



## CARTAS AL DIRECTOR

### Broncoscopia flexible en el paciente grave. Rentabilidad en tiempos de precisión

### Flexible bronchoscopy in the critically ill patient. Profitability in times of precision

Sr. Director:

Con agrado leímos el artículo publicado por Lucena et al.<sup>1</sup> que describe la experiencia de una unidad de vigilancia intensiva respiratoria (UVIR) con el uso de la broncoscopia flexible (BF) como método diagnóstico y terapéutico. Nos gustaría hacer algunos comentarios en relación al mismo.

Lucena et al. definen a la BF diagnóstica como rentable en la UVIR en función de los resultados obtenidos mediante el procedimiento. Es sabido que la sensibilidad y especificidad de los cultivos de muestras de secreción bronquial varía de acuerdo con la técnica empleada, siendo mayor para cultivos de muestras tomadas por BF, ya sea en lavado broncoalveolar o cepillado bronquial con cepillo protegido (se requieren  $10^4$  y  $10^3$  UFC respectivamente en cultivos cuantitativos), a diferencia de muestras de aspirado bronquial tomadas o no por BF en que se requiere un número mayor de UFC<sup>2</sup>. Partiendo de este punto, se espera que un estudio que es más sensible y específico sea más rentable en comparación con uno menos sensible y específico, si está disponible. Lucena et al. no describen si usaron técnicas de cultivos cuantitativos o semicuantitativos; además, el uso del broncoaspirado difuso no ofrece ninguna ventaja a la BF sobre el lavado bronquial por otras técnicas, haciendo que el costo del procedimiento no se justifique.

Otro factor que puede influir en los resultados, y por ende en el impacto de la BF en el estudio, es el tiempo desde la sospecha clínica de neumonía hasta la realización de la BF, no descrito por Lucena et al. Se obtiene el máximo beneficio cuando la BF es temprana, idealmente antes del inicio o del cambio de la terapia antimicrobiana<sup>3</sup>. A pesar de que la BF es un procedimiento que se realiza a la cabecera del enfermo en la unidad de terapia intensiva (UTI), su uso como herramienta rápidamente disponible en el arsenal del intensivista (similar a lo que ocurre con la ecocardiografía) aun no está generalizado, y puede haber una demora considerable desde su indicación hasta su realización, dependiendo de la disponibilidad del equipo y de un operador. Se sugiere que la UTI cuente con la facilidad para realizar la BF de manera urgente y oportuna para un rango de indicaciones

diagnósticas y terapéuticas<sup>4</sup>. Por último, no se analizaron costos que determinen si la BF fue rentable en los pacientes sometidos al procedimiento, idealmente con la comparación con pacientes de las mismas características (gravedad y pronóstico) en quienes la sospecha clínica de neumonía se corroboró por otros medios.

Puede que evaluar la utilidad de la BF en la UTI para otras indicaciones menos frecuentes parezca difícil, sin embargo en casos como el control postraqueostomía, hemoptisis, neoplasia endobronquial, posicionamiento de stents y diagnóstico de estenosis traqueal o bronquial, la BF puede ser considerada el estándar o el estándar de oro.

La BF es un procedimiento seguro en la UTI<sup>5</sup>, hecho que aunado a su versatilidad y portabilidad, sin duda ampliarán su uso oportuno en el futuro, llevando al desarrollo de más trabajos como el de Lucena et al. que busquen demostrar su impacto.

## Bibliografía

1. Lucena CM, Martínez-Olondris P, Badia JR, Xaubet A, Ferrer M, Torres A, et al. Fibrobroncoscopia en una unidad de vigilancia intensiva respiratoria. *Med Intensiva*. 2012;36:389-95.
2. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. *Am J Infect Control*. 1988;16:128-40.
3. Guerreiro da Cunha Fragoso E, Rosal Gonçalves JM. Role of Fiberoptic Bronchoscopy in Intensive Care Unit Current Practice. *J Bronchol Intervent Pulmonol*. 2011;18:69-83.
4. British Thoracic Society guidelines on diagnostic flexible bronchoscopy. British Thoracic Society Bronchoscopy Guidelines Committee, a Subcommittee of the Standards of Care Committee of the British Thoracic Society. *Thorax* 2001;56 suppl 1:i1-21.
5. Olopade CS, Prakash UBS. Bronchoscopy in the critical care unit. *Mayo Clin Proc*. 1989;64:1255-63.

P. Álvarez-Maldonado<sup>a,b,\*</sup> y R. Martínez-Zubieta<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Español de México, México D.F., México, miembros de ARUAL Medicina de Reanimación S.C.

<sup>b</sup> Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital General de México O.D., México D.F., México

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pamyacs@yahoo.com](mailto:pamyacs@yahoo.com)

(P. Álvarez-Maldonado).

doi:10.1016/j.medin.2012.01.001