

Panorama epidemiológico: ¿en dónde quedó la sepsis?

Luis Antonio Gorordo-Delso^{a,b,c}



*“La medicina es la ciencia de la
incertidumbre y el arte de la probabilidad”.*

SIR WILLIAM OSLER

Tal como fue señalado por Soto-Estrada y cols. en su reciente publicación¹, en el último siglo ha mejorado la forma y precisión del registro de las enfermedades, y se han modificado los patrones epidemiológicos en México; sin embargo, aún hay mucho por hacer.

El Centro Nacional de Estadística de Salud de Estados Unidos analizó poco más de 20 años de registros a nivel nacional basados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC), considerando a la sepsis como la presencia de los códigos 038 (septicemia), 020.0 (septicémica), 790.7 (bacteremia), 117.9 (infección fúngica diseminada), 112.5 (infección por *Candida* diseminada) y 112.81 (endocarditis diseminada micótica), con un total de 10'319,418 casos, que representaron 1.3% de las hospitalizaciones en ese periodo². Este trabajo es un claro ejemplo de la mala agrupación de datos, pues en el CIE-9 existía el código 995.91 (sepsis: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debido a un proceso infeccioso sin disfunción orgánica) y 995.92 (sepsis con disfunción orgánica aguda, con disfunción orgánica múltiple o sepsis severa), que se apegan más a la definición vigente en aquel momento.

Bouza y cols. reportaron el impacto epidemiológico del uso de códigos para registrar el diagnóstico de sepsis y choque séptico en España, donde compararon los registros según CIE-9-MC de sepsis contra los expedientes de infecciones con disfunción orgánica según los criterios de Martín; de 222,846 casos de sepsis severa identificados previamente, 62.2% fue registrado como sepsis y 37.8% como una combinación entre infección más disfunción orgánica –no sepsis, aunque cumple la definición operativa–, lo que hace evidente el subregistro de esta entidad^{3,4}.

En una revisión nacional se reportó que del 50 al 60% de los pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias presentaron sepsis, y de éstos, 10% arribaron con choque séptico, que fue causa de 24.03% del total de las defunciones^{4,5}; sin embargo, la mayoría de veces se anotó “neumonía”, “infección de tejidos blandos”, “infección de vías urinarias” como diagnóstico de defunción y no se especificó sepsis u otras de sus variantes; esto parece similar a lo señalado por Soto-Estrada y cols. en relación a las “enfermedades del corazón” como primera causa de muerte.

Los sistemas de registro deben hacer distinción entre la causa directa de la defunción y las enfermedades precipitantes o coexistentes, pues muchas veces se atribuye la causa primaria a la diabetes mellitus, tumores malignos y accidentes, siendo que éstos favorecieron infecciones graves y choque séptico, lo que fue la causa principal de defunción real no asentada; no es lo mismo “falleció por diabetes” que “un paciente portador de

^aEspecialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas por el IPN. Ciudad de México.

^bEspecialidad en Medicina Crítica por la UNAM. Ciudad de México.

^cMédico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Juárez de México OPD. Ciudad de México.

diabetes falleció por sepsis secundaria a neumonía adquirida en la comunidad”, sin demeritar con esto la importancia de las enfermedades concomitantes.

El CIE-11 ya está en preparación, anunciada por la Organización Mundial de la Salud para 2018, misma en la que todos los interesados pueden participar, aportar observaciones y evidencia sobre los problemas y oportunidades de mejora de las ediciones previas⁶; se ha propuesto la nueva definición de sepsis y choque séptico⁷ así como la obligatoriedad de especificar el diagnóstico que lo ocasionó.

Conflictos de interés: Sin conflictos de interés que reportar. ●

REFERENCIAS

1. Soto-Estrada G, Moreno-Altamirano L, Pahuadía D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Rev Fac Med UNAM*. 2016;59(6):8-22.
2. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 to 2000. *N Eng J Med*. 2003;348:1546-1554.
3. Bouza C, Lopez-Cuadrado T, Amate-Blanco JM. Use of explicit ICD9-CM codes to identify adult severe sepsis: impacts on epidemiological estimates. *Critical Care*. 2016;20:313-24.
4. Gorordo-Delsol LA, Mérida-García JA, López-Gómez A. Sepsis: más allá de la enfermedad. *Arch Med Urg Mex*. 2014;6(1):12-6.
5. Cureño-Díaz MA, Gutiérrez-Muñoz VH. Epidemiología de la sepsis. En Gorordo-Delsol LA. Sepsis: fisiopatología diagnóstico y tratamiento. 1ª edición. México: Intersistemas Editores; 2016. p. 11-20.
6. World Health Organization. Classifications > International Classification of Diseases (ICD) > ICD-11 Revision (sede Web). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2016 [acceso 23 de noviembre de 2016]. The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) is due by 2018! Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>
7. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-10.

Respuesta

Consideramos que la sepsis es un tema que se necesita estudiar más a fondo, sin embargo, dado que no se considera un problema de Salud Pública en nuestro medio y no se encuentra entre las primeras causas de muerte, este diagnóstico no fue considerado en nuestro trabajo. Los epidemiólogos, cuando trabajamos con fuentes secundarias (estadísticas), generalmente nos enfrentamos a problemas de “mala clasificación” o de “subregistro”, situación que en ocasiones obstaculiza la generación de información completa y fidedigna.

En efecto, las estadísticas mexicanas han mejorado mucho en cuanto a su confiabilidad, no obstante aún es necesario mejorar el sistema de información. Por otro lado, y de acuerdo con usted, la Clasificación Internacional de las Enfermedades – que si bien ha permitido unificar algunos diagnósticos, sistematizar, analizar, interpretar la información, así como comparar los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en distintas épocas– en algunos aspectos ha mostrado grandes debilidades. La principal podría ser la clasificación en grandes rubros, como en el caso de la diabetes, que hasta 1998 no es posible identificar los distintos tipos, ya que la CIE-9 no hacía la distinción entre diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2.

Coincidimos con usted en que todos los involucrados en alguna parte del procesamiento de la información debemos hacer un esfuerzo para que ésta sea lo más fidedigna posible, incorporando las diversas patologías y causas de muerte de forma más precisa. De ahí que, además, resulta indispensable que quienes recaban la información en certificados de defunción u otros documentos estén debidamente capacitados en el llenado de los formatos, y en ese sentido es indispensable que las escuelas de enfermería y medicina insistan en la importancia que tienen las buenas prácticas en este tipo de proceso para lograr información cada vez más confiable.

*Guadalupe Soto Estrada,
Laura Moreno Altamirano
y Daniel Pahuadía*