

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA FIEBRE EN EL PACIENTE CON NEUTROPENIA POSTQUIMIOTERAPIA O POSTRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO

1.EVALUACIÓN INICIAL

La aparición de fiebre en el paciente hematológico neutropénico es una urgencia médica que requiere una actitud diagnóstica y terapéutica inmediata que incluye:

▪ **Valoración inicial por la enfermera:** toma de constantes: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de O₂, nivel de conciencia.

▪ **Valoración por el médico.**

-Valoración inicial rápida del paciente con objeto de establecer la situación de gravedad y determinar si el paciente tiene sepsis o shock séptico [3].

-Interrogatorio y exploración física minuciosos (cavidad oral, senos paranasales, zona perineal, piel, inserción del CVC, auscultación cardiorrespiratoria y exploración abdominal) para determinar la presencia/ausencia de foco(s) primario/secundario(s) de infección.

2.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El tratamiento ideal de las infecciones, también en los pacientes hematológicos, es el específico. Por ello siempre se ha de buscar el diagnóstico etiológico (tabla 1).

▪ **Activar el PDT precoz** (Programa de Diagnóstico y Tratamiento Precoz de la infección grave, <https://www.guiaprioam.com/indice/programa-para-la-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-precoz-de-las-infecciones-graves/>) en pacientes con shock séptico, neumonía grave o meningoencefalitis, solicitando electrónicamente las peticiones específicas (“Perfiles”→”PDT_precoz”) y enviándolas de forma urgente en la bolsa de transporte roja específica de este programa al Servicio de Microbiología:

Tabla 1: Estudios microbiológicos indicados en pacientes con neutropenia febril

Focalidad/síndrome clínico	Estudio microbiológico indicado
En todos los pacientes	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemocultivos (2 tomas, cada una 1 frasco aerobio y un anaerobio) ▪ No indicados sin síntomas o signos de infección 	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes portadores de CVC: una por venopunción y otra por el catéter (mismo volumen). Identificar correctamente cada toma. -Pacientes sin CVC: 2 extracciones de 20 mL por dos zonas distintas de venopunción o una única venopunción (40 mL) -Cultivo de heces, orina o antígenos en orina
Respiratorio/neumonía	
▪Frotis nasofaríngeo (torunda medio virus)	PCR de virus respiratorios (influenza, SARS CoV-2 y VRS) PCR múltiple bacterias + virus en casos seleccionados (TPH alogénico, imposibilidad de LBA, gravedad) tras consultar con el microbiólogo.
▪Suero	Galactomanano sérico
▪Orina	Ag de neumococo y Legionella en orina
▪LBA	Según la sospecha clínico-radiológica: tinciones y cultivos para bacterias, micobacterias y hongos, PCR de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , PCR de <i>P. jirovecii</i> , galactomanano, PCR de CMV y VHS, PCR múltiple de patógenos respiratorios, PCR de SARS CoV-2 (no incluida en la múltiple).
Abdominal/diarrea	
▪ Heces	- Estudio de Clostridioides difficile: detección directa de toxina (toxina +) o de <i>C. difficile</i> toxigénico (GDH y PCR+). - Coprocultivo molecular (PCR de virus y bacterias enteropatógenas).

▪ Plasma	-PCR plasmática de CMV en receptores de TPH alogénico o si hay sospecha clínica específica.
Meningoencefalitis	
▪ LCR	-Bioquímica con ADA (1 frasco) -Gram y cultivo aerobio (1 frasco). -PCR múltiple de meningoencefalitis (1 frasco) -Si sospecha de meningitis criptocócica, añadir tinta china, Ag de criptococo y cultivo de hongos por su mayor sensibilidad diagnóstica. -Si hay sospecha de meningitis tuberculosa, extraer una muestra adicional de LCR para PCR de M. tuberculosis y cultivo de micobacterias .
Urinario	
▪ Orina	-Urocultivo -DNA de virus BK en receptores de TPH alogénico.
Lesiones cutáneas	
▪ Biopsia cutánea o aspirado de absceso cutáneo (evitar en general torundas)	-Cultivo de bacterias para aerobios y anaerobios, y hongos (examen en fresco y cultivo de hongos). Si hay sospecha, tinción y cultivo de micobacterias .
▪ Frotis de úlcera o vesícula con sospecha de infección viral	-PCR de virus herpes (VHS 1 y 2, VVZ, CMV) con torunda sin medio de transporte o con medio específico de virus

2.1. Analíticas

- Se realizará siempre hemograma y bioquímica con glucemia, urea, creatinina, iones, bilirrubina total, GPT y PCR urgentes en la evaluación inicial, y después según evolución clínica.
- Puede utilizarse la determinación seriada de PCR en el seguimiento de infección. La utilidad de la procalcitonina en pacientes neutropénicos no está bien establecida, debe reservarse su determinación para casos concretos de forma individualizada y justificados clínicamente.

2.2. Pruebas de imagen y otras: deben guiarse por la sospecha clínica

- Focalidad abdominal (mucositis digestiva, enterocolitis):
 - Ecografía abdominal indicando la sospecha diagnóstica: microabscesos hepatoesplénicos o tiflitis.
 - Radiografía simple de abdomen, si hay sospecha o confirmación de colitis pseudomembranosa.
 - TAC abdominal si los estudios previos son insuficientes o hay sospecha de complicación intrabdominal profunda.
 - En ocasiones puede ser necesaria una endoscopia alta y/o baja, en función de los síntomas, con toma de muestras para bacterias, hongos y cultivo de CMV.
- Neumonía
 - Radiografía de tórax, teniendo en cuenta que una Rx normal no excluye el diagnóstico de neumonía en un paciente neutropénico.
 - TC de tórax de alta resolución en las primeras 24 horas para ver las características del infiltrado e identificar posibles lesiones sugestivas de aspergilosis invasora.
 - Broncoscopia precoz con LBA siempre que no haya diagnóstico con las pruebas urgentes no invasivas y no haya contraindicación. Activar el PDT precoz en pacientes con neumonía grave.
- Focalidad urinaria
 - Ecografía urológica. TC abdominal si sospecha de prostatitis complicada.
- Infección del SNC:
 - TAC de cráneo con contraste y/o RNM según la sospecha clínica
 - EEG si hay crisis o alteración del nivel de conciencia
 - Punción lumbar activando el PDT precoz en pacientes con sospecha de meningoencefalitis.