



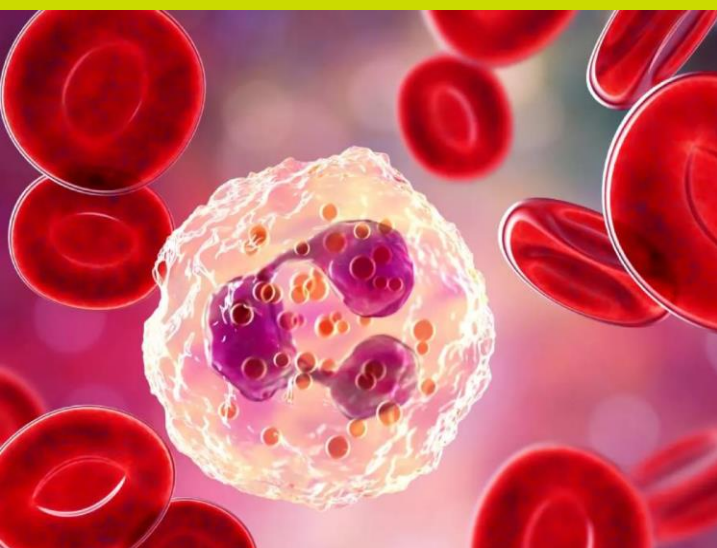
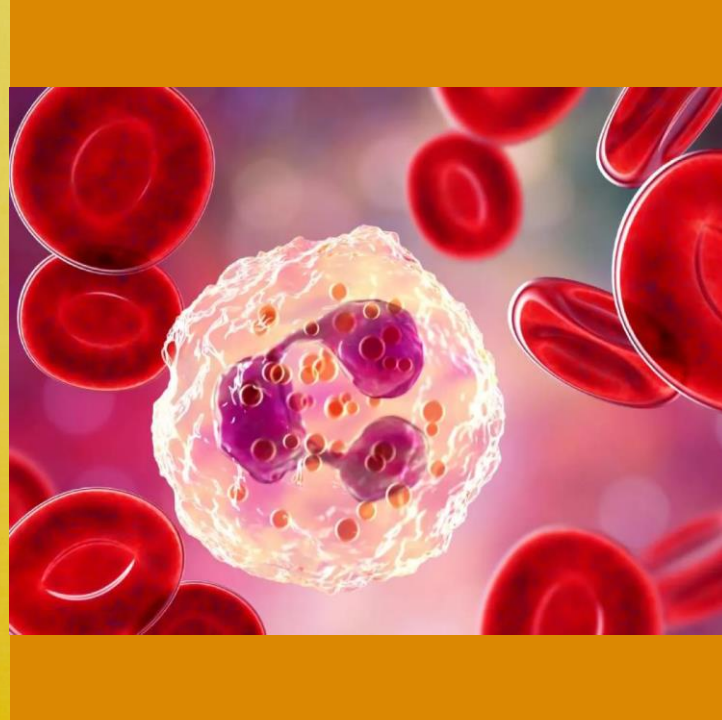
Neutropenia febril



Elaboró: José Miguel Vinalay Velázquez

15/03/2024

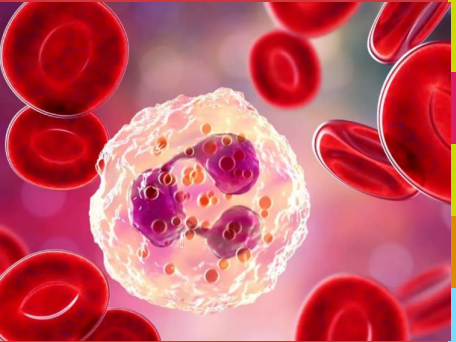




Generalidades

La neutropenia es uno de los factores más importantes de riesgo de infección en el paciente oncológico.

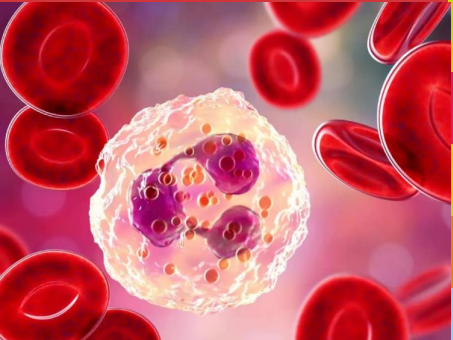
- Menos de 1.000 neutrófilos/células por micro litro
- Conteo de 500 neutrófilos/mcL, o menos, y puede elevar el riesgo de desarrollo de infecciones.
- La neutropenia severa, conteo absoluto de neutrófilos de 100 neutrófilos/mcL.
- Las guías de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) definen fiebre como una temperatura oral aislada mayor que 38,3°C, o 38,0°C mantenida al menos durante una hora.



Paciente con Alto Riesgo de Infección Bacteriana Invasiva (IBI)

- **Escenario A.** Paciente con fiebre asociado a neutropenia con o sin foco infeccioso evidente sin datos de choque séptico.
- **Escenario B.** Paciente con cuadro abdominal. Si alguna de las siguientes condiciones está presente:
 - 1. Cuadro clínico sugestivo de colitis neutropénica o cambios radiográficos sugerentes.
 - 2. Pancreatitis.
 - 3. Hallazgos físicos focales, sugerentes de infección intraabdominal

Nota: Paciente con síndrome diarreico sin datos clínicos o paraclínicos de colitis neutropénica se catalogan en el Escenario A.



Escenario C.

Si el paciente tiene choque séptico: definido como Sepsis severa más datos de disfunción cardiovascular.

- **(Disfunción Cardiovascular:** se define como hipotensión a pesar de dos cargas de Soluciones cristaloides a 20mlkg, ó que requiera el uso de aminas (con excepción de Dopamina hasta 5mcgskgmin)
- **Presencia de dos ó más de los siguientes puntos:**
 - Acidosis metabólica, hiperlactatemia mayor del doble de lo normal, déficit de base mayor a 5mEq, diuresis menor de 0.5mlkghra, llenado capilar de mas de 4 segundos.

Valorar al paciente y decidir si el paciente es de Alto o Bajo Riesgo para una Infección Bacteriana Invasiva

Alto Riesgo

Presencia de Dos o más Factores cualquiera como:

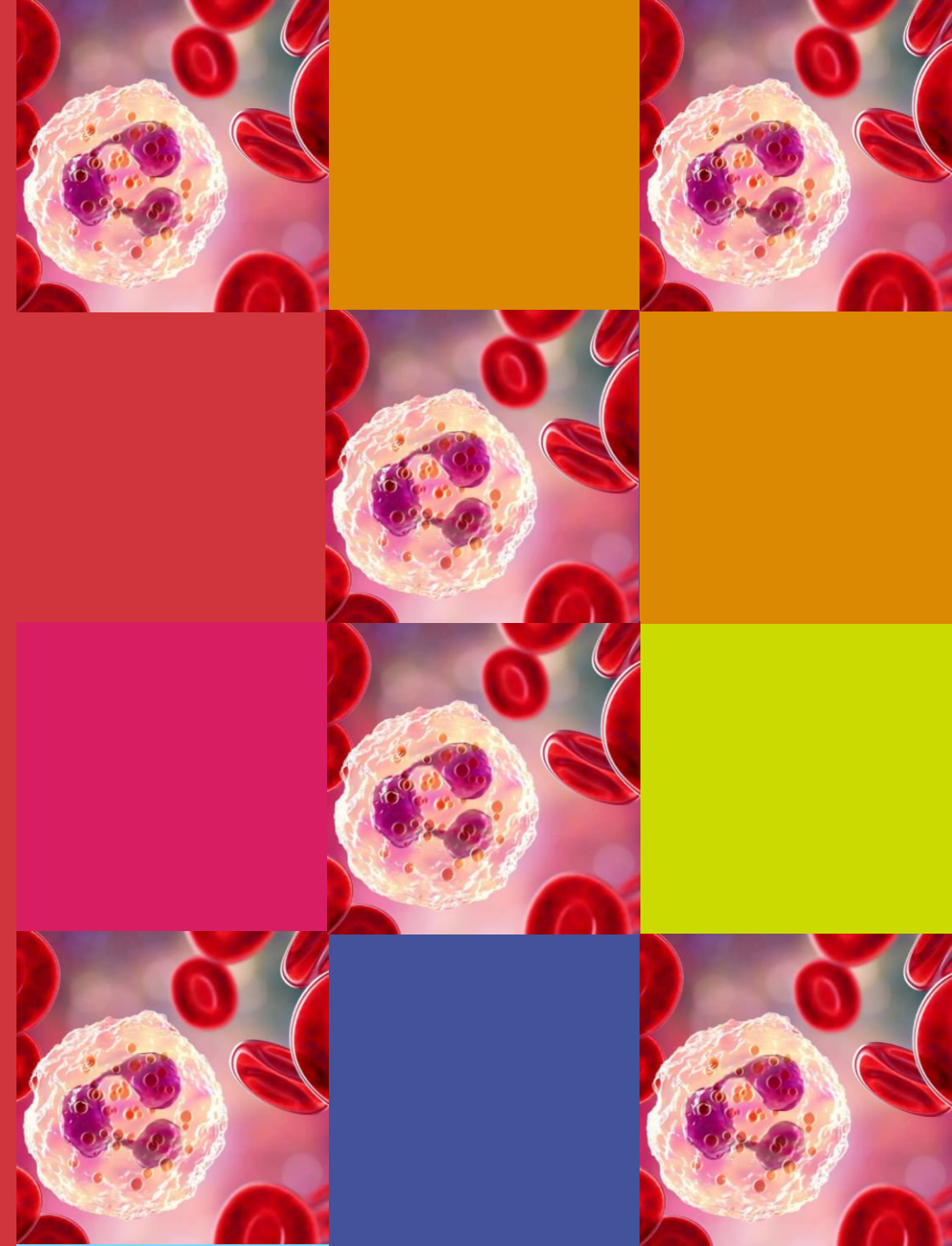
Recaída, Plaquetas $<50,000$, menos de 7 días de quimioterapia, Cáncer Hematológico, Edad menor de 1 año

ó

Presencia de alguno de los siguientes como factor único: PCR $>9\text{mg/dl}$, Hipotensión arterial. Bajo Riesgo: Pacientes que no presenten los factores previamente comentados.

ó

Presencia de alguno de los siguientes como factor único: Plaquetas $<50,000$, Menos de 7 días de ultima quimioterapia.



Caso Clínico

Neutropenia Febril



Cuando agregar Vancomicina:

Si alguna de las siguientes situaciones está presente, agregar vancomicina 40 mg/Kg/día (o 400 mg/m²/dosis) cada 6 horas, duración de la infusión 1 hora.

- A. Infección relacionada a catéter o de partes blandas en sitio de venopunción, vías intravenosas temporales o catéteres
- B. Mucositis grado IV: definido por una mucositis fibrinosa confluyente, ulceración, dolor, necrosis, hemorragia-Ver anexo A), que incrementa el riesgo de infección estreptocócica (particularmente *Streptococcus viridans*)
- C. Colonización por neumococo resistente a penicilinacefalosporinas o *Staphylococcus aureus* resistente a metilina.
- D. Diagnóstico de sospecha o confirmado de meningitis (incluyendo infecciones asociadas a derivaciones de SNC) (Dosis a 60mgkgdía IV cada 6 hrs)
- E. Infección sospechada o confirmada por *Bacillus cereus*.

EXAMENES DE LABORATORIO

- **Biometría hemática completa con recuento de plaquetas**
- **Procalcitonina**
- **Examen general de orina**
- **2 hemocultivos periféricos ó 1 periférico y un central de cada lumen y urocultivo.**
- **Así como solicitar de forma electiva dependiendo de las características clínicas del paciente pruebas de función renal, hepática, amilasa, lipasa, deshidrogenasa láctica**
- **Radiografía de tórax y abdomen**
- **En caso de diarrea solicitar CPS, búsqueda de Coccideas, Coprocultivo incluyendo para Clostridium sp. Así como Toxina A y B en suero.**



Paciente Bajo Riesgo

Algoritmo de Manejo inicial

Neutropenia (≤ 500 cel /

Bajo riesgo

Tratamiento IV

Cefepima
150mgkgdía
IV cada 8hrs

72hrs con
Evolución
favorable.
Afebril

Sí

No

Criterios para
tratamiento
ambulatorio

Sí

No

Egreso con
Cefixima
8mgkgdía VO
cada 24hrs ó
Amoxiclav
90mgkgdía VO
cada 8hrs

Evaluación al 3er ó 5to día y valorar respuesta.

* En caso de Estado de Choque en cualquier momento se iniciara el esquema

Paciente A



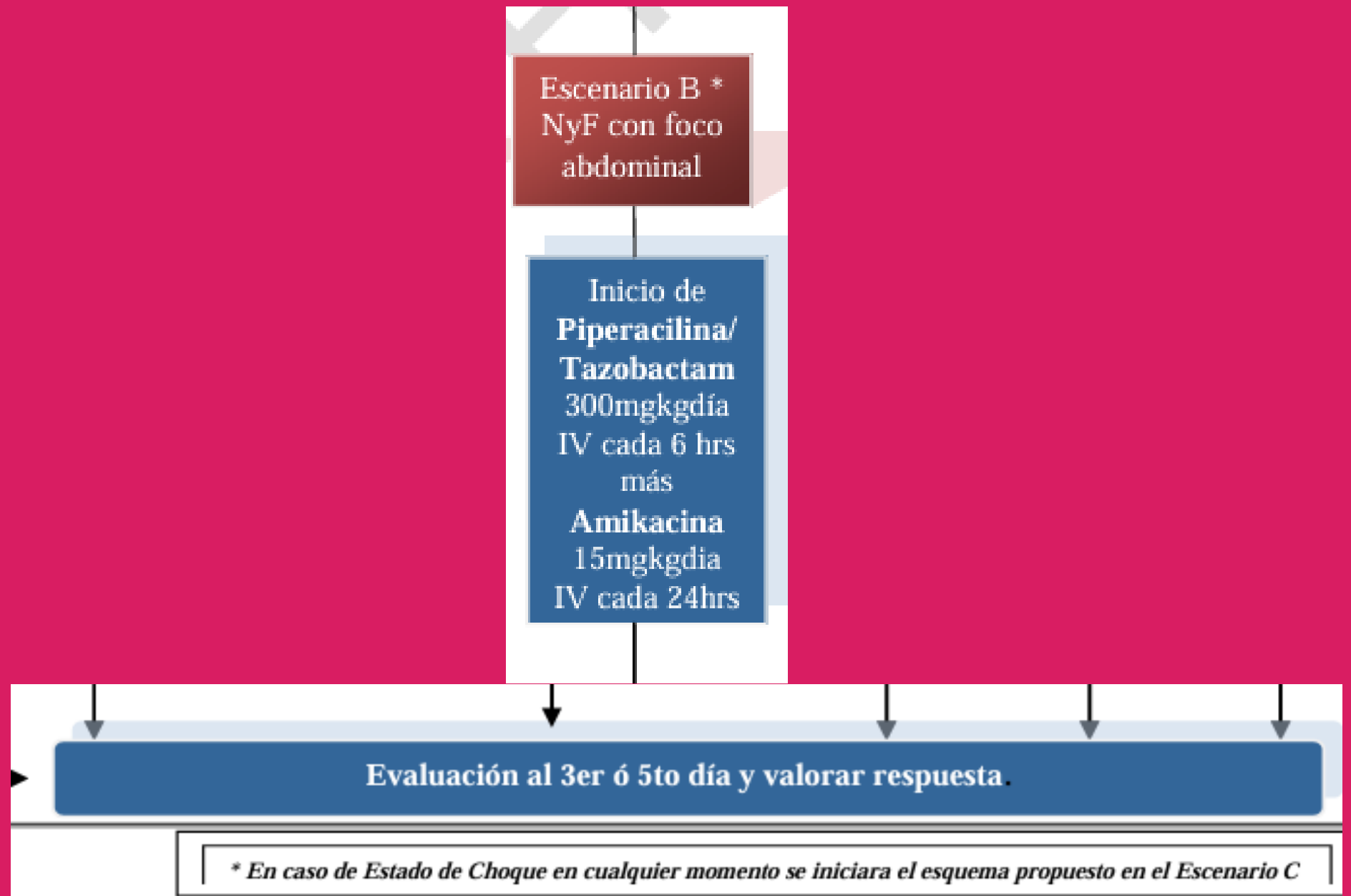
13



Presentación de la conferencia

9

Paciente B





Referencias bibliográficas

Alexander SW, Walsh TJ, Freifeld AG, Pizzo PA. Infectious complications in pediatric cancer patients. In: Pizzo PA, Poplack DG, eds. Principles and practice of pediatric oncology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 1239-83.

4. **Hughes WT, Amstrong D, Bodey GP, Brown AE, Edwards JE, Feld R, et al.** 1997 guidelines for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with unexplained fever: Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 1997; 25: 551-73.
5. **Baorto EP, Aquino VM, Mullen CA, Buchanan GR, DeBaun MR.** Clinical parameters associated with low bacteremia risk in 1100 pediatric oncology patients with fever and neutropenia. Cancer 2001; 92: 909-13.
6. **Bodey GP, Buckley M, Sathe YS, Freireich EJ.** Quantitative relationship between circulating leukocytes and infection in patients with acute leukemia. Ann Intern Med 1966; 64: 328-40.
7. **Schimpff SC, Satterlee W, Young VM, Serpick A.** Empiric therapy with carbenicillin and gentamicin for febrile patients with cancer and granulocytopenia. N Engl J Med 1971; 284: 1061-5.
8. **Schimpff SC, Young VM, Greene WH, Vermeulen GD, Moody MR, Wiernik Ph.** Origin of infection in acute nonlymphocytic leukemia: significance of hospital acquisition of potential pathogens. Ann Intern Med 1972; 77: 707-14.