



## CARTA AL DIRECTOR

### Conflictos de interés en la nueva definición de consenso para la sepsis y shock séptico (sepsis-3)



### Conflicts of interest in the new consensus based definition of sepsis and septic shock (sepsis-3)

Sr. Director:

Tras la publicación de la nueva definición de sepsis<sup>1</sup>, cabe realizar algunas reflexiones sobre la trascendencia de los conflictos de interés en este tipo de documentos.

Los documentos de consenso tienen un gran impacto en la práctica, generando cambios en criterios diagnósticos e introduciendo nuevas intervenciones, así como determinando el destino de los recursos. Existe en los últimos años un creciente interés con relación al impacto que los conflictos de interés tienen en estas publicaciones<sup>2,3</sup>. Tradicionalmente los conflictos de naturaleza económica han ocupado el centro de atención. No obstante, en el ámbito científico existen otros elementos capaces de generar un interés secundario en los autores firmantes. Así, la presión por la publicación, o el propio *pathway* del grupo investigador, pueden generar conflictos de interés de tipo intelectual<sup>4</sup>.

Durante 2015 llevamos a cabo una revisión de las principales guías de práctica clínica de nuestra especialidad. Se revisaron las guías publicadas entre diciembre de 2009 y diciembre de 2014. Un total de 96 guías fueron incluidas. Un 32,6% de las guías no informaban sobre los conflictos de interés. Además, en un 54% de las guías que los reportaron, todos sus autores presentaron conflictos. En el documento principal de la nueva definición, de los 19 autores, 10 presentan algún conflicto económico. A pesar de ello, los datos aportados son escasos y confusos. Únicamente se informa sobre la empresa o institución con la que se establece el conflicto, sin concretar el tipo de relación, la cuantía o el área de conocimiento afectada.

En este contexto, los documentos de consenso son muy vulnerables al efecto de los conflictos por varias razones. En primer lugar, las recomendaciones emitidas no siempre se basan en pruebas sólidas (evidencia), recurriendo a la

opinión de expertos. Suelen emplear metodología mixta que incluye estrategias de acuerdo (Delphi), revisiones sistemáticas y evaluación GRADE, entre otras. Todo ello hace que el resultado sea confuso, resultando muy difícil para otros científicos establecer la trazabilidad del proceso, validez externa, así como evaluar las posibles fuentes de sesgo.

En segundo lugar, la participación de líderes de opinión, siendo útil (perspectiva clínica, habilidades metodológicas y aceptación por la comunidad), puede añadir nuevos riesgos al proceso<sup>5</sup>. Estos autores por su trayectoria pueden presentar una mayor exposición a la industria farmacéutica. Los conflictos quedarán reflejados en el documento, pero estos no se caracterizan ni cuantifican, dificultando el problema. Por último, es obvio que la trayectoria de cada autor queda vinculada a líneas concretas de investigación. En este grupo de autores, este hecho podría asociarse a un mayor riesgo de conflictos intelectuales y sesgos tipo *pathway*.

Nadie duda que el objetivo de estos documentos sea mejorar el pronóstico de los pacientes, disminuir la variabilidad en la práctica y generar investigación más eficiente. Sin embargo, para alcanzar estos objetivos se requiere una lectura crítica de los mismos y del entorno en que se han generado. Antes de tomar un nuevo camino hemos de preguntarnos de dónde viene para saber a dónde nos lleva.

### Financiación

No hemos recibido.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. 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.
2. Ransohoff DF, Pignone M, Sox HC. How to decide whether a clinical practice guideline is trustworthy. *JAMA*. 2013;309:139–40.
3. Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Institute of Medicine (US). En: Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, editores. *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, DC: National Academies Press; 2011. p. 53–1048.

4. Akl EA, El-Hachem P, Abou-Haidar H, Neumann I, Schünemann HJ, Guyatt GH. Considering intellectual, in addition to financial, conflicts of interest proved important in a clinical practice guideline: A descriptive study. *J Clin Epidemiol.* 2014;67:1222–8.
5. Moynihan R. Key opinion leaders: Independent experts or drug representatives in disguise? *BMJ.* 2008;336:1402–3.

J.A. Barea-Mendoza<sup>a,\*</sup>, I. Cortés-Puch<sup>b,1</sup>  
y M. Chico-Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Department of Critical Care Medicine, Clinical Center, National Institutes of Health Bethesda, Bethesda, Maryland, Estados Unidos*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jbareamendoza@gmail.com](mailto:jbareamendoza@gmail.com)

(J.A. Barea-Mendoza).

<sup>1</sup> Las opiniones expresadas en este artículo son exclusivas de los autores y no representan a ninguna posición o política de los *National Institutes of Health*, ni del *Department of Health and Human Services*, ni del gobierno de los EE. UU.