

Sobre la capacidad de lactato, procalcitonina y los criterios definitorios de sepsis para predecir mortalidad a 30 días, bacteriemia o infección confirmada microbiológicamente en los pacientes atendidos por sospecha de infección en urgencias

On the ability of lactate, procalcitonin, and criteria defining sepsis to predict 30-day mortality, bacteremia, and microbiologically confirmed infection in patients with suspected infection treated in emergency departments

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés el apartado referente a la capacidad predictiva que tiene qSOFA sobre la mortalidad a 30 días y como el empleo del lactato sérico mejora dicha capacidad del artículo recientemente publicado en EMERGENCIAS por Rubio-Díaz *et al.*¹. Nosotros, en nuestro servicio, y con una muestra muy reducida (104 pacientes), hemos estudiado este asunto y hemos llegado a conclusiones similares^{2,3}. Sin embargo, queríamos hacer dos comentarios al respecto.

En primer lugar, la escala definitoria de sepsis según el Consenso Sepsis-3 es SOFA⁴, no qSOFA. La escala qSOFA es una herramienta de despistaje para identificar pacientes con posibles complicaciones⁵. Si en un lugar es importante, en nuestra opinión, dicha diferenciación es en la atención urgente de los pacientes, donde existe dos momentos primordiales, con objetivos diferentes. En la primera atención importa identificar a qué pacientes se les debe tomar medidas diagnóstico-terapéuticas (sueroterapia, vigilancia estrecha, toma de cultivos, antibioterapia en el caso de la infección) de forma precoz, para lo que parecen útiles las esca-

las precoces de riesgo, entre ellas qSOFA. El poder disponer en general de una determinación rápida de lactato en este punto parece, como han demostrado, mejorar esta toma de decisiones. En un momento posterior, con la evolución del paciente y la llegada de datos analíticos, como la procalcitonina, entra en juego el uso de las escalas "diagnósticas" de sepsis, más completas, como SOFA o SIRS, que confirmen o no la gravedad del proceso y las medidas a tomar a más largo plazo, como el nivel asistencial adecuado. Creemos que, como viene siendo habitual en la bibliografía, comparar escalas que sirven para diferentes objetivos y se utilizan en diversos momentos puede aumentar la confusión y la controversia que existe sobre este tema.

En segundo lugar, han objetivado que un valor de lactato ≥ 2 mmol/l mejora la capacidad predictiva de qSOFA si se aplica a los pacientes con qSOFA ≥ 2 . Pero, ¿es ese grupo de pacientes donde es más útil la determinación de lactato? En el estudio que valida qSOFA, Seymour *et al.*⁵ encuentran que los pacientes con qSOFA = 1 y un lactato ≥ 2 mmol/l presentan un índice de mortalidad similar a los pacientes que tienen qSOFA = 2, sin considerar la cifra de lactato. En nuestro trabajo, considerando también de riesgo a los pacientes que cumplían esta condición, mejoró la sensibilidad predictiva de mortalidad o ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI) a los 30 días de qSOFA del 50% al 77,8%. En el estudio de Rubio-Díaz *et al.* no vemos que los autores hayan valorado esta forma de mejorar qSOFA y, en nuestra opinión, y a la vista del enorme tamaño de la muestra que han obtenido, los animamos a que estudien la capacidad predictiva de la estrategia propuesta, y poder confirmar o refutar su utilidad en la práctica clínica.

Pedro Ángel De Santos Castro,
Raúl Alonso Avilés

Servicio de Urgencias, Hospital Clínico
Universitario de Valladolid, España.
vidmendo@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable: Óscar Miró.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Bibliografía

- Rubio-Díaz R, Julián-Jiménez A, González del Castillo J, García-Lamberechts EJ, Huarte Sanz I, Navarro Bustos C, et al. Capacidad del lactato, procalcitonina y de los criterios definitorios de sepsis para predecir mortalidad a 30 días, bacteriemia o infección confirmada microbiológicamente en los pacientes atendidos por sospecha de infección en Urgencias. *Emergencias*. 2022;34:181-9.
- De Santos Castro PA, Alonso Avilés R, Arranz Díez B, Mayo García V, González Hurtado J, Carrión Serrano N. Urgencias Médicas II (Enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas): Q-SOFA ha muerto, larga vida a qSOFA-Lactato. De Santos-Libro de Comunicaciones XXXII Congreso Nacional SEMES. Vigo 2022; Pág. 323.
- De Santos Castro PA, Alonso Avilés R, Arranz Díez B, Mayo García V, González Hurtado JE, Matías Rodríguez S. ¿Podemos rescatar el q-SOFA? *Rev Esp Urg Emerg*. 2022;1: en prensa.
- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Djillali Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315:801-10.
- Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of clinical criteria for Sepsis: For The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315:762-74.