Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):232

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-172. - PUESTA EN MARCHA DE UN ¿CÓDIGO SEPSIS¿ EN UN HOSPITAL: EXPERIENCIA DURANTE 2 AÑOS

M. Vivancos Gallego[1], J. Rojas-Marcos[1], D. Benito[1], A. González[1], E. Loza[2], A. Robustillo[3], J. Cobo Reinoso[4], I. Prieto[5]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Microbiología, [3]Unidad de Medicina Preventiva, [4]Unidad de Enfermedades Infecciosas, [5] Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Objetivos: La sepsis es un importante problema de salud pública, por su frecuencia, gravedad y costes. Aunque su pronóstico en las últimas décadas ha mejorado, persiste una elevada mortalidad (20,7% sepsis grave y 45,7% shock séptico) según una amplia serie española (Esteban. Crit Care Med 2007). La instauración de medidas encaminadas a mejorar la oxigenación tisular y tratar precozmente la infección ha demostrado beneficios en la supervivencia de los pacientes. El término &#39código sepsis&#39 (CS) denomina a la puesta en marcha de programas de ayuda para instaurar de forma precoz las medidas clave o bundles. La determinación de lactato, la toma de hemocultivos, la antibioterapia precoz y la fluidoterapia agresiva en las 3 primeras horas constituyen el bundle de resucitación. Analizamos la implementación de un CS durante un periodo de 22 meses (julio de 2011-abril de 2013) en un hospital terciario y la adecuación del tratamiento antibiótico empírico.

Métodos: El &#39código sepsis&#39 del Hospital Ramón y Cajal es un programa asistencial que proporciona un algoritmo de manejo de los pacientes (bundle de resucitación) y la disponibilidad de médicos intensivistas e infectólogos las 24 horas del día. Los casos son incluidos en una base de datos online. Se recogieron de forma retrospectiva todos los pacientes incluidos. Se analizó el cumplimiento de las medidas (bundle de resucitación). Se consideró como tratamiento empírico apropiado aquél administrado al paciente en las primeras tres horas desde el diagnóstico si los patógenos aislados de muestras valorables eran sensibles. Los pacientes fueron seguidos por una enfermera epidemióloga para completar la información sobre el curso clínico hasta el final de su hospitalización.

Resultados: Se identificaron 255 casos de pacientes incluidos en el CS en todos los servicios del hospital, el 66% registrados en Urgencias. La edad media fue de 69 años (16-95). El 60,1% eran hombres. El 68,6% presentaron una sepsis grave y el 29,4% un shock séptico. Tanto la determinación de lactato como la realización de hemocultivos mejoraron discretamente a lo largo del periodo del estudio (del 63% al 81,8% y del 63% al 68,1%, respectivamente). El 60% de los pacientes recibió más de 1.000 cc de cristaloides durante las primeras horas. Se estudió la adecuación del tratamiento antibiótico empírico en los 185 primeros casos, de los cuales se dispuso de filiación microbiológica en 125 (68%). El tratamiento empírico fue adecuado en el 82,4%, alcanzando el 93,9% si el paciente fue valorado por un infectólogo frente al 78,3% en lo que no (p = 0,06; Fisher). Los microorganismos más frecuentes, cuando el tratamiento empírico fue inadecuado, fueron BGN multiresistentes. La mortalidad hospitalaria de los pacientes incluidos en CS fue del 19.5%.

Discusión: Considerando una incidencia de 100 casos por 100.000 habitantes, estimamos que solo el 25-30% de los pacientes fueron registrados en el CS. El cumplimiento de las medias de resucitación fue aceptable y la mortalidad hospitalaria muy baja. La valoración por expertos en enfermedades infecciosas mejora la probabilidad de un tratamiento empírico apropiado. La emergencia de resistencias en los BGN multiresistentes dificulta la selección del tratamiento empírico adecuado.

Conclusiones: Es posible poner en marcha un &#39código sepsis&#39. La consecución de CS implica a todos los servicios del hospital, pero especialmente al de Urgencias. Es necesario diseñar estrategias que permitan el registro de una proporción más elevada de casos para evaluar la calidad de la asistencia a este problema de salud. La implementación del CS se asocia, en nuestro centro, a tasa bajas de mortalidad hospitalaria. La disponibilidad de expertos en enfermedades infecciosas permite mejorar la adecuación del tratamiento antibiótico.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.