



O-042 - CÓDIGO ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: EXPECTATIVAS, REALIDADES Y RETOS TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN

Martín Ramos, María; González Castillo, Ana María; Manzo, Elena; Bravo Salvà, Alejandro; Calsina Juscafresa, Laura; Velescu, Alina; Sánchez Parrilla, Juan; Lorente Poch, Leyre

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La isquemia mesentérica aguda (IMA) es una entidad clínica de baja incidencia (6,2 casos por cada 100.000 habitantes/año). Sin embargo, su frecuencia aumenta con la edad, llegando a ser más común que la apendicitis aguda o el aneurisma roto a partir de los 70 años. La IMA se asocia a una alta mortalidad, que oscila entre el 50% y el 80%, principalmente debido al retraso en el diagnóstico y el tratamiento. No obstante, se ha demostrado que, mediante un abordaje multidisciplinar y la implementación de un código específico, la mortalidad puede reducirse hasta un 25%. En julio de 2024 se implementó el código IMA en nuestra institución, lo que ha permitido un diagnóstico y tratamiento más precoz, mejorando así el pronóstico de los pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, unicéntrico, que incluyó todas las activaciones del Código IMA registradas hasta la fecha. Los criterios para la activación del protocolo fueron: pacientes que presentaran dolor abdominal desproporcionado en relación con los hallazgos de la exploración física, con EVA > 8, con o sin antecedentes cardiovasculares previos. El protocolo establece que un cirujano debe ser el responsable de valorar inicialmente al paciente y, en caso de sospecha, activar el Código IMA.

Resultados: Hasta el momento, se han activado un total de 23 códigos IMA. 11 pacientes fueron diagnosticados de isquemia mesentérica aguda (IMA), independientemente de su causa. De estos, 6 pacientes presentaron una IMA oclusiva, en 4 se realizó tratamiento quirúrgico mediante cierre abdominal diferido, y 2 pacientes se trataron mediante técnica endovascular sin necesitar una cirugía. La mediana de edad media de los pacientes con activación del código fue 65 años (no siguen una distribución normal, con rango intercuartílico de 60-71), el tiempo de detección en avisar a Cirugía fue 36 minutos (RIQ 14,5-98,5) el tiempo entre la activación y el diagnóstico fue 10 minutos de mediana (RIQ 10-24,5). El 100% de los pacientes diagnosticados de IMA se encontraban estables y el 33% presentaban fallo de órgano a su llegada a urgencias (insuficiencia renal). Tiempo entre diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la IMA y de otras patologías con necesidad de tratamiento quirúrgico, fue 162 minutos (RIQ 125-213). La mortalidad de la IMA oclusiva descendió a un 20%.

Conclusiones: la implementación de un código en pronóstico de la IMA resulta fundamental. Tras la instauración del Código IMA, se observó también un impacto positivo en el manejo de otras patologías quirúrgicas. La mortalidad por IMA ha disminuido de forma notable. La implementación de criterios estrictos de activación, junto con la implicación directa del servicio de Cirugía en la gestión de estos casos, permitió acortar significativamente los tiempos desde la llegada del paciente a Urgencias hasta el inicio del

tratamiento quirúrgico. La implantación de un protocolo multidisciplinar que coordine de manera eficiente los recursos hospitalarios se confirma como un elemento clave para mejorar el pronóstico de los pacientes.