



I-012 - RELACIÓN ENTRE ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO SEPSIS Y MORTALIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Amaya González¹ y J. García Alegría²

¹Medicina Interna. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz). ²Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Resumen

Objetivos: Determinar el órgano afectado mayormente por sepsis en un Hospital Comarcal, además de si la activación del “Código Sepsis” (escala qSOFA) extrahospitalaria, disminuye la mortalidad en pacientes con sospecha de la misma.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de una muestra de 64 pacientes que acudieron con sospecha o diagnóstico de sepsis, al Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de la Serranía de Ronda durante el año 2017. Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de sepsis en Urgencias, al alta o al ingreso en M. Interna/UCI, excluyéndose aquellos sin diagnóstico definitivo de sepsis. Variables analizadas: edad, antecedentes personales, horas desde su ingreso hasta el diagnóstico, horas desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, activación o no del Código Sepsis y exitus. Se calcularon frecuencias y medias.

Resultados: 64 pacientes incluidos, 33 hombres (51,6%) y 31 mujeres (48,4%). Edad media de 76,23 años (DE 12,14 años). De entre los pacientes incluidos, 23 (35,9%), fallecieron durante su ingreso. El 34,4%, 22 pacientes, sufrieron una sepsis de origen respiratorio, un 32,8% (21) urinaria, 15,8% (10) sepsis abdominal, 7,8% (5) sepsis de partes blandas, 1,6% (1) origen biliar, 1,6% (1) meningitis y el 6,3% de los casos, es decir, 4 pacientes, ingresaron por una sepsis sin foco (fig. 1). De los 64 pacientes, en el 79,7% de los casos, se extrajeron cultivos antes del inicio del tratamiento antibiótico. De los 64 casos analizados, en un 40,6% (26 pacientes) de los mismos se activó el protocolo denominado “Código Sepsis” tanto extrahospitalariamente como en triaje hospitalario. En este estudio, sólo se incluyeron aquellos pacientes con diagnóstico definitivo de sepsis, siendo pacientes excluidos aquellos que aun con activación en un principio del “Código Sepsis”, no tuvieran un diagnóstico definitivo del mismo. De 26 pacientes con activación del código sepsis, 9 de ellos (34,6%) fallecieron, mientras que el 65,38% (17), no lo hicieron. Dicho de otro modo, de los 41 pacientes que no fallecieron, en el 41,46% se activó el código sepsis (fig. 2).

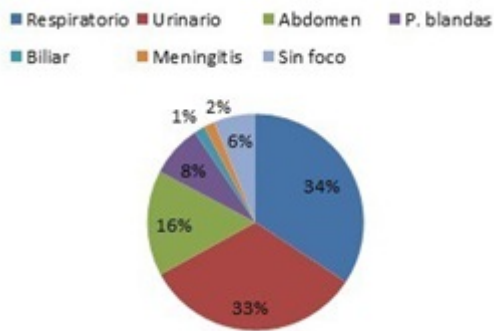


Figura 1. Sepsis.

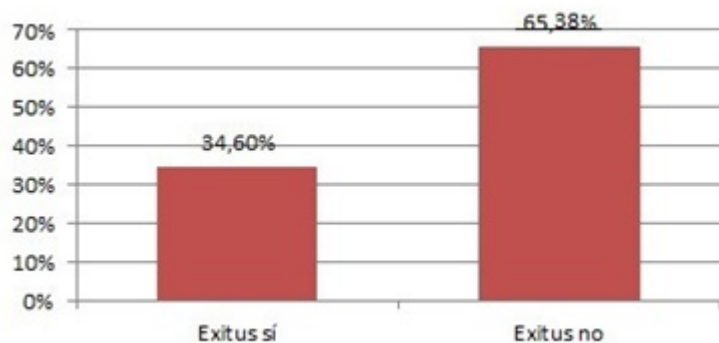


Figura 2. Exitus y activación del “Código Sepsis”.

Discusión: Los Servicios de Urgencias y de Medicina Intensiva acordaron abordar un proyecto dirigido a la plantilla de Urgencias, que contemplara diferentes aspectos de la sepsis, entre los que se incluían diferentes herramientas diagnósticas con especial referencia a la aplicación de la antibioterapia adecuada y precoz quedando definido el Código Sepsis. Para su activación se necesita una escala qSOFA ≥ 2 puntos (frecuencia respiratoria ≥ 22 rpm, alteración mental y/o presión sistólica arterial < 100 mmHg).

Conclusiones: Los pacientes que más fallecen son aquellos con más comorbilidades, con más retraso en el diagnóstico y tratamiento. Por ello, se implantó hace años el protocolo denominado “Código Sepsis”, una serie de actuaciones a seguir ante la mínima sospecha de infección, para agilizar el diagnóstico y el tratamiento precoz. En nuestro caso, la mortalidad se vio reducida en aquellos pacientes en los que se activó el Código Sepsis, 9 de ellos (34,6%) fallecieron, no siendo así, en el 65,38% de los casos, dicho de otro modo, de los 41 pacientes que no fallecieron, en el 41,46% se activó el código sepsis.