

antibióticos son de utilidad para predecir la etiología con patógenos endógenos¹. Pero dependiendo del empleo de antibióticos pueden no aislarse microorganismos como *H. influenzae* o recuperarse una media de 10 días después del ingreso^{1,2}. Los microorganismos de adquisición exógena, como *Acinetobacter baumannii* o *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MARSA), dependen de la presión de colonización y tienen patrones individualizados en cada institución¹. Por ello, la clasificación en precoces/tardías basada en 4 días nos parece poco práctica y asociada a riesgos.

La implicación conjunta entre intensivistas y microbiólogos es fundamental. La realización de tinciones directas en medios de transporte especiales permite evaluar la calidad de la muestra y puede anticipar el patógeno. Sin embargo, la monitorización de la colonización en pacientes intubados no permite anticipar la sensibilidad a los antimicrobianos: el cambio fenotípico en los episodios recurrentes es constante, a pesar de conservar el genotipo³. Una tesis doctoral (Pilar Cortés. Universidad Autónoma de Barcelona, 2001), analizando 1.612 aislamientos de *P. aeruginosa* en pacientes intubados, demostró que la obtención de aspirados traqueales dos veces por semana no permite anticipar la etiología. Otros autores⁴ encuentran que en el mejor de los casos, el aislamiento previo tiene una sensibilidad del 50%. Estos aislamientos contribuyen a una elección equivocada porque mayoritariamente se aíslan bacterias no implicadas en la infección pulmonar.

La administración de un tratamiento antibiótico de amplio espectro, seguido de "desescalamiento", representa la estrategia más segura para la reducción de fracasos terapéuticos¹. Una estrategia centrada en el paciente parece la óptima para decidir el espectro¹, mientras que la elección concreta del antibiótico debe basarse en la exposición previa.

J.J. GUARDIOLA, X. SARMIENTO y J. RELLO

Réplica

Sr. Director:

Agradecemos al Dr. Tejada y colaboradores su interés por nuestro artículo. Estamos de acuerdo en que numerosas evidencias demuestran que el retraso en recibir tratamiento adecuado se asocia a un aumento significativo de la mortalidad y morbilidad¹. Efectivamente, los días de estancia y el empleo de

BIBLIOGRAFÍA

1. Rello J, Paiva JA, Baraibar J, Barcenilla F, Bodí M, Castander D, et al. International Conference for the development of consensus on the diagnosis and treatment of ventilator-associated pneumonia. *Chest* 2001;120:955-70.
2. Rello J, Sa-Borges M, Correa H, Leal R, Baraibar J. Variations in etiology of ventilator-associated pneumonia around four treatment sites: implications for antimicrobial prescribing practices. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:608-13.
3. Rello J, Mariscal D, March F, Jubert P, Sánchez F, Valles J, et al. Recurrent *Pseudomonas aeruginosa* pneumonia in ventilated patient: relapse or reinfection? *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:912-6.
4. Hayon J, Figliani C, Combes A, Trouillet JL, Kassis N, Dombret MC, et al. Role of serial routine microbiologic culture results in the initial management of ventilator-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165:41-6.