

Descontaminación digestiva selectiva**Selective digestive tract decontamination**

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el trabajo de García-San Vicente et al¹ sobre descontaminación digestiva selectiva (DDS) que aporta nuevo conocimiento de gran interés sobre los costes generados en el laboratorio de microbiología por el uso rutinario de la DDS. Deseamos hacer algunas consideraciones:

1. El cultivo de muestras de vigilancia en la DDS se realiza con el fin de obtener información sobre el estado de portador de los enfermos y sobre la resistencia antibiótica de su flora. El cultivo microbiológico de las muestras de aspirado traqueal y de contenido gástrico no forma parte del protocolo estándar de la DDS, ya que no proporciona información relevante más allá de la obtenida con el cultivo de las muestras de orofaringe y recto². La retirada de esas muestras, aspirado traqueal y estómago, disminuiría los costes imputados a la DDS.
2. Los autores no indican si la variación en la carga de trabajo guarda relación con el número de enfermos ingresados y/o con las estancias generadas durante los períodos de estudio. Creemos que sería conveniente ajustar esa carga de trabajo por alguno de esos parámetros.
3. Los autores no proporcionan información sobre si el número de cepas aisladas se refiere al de las muestras recibidas o si han excluido las muestras que pueden considerarse «copias», microorganismo aislado en el mismo enfermo con igual antibiotípico. Estas muestras, consideradas copias, deben, a nuestro juicio, excluirse, ya que son duplicados³.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.eimc.2009.03.005

doi:10.1016/j.eimc.2010.03.003

4. La resistencia bacteriana que figura en el artículo no se refiere aparentemente a la comparación de los dos períodos de estudio (mayo 2001-abril 2002 frente a mayo 2002-abril 2003), sino a la evolución de la resistencia antibiótica en el servicio de Medicina Intensiva entre los años 1996-2007. Por ello, no se nos permite conocer la evolución de la resistencia bacteriana en los períodos pre y post DDS.

Bibliografía

1. García-San Vicente B, Canut A, Labora A, Otazua M, Corral E. Descontaminación digestiva selectiva: repercusión en la carga de trabajo y el coste del laboratorio de microbiología y tendencias en la resistencia bacteriana. *Enferm Infect Microbiol Clin.* 2010;28:75-81.
2. van Saene HKF, Damjanovic V, Alcock SR. Basics in microbiology for the patient requiring intensive care. *Current Anaesthesia and Critical Care.* 2001;12:6-17.
3. Fridkin SK, Steward CD, Edwards JR, Pryor ER, McGowan Jr JE, Archibald LK, et al. Surveillance of Antimicrobial Use and Antimicrobial Resistance in United States Hospitals: Project ICARE Phase 2. *Clinical Infectious Diseases.* 1999;29:245-52.

Miguel A. de la Cal^{a,*}, Hendrick K.F. van Saene^b y
Luciano Silvestri^c

^a Servicio de Medicina Intensiva y Grandes Quemados, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España

^b Department of Clinical Microbiology, University of Liverpool, Liverpool, Reino Unido

^c Department of Emergency and Unit of Anesthesia and, Intensive Care, Presidio Ospedaliero di Gorizia, Gorizia, Italia

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcal@ucigetafe.com (M.A. de la Cal).

Respuesta de los autores**Author's reply**

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios de los autores¹ en relación con el artículo publicado recientemente sobre la repercusión en la carga de trabajo y el coste del laboratorio de microbiología y las tendencias en la resistencia bacteriana a partir de la introducción de la descontaminación digestiva selectiva (DDS) en el servicio de medicina intensiva².

Respecto a las consideraciones efectuadas por los autores queremos hacer algunas aclaraciones:

1. Estamos de acuerdo con los autores, en la línea de lo establecido por Van Saene et al³, en que el cultivo microbiológico de orofaringe y recto puede proporcionar información suficiente sobre el estado de portador de patógenos potenciales del tracto digestivo. Prueba de ello es que desde el año 2005 los cultivos de vigilancia epidemiológica de nuestro hospital se restringen a este tipo de muestras. Sin embargo, durante el periodo de implantación de la técnica de DDS nos pareció conveniente ampliar los tipos de muestras para los cultivos de vigilancia

epidemiológica, con el objeto de valorar el impacto en la flora microbiana aislada de muestras del servicio de medicina intensiva (SMI). A pesar de ello y aunque la carga de trabajo microbiológico imputada al SMI aumentó un 10% y el coste un 1,8% en el periodo post-DDS, las variaciones no fueron estadísticamente significativas, debido a una redistribución del tipo de muestras remitidas (aumento de cultivos de vigilancia y disminución de la carga de trabajo derivada de los broncoaspirados cuantitativos, hemocultivos e identificaciones microbianas con antibiogramas). También queremos indicar que en los estudios más recientes y publicados con posterioridad al trabajo de Van Saene et al³, se observa una gran heterogeneidad en el tipo de muestras admitidas para cultivos de vigilancia epidemiológica. A modo de ejemplo, en el estudio de Leone et al⁴, se recoge nasofaringe, aspirado traqueal y orina; en el estudio de De Jonge et al⁵ y Al Naimei et al⁶ se recogen nasofaringe, recto y esputo; De la Cal et al⁷ recogen muestras de orofaringe, recto y muestras adicionales de nariz, sitio de traqueostomía y úlceras de presión; Heininger et al⁸ aspirado traqueal y orina; y de Smet et al⁹ muestras de orofaringe y aspirado traqueal.

2. En los dos períodos estudiados, tanto el número de ingresos como el número de estancias en el servicio de medicina intensiva fueron similares (521 ingresos y 3.175 estancias en el periodo pre-DDS y 518 ingresos y 3.078 estancias en el periodo post-DDS). De igual modo, no se observan diferencias