



## INFORMACIÓN SOBRE LA RECOMENDACIÓN Cód.: 20241202\_16\_SEUP

### 1. Recomendación de No Hacer

Se recomienda no demorar la administración de antibioterapia empírica en los pacientes pediátricos oncológicos con fiebre y alto riesgo de neutropenia

### 2. Objetivo y justificación de la recomendación de abandonar la práctica

**Objetivo:** El abordaje diagnóstico y terapéutico precoz de los episodios de neutropenia febril en los pacientes oncohematológicos, ajustado a las características individuales de cada paciente, es fundamental para mejorar su pronóstico. El diseño de protocolos de abordaje que sistematicen su atención en urgencias pediátricas permite optimizar y homogeneizar su abordaje. Los pacientes oncohematológicos pediátricos atendidos con alto riesgo de neutropenia febril deben recibir tratamiento antibiótico de amplio espectro, incluyendo cobertura frente a *P. aeruginosa*, tan pronto como se haya realizado la evaluación inicial.

**Justificación:** A pesar de los avances en el tratamiento y el aumento de la supervivencia en el cáncer infantil, las infecciones continúan siendo una causa importante de morbimortalidad, especialmente en los pacientes que reciben quimioterapia y asocian neutropenia, pudiendo ser la fiebre el único signo presente o asociarse a signos y síntomas inespecíficos. En este contexto, se considera fiebre un registro único de temperatura axilar  $\geq 38,3-38,5^{\circ}\text{C}$  ( $> 38^{\circ}\text{C}$  en las recomendaciones del Reino Unido y Australia) o 2 mediciones  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  separadas/mantenidas al menos una hora<sup>1</sup>.

Se aísla un microorganismo en hemocultivo entre el 10-30% de los episodios febriles en pacientes pediátricos con neutropenia febril<sup>1</sup>. Estos pacientes presentan una serie de factores de riesgo de infección, a destacar la neutropenia asociada a quimioterapia y a trasplante de progenitores hemoatopoyéticos, la disrupción de barreras cutáneo-mucosas y el uso de dispositivos intravasculares:

a) La definición de neutropenia febril implica la presencia de un recuento absoluto de neutrófilos  $\leq 500 \text{ mm}^3$  o  $\leq 1.000 \text{ mm}^3$  con expectativa de descenso en las siguientes 24-48 h por debajo de  $500 \text{ mm}^3$ .

Se aíslan cocos GRAM positivos con mayor frecuencia en neoplasias hematológicas frente a aquellos con tumores sólidos, así como en los pacientes sometidos a quimioterapias de inducción más intensivas y a trasplante de progenitores hematopoyéticos, especialmente estreptococos del grupo viridans.

b) Los pacientes pediátricos que reciben quimioterapia suelen presentar una disrupción de las barreras mucosas («mucositis») que predispone a la infección por microorganismos oportunistas de la microbiota de la piel, de la mucosa oral y del tracto gastrointestinal.

Se relaciona la presencia de estreptococos del grupo viridans con la presencia de mucositis.

c) Es relevante incluir en la anamnesis la presencia de dispositivos, tales como catéteres venosos centrales, válvula de derivación ventrículo-peritoneal, gastrostomía, etc., y si estos dispositivos han sido manipulados recientemente. La evaluación de su aspecto ha de incluirse en la exploración clínica.

La utilización de catéteres vasculares centrales se relaciona con la mayor presencia de estafilococos coagulasa negativos. En estos pacientes, en caso de confirmar infección fúngica, es fundamental el control del foco de infección que en muchos casos implicará la retirada del dispositivo central.

### 3. Sociedad a la que representa

Sociedad Española de Urgencias de pediatría

#### 4. Especialidades

*Especialidad(es) a la(s) que implica esta recomendación (según REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero):*

Pediatría y sus Áreas Específicas

#### 5. Enfermedad (Código CIE-11)

*Enfermedad(es) a la(s) que se refiere la recomendación:*

Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias (1A00-1H0Z)

#### 6. Experiencia de implementación

En la experiencia reportada por González et al.<sup>8</sup> se realizó un estudio observacional prospectivo entre enero de 2014 y abril de 2019. Se implementó una estrategia de mejora multimodal en tres fases (fase I: ejecución, fase II: consolidación, fase III: s

#### 7. Indicadores

Pacientes pediátricos con cáncer y alto riesgo de neutropenia febril a los que se administra tratamiento antibiótico tras su llegada a urgencias pediátricas.

#### 8. Referencias bibliográficas

*Se incluirá la bibliografía aportada por el autor(a) así como la aportada por GuíaSalud o panelistas como fuente de alta calidad de evidencia que apoya la recomendación.*

1. Khodayar-Pardo P, Miguez-Navarro MC, Martín Espín I; Analgesia and Sedation Working Group of the Spanish Society of Pediatric Emergency Medicine. Actions to Avoid in Pain Management and Sedoanalgesia Procedures in Pediatric Emergencies. *Pediatr Emerg Care*. 2024 Apr 1;40(4):e23-e29. doi: 10.1097/PEC.0000000000003053. Epub 2023 Sep 19. PMID: 37725762.
2. Guerrero Márquez G, Miguez Navarro C, Sánchez García I, et al, en representación del Grupo de Analgesia y Sedación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (GTAS-SEUP). Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (GTAS-SEUP). *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias Pediátricas. Manejo del dolor en urgencias pediátricas*. 4ª ed. 2024. Disponible en: [https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/28\\_Dolor\\_urgencias\\_4ed.pdf](https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/28_Dolor_urgencias_4ed.pdf). Acceso en noviembre de 2024. Guía de Práctica Clínica.
3. Storch de Gracia Calvo P (2018). Evaluación de la intensidad del dolor. En: Miguez Navarro MC. *Manual de manejo del dolor y procedimientos de sedoanalgesia en urgencias pediátricas. Con el aval científico de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (1ª de., 83-97)*. ERGON. Guía de Práctica Clínica.
4. Nieto Gabucio N. Neurofisiología y fisiopatología del dolor. En Míguez Navarro MC, Alonso Salas MT, de Ceano-Vivas la Calle M, Fernández Santervás Y, García González S, Guerrero Márquez G, Serrano Ayestarán O. *Manejo del dolor y procedimientos de sedoanalgesia en urgencias pediátricas*. 1ª ed Madrid: Ergon; 2018.p. 74-78. Guía de Práctica Clínica.
5. Jukić M, Puljak L. Legal and Ethical Aspects of Pain Management. *Acta Med Acad*. 2018 May;47(1):18-26. doi: 10.5644/ama2006-124.211. PMID: 29957968. (Artículo de revisión)
6. Matson KL, Johnson PN, Tran V, et al. Opioid use in children. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2019;24:72–75. (Documento de posicionamiento)
7. Friedrichsdorf SJ. Multimodal pediatric pain management (part 2). *Pain Manag*. 2017 May;7(3):161-166. doi: 10.2217/pmt-2016-0051. Epub 2017 Jan 20. PMID: 28103764. (Entrevista)