



1018 - TOXICIDAD PULMONAR ASOCIADA A DAPTOMICINA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN PACIENTES CON TRATAMIENTOS PROLONGADOS

Miguel Franco Álvarez¹, Iván Fernández Castro¹, Diego Rodríguez Fiuza¹, Martín Naya Rosato¹, María del Mar Mosquera Arcos¹, Rocío Prado Álvarez¹, Rodrigo Viñaro Otaño² y Pablo Manuel Varela García¹

¹Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ²Farmacia Hospitalaria, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Resumen

Objetivos: La daptomicina es un antibiótico lipopéptido utilizado para tratar infecciones por bacterias gram positivas. Aunque eficaz, se ha vinculado a toxicidad pulmonar (TP) en sus distintas formas: neumonitis, neumonía eosinofílica (NE), neumonía organizada o nuevas consolidaciones pulmonares. Complicación poco frecuente pero graves. El presente estudio analiza la prevalencia de TP en pacientes tratados ≥ 14 días, la utilidad de pruebas invasivas en su diagnóstico y los factores asociados a su aparición.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en un Complejo Hospitalario de tercer nivel. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años tratados con daptomicina durante al menos 14 días entre 2023 y 2024. Se recogieron datos sobre ingreso y alta, duración y dosis del tratamiento, presencia de filtrado glomerular < 30 (FG < 30), diabetes mellitus (DM), neumopatía previa, valores de creatinina, LDH, PCR y eosinófilos en sangre al ingreso y a los días 7, 14 y 21 de tratamiento, hallazgos clínicos y radiológicos compatibles con TP, realización y resultados de broncoscopia, tratamiento recibido y morbilidad asociada. Se aplicaron los criterios de Kim et al. para definir NE y se utilizó el algoritmo de Naranjo *et al.* para estimar la relación causal con la daptomicina.

Resultados: Se analizaron 78 pacientes (76% varones), de los cuales 6 (7,7%) desarrollaron TP. La mediana de edad fue de 72 años (RIC 20) y la media de peso 77,5 kg (DE 15,8). La mediana de estancia hospitalaria fue de 39 días (RIC 36), la de duración de tratamiento fue de 22 días (RIC 13) y su dosis ajustada por peso de 8 mg/kg (RIC 3). Las principales indicaciones fueron bacteriemia sin endocarditis (36%) y endocarditis (31%). Los 6 pacientes con TP cumplían criterios de reacción adversa probable por daptomicina según el algoritmo de Naranjo *et al.* Y siguiendo los criterios clásicos de Kim et al. para NE, 1 paciente cumplía criterios de NE probable, mientras 5 cumplían criterios de NE posible. Los hallazgos más frecuentes en dichos pacientes fueron, infiltrados bilaterales en radiografía de tórax (4 casos), disnea (3), crepitantes (3) y eosinofilia ($> 600 \times 10^3/\mu\text{L}$) (3). Debemos tener en cuenta que en ningún caso se realizó una broncoscopia pero que todos los pacientes mejoraron clínica y/o radiológicamente tras la retirada de daptomicina. La TP apareció a los 19 días de media (DE 13 días). En dos de los pacientes se produjo el *exitus* durante el ingreso. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin TP en cuanto a sexo, DM, FG < 30 , neumopatía previa, días de tratamiento o dosis ajustada a peso. Si se encontró

asociación significativa con niveles de PCR al día 14 (5 (RIC 8) vs.16 (RIC 21), $p = 0,049$).

Conclusiones: La prevalencia de TP en nuestra cohorte fue del 7,7%. No se identificaron factores clínicos o demográficos con valor predictivo claro, aunque la PCR elevada al día 14 podría ser un marcador precoz. La broncoscopia no fue imprescindible para el diagnóstico, apoyando un enfoque basado en criterios clínicos y analíticos no invasivos. Se recomienda una vigilancia estrecha durante tratamientos prolongados con daptomicina para mejorar la seguridad del paciente.