



<https://www.revclinesp.es>

I-227 - QUICK-SOFA: ¿INFRAESTIMANDO EL DIAGNÓSTICO?

S. Marín Real, A. Torregrosa García, S. Alfaro García, A. Martínez Baltanás, R. Pascual Pérez y B. González López

Medicina Interna. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

Resumen

Objetivos: Analizar la correspondencia entre la antigua y la nueva definición de sepsis en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo y longitudinal de los pacientes ingresados con sepsis en el servicio de Medicina Interna desde diciembre de 2015 hasta febrero de 2017. Se incluyeron de forma consecutiva, todos los pacientes mayores de 18 años ingresados por sepsis según la definición de la Conferencia de Consenso de 1991, (crecimiento de microorganismos en cultivos de tejidos normalmente estériles junto a criterios de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) (SRIS). Se excluyeron Pacientes con SRIS que no dieron su consentimiento informado para participar en el estudio, pacientes con SRIS no asociado a proceso infeccioso, pacientes que presentaban muy mala situación basal o enfermedad severa activa (ASA V) cuyo fallecimiento era previsible en las siguientes 24 horas independientemente del tratamiento. Los pacientes fueron además puntuados mediante la escala de quick SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment), según la definición de sepsis 3, clasificándolos en dos grupos según si cumplían o no dos o más criterios de quick SOFA. Criterios de quick SOFA: 1) frecuencia respiratoria mayor o igual a 22 rpm; 2) estado mental alterado (Glasgow 15); 3) tensión arterial sistólica menor o igual a 100 mmHg.

Resultados: De 119 pacientes incluidos en nuestro estudio, 19 (16%) cumplían 2 o más criterios de qSOFA, ajustándose a los criterios propuesto por el consenso “Sepsis 3”. De estos 19 pacientes, 4 fueron exitus durante el ingreso y 2 pacientes reingresaron sin exitus (mortalidad 21%). 100 pacientes (84%) no cumplían dos o más criterios de qSOFA, de los cuales 6 fueron exitus durante el ingreso, 1 exitus a los 30 días y 1 reingreso con exitus (mortalidad fue 8%).

Discusión: La definición de sepsis ha permanecido sin cambios durante más de dos décadas hasta la reciente publicación en 2016 en el Tercer Consenso Internacional, conocido como “Sepsis 3”. La nueva definición de sepsis es más restrictiva, detectando a pacientes más graves, que anteriormente hubieran sido diagnosticados de “sepsis grave”. Existe en la actualidad suficiente evidencia científica para afirmar que la aplicación precoz y dirigida de una serie de medidas diagnóstico-terapéuticas, entre las que se incluyen el tratamiento antibiótico y el soporte hemodinámico adecuado, mejoran de manera significativa la supervivencia en los pacientes con sepsis. De los 100 pacientes que no cumplían los criterios qSOFA, el 47% tenía aislamiento microbiológico, y consideramos que deberían clasificarse como sépticos y ser manejados como tal. En nuestra muestra, había pacientes que no cumplían criterios de qSOFA y sin embargo habían precisado estancia en UCI. Estudios recientes, que comparan ambas escalas, concluyen que pacientes con criterios de SIRS se asociaron disfunción orgánica y mortalidad, por lo que el abandono del concepto parece prematuro. Por este motivo consideramos que los criterios de SRIS pueden seguir siendo útiles, aunque sean menos

específicos.

Conclusiones: En nuestro estudio, existe una importante discordancia respecto a la clasificación en base a la antigua definición y los nuevos criterios qSOFA. Sólo un porcentaje pequeño de los pacientes incluidos en el estudio cumplían criterios de sepsis según la nueva definición, lo que podría ocasionar a una infraestimación del riesgo real. El exigir dos o más criterios de qSOFA para el diagnóstico puede dejar fuera a pacientes con infecciones graves que también se beneficiarían de un diagnóstico y tratamiento precoces.