



O.M.11. Factores asociados a mortalidad en pacientes sépticos tratados con vasopresina.

Paloma Sánchez Ruiz¹, Álvaro Alonso Iglesias¹, Javier Marco Ríos¹, José García Cobo¹, Alejandro Álvarez Macías¹, Alejandro Úbeda Iglesias¹.

1. Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras.

Tipo de comunicación: Póster

Palabras clave

vasopresina, mortalidad, sepsis, shock séptico,

Introducción

El shock séptico (SS) es una complicación frecuentemente asociada a la sepsis con una mortalidad elevada. El inicio precoz del tratamiento vasopresor, incluso antes de finalizar la resucitación inicial con fluidos, es un factor determinante del pronóstico. En este sentido, la noradrenalina (NA) continúa siendo el fármaco de primera elección, si bien cada vez existe mayor evidencia del beneficio de la asociación a esta de otros fármacos no adrenérgicos, como vasopresina, en lugar de escalar las dosis de NA.

Objetivos

Analizar la introducción de la vasopresina en el manejo del shock séptico y los factores relacionados con la mortalidad en dichos pacientes, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Punta de Europa.

Material y método

Análisis descriptivo retrospectivo sobre una cohorte prospectiva realizado en una UCI de 12 camas en pacientes con diagnóstico de sepsis, en los años 2023 y 2024. Variables demográficas, comorbilidades, escalas de gravedad, tratamiento recibido, ventilación mecánica (VM), factores de riesgo, infecciones en UCI, antibioterapia, estancia en UCI y hospitalaria. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico). Comparaciones: test de la X² (porcentajes), t de Student (medias) y U de Mann-Whitney (medianas). Regresión logística multivariante. Significación estadística con $p < 0.05$.

Resultados

Se incluyeron 293 pacientes. Sepsis/shock séptico (n=230) vs. Vasopresina (n=63). APACHE II 14 [10; 20] vs. 17 [12.5; 21.5], $p = .055$. SAPS II 39.5 [26.2; 51] vs. 51 [34.5; 69], $p < .001$. GCS 15 [14; 15] vs. 15 [8; 15], $p = .012$. Factores de riesgo: ATB 48 h previas (47.8% vs. 25.4%, $p < .001$), cirugía urgente (10.4% vs. 25.4%, $p = .004$), NPT (17.4% vs. 49.2%, $p < .001$), TDE (13.9% vs. 50.8%, $p < .001$), VM (42.2% vs. 87.3%, $p < .001$), CVC (89.6% vs. 100%, $p = .003$). Traqueostomía (5.2% vs. 17.5%, $p = .003$). Infección ($p < .001$): bacteriemia secundaria (18.2% vs. 6.3%), BRC/foco desconocido (6.5% vs. 7.9%), infección abdominal (2.6% vs. 12.7%), ITU-SU (2.2% vs 1.6%), NAVM (0.4% vs. 15.9%). Tiempo VM (0 [0; 5] vs. 4 [1; 11.5], $p < .001$). Estancia UCI (5 [2.2; 8] vs. 7 [2.5; 13], $p = .041$). Éxito UCI 30.9% vs. 61.9%, $p < .001$. Mortalidad global 36.9% vs. 66.7%, $p < .001$.

Análisis de mortalidad: vivos (n=21) vs. éxito (n=42). GCS (13 [3; 15] vs. 15 [14; 15], $p = .055$). Factores de riesgo: TDE (5 (23.8) vs. 27 (64.3)), $p = .006$. Estancia UCI (8 [4; 21] vs. 6.5 [2; 13]), $p = .379$. Estancia hospital (28 [7; 41] vs. 11.5 [4.2; 21]), $p = .092$.

Regresión logística multivariante: GCS (OR 1.15 [1.02-1.32], $p = .026$), TDE (OR 2.06 [2.06; 28.58], $P = .003$).

**XXXIX CONGRESO
SAMIUC
XIV JORNADAS DE
ENFERMERÍA UCI**



La UCI: un mar de vida

2025 | CÁDIZ
13, 14 y 15 de marzo | Palacio de Congresos

Organiza:



Conclusiones

Los pacientes tratados con vasopresina presentaron mayor severidad, mayor necesidad de VM, NPT y depuración extrarrenal, así como mayor estancia en UCI y mayor mortalidad.

En nuestra unidad, la escala Glasgow al ingreso y la necesidad de terapia de depuración extrarrenal se asociaron de manera independiente a mortalidad en pacientes tratados con vasopresina.