

Javier Escrig-Sos<sup>a\*</sup> y Antonio Lluca-Abella<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Unidad Multidisciplinar de Cirugía Oncológica Abdominopélvica (UMCOAP), Hospital General Universitario de Castellón, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I (UJI), Castellón, España

<sup>b</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad Multidisciplinar de Cirugía Oncológica Abdominopélvica (UMCOAP), Hospital General Universitario de Castellón, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I (UJI), Castellón, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javierescrig@telefonica.net (J. Escrig-Sos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.05.002>  
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## ¿Debemos asumir la nueva definición de sepsis en el campo de la cirugía?



## Should we assume the new definition of sepsis in the surgical field?

Estimado director:

Recientemente, la Society of Critical Care Medicine (SCCM) y la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) alcanzaron un consenso que modificaba las definiciones de sepsis y shock séptico, mediante una compleja metodología basada en 3 estudios retrospectivos desarrollados principalmente en EE. UU., además de en encuestas que utilizaban la metodología Delphi y en una revisión de la literatura<sup>1</sup>.

Lo más destacado de estas nuevas definiciones es la exclusión del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) del concepto de sepsis. Esta quedaría ahora definida por un cambio  $\geq 2$  en el Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) o un Quick SOFA (qSOFA) modificado con infección conocida o probable<sup>1</sup>.

Los autores del consenso basan esta decisión principalmente en un estudio retrospectivo en pacientes ingresados en UCI en situación de sepsis grave<sup>2</sup>. De estos pacientes, uno de cada 8 (12,5%) sufrió un cuadro de sepsis y disfunción multiorgánica sin presentar al menos 2 criterios de SRIS. Sin embargo, no se puede desdeñar que en 7 de cada 8 casos (87,5%) sí se cumplieron al menos 2 criterios de SRIS, y que fueron considerados como tal<sup>3</sup>. Si bien es cierto que el SIRS no es una herramienta perfecta, su utilidad está ampliamente fundamentada. Dada la alta mortalidad de la sepsis, debiera primarse una herramienta de *screening* de alta sensibilidad, como ha sido el SRIS, frente a la especificidad, algo mayor con el SOFA<sup>4</sup>. En múltiples estudios se ha objetivado una relación directamente proporcional entre mortalidad y el SRIS<sup>5-8</sup>. Además, su uso, así como las definiciones de sepsis previas y las intervenciones asociadas han reducido significativamente la mortalidad global por sepsis<sup>2,6,9-12</sup>.

El nuevo consenso basa la definición de sepsis en la disfunción de órganos. La escala SOFA fue diseñada para identificar de forma objetiva la disfunción de órgano establecida en el contexto de sepsis en el paciente crítico<sup>11</sup>, y dicho score no

incluye, por ejemplo, la coagulopatía, una de las disfunciones orgánicas más frecuentes en enfermos sépticos<sup>7,11</sup>. Su uso, pese a ser habitual en las unidades de cuidados intensivos, es anecdótico en otros contextos<sup>4</sup>. Su poca aplicación fuera de la unidad de cuidados intensivos, como pueden ser las urgencias quirúrgicas o las plantas de cirugía, donde surgen y se diagnostican habitualmente los casos de sepsis en origen, así como su dependencia de estas definiciones de fallo de órgano, situación que acaece en la sepsis grave y que impediría un diagnóstico precoz, no parecen aconsejar su uso en nuestro ámbito.

Es por ello por lo que coincidimos con otros autores que también manifiestan su preocupación por el cambio de paradigma<sup>3,4</sup>. Creemos que sustituir una definición de sepsis —que sumada a la homogenización de los paquetes de intervenciones ha supuesto una disminución global de la mortalidad, y ha bajado las cifras de sepsis grave alrededor del 7-16% y del shock séptico del 20-25%<sup>3,9,11,12</sup>, y que está ampliamente extendida y validada (mayor precocidad con menor mortalidad)—, por otra de uso marginal, sin estudios prospectivos en diferentes tipos de pacientes, entornos y regiones que respalden este cambio, supone un ejercicio de riesgo al que no debiéramos exponer a nuestros pacientes.

«Good clinical care is grounded in common sense and carefully considered intervention, not in esoteric renderings of biology» John Marshall<sup>8</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315:801-10.
2. Kaukonen K-M, Bailey M, Suzuki S, Pilcher D, Bellomo R. Mortality related to severe sepsis and septic shock among

- critically ill patients in Australia and New Zealand, 2000-2012. *JAMA*. 2014;311:1308-16.
3. Rodríguez A, Martín-Loeches I, Yébenes JC. New definition of sepsis and septic shock: What does it give us? *Med Intensiva*. 2016;8-11.
  4. Simpson SQ. New sepsis criteria: A change we should not make. *Chest*. 2016;149:1117-8.
  5. Rangel-Frausto MS, Pittet D, Costigan M, Hwang T, Davis CS, Wenzel RP. The natural history of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS). A prospective study. *JAMA*. 1995;273:117-23.
  6. Napolitano LM, Ferrer T, McCarter RJ, Scalea TM. Systemic inflammatory response syndrome score at admission independently predicts mortality and length of stay in trauma patients. *J Trauma*. 2000;49:647-52. discussion 652-3.
  7. Barie PS, Hydo LJ. Epidemiology, risk factors, and outcome of multiple organ dysfunction syndrome in surgical patients. En: *Multiple organ failure*. Nueva York, NY: Springer New York; 2000: 52-67.
  8. Schein M. LIRS, SIRS, sepsis, MODS, and tertiary peritonitis. En: *Schein's common sense emergency abdominal surgery*. Springer Berlin Heidelberg: Berlín, Heidelberg; 2010: 563-71.
  9. Gaieski DF, Edwards JM, Kallan MJ, Carr BG. Benchmarking the incidence and mortality of severe sepsis in the United States. *Crit Care Med*. 2013;41:1167-74.
  10. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Crit Care Med*. 2008;36:296-327.
  11. Vincent JL, de Mendonça A, Cantraine F, Moreno R, Takala J, Suter PM, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: Results of a multicenter, prospective study. Working group on 'sepsis-related problems' of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care Med*. 1998;26:1793-800.
  12. Fleischmann CF, Scherag A, Adhikari NK, Harog C, Tsaganos T, Shlattmann P, et al. Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis. Current estimates and limitations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016;193:259-72.

Juan José Segura-Sampedro<sup>\*\*</sup>, Rafael Morales-Soriano<sup>a</sup>,  
Xavier González-Argente<sup>a</sup> y Marcio Borges<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Son Espases, Grupo de investigación de Enfermedad Oncológica Peritoneal en el Instituto de Investigación Sanitaria de Palma (IdISPa), Palma de Mallorca, España

<sup>b</sup>Unidad de Sepsis, Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [segusamjj@gmail.com](mailto:segusamjj@gmail.com)  
(J.J. Segura-Sampedro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.11.008>  
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.