

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



VALENCIA

dèl 29 de febrero
al 1 de marzo de 2024

HOTEL MELIÀ VALENCIA

@_seom #mirSEOM24

Urgencias hematológicas
Alberto Carmona Bayonas
Hospital Morales Meseguer

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



Disclosure Information

- Employment: no
- Consultant or Advisory Role: no
- Stock Ownership: no
- Research Funding: no
- Speaking: no
- Grant support: no
- Other: no



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM-SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



NEUTROPENIA FEBRIL

1. Relevancia del problema
2. Etiología
3. Algoritmo de abordaje
4. Contraindicación para el manejo ambulatorio
5. Estimación riesgo complicaciones: score CISNE
6. Estudios diagnóstico
7. Tratamiento
8. Estudios de seguimiento
9. Ajuste terapéutico
10. Profilaxis



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

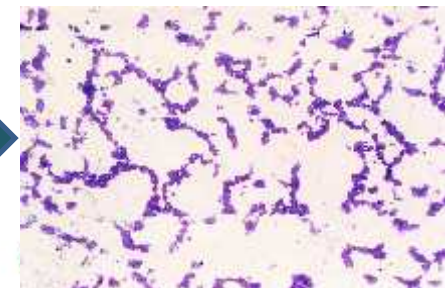
Departamento
Sección SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM



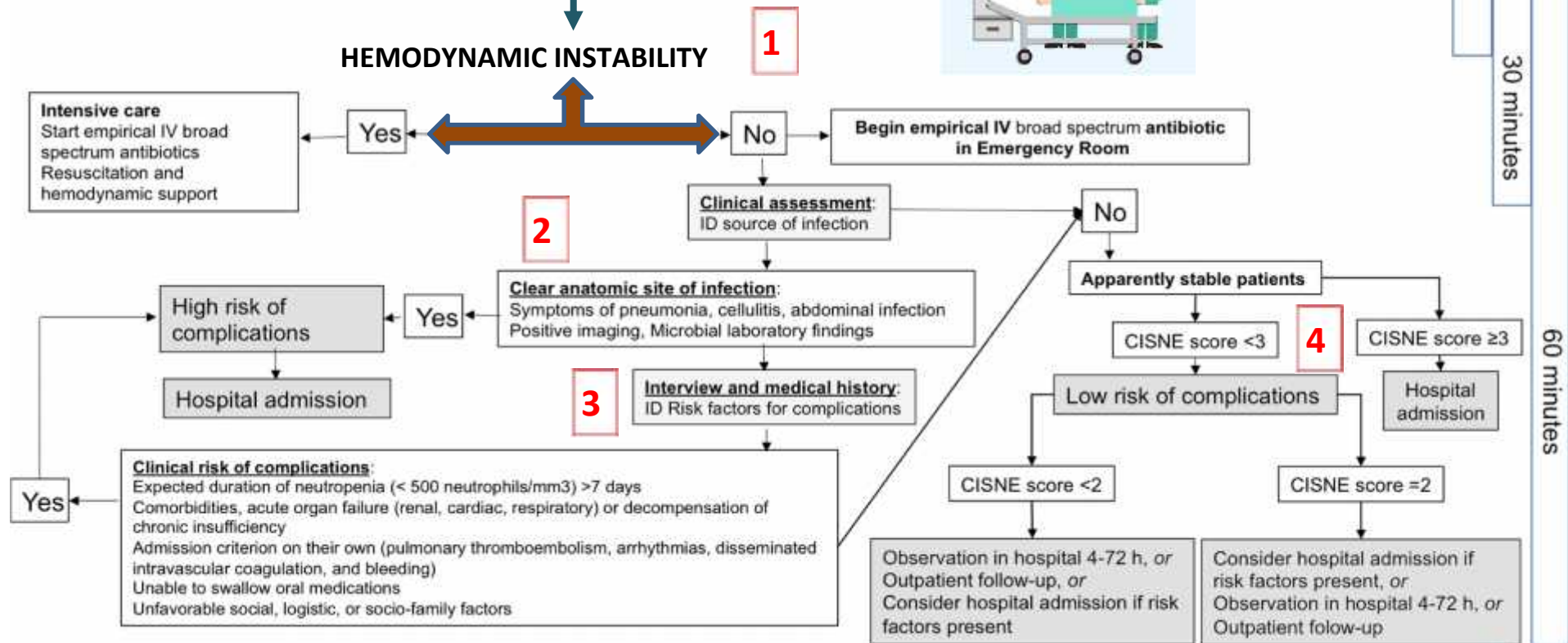
NEUTROPENIA FEBRIL: ETIOLOGÍA EN CÁNCER SÓLIDO

- **Foco clínico identificable: 65%** de los episodios. **Hemocultivos: positivos en el 10-25%.**
- **Etiología bacteriana, bacilos Gram- y cocos Gram+ (ratio 3:2).**
- **Infecciones poco comunes, > riesgo en:**
 - **Anaerobios y foco polimicrobiano:** abscesos, enteritis.
 - **Cepas resistentes (ESBL o a carbapenemasas):** procedimientos invasivos, exposición previa a antibióticos, hospitalización previa, comorbilidad crónica y patrón local de resistencias.
 - **IFIs:** uso previo de antibióticos, múltiples líneas QT, los esteroides a dosis altas (>20 mg/d prednisona durante ≥ 4 semanas), mucositis extensa, CVC y neutropenia > 7d.



TRATAMIENTO ADAPTADO AL RIESGO: 4 CAPAS

Anamnesis, clinical evaluation and examination



Close monitoring, clinical and blood count re-evaluation after 48 hours, and telephone contact daily at least 3 days to verify the resolution of the fever. Because of these requirements, early discharge after hospital observation (48-72h) may be the most practical and recommended approach



Primera capa: constantes vitales

qSOFA (Quick SOFA) Score for Sepsis

Identifies high-risk patients for in-hospital mortality with suspected infection outside the ICU.

INSTRUCTIONS
 Use to predict mortality, NOT to diagnose sepsis, per 2021 Surviving Sepsis Guidelines.

When to Use	Reliability	Who Use
Altered mental status	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Respiratory rate ≥ 22	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Systolic BP ≤ 100	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

0 points
qSOFA Score

Not high risk

If sepsis still suspected, continue to monitor, evaluate, and initiate treatment as appropriate, including sequential assessments.

[Copy Results](#) [Next Steps](#)

Next Steps | Evaluate | **Display Results**

Dr. Christopher Seymour

About the Creator

Dr. Christopher Seymour

Top from MDCalc:

Related Calc:

- SOFA Score
- SOFA & Sepsis Criteria
- PRSO Score by CAP

You might be interested in:

Further Reading

[Calculating Deaths, qSOFA, Emergency Medicine Practice](#)

Content Contributors

- Hamel Mediq, MD





2º. ESTUDIOS PREVIO INICIO ANTIBIOTERAPIA

- **2 muestras de sangre** (si CVC, 1 del catéter), y muestras microbiológicas según orientación clínica (orina, esputo, lesiones mucosas o cutáneas, heces, LCR, Ag urinarios para neumococo y/o Legionella spp., frotis nasal para virus influenza en periodo estacional, PCR Sars-Cov2..).
- **Hemograma y bioquímica con pruebas fx hepática y renal, lactato.**
- **Procalcitonina** (valor >0,5 ng/ml) es más precisa y precoz que la **PCR (valor ≥90 mg/dl)** para orientar a **bacteriemia** y en la predicción de **gravedad y complicaciones**.
- **Si sospecha IFI: galactomanano** (>0,5 en 2 determinaciones ó >0,7 en 1 → IFI).
- **Rx tórax con dos proyecciones.**
- Infiltrados pulmonares e inmunosupresión más profunda (esteroides, neutropenia prolongada, inmunosupresores): **broncoscopia con lavado broncoalveolar**.
- **TC tórax:** síntomas respiratorios y Rx no concluyente o fiebre ≥72 horas y factores de riesgo para complicaciones.
- **TC abdominal:** clínica sugestiva y sospecha de foco abdominal (enterocolitis, tiflitis, etc.).





3º NEUTROPENIA FEBRIL: CONTRAINDICAN MANEJO AMBULATORIO

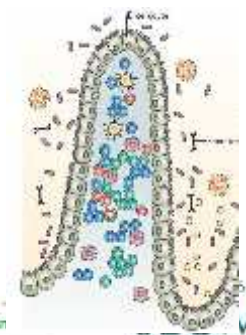
Órgano o sistema	Factor de riesgo
Vascular	Síncope, tensión arterial sistólica <90 mmHg, crisis hipertensiva, aneurisma, insuficiencia cardíaca, sangrado clínicamente relevante, angina de pecho
Hematológico	Otras citopenias clínicamente relevantes (plaquetas <50.000/pL, Hb <8 g/dL), enfermedad tromboembólica
Gastrointestinal	Intolerancia oral, vómitos, diarrea, dolor abdominal, ictericia, alteración de pruebas de función hepática
Infeccioso	Sepsis o foco grave (neumonía, celulitis extensa, bacteriemia, catéter, pielonefritis, meningitis, colecistitis y otras infecciones quirúrgicas), alergia a antibióticos, uso reciente de antibióticos
Neurológico	Presencia de síntomas neurológicos focales, sospecha de meningitis, síndrome confusional agudo
Pulmonar	Abscesos, neumotórax, derrame pleural, insuficiencia respiratoria aguda, infiltrados pulmonares o nódulos cavitarios
Otros	Insuficiencia renal aguda, deshidratación, delirium, alteraciones hidroelectrolíticas, otras alteraciones de signos vitales, otras complicaciones consideradas graves, embarazo, fracturas

- Domicilio >1 hora o >50 km del hospital; NO disponer de: medio de transporte, teléfono accesible o buen soporte familiar en domicilio; prever mal cumplimiento de visitas; historial de incumplimiento terapéutico previo.
- Estructura hospitalaria para garantizar seguimiento correcto.



4ª capa: comprueba que la estabilidad aparente es real

- **Pacientes aparentemente estables tienen riesgo potencial.**
- Como consecuencia de la **inmunosupresión**, los enfermos con NF tienen una reducción en la capacidad de generar reacciones inflamatorias, lo que **reduce la expresividad clínica de las infecciones neutropénicas en sus primeras fases.**
- Dado que estos enfermos son instruidos a que **acudan rápidamente a Urgencias si fiebre**, la mayoría son **evaluados en los instantes iniciales de la infección, antes de que las complicaciones graves hayan tenido tiempo de instaurarse.**
- **COMPLICACIONES GRAVES** inesperadas en individuos aparentemente estables en las 3 primeras horas: **7,3-18,6%.**



**CUANDO LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS NO ORIENTAN:
SCORE CISNE, evitar alta a pacientes con riesgo**



MASCC score: ¿por qué no funciona?

MASCC: Característica	Puntos
1. Carga de enfermedad: síntomas leves	5
2. No shock (TAS > 90 mm Hg)	5
3. No EPOC	4
4. Tumor sólido	4
5. No deshidratación	3
6. Carga de enfermedad: síntomas moderados	3
7. Pacientes ambulatorios	3
8. Edad <60	2

- Baja capacidad de discriminación en pacientes aparentemente estables
- Variable de respuesta más frecuente = predictor con más peso (shock)
- Validaciones corresponden a un argumento circular, no una predicción empírica genuina



Demostración empírica de la ineffectividad del modelo MASCC

The February 1, 2008, article by Elting et al entitled "Outcomes and Cost of Outpatient or Inpatient Management of Patients With Febrile Neutropenia" (J Clin Oncol 10.1200/JCO.2007.13.8222) was published with errors.

The fourth and fifth sentences of the third paragraph of the Results section previously read "Interestingly, using a threshold of 21 or higher, the baseline MASCC risk index would have excluded from outpatient therapy all of the outpatients who ultimately required hospitalization. This improved specificity would have come at the expense of hospitalization of only nine patients who were successfully managed as outpatients."

They should have read "Interestingly, using a threshold of 21 or higher, the baseline MASCC risk index would have excluded from outpatient therapy **three** of the outpatients who ultimately required hospitalization. This improved specificity would have come at the expense of hospitalization **of nine** patients who were successfully managed as outpatients."

The second and third sentences of the Discussion section previously read "However, the 21% hospitalization rate suggests considerable room for improvement. The MASCC risk index, which was published after our guideline was initiated, may provide such improvement.⁵ At the recommended threshold (≥ 21), the MASCC index would have assigned to inpatient treatment all of the 121 patients who were treated unsuccessfully as outpatients."

They should have read "However, the 21% hospitalization rate suggests considerable room for improvement. The MASCC risk index, which was published after our guideline was initiated, may provide such improvement.⁵ At the recommended threshold (≥ 21), the MASCC index would have assigned to inpatient treatment **only three** of the 121 patients who were treated unsuccessfully as outpatients."

This has been corrected as of November 14, 2018. The authors apologize for the errors.

DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.18.01852>





Talcott explica (sin querer) por qué la escala MASCC no sirve en este contexto

VOLUME 36 • NUMBER 31 • NOVEMBER 1, 2018

Check for updates

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

CORRESPONDENCE

Decision Rules in a Guideline: Allow the Science to Speak

TO THE EDITOR: In the recently published ASCO guideline, "Outpatient Management of Febrile Neutropenia in Adults Treated for Malignancy," Taplin et al¹ address a common set of supportive care issues and present supporting evidence. However, the section on risk assessment, a topic my research has explored, seems to lead practitioners astray.

It begins, "Clinical judgment should be used when selecting candidates for outpatient management."² That is exactly the wrong message: evidence clearly favors validated decision rules. Elting et al reported data from 529 patients with febrile neutropenia selected for outpatient management using criteria based on consensus clinical judgment at her very experienced institution. Of these patients, 121 patients, or 21%, were readmitted emergently after discharge. In respect, these outpatients who ultimately required hospitalization would have been excluded from outpatient therapy by the MASCC scale.³ This improved specificity would have required hospitalizing nine patients who were successfully managed as outpatients. The improved specificity, although modest, was unsurprising. Validated

specify the optimal, unique criteria necessary to identify low-risk patients. AUC/ROC is irrelevant to that clinical objective.

Display of the point-system algorithm for the MASCC measure but not the data-derived clinical categories of the Talcott measure may be a missed opportunity. Although validity favors neither approach, the mechanics of the Talcott measure may be more intuitively accessible to providers; low-risk patients (group IV) remain after exclusion of patients at high risk because of pre-existing infection status (group I), serious acute comorbidity at presentation (group II), and uncontrolled cancer, either leukemia not in remission or other cancers that progressed during treatment (group III). Display of another valid tool may encourage the use of one instead of clinical judgment.

Creation and presentation of evidence-based guidelines are complex, but the objective should be simple: identify the best practices, summarize supporting data, and encourage their use. Application of that standard would have improved the risk assessment section of this guideline.

James A. Talcott

Virginia Mason Memorial Hospital, Seattle, WA

AUTHOR'S DISCLOSURES OF POTENTIAL CONFLICTS OF INTEREST

What ????



NF: ESCALA CISNE-SEOM



Clinical Index of Stable Febrile Neutropenia (CISNE) ☆

Identifies febrile neutropenia patients at low risk of serious complications.

INSTRUCTIONS

Use in adult outpatients at least 18 years old with solid tumor, fever at least 38°C (100.4°F) over 1 hr, and **neutropenia** (500 cells/mm³ or lower, or 1,000 cells/mm³ with expected decrease to 500). Do not use in patients with acute organ failure, severe infection, hypotension, or other reason for admission.

When to Use ▾

Feasibility ▾

Why Use ▾

ECOG Performance Status

ECOG PS 2 = Capable of all self care, but no work activities, out of bed >50% of day

<2 0

≥2 +1

Stress-induced hyperglycemia

Initial blood glucose ≥121 mg/dL (6.7 mmol/L) or ≥250 mg/dL (13.9 mmol/L) in diabetics or if on steroids

No 0

Yes +2

COPD

COPD diagnosis on therapy with 1 of the following: steroids, supplemental O₂, bronchodilators

No 0

Yes +1

Cardiovascular disease history

Chronic heart conditions (e.g., coronary artery disease, heart failure, cardiomyopathy, hypertensive heart disease, arrhythmias, valvular disease, other structural malformations), EXCLUDING history of single uncomplicated episode of AFib

No 0

Yes +1

NCI mucositis grade ≥2

Painful erythema, edema, or ulcers, but eating/swallowing possible

No 0

Yes +1

Monocytes

>200/μL 0

<200/μL +1

4 points

Admit for further investigation, including blood cultures.

High risk

Risk category III

38% risk of complications within a minimum of 7 days (hypotension, organ failure, etc. — see Facts & Figures for details)

Copy Results 📄

Next Steps ➔

About the Creator



Dr. Alberto Carmona-Bayonas

[Are you Dr. Alberto Carmona-Bayonas?](#)



Dr. Paula Jiménez Fomeca

[Are you Dr. Paula Jiménez Fomeca?](#)

Also from MD Calc

Related Calc

- MASCC Risk Index
- Absolute Neutrophil Count
- Step-by-Step Approach to Fever

<https://www.mdcalc.com>



Prognostic Tools

Bayescores Cisne Agomaron Agomaron-Triplet Trasgu Vtrap Epiphany NeoBreast-Qol/SEOM HER2

Prognostic calculators

Actionable predictions to assist in decision- making in gastrointestinal tract tumors, and cancer supportive care based on real-world data.

"All models are wrong, but some are useful"
— George Box

"It's much easier to get a result than it is to get an answer"
— Christie Aschwanden

© 2024 Prognostic Tools. | By IRICOM SL | Privacy Policy | Cookies Policy

<https://www.prognostictools.es/>





CISNE  **CLINICAL INDEX
OF STABLE FEBRILE
NEUTROPENIA**

La transición del primer boceto del CISNE (Dra Jiménez) a su versión final muestra la madurez y el reconocimiento del score



<http://www.ircic.com.es/prognostictools/cisne/inicio.aspx>





iricom.es/prognostictools/cisne/calculator/calculator.aspx

Calculadora online CISNE-SEOM



- Start
- Calculator
- Instructions
- Scope
- Contact

Calculator

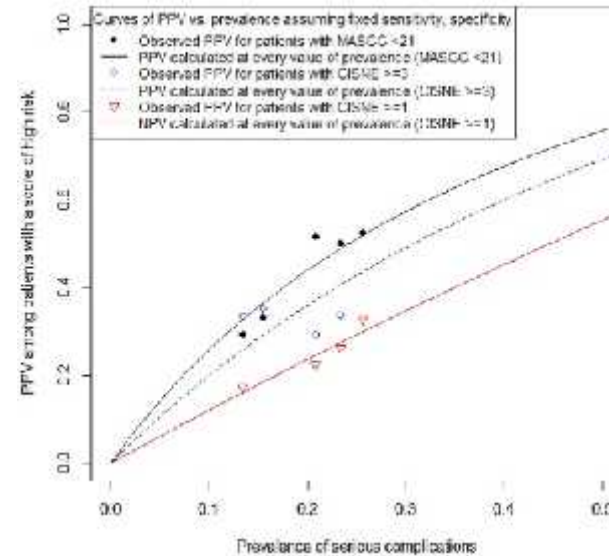
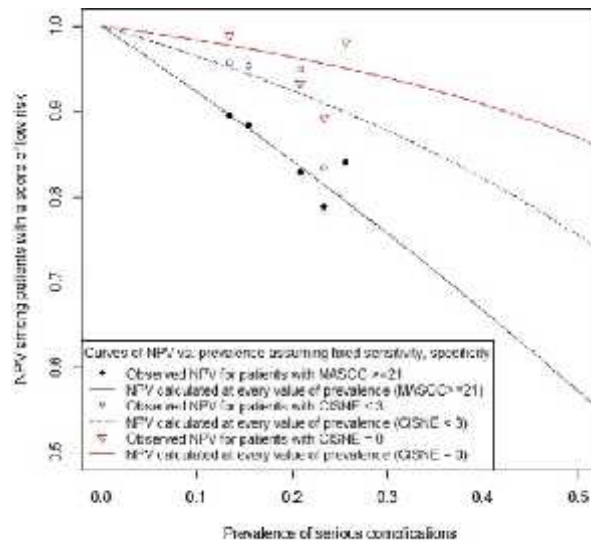
ECOG performance status ≥ 2	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Chronic obstructive pulmonary disease ⁱ	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Chronic cardiovascular disease ⁱ	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Mucositis NCI grade ≥ 2 ⁱ	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Monocytes $<200/mm^3$	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Stress-induced hyperglycemia ⁱ	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="button" value="Clear"/>	<input type="button" value="Calculate"/>

is complications is: **15,95%** (95% confidence interval, 13,82-18,09%)



Chronic obstructive pulmonary disease ⁱ	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Chronic cardiovascular disease ⁱ	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Mucositis NCI grade ≥ 2 ⁱ	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Monocytes $<200/mm^3$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Stress-induced hyperglycemia ⁱ	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="button" value="Clear"/>	<input type="button" value="Calculate"/>

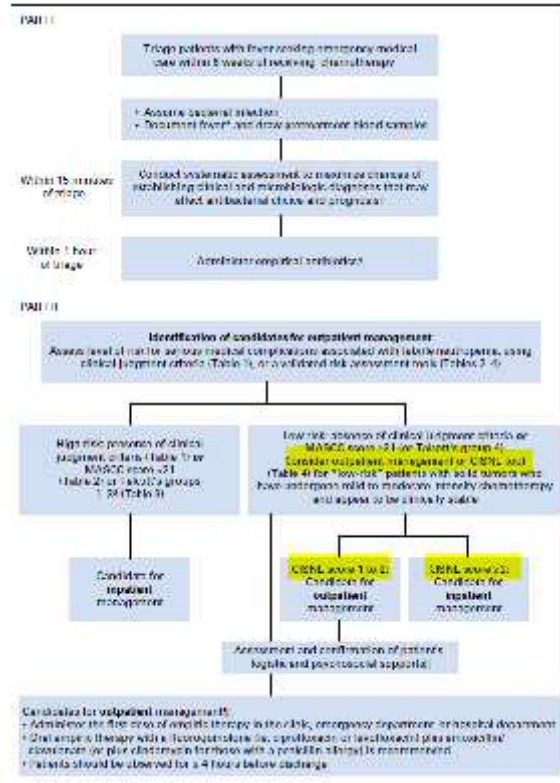
is complications is: **27,12%** (95% confidence interval, 24,53-29,71%)



“The CISNE score had higher sensitivity and may be more useful than the MASCC score in the acute setting.”

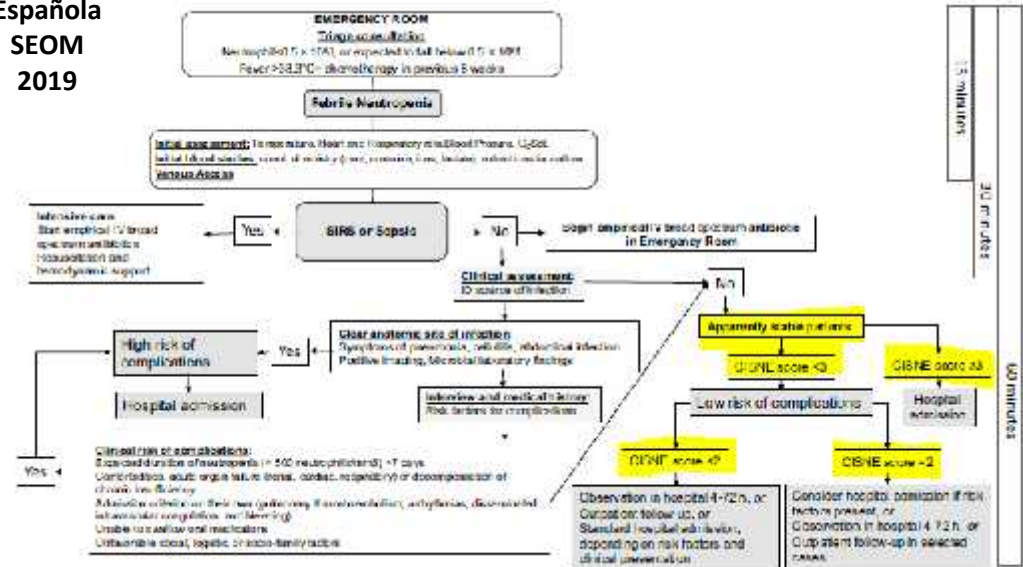
Zheng, Bo, et al. Accuracy of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) and Clinical Index of Stable Febrile Neutropenia (CISNE) scores for predicting serious complications in adult patients with febrile neutropenia: a systematic review and meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 2020, vol. 149, p. 102922.





ESCALA CISNE-SEOM recogida en guía nacional y americana como 4ª capa de seguridad

Guía
Española
SEOM
2019



XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE

NEUTROPENIA FEBRIL: TRATAMIENTO (I)



- SELECCIÓN:** según el tipo y gravedad de infección.
- 1ª dosis:** 1ª hora, después de recogida de cultivos. Centros: adoptar medidas logísticas necesarias.
- ANTIBIÓTICO:** **β -lactámico iv** (actividad antipseudomónica y frente a Gram+):
 - piperacilina-tazobactam 4,5 g/6h
 - cefepime 2 g/8h
 - meropenem 1 g/8h; imipenem-cilastatina 500 mg/6h
 - si alergia B-lactámico: aztreonam + vancomicina/linezolid/daptomicina
- Alto riesgo:** **β -lactámico iv** + otro antibiótico en función de la situación clínica:
 - + amikacina, si sospecha **Pseudomona spp.**, BGN productor ESBL, gravedad
 - + vancomicina, linezolid o daptomicina si **catéter, cutáneo, neumonía o inestabilidad**
 - + metronidazol si **enterocolitis (tiflitis) o perirrectal**
- Alto riesgo de: **P. aeruginosa resistente a carbapenem:** ceftolozano-tazobactam o ceftazidima-avibactam o asociar colistimetato

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE

NEUTROPENIA FEBRIL: TRATAMIENTO (II)

- **Bajo riesgo:** primeras dosis **iv** → oral (**siempre en combinación**) es una alternativa efectiva:
 - Amoxicilina-clavulánico 875/175mg/8h o 1000/62,5mg 2cp/12h VO
+ Levofloxacino 750 mg/día VO o ciprofloxacino 750mg/12h VO.
- En alérgicos a betalactámicos no buena opción VO: **NO** alta hasta tener documentación microbiológica o pasadas 48-72 h de estabilidad clínica.
- En nuestro medio las resistencias a quinolonas de enterobacterias y bacterias no fermentadores son elevadas (de hasta 50%): **NO** fluoroquinolona en monoterapia VO ni en bajo riesgo.
- **G-CSF terapéutico** en:
 - alto riesgo de complicaciones infecciosas, neutropenia profunda (<100 neutrófilos/mm³)
 - pronóstico adverso: >65 años, inestable, complicaciones graves o infección extensa.
 - **No se recomienda uso rutinario:** ↓ duración y estancia hospitalaria, no ↑ supervivencia

1ª dosis iv



sucesivas vo



Fundación
SEOM

NEUTROPENIA FEBRIL: ESTUDIOS EN EL SEGUIMIENTO

- Exploración física y evaluación del estado general **DIARIA**, descartar la aparición de nuevos focos infecciosos
- Toma de constantes **CADA 8 HORAS**
- Hemograma y bioquímica con función renal y hepática **CADA 48 HORAS**
- Hemocultivos **CADA 48 HORAS** en pacientes con fiebre persistente, además de muestras de otros focos que puedan aparecer.
- Vigilancia, prevención y tratamiento de otras complicaciones (trombosis, anemia, trombopenia, disbacteriosis intestinal, mucositis, etc.).

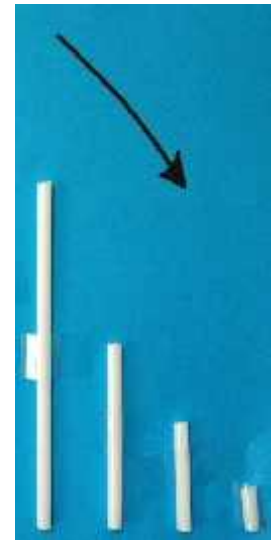


NEUTROPENIA FEBRIL: AJUSTE TRATAMIENTO

- **Febril >48 horas + estable**, actitud expectante y búsqueda activa del foco
- **Febril >48 horas + inestable o progresión clínica**, ampliar espectro con antibióticos frente a BGN, bacterias Gram+ y anaerobios
- **Criterios de gravedad y fiebre >4-7 días**: valorar antifúngicos
- **Dep. opciones de recuperabilidad y pronóstico del cáncer**: UCI
- **Mala evolución o bacteriemia persistente, microorganismos o resistencias atípicas, síndromes infecciosos de alta gravedad**: consultar Infecciosas



- **Si se identifica agente**, ajustar antibiótico
- **Si persiste fiebre y se identifica el foco de infección**: ajustar al aislamiento microbiológico
- **En tratamiento empírico específico frente a Gram+**: retirar a las 48h si no se confirma sospecha inicial
- **Duración: 7 días** si no hay foco.
- **Piel y tejidos blandos, neumonía, ITU: 10-14 días**
- **N>500 células/mm³ y 72 horas sin fiebre: VO**





NEUTROPENIA FEBRIL: PROFILAXIS CON G-CSF

Prevención de la neutropenia febril	
Recomendación de profilaxis primaria con filgrastim, pegfilgrastim o fármacos biosimilares cuando la probabilidad de FN es >20%	I, A
Recomendación de individualizar la indicación de profilaxis primaria en pacientes con riesgo intermedio de fiebre neutropénica (10-20%)	II, A
Recomendación de profilaxis secundaria en pacientes con un episodio previo de NF en los que el retraso o la reducción de dosis puede impactar negativamente en la supervivencia	I, A
Recomendación general de no realizar profilaxis antibiótica de la NF en pacientes con quimioterapia de intensidad leve-moderada	I, A
Recomendación de valoración de profilaxis en pacientes con riesgos específicos para P. jirovecii, tuberculosis o hepatitis	II, A
Recomendación de vacunación frente a la gripe en pacientes con tumores sólidos con enfermedad activa o/y con quimioterapia	II, A



NEUTROPENIA FEBRIL: PROFILAXIS CON G-CSF

<p>Esquemas con alto riesgo de neutropenia febril</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de vejiga: MVAC (metotrexato+vinblastina+doxorubicina+ciclofosfamida+cisplatino) • Cáncer de mama: TAC (docetaxel, carboplatino, trastuzumab), doxorubicina+ciclofosfamida seguido de paclitaxel, TAC (docetaxel+doxorubicina+ciclofosfamida) • Cáncer de esófago/gástrico: docetaxel+cisplatino+5FU • Linfoma no Hodgkin: EPOCH (etoposido, prednisona, doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbazona, prednisona), R-CHOP (rituximab+AVT) • Cáncer de cervix: paclitaxel+cisplatino • Osteosarcoma: VAI (irinotecán, doxorubicina, etoposido) • Sarcoma de partes blandas: VIDE (vincristina, ifosfamida, doxorubicina, etoposido), MAU (mesna, doxorubicina, ifosfamida, docetaxel) • Cáncer de ovario: topotecán, docetaxel • Linfoma no Hodgkin: EPOCH (etoposido, prednisona y ciclofosfamida alterno con ifosfamida, vincristina, ciclofosfamida, doxorubicina), IG1 (ifosfamida, carboplatino, etoposido), G-IG1 (4 a dosis densas), MINT (mesna, ifosfamida, navaroxina, etoposido) • Melanoma: dacarbacina+IL-2 • Cáncer microcítico de pulmón: topotecán • Cáncer cabeza y cuello: T1 (docetaxel, cisplatino, 5FU) • Cáncer de testículo: Ve1 (vinorelbina, ifosfamida, cisplatino), V11 (etoposido, ifosfamida, cisplatino), H1 (paclitaxel, ifosfamida, cisplatino)
<p>Esquemas con riesgo intermedio de neutropenia febril (10-20%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adenocarcinoma de origen desconocido: gemcitabina/docetaxel • Cáncer de ovario: carboplatino/docetaxel • Cáncer de páncreas: FOLFIRINOX • Cáncer de próstata: cabazitaxel • Carcinoma microcítico de pulmón: etoposido/carboplatino • Cáncer testicular: RIF (rituximab, etoposido, cisplatino) • Sarcoma uterino: irinotecán • Cáncer esofágico/gástrico: irinotecán/cisplatino, epirubicina/cisplatino+5FU, capecitabina/cisplatino+capecitabina • Linfoma de Hodgkin: GH1 (gemcitabina, dexametasona, cisplatino), GH21 • Cáncer de mama: docetaxel, AC = docetaxel secuencial, paclitaxel cada 21 días • Cáncer de pulmón no microcítico: cisplatino/paclitaxel, cisplatino/vinorelbina, cisplatino/docetaxel • Cáncer de cervix: cisplatino/topotecán, paclitaxel/cisplatino, topotecán, irinotecán • Cáncer de colon: FOLFOX (fluorouracilo, leucovorin, oxaliplatino)
<p>Esquemas con bajo riesgo (<10%)</p>	<p>Otras combinaciones y tratamientos en monoterapia</p>





Neutropenia febril:

1. **Relevancia:** frecuente, complicaciones y mortalidad
2. **Etiología:** BGN/Cocos G+ (3/2)
3. **Algoritmo de abordaje:** antibiótico en 1ª hora, ingreso
4. **Score CISNE:** aparentemente estables para evitar alta precoz en pacientes de riesgo
5. **Estudios diagnóstico:** cultivos, procalcitonina, Rx tórax
6. **Tratamiento:** alto riesgo, betalactámico iv; bajo riesgo: amoxicilina-clavulánico + quinolona vo
7. **Profilaxis:** FSC-G en QT con riesgo NF>20%



XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



Muchas gracias por vuestra atención



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM-SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM