Medicina Intensiva 50 (2026) 502402

medicina intensiva

http://www.medintensiva.org/

CARTA AL EDITOR

Antibióticos betalactámicos para prevenir la neumonía asociada al ventilador en paciente en coma

B-lactam antibiotics to prevent ventilator-associated pneumonia in coma patients

Sr. Editor,

Con mucho interés hemos leído el metaanálisis de Meregildo-Rodríguez et al.[1] en relación con la prevención de neumonía asociada al ventilador (NAV), con el uso de antibióticos betalactámicos intravenosos, y nos permitimos mencionar algunas puntualizaciones:

Este metaanálisis se realizó con 3 ensayos clínicos controlados y randomizados en pacientes en coma por lesión neurológica aguda, grupo de pacientes que tienen un alto riesgo de neumoaspiración y posiblemente desarrollo de neumonía por aspiración, cuya incidencia se ha reportado que va entre el 5% hasta el 83%[2], lo que dificulta el diagnóstico entre neumonía por aspiración y NAV temprana. Solo el estudio de Sirvent et al. incluido en el metaanálisis menciona como criterio de exclusión la sospecha de neumoaspiración antes de la intubación endotraqueal. En función de esta observación, se podría considerar que la NAV temprana en este tipo de pacientes podría ser una neumonía por aspiración, y que la verdadera NAV es la que se desarrolla de forma tardía, pasados los 5 días de ventilación mecánica. Esta discrepancia podría influir en los resultados de este metaanálisis, ya que, el mayor impacto está en el grupo de la NAV temprana, lo que se correlaciona con evidencia de disminución de neumonía por aspiración en los pacientes con ictus isquémico que reciben antibióticos profilácticos[2].

Es importante mencionar que este metaanálisis incluye solo antibióticos betalactámicos; sin embargo, preocupa la variabilidad de esquemas usados, la duración de los esquemas y la posible generación de multirresistencia antimicrobiana principalmente con el uso de cefalosporinas de segunda y tercera generación[3]. El mecanismo fisiopatológico fundamental de la NAV es el cambio de la flora orofaríngea y el paso de microorganismos (micro aspiración) a los espacios subglóticos y al tracto respiratorio inferior, lo que se ha denominado transcolonización. Tradicionalmente se ha considerado que la NAV temprana es producida por bacterias multi sensibles; sin embargo, el enfoque actual en todo paciente es verificar los factores de riesgo para microorganismos multirresistentes, la gravedad del cuadro, etc., al momento de elegir un esquema antimicrobiano empírico[4]. En función de lo anterior, posiblemente los esquemas antimicrobianos usados para la profilaxis de la NAV deberán ser revisados en estudios futuros.

Por otro lado, el estudio fue realizado en países con altos ingresos económicos (España, Francia e Italia) en donde posiblemente los porcentajes de cumplimiento de las medidas básicas de control de infecciones son altos, y esta estrategia ayudaría a bajar aún más las tasas de NAV. En cambio, en los países con bajos y medianos ingresos económicos, todavía existen problemas de cumplimiento de actividades básicas de control de infecciones, deficiencia en la infraestructura hospitalaria, etc., y optar por esta acción de prevención de la NAV debería ser analizado[5].

A nuestro parecer los resultados de este estudio deben ser adaptados a la realidad de cada país e institución de salud, tomando en cuenta, en el caso de países con bajos y medianos ingresos económicos, que se deberían cumplir primero las medidas básicas de prevención de infecciones asociada a la atención de salud y de prevención de la NAV, antes de usar otras estrategias con mayor costo / beneficio, y con un posible impacto ecológico en la epidemiología bacteriana de las unidades de cuidados intensivos.

Contribución de los autores

Fausto Guerrero-Toapanta y Yeimi Herrera-Parra: conceptualización, investigación, administración, supervisión, redacción y revisión.

Uso de IA

Declaramos no uso de inteligencia artificial en este trabajo.

Financiación

Declaramos no haber recibido fuente financiadora externa, patrocinadores ni con el tema a investigarse.

https://doi.org/10.1016/j.medin.2026.502402
0210-5691/© 2026 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Bibliografía

1. Meregildo-Rodriguez ED, Ortiz-Pizarro M, Asmat-Rubio MG, Fernandez-Narváez CG, Vásquez-Tirado GA. β-lactam antibiotics to prevent ventilator-associated pneumonia (VAP) in coma patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Med Intensiva (Engl Ed). 2025;49:502199, http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2025.502199.
2. Lidetu T, Muluneh EK, Wassie GT. Incidence and Predictors of Aspiration Pneumonia Among Stroke Patients in Western Amhara Region, North-West Ethiopia: A Retrospective Follow Up Study. Int J Gen Med. 2023;16:1303–15, http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S400420.
3. Larramendy S, Deglaire V, Dusollier P, Fournier JP, Caillon J, Beaudeau F, et al. Risk Factors of Extended-Spectrum Beta-Lactamases-Producing Escherichia coli Community Acquired Urinary Tract Infections: A Systematic Review. Infect Drug Resist. 2020;13:3945–55, http://dx.doi.org/10.2147/IDR.S269033.
4. Howroyd F, Chacko C, MacDuff A, Gautam N, Pouchet B, Tunnicliffe B, et al. Ventilator-associated pneumonia: Pathobiological heterogeneity and diagnostic challenges. Nat Commun. 2024;15:6447, http://dx.doi.org/10.1038/s41467-024-50805-z.
5. Nemet M, Gmehlin CG, Vukoja M, Dong Y, Gajic O, Tekin A. Ventilator-Associated Pneumonia in Low- and Middle-Income vs High-Income Countries. Chest. 2025;167:1628–38, http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2025.01.002.

Fausto Marcos Guerrero Toapanta[a,*] e
Yeimi del Carmen Herrera Parra[b]

[a] *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador*
[b] *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador*

[*] Autor para correspondencia.
Correo electrónico: faustitog@yahoo.com
(F.M. Guerrero Toapanta).