



## **O.M.12. Infecciones por *Stenotrophomona maltophilia* en nuestra UCI. Tratamientos iniciales y de rescate.**

**Pedro José Sánchez de Toro Hernández<sup>1</sup>, Marta Ballesteros Barroso<sup>1</sup>, Tania Amat Serna<sup>1</sup>.**

1. Hospital Universitario de Jaén, Jaén

**Tipo de comunicación:** Oral

### **Palabras clave**

Stenotrophomonas maltophilia, crítico, tratamiento, rescate, curación.

### **Introducción**

Existe aún confusión sobre si se debe usar monoterapia o terapia combinada en el tratamiento de la *Stenotrophomonas maltophilia*. Los datos disponibles acerca de la tasa de curación y mortalidad son poco concluyentes dado que se trata de estudios con una muestra pequeña y gran heterogeneidad.

### **Objetivos**

Tasa de curación según tratamientos iniciales y de rescate en pacientes críticos con infecciones por *Stenotrophomonas maltophilia*.

### **Material y método**

Se analizan las infecciones por *S. maltophilia* en pacientes críticos en la UCI del HUI, en los años 2020-2024. Variables: foco infeccioso, tratamiento antibiótico inicial y de rescate, tasa de curación. Curación clínica: extubación o finalización de ventilación mecánica invasiva (VMI) por cánula de traqueostomía de manera permanente; curación microbiológica: resultado negativo de un cultivo de broncoaspirado/lavado broncoalveolar. Análisis descriptivo con SSPS.



## Resultados

69 pacientes, el 70% varones, edad media  $63 \pm 13$  años. APACHE II  $17 \pm 7$  puntos.

El 81% presentaron infección (colonización previa 31 %), foco más frecuente respiratorio (N=51). Hasta un 91 % recibieron VMI (mediana 27 días; Q1-Q3: 13-39).

Tratamiento inicial, 62 % monoterapia: levofloxacino (28%), trimetoprim-sulfametoxazol (26%) y un caso tratado con cefiderocol. Terapia combinada: TMP/SMX y levofloxacino en el 30%. Tras el tratamiento inicial: curación 47 % (clínica 36 %, microbiológica 31%).

Curaciones por antibiótico: TMP-SMX 6/14, levofloxacino 8/15, cefiderocol 1/1, TMP/SMX + levofloxacino 8/16. Monoterapia 15/30; combinada 8/16. Media  $9 \pm 6$  días.

En los casos de fracaso terapéutico (23 pacientes), el tratamiento de rescate más frecuente también fue en monoterapia (64 %): levofloxacino en 44 % del total (10 pacientes) y TMP/SMX en 17 % (4 pacientes). La terapia combinada más frecuente fue TMP/SMX y levofloxacino en 4 pacientes; en un caso se usaron combinados TMP/SMX y tigeciclina, y en otro TMP/SMX y cefiderocol. Se usó cefiderocol en monoterapia en un caso. Tras el primer tratamiento de rescate: curación 57 % (N=13) (clínica 7 pacientes, microbiológica 10 pacientes).

Curaciones por antibiótico: TMP-SMX 3/4, levofloxacino 5/10, TMP-SMX + levofloxacino 2/4, TMP-SMX + tigeciclina 1/1, TMP-SMX + cefiderocol 1/1, cefiderocol 0/1. Monoterapia 8/14; combinada 4/7. Media  $9 \pm 4$  días.

En una tercera línea por no control de la infección (N=8), el 100 % de los tratamientos fueron en monoterapia (TMP-SMX en 3 pacientes, levofloxacino en 3 pacientes y cefiderocol en dos), logrando curación en tres pacientes (36%).

Curaciones por antibiótico: TMP-SMX 0/3, levofloxacino 2/3, cefiderocol 1/2. Monoterapia 3/8. Media  $7 \pm 5$  días.

## Conclusiones

Aún es un debate si es preferible usar monoterapia o terapia combinada para las infecciones por *S. maltophilia*. Es por ello que según las guías IDSA se sugiere comenzar terapia combinada de inicio, pudiendo cambiar a monoterapia si el paciente mejora clínicamente.