

Sepsis grave y mortalidad quirúrgica

Héctor R. Díaz Águila

Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias. Auxiliar. Hospital Provincial Docente "Mártires del 9 de Abril" Sagua la Grande. Villa Clara. E-mail: hectorda@capiro.vcl.sld.cu

Estimado editor:

En el artículo: "Factores pronósticos de muerte de los pacientes quirúrgicos graves en cuidados intensivos polivalentes" de Vázquez y colaboradores¹ se expresa en las conclusiones: "entre los factores asociados de forma significativa e importante al pronóstico de muerte quirúrgicos graves se encuentran la desnutrición y la sepsis grave", por otra parte en la discusión del trabajo señalan además "quizás la poca significación del APACHE II como factor pronóstico en este grupo de enfermos se deba al punto de corte tomado para el análisis univariado, pero puede obedecer también a razones médicas y al desarrollo progresivo de fallo de órganos durante los días sucesivos".

Desearía realizar los siguientes comentarios al respecto. En la sección MÉTODO del referido trabajo los autores no definen la variable sepsis grave; según Dellinger y cols en su artículo especial "Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008"² señala que la sepsis grave es la sepsis con disfunción de órganos inducida por la misma o presencia de hipoperfusión tisular. La sepsis grave provoca una mortalidad entre el 27 y 35 % de los pacientes atendidos en unidades de cuidados intensivos quirúrgicos.³

Desearía reflejar además que tampoco se expresa en el artículo si las intervenciones quirúrgicas fueron realizadas de forma electiva o de urgencia. Los pacientes sometidos a cirugía de urgencia tienen una mayor morbilidad y mortalidad en comparación con los intervenidos de forma electiva.⁴

Los estudios sobre el sistema APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) para evaluar pronóstico y mortalidad realizan el corte para los análisis en 25 o más puntos para predecir mortalidad, pero toman en consideración no solamente el puntaje al ingreso, sino también la puntuación APACHE al tercer día. Cuando el conteo evolutivo es menor, el pronóstico es mejor que en aquellos pacientes con puntuaciones ulteriores iguales o mayores que al ingreso; no sobrevivió ningún paciente con riesgo de muerte mayor que 60% y no falleció ningún paciente con riesgo menor que 7%.⁵ Este aspecto no fue considerado por los autores y por tanto la puntuación del APACHE en dicha serie no predijo con la requerida confiabilidad la evolución de los mismos.

Hubiera sido también de interés haber considerado en el análisis otras disfunciones orgánicas como: cardiovascular; respiratorio; digestivo; hematológico; neurológico; endocrino, presentes también en pacientes con sepsis grave.

Por otra parte, el minucioso análisis estadístico muestra las asociaciones entre las diferentes variables y el riesgo de morir, resultados similares reportados en la mayoría de trabajos publicados sobre el tema: la edad mayor que 48 años; presencia de desnutrición; tiempo quirúrgico mayor de 4 horas; diagnóstico de insuficiencia renal aguda; estadía en UCI (Unidades de Cuidados Intensivos) mayor de 5 días y la sepsis severa, son factores que aumentan la mortalidad de pacientes quirúrgicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez IE, Ortega AA, González JA, Provance SL, Ramos A. Factores pronósticos de muerte de los pacientes quirúrgicos graves en cuidados intensivos polivalentes. *Multimed [Internet]*. 2013 [citado 10 Ago 2013]; 17(3). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-3/10.html>.

2. Dellinger RP, Levy M, Carlet J, Bion J, Parker M, Jaeschke R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive Care Med*[Internet]. 2008 [citado 10 Ago 2013]; 34. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249616/pdf/134_2007_Article_934.pdf
- .
3. Azkárate I, Sebastián R, Cabarcos E, Choperena G, Pascal M, Salas E. Registro observacional y prospectivo de sepsis grave/*shock* séptico en un hospital terciario de la provincia de Guipúzcoa. *Med Intensiva* [Internet]. 2012 [citado 10 Ago 2013]; 36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912012000400003&script=sci_arttext&tlang=en.
4. McKinley BA, Moore LJ, Sucher JF, et al. Computer protocol facilitates evidence-based care of sepsis in the surgical intensive care unit. *J Trauma*. 2011;70:1153-66.
5. Jacobs S, Chang R, Lee B. One year's experience with the APACHE II severity of disease classification system in a general intensive care unit [Resumen]. *Anaesthesia* [Internet]. 1987 [citado 10 Ago 2013]; 42. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.1987.tb05319.x/pdf> .

Recibido: 13 de septiembre de 2013.

Aprobado: 20 de septiembre de 2013.