



CENCOMED (Actas del Congreso), VIGSALUD2026, (Junio 2026) ISSN 2415-0282

COMPORTAMIENTO DE LA SEPSIS SEGÚN ESCALAS qSOFA Y SIRS EN MATERNAS CON COVID-19 SINTOMÁTICO GRAVE.

BEHAVIOR OF SEPSIS ACCORDING qSOFA AND SIRS SCALES IN MOTHERS WITH SEVERE SYMPTOMATIC COVID-19.

Yovaldy Barrio Cruz. <https://orcid.org/0000-0002-6531-2959>

Luis Antonio Rodríguez Sánchez. <https://orcid.org/0000-0001-8024-4328>

Carlos Alberto Rojas Borroto. <https://orcid.org/0000-0003-2305-8718>

Dairene Ruz Meek. <https://orcid.org/0009-0004-6579-1488>

Institución: Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández."

Correo: luis66@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La sepsis representa un grave problema de salud pública y conlleva un alto consumo de recursos económicos de los sistemas nacionales de atención médica a nivel mundial. **Objetivo:** Describir el comportamiento de la Sepsis según escalas de qSOFA y SIRS en maternas con COVID-19 sintomática grave ingresadas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Docente de Morón. **Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital General Provincial Docente "Roberto Rodríguez Fernández" en el período comprendido entre junio y septiembre del 2021. **Resultados:** el 100% cumplía con al menos 2

de los criterios para el diagnóstico de un SIRS, sin embargo, el 100% no cumplía con los criterios de qSOFA. A mayor puntuación de SIRS y qSOFA aumentó la puntuación de APACHE II y la mortalidad estimada, teniendo ambas escalas un comportamiento similar. A mayor puntuación de SIRS mayor fue el porcentaje que evolucionaron al shock (25%) y a la FMO (12.5%). **Conclusiones:** Se llega a la conclusión de que ambas escalas por si solas no son suficientes para evaluar el paciente séptico. El SIRS presenta una alta sensibilidad, pero baja especificidad, por lo que existirá un sobre diagnóstico, sin embargo, el qSOFA es poco sensible. Con respecto a mortalidad, gravedad, aparición de shock, FMO y estadía mostraron el mismo comportamiento.

Palabras clave: sepsis; escalas; mortalidad; sensibilidad; especificidad; shock

ABSTRACT

Introduction: Sepsis represents a serious public health problem and entails a high consumption of economic resources of national health care systems worldwide. **Objective:** To describe the behavior of Sepsis according to the qSOFA and SIRS scales in mothers with severe symptomatic COVID-19 admitted to the intensive care unit of the Morón General Teaching Hospital. **Method:** A prospective longitudinal descriptive observational study was carried out in the Intensive Care Unit of the "Roberto Rodríguez Fernández" Provincial General Teaching Hospital in the period between June and September 2021. **Results:** 100% met at least 2 of the criteria for diagnosing SIRS, however, 100% did not meet the qSOFA criteria. A higher SIRS and qSOFA score increased the APACHE II score and estimated mortality, both scales having a similar behavior. The higher the SIRS score, the higher the percentage that evolved to shock (25%) and FMO (12.5%). **Conclusions:** It is concluded that both scales by themselves are not enough to evaluate the septic patient. SIRS has a high sensitivity, but low specificity, so there will be an overdiagnosis, however, the qSOFA is not very sensitive. Regarding mortality, severity, appearance of shock, FMO and stay, they showed the same behavior.

Keywords: sepsis; scales; mortality; sensitivity; specificity; shock

INTRODUCCIÓN

La sepsis representa un grave problema de salud pública y conlleva un alto consumo de recursos económicos de los sistemas nacionales de atención médica a nivel mundial. Continúa siendo una entidad letal, responsable de más de 200.000 muertes en EE.UU. anualmente. La mortalidad hospitalaria oscila alrededor del 30% a pesar de los avances recientes en la atención crítica.¹ Los costos directos de

atención médica en los Estados Unidos superan los \$ 24 billones de dólares anuales y continúan aumentando cada año, especialmente a medida que la población envejece.^{2,3} Aun así, los costos precisos del manejo de la sepsis no están disponibles, debido a la controversia con respecto a la definición de esta, así como a la naturaleza de la misma, que normalmente se acompaña de comorbilidades, como la diabetes, implicando cada enfermedad costos de tratamiento individuales, lo que aumenta la dificultad de calcular los costos imputables a tratamientos específicos.

La sepsis es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y hospitalario, así como responsable de múltiples secuelas físicas, cognitivas y psicológicas en quienes la padecen y sobreviven. Su incidencia real se desconoce, pero se ha demostrado que ha aumentado junto con la prevalencia en los últimos años.⁴

Por otra parte se reconoce que no existe un gold estándar para el diagnóstico de la sepsis, por lo que ha sido necesario utilizar desde hace mucho tiempo, escalas o criterios clínicos y de laboratorio que orienten hacia la presencia de este síndrome⁵; muchas de estas escalas incluyen requisitos del examen físico así como también exámenes paraclínicos, lo cual limita su uso al entorno intrahospitalario o en muchos casos reducirlo aún más a dependencias de la institución donde exista control diario de paraclínicos como es el caso de la unidad de cuidados intensivos. Estas limitaciones pueden incrementar considerablemente costos económicos, así como retrasos en el inicio de tratamiento adecuado y oportuno por la necesidad de completar la escala con todos los parámetros exigidos.⁵

Es así como plantearon la necesidad de crear una herramienta sencilla, con alto valor de predicción de sepsis y mortalidad y por supuesto que sea asequible y disponible desde la comunidad hasta la institución de salud de alta complejidad. El grupo de trabajo buscó diferenciar la sepsis de la infección sin complicaciones y actualizar las definiciones de sepsis, tratando de ser coherentes con una mejor comprensión de la biopatología y partiendo de un modelo de predicción de mortalidad, crearon una escala más sencilla con capacidad predictiva similar a la escala completa. Esta nueva escala ha sido denominada Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) haciendo referencia al término SOFA rápido. Incluye la evaluación de tres parámetros clínicos y ninguno de laboratorio. De tal forma a cada parámetro planteado se le asigna un punto para un puntaje máximo de 3 y mínimo de 0 puntos, considerando mayor riesgo de mortalidad por sepsis un puntaje mayor o igual a 2 y un riesgo intermedio un puntaje igual a 1^{1,5}.

Evidentemente ante el surgimiento de una nueva escala surge también la necesidad de evaluar su efectividad y ante la ausencia ya comentada de un estándar de oro para la definición, consideraron

realizar la comparación del qSOFA con modelos ya establecidos como Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), la puntuación predominante en uso actualmente y los criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) en el contexto de paciente con sospecha de infección⁶.

Considerando lo anterior, la evaluación realizada al qSOFA, permitirá definir su presunta utilidad en la rápida detección de sepsis, resultado que tiene gran impacto en la evolución clínica del paciente, dado que al identificar de forma precoz esta importante complicación de la infección, permitirá de igual manera, al médico tratante intervenir de forma oportuna a través de la instauración de una reducción de la mortalidad asociada a la sepsis, así como también contribuye a la disminución de costos económicos por paciente.

Por otro lado, se podrá definir su relación con respecto a la identificación de mortalidad, ingreso al servicio de hospitalización, ingresos en la unidad de cuidados intensivos y egresos hospitalarios, por lo que se comprobará si constituye una herramienta útil en el reconocimiento de pacientes con sepsis o por el contrario no aplica en poblaciones diferentes a las ya mencionadas; así como también podrá determinarse si existe relación de una baja puntuación con estancia hospitalaria más corta.

La novedad es que por primera vez en el mundo y en nuestro hospital se estará estudiando una nueva estrategia para el diagnóstico de la sepsis, buscando mayor especificidad, y así mejore la atención al paciente séptico, los recursos están disponibles y se busca que la escala de qSOFA se utilice en el diagnóstico de la sepsis.

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea el siguiente problema científico ¿Cómo se comporta la sepsis según escalas de qSOFA y SIRS en pacientes ingresados en unidades de atención al grave? por todo lo anterior surge la necesidad de la presente investigación, con el objetivo de describir el comportamiento de la Sepsis según escalas de qSOFA y SIRS en maternas con COVID-19 sintomática grave ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente de Morón.

MÉTODO

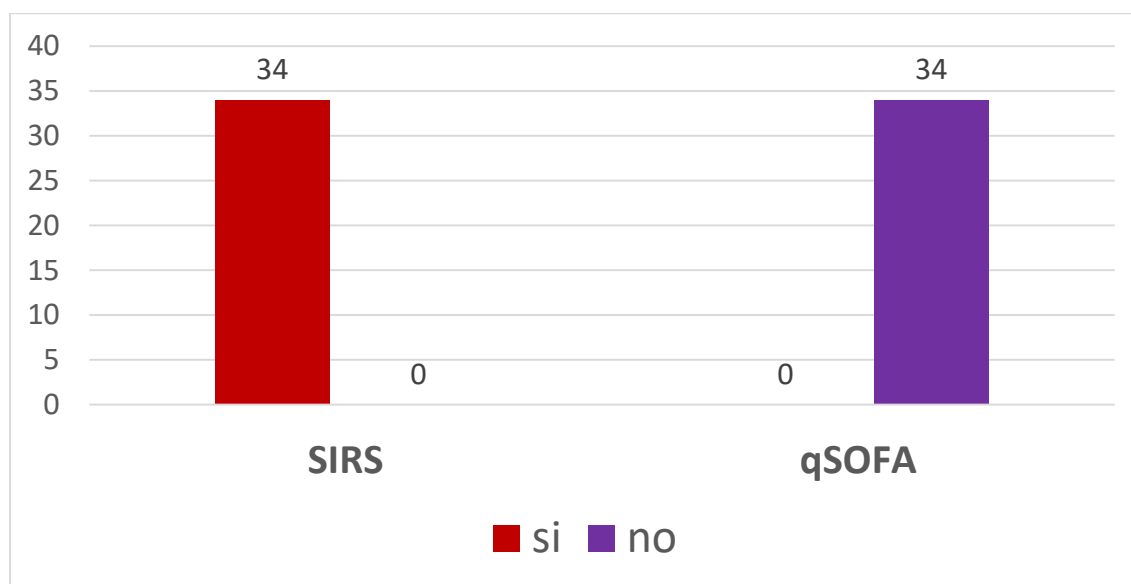
Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital General Provincial Docente "Roberto Rodríguez Fernández" en el periodo comprendido entre junio y septiembre del 2021.

El universo y la muestra quedó constituido por las 34 maternas ingresadas con COVID-19 sintomáticas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

La investigación fue realizada de acuerdo con los cuatro principios éticos básicos declarados en la declaración de Helsinki: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia, y el de justicia. Además, se requirió la aprobación del Comité de Ética y del Consejo Científico de la institución.

RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución de maternas ingresadas en cuidados intensivos con Covid 19 según escalas SIRS/qSOFA. Hospital “Roberto Rodríguez Fernández”



Fuente: Historias clínicas

En el gráfico 1 se muestra que de las 34 maternas el 100% cumplía con al menos 2 de los criterios para el diagnóstico de un SIRS, sin embargo, el 100% no cumplía con los criterios de qSOFA.

Tabla 1. D Distribución de maternas ingresadas en Cuidados Intensivos con Covid 19 según puntuación APACHE II y mortalidad estimada.

SIRS	APACHE II	MORTALIDAD ESTIMADA	TOTAL
0	-	-	-
1	-	-	-
2	4.25 (0-9)	5.5 (2.9-9.9)	12 (35.3%)

3	5.57 (0-13)	7 (2.9-16.5)	14 (41.2%)
4	6.87 (0-15)	8.8 (2.9-21)	8 (23.5%)
Total	34	34	34 (100%)
<u>qSOFA</u>			
0	2 (0-6)	4 (2.9-6.7)	6 (17.6%)
1	6.1 (0-15)	7.6 (2.9-21)	28 (82.4%)
2	-	-	-
3	-	-	-
Total	34	34	34 (100%)

En la tabla 1, se muestra que a mayor puntuación de SIRS y qSOFA aumentó la puntuación de APACHE II y la mortalidad estimada, teniendo ambas escalas un comportamiento similar.

Tabla 2. Distribución de maternas ingresadas en Cuidados Intensivos con Covid 19 según presencia de shock y FMO.

<u>SIRS</u>	SHOCK	FALLA MÚLTIPLE ORGÁNICA	TOTAL
0	-	-	-
1	-	-	-
2	1 (8.3%)	1 (8.3%)	12 (35.3%)
3	2 (14.3%)	1 (7.1%)	14 (41.2%)
4	2 (25%)	1 (12.5%)	8 (23.5%)
Total	5 (14.7%)	3 (8.8%)	34 (100%)
<u>qSOFA</u>			
0	-	-	6 (17.6%)
1	5 (17.9%)	3 (10.7%)	28 (82.4%)
2	-	-	-
3	-	-	-
Total	5 (14.9%)	3 (8.8%)	34 (100%)

En la tabla 2 se muestra la relación de la puntuación de SIRS y qSOFA con la aparición de shock y falla múltiple orgánica, donde a mayor puntuación de SIRS

mayor fue el porcentaje que evolucionaron al shock (25%) y a la FMO (12.5%); según la escala qSOFA los pacientes no cumplían con criterio de sepsis, por lo tanto, no debían evolucionar al shock o a la FMO.

Tabla 3. Distribución de maternas ingresadas en cuidados intensivos con Covid 19 según estadía en UCI.

<u>SIRS</u>	ESTADÍA	TOTAL
0	-	-
1	-	-
2	5.3 (3-9)	12 (35.3%)
3	5.8 (2-11)	14 (41.2%)
4	7.1 (4-16)	8 (23.5%)
Total	34	34 (100%)
<u>qSOFA</u>		
0	5.7 (4-11)	6 (17.6%)
1	5.6 (1-16)	28 (82.4%)
2	-	-
3	-	-
Total	34	34 (100%)

En la tabla 3 se observa que a mayor puntuación de SIRS mayor fue la media de

estadía, 4 puntos 7.1 días, lo cual no se cumplió con la escala qSOFA.

Tabla 4. Distribución de maternas ingresadas en cuidados intensivos con Covid 19 según estado al egreso.

<u>SIRS</u>	ESTADO AL EGRESO		TOTAL
	Vivo	Fallecido	
0	-	-	-
1	-	-	-
2	11 (91.7%)	1 (8.3%)	12 (35.3%)
3	11 (78.6%)	3 (21.4%)	14 (41.2%)

4	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (23.5%)
Total	29 (85.3%)	5 (14.7%)	34 (100%)
qSOFA			
0	6 (100%)	-	6 (17.6%)
1	23 (82.1%)	5 (17.9%)	28 (82.4%)
2	-	-	-
3	-	-	-
Total	29 (85.3%)	5 (14.7%)	34 (100%)

La tabla 4 relaciona el estado al egreso y la puntuación de SIRS y qSOFA, donde el mayor porcentaje de fallecidos según SIRS tenía 3 puntos para un 21.4%; según qSOFA el 100% de las fallecidas tenía 1 punto, no cumplía con sus criterios, por lo tanto, no fue buen predictor de mortalidad.

DISCUSIÓN

La escala qSOFA fue diseñada con el fin de detectar pacientes adultos fuera de áreas críticas con sospecha o confirmación de infección que presentan mayor riesgo de eventos adversos, los cuales requieren una evaluación a profundidad, así como su referencia a cuidados críticos y monitoreo más frecuente.⁷

Se ha dado gran importancia a la identificación temprana y tratamiento de pacientes con sepsis en las unidades de emergencia o terapia intensiva, aun así, gran cantidad de pacientes desarrollan sepsis durante su estancia hospitalaria. La escala qSOFA tiene como finalidad cumplir con la detección temprana fuera de áreas críticas por parte de personal no experto en casos de sepsis grave.^{7,8}

En el presente estudio se encontró que la frecuencia de pacientes que cumplen con al menos dos criterios SIRS (100%) fue mayor que la frecuencia que cumplen con dos o más de los criterios qSOFA (0%). No obstante, se han encontrado resultados muy variables con respecto a la frecuencia de aproximación diagnóstica de sepsis en pacientes hospitalizados fuera de la UCI. Así, Giamarellos y col.⁹ encontraron 36% de pacientes con sospecha de infección hospitalizados fuera de la UCI, con dos o más criterios. Sin embargo, Giamarellos y col. consideraron infecciones como neumonías asociadas a ventilador mecánico, neumonías intrahospitalarias e infecciones del sistema nervioso central, por lo que estos pacientes podrían tener mayor probabilidad de desarrollar una disfunción orgánica en forma más precoz.

Churpek y col.¹⁰ encontraron 51% del cumplimiento de al menos dos criterios SIRS y 9% de al menos dos criterios qSOFA en pacientes fuera de la UCI, sin embargo, ellos, además, consideraron pacientes de emergencia. Seymour y col.,¹¹ en pacientes con sospecha de infección fuera de la UCI, encontraron que de 20% a 30% cumplían dos criterios SIRS; 10%, tres criterios y de 0% a 10%, cuatro criterios. Por otro lado, de 10% a 20% cumplen dos criterios qSOFA y de 0% a 10%.

En otras investigaciones se han encontrado resultados muy variables con respecto a la frecuencia de aproximación diagnóstica de sepsis en pacientes hospitalizados fuera de la UCI. Estas afirman que entre un 36 y 51 % de pacientes fuera de la UCI cumplen al menos dos criterios SIRS y 9 % al menos dos criterios qSOFA, y evolucionan al choque séptico.^{12,13}

El encontrar diferencias significativas entre las escalas SIRS y qSOFA podría indicarse una pronta aproximación diagnóstica de sepsis al utilizar los criterios SIRS y, por lo tanto, una más precoz instauración terapéutica lo que conllevaría a una disminución de la mortalidad intrahospitalaria; refrendado por los estudios que implementaron un manejo precoz de la sepsis.

A pesar del potencial beneficio de esta posible precocidad de los criterios SIRS al momento de la aproximación diagnóstica a sepsis, diversos estudios han demostrado su poca especificidad de con respecto a la mortalidad de los pacientes con sepsis hospitalizados en la UCI, así se ha encontrado mortalidad de 25,3 % para pacientes que cumplían al menos dos criterios SIRS (sensibilidad de 93,8 % y especificidad de 12 %), y de 41,2 % para qSOFA ($p < 0,001$), con sensibilidad de 60,8 % (57,5 %-93,8 %) y especificidad de 68,5 % (63,6 %-70,9 %) para predecir mortalidad a los 28 días.¹⁴

Finkelstein y otros¹⁵ encontraron que la discriminación de la mortalidad hospitalaria para qSOFA (ROC=0,70; IC 95 %, 0,58-0,82) fue mayor con respecto a SIRS (ROC=0,58, IC 95%, 0,45-0,70). Por otro lado, según los resultados de este estudio, se considera que se puede mejorar la predicción del choque séptico con la integración de los resultados de la aplicación de las dos escalas, si bien la escala SIRS es más específica para la predicción de la probabilidad de que se presente el choque séptico, en tanto que la escala qSOFA es más útil para la predicción de la mortalidad por esta causa.

Se ha reportado que 75 % de los pacientes que cumplen dos o más puntos qSOFA, cumplen también con al menos dos puntos de la escala SOFA,¹⁵ por lo que la primera predice en buena medida a pacientes que presentan disfunción orgánica y, por lo tanto, alto riesgo de fallecer. En cambio, los criterios SIRS no reflejan relación con disfunción de órganos y en realidad son en sí mismos características típicas de una

infección y, por lo tanto, no necesariamente un aumento en el cumplimiento de estos criterios estará asociado a incremento en la mortalidad en pacientes con infección.

En resumen, los criterios SIRS permitieron una mejor aproximación al diagnóstico precoz de choque séptico, pero la escala qSOFA posibilitó una mejor predicción de la mortalidad por esta causa.¹⁵

La escala qSOFA ha sido evaluada y verificada como predictor de compromiso orgánico y mortalidad, pero no ha sido utilizada ampliamente como criterio para definir sepsis, y los estudios en Latinoamérica son escasos; en un estudio realizado en Venezuela encontraron que su sensibilidad era de 73,9% y su especificidad de 24,3%¹⁶; siendo que en dicho estudio menciona que la puntuación qSOFA no es lo suficientemente sensible a la evaluación temprana del riesgo asociado a mortalidad. Finkelsztejn et al¹⁵ en 2017 encontraron una relación significativa en cuanto a la predicción de mortalidad ($p=0,03$) y días libres de UCI utilizando la escala qSOFA versus SIRS en una población de adultos ($p=0,04$).

En un estudio retrospectivo de 10 años realizado por Khwannimit¹⁷ en 2018 en un entorno de bajos y medianos ingresos, encontraron que, si bien la escala SOFA es mejor predictor de mortalidad respecto al qSOFA y SIRS en la población adulta, el qSOFA se mostró superior en relación al SIRS al tener mejor predicción de mortalidad (0,814 vs 0,587). Ya abocándonos a la población pediátrica, los estudios de validación realizados por Mohamed El-Mashad¹⁸ evidenciaron que la puntuación qSOFA fue significativamente mayor en los no supervivientes, teniendo qSOFA una AUC (0,87 vs 0,60) para la predicción de la mortalidad mayor que el SIRS en pacientes con infección confirmada o sospechada.

Por otro lado, se conoce que el uso de SIRS gracias a su alta sensibilidad, permite seleccionar pacientes hasta con 3,7 veces más riesgo de desarrollar shock séptico, pero también varios otros que no cursan cuadros sépticos, por ejemplo, durante la estancia en una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica hasta un 93% de los pacientes tuvieron al menos dos criterios SIRS positivos.¹⁸ Lo que hace remarcable su capacidad de tamizaje y permitiría una referencia temprana, ante la posibilidad de reducir un 18% el riesgo absoluto de mortalidad como lo demuestran otros estudios¹⁹.

CONCLUSIONES

Se llega a la conclusión de que ambas escalas por si solas no son suficientes para evaluar el paciente séptico. El SIRS presenta una alta sensibilidad, pero baja especificidad, por lo que existirá un sobre

diagnóstico, sin embargo, el qSOFA es poco sensible. Con respecto a mortalidad, gravedad, aparición de shock, FMO y estadía mostraron el mismo comportamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mervyn Singer, MD, FRCP; Clifford S. Deutschman, MD, MS; Christopher Warren Seymour, MD, MSc; Manu Shankar-Hari, MSc, MD, FFICM; Djillali Annane, MD, PhD; Michael Bauer ^[L]_[SEP] et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-810.
2. Daniel Martin Arsanios, Andrés Felipe Barragan, Diana Alexandra Garzón, ^[L]_[SEP]Francisco Cuervo Millán, Jazmín Pinzón, Estefan Ramos Isaza, et al. Actualización en sepsis y choque séptico: nuevas definiciones y evaluación clínica. Acta Colomb Cuid Intensivo. 2017. Volume 17, Issue 3, July–September 2017, Pages 158-183
3. Chanu Rhee y Michael Klompas. New Sepsis and Septic Shock Definitions^[L]_[SEP]Clinical Implications and Controversies. Infect Dis Clin N Am 31 (2017) 397–413
4. Cecconi M, Evans L, Levy M, Rhodes A. Sepsis and septic shock. Lancet. 2018;392:75-87. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30696-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30696-2) [Links]
5. Manu Shankar-Hari, MD, MSc; Gary S. Phillips, MAS; Mitchell L. Levy, MD; Christopher W. Seymour, MD, MSc; Vincent X. Liu, MD, MSc;^[L]_[SEP] Clifford S. Deutschman et al. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):775-787.
6. Michael D. April, md, Dphil, msc, Jose Aguirre, md, Lloyd I. Tannenbaum, md, Tyler Moore, md, Alexander Pingree, md, Robert e. thaxton, md, daniel j. sessions, md, sepsis clinical criteria in emergency department patients admitted to an intensive care unit: an external validation study of quick sequential organ failure assessment the journal of emergency medicine. 1–10, 2016
7. 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(8):801-810. [Links]

8. Bhattacharjee P, Edelson DP, Churpek MM. Identifying patients with sepsis on the hospital wards. *Chest*. 2017;151(4):898-907. doi: 10.1016/j.chest.2016.06.020 [Links]
9. Giamarellos E, Tsaganos T, Tsangaris I, Lada M, Routsis C, Sinapidis D, et al. Validation of the new sepsis-3 definitions: proposal for improvement in early risk identification. *Clin Microbiol Infect*. 2017;23(2):104-109.
10. Churpek M, Snyder A, Han X, Sokol S, Pettit N, Howell M, et al. qSOFA, SIRS, and early warning scores for detecting clinical deterioration in infected patients outside the ICU. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;195:906-911.
11. 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[acceso: 10/05/2018];315:762-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0288> [Links]
12. de Groot B, Stolwijk F, Warmerdam M, Lucke JA, Singh GK, Abbas M, et al. The most commonly used disease severity scores are inappropriate for risk stratification of older emergency department sepsis patients: an observational multi-centre study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2017[acceso: 10/05/2018];25:91. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0436-3> [Links]
13. Minejima E, Delayo V, Lou M, Pamela N, Nieberg P, Rosemary C, et al. Utility of qSOFA score in identifying patients at risk for poor outcome in *Staphylococcus aureus* bacteremia. *BMC Infect Dis*. 2019;19:149. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3770-4> [Links]
14. Freund Y, Lemachatti N, Krastinova E, Van Laer M, Claessens YE, Avondo A, et al. Prognostic accuracy of Sepsis-3 criteria for in-hospital mortality among patients with suspected infection presenting to the Emergency Department. *JAMA*. 2017[acceso: 10/05/2018];317:301-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.20329> [Links]
15. Finkelsztejn EJ, Jones DS, Ma KC, Pabón MA, Delgado T, Nakahira K, et al. Comparison of qSOFA and SIRS for predicting adverse outcomes of patients with suspicion of sepsis outside the intensive care unit. *Crit Care*. 2017[acceso: 10/05/2018];21. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1658-5> [Links]

16. Serafim R, Gomes J, Salluh J, Póvoa P. A comparison of the quick-SOFA and systemic inflammatory response syndrome criteria for the diagnosis of sepsis and prediction of mortality: A systematic review and meta-analysis. *Chest*. 2018;153:646-55. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.12.015> [Links]
17. Schlapbach LJ, Straney L, Bellomo R, et al Prognostic accuracy of age-adapted SOFA, SIRS, PELOD-2, and qSOFA for in-hospital mortality among children with suspected infection admitted to the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2018; 44:179–188. Disponible en: 10.1007/ s00134-017-5021-8
18. Mohamed El-Mashad G, Said El-Mekkawy M, Helmy Zayan M. La escala pediátrica de evaluación del fallo multiorgánico secuencial (pSOFA): una nueva escala de predicción de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Anales de Pediatría*. 2020 May;92(5):277–85. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1695403319303017?token=B89DA046A4992536190A9BE2769A4E77E5C32CF62A80F4A30859DCE86733F0E8281246256F632E9255489C382EC25601&originRegion=us-east-1&originCreation=20210615013018> [consultado 2021 Jun 15].
19. Song JU, Sin CK, Park HK, Shim SR, Lee J. Song JU, et al. Performance of the quick Sequential (sepsis-related) Organ Failure Assessment score as a prognostic tool in infected patients outside the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2018 Feb 6;22(1):28. doi: 10.1186/s13054-018-1952-x. *Crit Care*. 2018. PMID: 29409518 Free PMC article. Review.