de concentración del anticuerpo es tras la infusión y el de mCMMAF a las 24 horas. El Ac monoclonal es destruido en péptidos y el mCMMAF tiene un aclaramiento hepático limitado. Su VM es de 12 días.	FGe ≥ 30 mL/min sin cambios FGe < 30 ml/min no hay datos, se recomienda precaución.	En ficha técnica solo se recogen diarrea y vómitos. En PUB MED: FRA (10%), hipopotasemia (11%), hipercalcemia (3-13%), hiponatemia (7%), hipomagnesemia (6%), hipermagnesemia (2%), hipofosfatemia (4%), hiperpoasemia (2%), HTA (5%). Proteinuria (4%)	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Control FRCV. Soporte hidroelectrolítico y hemodinámico en FRA, t <sup>o</sup> habitual de hipercalcemia (fluidos, diuréticos de asa, bifosfonatos y calcitonina según niveles).
<b>Bendamustina</b>	<b>LEVACT</b> Vial 25 y 100 mg	Alquilantes Inhibidores síntesis DNA	LLC LNH MM	100-150 mg/m <sup>2</sup> según la pauta de días	FG > 10 no precisa ajuste de dosis FG < 10 sin datos	DIN, Gitelman, NTA Daño en TP por la excreción de su metabolito cloro acetil aldehído: Sde. Fanconi. Al alterar la síntesis de DNA puede provocar daño años después de su administración.	TT <sup>o</sup> según guías, diuréticos tiazídicos o mixtos (ameride <sup>®</sup> ) pueden ser útiles
<b>Bevacizumab</b>	<b>AVASTIN</b> Vial 100 y 400 mg	Ac. monoclonales	Cérvix, colon, mama,	5-15 mg/Kg/d	No precisa ajuste de dosis	Proteinuria, HTA, FRA, empeoramiento de IRC previa, MAT, GNCM,	Aflibercept es menos potente.

		anti VEGF/ VEGFR	ovario, peritoneo, pulmón no microcítico o con mut EGFR, recto, riñón, trompas de Falopio	según la pauta		GNMb, GNFyS, MP, GNRP por Inmunocomplejos, crioglobulinemia, NIIA, En estudio en fase 2 junto con irinotecan 6% hipofosfatemia. En otros estudios hasta 23 de hipofosfatemia. Caso publicado de hematuria macroscópica en contexto de ca. de cérvix y co tratamiento con pembrolizumab	Nitratos e Inh RAA parecen mejorar Comportamiento según grado de proteinuria: GRADO 0: <0,5 grs/d: IGUAL GRADO 1: 0.15-1 gr/d: IGUAL GRADO 2:1-3,4 grs/d: Retrasar su admon e inh RAA GRADO 3: >3,5 grs/d: <b>SUSPENDER.</b>
<b>Bexaroteno</b>	<b>TARGRE TIN cps blandas 75 mg</b>	Retinoides	Linfoma cutáneo de células T/NK resistente al menos a un ttº previo	Según SC/ (dosis por m²/día): - 0,88-1,12 m²→300 - 1,13-1,37→375 - 1,38-1,62→450 - 1,63-1,87→525 - 1,88-2,12→600 - 2,13-2,37→675 - 2,38-2,62→750	No hay datos. Se cree que no precisa ajuste ya que su C renal es <1 mL/min  Se aconseja precaución y seguimiento continuo mientras se use.	Según ficha técnica: Edemas (1-10%) Elevación de Creatinina Albuminuria (poco frecuentes y dosis dependientes: en dosis superiores a 300 mg/m²/d) En pubmed, no hay datos consistentes de nefrotoxicidad.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Bicalutamida</b>	<b>CASODE X, PENCIAL, PROBIC WIBICAL Cmp 50,150 mg</b>	Antagonista hormonal  Antiandrogénico	Próstata	Avanzado : 50 mg/día Avanzado con alto riego de progresión: 150 mg/día	FGe>30 dosis plena FGe<30 precaución	<b>Daño mesangial y fibrosis por privación androgénica.</b> - <b>Aumento del stress oxidativo</b> mediante la liberación de LDH, ROS, lisosomas y KIM-1. - <b>Disminución de N-cadherina</b> esencial para el equilibrio de fuerzas homeostáticas en las células mesangiales. - <b>Inflamación</b> (TNFα, NFKβ aumentadas, PI3K- AKt disminuida) - <b>Disfunción mitocondrial</b> con inactivación de la cadena respiratoria y de la producción de ATP. - <b>Hipoxia</b> con estimulación del factor HIF-1 α máximo a las 24 horas de su administración - <b>Muerte celular apoptótica</b> por la vía BNIP3 y caspasa 3 - <b>Fibrosis</b> por medio del factor TGFβ, PDGF, fibronectina y vía del colágeno IV. En algunos estudios, <b>el hipogonadismo farmacológico aumenta el riesgo de FRA (5,5 casos/1000</b>	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Control FRCV.



						<b>paciente/año</b> ), lo que se justifica por la metabopatía 2ª (dislipemia e hiperglucemia) que puede dañar el GLM por engrosar la Membrana basal tubular y el déficit de estrógenos que disrumpe la función tubular mientras que el de testosterona, antagoniza la vasodilatación hormonal que esta produce por su acción sobre el NO.	
<b>Binimetinib</b>	<b>MEKTOVI</b> Cmp 15 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de MEK	Melanoma portador de la mutación V600 de BRAF	45 mg/12 horas	No requiere ajuste de dosis	En conjunción con encorafenib 5,8% de HTA Hematuria. Raros casos de vasculitis granulomatosa.	Control periódico de TA. TTº específico de la misma. La vasculitis cedió al retirar el fármaco.
<b>Blinatumomab</b>	<b>BLYNCITO</b>	Ac monoclonales. Otros.  Ac. monoclonales anti CD19/CD3	LLA con cromosoma Ph negativo				<b>NO COMERCIALIZADO en ESPAÑA</b>
<b>Bortezomib</b>	<b>VELCADE</b> Vial 2,5 y 3,5 mg	Inhibidores de proteasoma	Linfoma células manto MM	1,3 mg/m2 según pauta	FGe>20 no precisa ajuste. FGe<20 sin datos pero bajar dosis HD: administrar post HD	MAT	Ecuzumab, en 2º lugar PF
<b>Bosutinib</b>	<b>BOSULIF</b> 100 y 500 mg cmp	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa BCR-ABL	LMC	400-600 mg/24 h	FGe>60 no requiere ajuste FGe 30-50: 300-400 mg/24 h FGe<30:200-300 mg/d	Hipofosforemia y descenso progresivo pero reversible del FG(13%). HTA (8%), DIARREA (83%), vómitos 38%, edemas y retención hídrica. Aumento eventos C/V (4,9%).	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. reposición de pérdidas.
<b>Brentuximab vedotin</b>	<b>ADCETRIS</b> Vial 50 mg	Ac monoclonales conjugados con fármacos.  Antimitóticos.	Linfoma anaplásico de células grandes LH Micosis fungoide Linfoma cutáneo de células T/NK	1,2 mg/Kg según pauta	FGe<30 Cl	No nefrotóxico	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Brexucabtagene autoleucel</b>	<b>TECARTUS</b> 0,4 – 2 x 10 <sup>8</sup> células dispersión para perfusión	Células CAR-T anti CD19	Linfoma células del manto  LLA	2 x 10 <sup>6</sup> células T CAR positivas viables por kg de peso corporal (intervalo: 1 x 10 <sup>6</sup> –2 x 10 <sup>6</sup> células/kg), con un máximo de 2 x 10 <sup>8</sup> células T CAR positivas	Sin datos al respecto.	FRA (19%, FRA que requiere TRS: 4,4%), NTA por hipotensión arterial, SLT, Sde liber. Citoquinas (típicamente la primera semana, en mayor medida los 2-3 primeros días con pico la semana 1-2), sde. Linfocitosis hemofagocítica (1%), sde. de activación macrofágica, edemas. Hipofosforemia (75%), hipopotasemia (56%), hiponatremia (51%).	Si sde. de liber. de citoquinas: antipiréticos, oxígeno, hidratación endovenosa y/o vasopresores, si cuadro grave: Tocilizumab y metilprednisolona IV. Etoposido y citarabina intratecal si no hay respuesta.

				viabiles para pacientes que pesen 100 kg o más			Soporte hemodinámico enérgico y reposición hidroelectrolítica.
<b>Brigatinib</b>	<b>ALUMBRIG</b> Cmp 30,90, 180 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la ALK	Pulmón no microcítico o avanzado	90 mg/d/7 días y después 80 mg/d	FGe>30 dosis plena FGe<30: 60 mg/d/d y seguir con 90 mg/d.	Escasa nefrotoxicidad (2%). HTA, edemas periféricos, hiponatremia e hipofosforemia. Excreción urinaria 25%	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. - Grado 3: interrumpir hasta recuperación; si repite grado 3, reanudar a dosis menor o retirar. - Grado 4: interrumpir hasta recuperación y reanudar a menor dosis o interrumpir definitivamente. Si reaparece toxicidad grado 4, interrumpir definitivamente
<b>Busulfan</b>	<b>BUSILVEX</b> Vial 60 mgr	Alquilantes Inhibidores síntesis DNA	Tx céls hematopoyéticas	0,8-3,2 mgr/Kg según pauta	No evaluada	No evidencia de nefrotoxicidad	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Cabacitaxel</b>	<b>JEVTANA, JEVTANA ABACUS</b> Vial 60 mg	Antimitóticos.  Taxanos	Próstata	25 mg/m <sup>2</sup> /3 semanas	Muy escasa eliminación renal, dosis plena si FGe >15 FGe <15 daros escasos, precaución	HTA (4%), hematuria (2%)	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina..
<b>Cabozantinib</b>	<b>Cabometyx</b> Cmp 20,40,60 mg	Inhibidores de protein quinasa del receptor VEGF  Inhibidores de la tirosinquinasa MET (ó receptor del HGF)  Inhibidores no selectivos de protein quinasa	Renal avanzado tras ttº anti VEGF Hepatocelular Tiroides diferenciado sin respuesta o imposibilidad de I <sub>2</sub> radiactivo	CI en FGe<30 Excreción urinaria 27%	60 mg/d	Aumento de Cr (58%: Uptodate), diarrea, edemas, HTA (30-60%), hipo (Ca, P, Mg, Na, K). MAT, proteinuria (2-15% Uptodate).	- Ajustar dosis a FG y reponer lo perdido. - Si HTA resistente, suspender cabozantinib hasta control HTA grado ≤ 2) y reiniciar a menor dosis. - Si HTA grado 4 o crisis HTA grave suspender.
<b>Capecitabina</b>	<b>XELODA</b> Cmp 150-300 y 509 mg	Inhibidores síntesis DNA  Análogos de Pirimidinas	Colon, Estómago, mama, recto	1250 mg/m <sup>2</sup> /12 h 14 d, 7 d de descanso 7 días	FGe>50 dosis plena FGe 30-50 75% de la dosis FGe<30 CI Según grado del EI ajustar (ver al final del tema)	Vasculitis leucocitoclástica. Raramente descenso del FG medido por renograma, no por CCr ya que inhibe la secreción tubular (raro).	Monitorización de FG, TA y iones. Es más sensible medir FG por renograma que por CCr. Vasculitis: prednisona.
<b>Capmatinib</b>	<b>TRABECTA</b>	Inhibidores de	Pulmón no microcítico	400 mg/12 h, vía oral,	- Excreción inalterado en orina	- Aumento reversible de creatinina (hasta 74,5%) por inhibición	Precauciones universales, monitorización

	Cmp 150,200 mg	protein quinasa  Inhibido res de la tirosina MET (o recepto r del factor de crecimi ento de hepato cito (HGF)).	o avanzado con omisión del exón 14 del gen del factor de transición mesenqui mal- epitelial (METex1 4), tras ttº previo con inmunoter apia y/o QT con platino	asociado o no a comidas.  En caso de mala tolerancia (Niveles de ALT/AST, bilirrubina , creatinina , vómitos... ver ficha técnica1): 300 mg/12 h o 200 mg /12h.	insignificante. - CCr ≥30 mL/min dosis plena. - CCr <30 mL/min: sin datos	de los transportadores tubulares de Creatinina MATE 1 y MATE 2K - Edema periférico (21-67,5%) por alteración de la permeabilidad del endotelio por alteración de la vía HGF/ MET. - Hiponatremia (22,3%), hipofosfatemia (30,1%). - Vómitos (25%), diarrea (15,6%). -Daño renal agudo <10% (UPTODATE).	del perfil hepático, creatinina sérica, FG, iones y orina - FRA grado 2: suspender y reanudar una vez recuperado a la misma dosis. - Grado 3: suspender y reanudar una vez recuperado a menor dosis - Grado 4: suspender, - EDEMAS: masajes, medias de compresión, ejercicios, dieta pobre en sal, diuréticos de ser precisos. - MEDIR FG con cistatina C.
<b>Carboplatino</b>	<b>Carboplatino</b> Vial 50.150 y 450 mg	Computos de Platino  Inhibido res síntesis DNA	Ovario, pulmón microcítico, cabeza y cuello, vejiga	400 mg/m <sup>2</sup>	FGe >60 dosis plena FGe 59-41: 250/m2 FGe 21-40: 200 mg/m <sup>2</sup> FGe <20 sin datos HD:50% de dosis CAPD:25% dosis Se recomienda utilizar la <b>fórmula de Calvert</b> para su ajuste, Se recomiendan valores de AUC de 7 mg/mL/mto para primera dosis y de 5 para posteriores.	Solo FG, no reabsorción tubular. Requiere dosis 10 veces mayores y tiempo de incubación 7.5 veces superior al cisplatino para inducir el mismo daño en el DNA. 10-15% de nefrotoxicidad. NTA. MAT, fibrosis intersticial crónica, Tubulopatía proximal tipo Fanconi, Hiponatremia (pierde sal), hipopotasemia. Hipomagnesemia (menor que cisPt)  Al potenciar náuseas, vómitos y diarrea puede inducir daño prerenal acompañante, Algunos estudios hablan de un descenso del FG estimado en 22 mL/min/1,73 m2 en niños, otros estudios no encuentran diferencias a largo plazo en el FG medio, en otros, se afirma un 5-20% de nefrotoxicidad grave.	Ver cis platino Hidratación agresiva sobre todo en dosis mayores de 800 mg/m2
<b>Carfilzomib</b>	<b>KYPROLIS</b> Vial 10-30 y 60 mg	Inhibidores de proteasoma	MM  (en combinación con isatuximab)	20 mg/m <sup>2</sup>	No ajustar dosis por FG En HD, admón post	MAT, SLT, NTA, FRA prerenal, VSC renal. Daño renal acumulado de todos los grados: 21,3% Daño renal grados 3-5: 8,3%	Profilaxis y rápido diagnóstico y ttº del SLT, monitorización FG y iones. MAT: suspensión del fármaco, PF y eculizumab. La nefro toxicidad por VSC renal puede prevenirse con acetil cisteína.

<b>Carmustina</b>	<b>GLIADEL</b> Implantes intralesionales 7,7 mg	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	Glioblastoma, Glioma	8 implantes (61,6 mg) en la cavidad del tumor	Se han visto mayor % de daños renales con dosis acumuladas entre 2,9 y 7,4 grs. Pero se documenta daño por encima de 1,2 grs/m <sup>2</sup> en ttº sistémico.	NTIC con fibrosis intersticial, atrofia tubular y glomerulosclerosis probablemente 2º a lo previo. El daño puede ser evidente 1-6 años tras el cese del ttº. Casos aislados documentados de FRA por NTA (con dosis de 450 mg/m <sup>2</sup> ).	Es importante monitorizar FG al menos 5 años tras el cese del ttº.
<b>Cemiplimab</b>	<b>LIBTAYO</b> 350 mg vial para perfusión	Ac. monoclonales anti PD1/PDL1	Carcinoma cutáneo de células escamosas Carcinoma basocelular Carcinoma pulmonar no microcítico o que expresan PD-L1 (≥50%), sin aberraciones en EGFR, ALK o ROS1, que tienen: * CPNM localmente avanzado no candidato a recibir quimiorradiación definitiva, o * CPNM metastásico.	350 mg, cada 3 semanas IV	FGe >30 mL/min, no requiere ajuste de dosis.  FGe 15-29 mL/min: no hay datos disponibles.	- NIIA inmunomediada (0,6%; 0,3% grado 3). Mediana de tiempo hasta el debut: 1,8 meses (de 14 días a 5,6 meses). - ATR Distal - Cistitis no infecciosa - Mayor probabilidad de infecciones urinarias en mujeres que en hombres (11,1% vs. 5,3%).	<b>Grado ≤2:</b> suspender, administrar PRD VO 1-2 mg/Kg/d con descenso en 12 semanas, si se recupera a grado 0-1 y permanece estable una vez descendida la PRD por debajo de 10 mg/d reiniciar. Grado 3-4: suspender definitivamente y mismo ttº
<b>Ceritinib</b>	<b>ZYKADIA</b> Cps 150 mg	Inhibidores de proteínas quinasa  Inhibidores de la ALK	Pulmón no microcítico	450 mg/día	Mínima excreción renal (1,3%) FGe >30 dosis plena, FGe <30 precaución	Edema periférico (8%), elevación de creatinina (58%), hipofosforemia (36%).	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Cetuximab</b>	<b>ERBITUX</b> Vial 100 mg	Ac. monoclonales anti EGFR	Colon y recto que exprese EGFR con gen RAS de tipo nativo Ca céls. Escamosas e cabeza y cuello	1ª dosis 400 mg/m <sup>2</sup> semanal, después: 250 mg/m <sup>2</sup> (VM 4,7 días)	No hay datos	Rara nefrotoxicidad, puede inducir torsades., FRA, hipoMg <sup>+2</sup> (37%), hipocalcemia e hipopotasemia (8%) por diarrea y tubulopatía (inhibe el transportador TRPM6) Casos de GNRP y SNo.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. incluyendo magnesio.

<b>Ciclofosfami da</b>	<b>GENOXA L</b> Cmp 50 mg Vial 200 mg y 1 gr	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	Mama, ovario, retina, LLC, LMC, Linfoma de Burkitt, LH, Micosis fungoide, MM, Neuroblastoma, SNo	Variable según protocolos	Ajustar según peso y FG HD 50% post sesión CAPD bajar 25% CRRT no ajuste.	Cistitis hgica.por acumulación de acroleína, mayor riesgo en variaciones genéticas:heterocigotos para los alelos ALDH3A1*2 y ALDH1A1*2, mayor riesgo si dosis es mayor de 50 grs. <b>Hiponatremia</b> por efecto tubular directo sobre la reabsorción de agua (no por SIADH). Aumenta la sensibilidad a ADH a nivel tubular. Ocurre 4-48 h post administración, más frecuente con dosis elevadas (30-50 mg/Kg/d), pero también con dosis menores (10-15 mg/Kg/d) y hay casos tras dosis única. En diversas series: 52% de hiponatremia de la cual, 5,8% grave y 8,7% sintomática.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Ciltacabtagene autoleucel</b>	<b>Carvykti</b>	Células CAR-T anti BCMA	MM refractario que ha recibido al menos 3 líneas de ttº incluyend o un inmunomodulador, un inh. del proteasoma y un Ac monoclonal anti CD38, y que han progresión en el último ttº.	0,75 × 10 <sup>6</sup> células T (CAR positivas y viables) (rango 0,5 × 10 <sup>6</sup> a 1 × 10 <sup>6</sup> ), administradas de forma endovenosa 5-7 días tras el inicio de la quimioterapia linfodepletiva.	No hay datos al respecto.	No hay descritos en pubmed efectos indeseables que se incluyan en el ámbito de la nefrotoxicidad. En informes para EPAR y FDA se incluyen: diarrea, vómitos, hipotensión arterial, hipopotasemia, hipocalcemia, hipofosfatemia, edemas.	Para prevenir efectos indeseables de otras áreas (principalment e neurológica) se aconseja terapia puente para reducir la carga tumoral inicial, ttº agresivo de las complicaciones, evaluación neurológica precoz y extender el seguimiento en el tiempo tras su infusión.  Con respecto a complicaciones renales: monitorización universal de FG equilibrio ácido/base y iones.
<b>Citarabina</b>	<b>Depocyte , citarabina</b> Vial 50, 100 mg, 500 mg, 1 gr  <b>VYXEOS</b> 44/100 mg junto con Daunorubicina	Inhibidores síntesis DNA  Análogos de Pirimidinas	LMA, LMC	Muy variable según protocolos: 0,5-5 mg/Kg/d ó 100-200 mg/m <sup>2</sup>	Sin recomendaciones específicas, salvo precaución.	Muy raramente puede inducir rhabdomiólisis con daño renal secundario	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Cisplatino</b>	<b>Cisplatino</b> Vial 10.50 y 100 mg	Computostatos de Platino	Ovario, pulmón microcítico o y no microcítico, éls,	20-100 mg/m <sup>2</sup> pautas variables según	FGe 46-60: bajar dosis un 25% FGe 10-45: bajar 50% HD: bajar 50% y dar post sesión	Provoca daño celular sobre todo en el segmento S3 del TP (Anatomía patológica: vacuolización del citoplasma, dilatación	Hidratación agresiva y suplementos de Mg, Inhibidores de

		Inhibidores síntesis DNA	escamosas de cabeza y cuello, testículo y vejiga	protocolos	CAPD: bajar 50% CRRT: bajar 25%	<p>tubular, núcleos picnóticos, degeneración hidrópica), pero también a nivel de AH, TD y vasos (mecanismo dependiente de stress de retículo endoplásmico, disfunción mitocondrial, daño a nivel del DNA nuclear: ver imagen). Las vías finales del daño son la muerte celular por apoptosis y la inflamación dependiente del TNF alfa y otras citoquinas. Provoca un 20-30% de nefrotoxicidad, incluso tras una dosis única. Puede haber un FRA típicamente no oligúrico entre 3-5 días de la administración del fármaco. Puede darse lesión aguda con dosis superiores a 60 mg/m2 por ciclo o con dosis acumuladas mayores de 300 mg/m2.</p> <p>Podemos encontrar: <b>NTA. Daño vascular</b> (isquemia tubular, MAT), <b>tubulopatía proximal tipo Fanconi, descenso del FG</b> (suele recuperarse entre 1-4 semanas pero cerca de un 3% es grave, en rango de ERC G4), <b>proteinuria tubular</b> (en torno a 0,5 gr/d), <b>Hiponatremia que puede determinar hipotensión ortostática en el contexto de sde. pierde sal</b> (suele recuperarse en semanas), <b>hipomagnesemia (por encima de un 40%), que determina hipopotasemia, ATR distal</b> y a medio/largo plazo: <b>fibrosis intersticial.</b></p> <p><u>Mayor riesgo en:</u> ancianos, mujeres, fumadores, pacientes con hipoalbuminemia, hipomagnesemia previa, ERC previa.</p> <p><u>Factores protectores:</u> polimorfismos en el gen del transportador catiónico orgánico OCT 2.</p>	<p>bomba de protones.</p> <p>En países anglosajones se utilizaba previamente para forzar diuresis con dosis &gt; 100 mg/m2: MANITOL.</p> <p>La Hemodiálisis no es útil para eliminar platino.</p> <p>Por su mecanismo de acción se estudian aunque no se utilizan de rutina: CIMETIDINA (inhibe el transportador OCT2), CARVEDILOL (inhibe las caspasas), CILASTATINA (inhibe la apoptosis tubular), ROSIGLITAZONA (inhibe mediadores inflamatorios), inhibidores de SGLT2 (sin literatura definitiva que lo sustente actualmente).</p> <p>No se conoce tº específico para la MAT más allá del de sostén.</p>
Cladribina	MAVENC LAD cmp 10 mg	Análogos de Purinas Inhibidores	LLC, tricoleucemia, EM	0,09 a 0.14 mg/Kg/d según pautas	-IV sin datos - SC: CI si FG<50	Casos aislados de vasculitis sistémica que puede tener afectación renal	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Si

	<b>LEUSTATIN, LITAK</b> Viales 10 mg	síntesis DNA					vasculitis suspensión del fármaco y corticoterapia.
<b>Clorambucil</b>	<b>LEUKERAN</b> cmp 2 mg	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	LH, LNH. LLC, MW	Distintas dosis según protocolos	No es preciso ajustar dosis	Casos de FRA en relación con sobredosis.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Cobimetinib</b>	<b>COTELLIC</b>  Cmp 20 mg	Inhibidores de proteína quinasa  Inhibidores de MEK	Melanoma con mutación BRAF V600	60 mg/d/21 d y 7 días de descanso	-FG>30 no precisa ajuste -FG<30 precaución	Similar a a trametinib FRA, HTA, hiponatremia, hipofosfatemia, raramente GN Poco nefrotóxicos (eliminación renal 2%) salvo si se asocia con inh BRAF. Es posible prerrenalidad por diarrea y vómitos.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Reposición de iones,
<b>Crizotinib</b>	<b>XALKORI</b> Cps 200 y 250 mg	Inhibidores de proteína quinasa  Inhibidores de la ALK	Pulmón no microcítico o (+) para ALK	250 mg/12 h	-FGe>30 dosis plena -FGe<30: 250 mg/24 h Excreción urinaria 22%	FRA (23% de casos de elevación de creatinina), edemas periféricos (28-49%), hipofosforemia, quistes renales (3-5%: mecanismo no bien conocido dependiente de la infrarregulación de testosterona y del protooncogén MET y su interacción con el ligando del factor de crecimiento de hepatocitos: hGF), hiponatremia, hipopotasemia. Pseudo FRA por inhibición del transportador OCT 2. NTA (vacuolización de los miocitos arteriolares renales).	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Reposición iónica. Los quistes renales suelen regresar al suspender el fármaco y hay casos de mejoría al sustituirlo por Alectinib.
<b>Dabrafenib</b>	<b>TAFINLAR</b> Cps 50 y 75 mg	Inhibidores de proteína quinasa  Inhibidores de Ser-Thr quinasa BRAF  Inhibidor de Nantes (RON)	Pulmón no microcítico o y Melanoma Con mut BRAFV600 (+)	150 mg/12 h	FGe >30 dosis plena FGe<30 sin datos	NIIA granulomatosa, FRA e hipofosforemia, hipopotasemia e hiponatremia. Es menos nefrotóxico que vemurafenib. Sde nefrótico por daño podocitario directo al inhibir la fosfolipasa Cε1 y bajarregular la nefrina,	Ingesta hídrica elevada. Control analítico. De TA y clínico frecuente Reposición iónica. TTº de la complicación que provoque según guías. Según grado de toxicidad, retirar temporal o definitivamente
<b>Dacarbazina</b>	<b>Dacarbazina</b> Vial 500 y 1000 mg	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	LNH, Melanoma, sarcoma	200-375 mg/m2/d según pauta	Iª renal leve a moderada dosis plena	Sin información en Pubmed	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Reposición iónica.
<b>Dacomitinib</b>	<b>Vizimpro</b> Cmp 15,30,45 mg	Inhibidores de proteína quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa de L EGFR	Pulmón no microcítico o no células pequeñas	45 mg/d	FGe>30 dosis plena FGe<30 y HD: insuficientes datos, no recomendado	Diarrea y pérdida de apetito	Correcta reposición hidroelectrolítica.

<b>Daratumumab</b>	<b>DARZALEX</b> Vial 100 y 400 mg	Ac.monoclonales anti CD38	MM	16 mg/Kg según pautas	No requiere ajuste	HTA (10,1%)	Control de TA y ttº
<b>Darolutamida</b>	<b>NUBEQA</b> Cmp 300 mg	Antagonista hormonal  Antiandrogénico	Próstata	600 mg/12 h	FGe >30 dosis plena FGe 15-29 300 mg/12 h	HTA, retención urinaria en % bajo ambas (<6%)	Control FRCV, monitorizar evolución.
<b>Dasatinib</b>	<b>SPRYCEL</b>	Inhibidores de proteinasa quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa BCR-ABL	LLA, LMC	100 mg/24 h y 70 mg/12 h según pautas	Aclareamiento Renal <4%, no se aconseja modificar dosis	Efectos renales agente específicos por interrupción de las vías de señalización de VEGF a través de la inhibición de la familia de quinasas Src y daño específico en actina del citoesqueleto. <b>Proteinuria nefrótica tipo GNCM</b> sin HTA asociada. 18% de proteinuria en estudios fase I, mucho menor % de proteinuria grados 3 o mayor. Hasta 2020: 9 casos de síndrome Nefrótico publicados, entre 2 semanas y 2 años de ttº. HTA pulmonar, diarrea, vómitos.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Suspensión de ttº o disminución de dosis y corticoides si proteinuria de causa glomerular.
<b>Daunorubicina</b>	<b>DAUNOBLASTINA</b>  <b>VYXEOS</b> 44/100 mg junto con citarabina	Antibióticos citotóxicos.  Antraclicinas.  Inhibidores síntesis DNA	LLA, LMA	Muy variables según pautas	No hay recomendaciones específicas	MAT, daño túbulo intersticial, GNfYs y colapsante, raramente: GnMb, GNCM y por depósito de ICC*.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Suspensión de ttº o disminución de dosis y corticoides si proteinuria de causa glomerular En MAT: Cs, PF y rituximab.
<b>Decitabina</b>	<b>DACOGEN</b> Vial 50 mg	Inhibidores síntesis DNA  Análogos de Pirimidinas	LMA	20 mg/m²/d/5 días por ciclo	No hay recomendaciones más allá de guardar precauciones si FGe <30	Casos aislados de MAT con SL, fusión podocitaria y NTA (Sde nefrótico con glucosuria, hipopotasemia e hipercloremia) todo ello por daño endotelial.	Monitorización de FG y iones de forma estricta con análisis que incluya orina elemental, iones en orina y GVB. Si deterioro renal rápida suspensión del fármaco. TTº específico según guías.
<b>Degarelix</b>	<b>FIRMAGON</b> Solución inyectable, 80 y 120 mg	Antagonista hormonal.  Antagonista del receptor de la hormona liberadora de gonadotropina.	Próstata avanzado dependiente, localizado y localmente avanzado de alto riesgo en monoterapia y/o combinación con radioterapia. ó como neoadyuvante previo a la	240 mg (2 inyecciones consecutivas) SC, seguido de una dosis de mantenimiento de 80 mg mensual. No precisa dosis inicial de antiandrogénico asociada.	<b>-FGe &gt;30 mL/Min:</b> dosis plena. <b>- FGe &lt;30 mL/min</b> sin datos al respecto.  Unión a proteínas 90%. Degradación 70-80% hepatobiliar, 20-30% por orina.	- <b>Vómitos.</b> - <b>HTA e hipoTA</b> por reacción vaso vagal. - Cambios en <b>calcemia</b> (los andrógenos inhiben la reabsorción ósea por medio de la inhibición de la IL-6, PGE2 y PTH mediando en la función osteoblástica e indirectamente sobre la osteoclastogénesis. Lo a antiandrogénicos eliminan esta inhibición). - <b>Edemas periféricos.</b> - Alteraciones <b>urológicas</b> (polaquiuria, urgencia miccional, disuria,	-Precauciones universales con monitorización de TA, FGe y iones, -No es sustrato del CYP 450 no interacciona con fármacos metabolizados por esta vía. - Puede prolongar el QTc, precaución con antiarrítmicos clase IA (quinidina,



			radioterapia en pacientes con cáncer de próstata localizado o localmente avanzado de alto riesgo.			nocturia, incontinencia). <b>-Deterioro renal agudo.</b>	disopiramida) o III (amiodarona, sotalol, dofetilida, ibutilida), metadona, moxifloxacino, antipsicóticos.
<b>Denileukin difitox</b>	Medicamento extranjero no comercializado en España.	Proteínas de fusión con inmunotoxinas  Proteínas de fusión anti CD-25 (receptor de IL-2)	Linfoma T	9-18 microgr/Kg/d según protocolos	No precisa ajuste de dosis renal	No hay datos de nefrotoxicidad directa en Pubmed, puede provocar alteraciones tiroideas con alteraciones secundarias de TA.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Dinutuximab Beta</b>	<b>QARZIBA</b> Solución para perfusión 4,5 mg/ml (viales de 20 mg).	Ac monoclonal, otros.  Ac monoclonales anti Disialo gangliósido 2 (GD 2).	- Monoterapia de Neuroblastoma de alto riesgo en mayores de 1 año con al menos RP tras QT de inducción seguida de tº mieloablatoivo y trasplante de células madre. -Junto con IL-2 en neuroblas toma recidivante o refractario al tº con/sin enfermedad residual.	100 mg/m <sup>2</sup> /ciclo /5 ciclos de 35 días: <b>*INFUSIÓN PROLONGADA:</b> ó 10 mg/m <sup>2</sup> /d/10 días en perfusión continua (durante 240 horas) ó <b>**INFUSIÓN CORTA:</b> 20 mg/m <sup>2</sup> /d/5 días perfusión en 8 h/día. <b>Si se combina con IL-2:</b> Dosis SC de 6 x 10 <sup>6</sup> UI/m <sup>2</sup> /d, durante 2 periodos de 5 días consecutivos, para una dosis total de 60 x 10 <sup>6</sup> UI/m <sup>2</sup> por ciclo. Iniciar el 1º ciclo de 5 días 7 días antes de la 1ª perfusión de dinutuximab beta y el 2º ciclo de 5 días al mismo	Sin datos en Insuficiencia renal. Solo administrar si FGe >60 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> .  Casos aislados de tº seguro en pacientes en HD (DOI: 10.1002/psc.28852). Por su elevado PM no es esperable que se elimine durante la HD por lo que se administró al 100% de la dosis.	<b>GRAVES entre el 22,2-71,4% de todos los pacientes.</b> Vómitos (55 %), diarrea (52 %), síndrome de fuga capilar (36 %), hipotensión (41 %). Hiponatremia, Hipopotasemia, Hipofosfatemia, Hipomagnesemia, hipocalcemia (desequilibrio iónico global al menos en el 25% de pacientes) deshidratación (1ª SPR, hipotiroidismo, aumento de secreción de VIP). HTA. Retención urinaria (vejiga neurogénica). Hiperfosfatemia, hematuria, proteinuria. Fracaso renal agudo.	- Administración hospitalaria, exige cuidados y seguimiento estricto en el tº de soporte. -Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. -Antes de cada ciclo comprobar que SatO2 >94%, neutrófilos ≥ 5000/µl, plaquetas ≥ 20.000/µl, Hb > 8,0 g/dl, ALT y AST < 5 veces el límite superior de la normalidad y CCr ó FGe > 60 ml/min-1,73 m <sup>2</sup> . - Modificación de dosis y velocidad de perfusión según intensidad del efecto indeseable: consultar ficha técnica. - - Premedicación con Antihistamínicos (anti H1), analgésicos, gabapentina y morfina IV (desencadena dolor neuropático). -Prevenir SLC y síndrome de fuga capilar. -No se recomiendan corticoides 2 semanas antes y 1

				tiempo que la perfusión de dinutuximab beta (días 1 a 5 de cada ciclo de dinutuximab beta).			semana después salvo compromiso vital. -IgIV y/o PF en casos de toxicidad neurológica grave. -En algunas series se administra junto con <b>ISOTRETINOINA y factor estimulante de colonias de granulocitos</b> para conseguir mayor tolerancia y menos efectos indeseables.
<b>Docetaxel</b>	<b>DOCETAXEL, TAXOTERE</b> Vial 20,80, 140 y 160 mg	Antimitóticos.  Taxanos	Mama, escamas de cabeza y cuello, próstata, pulmón no microcítico, estómago	75-100 mg/m <sup>2</sup> según pautas	Mínima excreción renal, no es preciso ajustar dosis	NTA (toxicidad tubular específica), MAT, hipopotasemia, hiponatremia	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Reposición iónica, tº de sostén. MAT: suspender fármaco, Cs y PF (eficacia 20% de casos). Rituximab en refractarios.
<b>Dostarlimab</b>	<b>JEMPERLI</b> Vial 500 mg/10 mL	Ac. monoclonales anti PD1/PDL1	Endometrio con pérdida del mecanismo de reparación de apareamiento de bases / inestabilidad de microsatélites alta en recaída o avanzado que han progresado durante o después de un tratamiento o previo basado en platino Recto.	500 mg cada 3 semanas 4 ciclos seguido de 1000 mg cada 6 semanas posteriormente,	No requiere ajuste si FGe >30  Pocos datos si FGe <30. Precaución.	NIA (en ficha técnica: 0,6%) No hay datos en Pubmed.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Corticoides. El grado 1-2 suspensión temporal y reinicio a menor dosis, grado 3-4 suspensión definitiva.
<b>Doxorubicina</b>	<b>DOXORUBICINA, FARMIBLASTINA</b> Vial 50 mg <b>CAELYX</b> vial 20 mg (2 mg/mL)	Antibióticos citotóxicos.  Antracíclinas.  Inhibidores síntesis DNA	Estómago, mama, pulmón no microcítico, vejiga LLA, LMA, LH, LNH, neuroblastoma, osteosarcoma, sarcoma de Ewing,	20-90 mg/m <sup>2</sup> según pauta	Iº Renal grave: 75% de la dosis	MAT, daño túbulo intersticial, GNFS y colapsante, raramente: GmB, GNCM y por depósito de ICC*.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Tº de sostén. MAT: suspender fármaco, Cs, PF, Rituximab.

<b>Durvalumab</b>	<b>IMFINZI</b> Vial 50 mg/ml(10 mL) y 50 mg/ml/2,4 mL	Ac. monoclonales anti PD1/PDL1	tumor de Wilms Pulmón no microcítico	10 mg/Kg cada 2 semanas	FGe >30 dosis plena FGe<30 no hay datos, precaución	NIIA (0,3%) con una mediana de 87 días desde el inicio del ttº, GNRP paucimune Hipofisitis: SIADH.	Retirada del fármaco, Cs si NIIA dte. 4-6 semanas, no reintroducir si grado III-IV o HD. BR si dudas del Dg, CP y/o MMF en casos con pancitopenia. Una vez baje de grado 1-2 puede reintroducirse con dosis bajas de Cs
<b>Elotuzumab</b>	<b>EMPLICITI</b> Vial 400 mg	Ac. Monoclonales anti SLAMF7	MM	10 mg/kg en días 1,8,15 y 22 del ciclo	FG>30 dosis plena FG<30 no requiere ajuste	FRA (5,9%), no se describe el mecanismo en la literatura.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Ttº de sostén.
<b>Encorafenib</b>	<b>BRAFTOVI</b> Cps 50.75 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de Ser-Thr quinasa BRAF	Melanoma portador de la mutación V600 de BRAF	450 mg/día	CCr>30 dosis plena CCr<30 sin datos, precaución	En conjunción con binimetinib 5,8% de HTA Hematuria Raros casos de vasculitis granulomatosa.	Control de TA y ttº específico de la misma. Vasculitis cedió al suspender el fármaco.
<b>Enfortumab vedotina</b>	<b>Padcev</b> Polvo para solución 20 y 30 mg	Ac monoclonales conjugados con fármacos. Antimitóticos	Carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico que no hayan respondido a platino, inh. del receptor de muerte celular programada 1 o del ligando de muerte celular programada 1.	1,25 mg/kg (máximo 125 mg para ≥100 kg) los días 1, 8 y 15 de un ciclo de 28 días Reducción según efectos indeseables: 100(1 mg/kg)-75 (0,75 mg/Kg)-50 (0,5 mg/Kg) en pasos sucesivos	FGe >15 mL/min dosis plena FGe <15 mL/min no evaluado.	Diarrea (3%) en ficha técnica. No complicaciones renales descritas en PUBMED.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Ttº de sostén.
<b>Entrectinib</b>	<b>Rozlytrek</b> Cps 100 y 200 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores no selectivos de protein quinasa	-Tumores sólidos que expresan una fusión del gen receptor de tirosina quinasa neurotrófico (NTRK) - Pulmón no microcítico o (CPNM) ROS1-positivo avanzado no tratados	- Adultos: 600 mg/d - Edad pediátrica >12 años: SC 1,11-1,5 m²: 400 mg/d SC >1,51m²: 600 mg/d  Dosis reducida en Eftº indeseables: Adultos: de 600 a 400-200 mg/d Pediatria: <1,51 m²:	FGe >30 mL/min: sin cambios (eliminación renal del metabolito activo M5 inalterado <3%). FGe <30 mL/min: se desconoce dosis óptima Eliminación principalmente fecal, no debería modificarse AUC.	<b>En ficha técnica:</b> Hiperuricemia (9,1%), ITUs.(12,7%), deshidratación (7,9%), SLT (0,2%), diarrea (33,5%), vómitos (23,2%), <b>aumento de Creatinina (25,4%)</b> , retención urinaria (10,9%), edemas (37,3%), hipotensión arterial (16,5%). <b>En IPT</b> % distintos según estudios. Alteraciones renales: 40%, elevación de creatinina 25%. <b>-En pubmed</b> , escasa literatura, caso de FRA AKIN 1 relacionado con ICC descompensada por cardiotoxicidad directa.	- Evitar uso de inh potentes o moderados de CYP3A. Si no se pueden suspender: disminuir dosis a 100-200 mg/d y no uso conjunto mayor de 14 días. - tras periodo de lavado suficiente. -Múltiples interacciones con diversos sustratos (consultar ficha técnica). - Si ICC ttº según guías

			previamente con inhibidores de ROS <sub>1</sub>	300-200/5d/s >1,51 m <sup>2</sup> : 400-200 mg/d		<b>Caso aislado con sospecha de diabetes insípida.</b>	(Diuréticos, soporte hemodinámico).
<b>Enzalutamida</b>	<b>XTANDI</b> Cmp 40 mg	Antiandrogénico	Próstata	160 mg/día	CCr>30 dosis plena CCr<30 sin datos, precaución	HTA (6-10%), hematuria, retención urinaria, FRA (4%) Precauciones con interacciones con CYP3A4/5 y CYP28	Control de TA y ttº específico de la misma Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Eporitamab</b>	<b>TEPKINLY</b> Vial 4mg/0,8 mL	Ac monoclonales. Otros.  Ac. monoclonales anti CD20/CD3	Linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) en recaída o refractario después de 2 o más líneas de ttº sistémico.	Ciclos de 28 d <b>CICLO 1:</b> D1: 0,16 mg D8: 0,8 mg D15: 48 mg D22: 48 mg <b>CICLOS 2 y 3:</b> D1,8,15, 22: 48 mg <b>CICLOS 4-9:</b> D1,15: 48 mg <b>CICLOS ≥10:</b> D1: 48 mg	FGe >30: dosis plena FGe <30 y/o ERT: no se dispone de información al respecto.	- SLC (NCT03625037): 49,7%). - SLT - Frecuente de cualquier grado: Hipopotasemia (27,8% en estudio EPCORE NHL-3), hipofosforemia, hipomagnesemia. Grado ≥3: Hipofosforemia frecuente, hipopotasemia poco frecuente (16,7% en estudio EPCORE NHL-3). - Edemas, diarrea y vómitos muy frecuentes (11,1% en estudio EPCORE NHL-3). - Elevación de Cr frecuente (no se describe el mecanismo, se intuye prerrenal).	- Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. TTº de sostén.  - Disponer de Tocilizumab ante la eventualidad de SLC. TTº de SLC según grados de toxicidad (consultar ficha técnica). - Profilaxis contra PnJ y herpes muy recomendable. - <b>PREMEDICACIÓN:</b> <b>CICLO 1:</b> Prednisolona 100 ó dexametasona 15 en los 3 días consecutivos a la admón del fármaco Difenhidramin a 50 y paracetamol 650-1000 entre 30-120 minutos antes de la admón del fármaco. <b>CICLO 2:</b> Prednisolona 100 ó dexametasona 15 en los 3 días consecutivos a la admón del fármaco.
<b>Epirubicina</b>	<b>FARMORUBICINA</b>  Vial 50 mg	Antibióticos citotóxicos.  Antraclicinas.  Inhibidores síntesis DNA	Estómago, mama, ovario, pulmón no microcítico, vejiga, sarcoma	60-100 mg/m <sup>2</sup>	Ajustar dosis solo si CR>5 mg/dL	MAT, daño túbulo intersticial, GNFS y colapsante, raramente: GnMb, GNCM y por depósito de ICC*. DIN	Suspensión del fármaco. TTº según guías.
<b>Erdafitinib</b>	<b>BALVERSA</b>  Cmp 3,4,5 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosin	vejiga	8 mg/d	No hay recomendaciones específicas.	Hiperfosforemia (74%) con normocalcemia y calcificación de tejidos blandos (calcinosis cutis) por disregulación (activación) de FGF 23, vit D y calcitriol a	Dieta pobre en P, quelantes de P, disminuir dosis, si P >9 suspender el fármaco.

		quinasa deL FGFR				las 24-48 h de administrarlo.	
<b>Eribulina</b>	<b>Halaven</b> Vial 0,88 mg	Antimitótico	Mama y liposarcoma	123 mg/m <sup>2</sup> los días 1 y 8 de un ciclo de 21 días	CCr<50 disminuir dosis (sin más especificaciones)	Hipofosforemia, hipocalcemia, Fanconi SLT.	Reponer Bic, calcio y P, prevenir SLT y ttº según guías.
<b>Erlotinib</b>	<b>TARCEVA</b> Cmp 25,100 y 150 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa deL EGFR	Páncreas y pulmón no microcítico	100-150 mg/24 h	No recomendado si Cr >1,5 mg/dL Excr renal <8%	Hipopotasemia, hipomagnesemia (por sobreexpresión del canal TRPM6: melastatina 6), e hipofosforemia	Monitorizar FG y iones. Reposición precoz.
<b>Etoposido</b>	<b>VEPESID Etoposido TEVA y TEVAGEN</b>  Vial 100 mg Cps 50,100 mg	Inhibidores de topoisomerasa II  Derivados de podofilo toxina	Pulmón microcítico o, LMA, LH, LNH	50-200 mg/m <sup>2</sup> /24 h	FGe>50 dosis normal FGe 15-50 75% dosis FGe<15 Sin datos, no se recomienda su uso.	No nefrotoxicidad reconocida hasta 2017. En el fosfato de etoposido: FRA por NTA y por obstrucción tubular por hiperfosforemia ya que la formulación se metaboliza en fosfato y etoposido y contiene dextrano 40 como excipiente que provoca nefrosis osmótica en el TP.Os excipientes en España son: Ácido cítrico, Polisorbato 80, Etanol y Macrogol 300	Precauciones universales y seguimiento de FG, iones y TA.
<b>Estramustina</b>	<b>ESTRACYT</b> Cps 140 mg	Antimitótico	Próstata	14 mg<math>/</math>Kg/d en 3-4 dosis	No hay recomendaciones. Precaución con el metabolismo calcio/P.	Escasos datos en la literatura, alguno de MAT.	Precauciones universales y seguimiento de FG, iones y TA
<b>Estreptozocina</b>	<b>ZANOSAR</b> Vial 1 gr	Alquilantes	Tumores neuroendocrinos	500 mg/m <sup>2</sup> /d en distintas pautas (no sobrepasar 1500 mg/m <sup>2</sup> en una única dosis)	-FGe >60: dosis completa - FGe 45-60: 50% - FGe 30-45: evaluar riesgo/beneficio -FGe contraindicado	Toxicidad tubular dosis dependiente (NTIC grave) y acumulativa. Proteinuria tubular. Sde Fanconi (13%) hipopotasemia, AM, FRA frecuente.	Monitorización de FG y iones completos, SO y iones en orina antes de cada ciclo y 2 semanas tras el ciclo. Ajustar dosis a FG, hidratación abundante al menos con 1 L ssf 0,9% antes y durante la administración del fármaco.
<b>Everolimus</b>	<b>AFINITOR, VOTUBIA</b> Cmp 2, 2,5, 3, 5, 10 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de m-TOR	Mama, páncreas, riñón, cerebro, tumor neuroendocrino G/I o pulmonar	10 mg/d pauta variable según enfermedad de base y protocolo	No es preciso ajuste de dosis	FRA por incapacidad de reparación de células tubulares epiteliales, PRTº, NTA, hipofosforemia (32%)	Evitar déf. Nutricionales y de Vit D. suplementos entre 1000-2000 mg/d de fosfato
<b>Fludarabina</b>	<b>BENEFLUR, fludarabina</b> Cmp 10 mg Vial 50 mg	Análogos de Purinas  Inhibidores síntesis DNA	LLC	25 mg/m <sup>2</sup> /d/5 d IV ó 40 mg/m <sup>2</sup> /d/ 5 d/28 d, Dosis oral equivale a 1,6 veces la IV	FGe>70 sin cambios FGe30-70: 75% de dosis FGe<30:CI.	No descrita nefrotoxicidad	Usar con precaución en ancianos con FGe bajos. Precauciones universales y seguimiento de FG, iones y TA
<b>5-Fluorouracilo</b>	<b>FLUOROURACILO</b>	Inhibidores síntesis DNA	Cérvix, colon, endometrio,	15 mg/Kg ó 600 mg/m <sup>2</sup> día	No hay recomendaciones específicas, se	No nefrotóxico directo pero a nivel microscópico: daño tubular y en MBG,	Taurina útil en ratas

	Vial 250 y 500 mg	Análogos de Pirimidinas	esófago, estómago, hígado, mama, ovario, páncreas, próstata, recto, riñón, vejiga		recomienda precaución	aumento de AU urea y Cr. Descrita anecdóticamente nefropatía por folatos.	Hierba china Bu zhong Yi Qi.
<b>Flutamida</b>	PROSTACUR 250 mg cmp	Antiandrogénico	Próstata	250 mg/8 horas	No hay recomendaciones específicas	<b>HTA</b> En algunos estudios, el <b>hipogonadismo farmacológico aumenta el riesgo de FRA (5,5 casos/1000 paciente/año)</b> , lo que se justifica por la metabolopatía 2ª (dislipemia e hiperglucemia) que puede dañar el GLM por engrosar la Membrana basal tubular y el déficit de estrógenos que disrumpe la función tubular mientras que el de testosterona, antagoniza la vasodilatación hormonal que esta produce por su acción sobre el NO.	Monitorización universal de TA, FG y iones. Si FRA grave suspensión del fármaco y HD aguda.
<b>Fulvestrant</b>	<b>FASLODEX</b> Genericos Vial 250 mL	Antagonista hormonal Antiestrógeno	Mama y mama HER2 negativo En combinación con PALPOCLIB en ca mama localmente avanzado o metastásico r. hormonal positivo.	500 mg 1 vez al mes con dosis adicional de 500 mg a las 2 semanas	FGe >30 dosis plena FGe <30 sin datos, se recomienda precaución	No nefrotoxicidad comunicada salvo la derivada de diarrea (prerenalidad)	Monitorizar función renal y iones, asegurar correcta hidratación.
<b>Gefitinib</b>	<b>IRESSA</b> Cmp 250 mg	Inhibidores de protein quinasa Inhibidores de la tirosin quinasa deL EGFR	Pulmón no microcítico o con mutación EGFR-TK	250 mg/24 h	FG>20 sin cambios FG<20: usar con precaución Excr renal <8%	1% de efectos indeseables renales. Prerenalidad por diarrea y vómitos. Hipopotasemia, hipomagnesemia (por sobreexpresión del canal TRPM6: melastatina 6) e hipofosforemia, NTIC, GNCM, GN mesangial IgA y GN Mb. FRA postrenal por sangrado urinario y/o por fibrosis retroperitoneal. Raros casos de PTT/SHU.	Precauciones universales y seguimiento de FG, iones y TA. Los casos de GN son raros y de evolución anodina y suelen controlarse tras suspender o incluso manteniendo el fármaco.
<b>Gemcitabina</b>	<b>GEMCITABINA</b> Vial 200 mgrs, 1, 1,5, 2 grs	Inhibidores síntesis DNA Análogos de Pirimidinas	Mama, ovario, páncreas, pulmón no microcítico, vejiga	1000 - 1250mg/m <sup>2</sup> según cáncer y pauta.	No hay recomendaciones específicas, se recomienda precaución	Anemia hemolítica microangiopática, HTA, hematuria, proteinuria, GN MP, MAT (2,2%)	Precauciones universales y seguimiento de FG, iones y TA. <b>Eculizumab</b> si MAT. Cs si GN.
<b>Gemtuzumab Ozogamicina</b>	<b>MYLOTARG</b> Vial 5 mg	Ac. monoclonales conjugados con	LMA	3 mg/m <sup>2</sup> /dosis	FG>30 dosis plena FG<30 no indicado No eliminación renal	Cistitis hgica.	Perfusión al menos en 2 horas. Hidratación agresiva. Cs intra

		fármacos					administración
<b>Gilteritinib</b>	<b>XOSPAT A</b> Cmp 40 mg	Inhibidores de Protein quinasa  Inhibidores de FLT3 y AXL.	LMA recidivante o refractaria con mutación FLT3	120 mg/día siempre a la misma hora. Si el paciente lo precisa y lo tolera puede aumentar se a 200 mg/día a las 4 semanas. Para ajustes de dosis según toxicidad (80 mg/día) consultar ficha técnica. La respuesta puede tardar hasta 6 meses. En candidatos a trasplante de células madre hematopoyéticas suspender 1 semana antes y reanudar 1 mes después.	No precisa ajuste de dosis, pese a lo cual, en ficha técnica se recomienda estrecha monitorización en pacientes con enfermedad renal grave por posible sobreexposición al fármaco (CCr 15 -30 ml/min y <15 ml/min: aumento de 1,4 veces en la C <sub>máx</sub> media y de 1,5 veces en la media del AUC <sub>inf</sub> en comparación con función renal normal. Metabolización hepática. 90% unión a proteínas plasmáticas, distribución tisular muy amplia. Eliminación 64,5% por heces, 16,4% por orina). Algunos casos descritos en la literatura de uso en hemodiálisis (J Oncol Pharm Pract 2021 TOLKUCI: consultar archivos adjuntos).	- <b>Sde. de diferenciación (2,2%)</b> , rápida proliferación y diferenciación de células mieloides (se da entre los días 1 y 82 de t <sup>0</sup> (principalmente durante el 2º mes) y cursa con fiebre, disnea, derrame pleural y pericárdico, edema pulmonar, hipotensión, aumento de peso, edema periférico, erupción y <b>disfunción renal</b> ). - <b>Diarrea</b> (35,1%, 4,1% grado ≥3), <b>edema</b> periférico (24,1%, 0,3% grado ≥3), <b>hipotensión</b> (17,2%, 7,2% grado ≥3), - <b>GRAVES: Lesión renal aguda</b> (6,6%), diarrea (4,7%) e hipotensión (2,8%). - <b>Hipotasemia e hipocalcemia</b> (<2%) en informe SEHH.	- Precauciones universales con monitorización de TA, FG y iones. -Analítica que incluya CPK antes de iniciarlo, al 15º día y cada mes. -EKG pre, 8,15d del ciclo y antes de los 3 meses. -Evitar inductores potentes de CYP3A/gp-P por reducir la exposición al fármaco e inhibidores potentes de CYP3A, gp-P y/o la proteína de resistencia del cáncer de mama (BCRP) por aumentar su exposición. - Ejerce un efecto inhibidor <i>in vitro</i> de gp-P, BCRP y OCT1, no se puede excluir que inhiba a estos transportadores a dosis terapéutica. Precaución con sustratos de gp-P (digoxina, dabigatrán), BCRP (mitoxantrona, metotrexato, rosuvastatina) y OCT1 (metformina). -Evitar fármacos cuya diana es el receptor 5HT2B o el receptor sigma inespecífico (escitalopram, fluoxetina, sertralina). -Si se sospecha sde. de diferenciación administrar <b>corticoides</b> un mínimo de 3 días y reinitar el fármaco. En algunos casos en la literatura se trata con citarabina-mitoxantrona.
<b>Glofitamab</b>	<b>COLUMV I</b> Viales de 2,5 y 10 mg	Ac monoclonales. Otros.	Linfoma B difuso de células grandes (LBDCG)	<b>Pauta escalonada de tratamiento:</b>	<b>CCr&gt;30:</b> sin cambios <b>CCr&lt;30</b> no se recomienda por	-Asociados a <b>síndrome de liberación de citoquinas (SLC)</b> (63% en ficha técnica).	-Precaución con sustratos de CYP450 - Durante el ciclo 1 se ha

	infusión IV	Ac. monoclonales anti CD20/ CD3	en adultos con recaída o refractarios tras dos o más líneas de tratamiento	<b>CICLO 1:</b> *Día1: pretratamiento con OBINUTU ZUMAB 1000 mg en dosis única *Día 8: 2,5 mg *Día 15: 10 mg Perfusión 4 horas <b>CICLO 2:</b> *Día 1: 30 mgr en 4 horas. <b>CICLOS 3 a 12:</b> *Día 1: 30 mg en 2 horas Ciclos de 21 días. Máximo 12 ciclos.	ausencia de estudios.	-Asociados a <b>SLT</b> - <b>Hipofosforemia:</b> de cualquier grado muy frecuente, grados 3 y 4: frecuente, - <b>Hipomagnesemia:</b> de cualquier grado muy frecuente, grados 3 y 4: muy rara. - <b>Hipocalcemia:</b> de cualquier grado muy frecuente, grados 3 y 4: muy rara. - <b>Hiponatremia:</b> de cualquier grado frecuente, grados 3 y 4: frecuente. Ni en ficha técnica ni en literatura médica se describen mecanismos. - <b>Diarrea:</b> de cualquier grado muy frecuente, grados 3 y 4: muy rara, - <b>Vómitos:</b> de cualquier grado frecuente, grados 3 y 4: muy rara.	descrito un aumento transitorio de IL-6 a las 6 horas que permanece elevado durante 20 horas y regresa a valores normales antes del ciclo previo. - Insistir en correcta hidratación del paciente, - TTº SLC: Tocilizumab y corticoides (ver ficha técnica) - Pre ttº exigible con corticoides, antipiréticos y antihistamínicos.
<b>Hidroxycarbamida (Hidroxiurea)</b>	<b>HYDREA</b> Cps 500 mg <b>SIKLOS</b> Cmp 100,1000 mg	Inhibidores síntesis DNA	Anfalciforme, Cérvix, cabeza y cuello, LMC, PV, TE, Mielofibrosis	5-60 mg/kg/d según enfermedad y pauta	FGe>60 sin cambios FGe30-60: 50% de dosis FGe<30 CI HD: reduce su exposición un 33%	No hay datos al respecto en pubmed. En ficha técnica se indica como muy rara la posibilidad de LES sistémico y cutáneo.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones, orina e HTA.
<b>Ibritumomab tiuxetan itrio-90 (90-Y)</b>	<b>ZEVALIN</b> Vial 1,6 mg/mL	Radiofármacos terapéuticos	LNH	11-15MBq/Kg (Mx 1200)  Se administra tras dosis de rituximab en distintas pautas.	No hay recomendaciones. PM 148 KDa. No se elimina por HD y hay casos de administración en HD con buena seguridad,	Nefropatía por radiación.  Se elimina por orina de forma activa, riesgo de irradiación hasta el 8º día de su administración.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones, orina e HTA
<b>Ibrutinib</b>	<b>IMBRUVICA</b> Cps 140 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa de Bruton (BTK)	LLC, Linfoma de células del manto, MW	420-560 mg/d según enfermedad y pauta	FGe>30 dosis plena FGe<30 no hay recomendaciones, usar solo si beneficio supera al riesgo.	NTA y tubulopatía con hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipopotasemia, hipofosforemia, proteinuria, FRA y raramente NIIA.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones, orina e HTA  Si NIIA Cs, si hipo-iones, reposición.
<b>Idarubicina</b>	<b>IDARUBICINA, ZAVEDOS</b>  Vial 5,10 mg	Antibióticos citotóxicos.  Antracinas.  Inhibidores síntesis DNA	LLA, LMC	10-12 mg/m2/d según enfermedad y pauta	Iº Renal leve-moderada: disminuir dosis si Cr >2,0 Iº Renal grave: CI	MAT, daño túbulo intersticial, GNFS y colapsante, raramente: GnMb, GNCM y por depósito de ICC*.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones, orina y TA Según grado de EI y situación del paciente decidir suspensión o disminución de dosis. MAT ttº según guías.
<b>Idecabtegen vicleucel</b>	<b>ABECMA</b> 260 - 500 x 10 <sup>6</sup> células dispersión	Células CAR-T anti BCMA	MM refractario a tercera línea de tº que incluya	Dosis objetivo: 420 x 10 <sup>6</sup> linfocitos T CAR positivos	Los estudios realizados no incluyeron a pacientes con ERC. No hay	- Si Sde. de liberación de citoquinas (SLC) (entre 1-12 días post): tocilizumab. - Linfohistiocitosis hemofagocítica/síndro	Si SLC (entre 1-12 días post): tocilizumab. En casos de alteraciones



	n para perfusión (10-30 ml, 30-70 ml o 55-100 ml).		inh proteosoma, inmunomodulador y anti CD38.	y un intervalo de 260 a 500 x 10 <sup>6</sup> Precisa pre TT <sup>o</sup> con CP 300 mg/m <sup>2</sup> /d/3 d IV y fludarabina 30 mg/m <sup>2</sup> /d/3 d IV Pre tt <sup>o</sup> con paracetamol y difenhidramina (evitar Cs sistémicos).	datos al respecto.	me de activación de macrófagos (LHH/SAM) -Según ficha técnica: diarrea (36,4 %), hipopotasemia (34,2 %), hipofosfatemia (32,6 %), náuseas (32,6%), hipocalcemia (26,6 %), hipomagnesemia (22,3 %), edema periférico (20,1 %). - Reacciones grado 3 o 4 (más frecuentes en las 8 1 <sup>a</sup> semanas post infusión): hipofosfatemia (17,4 %), hipocalcemia (7,1 %), SLC (5,4 %), HTA (5,4 %) e hiponatremia (5,4 %), hipofosfatemia (16,3 %).	iónicas, diarrea o vómitos tt <sup>o</sup> de sostén habitual.
<b>Idelalisib</b>	<b>ZYDELIG</b> 100,150 mg cmp	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de PI3K	LLC, linfoma folicular	150 mg/12 h	No requiere ajuste de dosis ni aún en I <sup>a</sup> renal grave (Excreción renal 15%). Hay casos de uso en macroglobulinemia de Waldenström con FRA anúrico y se toleró bien sin efectos indeseables.	Raramente HTA	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Ifosfamida</b>	<b>TRONOXAL</b> Vial 1gr	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	Testículo, sarcoma de Ewing (usado en pediatría principalmente)	1,2 gr/m <sup>2</sup> /d	No recomendaciones, pero metabolitos eliminados por la orina tóxicos. Es dializable. Mayor riesgo en niños menores de 4 años y con dosis acumuladas ≥60 grs/m <sup>2</sup> (en algunas revisiones hablan de 45 gr/m <sup>2</sup> ) y en adultos dosis por encima de 119 gr/m <sup>2</sup> .	El nefrotóxico es su metabolito <b>cloroacetilaldehído</b> (entra en la célula tubular por el transportador OCT-2 y se metaboliza). FRA. 9% en niños, 18% en adultos Seguimiento a 5 años: descenso medio del FGe de 15 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> . Cistitis hemorrágica por acumulación de acroleína, SIADH, NTA, DIN. Fanconi con ATR (tubulopatía clínica hasta 11%, subclínica por encima del 90%) tanto proximal como distal. Descenso del FG moderado. Raramente descrita GN (ver artículo de PRASAD en archivos) Al dañar la síntesis de DNA puede provocar daño hasta años después de su administración.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones, orina y TA. Prevención de cistitis hemorrágica con hidratación y MESNA. Seguimiento estrecho hasta años después del tratamiento.
<b>Imatinib</b>	<b>GLIVEC</b>  Cmp 100,400 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosina quinasa BCR-ABL	Dermatofibrosarcoma protuberans, LMC, Tumor del estroma G/I.	400-800 mg/24 h	FGe 20-59: 400 mg/d FGe <20: 400 mg/d extremando precauciones; 100 mg/d suelen tolerarlo todos los pacientes.	<b>FRA</b> (inh secreción de creatinina), <b>SLT</b> , Vacuolización tubular que puede inducir: - <b>NTA</b> - <b>Tubulopatía proximal</b> parcial o total con hipofosfemia y Fanconi. - <b>Tubulopatía Distal</b> con hipomagnesemia.  <b>Rabdomiolisis</b> . Solo 1 caso de <b>SIADH</b> .  Mayor nefrotoxicidad cuando se administra	Precauciones universales, monitorización de FG, iones incluyendo fosfato, Magnesio, equilibrio ácido base, orina.  Reposición de fósforo, magnesio y bicarbonato. Suplementar en este caso con vitamina D

						<p>junto con otros agentes como metotrexate.</p> <p>Sus efectos se deben a la inhibición de PDGFR<math>\beta</math> y c KIT. Edemas y retención hídrica. Vómitos y diarrea. 7,1% de aumento de eventos C/V en el primer año de tt<sup>o</sup>.</p>	<p>Puede sustituirse por fármacos del mismo grupo 2ª generación: DASA y NILOTINIB.</p>
<b>Iniparib</b>	No comercializado en España.	Inhibidores de la PARP					
<b>Inotuzumab OZOGAMICINA</b>	<b>BESPONSA</b> Vial 1 mg	Ac. monoclonales anti CD 22	LLA Como preedición antes del trasplante de médula ósea.	Distintas pautas: 1,5-1,8 mg/m <sup>2</sup> repartidas entre los días 1,8 y 15 de cada ciclo.	FGe>30 dosis plena FGe<30: no requiere reajuste de dosis	En pubmed no hay datos con relación a otra patología más que SLT.	Premedicación con anti H1, antipirético y Cs. Optimizar el momento de admón con una buena hidratación y disminución de AU.
<b>Ipilimumab</b>	<b>YERVOY</b> Vial 50, 200 mg	Ac. monoclonales anti CTLA-4	Melanoma	1,5-1,8 mg/m <sup>2</sup>	No requiere reajuste de dosis	<b>FRA (media de tiempo 3,5 meses de uso), GN CM, Nefropatía lupus like, NIIA, GNRP paucimune, nefropatía granulomatosa intersticial tipo sarcoidosis, vasculitis, lesiones MAT like, podocitopatías. GN C'3. GN IgA, GN por anti MBG</b>	Chequear FG y proteinuria frecuentemente. Retirada del fármaco, Cs si toxicidad grado $\geq$ 2 y/o NIIA dte. 4-6 semanas (0,8 - 1,0 mg/Kg/d de PRD con descenso progresivo), no reintroducir si grado III-IV o HD. BR si dudas del diagnóstico, CP, <b>rituximab</b> y/o MMF en casos con pancitopenia y afectación glomerular. Una vez baje de grado 1-2 puede reintroducirse con dosis bajas de Cs
<b>Irinotecan</b>	<b>IRINOTE CAN, ONIVYDE</b> (formulación liposomal pegilada)  Vial 500 mg	Inhibidores de topoisomerasa I,  Inhibidores síntesis DNA	Colon, páncreas, recto	Hay diversas pautas. 80-350 mg/m <sup>2</sup>	FG>30 dosis plena FG<30 CI HD CI  Excreción urinaria del 11-20%.	FRA en relación con prerenal (diarrea y vómitos) ó SLT. Hipomagnesemia, hipopotasemia. En tt <sup>o</sup> conjunto con cisplatino se han descrito casos de SIADH En estudio en fase 2 junto con bevacizumab 6% hipofosfatemia.	Premedicación antes de administrarlo. Hidratación enérgica. Reposición iónica. Alcalinización de la orina. Si SIADH tt <sup>o</sup> convencional del mismo.
<b>Isatuximab</b>	<b>SARCLISA</b> vial 20 mg/mL (100 y 500 mg)	Ac monoclonales anti CD38	MM (en combinación con carfilzomib)	10 mg/Kg IV en conjunción con dexametasona y pomalidomida	No se recomienda ajuste de dosis.	HTA (36,7%, $\geq$ grado 3: 20,3%). En estudios iniciales se reportó aumento de creatinina, no se explica % ni mecanismo ni gravedad.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Tt <sup>o</sup> de sostén. Premedicación
<b>Ixazomib</b>	<b>NINLARO</b> Cps 2,3, 3 y 4 mg.	Inhibidores de proteasoma	MM (en combinación con lenalidomida y dexametasona).	4 mg/d los días 1,8 y 15 de cada ciclo de 28 días.	FGe>30: dosis plena FGe<30 incluso terminal y HD: 3 mg/d. No es dializable.	Edemas periféricos, SLT. MAT y PTT. Prerenalidad por vómitos y diarrea.	Si MAT suspensión del fármaco y tt <sup>o</sup> según guías. No se sabe si es seguro volver a administrarlo en pacientes

							que han padecido MAT. En cualquier otro caso: Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Ttº de sostén.
<b>Lapatinib</b>	<b>TYVERB</b>  Cmp 250 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa del HER2	Mama HER2(+)	1250-1500 mg/24 h	Iº Renal leve-moderada: dosis plena Iº Renal grave: no hay experiencia (usar con precaución). Hay casos descritos de uso seguro en HD Elimin. Renal <2%.	Hiponatremia, hipopotasemia, hipomagnesemia (por sobreexpresión del canal TRPM6: melastatina 6), HTA, FRA.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Ttº de sostén
<b>Larotrectinib</b>	<b>VITRAKVI</b> I cps 25.100 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de tirosin quinasa (TRK)	Tumores sólidos con fusión del gen de la tirosin quinasa neurotróficos (NTRK)	100 mg/12 h  Ajuste de dosis según reacciones adversas según se detalla en ficha técnica	No es preciso ajuste de dosis.	No descritos ni en ficha técnica ni en pubmed	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.
<b>Lenalidomida</b>	<b>REVLIMID</b>  Cps 2,5, 5, 7,5, 10,15, 20, 25 mg	Antiangiogénico  Inmunomodulador  inmuno supresor	Linfoma de células del manto, MM, Sde mielodisplásico	Sde mielodisplásico: 10 mg/d y MM y infomas: 25 mg/d.	<b>**En MM y linfomas:</b> -FGe 30-50: 10 mg/d (si tras 2 ciclos no responde y lo tolera bien puede aumentarse a 15 mg/d. -FGe 10-29: 15/48 h ó 7,5 mg/d -FGe<15 CI HD: Pocos datos, se recomienda prudencia y dosis 5 mg/d post sesión <b>** En Sde mielodisplásico</b> _ver ficha técnica	FRA (padecer amiloidosis, edad avanzada, ERC subyacente y proteinuria en rango nefrótico que condicione hipoalbuminemia son factores de riesgo de FRA), presente en 66%, grave en 32%, precisaron HD 10%. Media de tiempo desde el inicio del ttº hasta FRA: 44 días. SLT, NTA, NIIA y sde. de DRESS (entre 2-6 s tras el inicio del ttº), Fanconi, GNCM, hipopotasemia (6,2%).  Unión a proteínas plasmáticas: 35-45% Eliminación tanto por FG como por secreción tubular.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Hidratación agresiva. Si NIIA suspender el fármaco y utilizar corticoides.  Una HD standard de 4 horas elimina un 31% de lenalidomida.  Su nefrotoxicidad se potencia con el uso concomitante de estatinas, tubular.
<b>Lenvatinib</b>	<b>KISPLIX, LENVIMA</b> Cps 4, 10 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores no selectivos de protein quinasa	Riñón, tiroides	18-24 mg/24 h	FGe 30-90 dosis plena FGe 10-30: 10-14 mg/d FGe<10: CI	HTA, edemas, diarrea, Iº renal (1,4%), GNfYS	Control de TA, reposición hidroelectrolítica o diuréticos si edemas. Retirada del fármaco si GN. Ajuste de dosis según gravedad de HTA.
<b>Leuprorelina</b>	<b>ELIGARD</b> mensual 7,5 mg, trimestral 22,5 mg, semestral 45 mg <b>GINECRIN depot</b> 3,75 mg	Análogo de hormona liberadora de gonadotropinas	Próstata	ELIGARD Mensual 7,5 mg SC Trimestral 22,5 mg SC Semestral 45 mg SC	No requiere cambios	<b>HipoTA e hipoTA ortostática</b> No se describe nefropatía en ficha técnica ni directamente en PUBMED. Casos muy aislados de <b>miopatía con FRA asociado a rabdomiólisis grave</b>	Monitorización universal de TA, FG y iones. Si debilidad muscular, chequear CPK. Si rabdomiólisis:

	<b>LEPTOPROL</b> <b>trimestral</b> 15 mg, <b>LUTRAT E depot</b> mensual 3,75 mg, depot trimestral 22,5 mg <b>PROCRI N</b> semestral 30 mg			LUTRAT E Depot 3,75/mes Depot trimestral 22,5 mg IM PROCRI N diario: 1 mg/24 h SC Mensual: 3,75 ng SC Trimestral : 11,25 mg SC Semestral : 30 mg SC		Casos aislados en ttº combinado con bicalutamida de <b>FMO con FRA 2º a NIIA</b> que precisó HD aguda. En algunos estudios, el <b>hipogonadismo farmacológico aumenta el riesgo de FRA (5,5 casos/1000 paciente/año)</b> , lo que se justifica por la metabolopatía 2ª (dislipemia e hiperglucemia) que puede dañar el GLM por engrosar la Membrana basal tubular y el déficit de estrógenos que disrumpe la función tubular mientras que el de testosterona, antagoniza la vasodilatación hormonal que esta produce por su acción sobre el NO.	hidratación agresiva, diuresis forzada y alcalinización de orina además de corticoerapia en los escasos casos referidos se precisaron dosis elevadas (bolos de metil prednisolona) seguidos de PRD oral a 1 mg/Kg/d con muy lento descenso incluso hasta 9 meses después. Si FRA grave suspensión del fármaco y HD aguda.
<b>Letrozol</b>	<b>FEMARA</b> , <b>LOXIFAN</b> 2,5 mg cmp	Antagonista hormonal.  Inhibidores de la aromatasa.	Mama con receptor hormonal positivo en mujeres postmenopáusicas	2,5 mg/24 h	FGe >30: dosis plena FGe <30: Sin datos al respecto.	HTA (<0,1%) Iª renal prerrenal por vómitos, náuseas y diarrea (1-10%) Poliuria (0,1-1%). La FDA ha reportado un 20% de casos de elevación de Crp con la conjunción de ttº Ribociclib+ letrozol Letrozol inhibe la secreción tubular, lo que puede justificar el aumento leve de Crp.	Medidas generales de control y soporte, monitorización del FG, iones y TA periódicamente.
<b>Lirilumab</b>	No comercializado en España.	AntiKir				FRA, hipofosforemia	
<b>Lisocabtagen maraleucel</b>	<b>BREYANZI</b> 1,1-70 x 10 <sup>6</sup> células/ml / 1,1-70 x 10 <sup>6</sup> células/ml dispersión para perfusión.	Células CAR-T anti CD19	Linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) en recaída o refractario, linfoma B 1º mediastínico de células grandes (LBPM) y linfoma folicular de grado 3B (LF3B), después de 2 ó más líneas de ttº sistémicas.	<i>Dosis objetivo:</i> 100 x 10 <sup>6</sup> linfocitos T CAR+ viables (proporción objetivo 1:1 CD4+ : CD8+) rango de 44-120 x 10 <sup>6</sup> . <b>Precisa pre TTº</b> con CP 300 mg/m <sup>2</sup> /d/3 d IV y fludarabina a 30 mg/m <sup>2</sup> /d/3 d IV Pre ttº con paracetamol y difenhidramina (evitar Cs sistémicas).	Los estudios realizados no incluyeron a pacientes con ERC. No hay datos con respecto a FGe <30.	- <b>Sde. de liberación de citoquinas (SLC):</b> 39%, grado ≥3: 3% según FT, según estudio TRANSFORM 1% (entre 1-14 días post, mediana 5 días): tocilizumab. - <b>SLT.</b> - <b>Linfohistiocitosis hemofagocítica/síndrome de activación de macrófagos (LHH/SAM)</b> - <u>Según ficha técnica:</u> diarrea y vómitos muy frecuentes, <b>hipofosfatemia</b> frecuente, hipotensión (18%), edemas frecuentes. <u>En TRANSFORM fase 3:</u> hipopotasemia 23%, hipomagnesemia 16%. - <b>Lesión renal aguda</b> muy frecuente.	-Disponer de tocilizumab en previsión de SLC. - Medidas generales de control y soporte, monitorización del FG, iones y TA periódicamente.
<b>Lomustina</b>	Cee NU cps 40 mg						
<b>Loncastuximab Tesirina</b>	<b>ZYNLONTA</b> Polvo para	Ac. Monoclonal anti CD19	Linfoma B difuso de células grandes (LBDCG)	<b>2 1º ciclos:</b> 0,15 mg/kg/21 d	- <b>FGe &gt;30:</b> dosis plena - <b>FGe &lt;30:</b> sin datos aunque la excreción renal	- <b>Edemas graves.</b> (23,3% en FT, en estudio LOTIS-2: 33,3%)	-Pre medicación con dexametasona 4 mg los días -

	solución 10 mg	Anticuerpos monoclonales conjugados con fármacos	y linfoma B de alto grado (LBAG), en recaída o refractario tras dos o más líneas de ttº sistémico.	≥ 3º ciclo: 0,075 mg/kg/21 d  Suspender si neutrófilos < 1 x 10 <sup>9</sup> /l ó PLQ <50.000/μl, edemas grado ≥2 u otro efecto indeseable grado ≥3.	del fármaco en modelos animales (ratas) es mínima.	- <b>Derrame pleural</b> (1,9%) - <b>Diarrea</b> : 27,8 % cualquier grado y 5,6% grado ≥3 en estudio LOTIS-2. - <b>Vómitos</b> : 19,4% cualquier grado en estudio LOTIS-2. - <b>Hipofosfatemia</b> :15% cualquier grado y 11% grado ≥3 en estudio LOTIS-2. - <b>Hipopotasemia</b> : 19,4% cualquier grado y 5,6% grado ≥3 en estudio LOTIS-2. - <b>Hipomagnesemia</b> : 16,7% cualquier grado y 2,8% grado ≥3 en estudio LOTIS-2.  No se especifica su mecanismo de acción.	1,0,+1 de la admón, para evitar la toxicidad de la PBD. -Medidas generales de control y soporte, monitorización del FG, iones y TA periódicamente. Reposición hidroelectrolítica.
<b>Lorlatinib</b>	<b>LORVIQUA</b> Vial 25,100 mg	Inhibidores de proteín quinasa  Inhibidores de la ALK	Pulmón no microcítico o no de células pequeñas	100 mg/día	FGe>30 dosis plena FGe<30 información limitada, uso no recomendado.	Edemas, diarrea	Reposición hidroelectrolítica si diarrea. Ttº sintomático si edemas y ajuste de dosis.
<b>Mecloretamina (ó Clometina)</b>	LEDAGA gel	Alquilantes	Infoma cutáneo de células T				
<b>Melfalan</b>	<b>MELFALAN</b> Vial 500 mg	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	Ovario, melanoma, MM, neuroblas toma, sarcoma	8-30 mg/m <sup>2</sup> /2-6 sem en MM  Si dosis >100-200 mg/m <sup>2</sup> se necesita TxMO De 0,3-1 mg/Kg en ovario	FGe 46-60: bajar 15% FGe 10-45 bajar 25% IRT no datos	FRA (18,8%), hiponatremia por SIADH	Retirar el fármaco, ttº de soporte
<b>Melflufen (melfalan flufenamida)</b>	<b>PEPAXTI</b> Polvo para solución 20 mg	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	En combinación con dexametasona para adultos con mieloma múltiple resistente a tres líneas de tratamientos que incluyan un inhibidor del proteosoma, un inmunomodulador y un Ac monoclonal anti-CD38, y con progresión de la enfermedad.	<b>*Si PESO &lt;60 kg:</b> 30 mg <b>*Si PESO &gt;60 kg:</b> 40 mg Ambos el día 1 de cada ciclo de 28 días. <b>Asociar a dexametasona:</b> 40 mg IV de los días 1, 8, 15 y 22 de cada ciclo. (En > 75 años 20 mg). <b>Ante reacción adversa (1ª-2ª, 3ª):</b> reducir dosis: <b>Inicial 40-30-20-15-</b> Suspender si no	- <b>FGe&gt;45:</b> dosis plena - <b>FGe 30-45:</b> 30 mg - <b>FGe &lt;30:</b> no se recomienda.	-Diarrea 19% -Hipopotasemia: frecuente. -Hipofosfatemia 5% -FRA (2%) - Melflufen (melfalan-flufenamida) es un MELFALAN inactivo que se activa dentro de las células del mieloma al escindir las aminopeptidasas el fármaco del péptido, lo que limita su toxicidad general y renal.	-Suspender si neutrófilos < 1 x 10 <sup>9</sup> /l o Plaquetas < 50 x 10 <sup>9</sup> /l. - Medidas generales de control y soporte, monitorización del FG, iones y TA periódicamente.

				tolera 15 mg <b>Inicial 30-20-15.</b> Suspender si no tolera 15 mg.			
<b>6-Mercaptopurina</b>	<b>MERCAPTOPURINA SILVER</b> Cmp 50 mg	Análogos de Purinas  Inhibidores síntesis DNA	LLA, LMC	2,5 mg/Kg ó 80-100 mg/m <sup>2</sup>	No hay recomendaciones	No hay referencias en PubMed	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.
<b>Metotrexato</b>	<b>METOTREXATO</b>  Vial 500, 1000, 5000 mg	Análogos de ácido Fólico  Inhibidores síntesis DNA	Mama, cabeza y cuello, vejiga, coriocarcinoma, EICH, LLA, Linfoma de Burkitt, Linfoma difuso de células B grandes, LNH, osteosarcoma, Tx MO	15-200 mg/m <sup>2</sup> dosis muy variables según enfermedad y pautas	FGe >50 dosis plena FGe 20-50 50% de dosis FGe <20: CI <b>En algunos trabajos se aconseja ajustar por cistatina C</b> ante la posibilidad de que la Creatinina sobreestime el FG.	<b>Nefropatía por cristales en TD</b> con FRA (es muy ácido por lo que si el pH < 6,0 obstruye el TD). Habitualmente no oligúrico y reversible (30-50%). <b>Descenso del FG por VSC directa de la AA.</b> <b>Dosis potencialmente nefrotóxica: &gt;1 gr/m<sup>2</sup></b> Un 50-70% se une a proteínas del plasma y un 95% se encuentra en orina 30 horas tras la admón en función renal normal. Es filtrado y secretado. <u>Fármacos que interfieran con la secreción tubular:</u> Probenecid, penicilinas, AAS Sulfisoxazol y AINEs aumentan el riesgo También mayor riesgo en dosis ≥500 mg/m <sup>2</sup> , situaciones de prerrenalidad, ERC previa, hª previa de nefrotoxicidad en administraciones anteriores, mutaciones de la proteína de Resistencia a múltiples Drogas (MRP-2) del TP.	<b>Alcalinizar la orina</b> (bicarbonato, acetazolamida) <b>No superar dosis de 1 gr/m<sup>2</sup></b> <b>Agresiva hidratación</b> 2.5-3,5 l/m <sup>2</sup> <b>Resincolestramina</b> a dosis de 4gr/6 h VO impide su reabsorción enterohepática  <b>Leucovorin:</b> consigue recuperar DNA dañado si se administra antes de las 24-36 h <b>GLUCARPIDASA</b> (Voraxaze) antídoto (lo metaboliza a DAMPA (Acid 2-4 diamino-N-metilpterico)). <b>HD de alto flujo</b> eficaz pero rebota al poco tiempo, serían precisas sesiones repetidas diarias.
<b>Midostaurina</b>	<b>RYDAPT</b> 25 mg cps	Inhibidores de proteína quinasa  Inhibidores no selectivos de proteína quinasa	LMA con mutación LFT3 y mastocitosis sistémica.	50-100 mg/12 h según protocolo.	No es preciso ajustar en ERC leve/moderada, no hay experiencia en ERC grave y terminal. Casos aislados de admón en HD segura,	Eliminación renal 5%. Hay descrito un caso de vasculitis ANCA negativa con GNRP necrotizante con hemorragia. Alveolar difusa.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Si vasculitis, PF, CP IV, Corticoides.
<b>Mitomicina</b>	<b>MITOMYCIN</b> Vial 2,10,20, 40 mg	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	Esófago, estómago, colorrectal, mama, páncreas, pulmón no microcítico, vejiga, cabeza y cuello, cervical.	10 - 20 mg/m <sup>2</sup> /6 - 8 s, 8 - 12 mg/m <sup>2</sup> /3 - 4 s, o 5 - 10 mg/m <sup>2</sup> /3 - 6 s, según pauta.	CI si Iª Renal	<u>Frecuentes:</u> deterioro renal agudo, GN, nefrotoxicidad <u>Raras:</u> SHU (MAT) síndrome de AHMA  En admón intravesical: cistitis hemorrágica, perforación vesical.	No hay referencias en Pubmed. Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.
<b>Mitoxantrona</b>	<b>NOVANTRONE</b>	Antibióticos citotóxicos.	Hígado, mama, próstata, EM, LMA,	12-14 mg/m <sup>2</sup> Dosis muy	No hay recomendaciones, se excreta por orina entre un 6-	MAT, daño túbulo intersticial, GN y FyS y colapsante, raramente:	Precauciones universales, monitorización

	Vial 20 mg	Antraclicinas.  Inhibidores síntesis DNA	LMC, LNH	variables según pauta y respuesta MO	11%, 65% inalterada.	GnMb, GNCM y por depósito de ICC.	de TA, FG, iones y orina. TT° específico según patología.
<b>Mosunetuzumab</b>	<b>Lunsumio</b> Vial 1 y 30 mg	Ac monoclonales. Otros.  Ac. monoclonales anti CD20/CD3	Linfoma folicular refractario con al menos 2 tt° previos ineficaces	<b>8 ciclos de 21 d:</b> 1°: día 1: 1 mg, día 8: 2 mg. Día 15: 60 mg 2° ciclo: día 1 60 mg, Ciclo 3° y posteriores: día 1: 30 mg.	FGe >30 mL/min dosis plena. FGe <30 sin daos de recomendación	Sde liberación de citoquinas (44%), hipofosfatemia (grado 1-2: 10%, grado 3:17%), hipopotasemia (grados 1-2: 17%, grado 3: 2%), diarrea grado 1-2: 17%, hipomagnesemia grados 1-2: 12%. Edemas 11%. Infección orina 9%.	<b>Premedicación 1 h antes:</b> dexametasona 20 o metil prednisolona 80 mg IV + difenhidramina 50-100 mg IV+ paracetamol 1000 mg IV. Monitorización de FG y iones reposición de potasio, calcio y magnesio TT° de SLT y SLC según guías.
<b>Moxetumomab Pasudotox</b>	<b>LUMOXIT</b> Vial 1 mg	Anti CD22	Leucemia refractaria de células peludas	0,04 mg/kg IV Días 1, 3 y 5 de cada ciclo de 28 d	ERC leve dosis plena, ERC moderada precaución. FGe <30 Cl.	FRA, SHU, PRTto,	Si deterioro renal grado 3-4 retrasar ciclo. Medidas de soporte y tt° según guías.
<b>Necitumumab</b>	<b>PORTRAZZA</b>  Vial 800 mg	Ac. monoclonales anti EGFR	Pulmón no microcítico (junto con gemcitabina y cisplatino)	800 mg IV los días 1 y 8 de cada ciclo de 21 días	FGe >30 dosis plena FGe <30 Cl.	Hipomagnesemia (81,3%, grave:18,7%), hipofosfatemia (6,3%), hipocalcemia, hipopotasemia, disuria.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Reposición de magnesio y fósforo. Suplementos de vitamina D
<b>Nelarabina</b>	<b>ATRIANCE</b>  Vial 250 mg	Análogos de Purinas  Inhibidores síntesis DNA	LLA	1500 mg/m <sup>2</sup>	FGe>50 dosis plena FGe<50: no hay estudios, precaución	Sin referencias en Pubmed	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.
<b>Neratinib</b>	<b>NERLYNX</b>  Cmp 40 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la Tirosin quinasa del HER2  Inhibidores de la Tirosin quinasa del HER4  Inhibidores de la Tirosin quinasa del EGFR.	Mama HER-2 positivo que hayan finalizado tt° adyuvante con trastuzumab hace al menos 1 año.	240 mg/d/ durante 1 año. Dosis matutina, administrado con alimentos (absorción lenta, máxima coccntración en 7 horas). Se debe suspender ante efectos indeseables grado 4 ó cualquier otro que no regresen a grado 0-1, si se precisa suspender el tt° más de 3 semanas, si no tolera	-FGe≥30 mL/min: dosis plena -FGe<30 mL/min y/o HD: no indicado.  Unión a albúmina >98%. Metabolización por el CYP3A4. Excreción fecal.	-Diarrea 94,5%, 39,9% grado ≥3, que suele aparecer durante las 1ª (83,6%) ó 2ª semana y puede ser grave. -Vómitos. - Fallo renal agudo grave (1,2%) no se especifica causa ni en FT, IPT ni en revisiones de la literatura en PubMed a fecha 30/4/24 pero por el resto de efectos idenseables podría ser prerrenal establecido. -Edema periférico (21%). -Hipopotasemia 11%. -Infección tracto urinario 15%.	-Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. -En estudios de MAPEO de genes se postula como nefroprotector en GN (membranosa, focal y segmentaria, IgA y diabética) por sus efectos citoprotectores sobre las vías de autofagia, sobre el retículo endoplásmico y sobre la respuesta de proteína desplegada (UPR). -Profilaxis de diarrea con loperamida. -No administrar junto con

				dosis de 120 mg/d. Modificar dosis a 200-160-120 mg ante efectos indeseables 1º, 2º ó 3º.			<p>pomelo, granada.</p> <p>-Con inhibidores de la CYP3A4/gp-P potentes disminuir dosis a 40 mg/d. Si es moderado: iniciar a 40 mg/d y aumentar a 80.120,160 mg con periodicidad semanal.</p> <p>-Antagonistas r. H2: tomarlo 2 horas antes ó 10 después.</p> <p>Antiácidos: dejar pasar 3 horas.</p> <p>-</p> <p>Contraindicados los inductores potentes de la isoforma CYP3A4 del citocromo P450 o de la glucoproteína P (gp-P), Carbamazepina, fenitoína, <i>Hypericum perforatum</i>, Rifampicina.</p>
<b>Nilotinib</b>	<b>TASIGNA</b>  Cps 150, 200 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa BCR-ABL	LMC	300-400 mg/12 h	No hay estudios, pero no se excreta por vía renal	NO es nefrotóxica, pero puede inducir SLT. Vómitos, aumento de riesgo C/V (predecible según Escala de Framingham) por imbalance de IL inflamatorias/antiinflamatorias e inhibición del receptor dominio 1 de la discoidina (DDDR1).	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.
<b>Nintedanib</b>	<b>OFEV, VARGATEF</b>  Cps 100,150 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores no selectivos de protein quinasa	Pulmón no microcítico, fibrosis pulmonar idiopática	150-300 mg/12 h	FG >30 dosis plena FG <30 no recomendaciones específicas	Igual al resto de Anti VEGF: GNRP con semilunas paucimune ANCA MPO (+), GNRP por Ac anti MBG, MAT. Ver bevacizumab como más representativo del grupo. ¿Hipofosfatemia?	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. IECAs, Nitratos, IS si GNRP (rituximab, CP, Cs)
<b>Niraparib</b>	<b>ZEJULA</b>  Cps 100 mg	Inhibidores de la PARP	Ovario, peritoneo, trompas de Falopio	300 mg/d	FG >30 dosis plena FG <30 ó <10 HD: precaución por falta de datos	HTA (8,2%)	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. TTº de anemia e HTA.
<b>Nivolumab</b>	<b>OPDIVO</b>  Vial 40, 100 mg	Ac. monoclonales anti PD1/PDL1	Melanoma, LH, carcinoma urotelial, Riñón, pulmón no microcítico, de cabeza y cuello de células escamosas	1-3 mg/Kg cada 2-3 semanas según enfermedad y pauta	FG >30 dosis plena FG <30: no recomendaciones por limitada experiencia	HTA. PRTo, NIIA, hipofosforemia, hiponatremia (por hipofisitis, hipotiroidismo e Iº SPR) Vasculitis paucimune MAT, GN IgA, GN FyS, GN C'3, GN mesangial IgA postinfecciosa, LES like, Nefritis túbululo intersticial granulomatosa tipo sarcoidosis. <b>AMILOIDOSIS AA.</b>	Ver ipilimumab



<b>Obinutuzumab</b>	<b>GAZYVARO</b> Vial 1000 mg/40 mL	Ac. monoclonales anti CD20	LLC, Linfoma folicular	1000 mg según enfermedad y pauta	FGe>30 dosis plena FGe<30: ausencia de recomendaciones	SLT muy grave Disuria e incontinencia urinaria.	TTº según guías, reposición hidroelectrolítica, control de hiperuricemia e hipercalcemia.
<b>Ofatumumab</b>	<b>ARZERRA</b> Vial 100 mg  Comercialización revocada el 28/2/19 por motivos comerciales.	Ac. monoclonales anti CD20	LLC	300 mg dosis inicial y 2000 mg dosis posteriores.	FGe >30 dosis plena FGe <30 sin datos, se contraindica.	SLT	Corrección de alteraciones electrolíticas, monitorización de FG, mantenimiento del balance de fluidos y tratamiento de soporte.
<b>Olaparib</b>	<b>LYNPARZA</b> Cps 50 mg Cmp 100, 150 mg	Inhibidores de la PARP	Mama HER 2 NEG, ovario, peritoneo, trompas de Falopio	300 mg/12 h	FGe>50 dosis plena FGe 31-50: 300 mg/12 h FGe<30 CI o uso con precauciones.	No referida nefrotoxicidad. Si es posible descenso del FGe calculado con creatinina por descenso de la secreción tubular.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Calcular FGe por métodos alternativos si hay sospechas de pseudo FRA.
<b>Olaratumab</b>	<b>LARTRUVO</b>	Ac. Monoclonales. Otros					Autorización retirada en 2019
<b>Oncotitepa</b>							
<b>Osimertinib</b>	<b>TAGRISSO</b> Cmp 40.80 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa deL EGFR	Pulmón no microcítico o de células no pequeñas	80 mg/día	CCr >40 dosis plena CCr <40 o IRT sin datos, precaución	No descritos en pubmed, posicionamiento AEMPS, posicionamiento SEOM ni ficha técnica hasta 2022 en que se publica un caso de depósitos de depósito mesangial de IgA con hematuria, proteinuria y deterioro renal que mejora tras reducir dosis.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina
<b>Oxaliplatino</b>	<b>ELOXATIN</b>  Vial 50-100 mg	Compuestos de Platino  Inhibidores síntesis DNA	Colon, recto	85 mg/m <sup>2</sup>	FGe>30 datos limitados apoyan dosis plenas FGe< 30 CI	NTA. MAT, fibrosis intersticial crónica, Tubulopatía proximal tipo Fanconi, Hiponatremia (pierde sal), NIIA, hipopotasemia (1%) sobre todo en mujeres. Hipomagnesemia, vasculitis leucocitoclástica. <b>NIIA</b> Descrito caso de daño renal dependiente de hemodiálisis con recuperación de función renal 3 meses tras la suspensión del fármaco.	Ver cisplatino
<b>Paclitaxel</b>	<b>ABRAXANE</b> (Nab-paclitaxel) TAXOL  Vial 100 mg	Antimitóticos.  Taxanos	Mama HER 2 (+), ovario, páncreas, pulmón no microcítico, sarcoma de Kaposi	100-220 mg/m <sup>2</sup> según enfermedad y pauta (dosis muy variables)	FGe>30 dosis plena FGe<30 no hay datos	NTA, MAT, hipopotasemia, hiponatremia	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Reposición iónica, si MAT ttº según guías.
<b>Padeliporfina</b>	<b>TOOKAD</b> Vial 183, 386 mg	Sensibilizantes usados en	Adenocarcinoma de próstata	3,66 mg/Kg en dosis única	No hay indicaciones especiales.	Disuria, DE, hematuria, dolor perineal, retención urinaria, urgencia miccional,	TTº sintomático, buena hidratación.

		terapia fotodinámica y radiación.				ITUs, incontinencia urinaria y fracaso de la eyaculación.	TTº de complicaciones según guías.
<b>Palbociclib</b>	<b>IBRANCE</b>  Cps 75,100,125 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de CDK	Mama	125 mg/d/21 d	FG>30 dosis plena FG<30 sin experiencia clínica	No descritos en posicionamiento AEMPS, posicionamiento SEOM ni ficha técnica. Escasos artículos describen posible pseudo FRA por inhibición de la secreción tubular. En el estudio MONALEESA 2-3-7 no se describieron FRA en grado igual o superior a 3. Existen casos aislados de FRA grado 3. NTA, lesión tubular generalizada con dilatación y pérdida del borde en cepillo, epitelio aplanado, ruptura tubular focal y abundantes cilindros intratubulares en la médula renal y NIIA. Media de tiempo desde el inicio del ttº hasta el FRA :278 días. Algún caso requirió TRS. Recuperación del FRA incompleta. 783 eventos renales en la FDA en pacientes tratados con inhibidores de CDK 4/6 (palbociclib, ribociclib y abemaciclib, los más frecuentes en mujeres tratadas con palbociclib. Así mismo se describe hipocalcemia, hipopotasemia e hiponatremia.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Retirar el fármaco o disminuir dosis. Cs si NIIA TTº renal de sostén.
<b>Panitumumab</b>	<b>VECTIBIX</b>  Vial 200, 400 mg	Ac. Monoclonales anti EGFR	Colon, recto con RAS no mutado	6 mg/Kg cada 2 semanas (VM 7,5 días)	No hay datos	Hipomagnesemia, hipopotasemia, hipocalcemia (más graves que en otros fármacos del grupo por su mayor afinidad por EGFR). Casos de FRA por vasculitis leucocitoclástica.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Reposición iónica. Si vasculitis corticoides.
<b>Panobinostat</b>	<b>FARYDAK</b>  Cps 10, 15, 20 mg	Inh HDAC (histona deactilasa) (HDAC)	MM	20 mg/d los días 1, 3, 5, 8, 10 y 12 de un ciclo de 21 días	No precisa ajuste de dosis salvo en ERT y TRS en cuyo caso no hay datos.	Prerrenalidad por diarrea. Hipomagnesemia, hipopotasemia, hiponatremia, hipocalcemia, hipofosforemia. FRA, IU, hematuria.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Reposición iónica.
<b>Parsaclisib</b>	En fase de ensayos clínicos	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de PI3K	Linfoma de zona marginal recidivante o refractario. Mielofibrosis. Policitemia vera.	10 o 20 mg al día durante 8 semanas seguidas de una dosis semanal o 5 mg o 20 mg al día durante 8 semanas seguidas de una dosis diaria de 5 mg.	No hay datos al respecto.	Diarrea y nauseas que condicionan prerrenalidad. HTA (7%). Hipopotasemia (18%)	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.

<b>Pazopanib</b>	<b>VOTRIENT</b>  Cmp 200,400 mg	Inhibidores de proteín quinasa  Inhibidores no selectivos de proteín quinasa	Riñón, sarcoma	800 mg/24 h	FGe>30 dosis plena FGe<30 precaución	MAT, HTA y Proteinuria. Elevación de Cr en un 32 % Riesgo de SLT si se administra tras nivolumab,	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. TTº según guías.
<b>Pegaspargasa</b>	<b>ONCASPAR</b> vial 750 U/5 MI	Derivados de L-asparaginasa	LLA	2000U/m 2/14 días	No requiere ajuste	No descritos en pubmed, posicionamiento AEMPS, ni ficha técnica.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.
<b>Perifosina</b>	No comercializado	Inh Akt				Hipofosforemia	
<b>Pembrolizumab</b>	<b>KEYTRUDA</b>  Vial 50, 100 mg	Ac monoclonaes anti PD1/PDL1	Pulmón no microcítico o que exprese PD1 >50% sin mut EGFR ni ALK, urotelial, LH, melanoma. -En monoterapia para cáncer con MSI-H (inestabilidad de microsatélites alta) o dMMR (deficiencia del mecanismo de reparación de apareamientos erróneos):  *colorrectal irreseccable o metastásico tras QT de combinación previa con fluoropirimidina.  *Endometrio avanzado o recurrente que ha progresado durante o después	2 mg/Kg ó 200 mg Dosis según enfermedad y pauta  (VM: 27,3 días)	FGe>30 dosis plena FGe<30 sin datos	NIIA, Hipocalcemia. Hiponatremia por SIADH ó déficit de ACTH 2ª a hipofisitis ó 1ª suprarrenal (adrenitis) o hipotiroidismo. Vasculitis pauciinmune, LES like, GN mesangial IgA, GNRP. AMILOIDOSIS AA. ATR distal. Casos publicados en 2022 de "ATR tipo 5" (AM con AG normal con deterioro en la excreción urinaria de amoníaco, acidificación distal intacta de la orina, ausencia de hiperpotasemia, incluso hipopotasemia y capacidad intacta para disminuir la excreción urinaria de citrato) con probable mecanismo en un defecto primario de la generación de amoníaco en el túbulo proximal.  Caso publicado de hematuria macroscópica en contexto de ca. de cérvix y co tratamiento con bevacizumab.	Retirada del fármaco, Cs si NIIA y/o adrenalitis durante. 4-6 semanas, no reintroducir si grado III-IV o HD. Si grado menor se puede reintroducir. Biopsia Renal si dudas del diagnóstico, CP y/o MMF en casos con pancitopenia. Una vez baje de grado 1-2 puede reintroducirse con dosis bajas de Cs  Aunque la probabilidad de hipofisitis y adrenalitis es baja (1%), chequear ACTH, cortisol y perfil tiroideo periódicamente.  Es posible que concurren varias causas (por ejemplo hiponatremia por SIADH con ATR distal y/o hipofisitis/adrenalitis), tenerlo en cuenta, es posible encontrar AM con AG normal sin hipopotasemia  En ATR tipo V citrato de potasio. Suee ser reversible con la retirada del fármaco (en casos: recuperación a los 3 meses).

			<p>de un tratamiento o previo basado en platino y no candidato a cirugía curativa o RT.</p> <p>*Gástrico, intestino delgado o biliar, irresecable o metastásico que ha progresado durante o después de al menos un tratamiento o previo.</p> <p>* Cuello uterino persistente, recurrente o metastásico en mujeres adultas cuyos tumores expresan PD-L1 con un CPS <math>\geq 1</math>. en combinación con QT con/sin bevacizumab.</p>				
<b>Pemetrexed</b>	<b>ALIMTA</b> Vial 100,500 mg	Análogos de ácido Fólico  Inhibidores síntesis DNA	Pulmón no microcítico o mesotelioma pleural	500 mg/m <sup>2</sup>	<p>FGe &gt; 45 dosis plena FGe &lt; 45 CI</p> <p>Excreción inalterado por orina (70-90%). 81% unión a proteínas 81%.</p>	<p>Nefrotoxicidad &gt; 20%. Es un derivado del metotrexate con el que comparte mecanismo de nefrotoxicidad sobre todo tubular: es reabsorbido por el TP e inhibe la dihidrofolato reductasa, lo que conduce a una disminución de la síntesis de timidina,</p>	<p>Dosis máxima tolerada por el túbulo 600 mg/m<sup>2</sup>. Monitorizar FG, equilibrio ácido base y iones. Leucovorin dudosa utilidad.</p>

						inhibición de la síntesis de ADN y daño de las células tubulares proximales induciendo: FRA, tubulopatía proximal ( <b>Fanconi</b> ), NTA tóxica, fibrosis intersticial, raramente DIN y ATR distal y menos frecuente y severamente: isquemia glomerular.	Hidratación generosa. Reposición iónica y de bicarbonato si poliuria o AM.
<b>Pentostatin</b>	<b>NIPENT</b>  Vial 10 mg	Inhibidores Adenosina desaminasa	Tricoleucemia	4 mg/m <sup>2</sup>	FGe<60 Cl	FRA y hematuria dosis dependiente.	Hidratación generosa antes y tras la perfusión.
<b>Pertuzumab</b>	<b>PERJET A</b>  Vial 420 mg  PHESGO (Pertuzumab/Trastuzumab Vial 600/600 Vial 1200/600)	Inhibidores HER 2  Ac monoclonal	Mama HER 2(+)	Dosis inicial: 840 mg Dosis Mant <sup>o</sup> : 420 mg/3 semanas	FGe>30 dosis plena FG<30 no hay datos	No hay descritos casos de nefrotoxicidad directa puede haberla por diarrea (10%)	Monitorizar TA, FG, equilibrio ácido base y iones.
<b>Pirtobrutinib</b>	<b>JAYPIRC A</b> 50,100 mg cmp	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la tirosin quinasa de Bruton (BTK)	Adultos con linfoma de células del manto (LCM) en recaída o refractario tratados previamente con un inhibidor de la tirosin quinasa de Bruton (BTK).	200 mg/24 horas Con/sin alimentos  Interrumpir hasta la recuperación a grado 1 o basal si presenta: • Neutropenia grado 3 con fiebre y/o infección ó grado 4 ≥ 7 días • Trombocitopenia grado 3 con hemorragia ó grado 4 • Toxicidad no hematológica grado 3 o 4  La linfocitosis asintomática no se considera una reacción	<b>-ERC:</b> no precisa ajuste de dosis. <b>-HD:</b> sin datos.	<b>-ITUs</b> frecuentes (6,9%), grado ≥3:0,7% <b>- Hematuria</b> frecuente (3,1%) <b>- Diarrea</b> muy frecuente (19,9%), grado ≥3:0,9% <b>-Lesión renal aguda</b> referida en IPT sin especificar mecanismo ni % puede inducir <b>taquiarritmia SV e ICC</b> . <b>Elevación de Crp 30%</b> . <b>-SLT</b> muy raramente. <b>-HTA</b> (9,5% recogido en IPT). Grado 3: 2,8%.	- Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.  -Se metaboliza por <b>CYP3A4</b> (rifampicina, carbamazepina, fenitoína), <b>UGT1A8 y UGT1A9</b> . Precaución con fármacos que utilicen estas vías metabólicas. -Precaución con fármacos metabolizados por vía <b>CYP2C8</b> (repaglinida, dasabuvir, selexipag, rosiglitazona, pioglitazona y montelukast). -Precaución con sustratos de la <b>BCRP</b> (rosuvastatina -Precaución sustratos <b>P-gp</b> (dabigatran, digoxina). -Precaución con fármacos metabolizados por la <b>CYP2C19</b> (fenobarbital y mefenitoína) -Precaución con fármacos metabolizados por <b>CYP3A</b> (alfentanilo, midazolam, tacrolimus)
<b>Pinatuzumab Vedotin</b>	NO COMERC	Ac. monoclonal	LNH	0,1 mg/Kg/d/	Sin datos al respecto.	En estudios de administración junto	Monitorizar FG, equilibrio

	IALIZADO en ESPAÑA	onales anti CD-22.  Ac. monoclonales conjugados con fármacos		21 días (IV)		con rituximab se objetivaron un 10% de hipomagnesemia y un 12% de hipopotasemia, También se comentan en diversos estudios edemas periféricos, ITUs, hipofosforemia, hiponatremia e hipotensión arterial	ácido base y iones.
<b>Pixantrona</b>	<b>PIXURI</b> Ampollas 29 mg (5,8 mg/mL)	Antibióticos citotóxicos.  Antracíclinas.  Inhibidores síntesis DNA	LNH refractario	50 mg/m <sup>2</sup> los días 1,8,15 de cada ciclo de 28 días (Mx 6 ciclos)	Sin datos en I <sup>a</sup> renal Vol. de distribución: 25,8 L Unión a proteínas 50% Excreción renal <10% en 24 horas VM: 23,3± 8,0 horas	En ficha técnica: SLT, hipofosforemia, hiperfosforemia, hipocalcemia, hiponatremia, diarrea, vómitos, proteinuria, hematuria, oliguria, edemas, aumento de creatinina. En PUBMED, Dic/22 sin datos de patología específica.	Precaución con sustratos metabolizados por CYP1A2, CYP2C8 (teofilina, Warfarina, amitriptilina, haloperidol, clozapina, ondansetron, propranolol, repaglinida, rosiglitazona, paclitaxel) y para proteínas transportadoras de membrana Pgp/BRCP y OCT1(ciclosporina, tacrolimus), , ritonavir, saquinavir, nelfinavir.
<b>Plerixafor</b>	<b>MOZOBI L</b> Viales de 24 mg (20 mg/mL, 1,2 mL/vial)	Inmunoestimulantes antes.  Antagonistas del receptor CXCR4	<b>ADULTOS:</b> en combinación con G-CSF, para potenciar la movilización de células madre hematopoyéticas a sangre periférica y posterior trasplante autólogo en linfoma o mieloma múltiple cuyas células se movilizan con dificultad. <b>NIÑOS:</b> de 1 a 18 años: idem en linfomas y tumores sólidos y con carácter preventivo.	Admón SC: <b>ADULTOS:</b> • dosis fija 20 mg o 0,24 mg/kg si peso ≤ 83 kg • 0,24 mg/kg si peso > 83 kg. <b>NIÑOS:</b> 0,24 mg/kg  6 a 11 horas antes de cada aféresis y después de pretratamiento con G-CSF de 4 días de duración. No debe superar los 40 mg/día.	-CCR>50 mL/min: dosis plena. -CCR:20-50 ml/min : reducir la dosis en un tercio: 0,16 mg/kg/día (dosis máxima 27 mg/d). -CCR<20 y/o HD: mL/min: No existe experiencia para recomendar dosis.  Bajo volumen de distribución (0,3 L/Kg), confinado al espacio extracelular, unión a proteínas del plasma 58%, metabolización hepática sin interferir con las principales enzimas del citocromo p450, eliminación urinaria (70% en las primeras 24 horas).	-Diarrea y vómitos. -Hipopotasemia, hipocalcemia.  El factor CXCR4 se encuentra implicado en la vía de stress oxidativo que juega un papel relevante en el desarrollo de podocitopatías, proteinuria y fibrosis renal en modelos murinos, por lo que su inhibición podría ser una diana para prevenir este daño (en investigación).	Precauciones universales con monitorización de TA, FG y iones y reposición de déficits iónicos.
<b>Plicamicina</b>							
<b>Polatuzumab vedotin</b>	<b>POLIVY</b> Polvo para solución 30 mg. 140 mg	Ac. monoclonales conjugados con	En combinación con R-CHP en linfoma B difuso de	1,8 mg/kg IV cada 21 días sin exceder	FGe >30: dosis plena  FGe <30: sin datos disponibles.	Vómitos (14,9% en ensayos), diarrea (35,8% en ficha técnica, 30.8-37,8% en ensayos), náuseas	Monitorizar FG, equilibrio ácido base y iones. Reposición de pérdidas.

		fármacos Antimitótico.	células grandes (LBDCG) sin ttº previo.  En combinación con bendamustina y rituximab en LBDCG recaída o refractario no candidatos a un trasplante de células madre hematopoyéticas.	de 240 mg/ciclo.	Excreción principalmente por heces y una pequeña parte por orina,	(33,1% en ficha técnica). Hipotasemia, hipocalcemia, hipofosfatemia. Hipoalbuminemia, MUY FRECUENTES. Edemas periféricos. Revisado e fecha 31/10/22, no encontramos referencias en PUBMED sobre mecanismos de nefrotoxicidad.	Precaución con fármacos que se metabolizan por CYP3A o P-gp.
<b>Pomalidomida</b>	<b>IMNOVID</b> Cps 3,4 mg	Antiangiogénico  Inmunomodulador  inmunosupresor	MM	4 mg/d/21d	CI si FGe<45, en HD admón. Post HD	FRA (<5%). Nefropatía por cristales.	Monitorizar FG, equilibrio ácido base y iones. Hidratación generosa. Alcalinizar orina puede ayudar.
<b>Ponatinib</b>	<b>ICLUSIG</b> Cmp 15,30,45 mg	Inhibidores de proteinquinasa  Inhibidores de la tirosinquinasa BCR-ABL	LLA, LMC	45 mg/d	FGe>50 dosis plena FGe<50 precaución (no pautas específicas)	Mismos efectos que Anti VEGF porque actúa sobre TKI multitarget lo que incluye VEGF: HTA (37%), e HTA renovascular, proteinuria, vasculitis de gran vaso (casos raros se cree que por la inhibición del VEGFR2). Diarrea (20%), vómitos (19%), elevada % de eventos oclusivos arteriales (Inhibe C-Kit y PDGFR lo que ocasiona daño endotelial y en células perivasculares).	Monitorizar FG, equilibrio ácido base y iones. TTº de HTA según guías, revascularización si es preciso. Corticoides e IS para vasculitis.
<b>Pralsetinib</b>	<b>GAVRET O</b> Cps 100 mg	Inhibidores de la proteinquinasa .  Inhibidores de la fusión de RET	Ca pulmón no microcítico o avanzado con fusión gen RET (+)	400 mg/d Reducciones según EI: 300-200-100 mg/d.  Precauciones con inhibidores potentes CYP3A, inh. Pgp ó inh potentes CYP3A4 (en este caso reducir dosis de 400 a 220 ó de 300 a 200 ó de 200 a 100 mg/d)	FGe >30 dosis plena FGe <30 e IRT: no hay datos pero se presupone que no es preciso disminuir dosis debido a la escasa eliminación renal del fármaco (6,1%). Hay casos aislados publicados de dosis bien toleradas y eficaces de 100 mg/d en ERC establecida,	HTA (34,2%), grado ≥3: 16% (mediana de tiempo 2,1 semanas), diarrea 24,9%, elevación de creatinina 22,1%, hipofosforemia ≥3: 7,1%, ITUs : 2,1% Edemas periféricos, con menor frecuencia: hipotasemia, hipocalcemia, hiperfosforemia, hipocalcemia, hiponatremia, vómitos.	HTA grado 3: suspender y reiniciar con TA controlada. HTA grado 4: suspender Se recomienda ttº anti HTA standard Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina y especial cuidado con las interacciones.
<b>Prednimustina</b>							

<b>Procarbazona</b>	<b>NATULAN</b>  Cps 50 mg	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	LH, SNC, neuroblastoma, meduloblastoma, anemia aplásica	50-300 mg/d	ERC leve y moderada dosis plena. ERC grave (Cr >2 mg/dL) precaución.	Hematuria, frecuencia urinaria.  Escasa información e pubmed.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.									
<b>Raltitrexed</b>	<b>TOMUDEX</b>  Vial 2 mg	Análogos de ácido Fólico  Inhibidores síntesis DNA	Colon, recto	3 mg/m <sup>2</sup>	FGe>65 dosis plena cada 3 semanas FGe 55-65: 75% cada 4 semanas FGe 25-54%: 50% cada 4 semanas FGe<25: CI	No hay datos de nefrotoxicidad en ficha técnica ni PubMed.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina									
<b>Ramucirumab</b>	<b>CYRAMZA</b>  Vial 100 y 500 MI	Ac. monoclonales anti VEGF/VEGFR	Colon, estómago, recto, pulmón no microcítico	8 mg/Kg	FGe>30 dosis plena FGe<30 no hay datos	Comparte los EI de los Anti VEGF (ver bevacizumab):MAT, HTA, proteinuria: si es mayor de 2 grs/d ajustar según tabla, si es nefrótica suspender definitivamente. <table border="1"><thead><tr><th>Dosis inicial</th><th>1º ajuste</th><th>2º ajuste</th></tr></thead><tbody><tr><td>8 mg/kg</td><td>6</td><td>5</td></tr><tr><td>10 mg/Kg</td><td>8</td><td>6</td></tr></tbody></table> Raramente hiponatremia.	Dosis inicial	1º ajuste	2º ajuste	8 mg/kg	6	5	10 mg/Kg	8	6	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina Descensos de dosis si aparece o empeora proteinuria (en ficha técnica cuantifican el nivel de "peligrosidad" en 2 gr/d. TTº standard de HTA. MAT: si es factible suspender droga.
Dosis inicial	1º ajuste	2º ajuste														
8 mg/kg	6	5														
10 mg/Kg	8	6														
<b>Relugolix</b>	<b>ORGOVYX</b> 120 mg cmp	Antagonista hormonal.  Antagonista del receptor de la hormona liberadora de gonadotropina	Próstata hormonas en avanzado en adultos	Dosis de carga: 360 mg/d el primer día. Dosis mantenimiento: 120 mg/d a la misma hora Con/sin alimentos	ERC leve-moderada (FGe >30) sin cambios ERC grave (FGe <30) sin datos, se aconseja precaución porque la concentración aumenta al doble.	No nefrotóxico, pero aumenta el riesgo cardiovascular por medio de acentuar el síndrome metabólico, aumenta el riesgo de prolongación del intervalo QT, HTA (7,9%), diarrea (12,2%), polaquiuria (5,9%), nicturia (5,8%), incontinencia urinaria (4,8%)	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina. Evitar administración concomitante con inhibidores GP-P (azitromicina, eritromicina, claritromicina, gentamicina, tetraciclinas, ketoconazol, itraconazol, carvedilol, verapamilo, amiodarona, droperidona, propafenona, quinidina, ranolazina, ciclosporina, ritonavir, telaprevir) e inhibidores potentes del CYP-A3. La concentración del fármaco y su eficacia puede disminuir con inductores potentes de GP-P y CYP-A3 (rifampicina, apalutamida, carbamacepina, fenitoína, fenobarbital, rifabutina, ritonavir, efavirenz,									



							hierba de San Juan), lista completa en ficha técnica .
<b>Regorafenib</b>	<b>STIVARGA</b> Cmp 40 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores no selectivos de protein quinasa	Colon, hígado, recto, tumor del estroma G/I	160 mg/24 h	No requiere ajuste de dosis	Hipofosforemia, hiponatremia, hipopotasemia, hipocalcemia. HTA, proteinuria y hematuria. LES like	Control riguroso de FG, iones, sedt <sup>o</sup> urinario, equilibrio ácido/base y TA. Reposición iónica adecuada. Control de TA, disminuir dosis o retirar fármaco según grado de afectación.
<b>Ribociclib</b>	<b>KISQALI</b> Cmp 200 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de CDK	Mama HER 2 Neg	600 mg/d	FGe>30 dosis plena FGe<30 experiencia limitada	No descritos en posicionamiento AEMPS, posicionamiento SEOM ni ficha técnica. Escasos artículos describen posible pseudo FRA por inhibición de la secreción tubular. En el estudio MONALEESA 2-3-7 no se describieron FRA en grado igual o superior a 3. Existen casos aislados de FRA grado 3. NTA, lesión tubular generalizada con dilatación y pérdida del borde en cepillo, epitelio aplanado, ruptura tubular focal y abundantes cilindros intratubulares en la médula renal y NIIA. Media de tiempo desde el inicio del tt <sup>o</sup> hasta el FRA :278 días. Algún caso requirió TRS. Recuperación del FRA incompleta. 783 eventos renales en la FDA en pacientes tratados con inhibidores de CDK 4/6 (palbociclib, ribociclib y abemaciclib, los más frecuentes en mujeres tratadas con palbociclib. Así mismo se describe hipocalcemia, hipopotasemia e hiponatremia.	Monitorizar función renal, iones y asegurar correcta ingesta hídrica. Retirar el fármaco o disminuir dosis. Cs si NIIA TT <sup>o</sup> renal de sostén.
<b>Ripretinib</b>	<b>QINLOX</b> Cmp 50 mg	Inhibidores de la protein quinasa .  Inhibidores no selectivos de protein quinasa .	Adultos con tumor avanzado del estroma gastrointestinal (GIST) tras tt <sup>o</sup> previo con tres o más inhibidores de quinasa, como imatinib.	150 mg/día siempre a la misma hora, sin/con alimentos .  Si efectos indeseables, disminuir dosis a 100 mg/día (consultar	<b>-FGe &gt;30</b> mL/min dosis plena <b>-FGe&lt;30</b> mL/min, escasos datos, se recomienda precaución.  Metabolización principalmente hepática a través del CYP3A4, eliminación urinaria <1%. Unión a	<b>-Diarrea</b> (37,2%, <b>vómitos</b> 25,8%). <b>-HTA</b> al inhibir el VEGFR2 (19,4%, grado 3-4: 6,9%), <b>edemas</b> periféricos (13,8%). <b>-Hipertensión, hipocalcemia, hipofosforemia</b> grado 3-4 (4,1%). <b>-Lesión renal aguda</b> (4,7% en estudio INVICTUS).	-Precauciones universales. Monitorizar TA, FGe y equilibrio iónico. Reposición de pérdidas, tt <sup>o</sup> standard de hiperpotasemia. -Evitar inhibidores potentes e inductores moderados o

				ficha técnica para ajustes según grados).	proteínas del plasma 99% con volumen de distribución amplio.		potentes del <b>CYP3A</b> . -Puede inhibir la metabolización de fármacos que utilicen <b>CYP2C8</b> (repaglinida, paclitaxel). -Precaución con fármacos metabolizados por <b>CYP3A4</b> con estrecho margen terapéutico (CsA, Tacrolimus), metabolizados en intestino (midazolam), por <b>CYP2B6</b> (efavirenz), <b>CYP1A2</b> (Tizanidina), BCRP (rosuvastatina, sulfasalazina e irinotecán), MATE-1 (metformina) y <b>gp-P</b> (digoxina, dabigatran).
<b>Rituximab</b>	<b>MABTHE RA</b>  Vial 100, 500, 1400 mg	Ac. monoclonales anti CD20	LLC, LNH, AR, Wegener	375 mg/m <sup>2</sup> /s/4s	No precisa ajuste de dosis	No descrita nefrotoxicidad más allá de la posibilidad de SLT tras el ttº.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.
<b>Romidepsina</b>	<b>ISTODAX</b>	Inhibidor de la histona deacetilasa (HDAC)	linfoma periférico de células T resistente o recurrente a al menos 2 ttº anteriores			Medicamento "huérfano" en 2005 Denegada autorización de comercialización por la CHMP en 2012.	
<b>Rucaparib</b>	<b>RUBRACA</b> Cmp 200,250,300 mg	Inhibidor de la PARP	Ovario, peritoneo, trompas de Falopio	600 mg/12 horas	CCr >30 no ajuste CCr <30 y HD no hay datos	No nefrotóxica aunque en estudios elevación de CRp por inhibición del transportador MATE 1 y MATE 2 K. HTA, ITU y edemas periféricos.	La elevación leve puede ser por su mecanismo de acción, no por toxicidad, esto podría diferenciarse utilizando otro método de medida del FG que no incluya la creatinina. Si grado 3 ó mayor, suspender y descartar otras causas. Si a los 14 días ha pasado a grado 1 ó menor reintroducir. Si persiste en grado 3 ó mayor suspender definitivamente. Se recomienda monitorizar iones y FG mensualmente

<b>Ruxolitinib</b>	<b>Jakavi</b> Cmp 5,10,15 y 20 mg	Inhibidores de la protein quinasa  Inhibidores de JAK	EICH, MF, PV	<b>ME:</b> Plq >200.000: 20 mg/12 h Plq 100-200.000: 15 mg/12 h Plq 50-100.000: 5 mg/12 h Plq <50.000: no iniciar <b>PV y EICH:</b> 10 mg/12 h Para más detalle, consultar ficha técnica adjunta.	<b>FG &gt;30:</b> dosis plena <b>FG&lt;30:</b> 50% de dosis <b>HD: MF:</b> SOLO el día de HD post sesión ó dosis única de: 15-20 mg ó dos dosis de 10 mg/12 h. Si el nº PLQ 100.000-200.00: dosis única de 15 mg. Si nº PLQ >200.000: dosis única de 20 mg ó 2 dosis de 10 mg/12 h. <b>PV:</b> dosis única de 10 mg ó 5/12h/2 dosis. Sin datos para HDFVVC ni DP.	Descrito en pubmed 4% de FRA grave y 18% de elevación de creatinina sin especificar causas. En retrospectivo de Strohbehn: 10% FRA (43% por causas hemodinámicas: sepsis y shock, 40% prerrenal, 13% por otros nefrotóxicos y solo un 3% de FRA, 0,3% del total de pacientes, FRA de causa no filiada en posible relación con el fármaco). En EICH: 49,3% de hipokaliemia y 45,1% de edemas periféricos.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina, reposición de pérdidas, soporte hemodinámico
<b>Sacituzumab govitecan</b>	<b>TRODEL VY</b> Ampollas 200 mg	Ac. monoclonales conjugados con fármacos  Inhibidores de topoisomerasa II	Mama triple negativa metastásica que hayan recibido dos o más tratamientos sistémicos previos, al menos uno de ellos para la enfermedad avanzada	10 mg/Kg/semana los días 1 y 8 de un ciclo de 21. Precisa premedicación con Anti H1, antipirético, corticoide y antiemético.	1ª renal leve: dosis plena  1ª renal moderada, avanzada y HD: sin estudios, aunque el fármaco posee una mínima eliminación renal.	<b>FRA prerrenal</b> por diarrea/vómitos (38%, graves 3%), <b>ITUs</b> (15%), ITUs graves (1,1%), <b>hipopotasemia</b> (28,1%), hipopotasemia grave (1,4%), <b>hipomagnesemia</b> (15%), hipomagnesemia grave (0,3%), <b>hipofosforemia</b> (8,7%), hipofosforemia grave (5,2%), <b>hipocalcemia</b> (7,1%), hipocalcemia grave (0,8%). <b>Hematuria</b> (2,7%), hematuria grave (0,3%).	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina y especial cuidado con las interacciones: Inh UGT1A1 (Propofol, ketoconazol, inh TQ del EGFR): aumentan su concentración. Inductores de la UGT1A1 (Carbamacepina, fenitoina, rifampicina, ritonavir, tipranavir): disminuyen su concentración.
<b>Selinexor</b>	<b>NEXPOVO</b> Cmp 20 mg	Inhibidores selectivos de la exportina 1 (XPO1)	MM resistente Linfoma B de células grandes refractario	- En ciclos de 35 días asociado a bortezomib y dexametasona:  Selinexor 100 mg el día 1 de cada semana. (no debe superar los 70 mg/m <sup>2</sup> y dosis) + Bortezomib 1,3 mg/m <sup>2</sup> SC el día 1 de cada semana durante 4 semanas seguido de 1 semana de descanso + Dexamet	-No es preciso ajustar dosis si el FGe >15 mL/min -Sin datos para FGe <15 mL/min.  - Descenso de dosis si efectos indeseables: * <b>TRIPLE TERAPIA:</b> 100 mg y reducir en escalones a 80-60-40-/semana-suspender, - <b>DOBLE TERAPIA:</b> 80 mg/2 veces/s (160 mg/s) y reducir en escalones a 100- 80- 60/s y suspender.	<b>Hiponatremia:</b> En ficha técnica: TRIPLE TERAPIA: 8%, grados 3-4: 5%, grave<1%, DOBLE TERAPIA: 40%, grados 3-4: 24%, grave 3%. <b>Náuseas y vómitos</b> (3,6%). <b>Diarrea</b> (3,6%). <b>SLT</b> (<1%). <b>Lesión renal aguda arterial.</b> En PUBMED estudios con % de afectación mayores (vómitos y diarreas entre 30-40% y principalmente las 2 primeras semanas, hiponatremia entre 7-47%, 19% grado ≥3). Causas de hiponatremia no bien comprendidas, se especula con multicausalidad: hipovolemia, diarrea, escasa ingesta de solutos, fármacos, pseudohiponatremia por elevado nivel de proteínas monoclonales y/o posible daño tubular directo. Se da con	- Si natremia <130 meq/L: suspenderlo, ttº de sostén, reiniciar una vez recuperado a un grado menor de dosis. - Vómitos. Grado 1-2, antieméticos, grados ≥2: retirar, antieméticos adicionales, reiniciar a un grado menor de dosis. - Diarrea: ttº de soporte, según si es 1º episodio o posteriores: reducir un nivel de dosis de ttº y/o retirar hasta que se resuelva. - SLT según directrices internacionales (ver datos y

				<p>asona 20 mg VO los días 1 y 2 de cada semana. - En ciclos junto con dexametasona: Selinexor 80 mg y dexametasona 20 mg VO los días 1 y 3 de cada semana.</p>		<p>mayor gravedad en alteraciones gastrointestinales, sepsis y/o hipotensión concomitante,  Mayor riesgo durante las primeras 8 semanas.</p>	<p>bibliografía general al respecto). -TTº de sostén y TRS si precisa.</p>
Selpercatinib	RETSEVMO Cps 40,80 mg	<p>Inhibidores de la proteína quinasa .  Inhibidores de fusión del gen RET</p>	<p>Pulmón no microcítico o avanzado con fusión gen RET (+), medular de tiroides avanzado con mutación gen RET, tiroides avanzado tras ttº previo con sorafenib y lenvatinib.</p>	<p>- &lt;50 Kg: 120 mg/12 h - &gt;50 kg: 160 mg/12 h Reducciones 1ª, 2ª, 3ª, 4ª si efectos indeseables: 160-120-80-40  120-80-40- NO Con Inh potentes de Cyp3A disminuir dosis 50% (ketoconazol, itraconazol, voriconazol, ritonavir, saquinavir, telitromicina, posaconazol y nefazodona).  Evitar inductores potentes de CYP3A porque pueden disminuir su concentración de forma poco predecible (carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, rifabutin, rifampicina, hierba de San</p>	<p>No es preciso ajustar dosis en Iº renal leve, moderada o grave. Sin datos en ERT o en HD.</p>	<p>HTA cualquier grado 37,4%, grados 3 ó 4 (19,4%), diarrea, vómitos, edemas, hipomagnesemia, hipopotasemia y proteinuria (Lancet oncol 2022: 2%), hiponatremia (6-8 %), elevación de creatinina por interferencia con el transportador renal MATE 1.</p>	<p>HTA grado 3: suspender y reiniciar con TA controlada. HTA grado 4: suspender Se recomienda ttº anti HTA standard (evitar diltiazem por interferencia de acción). HS sobre todo en ttº previo con anti PD1/PD-L1. Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina y especial cuidado con las interacciones.</p>

				<p>Juan (<i>Hypericum perforatum</i>)</p> <p>Evitar ttº concomitante con sustratos sensibles de CYP2C8 (odiaquina, cerivastatina, enzalutamida, paclitaxel, repaglinida, torasemida, sorafenib, rosiglitazona, buprenorfina, selezipag, dasabuvir y monteukast) porque pueden aumentar su concentración. Idem con sustratos sensibles de CYP3A4 (por ejemplo, alfentanil, avanafil, buspirona, conivaptán, darifenacina, darunavir, ebastina, lomitápid, lovastatina, midazolam, naloxegol, nisoldipina, saquinavir, simvastatina, tipranavir, triazolam, vardenafil o).</p>			
<b>Siltuximab</b>	<b>SYLVANT</b> Vial 100 mg	Ac monoclonales anti IL-6	Enf Castleman	11 mg/Kg cada 3 semanas	No hay indicaciones específicas	Hiperuricemia hiperpotasemia	Hidratación generosa Control analítico que incluya AU y iones frecuente
<b>Sirolimus</b>	<b>RAPAMUNE</b>	Inhibidores de proteinquinasa	Rechazo de órganos	2-6 mg/d según el momento	No precisa ajuste de dosis salvo que se dé	SNo, FRA, GN MP, GN CM, GN IgA, GN Mb, MAT.	Control analítico frecuente

	Cmp 0,5, 1, 2 mg Solución oral 1 mg/ml	Inhibidores de m-TOR			junto con CsA y aumente la Crp		
<b>Sonidegib</b>	<b>ODONZO</b> Cps 200 mg	Inhibidores de la vía Hedgehog	Ca BC localmente avanzado	200 mg/día	Muy escasa eliminación renal. No Dosis plena en grados leves y moderado de IRC. No hay datos en IRT	No descrita nefrotoxicidad en ficha técnica, IPT AEMPS y Pub med más allá de las complicaciones relacionadas con vómitos, diarrea y posible FRA Asociado a rabdomiólisis.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina Rehidratación ante prerenalidad, alcalinizar la orina si rabdomiólisis.
<b>Sorafenib</b>	<b>NEXAVAR</b> Cmp 200 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores no selectivos de protein quinasa	Hígado, riñón, tiroides	400 mg/12 h	No precisa ajuste de dosis. En algunos estudios se dice: FG 20-30: 200 mg/12h HD: 200 mg/d	HTA y Proteinuria. Elevación de Cr en un 41 %. Hipocalcemia e hipofosforemia por SMA de calcio. NIIA, NTIC.	Hidratación generosa Control analítico que incluya iones frecuentemente, reposición iónica. Si NIIA Corticoides.
<b>Sotorasib</b>	<b>Lumykras</b> Cmp 120 mg	Inhibidores de KRAS G12C	Pulmón no microcítico o con mutación KRAS G12C que no haya respondido a 1ª línea.	960 mg/24 h en una toma a la misma hora cada día, con/sin alimentos. Si EI $\geq$ grado 3 disminuir dosis: 1ª reducción : 480 mg/d 2ª reducción : 240 mg/d Si no tolera esta dosis suspender	FGe >60: dosis plena FGe <60: no hay datos (pacientes con FGe <60 excluidos de Code break100 trial), se aconseja precaución,  Eliminación renal: 6%  Hay casos aislados de <b>uso exitoso y seguro durante 6 meses en paciente en HD a dosis de 240 mg/d.</b>	Náuseas (3% en ficha técnica, 19 % en ensayos), vómitos (2%) y diarrea (6% en ficha técnica, 31% en ensayos).	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina Rehidratación ante prerenalidad. Si es grado $\geq$ 3 detener el ttº hasta que baje a grado 1 o inferior y reanudar con la reducción de dosis indicada, Precauciones si sigue ttº con un inductor potente de CYP3A4. (no mezclar con inh bomba de protones ni Anti H2: 4 horas antes ó 10 horas después mínimo).
<b>Sunitinib</b>	<b>SUTENT</b> Cps 12,5, 25 y 50 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores no selectivos de protein quinasa	Páncreas, riñón, estroma G/I	50 mg/24 h	No es preciso ajustar dosis	HTA y Proteinuria. Elevación de Cr en un 46-70 %, MAT. NIIA, NTIC. GNFyS.	Control de TA y analítico frecuente. Si GN retirada del fármaco y ttº según guías de MAT, GN y NIIA.
<b>Tabelecleucel</b>	<b>EBVALLO</b> Viales con entre $2,8 \times 10^7$ - $7,3 \times 10^7$ células /ml dispersión inyectable	Células CAR-T anti EBV	Enfermedad linfoproliferativa post trasplante de progenitores hematopoyéticos asociada a VEB sin respuesta a ttº previo	$2 \times 10^6$ células T viables/kg  Células T viables a administrar $\pm$ Concentración real (células T viables/ml) * = Volumen requerido	No es preciso ajustar dosis.	-Diarrea: muy frecuente (26,2%) - Deshidratación (10,7%) -Hiponatremia (15,5%), Hipomagnesemia, hipocalcemia, hipopotasemias frecuentes. -Edema post operatorio. - No descrita otra nefrotoxicidad.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina Rehidratación y reposición iónica ante prerenalidad,

			en recaída.	de la dispersión celular descongelada (ml) que se obtiene en la hoja de información del lote. El volumen de dispersión requiere dilución (ver FT) Admón días 1,8 y 15 de ciclos de 35 días.			
<b>Tagraxofusp</b>	<b>ELZONRIS</b> Vial 1 mg/mL	Proteínas de fusión con inmunotoxinas  Proteínas de fusión anti CD123 (receptor de IL-3).	Neoplasias de células dendríticas plasmocitoides blásticas (NCDPB)	12 microgr/Kg IV los días 1-5 de un ciclo de 21 días.  Dosis ajustadas según las guías del sde. de extravasación capilar SCLS (systemic capillary leak syndrome), ver FT, modificaciones según nivel de albúmina sérica, peso y estado de hidratación y equilibrio hemodinámico.	No hay datos disponibles de dosis en ERC, si se recomienda que se interrumpa el ttº si A lo largo del mismo la Crp aumenta por encima de 1,8 mg/dL o el CCr<60 mL/min y no se reinicie hasta que no recupere cifras superiores a esos niveles.	- <b>SCLS</b> 18% (tiempo medio hasta aparición: 5 días). Mejor predictor de su aparición: el descenso de albúmina en plasm durante los días de inicio del ttº. - <b>SLT</b> <b>Frecuentes:</b> -Hipocalcemia 22% Hipomagnesemia 16% Hiponatremia 16% Hipopotasemia 19% Hipertotasemia Hiperfosfatemia <b>Poco frecuentes</b> Hipofofosfatemia Acidosis láctica Acidosis <b>Grados ≥ 3:</b> - <b>Frecuentes</b> Hiponatremia - <b>Poco frecuentes</b> Hipocalcemia Hipopotasemia Acidosis láctica Acidosis -Hipotensión frecuente 22% -HTA poco frecuente 19% -Vómitos muy frecuentes -Diarrea frecuente - <b>Frecuentes</b> Lesión renal aguda <b>Poco frecuentes</b> Insuficiencia renal Retención de orina Dolor en las vías urinarias Polaquiuria Proteinuria	-Pre ttº; antihistamínico H1 (p. ej., clorhidrato de difenhidramina), antihistamínico H2, corticoide (p. ej., 50 mg de metilprednisolona IV o equivalente) y paracetamol 60 minutos antes del inicio de la perfusión. -Monitorizar de forma cuidadosa TA, GF, iones y estabilidad hemodinámica.
<b>Talazoparib</b>	<b>RUBRACA, TALZENNA</b>  Cps 0,25 y 1 mg	Inhibidores de la PARP	Mama	1 mg/d	FGe >50 dosis plena FGe 30-50: reducir dosis FGe <30 CI	No nefrotóxico.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina
<b>Talidomida</b>	<b>Thalidomide Celgene</b> 50 mg cps	Antiangiogénico  Inmunomodulador  inmunosupresor	Mieloma Múltiple	Variable según edad, plaquetas y nº de Nf (ver ficha técnica): de 100 a 200 mg/día	Sin estudios	No encontradas referencias en Pubmed. Se elimina por orina menos de un 1% de la droga sin modificar. Los casos de deterioro renal en pacientes que lo usaban parecen más por progresión de la enfermedad de base que por nefrotoxicidad	Control analítico y clínico frecuente

<p><b>Talquetamab</b></p>	<p><b>TALVEY</b> 2 mg/mL: Vial 3 mg 40 mg/mL Vial 40 mg</p>	<p>Ac monoclonales. Otros.  Ac. monoclonales anti IgG4/C D3</p>	<p>Mieloma múltiple en adultos, recaída tras 3 ó más líneas de tt<sup>o</sup> que incluyan inmunomodulador, inh. de proteasa o anti CD 38 ó refractarios.</p>	<p>Admón SC <b>Pauta Semanal</b> <b>1ª fase</b> (escalada de dosis): * Día 1: 0,01 mg/Kg *Día 3: 0,06 mg/Kg *Día 5: 0,4 mg/Kg <b>2ª fase</b> (TT<sup>o</sup>): 0,4 mg/Kg semanal  <b>Pauta quincenal</b> <b>I</b> <b>1ª fase</b> (escalada de dosis): * Día 1: 0,01 mg/Kg *Día 3: 0,06 mg/Kg *Día 5: 0,4 mg/Kg *Día 7: 0,8 mg/Kg <b>2ª fase</b> (TT<sup>o</sup>): 0,8 mg/Kg bisemana I</p>	<p><b>FGe &gt;30</b> sin cambios <b>FGe &lt;30</b> sin estudios, no se recomienda.</p>	<p><b>*Hipotasemia</b> Muy frecuente 16 % grado ≥ 3: 5 %. <b>*Hipofosfatemia</b> Muy frecuente 15 %, grado ≥ 3: 6 % <b>*Hipomagnesemia</b> Muy frecuente 11 %, grado ≥ 3: 0 %. No se describe mecanismo en FT. <b>*Diarrea</b> Muy frecuente 25 %, grado ≥ 3: 1,2 %. <b>*Vómitos</b> Muy frecuente 10 %, grado ≥ 3: 0,6 %.</p>	<p>-PreTT<sup>o</sup> con corticoides, antipiréticos y antihistamínicos. -Monitorizar toxicidad de fármacos sustratos del, CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4/5, CYP2D6. -Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.</p>
<p><b>Tafasitamab</b></p>	<p><b>MINJUVI</b> Vial para perfusión IV 200 mg</p>	<p>Ac monoclonal anti CD19.</p>	<p>Linfoma difuso de linfocitos B grandes resistentes a tratamiento o no aptos para trasplante autólogo de MO.</p>	<p>12 mg/Kg/día en ciclos de 28 días: <b>Ciclo 1:</b> día 1, 4, 8, 15 y 22. <b>Ciclos 2 y 3:</b> 1, 8, 15 y 22. <b>Ciclo 4</b> hasta la progresión de la enfermedad: 1 y 15 de cada ciclo.  Requiere <b>premedicación</b> con Anti H1, anti H2, antipiréticos y corticoides. Asociar lenalidomida del día 1 a 21 de cada ciclo (Mx 12 ciclos).</p>	<p><b>FGe &gt;30 mL/min</b> sin cambios.  <b>FGe &lt;30:</b> no hay datos para recomendar.  En general, la eliminación renal de Ac monoclonales se considera insignificante al ser su PM (150 kDa) superior al umbral de FG (~55 kDa).  HD crónica intermitente: casos clínicos aislados de administración en días alternos post HD con dosis reducida de lenalidomida bien tolerados y eficaces (ver bibliografía adjunta).</p>	<p>-SLT. -Diarrea (36%), edema periférico (24%). Vómitos, HTA (8,6%), ITUs (12,3%). - Hipotasemia, hipocalcemia, hipomagnesemia (muy frecuentes). -Elevación de creatinina (elevada frecuencia).</p>	<p>Si El <b>grado 2</b> durante la perfusión: parar, tratar y reanudar a 50% de velocidad de perfusión. <b>Grado 3:</b> idem y reiniciar al 25% <b>Grado 4:</b> suspender  -Medidas universales frente al SLT (ver apartado de "datos y bibliografía").  -Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.</p>



<b>Teclistamab</b>	<b>TECVAY LI</b> No comercializado en España	Ac. Monoclonales. Otros.  Ac. monoclonales anti IgG4/C D3	MM refractario tras al menos 3 ttº con inh proteosoma, inmunomodulador y Anti CD38.	<b>Dosis--- Esquema</b> 60 mcg/kg (1ª escalada de dosis) -- Día 1 300 mcg/kg (2ª escalada de dosis)- - Separada 2-4 días de la 1ª escalada de dosis 1500 mcg/kg (1ª dosis de tratamiento)-- Separada 2-4 días de la 2ª escalada de dosis 1500 mcg/kg (sucesivas dosis de tratamiento)-- Semanal hasta progresión de la enfermedad Premedicación con dexametasona (16 mg), paracetamol y difenhidramina antes de cada step-up dose y antes de la primera dosis completa.	Sin datos en la literatura (búsqueda 1/11/2022)	Diarrea 28,5%, vómitos (15%). Mayoría de EI de carácter HMT, NRL e infeccioso incluyendo sde de liberación de citoquinas (CRS) y sde de neurotoxicidad asociada a un inmunoefector celular (ICANs).	Precauciones universales.
<b>Temozolomida</b>	<b>TEMODAL</b> Cps o sobres 5,20, 100, 140, 189 mg	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	Glioma, astrocitoma, glioblastoma multiforme,	75-150 mg/m <sup>2</sup> según protocolos .	ERC leve y moderada dosis plena. ERC grave precaución. Sin datos en HD	Disuria, HTA, hipopotasemia, hipocalcemia. Raros casos de DIN y NIIA asociado a otros agentes.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina Corticoides si NIIA. TTº de DIN según guías.
<b>Temsirolimus</b>	<b>TORISEL</b> Vial 25 mg	Inhibidores de proteinquinasa  Inhibidores de m-TOR	Riñón, linfoma de células del manto	25 mg/sem	No precisa ajustar dosis, eliminación renal <5%	FRA. Edemas. NTA, PRTo, GN FyS, Hipofosforemia, hiperpotasemia.	Control analítico y clínico frecuente Reposición iónica. Retirar fármaco si EI grado 3-4.
<b>Teniposido</b>		Inhibidores de topoisomerasa II  Derivados de				Hematuria	Ver etoposido

		podofilo toxina					
<b>Tepotinib</b>	<b>Tepmetk o</b> Cmp 225 mgrs	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de la Tirosin Quinas a MET (o receptor del factor de crecimiento de hepatocito (HGF)).	ca. de pulmón no microcítico o avanzado con omisión del exón 14 del gen del factor de transición mesenquimal-epitelial (METex14), tras ttº previo con inmunoterapia y/o platino.	- 450 mg/24 h, vía oral, asociado a una comida. En caso de mala tolerancia (Niveles de ALT/AST, bilirrubina, creatinina, vómitos... ver ficha técnica1): 225 mg/24 h.	Excreción urinaria minoritaria (7% del fármaco inalterado en orina). No es necesario ajustar dosis en la insuficiencia renal leve o moderada. No se ha estudiado el efecto en pacientes con insuficiencia renal grave.	- Aumentos reversibles de creatinina sérica (hasta 55% en ficha técnica) por inhibición de los transportadores tubulares de creatinina MATE 1-k y 2-K (25-55%). Mediana de tiempo de aparición: 3,1 semanas. - Edema periférico (36-63% en otros trabajos se habla de 77%) por alteración de la permeabilidad del endotelio. Mediana de tiempo de aparición. 9 semanas. Grado ≥3: 7%. Es la principal causa de suspensión del ttº o disminución de dosis. - Vómitos (28%), diarrea (14%).	- Precauciones universales, monitorización del perfil hepático, creatinina sérica, FG, iones y orina. - Modificaciones posológicas en función de la toxicidad. - FRA grado 2-3: suspender y reanudar a menor dosis - Grado 4: suspender, - EDEMAS: masajes, medias de compresión, ejercicios, dieta pobre en sal, diuréticos de ser precisos. En algunos casos han cedido cambiándolo por otro inh MEK como Capmatinib. - MEDIR FG con cistatina C.
<b>Termazolamida</b>							
<b>6-Tioguanina</b>	<b>LANVIS</b> 40 mg comp.	Análogos de Purinas  Inhibidores síntesis DNA.	LMA, LLA	60 - 200 mg/m <sup>2</sup> /día	Reducir dosis, sin indicaciones específicas	Hiperuricosuria.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.
<b>Tiotepa</b>	<b>TEPADINA</b>  Vial 15, 100 mg	Alquilantes  Inhibidores síntesis DNA	Trasplante de células Madre	Dosis variable según tumor y enfermedad ad de base	No hay estudios, mínima eliminación renal, en principio no es preciso ajustar dosis.	HTA. Cistitis hemorrágica. Hematuria, alteraciones electrolíticas. Deterioro renal descritos en ficha técnica. No hay apenas datos de nefrotoxicidad en Pub med más allá de antiguos casos clínicos en la década de 1970 y 1980.	Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.
<b>Tisagenlecleucel</b>	<b>Kymriah</b> 1,2 x 10 <sup>6</sup> a 6,0 x 10 <sup>8</sup> células dispersión para perfusión	Células CAR-T anti CD19	LLA, Linfoma B difuso de célula grande  Linfoma folicular refractario o recaída tras 2 ó más líneas de ttº	Distintas pautas según enfermedad ad de base (ver ficha técnica).	No hay datos de ajuste en ficha técnica,	FRA (19%), FRA que requiere TRS: 4,4%), NTA por hipotensión arterial, SLT, Sde liber. Citoquinas (típicamente la primera semana, en mayor medida los 2-3 primeros días con pico la semana 1-2), sde. Linfocitosis hemofagocítica (1%), sde. de activación macrofágica, edemas. Hipofosforemia (75%), hipopotasemia (56%), hiponatremia (51%).	Si sde. de liber. de citoquinas: antipiréticos, oxígeno, hidratación endovenosa y/o vasopresores, si cuadro grave: Tocilizumab y metil prednisona IV. Etoposido y citarabina intratecal si no hay respuesta. Soporte hemodinámico energético y reposición hidroelectrolítica.

<b>Tiuxetan</b>	Ver IBRITUM OMAB						
<b>Tivozanib</b>	<b>FOTIVDA</b> Cps 890, 1340 mgrs	Inhibidores de la proteín quinasa  Inhibidores de Tirosin Quinas a del receptor VEGF	Riñón	1340 mg/día/21 días	CCr>30 dosis plena CCr <30 no indicaciones, precaución	HTA (>20%), eventos trombóticos FRA (1,8%) Proteinuria 9,3%	Efectos dosis dependientes ajustar dosis a severidad de EI. Control de TA.
<b>Topotecan</b>	<b>HYCAMTIN</b>  Cps 0,25, 1 mg Vial 4 mg	Inhibidores de topoisomerasa II,  Inhibidores de síntesis DNA	Cérvix, ovario, pulmón no microcítico o	0,75-1,5 mg/m <sup>2</sup> /d/ 5 d	OVARIO: FGe 20-39: 0,75mg/m <sup>2</sup> /d/5 d FGe<20 CI PULMÓN: FGe 30-49: VO: 1,9 mg/m <sup>2</sup> /d/5 d, si se tolera bien, posteriores ciclos: 2,3 mg/m <sup>2</sup> /d FGe<30 No recomendado	FRA	Control analítico y clínico frecuente TT° de la complicación que provoque según guías.
<b>Tositumomab</b>	<b>BEXXAR</b>						No comercializado en España
<b>Trametinib</b>	<b>MEKINIST</b>  Cmp 0,5, 2 mg	Inhibidores de proteín quinasa  Inhibidores de MEK	Pulmón no microcítico o melanoma, ambos con mut BRAF V600	2 mg/d	FGe>30 dosis plena FGe<30 no hay datos	FRA, HTA, hiponatremia, raramente GN Poco nefrotóxicos salvo si se asocia con inh BRAF.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. TT° de la complicación que provoque según guías.
<b>Trastuzumab</b>	<b>HERCEPTIN, HERZUMA, KANJINTI, OGIVRI, ONTRUZANT TRAZIMERA</b>  Vial 150, 420, 600 mg <b>PHESGO</b> (Pertuzumab/Trastuzumab Vial 600/600 Vial 1200/600	Ac.monoclonales anti HER2	Estómago, Mama HER 2(+)	4-8 mg/Kg según pauta y enfermedad de base	No hay recomendaciones específicas.  Excreción renal muy baja.	HTA Toxicidad renal fetal junto con anhidramnios.	Control analítico de TA y clínico frecuente TT° de la complicación que provoque según guías.
<b>Trastuzumab emtansina ó ado-Trastuzumab</b>	<b>KADCYLA</b>  Vial 100,160 mgr	Ac. monoclonales anti HER2 (con inhibidor microtubular)	Mama HER-2(+)	3,6 mg/Kg	FGe>30 dosis plena FGe<30: precaución Excreción renal muy baja.	Hipopotasemia	Control periódico de FG y iones, reposición.
<b>Tremelimumab (Ticilimumab)</b>	No comercializado en España (desarrollado por PFIZER en 2010).	Ac. Monoclonales anti CTLA-4	Pulmón no microcítico o sin mutación sensibilizante de EGFR o	15 mg/kg es la dosis más utilizada en ensayos clínicos	No consta en Pubmed que precise ajuste de dosis.	Diarrea, toxicidad autoinmune Hpf, tiroidea y/o SPR que puede condicionar daño renal secundariamente.	Medidas universales de control de TA, FG y iones, reposición de pérdidas. Control de función

			translocación ALK. Ensayos en marcha en CA hepatocelular locorreioanal, vejiga y riñón en combinación con durvalumab, lenvatinib, enfortuab entre otros.				tiroidea, SPR e hpf periódica.
Treosulfano	<b>TRECONDI</b> Solución para perfusión 1 gr, 5 grs	Alquilantes Inhibidores síntesis DNA.	Acondicionamiento previo a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (aloTPH).	•10 g/m <sup>2</sup> de SC/día en perfusión IV de 2 horas, tres días consecutivos (-4, -3 y -2) antes de la perfusión de células progenitoras (día 0). La dosis total de treosulfano es 30 g/m <sup>2</sup> . • FLUDARABINA: 30 mg/m <sup>2</sup> SC (día -6, -5, -4, -3 y -2) antes de la perfusión de células progenitoras (día 0). La dosis total de fludarabina es de 150 mg/m <sup>2</sup> (PAUTA FT10).	FGe>30 mL/min dosis plena FGe <30 mL/min. Contraindicado. Un 25-40% del fármaco se elimina inalterado por la orina pero su eliminación no parece jugar ningún papel en la función renal.	- Vómitos 22,5%, diarrea 14,4%, edemas 6,2%, acidosis (por liberación de ácido metanesulfónico a través de la activación/descomposición de treosulfano en el plasma). HTA, hipotensión arterial, diarrea, vómitos, LRA (1-2%), hematuria, disuria, cistitis hemorrágica.	- Fármacos que sean sustratos del CYP3A4 o del CYP2C19: administrar 2 h antes u 8 h después de la perfusión. - Precauciones universales, monitorización de TA, FG, iones y orina.
Trifluridina + Tipirazil	<b>LONSURF</b> cmp 15/6,14 mg	Inhibidores síntesis DNA  Análogos de Pirimidinas	Colon, recto  Es un potenciador de la trifluridina	35 mg/m <sup>2</sup> /12 h	No precisa ajuste en I <sup>o</sup> renal leve o moderada.  CI en I <sup>o</sup> renal grave	Proteinuria GNRP con semilunas por Vasculitis IgA tipo Ac-Henoch	Control analítico y clínico frecuente TT <sup>o</sup> de la complicación que provoque según guías.
Tucatinib	<b>TUKYSA</b> 50,150 mg cmp	Inhibidores de proteinquinasa  Inhibidores de la tirosinquinasa del HER2	Mamam localmente avanzada metastásica HER 2(+) en combinación con trastuzumab y capecitabina en pacientes	300 mg/12 horas	No requiere ajuste de dosis	<b>Interacciona con sustratos del CYP2C8, CYP3A y gpP:</b> rifampicina, DFH, hierba de San Juan, carbamacepina, gemfibrocilo, itraconazol. Midazolam, alfantanilo, avanafil, buspirona, darifenacina, darunavir, ebastina, everólimus, ibrutinib, lomitapida, lovastatina,	Control periódico de TA, FG y iones. Ante daño prerrenal, soporte médico adecuado. Reposición hidroelectrolítica si diarrea. Es aconsejable

			que hayan recibido por lo menos dos pautas de ttº anti-HER2 anteriores .			midazolam, naloxegol, saquinavir, simvastatina, sirólimus, tacrólimus, tipranavir, triazolam y vardenafilo, dabigatran. <b>FRA PRERRENAL</b> por diarrea que puede ser grave, <b>Pseudo FRA</b> por inhibición de la secreción tubular de los transportadores OCT 2 y MATE ( <b>aumento medio de Crp del 30%</b> , en el <b>13,9%</b> de pacientes ya en el primer ciclo y reversible).	medir el FGe por métodos alternativos a la creatinina como por ejemplo la cistatina C. Si efectos indeseables que requieran disminuir dosis hacerlo de 50 en 50 mg hasta 150 mg/día.
<b>Vandetanib</b>	<b>CAPRELSA</b>  Cmp 100, 300 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores no selectivos de protein quinasa	Tiroides	300 mg/d	FG>60 dosis plena FG 30-60: 200 mg/24 h FG<30 CI	HTA y Proteinuria. <b>FRA mediado por la inhibición del transportador catiónico OCT2.</b> Litiasis renal, Hiponatremia, hipopotasemia, hipomagnesemia, hipercalcemia. <b>NIIA</b>	Ingesta hídrica elevada. Control analítico. De TA y clínico frecuente. Reposición iónica. Si NIIA corticoides. TTº de la complicación que provoque según guías.
<b>Vemurafenib</b>	<b>ZELBORAF</b>  Cmp 240 mg	Inhibidores de protein quinasa  Inhibidores de Ser-Thr quinasa BRAF	Melanoma	960 mg/12 h	No hay indicaciones precisas salvo control extremo si FG <30	NTA, <b>NIIA</b> proteinuria, GNFyS, GNRP pauciinmune, Fanconi, hiponatremia, hipopotasemia, MAT, sde nefrítico, la elevación de Cr puede deberse a inh de la secreción tubular. Vasculitis sistémica. Es más nefrotóxico que dabrafenib. Afecta más a varones.	Ingesta hídrica elevada. Control analítico. De TA y clínico frecuente. Reposición iónica. TTº de la complicación que provoque según guías. Según grado de toxicidad, retirar temporal o definitivamente
<b>Veliparib</b>		Inhibidores de la PARP					No comercializado en España
<b>Venetoclax</b>	<b>VENCLYXTO</b>  Cmp 10, 50, 100 mg	Inhibidores de la proteína antiapoptótica BCL-2	LLC	20-400 mg/d según momento del ciclo	Si Iª renal mayor riesgo de SLT, extremar precauciones. Ver en "plan" esquema de escalada de dosis según riesgo.	FRA asociado a SLT (3-6%), alteraciones hidroelectrolíticas 2º: Entre 2014 y 2017 se han reportado 4 casos de hiponatremia a la FDA. Edema periférico y deterioro renal por diarrea. Cuando se administra junto con otros agentes, puede aparecer HTA no achacable directamente.	Ingesta hídrica elevada. Control analítico, de TA y clínico frecuente. Reposición iónica. En pacientes con riesgo elevado de SLT (ganglios linfáticos mayores de 5 cm, recuento elevado de linfocitos >25 10 <sup>9</sup> y/o FGe por debajo de 80 mL/min) se recomienda un aumento lento y progresivo de dosis, con dosis inicial de 20 mg/d durante 1 semana y aumento hasta dosis objetivo de 400 mg/d a

							las 5 semanas, profilaxis intensiva con alopurinol o rasburicasa y administración inicial en medio hospitalario. TT° del resto de complicaciones que provoquen según guías.
<b>Vinblastina</b>	<b>VINBLASTINA</b> Vial 10 mg	Antimitóticos  Alcaloides de Vinca	Mama, testículo, coriocarcinoma, histiocitosis X, LH, LNH, linfoma difuso de células B grandes, micosis fungoide, sarcoma de Kaposi	3,7 mg/m <sup>2</sup>	No es preciso ajustar dosis	<b>Hipo (SIADH) e hipernatremia.</b>	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina Hay series que describen menor porcentaje de hiponatremia en administraciones de dosis de 0,4 mg/Kg los días 1 y 4 del ciclo en lugar de los días 1 y 2.
<b>Vincristina</b>	<b>VINCRISTINA</b> Vial 1,2 mg	Antimitóticos  Alcaloides de Vinca	Mama, ovario, pulmón microcítico, retina, LLA, LH, linfoma no folicular, LNH, meduloblastoma, melanoma, micosis fungoide, MM, neuroblastoma, osteosarcoma, púrpura trombótica idiopática, sarcoma de Ewing, tumor de Wilms	1,4 mg/m <sup>2</sup>	No es preciso ajustar dosis	Hiponatremia por SIADH: efecto tóxico directo sobre HT y neuroHPF: depósito de esferoides axonales en el ansa lenticularis, área rodeada por sustancia innominata, amígdala y núcleo supraóptico lo que interfiere con el efecto inhibidor del núcleo supraóptico. Ocurre 1-2 semanas tras la administración. Incidencia: en diversas series entre 5,9 y 11,2% Clínica preliminar: Ileo paralítico y parestesias. Factor Riesgo: Tt° concomitante con azoles (voriconazol, itraconazol, posaconazol, ketoconazol) que pueden inhibir su metabolismo y aumentar su vida media. Dosis peligrosa: 1,2-2,0 gr/m <sup>2</sup>	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina
<b>Vindesina</b>	<b>ENISON</b> Vial 5 mg	Antimitóticos  Alcaloides de Vinca	Mama, LLA, LMA, LMC, melanoma	3 mg/m <sup>2</sup>	No hay recomendaciones	FRA cuando se combina con otros agentes. Por ejemplo, aumenta la exposición a metotrexato.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. Monitorizar concentraciones de metotrexato si se administran conjuntamente, asegurar correcta hidratación y alcalinizar la orina.

<b>Vinflunina</b>	<b>JAVLOR</b> Ampollas 50 y 250 mg	Antimit óticos  Alcaloid es de Vinca	Ca. Urotelial avanzado sin respuesta a platinos.	Dosis inicial: 320 mg/m <sup>2</sup> /3s (Estado funcional OMS/EC OG 16 0: 280 mg/m <sup>2</sup> y aumentar en ciclos posterior es a 320 si no existe toxicidad hematoló gica	CCr >60 mL/min: dosis plena CCr 40-60: 280 mg/m <sup>2</sup> /3s  CCr 20-40: 250 mg/m <sup>2</sup> /3s  CCr <20: contraindicado	Diarrea 12,9% (grado ≥3: 0,9%), edemas, HTA 3,3% (grado ≥3: 1,8%), hipoTA: 1,1% (grado ≥3: 0,2%), hiponatremia 39,8% (grado ≥3: 11,7%), SIADH: 0,4% (grave: 0,4%), Insuficiencia renal: 0,2% (0,2%). En ficha técnica no se refiere pero en artículos: vómitos 49%, grado ≥3: 2%).	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina, asegurar correcta hidratación.
<b>Vinorelbina</b>	<b>NAVELBI NE</b>  Cps 10,20 mg Vial 10,50 mg	Antimit óticos  Alcaloid es de Vinca	Mama, pulmón no microcítico o	25-30 mg/m <sup>2</sup> Dosis Mx 35,4 mg/m <sup>2</sup>	No es preciso ajustar dosis	HTA, disuria.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina. TT <sup>o</sup> de HTA standard.
<b>Vismodegib</b>	<b>ERIVEDG E</b>  Cps 150 mg	Inhibido res de la vía Hedgehog	Ca Basocelular	150 mg/d	FGe >30 dosis plena FGe <30 no recomendacione s  Hay casos de uso en HD con buena tolerancia,	No hay dtos sobre nefrotoxicidad ni en Pubmed ni en ficha técnica. Precaución si se combina con otros potenciales nefrotóxicos a los que pueda aumentar concentración en sangre.	Precauciones universales, monitorización de FG, iones y orina.
<b>Vorinostat</b>		Inhibido res de la Histona Deacetilasa (HDAC)					NO comercializado en España
<b>Zanubrutinib</b>	<b>BRUKIN SA</b> 80 mg cps	Inhibido res de proteín quinasa  Inhibido res de la tirosin quinasa de Bcr T (BTK)	Macroglo bulinemia de Waldenstr öm	320 mg/24 h (pueden tomarse 2/12 h ó 1/6 h)	FGe >30: dosis plena FGe <30: sin datos específicos (precaución) Mínima eliminación renal.	Interacciona con CYP3A y CYP2C19 (modificar dosis según ficha técnica) Hematuria (14,5%) derivada de la diátesis hemorrágica HTA: 10,9% y grado ≥3: 5,9%	Monitorización de TA, FG y iones. Si FGe <30 seguimiento activo para detectar complicacione s.

Las líneas rojas separan una letra del alfabeto de de otra, el relleno gris describe fármacos no comercializados en España.

**Abreviaturas:** **Admón:** administración, **AEMPS:** agencia española del medicamento y productos sanitarios, **AF:** ácido fólico, **ALK:** gen de la cinasa del linfoma anaplásico, **AM:** acidosis metabólica, **ATR:** acidosis tubulorenal, **AR:** artritis reumatoide, **AU:** ácido úrico, **BC:** baso celular, **Bic:** bicarbonato, **BR:** biopsia renal, **BRAF:** protooncogén B-Raf y homólogo B del oncogén viral del sarcoma murino v-Raf, **BUN:** nitrógeno ureico en sangre, **Ca:** cáncer, **CAPD:** diálisis peritoneal continua ambulatoria, **CI:** contraindicado, **CM:** cambios mínimos, **cmp:** comprimidos, **CP:** ciclofosfamida, **cps:** cápsulas, **Cr:** creatinina, **CCr:** aclaramiento de creatinina, **CRRT:** técnica de reemplazo renal continuo, **Cs:** corticoides, **Csa:** ciclosporina A, **CTLA-4:** antígeno 4 del linfocito T citotóxico, **DIN:** diabetes insípida nefrogénica, **EGFR:** receptor del factor de crecimiento epidérmico, **EI:** efectos indeseables, **EICH:** Enfermedad de injerto contra huésped, **ERC:** enfermedad renal crónica, **Excr:** excreción, **EM** esclerosis múltiple, **FCF:** factor de crecimiento de fibroblastos, **FGe:** filtrado glomerular estimado, **FGFR:** receptor del factor de crecimiento fibroblástico, **FRA:** fracaso renal agudo, **FRCV:** factores de riesgo cardiovascular, **FyS:** focal y segmentaria, **G/I:** gastro/intestinal, **GN:** glomerulonefritis, **GP:** Goodpasture, **GVB:** gasometría venosa basal, **HD:** hemodiálisis, **HER:** antígeno de diferenciación CD340 y p185, protooncogén, **HTA:** hipertensión arterial, **Hpf:** hipofisis, **IA:** interacciones, **ICC:** Insuficiencia cardiaca congestiva, **ICC\*** inmunocomplejos, **IF:** inmunofluorescencia, **Inh:** inhibidores, **IP:** informe de posicionamiento terapéutico, **IRT:** Insuficiencia renal terminal, **ITU:** infección tracto urinario, **IV:** intravenoso, **LES:** lupus eritematoso sistémico, **LLA:** leucemia linfocítica aguda, **LMA:** leucemia mielóide aguda, **LH:** linfoma de Hodgkin, **LNH:** linfoma no Hodgkin, **LLC:** leucemia linfocítica crónica, **LMC:** leucemia linfocítica crónica, **LRA:** Lesión renal aguda, **MAT:** microangiopatía trombótica, **Mb:** membranosa, **MBG:** membrana basal glomerular, **MF:** Mielofibrosis, **ME:** microscopía electrónica, **MM:** mieloma múltiple, **MMF:** micofenolato mofetil, **MP:** membrano proliferativa, **Mut:** mutación, **MW:** macroglobulinemia de Waldenström, **Nf:** neutrófilos, **NIJA:** nefropatía inmunoalérgica aguda, **NTIC:** nefropatía túbulo intersticial crónica, **NTA:** necrosis tubular aguda, **PARP:** poli ADP-RIBOSA POLIMERASA, **P:** fósforo, **PDGF:** f.crect<sup>o</sup> derivado de las PLQ, **PDL-1:** ligando 1 de muerte programada, **PF:** plasmaféresis, **PK:** protein quinasa, **PM:** peso molecular, **PRTTo:** proteinuria, **PTT/SHU:** púrpura trombótica trombocitopénica/ síndrome hemolítico urémico, **PV:** policitemia vera, **RAA:** renina angiotensina aldosterona, **RP:** Rápidamente progresiva, **SC:** subcutáneo, **Sde:** síndrome, **SEOM:** sociedad española de oncología médica, **SIADH:** síndrome de secreción inadecuada de ADH, **SLC:** Síndrome de liberación de citoquinas, **SMA:** Síndrome mala absorción, **SNC:** sistema nervioso central, **SO:** sistemático de orina u orina elemental, **SPR:** suprarrenal, **SLT:** síndrome de lisis tumoral, **SNo:** síndrome nefrótico, **TP:** túbulo proximal, **TD:** Tubulo distal, **TE:** trombocitosis esencial, **TK:** tirosin quinasa, **TRS:** tratamiento renal sustitutorio, **VEGF:** factor de crecimiento endotelial vascular, **VIP:** péptido intestinal vasoactivo, **VM:** vida media, **VSC:** vasoconstricción, **VSD:** vasodilatación.

**Grados de toxicidad renal:**

Reacción Adversa	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5
HiperCa <sup>+2</sup>	Corregido: del límite superior (LS) -11,5 mg/dL iónico: LS-1.5	Corregido: 11.5-12,5 iónico: 1.5-1,6 Sintomático	Corregido: 12,5-13,5 iónico: 1,6-1,8 Precisa hospitalización	Corregido: >13,5 iónico: >1,8 Riesgo vital	Muerte
HiperK <sup>+</sup>	>5,5 meq/L	5,6-6,0	6,0-7,0 Precisa Hospitalización	>7,0 Riesgo vital	Muerte
HiperMg <sup>+2</sup>	>3,0 mg/dL		3,0-8,0	>8,0 Riesgo vital	Muerte
HiperNa <sup>+</sup>	>150 meq/L	150-155	156-160 Precisa Hospitalización	>160 Riesgo vital	Muerte
HiperAU	> LS sin consecuencias patológicas		> LS con consecuencias patológicas	Riesgo vital	Muerte
HipoCa <sup>+2</sup>	Corr <8,0 ión: LI (límite inferior)- <1,0	Corr: 7,1-8,0 ión:0,9-1,0 Sintomático	Corr: 6,1-7,0 ión: < 0,8-0,9 Precisa Hospitalización	Corr: <6,0 ión: <0,8 Riesgo vital	Muerte
HipoK <sup>+</sup>	< 3,0 meq/L	<3,0 sintomático	2,5-3,0 Precisa Hospitalización	<2,5 Riesgo vital	Muerte
HipoMg <sup>+2</sup>	< LI-1,2 mg/dL	0,9-1,2 Sintomático	0,7-0,9 Precisa Hospitalización	<0,7 Riesgo vital	Muerte
HipoNa <sup>+</sup>	<130 meq/L	125-129 Asintomático	125-129 Sintomático	<120 Riesgo vital	Muerte
HipoP	Hallazgo casual de Laboratorio asintomático	Precisa reemplazo oral	Grave o médicamente significativa	Riesgo vital	Muerte
FRA	Aumento. de Cr: LS-1,5	1,6-3,0	>3,0 basal ó 3-6 veces LS Precisa Hospitalización	>6,0 Riesgo vital	Muerte

**ABREVIATURAS:** Ca<sup>+2</sup>: calcio, K<sup>+</sup>: potasio, Mg<sup>+2</sup>: magnesio, Na<sup>+</sup>: sodio, AU: ácido úrico, P: fósforo, LI: límite inferior, LS: límite superior; FRA: fracaso renal agudo;

**DEFINICIÓN Sde LISIS TUMORAL:**

- Criterios de laboratorio: AU >8,0 ó incremento >25% basal

K<sup>+</sup> >6,0 ó incremento >25% basal

P ≥6,5 en niños ó 4,5 en adultos ó incremento >25% basal

Ca<sup>+2</sup> ó incremento >25% basal

Más:

Al menos 1 criterio de los 3 siguientes:

\*\* Cr ≥1,5 basal

\*\* Arritmia o muerte súbita cardíaca

\*\* Convulsiones

**CAPECITABINA:**

Ajuste de dosis según grado de toxicidad	Durante ese ciclo	Ajuste de dosis en el siguiente ciclo
<b>GRADO 1</b>	Igual dosis	Igual dosis
<b>GRADO 2</b> 1ª aparición 2ª aparición 3ª aparición 4ª aparición	Suspender hasta resolución o GRADO 0-1 " " Suspender definitivamente	100% 75% 50%
<b>GRADO 3</b> 1ª aparición 2ª aparición 3ª aparición	Suspender hasta resolución o GRADO 0-1 " Suspender definitivamente	
<b>GRADO 4</b>	Suspender salvo que sea imprescindible en cuyo caso	50%



	reiniciar cuando recupere a Grado 0-1	
--	--	--

En memoria de **SPC, LAPG, JMS** y de todas las personas que sufren por cáncer. Con el deseo de que este tema pueda ayudar a sus médicos responsables en su cuidado.