



## I-071 - SEPSIS: CALIDAD ASISTENCIAL Y CICLO DE MEJORA

J. Béjar Valera<sup>1</sup>, M. Esteban Garrido<sup>1</sup>, E. López Almela<sup>1</sup>, I. Peral Martínez<sup>2</sup>, B. Mariblanca Nieves<sup>3</sup>, M. Sánchez Sánchez<sup>2</sup>, M. Miluy Guerrero<sup>1</sup> y E. Mené Fenor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>3</sup>Cuidados Intensivos. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la calidad de la asistencia a nuestros pacientes diagnosticados de sepsis durante el año 2014 en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

**Material y métodos:** La población a estudio son todos los pacientes dados de alta con el diagnóstico principal de sepsis, código 038 del CMBD según la CIE-9. Son 94 pacientes con 97 episodios de sepsis, excluidos los pacientes pediátricos. Construimos los criterios de calidad de dicho proceso y analizamos su cumplimiento en nuestra población. Los criterios elegidos son: 1. Tiempo desde la llegada hasta la toma de cultivos. 2. Tiempo al inicio de la antibioterapia. 3. Sueroterapia en ml. en la primera hora. 4. Porcentaje de extracción de hemocultivos. 5. Adecuación de la antibioterapia empírica de las primeras 24 y 48 horas a los aislamientos microbiológicos causales. 6. Desescalamiento. 7. Porcentaje de pacientes con algún aislamiento microbiológico causal. Además, recogimos las siguientes variables del proceso: demográficas, exitus, estancias, GRD y peso, constantes y saturación de oxígeno al ingreso, uso de drogas vasoactivas e ingreso en UCI, cultivos realizados y resultados microbiológicos, antibióticos utilizados, disfunciones orgánicas asociadas, foco de infección primario, intervencionismo quirúrgico para control de foco, variables analíticas (creatinina, procalcitonina, PCR, pH, pO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, lactato, plaquetas, INR, bilirrubina), comorbilidades y condición de pluripatológico. Analizamos con el programa SPSS la relación entre las diversas variables con test de chi cuadrado y Anova.

**Resultados:** El tiempo medio hasta la toma de hemocultivos es de 6h y 17min, superior al de inicio del antibiótico que es de 4h y 9 min de media. Administramos de media 429 ml de sueroterapia durante la primera hora. El 86% de los pacientes tienen hemocultivo, un 30% positivos. 59% tienen urocultivo, 37% positivos. 22% tienen esputo, 66% positivos. 26% tienen exudados, 66% positivos. El 4% tienen algún tipo de líquido biológico, el 33% del cual positivo. La edad media es de 70 años. La mortalidad de nuestros pacientes ha sido del 31%, con 25% de ingreso a UCI. La estancia media ha sido de 11 días. El 51% presentaron insuficiencia renal aguda, el 36% shock séptico, el 32% distrés respiratorio, el 17% disfunción hepática, el 14% disfunción cardíaca, el 10% coagulación intravascular diseminada, el 4% encefalopatía. No ha habido estacionalidad significativa en nuestro estudio. En el 17% se realizó una intervención quirúrgica mayor o menor sobre el foco de la sepsis. El antibiótico más prescrito como primera elección fue ceftriaxona con un total del 45%, seguido del 11% de piperacilinan-tazobactam, 11% meropenem y 10% levofloxacino. Ceftriaxona se combinó con otro antibiótico en el 63% de los casos. El segundo antibiótico se prescribió al 2,4 días de ingreso de

media y fueron por igual claritromicina y levofloxacino con un 13%, seguido de ceftriaxona con un 10% y meropenem con 7%. El primer antibiótico prescrito era adecuado a los posteriores aislados microbiológicos en el 56% de las ocasiones; el segundo antibiótico prescrito empíricamente resultó adecuado a posteriori en el 62%. La duración del ingreso se ha relacionado únicamente con el pH al llegar. En nuestro estudio el exitus se ha relacionado únicamente con el shock séptico ( $p < 0,001$ ), edad ( $p < 0,001$ ), disfunción respiratoria ( $p < 0,002$ ), afectación hepática ( $p < 0,003$ ), insuficiencia renal aguda ( $p < 0,003$ ) y el uso de drogas vasoactivas ( $p < 0,013$ ). En el resto de variables clínicas y/o analíticas no se han relacionado con el fallecimiento.

*Conclusiones:* Hemos de mejorar en la sospecha y tratamiento de la sepsis por lo que los residentes de Medicina Interna, UCI y MFyC implicados en este trabajo junto con los servicios clínicos responsables nos encargaremos de la organización de sesiones clínicas formativas en enfermedades infecciosas y la realización del protocolo de sepsis del hospital y su difusión.