

## Respuesta a: «Broncoscopia flexible en el paciente grave. Rentabilidad en tiempos de precisión»

### Reply to: "Flexible bronchoscopy in the critical patient. Yield in precision times"

Sr. Director:

Ante todo, agradecer a los Dres. Álvarez-Maldonado y Martínez-Zubieta<sup>1</sup>, el interés mostrado por nuestro artículo<sup>2</sup> y sus interesantes comentarios. Nos gustaría recordar que el diseño del estudio era meramente descriptivo y perseguía conocer cuál era el papel de la fibrobroncoscopia en una unidad de vigilancia intensiva respiratoria (UVIR) dirigida por neumólogos. La exploración endoscópica era solicitada por los neumólogos responsables de la UVIR, en base a un juicio clínico y no a criterios objetivos preestablecidos. Teniendo en cuenta la naturaleza del estudio, se comprende que aspectos como la comparación entre la rentabilidad o el coste de las diversas técnicas endoscópicas, aún siendo de gran relevancia e interés, no pudieran ser evaluadas de forma adecuada. Como es bien sabido, el debate sobre las técnicas broncoscópicas en el diagnóstico de la neumonía asociada al ventilador no está cerrado a pesar de los estudios aleatorizados realizados<sup>3</sup>, y no existe consenso sobre cuál es el manejo clínico ideal<sup>4</sup>. En nuestra unidad, tal como se describe en el trabajo de Rañó et al.<sup>5</sup>, los cultivos bacterianos tanto del broncoaspirado difuso como del lavado broncoalveolar eran cuantitativos y esta última técnica, como norma general, solo se practicaba a enfermos inmunodeprimidos. La comparación entre dos grupos de pacientes con neumonía, diagnosticados por métodos endoscópicos o corroborado por otros medios, nos parece una idea de gran interés que puede clarificar algunos de los aspectos no resueltos sobre el

manejo óptimo de la neumonía en una unidad de vigilancia intensiva y que requiere de un diseño específico.

### 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. 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.
3. Canadian Critical Care Trials Group. A randomized trial of diagnostic techniques for ventilator-associated pneumonia. *N Engl J Med*. 2006;355:2619-30.
4. Fujitani S, Yu VL. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia: focus on nonbronchoscopic techniques (nonbronchoscopic bronchoalveolar lavage, including mini-BAL, blinded protected specimen brush, and blinded bronchial sampling) and endotracheal aspirates. *J Intensive Care Med*. 2006;21:17-21.
5. Rañó A, Agustí C, Jimenez P, Angrill J, De Benito N, Danés C, et al. Pulmonary infiltrates in non-HIV IC patients. A diagnostic approach using noninvasive and bronchoscopic techniques. *Thorax*. 2001;56:379-87.

C.M. Lucena<sup>1</sup> y C. Agustí\*

*Servicio de Neumología, Instituto Clínico del Tórax, Hospital Clínic de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona (UB), Ciber de Enfermedades Respiratorias (Ciberes) 2009 SRG 911, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cagusti@clinic.ub.es](mailto:cagusti@clinic.ub.es) (C. Agustí).

<sup>1</sup> Beca Josep Font 2009. Hospital Clínic de Barcelona. doi:10.1016/j.medin.2012.02.005