



## 321 - IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO SEPSIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

*Cecilia Suárez Carantoña<sup>1,2,3</sup>, Francesca Gioia<sup>1,3</sup>, Rosa Escudero Sánchez<sup>1,3</sup>, María Pilar Irazo Alcolea<sup>1</sup>, Marta Najarro<sup>1</sup>, Nilda Martínez Castro<sup>1</sup>, Ana Verónica Halperin<sup>1,3</sup> y Sergio Diz Fariña<sup>1,3</sup>*

<sup>1</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>2</sup>Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España. <sup>3</sup>IRYCIS, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características clínicas de los pacientes con un Código Sepsis activado, así como su manejo y mortalidad, tras la implantación de un paquete de recomendaciones para evaluar la calidad asistencial en un hospital terciario.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que analiza el correcto cumplimiento de un paquete de medidas de Código Sepsis en un hospital terciario, durante el 2022. Se incluyeron todos los pacientes  $\geq 18$  años a los que se les activó el Código Sepsis. Se describieron las características basales de los pacientes y el correcto cumplimiento de las medidas previamente definida por el Grupo de Trabajo multidisciplinar de Código Sepsis del hospital. Las variables cuantitativas se describen como media  $\pm$  desviación típica o mediana [rango intercuartílico]; las cualitativas, mediante frecuencia absoluta y relativa, n (%). Estudio aprobado por el comité de ética del centro.

**Resultados:** En el año 2022 se activaron 573 pacientes con código sepsis con una edad media de  $75,4 \pm 15,3$  años; 54,5% eran varones. El servicio que más códigos activó fue Urgencias (52,8%), seguido de Anestesia-unidad reanimación posquirúrgica (14,1%), Cirugía General (13,1%) y Medicina Interna (9,0%). Ingresaron en Medicina Interna el 32,2% de los códigos activados, en UCI 13,1% y en Enfermedades Infecciosas el 11,0%. La mediana de la puntuación de qSOFA fue de 1 [0-2], de NEWS 5 [3-7] y de SOFA 3 [2-5]. Se obtuvieron hemocultivos en 460/573 pacientes (79,3%) y otras muestras microbiológicas en 455/573 pacientes (78,3%), siendo el urocultivo la muestra más frecuente, en 423/455 pacientes (93,2%). Los focos de sepsis más frecuentes fueron: el urinario 183/573 (31,9%), el respiratorio 124/573 (21,6%) y el abdominal 123/573 (21,4%). Se determinó el lactato en 519/573 (90,6%) pacientes con una mediana de 2,6 [1,6-6,50] y la PCT en 434/573 (75,7%) con una mediana de 2,7 [0,6-11,9]. El antibiótico más empleado fue piperacilina/tazobactam (54,2%), seguido de meropenem (16,4%) y ceftriaxona (10,5%). Hasta en un 30,3% se empleó más de un antibiótico siendo vancomicina, linezolid y daptomicina los más frecuentemente asociados. El antibiótico empírico no fue adecuado en 16/573 casos (7,0%). Hubo 45 muestras con aislamiento de algún microorganismo multirresistente, que corresponden a 33 pacientes. Se representan en la tabla. La estancia media fue de 9,7 [6,0-18,1] días. Un total de 56/573 pacientes (9,6%) fallecieron en las primeras 72 h y 157/573 (27,0%) en los primeros 30 días. Se adecuó el soporte vital en 16/573 (7,0%) pacientes.

**Muestras con microorganismos resistentes**

<b>Tipo de resistencia</b>	<b>N = 45</b>
Betalactamasa de espectro extendido	17 (37,8%)
Carbapenemasas	2 (4,4%)
AmpC desreprimida	2 (14,0%)
Resistencia a oxacilina	6 (31,1%)
Resistente a $\geq 3$ familias de antibiótico	14 (31,1%)
Otras resistencias	2 (4,4%)

*Conclusiones:* La aplicación de medidas estandarizadas dentro del Código Sepsis ha demostrado disminuir la mortalidad. En nuestro hospital se ha observado una alta adherencia a las medidas establecidas y una baja frecuencia de tratamiento empírico inadecuado. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos la mortalidad en la sepsis sigue siendo elevada. Es fundamental concienciar y formar a todos los profesionales sanitarios para una detección y tratamiento precoz.