

fusión de esteroide, el 65% recibieron doble soporte con norepinefrina y vasopresina y el 27,2% recibieron triple soporte con norepinefrina, vasopresina y adrenalina. La dosis promedio usada de norepinefrina fue de 0,46  $\mu\text{g kg minuto}$ , de vasopresina 4 ui h, de adrenalina 0,4  $\mu\text{g kg minuto}$ . El 100% de los pacientes presentaron disfunción multiorgánica, requirieron de ventilación mecánica invasiva y 9,2% requirió de terapia de reemplazo renal. La mortalidad bruta fue del 60%.

**Conclusiones:** En pacientes hematóncológicos, que desarrollan choque séptico refractario, el uso de azul de metileno, se brinda como una alternativa adicional a la reanimación tradicional con cristaloides y vasopresores. Estudios adicionales deben evaluar el impacto sobre la mortalidad y la reducción en las dosis de vasopresores.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

## Comunicaciones orales

### CARDIOVASCULAR/NEFROLOGÍA/PATOLOGÍA DIGESTIVA CRÍTICA/METABOLISMO

11:30-12:30 - Sala 113

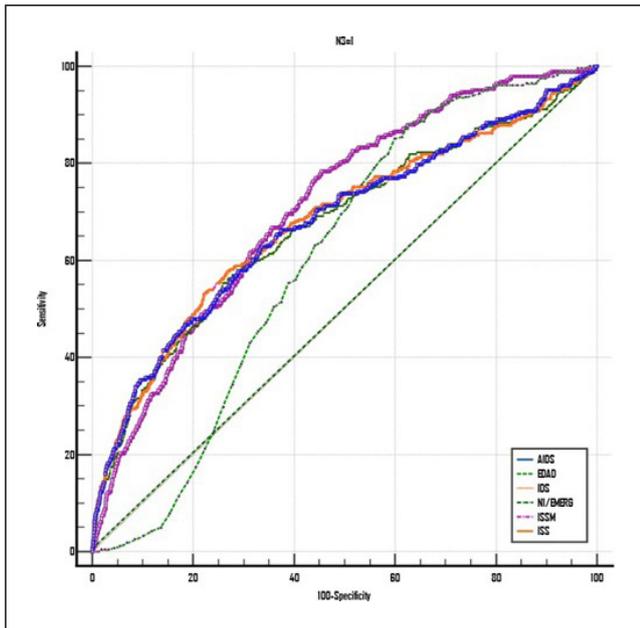
**Moderadores:** Celina Llanos Jorge/  
David Toapanta Gaibor

#### 630. ÍNDICE DIASTÓLICO DE SHOCK MODIFICADO COMO PREDICTOR DE INGRESO EN UCI DESDE URGENCIAS

García Garmendia JL, Razak Soriano M, Delgado Mesa P, Macías Clemente J, Gómez Prieto MG y González Contreras JJ

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

**Objetivos:** Los índices de shock, basados en la tensión arterial (TA) y la frecuencia cardiaca (FC) son indicadores de mala evolución en diferentes procesos clínicos. El objetivo del estudio es analizar la asociación entre diferentes índices de shock valorados en triaje de Urgencias con el ingreso en UCI durante ese episodio.



**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional analítico sobre todos los episodios de urgencias en > 14 años desde 1/1/16 a 30/9/23 en un hospital comarcal. Se determinó con las mediciones de triaje el índice sistólico de shock (ISS = FC/TAs), índice diastólico de shock (IDS = FC/TAd), índice de shock modificado (ISM = FC/TAm) e índice diastólico de

shock modificado por edad (AIDS = IDSxEdad). Se analizó la asociación de cada indicador y la edad con el ingreso en UCI en el episodio. Se calculó la curva ROC y su área (AUCROC) para cada indicador y se analizaron las diferencias con el test de DeLong, generando los puntos de corte con el test de Youden. Asimismo, se realizó un análisis multivariante con regresión logística, con significación establecida en  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se valoran 744.193 episodios descartándose 110.730 menores de 14 años, 420.819 por no disponer de TA o FC, y 133 con datos discordantes, quedando 212.494 episodios analizables. En la muestra global, la discriminación del AIDS para el ingreso en UCI fue significativamente mejor que el IDS, ISS, ISSM y la Edad, con un AUCROC 0,685 (IC95% 0,683-0,686;  $p < 0,001$ ). En el subgrupo de pacientes con prioridad 3 de triaje, el AIDS fue también el más discriminativo con un AUCROC 0,710 (IC95% 0,708-0,713;  $p < 0,001$ ). En el subgrupo de prioridades 4 y 5, con un AUCROC 0,797 (IC95% 0,792- 0,802) fue significativamente mejor que los otros índices, pero no que la edad ( $p = 0,399$ ). Igualmente, el AIDS fue más discriminativo en los subgrupos de < 65 años, TA sistólica > 120, TA media > 70, y FC < 100. Utilizando los puntos de corte de los índices, un ISS > 0,7, un AIDS > 62 y un ISSM > 1 se asociaron significativamente con el ingreso en UCI en la cohorte total y en las prioridades 3. En las prioridades 4 y 5, solo el AIDS > 62 se asoció al ingreso en UCI OR 11,1 (CI95% 3,17-39,1);  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** El índice de shock modificado por la edad puede ser una herramienta útil para detectar necesidades de ingreso en UCI de pacientes a su llegada a urgencias, incluso en pacientes de menor gravedad inicial, siendo superior a otros índices de shock.

#### 631. CATÉTERES PARA TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA: CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y COMPLICACIONES. ANÁLISIS DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO DIALYREG

Barrueco Francioni JE<sup>1</sup>, Molina Collado Z<sup>2</sup>, Tizón Varela AI<sup>3</sup>, Arias Verdú MD<sup>1</sup>, Quílez Trasobares N<sup>2</sup>, González Fernández M<sup>3</sup>, Larrañaga Sigwald L<sup>3</sup>, Seller Pérez G<sup>1</sup>, Sánchez-Izquierdo Riera JÁ<sup>2</sup> y Herrera Gutiérrez ME<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

**Objetivos:** Describir las características de los catéteres usados para depuración extracorpórea así como la incidencia y características de sus complicaciones.

**Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico sin intervención. Análisis de los pacientes incluidos en el registro multicéntrico Dialyreg desde su puesta en marcha en 2020. Se incluyen datos de 563 pacientes, 3.612 filtros y 730 catéteres, analizando características físicas de los mismos, lugar de inserción y complicaciones registradas. Los datos se presentan como media ( $\pm$  DE), mediana (rango intercuartílico), N (porcentaje) y OR (IC95% para OR). Para las comparaciones se aplicó t-Student, ANOVA o chi-cuadrado según las variables, para un valor de  $p < 0,05$ , realizado mediante el paquete R. Este registro cuenta con la aprobación de los CEI de los centros incluidos.

**Resultados:** Analizamos 730 catéteres, con un consumo de 1,29 ( $\pm$  0,65)/paciente, de los cuales 74,1% eran > 12F, 73,8% con geometría en cañón de escopeta y respecto de la longitud 1,8% 15 cm/30,3% 20 cm/67,4% 24 cm. La inserción fue del 56% Femoral dcha, 24,4% Femoral izda, 13% Yugular dcha, 5,6% Yugular izda y 0,6% subclavia. La retirada fue condicionada por problemas de flujo en 13,4% y por protocolo en cuadro febril en 7,9%, con una duración media de 6,6 (4,6) días en retirada programada, 6,7 (4,2) días por problema de flujo y de 11,7 (5,0) días por cuadro febril ( $p < 0,000$ ). Registramos problemas en el 6%: 1,2% trombosis - 1,2% hematoma, 0,1% fístula y 1,9% infección. No detectamos relación entre mal flujo y la geometría del catéter, una tendencia a mayor problema de flujo con menor calibre (sin lograr significación,  $p 0,08$ ) o menor longitud (30,8% en 15 cm, 15,4% en 20 cm y 12,2% en 24 cm,  $p 0,065$ ) y significativa con el punto de inserción [FD 11,2%, YD 13,7%, FI 15,7% y YI 26,8% ((0,04)] y el lado [dcha 11,7%, izda 17,4%,  $p 0,025$ , OR 1,64 (1,05-2,6)]. La presencia de flujo deficiente se relaciona de forma significativa con las complicaciones en el punto de inserción con una OR de 9,8 (3,9-25,2),  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** Pese a que la elección de punto de inserción mayoritaria es la femoral derecha, no ajustada a las recomendaciones de las GPC, esta decisión parece adecuada al no condicionar mayores problemas con su uso. Aunque la retirada del catéter es frecuente ante cuadros febriles, la frecuencia de infección comprobada es baja en estos catéteres. El ac-

ceso yugular izquierdo debería considerarse de última elección y ante la presencia de problemas de flujo debemos plantear la sustitución del catéter ya que condiciona mayores complicaciones vasculares.

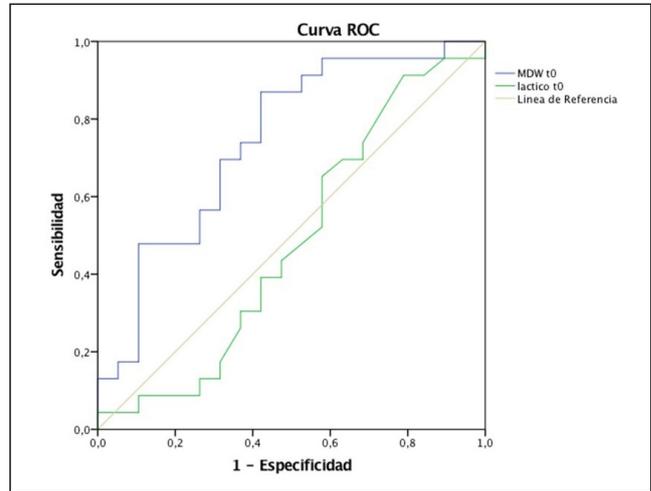
**632. AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN MONOCITARIA COMO MARCADOR PRECOZ DE LA LESIÓN POR ISQUEMIA REPERFUSIÓN EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO**

Sáez de la Fuente I, Chicote Carasa Y, Amirola Sarmiento de Sotomayor C, Álvaro Valiente E, Solano Lorente E, López García L, Orejón García L, Martín Badía I y Sánchez Izquierdo Riera JA

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** El ancho de banda monocitario (MDW) es una medida de dispersión de la media del volumen de los monocitos que ha demostrado su utilidad en el diagnóstico de diferentes procesos inflamatorios. El objetivo del presente estudio es analizar la capacidad diagnóstica del MDW como marcador precoz de lesión por isquemia reperfusión (LIR) en el posoperatorio inmediato del trasplante hepático.

**Métodos:** Estudio de cohortes prospectivo incluyendo pacientes receptores de un trasplante hepático. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos en función de si presentaron alteraciones clínicas compatibles con LIR (disfunción primaria del injerto y/o fracaso renal agudo). Se recogieron variables demográficas y evolutivas. Los resultados se presentan como mediana (RIC) o %, analizando las diferencias mediante U Mann-Whitney o chi-cuadrado respectivamente. La influencia de la LIR en la supervivencia del injerto a 1 mes se exploró mediante regresión logística multivariante. Se utilizó la curva ROC y el área bajo la curva para analizar la validez del MDW en comparación con el lactato sérico. Se consideró significativo un valor  $p < 0,05$ .



**Resultados:** Se incluyeron un total de 226 pacientes receptores de un trasplante hepático, de los cuales 136 fueron clasificados como LIR+. Las características basales, de la intervención quirúrgica y de su evolución en UCI son analizadas en la tabla. La supervivencia del injerto al mes fue del 94%. En el análisis multivariante, los factores relacionados con la pérdida del injerto al mes (retrasplante y/o exitus) fueron LIR (OR, 9,774;  $p = 0,05$ ), trombosis arterial (OR, 43,13;  $p < 0,001$ ) y ventilación mecánica prolongada (OR, 6,49;  $p = 0,006$ ). El área bajo la curva para la LIR fue de 0,744 (IC95% 0,59-0,89;  $p = 0,007$ ) para la MDW y de 0,481 (IC95% 0,29-0,66;  $p = 0,83$ )

Figura 2 Póster 632

	Todos (n=226)	LIR+ (n=136)	LIR- (n=90)	p
<b>Características del receptor</b>				
Edad	57.5 (51-63.25)	58 (51-65)	57 (49.25-63)	0.35
IMC	26 (24 - 29)	26 (24-30)	26 (24-29)	0.80
DME (%)	155 (68%)	92 (67%)	63 (70%)	0.77
Sexo varón (%)	165 (73%)	103 (75%)	62 (68%)	0.28
IRC (%)	48 (21.2%)	38 (28%)	10 (11%)	0.003*
<b>Características de la enfermedad hepática (%)</b>				
Apache II	12 (9-16)	13.5 (10-17)	10.5 (7-13)	<0.001*
SAPS II	28 (21.75 - 35)	13.5 (10-17)	24.5 (20-30)	<0.001*
VHB (%)	21 (9.3%)	13 (9.5%)	8 (9%)	1.00
VHC (%)	72(32%)	42 (30%)	30 (33%)	0.67
OH (%)	120(53.1%)	71 (52%)	49 (54%)	0.78
CHC (%)	91(40.3%)	48 (35%)	43 (47%)	0.072
HF(%)	21(9.3%)	14 (10%)	7 (8%)	0.64
MELD	14 (9-19)	15 (10.5-20)	11 (8.25-17)	0.001*
MELD-Na	15 (10-20)	16 (12-21)	12 (9-18)	<0.001*
Child Pugh	8 (6-9)	8 (6-9)	7 (5-9)	0.005*
A	80 (35%)	42 (28%)	38 (42%)	
B	110 (48%)	72 (53%)	38 (42%)	
C	36 (17%)	28 (19%)	14 (16%)	
Tiempo de inclusión en lista (días)	102 (34 - 201)	98 (34-236)	106 (34.5-178)	0.52
<b>Características de la intervención quirúrgica</b>				
TIF (min)	350 (291.25-458.75)	362.5 (300-480)	323.5 (285-421.25)	0.008*
TIC (min)	50 (40-59)	50 (40-60)	45 (35-55)	0.010*
TFA (min)	45 (40.25-59.25)	45 (43.75-65)	45 (39.5-55.5)	0.48
CH (mL)	1000 (250-2000)	1250 (500-2250)	500 (250-1000)	<0.01*
PFC (mL)	1250 (500-2250)	1500 (575-2500)	1000 (500-2000)	0.015*
Plaquetas (mL)	250 (0-500)	250 (0-500)	250 (0-500)	0.017*
Sd. Reperfusion (%)	34 (15%)	24 (18%)	10 (11%)	0.25
<b>Características de la evolución en UCI</b>				
Días UCI	4 (3-7.75)	6 (3-10)	3 (2-4)	<0.001*
Días Hospital	16 (11-26)	18 (12-31)	13 (10-19)	<0.001*
Infección (%)	18 (8%)	16 (12%)	2 (2%)	0.011*
Retrasplante (%)	18 (8%)	13 (9.5%)	5 (5.5%)	0.33
Reintubación (%)	17 (7.5%)	17 (12.5%)	0	<0.001*
VM>24h (%)	33 (14.6%)	32 (23.5%)	1 (1%)	<0.001*
Láctico al ingreso (mmol/l)	2.1 (1.25-3.25)	2.4 (1.3-3.6)	2 (1.1-2.9)	0.096
MDW al ingreso	19.63 (18.44-22.5)	21.04 (19.36-23.74)	18.92 (17.31-20.39)	0.003*

Las variables cuantitativas se describen como mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas se describen como frecuencia absoluta y porcentaje relativo. CHC: carcinoma hepatocelular; DME: donante de muerte encefálica; HF: hepatitis fulminante; IMC: índice de masa corporal; IRC: insuficiencia renal crónica; LIR: lesión por isquemia reperfusión; OH: hepatopatía alcohólica; TIC: tiempo de isquemia caliente; TIF: tiempo de isquemia fría; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C.\*  $p < 0.05$

para el lactato sérico inicial. Se estableció un punto de corte para el MDW de 19,23 con sensibilidad de 87% y especificidad de 58%.

**Conclusiones:** La LIR es uno de los principales determinantes del pronóstico del paciente tras un trasplante hepático. El MDW podría permitir una mejor predicción de su aparición que los parámetros habitualmente utilizados.

### 633. DISFUNCIÓN ENDOTELIAL DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO Y DEBILIDAD ADQUIRIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (DAUCI); HACIA UNA GESTIÓN PERSONALIZADA DE LA REHABILITACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Estela Esteve J<sup>1</sup>, Espinal C<sup>1</sup>, Ridao N<sup>1</sup>, Zanoletti M<sup>2</sup>, Yaqub A<sup>2</sup>, Durduran T<sup>2</sup>, Nogales S<sup>1</sup>, Caballer A<sup>1</sup> y Mesquida J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Consortio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Barcelona. <sup>2</sup>Institut de Ciències Fotòniques (ICFO), Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre la DAUCI y el estado microcirculatorio del músculo.

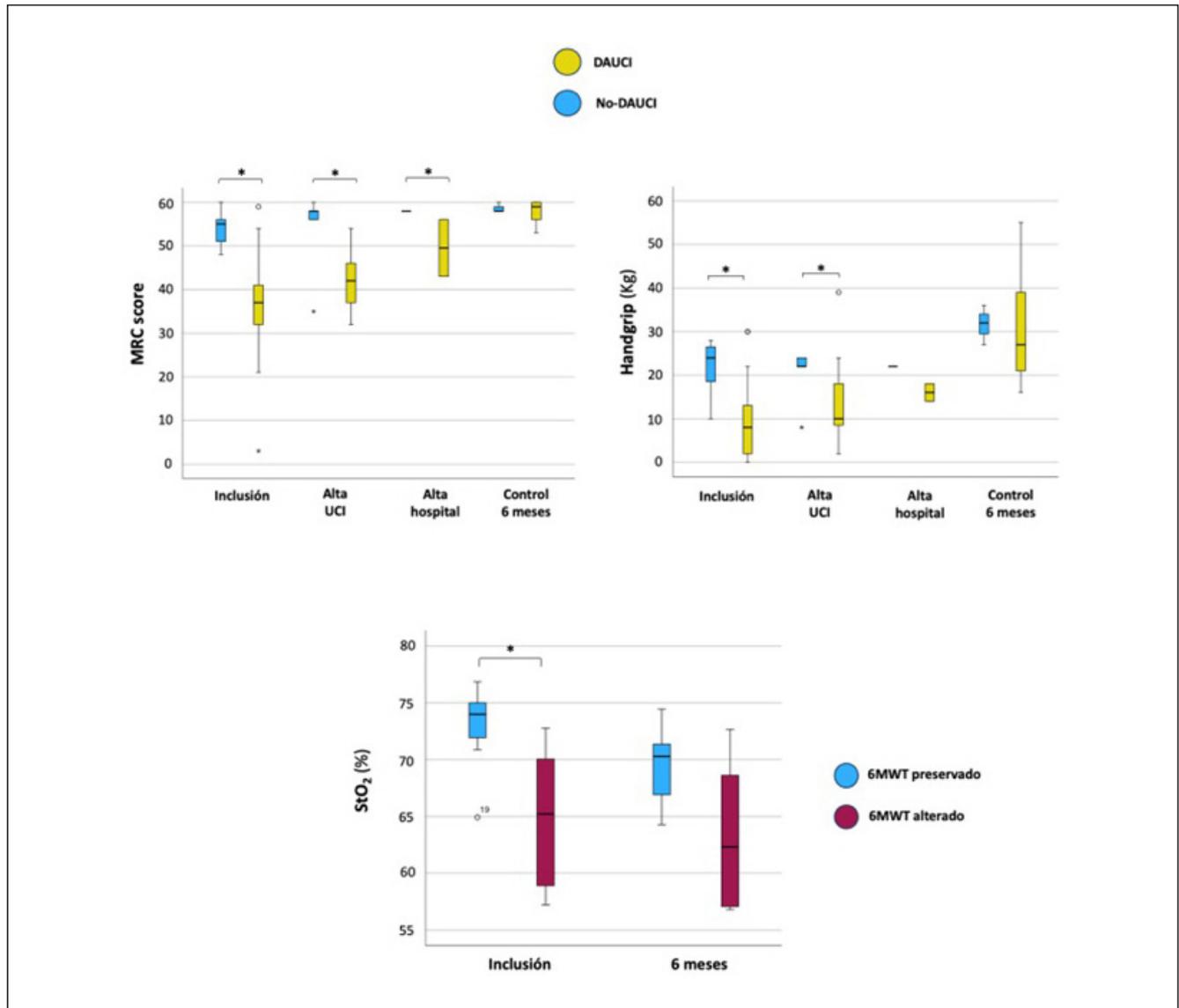
**Métodos:** Estudio observacional prospectivo unicéntrico, en una UCI general. Se incluyeron pacientes con > 48h de ventilación mecánica (VM), excluyendo trastornos cognitivos y/o neurológicos previos o al ingreso. Se evaluó fuerza muscular con dinamometría y el Medical Research Council sum score (MRC), y el estado microcirculatorio del músculo braquiorradial

medido de forma no-invasiva con tecnología fotónica (Sistema Vascovid) al despertar, alta UCI, alta hospitalaria y a los 6 meses. Añadiendo el test de la marcha de 6 minutos (6MWT) a los 6 meses. El sistema Vascovid cuantifica la saturación tisular de oxígeno (StO<sub>2</sub>) y el flujo microvascular (BFi). Mediante un test de isquemia transitorio, se obtuvieron parámetros de reactividad microvascular (función endotelial). Se definió DAUCI como MRC < 48, y alteración del 6MWT en < 400 m. Se realizó un análisis de correlaciones entre fuerza y microcirculación, así como comparativo y evolutivo para presencia de DAUCI y/o alteración 6MWT.

**Resultados:** Se incluyeron 57 pacientes (63 ± 16 años) con Barthel previo 99 ± 3. La principal causa de ingreso fue insuficiencia respiratoria (39%). Al despertar, MRC 41 ± 12 (68% con DAUCI), dinamometría 11 ± 9 kg. DAUCI se asoció a más días de VM e incremento de estancia en UCI. No se observaron correlaciones entre el estudio de fuerza basal y el estado microcirculatorio. Los parámetros de fuerza mejoraron hasta la normalización a los 6 meses (fig. 1). A los 6 meses, el 38% de pacientes presentaban limitación en la capacidad funcional en el 6MWT. La limitación en la marcha no se asoció a DAUCI previa, aunque sí a valores más bajos en oxigenación tisular, ya desde la inclusión (fig. 2). En el análisis ROC, los valores de StO<sub>2</sub> a la inclusión mostraron una AUC de 0,88 (p 0,001) en la predicción de alteración grave en 6MWT.

**Conclusiones:** La DAUCI no se asoció a mayor disfunción endotelial. Hubo una recuperación de la fuerza muscular en toda la muestra a los 6 meses. En los pacientes con una alteración en los parámetros microcirculatorios a la inclusión, se observaron alteraciones graves en la ca-

Figura Póster 633



pacidad de ejercicio funcional. El estudio precoz de la microcirculación del músculo podría detectar los pacientes ingresados en la UCI con riesgo de disminución de la capacidad funcional a largo plazo.

Financiado por: Fundació Marató de TV3.

**634. DAÑO MIOCÁRDICO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2**

Ruiz Bocos Á, Daniel X, Roure M, Oliva I, Ferré C, Bodí M, Cartanyà M, Rodríguez A y Villavicencio C

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

**Objetivos:** La neumonía grave por SARS-CoV-2 se asocia a diversas complicaciones cardiovasculares. Entre ellas, el daño miocárdico es una entidad relativamente frecuente. A pesar de ello, los factores asociados y la relación con la evolución de los pacientes no está clara. Por esta razón, el objetivo del presente estudio fue evaluar los factores asociados a su desarrollo, así como el impacto en la mortalidad en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Análisis retrospectivo descriptivo multicéntrico y multinacional, en 67 unidades de cuidados intensivos (UCI) de España y Andorra. De un total de 6.029 pacientes con diagnóstico de neumonía grave SARS-CoV-2, durante 2 años, se evaluaron 1.849 pacientes con niveles de troponinas recogidos las primeras 72 h de ingreso en UCI. Se excluyeron aquellos con insuficiencia renal crónica (120), cardiopatía isquémica crónica (95), insuficiencia cardíaca (38) y datos perdidos (97). Finalmente, se incluyeron en el estudio 1.499 pacientes. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de laboratorio dentro de las primeras 72 h en UCI. Se definió daño miocárdico como valores de troponina (hs-cTn) > 47 ng/L (umbral de diagnóstico para el percentil 99).

**Resultados:** La mediana de edad fue 62 años. Las comorbilidades más prevalentes fueron: hipertensión arterial (41,9%), diabetes mellitus (22,6%) e inmunosupresión (8,7%). El 18,5% (278) de pacientes cumplieron criterios de daño miocárdico. La mortalidad a los 28 días fue 21,7%, asociándose a ella de forma independiente la edad, la inmunosupresión, el lactato, el D-dímero, la disfunción miocárdica, la disfunción renal y el daño miocárdico (OR 1,872 IC95% 1,176-2,980, p 0,008). Además, el daño miocárdico estuvo asociado a un aumento de la mortalidad a los

Figura 1 Póster 634

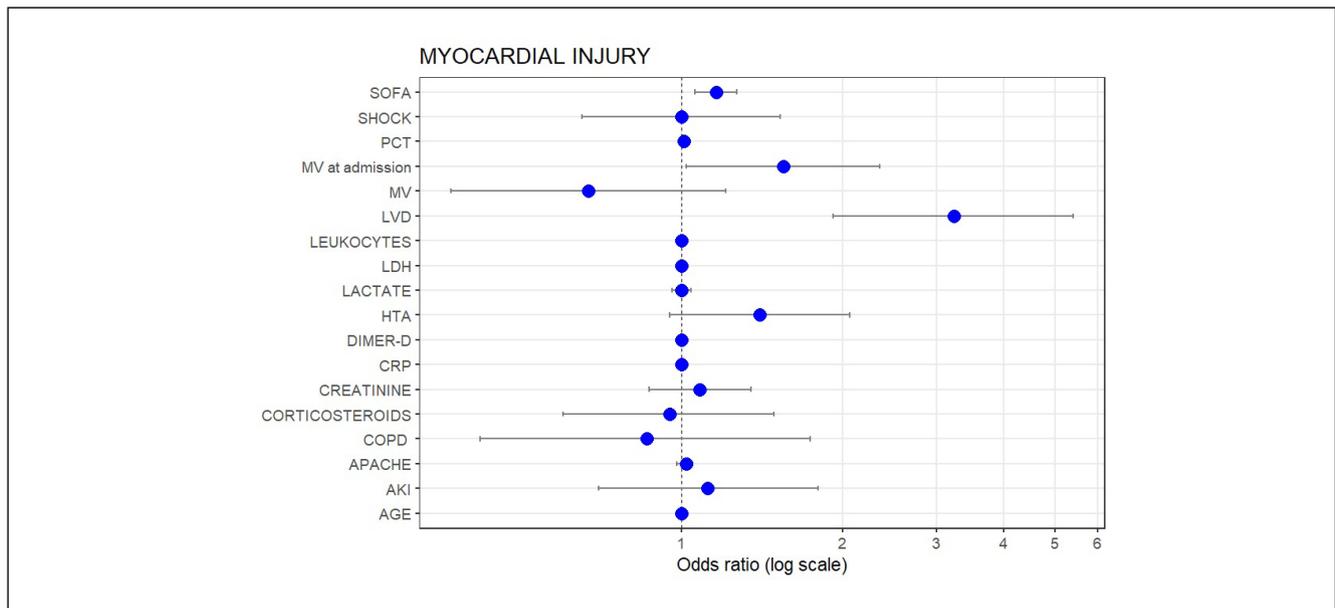


Figura 2 Póster 634

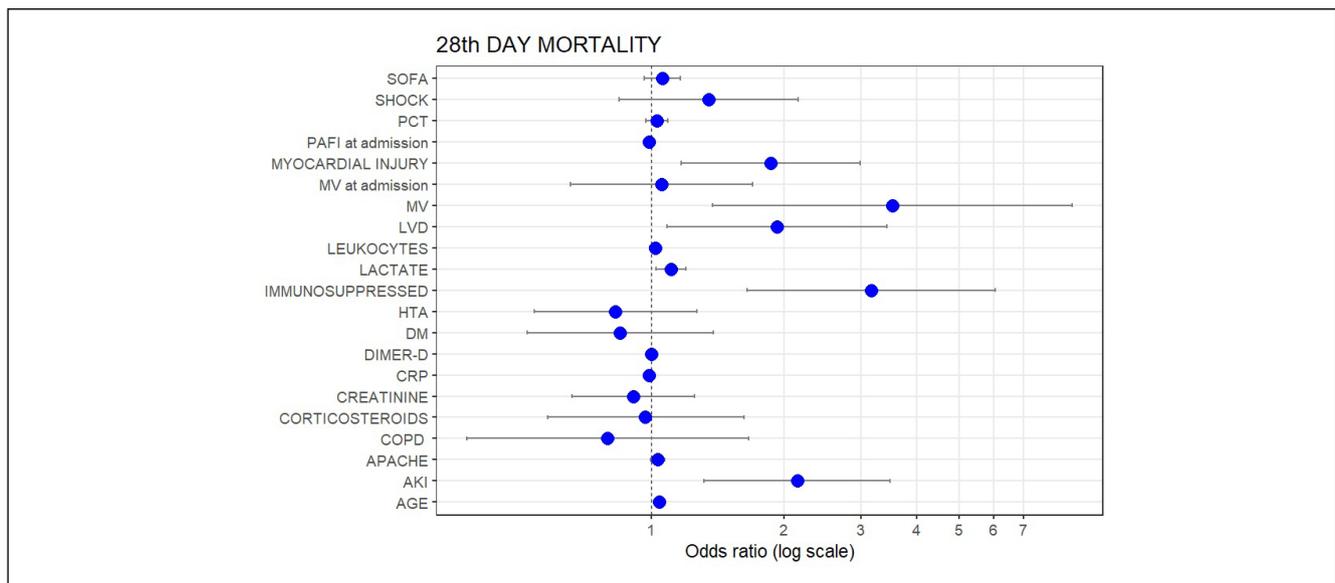
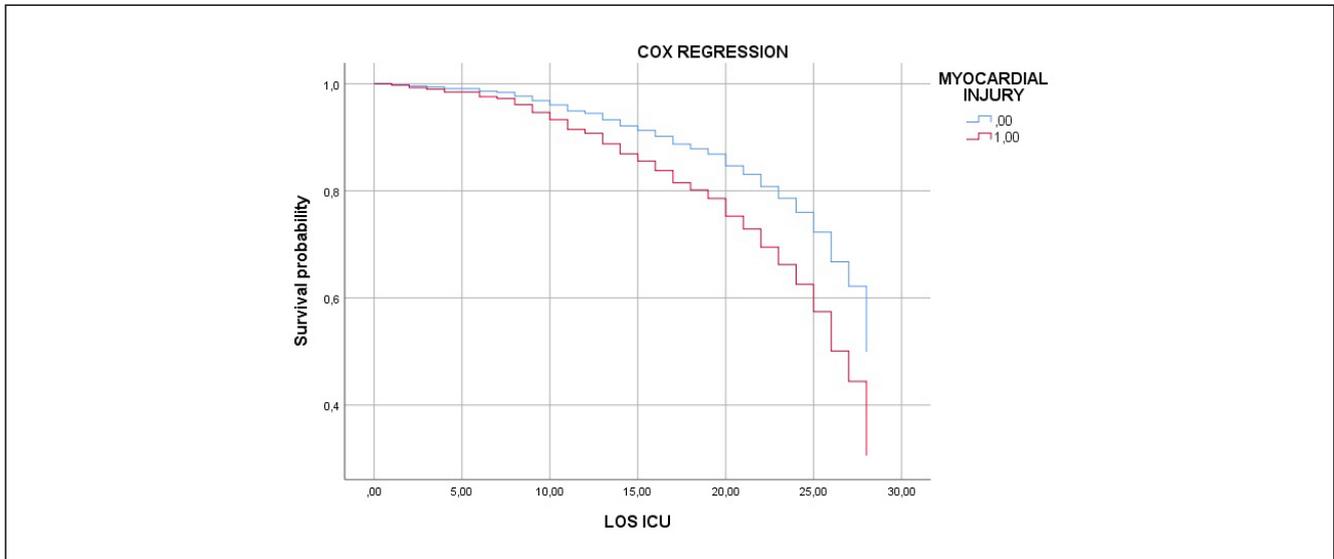


Figura 3 Póster 634



28 días con un HR 1,709, IC95% 1,161-2,517. Los factores que se asociaron de forma independiente a daño miocárdico fueron el SOFA al ingreso, D-dímero, la disfunción miocárdica (OR 3,232, IC95% 1,929-5,414,  $p < 0,000$ ) y la ventilación mecánica al ingreso.

**Conclusiones:** El daño miocárdico en la neumonía grave por SARS-CoV-2 parece asociarse a un riesgo elevado de mortalidad a los 28 días. Su reconocimiento precoz permitiría diferenciar fenotipos específicos de alto riesgo y establecer terapias mejor dirigidas.

### 635. IMPACTO DE LA TERAPIA MÉDICA NUTRICIONAL EN EL PACIENTE OBESO CRÍTICO

López Delgado JC<sup>1</sup>, García Jean A<sup>2</sup>, Bordejé Laguna L<sup>3</sup>, Portugal Rodríguez E<sup>4</sup>, Martínez de Lagrán Zurbano I<sup>5</sup>, González Iglesias C<sup>6</sup>, Lorenzo Cárdenas C<sup>7</sup>, Mateu Campos L<sup>8</sup>, Trujillano Cabello J<sup>9</sup>, y Servià Goixart L<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. <sup>2</sup>IbIBELL-Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. <sup>5</sup>Hospital de Mataró, Barcelona. <sup>6</sup>Hospital de Barbastro, Huesca. <sup>7</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>8</sup>Hospital General Universitario de Castellón, Castellón. <sup>9</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto del aporte calórico-proteico mediante la terapia médica nutricional (TMN) en el paciente obeso crítico.

**Métodos:** Este estudio observacional prospectivo multicéntrico (NCT: 03634943). Se incluyeron pacientes adultos que requirieron TMN. Los datos demográficos, las comorbilidades, el estado nutricional, la TMN media durante los primeros 14 días y sus complicaciones, así como los resultados, se registraron en una base de datos (RedCAP®). Se analizaron los pacientes obesos ( $IMC \geq 30 \text{ Kg} \cdot \text{m}^2$ ). Los pacientes fueron clasificados y analizados en función de la adecuación del aporte calórico y proteico según recomendaciones de guías de práctica clínica. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 25.0.

**Resultados:** De los 525 pacientes ingresados durante el periodo de estudio, 150 (28,6%) fueron obesos. El aporte calórico se consideró inadecuado ( $< 11 \text{ kcal/kg/d}$ ) en el 30,67% ( $n = 46$ ), mientras que 69,33% ( $n = 104$ ) fue adecuado ( $\geq 11 \text{ kcal/kg/d}$ ). El aporte proteico fue inadecuado ( $< 0,8 \text{ g prot/kg/día}$ ) en el 63,33% ( $n = 95$ ), insuficiente ( $0,8-1,2 \text{ g prot /kg/día}$ ) en el 31,33% ( $n = 47$ ) y adecuado ( $\geq 1,2 \text{ g prot/kg/d}$ ) únicamente en el 5,33% ( $n = 8$ ). Los obesos con un aporte calórico adecuado tuvieron una mayor incidencia de neoplasia (6,52 vs. 23,1%;  $p = 0,028$ ), una tendencia a menor fracaso orgánico al ingreso ( $8,22 \pm 3,68$  vs.  $7,33 \pm 3,43$ ;  $p = 0,15$ ) y un mayor uso de nutrición parenteral (NP) ( $4,35$  vs.  $22,12\%$ ;  $p = 0,014$ ). La estancia media hospitalaria (días) fue mayor ( $28,62 \pm 26,04$  vs.  $39,29 \pm 28,08$ ;  $p = 0,032$ ) en estos pacientes, mientras que la mortalidad en UCI fue menor ( $32,61$  vs.  $16,5\%$ ;  $p = 0,046$ ). Aquellos con un aporte proteico inadecuado, en relación con

los que recibieron un aporte insuficiente y adecuado, eran más jóvenes ( $60,12 \pm 13,06$  vs.  $67,04 \pm 12,5$  vs.  $67,5 \pm 17,86$  años;  $p = 0,009$ ), tuvieron un menor uso de NP (12,63 vs. 19,15 vs. 50%;  $p = 0,027$ ). Los obesos con peor aporte proteico tuvieron una mayor mortalidad en UCI sin significancia estadística (25,53 vs. 14,89 vs. 12,5%;  $p = 0,322$ ). El análisis multivariable objetivó que un adecuado aporte calórico (HR: 0,398; IC95%: 0,180-0,882;  $p = 0,023$ ) y un aporte proteico insuficiente, en comparación con uno inadecuado (HR: 0,404; IC95%: 0,171-0,955;  $p = 0,038$ ), se asoció a una mejor y peor supervivencia respectivamente.

**Conclusiones:** En nuestra población se objetivó que la adecuación del aporte calórico-proteico impacta significativamente en el paciente obeso crítico. Deberían desarrollarse estrategias para optimizar la TMN en estos pacientes.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

## Pósteres orales

### SEPSIS/FRACASO MULTIORGÁNICO II

11:30-12:30 - Sala 114

Moderadoras: Carolina Lorenzo Cárdenas/  
Antonia Socias Mir

### 636. RELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD DEL SHOCK Y LA DOSIS A LA QUE SE ASOCIA UN SEGUNDO VASOPRESOR

García Valiente M, Navarro Martínez J, Bruna Pividal EI, Arcis Conesa A y Nicolás Franco S

Hospital Rafael Méndez, Murcia.

**Objetivos:** Según la evidencia actual, en situación de shock se plantea la noradrenalina como primer vasopresor y se propone asociar la vasopresina como segundo vasopresor cuando la dosis noradrenalina se encuentre entre  $0,25-0,5 \text{ mg/kg/min}$ . Desde abril de 2023 tuvimos disponibilidad en nuestra unidad para iniciar tratamiento con vasopresina. Por ello, nos planteamos estudiar si existían diferencias de mortalidad según la dosis de noradrenalina a la que se inicie la vasopresina.

**Métodos:** La población a estudio la constituye todo paciente ingresado en UCI del H.U. Rafael Méndez por shock de cualquier etiología en el que, por la situación hemodinámica, se inicia vasopresina como segundo vasopresor. Se guía la resucitación mediante monitorización invasiva con sistema PiCCO o Swan-Ganz. Se registran datos demográficos, escalas de