CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):966

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-593 - IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA

Baz Figueroa, Caleb[1]; Pérez, Antonio[1]; Domínguez, David[2]; Burneo, Mauricio[1]; Soto, Luis[2]; Feria, Ana[1]; Viera, David[2]

[1]Servicio de Cirugía; [2]Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Ntra. Sra. Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: En nuestro país acuden a los servicios de urgencias aproximadamente 50.000-100.000 casos/año con un cuadro infeccioso que cumple criterios diagnósticos de sepsis, de lo que alrededor del 30% evolucionan a sepsis grave o shock séptico. Sin embargo, las tasas de prevalencia del paciente con sepsis grave o shock séptico subsidiario de intervención quirúrgica precoz para el control del foco infeccioso no están bien definidas. En nuestro país existen precedentes de equipos multidisciplinares de intervención rápida dedicados a la atención del paciente séptico (Código Sepsis) que han obtenido buenos resultados pero no que no están dirigidos específicamente al paciente séptico con abdomen agudo e indicación quirúrgica urgente. En el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria hemos gestado una iniciativa para la creación de una Unidad multidisciplinar de intervención rápida del paciente con abdomen agudo, sepsis o shock séptico e indicación quirúrgica urgente, que hemos denominado Código Abdomen Agudo, cuyo objetivo principal es la disminución de la morbi-mortalidad así como el de conocer la incidencia de la sepsis grave o shock séptico en los pacientes anteriormente citados.

Métodos y resultados: Se han utilizado las definiciones de sepsis, sepsis grave y shock séptico de la Surviving Sepsis Campaign. Se incluyen en el estudio todos aquellos pacientes que cumplen las siguientes variables de inclusión: indicación de cirugía urgente + dos criterios de sepsis + un criterio de sepsis grave o shock séptico. Una vez identificados por el cirujano (tanto en el Servicio de Urgencias como en planta de hospitalización) los pacientes subsidiarios a incluirse en el protocolo Código Abdomen Agudo y si no hay disponibilidad inmediata de quirófano, contacta con el anestesiólogo de la Unidad de Críticos Quirúrgicos para su optimización (fluidoterapia intensiva, antibioterapia de amplio espectro, canalización de vías, empleo de fármacos vasoactivos, etc.) a la espera de que se libere uno de los quirófanos de urgencias. Se ha realizado una hoja de recogida de datos (previamente testada) donde se recogen desde el tiempo de activación-respuesta del Código hasta variables sociodemográficas, antropométricas, tiempos de ingreso, momento de la cirugía, así como, variables preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias, entre las que se incluyen valores analíticos de PCR, procalcitonina y ácido láctico y scores como SOFA, qSOFA, SAPS II y PSS. En la actualidad nos encontramos en la fase de recogida de datos.

Conclusiones: La creación de un equipo multidisciplinar dedicado a la optimización preoperatoria del paciente con abdomen agudo, indicación quirúrgica y sepsis plantea un gran reto tanto

asistencial como organizativo. Con este fin, se ha creado el Código Abdomen Agudo ya que creemos que, optimizando al paciente en Unidades específicas, podemos disminuir la morbimortalidad relacionada con este proceso. Así mismo, la creación de una vía clínica optimizará los recursos humanos y materiales. Los análisis parciales realizados hasta el momento nos han hecho encontrar puntos de mejora en la actuación realizada que se están implantando en la actualidad.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados