

Respuesta de los autores

Authors' reply

Sr. Editor:

Hemos leído detenidamente los comentarios acerca de nuestro artículo publicado en EMERGENCIAS¹, que nos ayudarán a seguir investigando y, ojalá, a elaborar futuras publicaciones. Creemos que es oportuno responder a las mismas al tiempo que queremos agradecer su carta.

En primer lugar, tanto los autores con su trabajo² como muchos otros, entre los que nos incluimos, llevamos años buscando mejorar la capacidad diagnóstica y pronóstico de los criterios definitorios y de actuación ante los pacientes con sospecha de infección grave y sepsis en los servicios de urgencias (SU), prácticamente desde el día siguiente que fue publicada la tercera conferencia de consenso "Sepsis-3"³. Y en esta estrategia, sería ideal contar con un modelo o escala que pudiera, de forma fácil y rápida y disponible en todos los SU, detectar a los pacientes con infección y estratificar su riesgo y gravedad lo antes posible^{4,5}.

En segundo lugar, tras comentar los resultados de nuestro estudio y la mejora que supone añadir el lactato ≥ 2 mmol/L al grupo de pacientes con qSOFA ≥ 2 , los autores se preguntan si “ese es el grupo donde es más útil la determinación del lactato”, ya que nuestro estudio no evalúa específicamente a aquellos pacientes con qSOFA = 1 y la mejoría que en estos últimos podría obtener el añadir, como un criterio más, una lactacidemia ≥ 2 mmol/L, ya que este grupo de riesgo moderado, como publicaron Seymour *et al.*⁶, presentaban un riesgo de mortalidad similar al de los enfermos con qSOFA = 2, sin considerar los valores del lactato. Asimismo, en su muestra comentan que los pacientes con qSOFA = 1 + lactato ≥ 2 mmol/L incrementan la sensibilidad predictiva de mortalidad a 30 días e ingreso en medicina intensiva del 50% al 77,8%. En nuestro estudio este grupo no se ha valorado al no contemplarse en los objetivos primarios y la falta de espacio en el artículo, pero hemos procedido a hacerlo ahora. Así, si consideramos que la mortalidad global de 4.439 pacientes de nuestro estudio fue del 10,3%, en el grupo con qSOFA = 1 del 10,5% y con qSOFA ≥ 2 del 25,7%, hemos calculado que en los pacientes que cumplen el nuevo criterio qSOFA ≥ 1 y lactato ≥ 2 mmol/L es del 15,5%. Por lo tanto, merece la pena y vamos a estudiar qué ocurre con este grupo de “riesgo intermedio” por si se pudieran sacar conclusiones útiles para la práctica clínica como apuntaban los autores y publicaron Seymour *et al.*⁶.

Agustín Julián-Jiménez¹,
Rafael Rubio Díaz¹

¹Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, España.

agustinj@sescam.jccm.es

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

1 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.

2 De Santos Castro PA, Alonso Aviles R, Arranz Diez B, Mayo García V, Gonzalez Hurtado JE, Matias Rodriguez S. .Podemos rescatar el q-SOFA? *Rev. Esp Urg Emerg.* 2022;1: en prensa.

3 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.

4 Julián-Jiménez A, Supino M, López Tapia JD, Ulloa González C, Vargas Téllez LE, González del Castillo J, et al, en nombre del Grupo de Trabajo Latinoamericano para la mejora de la atención del paciente con Infección en Urgencias (GT-LATINFURG). Puntos clave y controversias sobre la sepsis en los servicios de urgencias: propuestas de mejora para Latinoamérica. *Emergencias*. 2019;31:123-35.

5 Julián-Jiménez A, García DE, González del Castillo J, López Tapia JD. De la guías internacionales “Campana para sobrevivir a la sepsis 2021” a las guías para “Detectar, prevenir la progresión y atender a los pacientes con infección grave en urgencias” elaboradas por urgenciólogos. *Emergencias*. 2022 (en prensa).

6 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.

