

Álvaro Campillo-Soto<sup>a,\*</sup>, Leticia del Río-Medel<sup>b</sup>, Ramón Lirón-Ruiz<sup>a</sup> y José Luis Aguayo-Albasini<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

<sup>b</sup> Microbiología, Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

\*Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: alvaroalcubo@yahoo.es (Á. Campillo-Soto).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.eimc.2008.11.005

doi:10.1016/j.eimc.2009.07.013

## Respuesta de los autores

### Author's reply

Sr. Editor:

Es imprescindible la autoexigencia y el examen crítico, venga de donde venga, para mantener y elevar el nivel científico de los trabajos de investigación. Por otro lado, es loable que especialistas en una disciplina como Cirugía tengan curiosidad por los trabajos originales de Virología<sup>1</sup> que poco tienen que ver, probablemente, con su labor habitual. Sus consideraciones<sup>2</sup> sobre los aspectos estadísticos del trabajo citado son muy dignos de tener en cuenta, pues es así como podremos mejorar y dar validez a nuestras conclusiones.

De todas maneras, hay una serie de aspectos que difícilmente la estadística puede valorar. Una de las técnicas estudiadas, la de la inmunofluorescencia directa, en la que hay un alto grado de subjetividad, presenta los siguientes parámetros cuyos matices no se recogen en las estadísticas:

1. La calidad de la muestra: el número de células de tracto respiratorio, su tamaño y tiempo transcurrido entre la obtención y el estudio en el laboratorio.
2. El número de células infectadas.
3. La intensidad de la fluorescencia.
4. El contorno, la forma y el tamaño de las inclusiones intracelulares.
5. La situación y el número de inclusiones dentro de la célula.

Así, la estadística da el mismo valor a la muestra positiva con escasas células e inclusiones débilmente fluorescentes que a la de

abundantes células con inclusiones intensamente fluorescentes. Es en este punto donde el microscopista está en condiciones de valorar si la técnica empleada es de fácil interpretación y presenta una marcada diferencia, en la mayoría de las muestras, entre el positivo y el negativo. Es decir, si la técnica se puede considerar consistente.

Previo al trabajo que nos ocupa, ya se habían experimentado otros reactivos y los resultados no fueron lo suficientemente determinantes como para poderlos aconsejar.

El propósito del original comentado es, como se cita en éste, informar y orientar a aquellos laboratorios de Microbiología que desean realizar el diagnóstico de infección por metapneumovirus de una manera rápida y relativamente económica sobre 2 métodos que, en nuestra experiencia, hemos creído útiles y, por tanto, aconsejables en hospitales pediátricos.

## Bibliografía

1. Calicó I, Lowak M, Bas A, Betbesé MA, Fuentes F, Loaiza N. Estudio comparativo de inmunofluorescencia directa, enzimoimmunoanálisis y cultivo para el diagnóstico de las infecciones por metapneumovirus. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27:322–5.
2. Campillo-Soto A, Del Río-Medel L, Lirón-Ruiz R, Aguayo-Albasini JL. Algunas consideraciones sobre el estudio comparativo de técnicas diagnósticas para infecciones por metapneumovirus humano. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* doi: 10.1016/j.eimc.2009.07.013.

Ignacio Calicó \* y Michael Lowak

Unidad de Virología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: icalico@vhebron.net (I. Calicó).

doi:10.1016/j.eimc.2009.09.007

## Papel de las infecciones en la mortalidad del paciente quemado

### Role of infections on the mortality of burns patients

Sr. Editor:

Recientemente se ha publicado el estudio de Herruzo et al acerca del papel de la infección en la mortalidad del paciente quemado que ingresa en una unidad de cuidados intensivos (UCI)<sup>1</sup>.

Es muy interesante el enfoque del trabajo, que divide la cohorte global de 1.773 pacientes en 2 bloques, según la

estancia sea superior o inferior a 10 días, y los resultados en cuanto a la tasa de mortalidad e infecciones, que son envidiables; pero habría que hacer algunas puntualizaciones.

Aunque la metodología del trabajo dice desarrollarse en una UCI, los pacientes que presentan no son necesariamente de cuidados intensivos, por el bajo porcentaje de superficie corporal quemada (11,1–23,1%), el uso de vía central (12–37%) o la necesidad de ventilación mecánica (2,4–11,8%). Esto hace que la tasa de mortalidad sea mucho menor de lo que cabría esperar para pacientes quemados de cuidados intensivos y que sea posible que en este tipo de pacientes las infecciones desempeñen un papel más importante respecto a la mortalidad.