

SIETE DÍAS DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PARA BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIALES EN PACIENTES NEUTROPÉNICOS DE ALTO RIESGO: HACIA UN NUEVO PARADIGMA.

Herrera F¹, Torres, D¹; Laborde, A²; Jordan, R³; Tula, L⁴; Mañez, N⁵; Pereyra, ML⁶; Suchowiercha, N⁷; Berruezo, L⁸; Gudiol C⁹; González Ibáñez, ML², Eusebio, M³; Lambert, S⁴; Barcán, L⁵; Roccia Rossi I⁷; Nicola, F¹; Pennini, M¹⁰; Monge, R³; Blanco, M⁴; Visús, M⁶; Vilches, V⁶; Reynaldi, M⁷; Carbone, R⁸; Pasterán, F¹¹; Corso, A¹¹; Rapoport, M¹¹; Carena, A¹

1. CEMIC, 2. FUNDALEU, 3. Hospital Británico de Buenos Aires, 4. Hospital El Cruce, 5. Hospital Italiano de Buenos Aires, 6. Hospital Universitario Austral, 7. HIGA San Martín, 8. HIGA Rodolfo Rossi, 9. Hospital Universitario de Bellvitge, 10. CEI Dr. Stambouljian, 11. Servicio de Antimicrobianos, INEI-ANLIS Dr. Carlos Malbrán.

Introducción: Los Enterobacteriales (EB) son la causa más frecuente de bacteriemia en pacientes neutropénicos de alto riesgo (NAR). La posibilidad de administrar cursos de tratamiento antibiótico (TA) cortos como tratamiento de la bacteriemia por EB en estos pacientes es un tema controvertido.

Objetivos: Describir y comparar la frecuencia de recurrencia de la bacteriemia, la mortalidad a 30 días (global y relacionada con la infección) y la duración de la internación en pacientes con NAR y bacteriemia por EB según hubieran recibido TA por 7 días (7d) vs 14 días (14d).

Materiales y métodos: Estudio de cohortes, prospectivo, observacional y multicéntrico, realizado en 8 hospitales de Argentina (Mayo 2014 - Mayo 2023). Se incluyeron pacientes adultos con neoplasias hematológicas (NH) y trasplantes de progenitores hematopoyéticos (TPH) con NAR y bacteriemia monomicrobiana por EB. Todos recibieron tratamiento empírico (TE) apropiado, tuvieron resolución clínica dentro de los 7 días con control del foco infeccioso y sobrevivieron 48 hs. tras finalizar el TA. Se compararon las características basales, clínicas, microbiológicas y evolutivas según hubieran recibido 7d vs 14d de TA. Se realizó seguimiento hasta el día 30 tras finalizar el TA. Se utilizaron pruebas de chi cuadrado y U de Mann Whitney para variables categóricas y continuas, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes (7d: 100 y 14d: 100). No se observaron diferencias en las características basales entre ambos grupos, siendo leucemia aguda la enfermedad de base más frecuente (63,5%). El 32,5% eran receptores de TPH. *E. coli* fue el EB más frecuentemente implicado (47,5%), seguido de *K. pneumoniae* (40,5%). Entre los pacientes que recibieron TA de 7d vs 14d: presentaron foco clínico de la bacteriemia 54% vs 57%, ($p=0,66$), se aislaron EB multirresistentes en 28% vs 30% ($p=0,75$), siendo EB productores de carbapenemasas un 5% vs 7% ($p=0,26$). Se administró TE combinado en un 40% vs 47% ($p=0,31$). La mortalidad global fue del 3% vs 1% ($p=0,62$), (en ningún caso relacionada con la infección); la recurrencia de la bacteriemia fue de 7% vs 2% ($p=0,17$), y la mediana de duración de la internación desde la bacteriemia en días fue 9 (RIC: 7-14) vs 14 (RIC: 13-22) ($p=<0,001$).

Conclusiones: en pacientes NAR hematológicos y bacteriemia por EB que reciben TE apropiado, con respuesta clínica y control del foco infeccioso, el TA por 7d puede ser adecuado.