

## Pósteres pantalla

### Bioética

#### 418. ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL COMO MOTIVO DE NO INGRESO EN UCI: UN ANÁLISIS BIOÉTICO

Martínez-Lozano Aranaga F, Cremades Navalón I, Martín Ruiz JF, Triviño Hidalgo J, Martínez Bernhard A, Courgeon García C y Guerrero Lozano IM

Hospital General Universitario Reina Sofía en Murcia.

**Introducción:** La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) cobra en medicina intensiva un valor fundamental por la importancia de no someter a los pacientes a tratamientos fútiles o desproporcionados. Una de las formas de AET menos estudiadas es la limitación del ingreso en UCI.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que analiza pacientes desestimados para ingreso en UCI como forma de AET durante un periodo de 6 meses. Se registraron las variables edad, sexo, situación basal, motivo, acuerdo en la decisión, recomendaciones de tratamiento, y mortalidad hospitalaria. El análisis estadístico determinó la media y mediana para parámetros cuantitativos, y el porcentaje para variables cualitativas.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se valoraron 506 pacientes, rechazándose 212 por distintos motivos, y entre ellos 67 como forma de AET. 20 pacientes no pudieron identificarse, por lo que finalmente se incluyeron para estudio 47 pacientes. El 63,8% fueron varones, con una edad media de 76,4 años (DE 12,7). El 100% presentaba alguna patología crónica. El motivo de consulta más frecuente fue la reagudización de su enfermedad de base (57%). La decisión se tomó en el 45% con el médico responsable junto con la familia o paciente, y en un 40% solo con el médico. El paciente solo participó en la decisión en 5 casos (11%). El motivo más frecuente fue la mala situación basal previa (62%) aunque en ningún caso se objetivó con escalas u otro método. En un 74% de los casos se escribió alguna recomendación siendo la más habitual "no adoptar medidas agresivas". La mortalidad hospitalaria fue 51%, muy superior a la de los pacientes ingresados en UCI en ese mismo periodo de tiempo.

**Conclusiones:** La negación de ingreso en UCI como forma de AET es una práctica frecuente en nuestro entorno y plenamente aceptada bajo el punto de vista ético pero carece de estandarización y está sometida a gran variabilidad individual. Las características del paciente crítico hacen que los familiares, y sobre todo los pacientes, participen poco en la toma de decisiones de AET reflejando todavía una actitud paternalista.

#### 419. ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL COMO MOTIVO DE NO INGRESO EN UCI: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Cremades Navalón I, Martínez-Lozano Aranaga F, Serrano Navarro JM, Rico Lledó MJ, Martín Ruiz JF, Triviño Hidalgo J y Guerrero Lozano I

Hospital General Universitario Reina Sofía en Murcia.

**Introducción:** La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) constituye de las causas menos estudiadas de limitación del ingreso en UCI, aunque su práctica es frecuente en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que analiza pacientes desestimados para ingreso en UCI como forma de AET durante un periodo de 6 meses. Se registraron entre otras las variables demográficas, situación basal, motivo de consulta y mortalidad hospitalaria. El análisis estadístico determinó la media y mediana para parámetros cuantitativos, y el porcentaje para variables cualitativas.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se valoraron 506 pacientes, rechazándose 212 por distintos motivos, y entre ellos 67 como forma de AET. 20 pacientes no pudieron identificarse, por lo que finalmente se incluyeron para estudio 47 pacientes. La distribución por sexos (el 63,8% fueron varones) coincidió con la de los pacientes ingresados en UCI en el mismo periodo de tiempo. La edad sin embargo (media de 76,4 años, DE 12,7) superó en casi 15 años la de los pacientes ingresados en UCI (media 62,53, DE 16,47). El 100% de los pacientes presentaba alguna patología crónica, siendo pluripatológicos en el 64% de los casos. La patología aislada que más frecuentemente causó la limitación fue la hepática (15%). El motivo de consulta más frecuente fue la reagudización de su enfermedad de base (57%). Estos datos coinciden con lo recogido en las escasas publicaciones sobre la materia. La mortalidad hospitalaria fue 51%, muy

superior a la de los pacientes ingresados en UCI en ese mismo periodo de tiempo (11,2%), pero inferior sin embargo a la de estudios similares.

**Conclusiones:** Los pacientes no ingresados en UCI como forma de AET tienen una edad media muy superior a los que se deciden ingresar, son mayoritariamente pluripatológicos, en más de la mitad de los casos sufren una reagudización de su patología de base, y su mortalidad es muy superior a la de los pacientes ingresados en UCI.

#### 420. PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL Y SU USO EN UNIDAD DE CRÍTICOS

Delgado Palacios C, Labrador Romero L, Baron Barrera IP, García Góngora B, Peña Naranjo JA, Casares Vivas M y Gallego Curto E

Hospital San Pedro de Alcántara en Cáceres.

**Objetivos:** Valorar la influencia de la aplicación de un protocolo de LTSV (limitación del tratamiento de soporte vital) en un programa de donación en asistolia tipo III.

**Métodos:** En una UCI polivalente con 12 camas se realizó un registro de las LTSV realizadas en un periodo de 19 meses (noviembre del 2017 a mayo del 2019), de acuerdo con el protocolo de LTSV vigente en la Unidad. En dicho registro se valoró el tipo de patología que presentaba el paciente (cardiológica, médica, neurocrítica, y politraumatizados), el tipo de limitación (fisiológica, probabilística o cualitativa), y en aquellos que no tienen contraindicación para el trasplante, se realizó (según protocolo de donación en asistolia del HSPA) entrevista para donación tras aceptar LTSV.

**Resultados:** Durante el periodo de noviembre del 2017 y mayo 2019, ingresaron en la UCI un total de 1.004 pacientes, de los cuales se realizó 49 LTSV. El 95,5% de los mismos fallecieron, mientras el 4,9% no falleció. Del total de limitaciones, un 55,1% fueron pacientes con patología médica y un 42,85% fueron neurocríticos. De todas las limitaciones, 28 pacientes (57,14%) fueron no donantes y a 21 pacientes (42,86%) se le planteó la posibilidad de donación. Entre los posibles donantes, finalmente donaron 14 (66,66% del total de posibles donantes). En la tabla se representa el total de donaciones eficaces y aquellas que finalmente no fueron donantes:

Limitación en posibles donantes	Nº de pacientes y % del total de posibles donantes
Contraindicación donación	5 (23,8%)
Negativa familiar	3 (14,28%)
Problemas técnicos	1 (4,76%)
Donación efectiva	14 (66,66%)
Limitación no exitus	1 (4,76%)

**Conclusiones:** Tras el inicio de las técnicas de LTSV en nuestra UCI, se vio incrementado el número de donantes totales, al incluir los donantes en asistolia tipo III. Durante el año 2018, las donaciones en asistolia tipo III, supusieron el 31% del total de los donantes. Por otra parte, más del 50% de las LTSV se aplicó a pacientes cuya situación clínica no permitía plantear la donación, mientras que el 42,86% fueron posibles donantes. Aunque el protocolo de LTSV se inició por ser un requisito fundamental para la donación en asistolia tipo III, también ha sido de utilidad para mejorar los cuidados al final de la vida en pacientes no donantes.

## Pósteres pantalla

### Cardiovascular/Marcapasos/Arritmias/Síndrome coronario agudo

#### 098. ANÁLISIS DE LA ESTIMULACIÓN HISIANA

Gómez Carranza A, Ortiz Díaz-miguel R, Santos Peral A, Espinosa González MC, Rubio Prieto E, Segovia García de Marina L, Muñoz Moreno JF, Gómez Grande ML, Pérez Torija MA y Girela Pérez B

Hospital General Universitario de Ciudad Real en Ciudad Real.

**Objetivos:** Análisis de pacientes a los cuales se realizó estimulación permanente del haz de His (EPHH) en una Unidad de Arritmias dirigida por intensivistas.