



## V-235 - NEUTROPENIA FEBRIL POSQUIMIOTERÁPICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

L. Menacho del Moral, C. Velardo Andrés, M. Sobrino Ballesteros, A. Macías Quijano, B. Sánchez Cardador y L. Pozo Rosado

Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

### Resumen

**Objetivos:** Identificar características epidemiológicas, clínicas y diagnóstico-terapéuticas de los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico ingresados con diagnóstico de neutropenia febril en nuestro Hospital Comarcal.

**Material y métodos:** Se realizó estudio observacional descriptivo retrospectivo empleando la revisión de historias clínicas de los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico ingresado en nuestro hospital con el diagnóstico de neutropenia febril durante los años 2015 y 2016. Se recogieron variables epidemiológicas, factores de riesgo, datos clínicos, analíticos y terapéuticos.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 26 pacientes, de los cuales el 65% correspondía a varones. La edad media de la muestra fue 64 años. El 58% de los pacientes recibían tratamiento quimioterápico por tumor de órgano sólido, el resto hematológico. El 27% habían presentado algún episodio previo de neutropenia febril. El único factor predisponente identificado fue la presencia de catéter intravascular, en un 15% de los pacientes. La media de neutrófilos al ingreso fue 230 neutrófilos/mm<sup>3</sup>, presentando el 85% neutropenia severa (< 500 neutrófilos/mm<sup>3</sup>) y de ellos un 59% neutropenia profunda o muy severa (< 200 neutrófilos/mm<sup>3</sup>). El resto de los pacientes presentaron neutropenia moderada (500-1.000 neutrófilos/mm<sup>3</sup>) y no hubo ningún caso de paciente ingresado con neutropenia leve. Analizando la presencia de los diferentes focos infecciosos (tanto aislados como combinados en un mismo paciente) en el total de la muestra se obtuvo en un 50% la presencia de foco respiratorio, 15% digestivo, 12% urinario, 12% cutáneo y 4% catéter. En un 30% del total de la muestra no se encontró foco alguno. En el 11% de los pacientes se obtuvieron hemocultivos positivos, en el 8% urocultivo positivo, sin embargo en el 81% de los pacientes los cultivos fueron negativos. La puntuación media obtenida usando la MASCC score fue de 21,4 puntos, identificándose un 58% de pacientes de alto riesgo (puntuación < 21). Un 54% recibieron tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro en monoterapia, el resto terapia combinada, con una duración media de 11 días de tratamiento, y tan sólo un 16% precisaron modificación del tratamiento antibiótico. En el 31% de los casos se asoció algún antifúngico y el 81% recibieron factores estimulantes de colonias granulocíticas (G-CSF). La mortalidad durante el episodio fue de un 8%.

**Discusión:** Se define neutropenia febril como la presencia de una temperatura mayor o igual a 38 °C

durante al menos una hora, o una determinación aislada mayor de 38,3 °C en un paciente con una cifra de neutrófilos inferior a 500/mm<sup>3</sup> o menor de 1.000/mm<sup>3</sup> si se espera que descienda por debajo de 500/mm<sup>3</sup> en las próximas 48 horas, como consecuencia del tratamiento quimioterápico. En el paciente oncológico, la neutropenia febril es una causa importante de morbimortalidad, siendo imprescindible una adecuada evaluación inicial que incluya los factores predisponentes e identifique a los pacientes de alto riesgo de complicaciones con el objetivo de instaurar un tratamiento empírico de amplio espectro eficaz.

*Conclusiones:* La incidencia de neutropenia febril aumenta de forma considerable en pacientes con neutropenia severa (< 200 neutrófilos/mm<sup>3</sup>). El foco respiratorio parece ser el más frecuente en este tipo de pacientes, no obstante existe un gran número de pacientes en los que no se encuentra foco alguno. A pesar de la toma hemocultivos y cultivos del foco sospechoso de infección en todos los pacientes, en la gran mayoría de los casos fueron negativos, no pudiendo demostrarse microorganismo causante de la infección. Tanto los pacientes que recibieron tratamiento en monoterapia como en terapia combinada mostraron buena respuesta y la mortalidad durante el episodio fue baja.