

Reacciones Adversas a Medicamento asociadas al uso de Tedizolid. Una Revisión Sistemática con Metaanálisis de Prevalencias

MONDRAGÓN GUTIÉRREZ S.¹, RIVERA HERNÁNDEZ B.², CASTREJÓN DELGADO L.², SÁNCHEZ RODRÍGUEZ M. A.².

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Adrián #309, Balcones de Anáhuac II, General Escobedo, Nuevo León, México.

2. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Batalla 5 de mayo S/N Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa, Cd. México, México.

Fecha de recepción: 10/09/2025 Fecha de aceptación: 30/10/2025

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X20260004000011>

RESUMEN

Objetivo: Presentar una síntesis del conocimiento de la prevalencia de reacciones adversas (RAM) relacionadas al tedizolid a través de una revisión sistemática con metaanálisis.

Métodos: Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed, Web of Science, Scopus, LILACS, SciELO y TesiUNAM hasta el 20 de abril de 2025, siguiendo los lineamientos PRISMA. Se incluyeron estudios experimentales, observacionales y reportes de caso realizados con adultos y que tuvieran resultados de eventos adversos asociados a tedizolid. Se efectuó la evaluación del riesgo de sesgo y un metaanálisis, agrupando los datos por RAM específica, duración del tratamiento y vía de administración obteniendo la prevalencia con su respectivo intervalo de confianza del 95%.

Resultados: De un total de 122 artículos, se incluyeron 13/30 en la síntesis cualitativa, 6 de cohorte, 5 ensayos clínicos y 2 reportes de caso, sumando un total de 2,626 pacientes; 11 se utilizaron en el metaanálisis. Las RAM más frecuentes se observan en la vía oral (VO) por más de 27 días (náusea 9%, IC95%: 7.6-10.8% y diarrea 5%, IC95%: 1.6-9%). La reacción hematológica más frecuente fue la trombocitopenia en la VO a largo plazo 5% (IC95% 2.2-10.2%).

Conclusión: El tedizolid tiene como RAM principales náusea, diarrea y trombocitopenia en frecuencias entre 5-9% en tratamiento a largo plazo, por lo que posee un buen perfil de seguridad.

Palabras clave: tedizolid, reacciones adversas, trombocitopenia, náusea, diarrea.

Adverse Drug Reactions Associated with Tedizolid Use. A Systematic Review with Prevalence Meta-Analysis

ABSTRACT

Objective: To present a synthesis of the knowledge on the prevalence of adverse drug reactions (ADRs) related to tedizolid through a systematic review with meta-analysis.

Methods: A comprehensive search was conducted in PubMed, Web of Science, Scopus, LILACS, SciELO, and TesiUNAM databases up to April 20, 2025, following PRISMA guidelines. Experimental, observational, and case report studies involving adults with reported adverse events associated with tedizolid were included. Risk of bias assessment and a meta-analysis were performed, pooling data by specific ADR, treatment duration, and route of administration, obtaining prevalence with 95% confidence intervals (CI).

Results: From 122 articles found, 13/30 were included in the qualitative synthesis: 6 cohort studies, 5 clinical trials, and 2 case reports, comprising a total of 2,626 patients; of these, 11 were included in the meta-analysis. The most frequent ADRs were observed with oral administration (PO) for more than 27 days (nausea 9%, 95% CI: 7.6–10.8%; diarrhea 5%, 95% CI: 1.6–9%). The most frequent hematological reaction was thrombocytopenia with long-term PO administration, 5% (95% CI: 2.2–10.2%).

Conclusion: The main ADRs of tedizolid are nausea, diarrhea, and thrombocytopenia, occurring at frequencies between 5–9% in long-term treatment, indicating a favorable safety profile.

Keywords: tedizolid, adverse drug reactions, thrombocytopenia, nausea, diarrhea

INTRODUCCIÓN

Las infecciones bacterianas agudas de la piel y la estructura de la piel son causa común de ingreso hospitalario entre pacientes adultos y ancianos. Estas infecciones a menudo son causadas por organismos Grampositivos, por ejemplo, *Staphylococcus aureus* y estreptococos β -hemolíticos¹, susceptibles a generar resistencia a los antibióticos.

La resistencia antimicrobiana sigue siendo un problema en el sistema de salud actual, ya que las infecciones por patógenos Grampositivos resistentes están asociadas a una alta morbilidad y mortalidad². Se ha demostrado que el *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) es el patógeno líder en pacientes hospitalizados³, seguido de enterococos resistentes a la vancomicina (VRE) presentes frecuentemente en unidades de terapia intensiva y hospitalización^{4,5}.

Al respecto, algunos de los fármacos utilizados para tratar infecciones por microorganismos MRSA y VRE son las oxazolidinonas como linezolid y tedizolid^{6,7}.

El fosfato de tedizolid, una oxazolidinona de segunda generación, es un profármaco inactivo y es convertido químicamente en tedizolid por las fosfatasa séricas. Su mecanismo de acción radica en la unión al ARN ribosómico 23S de la subunidad 50S, lo que evita la formación del complejo de iniciación 70S e inhibe la síntesis de proteínas.² La diferencia estructural entre linezolid y tedizolid incluye un grupo hidroximetilo en el lugar del grupo acetamida en la posición C-5 y un sustituyente en el anillo D (tetrazol)⁸ también existen diferencias en la dosis, mientras que el linezolid tiene una dosificación de 600 mg cada 12h, la dosis recomendada para el tedizolid es de 200 mg una vez al día⁹. La farmacocinética, seguridad y tolerabilidad del tedizolid en adultos jóvenes y mayores ha sido demostrada¹⁰, sin embargo, existe la posibilidad del desarrollo de efectos no deseados y reacciones adversas al medicamento (RAM).

Dentro de las oxazolidinonas, el linezolid se ha asociado a efectos adversos significativos como la mielosupresión y síntomas gastrointestinales¹¹, teniendo una probabilidad de provocar una RAM del 78%¹². Contrariamente, existe evidencia que indica que tedizolid tiene una menor incidencia de efectos adversos⁹ con menos reportes de trombocitopenia, neutropenia y RAM gastrointestinales en comparación con linezolid^{11,13}; aunque, un estudio sobre el reporte de eventos adversos de la *Food and Drug Administration* (FDA) de EU no encontró diferencia entre ambos fármacos

para producir trombocitopenia¹⁴, y una investigación reciente indica que la trombocitopenia asociada a tedizolid puede ocurrir independientemente de los niveles séricos del fármaco¹⁵, mostrando una inconsistencia en la información.

Así mismo, se ha encontrado que el tedizolid tiene un efecto serotoninérgico¹⁶. En este sentido, estudios *in vitro* señalan que es un inhibidor reversible no selectivo de la monoamino oxidasa (MAO), sin embargo, estudios clínicos en humanos señalan que esta acción sobre las MAO es débil¹⁷.

Existen dos revisiones sistemáticas con metaanálisis que refuerzan que el tedizolid tiende a presentar menos RAM que otros antibióticos para bacterias MRSA, sin embargo, están enfocadas a la eficacia y seguridad de los fármacos^{12,13}, y otra que señala que este antibiótico no muestra evidencia de eventos adversos que induzcan la suspensión del tratamiento¹⁸, sin hacer un análisis específico de posibles RAM provocadas. Por tal motivo, se planteó el presente trabajo con el objetivo de presentar una síntesis del conocimiento de la prevalencia de RAM relacionadas al tedizolid con base en lo reportado en la literatura a través de una revisión sistemática con metaanálisis. Esto con el fin de conocer más acerca de la seguridad del uso de este medicamento en adultos y saber que esperar cuando se administra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio y estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una revisión de la literatura acorde a los lineamientos de PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, por sus siglas en inglés)¹⁹ (Suplementario Tabla S1). Se realizó una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos de artículos científicos: PubMed, Scopus, *Web of Science*, LILACS, TesiUNAM y SciELO hasta 20 de abril de 2025, partiendo de la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las reacciones adversas asociadas al uso de tedizolid y su prevalencia?

De acuerdo con el acrónimo PEO, la estrategia de búsqueda utilizada fue: "Patient" AND ("tedizolid" OR "Torezolid" OR "Sivextro") AND ("adverse effect" OR "adverse reaction"). Se incluyeron estudios observacionales, experimentos y reportes de caso realizados con adultos, y que se encuentren en inglés o español. Se excluyeron los estudios *in vitro*, con población pediátrica, farmacocinéticos, de opinión y de revisión. Para las bases de datos LILACS, SciELO y TesiUNAM se utilizaron los términos en español y se

ajustó la estrategia con menos elementos para asegurar la recuperación de información.

Extracción de datos

Se realizó la evaluación de los títulos y resúmenes identificados con la estrategia de búsqueda de forma independiente por parte de dos revisores (SM-G y BR-H). Las discrepancias fueron discutidas con un tercer revisor (MAS-R). Se seleccionaron aquellos artículos que cumplían los criterios de inclusión, se recuperaron en texto completo y se analizaron para llevar a cabo la revisión sistemática. Una vez que los estudios fueron seleccionados, se realizó la extracción de los datos, los cuáles fueron primer apellido del primer autor, año de publicación, diseño de estudio, tamaño de la muestra, edad de los participantes, dosis del tratamiento, duración del tratamiento y reacciones adversas reportadas. Las RAM fueron agrupadas por su efecto sistémico o hematológico.

Para el metaanálisis se extrajeron los datos de frecuencia de reporte del tamaño total de la muestra, duración y dosis del tratamiento.

Evaluación del riesgo de sesgo y calidad de los estudios

Se evaluó la calidad metodológica de los estudios seleccionados aplicando la herramienta correspondiente de acuerdo con su diseño.

El sesgo en los estudios de cohorte fue evaluado mediante la herramienta Newcastle-Ottawa, que toma en cuenta tres dominios: selección, exposición y comparabilidad.

Para los ensayos clínicos se utilizó la herramienta Rob-2 de la Colaboración Cochrane mediante el software Review Manager (RevMan) V. 5.4.1.10, que toma en cuenta siete elementos relevantes para evaluar el riesgo: generación de la secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación, cegamiento de los participantes y del personal, cegamiento de los evaluadores de resultados, datos de resultados incompletos, informes selectivos de resultados y otras fuentes de sesgo.

Los reportes de caso o series de casos fueron evaluados con la herramienta CARE report guidelines (CARE) que evalúa ocho dominios: título, palabras clave, introducción, hallazgos clínicos, línea del tiempo, intervención terapéutica, perspectiva del paciente y consentimiento informado.

Análisis estadístico

Para estimar la prevalencia de RAM asociadas al uso de tedizolid, se realizó un metaanálisis utilizando el software MedCalc V. 23.0.2 (MedCalc Software Ltd.) con los datos cuantitativos recolectados. Se cal-

culó la proporción dividiendo el número eventos por reacción adversa entre el total de pacientes estudiados (n) de cada reporte y su respectivo intervalo de confianza al 95% (IC95%). Este análisis se efectuó con datos similares de al menos dos estudios, agrupándolos por RAM específica, duración del tratamiento y vía de administración. A partir de estos resultados se construyeron los forest plot correspondientes. Se determinó la I^2 para establecer la heterogeneidad de los artículos, al ser mayor del 50% se llevó a cabo el análisis por efectos aleatorios²⁰.

RESULTADOS

Búsqueda en la literatura

El número total de artículos encontrados a partir de la búsqueda en las bases de datos fue de 122. Se eliminaron los estudios duplicados y aquellos que no cumplieran con los criterios de selección, y después de revisar los títulos y resúmenes fueron seleccionados 31 artículos, recuperándose 30 en texto completo. Tras analizar el texto completo, 13 artículos cumplieron con los criterios de elegibilidad para formar parte de la revisión sistemática. Los artículos que no cumplieron con los criterios de elegibilidad y las razones de eliminación se presentan en la tabla suplementaria S2.

Para el metaanálisis se incluyeron 11 artículos que tenían RAM en común, vía de administración y duración iguales, además de los datos cuantitativos necesarios. (Figura 1)

Características de los estudios

En la revisión sistemática se incluyeron 6 estudios de cohortes, 5 ensayos clínicos y 2 reportes de caso, sumando un total de 2,626 pacientes. En todos se utiliza la misma dosis, 200 mg/d, y en la mayoría se emplea la vía oral (VO), en dos la intravenosa (IV) y dos combinan ambas vías. La VO fue la seleccionada en los reportes de caso^{16,31}. La duración del tratamiento es primordialmente de 6 a 7 días, aunque en tres estudios reportan seguimiento de 27 a 48 días²¹⁻²³, y un reporte de caso informa del uso durante 200 días³¹.

Se agruparon los estudios por el tipo de diseño para una mejor visualización de los resultados. La mayoría de RAM reportadas son molestias gastrointestinales, consideradas como sistémicas en este trabajo, independientemente del diseño de estudio.

Análisis cualitativo

En los estudios observacionales se reporta la mayor incidencia de náusea con un porcentaje que oscila del 8 al 15% y diarrea del 4 al 8%. Los trastornos hematológicos son poco frecuentes, solo en el

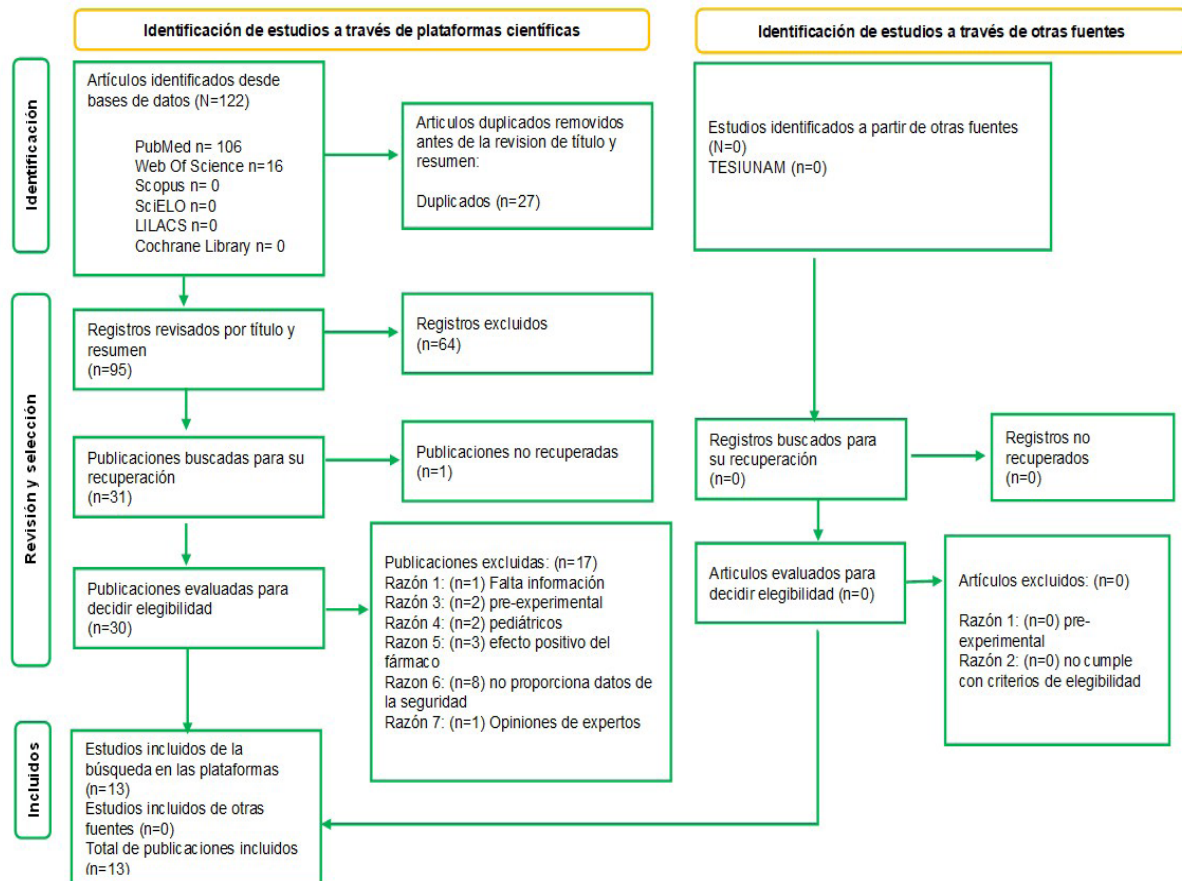
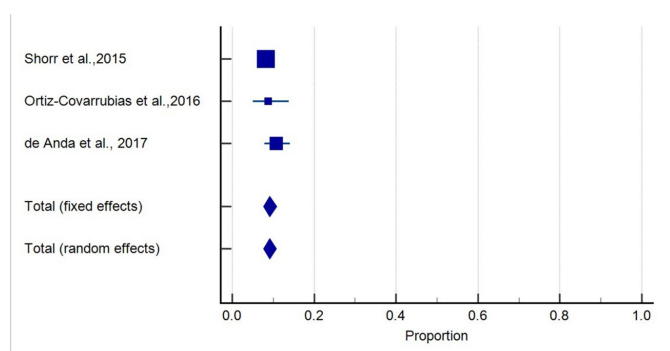
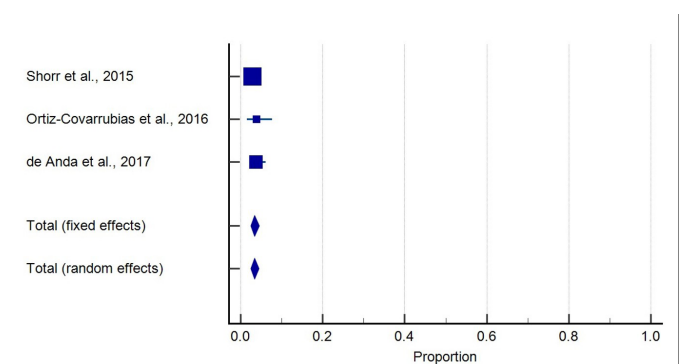
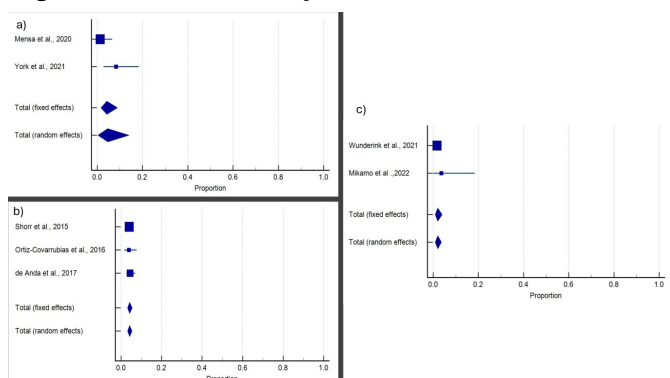
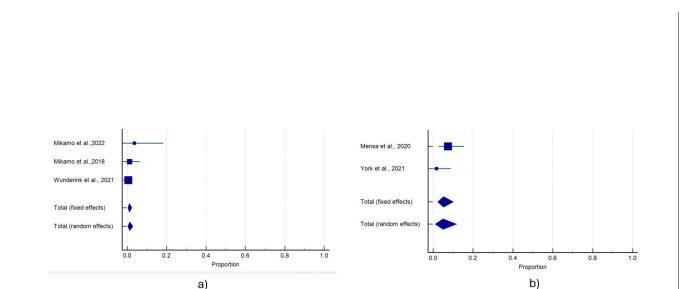
Figura 1. Diagrama de selección de artículos.**Figura 2. Proporción de náusea bajo el régimen de tedizolid 200 mg/d vía oral por 6-7 días.****Figura 4. Proporción de vomito bajo régimen de 200 mg/d de tedizolid por vía oral durante 6 días.****Figura 3. Proporción de diarrea, a) Régimen de tedizolid 200 mg/d vía oral por 27 días; b) tedizolid 200 mg/d vía oral por 6 días; c) tedizolid 200 mg/d vía intravenosa por 7 días.****Figura 5. Proporción de vomito bajo régimen de 200 mg/d de tedizolid por vía oral durante 6 días.**

Tabla 1. Características de los estudios observacionales incluidos.

Estudio, año de publicación	Diseño de estudio	Población de estudio/edad	Dosis, vía de administración/ tiempo del tratamiento	Reacciones adversas reportadas asociadas al tedizolid	
				Categoría	Frecuencia
Mensa et al., 2020 ^[21]	Cohorte retrospectiva	n = 81 Mediana 66 años	200 mg/d VO/media 28 días		
				Sistémico	Diarrea 1 (1.2%) Náusea y vómito 1 (1.2%)
				Hematológico	Anemia 1 (1.2%) Trombocitopenia 6 (7.4%) Leucopenia 1 (1.2%) Linfopenia 1 (1.2%)
York et al., 2021 ^[22]	Cohorte retrospectiva	n = 60 Edad no especificada	200 mg/d VO/media 27 días		
				Sistémico	Nausea 9 (15%) Fatiga 7 (12%) Xerostomía 3 (5%) Heces blandas 5 (8%) Lesión renal aguda 2 (3%)
				Hematológico	Mareo 2 (3%) Anemia 1 (2%) Trombocitopenia 1 (2%) Leucopenia 1 (2%)
Poon et al., 2021 ^[23]	Cohorte retrospectiva	n = 14 Mediana: 64 años	200 mg/d VO/mediana 48 días		
				Sistémicos	Náusea y vómito 1 (7%)
				Hematológicos	No reportados
Shorr et al., 2015 ^[24]	Cohorte retrospectiva*	n = 662 Mediana: 44.5 años	200 mg/d VO/6 días		
				Sistémico	Náusea 54 (8.2%) Diarrea 26 (3.9%) Vomito 19 (2.9%) Cefalea 41 (6.2%) Mareo 12 (1.8%) Prurito generalizado 11 (1.7%) Insomnio 10 (1.5%)
				Hematológico	No reportados
Ortiz-Covarrubias et al., 2016 ^[25]	Cohorte retrospectiva*	n = 182 Media: 40.8 años	200 mg/d VO/media 6 días		
				Sistémico	Náusea 16 (8.8%) Diarrea 7 (3.8%) Vómitos 7 (3.8) Constipación 4 (2.2%)
				Hematológico	No reportados
Fang et al., 2024 ^[26]	Cohorte retrospectiva	n = 463 Mediana: 61 años	200 mg/d VO/mediana 6 días	Reacciones adversas en grupo para tratamiento que resultaron en la interrupción del tratamiento	
				Sistémicos	Reacciones cutáneas 3 (0.65%) Náuseas 1 (0.2%) Síndrome serotoninérgico 1 (0.2%)
				Hematológicos	Trombocitopenia 2 (0.2%)

*Se consideró cohorte retrospectiva por ser un estudio secundario que utilizó los datos de ensayos clínicos previos. VO: vía oral.

Tabla 2. Características de los estudios experimentales incluidos.

Estudio, año de publicación	Diseño de estudio	Población de estudio/edad	Dosis, vía de administración/ tiempo del tratamiento	Reacciones adversas reportadas asociadas al tedizolid	
				Categoría	Frecuencia
de Anda et al, 2017 ^[27]	Ensayo clínico aleatorizado	n = 401 Media: 40.3 años	200 mg/d VO/6 días	Sistémico	Diarrea 18 (4.5%) Nausea 43 (10.7%) Vómito 15 (3.7%) Cefalea 22 (5.5%) Prurito generalizado 10 (2.5%) Infección vulvovaginal 2 (0.5%)
				Hematológico	No reportados
Lv et al, 2019 ^[28]	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego	n = 292 Media: 45.7 años	200 mg/d IV/VO/6 días	Sistémico	Náusea 11 (3.8%) Diarrea 4 (1.4%) Vómitos 4 (1.4%) Flebitis 8 (2.7%) Función hepática anormal 2 (0.7%)
				Hematológico	No reportados
Wunderink et al, 2021 ^[29]	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego	n = 357 Mediana: 61 años	200 mg/d IV/7 días	Sistémico	Diarrea 6 (1.7%) Náuseas 2 (0.6%) Vómitos 2 (0.6%) ALT aumentada 3 (0.8%) AST aumentada 2 (0.6%)
				Hematológico	Anemia 2 (0.6%) Trombocitopenia 2 (0.6%)
Mikamo et al, 2022 ^[30]	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego	n = 28 Mediana 75.5 años	200 mg/d IV/7 días	Sistémico	Diarrea 1 (3.6%)
				Hematológico	Anemia 1 (3.6%)
Mikamo et al, 2018 ^[9]	Ensayo clínico aleatorizado	n = 84 Media: 63.4 años	200 mg/d IV/VO/ media: 10 días	Sistémico	Diarrea 1 (1.2%) Distensión abdominal 1 (1.2%)
				Hematológico	Anemia 1 (1.2%)

IV: vía intravenosa; VO: vía oral.

Tabla 3. Datos recabados en los reportes de caso.

Estudio, año de publicación	Características del paciente	Dosis, vía de administración/ tiempo de tratamiento	Hallazgos
de Castro, et al. 2020 ^[16]	Masculino, 34 años. Tratado por infección por <i>Staphylococcus epidermidis</i> multirresistente en una prótesis de cadera, bajo tratamiento con antidepresivos y antihipertensivos	200 mg/d VO/4 dosis	Se discontinuó el tratamiento por presencia de crisis hipertensiva que se controló con enalapril y la suspensión del tratamiento
Chomei et al. 2022, et al. ^[31]	Masculino de 70 años. Antecedentes de síndrome nefrótico presenta infección pulmonar por <i>Pneumocystis</i> y <i>Nocardia nova</i> . Después de diversos tratamientos con antibióticos se seleccionó tedizolid.	200 mg/d VO/200 días	El tratamiento fue suspendido a las tres semanas debido a una anemia por sangrado gastrointestinal no asociado al tratamiento, por lo que se continuó hasta completar los 200 días. Solo se observó una trombocitopenia leve (100 X 10 ⁴ /μL) asociada al tedizolid.

IV: vía intravenosa; VO: vía oral.

trabajo de Mensa et al., 2020²¹ se informa del 7% de trombocitopenia y tres estudios no reportan este tipo de reacciones²³⁻²⁵. Los trabajos de Shorr et al., 2015²⁴ y York et al., 2021²² son los que encontraron más RAM con incidencias más altas, difiriendo en el tiempo de seguimiento, 6 días y en promedio 28 días, respectivamente. (Tabla 1)

Los ensayos clínicos tuvieron una duración de 6 a 7 días, excepto el de Mikamo et al., 2018⁹ que hicieron un seguimiento de 7 a 14 días con un promedio de 10 días con muy baja incidencia de RAM. De Anda et al., 2017²⁷ informan la frecuencia más alta de RAM sistémicas, principalmente gastrointestinales, sin encontrar hematológicas. Tres artículos informan de anemia como RAM hematológica^{9,29,30} y otro refiere dos pacientes con trombocitopenia²⁹. (Tabla 2)

Hay un reporte de síndrome serotoninérgico en los estudios observacionales²⁶ (Tabla 1); además, de una sospecha de este trastorno en un reporte de caso¹⁶ en donde después de cuatro dosis, el medicamento se suspendió por la manifestación de crisis hipertensiva. El otro reporte de caso informa de una leve trombocitopenia³¹. (Tabla 3).

Riesgo de sesgo

En general, los artículos incluidos no presentan riesgo de sesgo metodológico, independientemente del diseño. Todos los estudios observacionales tienen una calificación alta en el Newcastle-Ottawa, lo que nos indica que se cumple con los parámetros evaluados (Suplementaria Tabla S3).

Con relación a los estudios experimentales se encontró que solo un artículo tiene un riesgo moderado al incumplir con un parámetro y tener otro con

riesgo moderado (Suplementario Figura S1). Los reportes de caso se pueden considerar sin riesgo de sesgo (Suplementario Tabla S5).

Análisis cuantitativo

Independientemente de la duración del tratamiento y la forma de administración, las RAM más frecuentes son la náusea y la diarrea. Después de 6 a 7 días de tratamiento por VO, la proporción de náusea es del 9% (IC95%: 7.6-10.8%) (Figura 2).

En la figura 3 podemos observar la proporción de reportes de diarrea en los diferentes artículos. Después de 27 días de tratamiento por VO la frecuencia es mayor (5%, IC95%: 1.6-9%), semejante a la VO por 6 días (4%, IC95%: 3.2-5.4%) y un poco más alta que la IV de 7 días (2%, IC95%: 0.8-3.9%).

Con relación al vómito, no hay reportes de esta RAM en dosis a largo plazo. Durante el tratamiento convencional de 6 días, la proporción es del 3% (IC95%: 2.4-4.5%). (Figura 4)

El trastorno hematológico más frecuentemente reportado como secundario al tedizolid fue la trombocitopenia por VO a largo plazo con un 5% (IC95% 2.2-10.2%) (Figura 5). El otro reporte hematológico fue la anemia, aunque con una proporción muy baja. Para la administración VO por 27 días es del 1% (IC95% 0.2-2.9%) (Figura 5).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión sistemática y metaanálisis muestran que el tedizolid presenta un perfil de seguridad favorable, con una baja frecuencia de reacciones adversas, siendo las más comunes la náusea (7%) y diarrea (5%) en tratamientos orales

prolongados (≥ 27 días). Estos resultados coinciden con revisiones previas que reportan una menor incidencia de RAM con tedizolid en comparación con linezolid⁹, especialmente en eventos gastrointestinales y hematológicos, aunque no mostraron diferencia significativa.^{14,34} Contrariamente, un reporte que analiza la literatura del 2018 señalaba que ambos fármacos tenían semejante frecuencia, severidad y tipos de RAM, siendo las gastrointestinales más frecuentes (13%) con la posología tradicional en ambos casos³⁵. Esta aparente discordancia puede deberse a que se han incrementado los reportes de investigación, los cuales han modificado la forma de obtención de la información y los criterios en la definición de las RAM, haciendo más objetiva la detección de los eventos no deseados del medicamento.

En el caso de trombocitopenia y anemia, si bien son poco frecuentes, muestran una tendencia a incrementarse con el uso prolongado, como se ha reportado anteriormente³⁶. En este sentido, se ha demostrado una trombocitopenia leve provocada por tedizolid^{31,37}, lo que respalda la necesidad del monitoreo hematológico en tratamientos de más de dos semanas. Como resultado del metaanálisis se resalta una frecuencia de esta alteración hematológica en un 5% y aunque un estudio reciente informa un 14% de trombocitopenia como RAM, lo que contrasta con el resultado de este metaanálisis, aunque hay que tomar en cuenta que fueron solo 2 pacientes de 14, por lo que el resultado no es algo representativo¹⁵. También es importante resaltar que se ha propuesto que la trombocitopenia puede estar asociada a infección por hepatitis C¹⁴ y que esta combinación por lo general no es considerada en los diferentes estudios pudiendo ser un sesgo.

Así mismo, es importante mencionar que en algunos casos el tedizolid ha demostrado revertir la trombocitopenia inducida por linezolid^{33,38}, lo que sugiere un perfil hematológico más seguro. Además, se ha encontrado en un reporte de caso la corrección de neutropenia grave inducida por linezolid mediante el cambio de terapia a tedizolid.³⁹ No obstante, estos aparentemente alentadores resultados, no deben asumirse universalmente, ya que existen reportes en donde la trombocitopenia aparece independientemente de los niveles séricos del fármaco¹⁵.

En cuanto a reacciones adversas menos comunes, el síndrome serotoninérgico fue infrecuente pero documentado, tanto en estudios observacionales²⁶ como sospechas de esta reacción adversa¹⁶. Si bien los estudios in vitro muestran que el tedizolid es

un inhibidor reversible y débil de la MAO, existe también la posibilidad de interacción con fármacos serotoninérgicos, lo cual debe considerarse, aunque se ha reportado que esta interacción tiene una incidencia baja^{17,26}. Esto es reforzado por una revisión de la literatura reciente que señala que el reporte de alteraciones serotoninérgicas, acidosis láctica, mielosupresión y neuropatías es prácticamente nulo en monoterapia. Las escasas ocasiones en las que aparece el síndrome serotoninérgico está asociado a la terapia conjunta con este tipo de fármacos³⁹.

Cabe resaltar, que 5 reportes de caso y series de casos fueron eliminados de esta revisión sistemática porque no encontraron RAM asociadas al tratamiento, la mayoría a largo plazo^{37,40-43}, lo cual puede ser positivo para la seguridad del fármaco. También que en la evaluación de sesgo, la mayoría de los estudios, independientemente del diseño, presentan buena calidad metodológica, lo que aporta confianza a los resultados de esta revisión.

Entre las limitaciones de este trabajo destacan que no fue registrado en una base de *datos ad hoc*, la mayoría de los estudios incluidos se evaluaron en escenarios hospitalarios y por periodos cortos (6-7 días), lo que reduce la capacidad de estimar con precisión la seguridad del fármaco a largo plazo; solo los reportes y serie de casos fueron a largo plazo, aunque metodológicamente son exclusivamente descriptivos. Además, la heterogeneidad entre estudios, en términos de población, comorbilidades y reportes de RAM que han cambiado a través del tiempo, pueden influir en las estimaciones de las prevalencias. No obstante, este estudio tiene como fortaleza el cálculo de la prevalencia de RAM asociadas al tedizolid tomando en cuenta los reportes existentes desde el inicio de uso hasta el momento, por lo que estos hallazgos nos permiten concluir que el tedizolid tiene como RAM principales náusea, diarrea y trombocitopenia en frecuencias entre 5-9%, principalmente en tratamiento a largo plazo, por lo que posee un buen perfil de seguridad independiente de la forma administración; sin embargo, se requieren más investigaciones, particularmente estudios prospectivos y de seguimiento prolongado, para caracterizar con mayor exactitud el perfil de seguridad de este fármaco en la práctica clínica real.

Conflictos de interés:

Los autores no tienen ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Falcone M, Concia E, Giusti M, Mazzone A, Santini C, Stefani S, et al. Acute bacterial skin and skin structure infections in internal medicine wards: old and new drugs. *Intern Emerg Med*. 2016; 11, 637-48.
2. Kisgen JJ, Mansour H, Unger NR, Childs LM. Tedizolid: A new oxazolidinone antimicrobial. *Am J Health Syst Pharm*. 2014; 71(8), 621-33.
3. Zervos MJ, Freeman K, Vo L, Haque N, Pokharna, Raut M, et al. Epidemiology and outcomes of complicated skin and soft tissue infections in hospitalized patients. *J Clin Microbiol*. 2012; 50(2): 238-45.
4. Yan MY, Ruan GJ, Xue F, Zheng B, Lv Y. The prevalence and molecular epidemiology of vancomycin-resistant *Enterococcus* (VRE) carriage in patients admitted to intensive care units in Beijing, China. *J Microbiol Immunol Infect*. 2023; 56(2): 351-7.
5. Joshi S, Shallal A, Zervos M. Vancomycin-resistant *Enterococci*: Epidemiology, infection prevention, and control. *Infect Dis Clin North Am*. 2021; 35(4): 953-68.
6. Gudiol C, Shaw E, Pujol M, Carratalà. Pharmacotherapeutic options for treating *Staphylococcus aureus* bacteremia. *Expert Opin Pharmacother*. 2017; 18(18): 1947-63.
7. Riccardi N, Monticelli J, Antonello RM, Lallo GD, Frezza D, Luzzati R, et al. Therapeutic options for infections due to vanB genotype vancomycin-resistant *Enterococci*. *Microb Drug Resist*. 2021; 27(4): 536-45.
8. Locke JB, Finn J, Hilgers M, Morales G, Rahawi S, Stein JL, et al. Structure-activity relationships of diverse oxazolidinones for linezolid-resistant *Staphylococcus aureus* strains possessing the cfr methyltransferase gene or ribosomal mutations. *Antimicrob Agents Chemother*. 2010; 54(12): 5337-43.
9. Mikamo H, Takesue Y, Iwamoto Y, Kato M, Tanimura Y, Kohno S, et al. Efficacy, safety and pharmacokinetics of tedizolid versus linezolid in patients with skin and soft tissue infections in Japan – Results of a randomised, multicentre phase 3 study. *J Infect Chemother*. 2018; 24(6): 434-42.
10. Flanagan SD, Minassian SL, Prokocimer P. Pharmacokinetics, safety, and tolerability of tedizolid phosphate in elderly subjects. *Clin Pharmacol Drug Dev*. 2018; 7(7): 788-94.
11. Roger C, Roberts JA, Muller L. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of oxazolidinones. *Clin Pharmacokinet*. 2018; 57(5): 559-75.
12. Liu Q, He D, Wang L, Wu Y, Liu X, Yang Y, et al. Efficacy and safety of antibiotics in the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infections: A systematic review and network meta-analysis. *Antibiotics*. 2024; 13: 866.
13. Lan S-H, Lin W-T, Chang S-P, Lu L-C, Chao C-M, Lai C-C, et al. Tedizolid versus linezolid for the treatment of acute bacterial skin and skin structure infection: A systematic review and meta-analysis. *Antibiotics*. 2019; 8(3): 137.
14. Lee EY, Caffrey AR. Thrombocytopenia with tedizolid and linezolid. *Antimicrob Agents Chemother*. 2017; 62(1): e01453-17.
15. Shibata Y, Shiota A, Mori N, Asai N, Hagihara M, Mikamo H. Clinical efficacy and safety assessment of tedizolid using therapeutic drug monitoring. *J Infect Chemother*. 2025; 31(3): 102582.
16. de Castro Julve M, Miralles Albors P, Ortonobes Roig S, Vives R, Falgueras L, Gómez-Valent M. Hypertensive crisis following the administration of tedizolid: possible serotonin syndrome. *Eur J Hosp Pharm*. 2020; 27(1): 52-4.
17. Flanagan S, Bartizal K, Minassian SL, Fang E, Prokocimer P. In vitro, in vivo, and clinical studies of tedizolid to assess the potential for peripheral or central monoamine oxidase interactions. *Antimicrob Agents Chemother*. 2013; 57(7): 3060-6.
18. McCool R, Gould IM, Eales J, Barata T, Arber M, Fleetwood K, et al. Systematic review and network meta-analysis of tedizolid for the treatment of acute bacterial skin and skin structure infections caused by MRSA. *BMC Infect Dis*. 2017; 17(1): 39.
19. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372: n71.
20. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 6.5. (Updated August 2024). Cochrane, 2024. Available online: <https://training.cochrane.org/handbook/current> (accessed on 15 May 2025).
21. Mensa Vendrell M, Tasiás Pitarch M, Salavert Lletí M, Calabuig Muñoz E, Morata Ruiz L, Castells Lao G, et al. Safety and tolerability of more than six days of tedizolid treatment. *Antimicrob Agents Chemother*. 2020; 64(7): e00356-20.
22. York JA, Adams K, Cullen L, Delahay J, Ivan M, Barlow G, et al. Tedizolid: a service evaluation in a large UK teaching hospital. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2021; 40(2): 397-405.
23. Poon YK, La Hoz RM, Hynan LS, Sanders J,

Monogue ML. Tedizolid vs. linezolid for the treatment of nontuberculous Mycobacteria infections in solid organ transplant recipients. *Open Forum Infect Dis.* 2021;8(4): ofab093.

24. Shorr AF, Lodise TP, Corey GR, De Anda C, Fang E, Prokocimer P, et al. Analysis of the phase 3 ESTABLISH trials of tedizolid versus linezolid in acute bacterial skin and skin structure infections. *Antimicrob Agents Chemother.* 2015; 59(2): 864-71.

25. Ortiz-Covarrubias A, Fang E, Prokocimer PG, Flanagan SD, Zhu X, Nannini EC, et al. Efficacy, safety, tolerability and population pharmacokinetics of tedizolid, a novel antibiotic, in Latino patients with acute bacterial skin and skin structure infections. *Braz J Infect Dis.* 2016; 20(6): 184-92.

26. Fang Y, Clarke LG, Smith BJ, Shah S. Incidence of serotonin syndrome in patients receiving tedizolid and concomitant serotonergic agents. *Antimicrob Agents Chemother.* 2024; 68(10): e0087024.

27. De Anda C, Anuskiewicz S, Prokocimer P, Vazquez J. Outpatient treatment of acute bacterial skin and skin structure infections (ABSSSI) with tedizolid phosphate and linezolid in patients in the United States: Subgroup analysis of 2 randomized phase 3 trials. *Medicine (Baltimore).* 2017; 96(52): e9163.

28. Lv X, Alder J, Li L, O'Riordan W, Rybak MJ, Wilcox MH, et al. Efficacy and safety of tedizolid phosphate versus linezolid in a randomized phase 3 trial in patients with acute bacterial skin and skin structure infection. *Antimicrob Agents Chemother.* 2019; 63(7): e02252-18.

29. Wunderink RG, Roquilly A, Croce M, Rodriguez Gonzalez D, Fujimi S, De Anda C et al. A phase 3, randomized, double-blind study comparing tedizolid phosphate and linezolid for treatment of ventilated Gram-positive hospital-acquired or ventilator-associated bacterial pneumonia. *Clin Infect Dis.* 2021; 73(3): e710-18.

30. Mikamo H, Nagashima M, Kusachi S, Fujimi S, Oshima N, Takase A, et al. Efficacy and safety of tedizolid for the treatment of ventilated gram-positive hospital-acquired or ventilator-associated bacterial pneumonia in Japanese patients: Results from a subgroup analysis of a phase 3, randomized, double-blind study comparing tedizolid and linezolid. *J Infect Chemother.* 2022; 28(9): 1235-41.

31. Chomei Y, Nishimura S, Iwata K. Long-term use of tedizolid for pulmonary nocardiosis. *J Infect Chemother.* 2022; 28(8): 1172-6.

32. Flanagan S, Bartizal K, Minassian SL, Fang E, Prokocimer P. In vitro, in vivo, and clinical studies

of tedizolid to assess the potential for peripheral or central monoamine oxidase interactions. *Antimicrob Agents Chemother.* 2013; 57(7): 3060-6.

33. Ueda T, Nakajima K, Ichiki K, Ishikawa K, Yamada K, Takesue Y, et al. Correction of thrombocytopenia caused by linezolid with scheduled sequential tedizolid use in patients with vertebral osteomyelitis by antibiotic resistant Gram-positive organisms. *J Infect Chemother.* 2022; 28(7): 1023-8.

34. Lodise T, Fang E, Minassian S, Prokocimer P. Platelet profile in patients with acute bacterial skin and skin structure infections receiving tedizolid or linezolid: Findings from the phase 3 ESTABLISH clinical trials. *Antimicrob Agents Chemother* 2014; 58(12):7198-204.

35. Hardalo C, Lodise TP, Bidell M, Flanagan S, De Anda C, Anuskiewicz S, Prokocimer P. Clinical safety and tolerability of tedizolid phosphate in the treatment of acute bacterial skin and skin structure infections. *Expert Opin Drug Saf.* 2018;17(4):359-367.

36. Lodise T, Bidell M, Flanagan S, Zasowski E, Prokocimer P, et al. Characterization of the haematological profile of 21 days of tedizolid in healthy subjects. *J Antimicrob Chemother* 2016; 71(9):2553-8.

37. Morrisette T, Molina K, Da-Silva B, Mueller S, Fish D, et al. Real-world use of tedizolid phosphate for 28 days or more: A case series describing tolerability and clinical success *Open Forum Infect Dis.* 2022; 9(6): ofac028.

38. Karaushi H, Seki M, Miyawaki Y, Watanabe N, Kamoshita F, Mitsutake K. A Mycobacterium tuberculosis-infected patient who could not tolerate oral intake successfully treated using an intravenous tedizolid-containing regimen. *Am J Case Rep.* 2022;23:e937485.

39. Greenfield A, Deja E, Lee K, Sastry S, Rittmann B. Linezolid and tedizolid adverse effects: a review on serotonin syndrome, myelosuppression, neuropathies, and lactic acidosis. *Antimicrob Steward Healthc Epidemiol.* 2025;5(1):e20.

40. Kobayashi S, Kase M, Matsubara M, Kitaoka A, Yasu T. Efficacy and safety of tedizolid in a patient with linezolid-induced neutropenia: A case report. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2021 59(9):627-629.

41. Yokota K, Kawakami K. Efficacy and side-effect profile of tedizolid in the treatment of streptococcal toxic shock syndrome due to clindamycin-resistant *Streptococcus pyogenes*: A case report. *J Infect Chemother.* 2024;30(8):785-788.

42. Kirkegaard C, Parramón-Teixidó CJ, Morales-

Comas C, Clemente Bautista S, Rivero Deniz J, Fernández-Hidalgo N. Use of oxazolidinones (linezolid or tedizolid) for the treatment of breast infections. A case series from a tertiary referral hospital. *Infection*. 2024;52(4):1585-1593.

43. Matin A, Sharma S, Mathur P, Apewokin SK. Myelosuppression-sparing treatment of central nervous system nocardiosis in a multiple myeloma patient utilizing a tedizolid-based regimen: a case report. *Int J Antimicrob Agents*. 2017;49(4):488-

Figura S1. Riesgo de sesgo de los estudios experimentales.

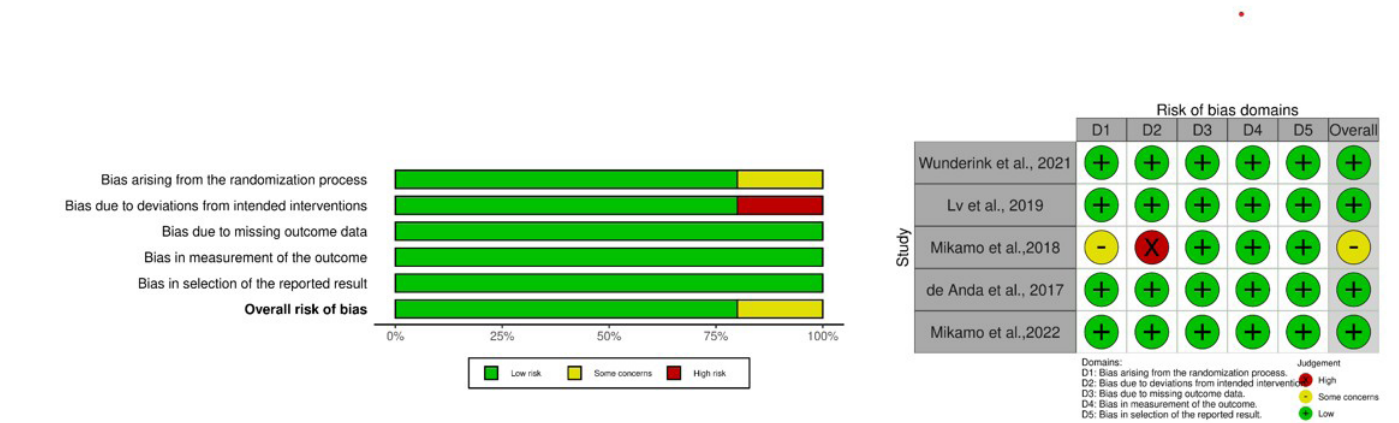


Tabla S1. Lista de cotejo de PRISMA:

Sección/tema	#	Item de la lista de verificación	Localización del Item en la publicación #
Título			
Título	1	Identifique la publicación como revisión sistemática.	1
Resumen			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración	
PRISMA 2020	2		
Introducción			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente	3
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	4
Métodos			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	5
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	5
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	5
Proceso de selección de estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	5
Proceso de extracción de datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	5
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	5
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (missing) o incierta.	5
Evaluación del riesgo de sesgos de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	6
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	6
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n.5).	6
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	6
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	8
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metaanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	8
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, meta regresión).	6
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	6
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).	6
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	6

Tabla S1. Lista de cotejo de PRISMA: (continuación)

Resultados			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	7
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	27 y 28
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	10, 11, 12, 13 y 14
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	31
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	10, 11, 12, 13 y 14
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	15
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metaanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.	16, 17 y 18
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	16, 17 y 18
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	16, 17 y 18
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos de en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.	29, 30 y 31
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	29, 30 y 31
Discusión			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	18, 19 y 20
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	20
	23c	Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	20
	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.	20
Otra información			
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada.	NA
	24b	Indique donde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.	NA
	24c	Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	NA
Financiación	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	20
Conflicto de intereses	26	Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión.	20
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado en la revisión.	NA

Tabla S2. Motivos de exclusión de artículos:

Autor	Motivo de exclusión
14. Lee EY, Caffrey AR. Thrombocytopenia with tedizolid and linezolid. <i>Antimicrob Agents Chemother.</i> 2017;62(1):e01453-17	Es el análisis de una base de datos de reporte de reacciones adversas a medicamento
34. Lodise TP, Fang E, Minassian SL, Prokocimer PG. Platelet profile in patients with acute bacterial skin and skin structure infections receiving tedizolid or linezolid: findings from the Phase 3 ESTABLISH clinical trials. <i>Antimicrob Agents Chemother.</i> 2014;58(12):7198-204.	No se reporta reacciones adversas a medicamento
35. Hardalo C, Lodise TP, Bidell M, Flanagan S, De Anda C, Anuskiewicz S, Prokocimer P. Clinical safety and tolerability of tedizolid phosphate in the treatment of acute bacterial skin and skin structure infections. <i>Expert Opin Drug Saf.</i> 2018;17(4):359-367.	Análisis de la literatura
36. Lodise TP, Bidell MR, Flanagan SD, Zasowski EJ, Minassian SL, Prokocimer P. Characterization of the haematological profile of 21 days of tedizolid in healthy subjects. <i>J Antimicrob Chemother.</i> 2016;71(9):2553-8.	Estudio dosis-respuesta
37. Morrisette T, Molina KC, Da Silva B, Mueller SW, Damioli L, Krsak M, et al. Real-world use of tedizolid phosphate for 28 days or more: A case series describing tolerability and clinical success. <i>Open Forum Infect Dis.</i> 2022;9(6):ofac028.	No tiene información de reacciones adversas a medicamento.
38. Karaushi H, Seki M, Miyawaki Y, Watanabe N, Kamoshita F, Mitsutake K. A Mycobacterium tuberculosis-infected patient who could not tolerate oral intake successfully treated using an intravenous tedizolid-containing regimen. <i>Am J Case Rep.</i> 2022;23:e937485.	El tedizolid revirtió el efecto de trombocitopenia de linezolid
40. Kobayashi S, Kase M, Matsubara M, Kitaoka A, Yasu T. Efficacy and safety of tedizolid in a patient with linezolid-induced neutropenia: A case report. <i>Int J Clin Pharmacol Ther.</i> 2021;59(9):627-629.	No hubo reacción adversa después de 70 días de tratamiento.
41. Yokota K, Kawakami K. Efficacy and side-effect profile of tedizolid in the treatment of streptococcal toxic shock syndrome due to clindamycin-resistant <i>Streptococcus pyogenes</i> : A case report. <i>J Infect Chemother.</i> 2024;30(8):785-788.	No tiene información de reacciones adversas a medicamento.
42. Kirkegaard C, Parramón-Teixidó CJ, Morales-Comas C, Clemente Bautista S, Rivero Deniz J, Fernández-Hidalgo N. Use of oxazolidinones (linezolid or tedizolid) for the treatment of breast infections. A case series from a tertiary referral hospital. <i>Infection.</i> 2024;52(4):1585-1593.	Solo 2 pacientes recibieron tedizolid sin reportar reacciones adversas
43. Matin A, Sharma S, Mathur P, Apewokin SK. Myelosuppression-sparing treatment of central nervous system nocardiosis in a multiple myeloma patient utilizing a tedizolid-based regimen: a case report. <i>Int J Antimicrob Agents.</i> 2017;49(4):488-492.	No tiene información de reacciones adversas a medicamento.
Prokocimer P, Bien P, Surber J, Mehra P, DeAnda C, Bulitta JB, Corey GR. Phase 2, randomized, double-blind, dose-ranging study evaluating the safety, tolerability, population pharmacokinetics, and efficacy of oral torezolid phosphate in patients with complicated skin and skin structure infections. <i>Antimicrob Agents Chemother.</i> 2011;55(2):583-92.	Estudio farmacocinético
Prokocimer P, De Anda C, Fang E, Mehra P, Das A. Tedizolid phosphate vs linezolid for treatment of acute bacterial skin and skin structure infections: the ESTABLISH-1 randomized trial. <i>JAMA.</i> 2013;309(6):559-69.	Incluye población pediátrica
Moran GJ, Fang E, Corey GR, Das AF, De Anda C, Prokocimer P. Tedizolid for 6 days versus linezolid for 10 days for acute bacterial skin and skin-structure infections (ESTABLISH-2): a randomised, double-blind, phase 3, non-inferiority trial. <i>Lancet Infect Dis.</i> 2014;14(8):696-705.	Incluye pacientes pediátricos
Chen R, Shen K, Chang X, Tanaka T, Li L, Hu P. Pharmacokinetics and safety of tedizolid after single and multiple intravenous/oral sequential administrations in healthy Chinese subjects. <i>Clin Ther.</i> 2016;38(8):1869-79.	Estudio de farmacocinética
Joseph WS, Culshaw D, Anuskiewicz S, De Anda C, Prokocimer P. Tedizolid and linezolid for treatment of acute bacterial skin and skin structure infections of the lower extremity versus non-lower-extremity infections. Pooled analysis of two phase 3 trials. <i>J Am Podiatr Med Assoc.</i> 2017;107(4):264-271.	No tiene información de reacciones adversas a medicamento.
Fang E, Muñoz KA, Prokocimer P. Characterization of neurologic and ophthalmologic safety of oral administration of tedizolid for up to 21 days in healthy volunteers. <i>Am J Ther.</i> 2017;24(2):e227-e233.	No hay reporte de reacciones adversas a medicamento.
Gatti M, Fusaroli M, Raschi E, Moretti U, Poluzzi E, De Ponti F. Serious adverse events with tedizolid and linezolid: pharmacovigilance insights through the FDA adverse event reporting system. <i>Expert Opin Drug Saf.</i> 2021;20(11):1421-31.	No tiene información completa del tratamiento.

Tabla S3. Análisis de sesgo Newcastle-Ottawa para estudios de cohortes:

Estudio		Selección			Comparabilidad		Exposición		Calificación final
	Representatividad de la cohorte expuesta	Selección de la cohorte no expuesta	Comprobación de la exposición	Demostración de que el resultado de interés no estaba presente al inicio del estudio	Comparabilidad de las cohortes sobre la base del diseño o análisis	Evaluación del resultado	El seguimiento fue lo suficientemente largo como para que ocurrieran los resultados	Adecuación del seguimiento de cohortes	
Shorr, et al., 2015	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Ortiz-Cavarrubias A, et al., 2016	1	1	1	1	1	1	1	1	8
York, et al., 2021	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Mensa et al., 2020	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Poon et al., 2021	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Fang et al., 2021	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Tabla S4. Análisis de sesgo CARE report guidelines (CARE) para reportes de caso o serie de casos.

Estudio (autor, año)	Título	Palabras clave	Resumen	Introducción	Información del paciente	Hallazgos clínicos	Línea de tiempo	Valoración diagnóstica	Intervención terapéutica	Seguimiento y resultados	Discusión	Perspectiva de paciente	Consentimiento informado	Total
Castro et al., 2020	0	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	0	0	14
Chomei et al., 2022	0	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	0	0	15

