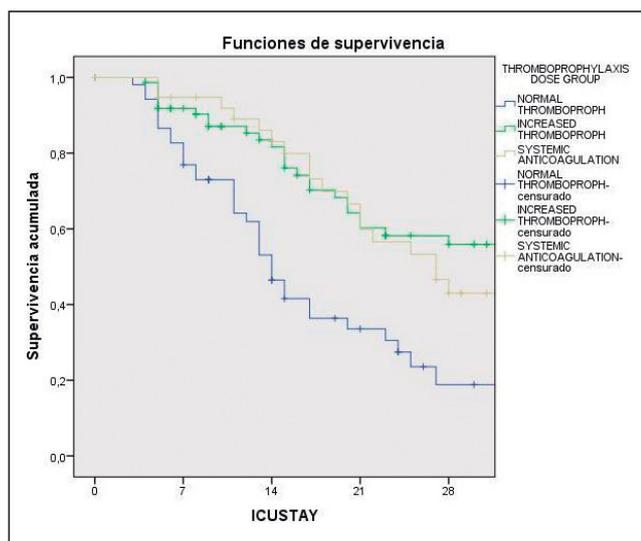


ta Creu i Sant Pau) en el área metropolitana de Barcelona (España) del 1 de marzo al 31 de marzo de 2020. Incluimos adultos con SDRA que reciben VM invasiva dentro de los primeros 3 días desde la admisión en la UCI y prueba de SARS-CoV-2 positiva por reacción en cadena de la polimerasa. El régimen estándar de tromboprofilaxis (RET) se realizó con enoxaparina subcutánea 40 mg/día o bemparina 50 UI/kg/día. Se prescribió un régimen de tromboprofilaxis intermedio (RTI) en aquellos pacientes con dímero D ≥ 1.000 ng/ml que recibieron enoxaparina 0,5 mg/kg/12h por vía subcutánea o bemparina 75-80 UI/kg/día. Se prescribió anticoagulación sistémica (AS) cuando la TVP o la EP estaban presentes o eran muy sospechosas.

Resultados: Un total de 269 pacientes con infección por SARS-CoV-2 fueron admitidos en las UCI participantes 174 pacientes cumplieron con la definición de Berlín y recibieron VM invasiva. Entre estos 174 pacientes identificamos como factores de riesgo de muerte a los 28 días: una edad mayor, tabaquismo activo, vasculopatía, una relación PaO₂/FiO₂ inicial más baja y recibir RET en comparación con RTI o SA. El régimen de tromboprofilaxis durante la primera semana fue RET en 53 (31%) pacientes, RTI en 76 (45%) pacientes y anticoagulación sistémica en 41 (24%). La mortalidad a los 14 días fue del 25% (44 pacientes) y durante la estancia en UCI fue del 52% (90 pacientes). El análisis de regresión de Cox ajustado para todos los factores de riesgo, mostró que en la primera semana desde el ingreso a la UCI el uso de un ITR en comparación con un RET se asoció con un beneficio de supervivencia (OR 0,39; IC95%: 0,20-0,74). Se prescribió RTI con mayor frecuencia en pacientes mayores con disfunción renal, hepática o neurológica al ingreso en UCI. El análisis de Kaplan Meier (fig.) mostró un beneficio en la supervivencia de 28 días para aquellos pacientes que recibieron RTI o SA en comparación con RET ($p = 0,001$).



Conclusiones: Un aumento del régimen de tromboprofilaxis durante la primera semana desde el ingreso en UCI en todos los pacientes críticamente enfermos con COVID19 y SDRA que requieren VM podrían mejorar su supervivencia.

Pósteres orales

Bioética

051. FASES DE LA AGONÍA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA TERMINAL INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Molina Domínguez E^a, Díaz Álvarez JM^b y Bueno González A^a

^aHospital General Universitario en Ciudad Real. ^bDepartamento de Filosofía Moral y Política (UNED) en Madrid.

Introducción y objetivos: En sentido estrictamente médico, la agonía es la lucha última del organismo contra patologías terminales. Kubler-Ross

estableció siete fases en la experiencia de la muerte: fase de choque, denegación, depresión, trato con la dolencia, aceptación y fase de ruptura de comunicación. El objetivo del estudio es analizar la fase en la que se encuentra el paciente ingresado en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Métodos: Análisis descriptivo y prospectivo de 35 pacientes diagnosticados de patología crónica y que ingresan en el SMI por patología aguda potencialmente recuperable. Se analiza: edad, sexo, patología, causa de ingreso, fase de agonía que inicia y días de estancia en el SMI.

Resultados: Del total de pacientes, 22 eran varones y 13 hembras, la edad media fue de 65 años, la estancia media fue mayor de 10 días y la causa más frecuente de ingreso fue la insuficiencia respiratoria de causa infecciosa o por otra patología, presentando la radiología torácica imágenes de infiltrados pulmonares de diversas causas. La segunda causa de ingreso fue el fallo multiorgánico de origen infeccioso u otra causa. El 82% de los pacientes eran conscientes de su enfermedad y de su progresión con una supervivencia de aproximadamente 2 años estimada por su especialista. En este grupo de pacientes se objetivaba la lucha activa por continuar viviendo y la depresión; ningún paciente se negó a recibir tratamiento. Según aumentaban los días de ingreso en el SMI, las fases fueron evolucionando siendo la ruptura de la comunicación el final de la vida. El 18% de los pacientes, tenían una supervivencia estimada de < 1 año, siendo en estos pacientes la aceptación de la enfermedad y la depresión los rasgos más llamativos. Ningún paciente estudiado preguntó sobre el tiempo de supervivencia. La ruptura de comunicación fue la fase final de la vida.

Conclusiones: 1. En el paciente crítico de UCI, se objetivan las fases ya establecidas por Kubler-Ross de la agonía, aunque pueden existir algunas variantes en cuanto a orden de aparición. 2. Lo más significativo de los resultados es que la ruptura de la comunicación estuvo presente como fase final en todos los pacientes, incluso al ingreso en los que tenían menor supervivencia. El tratamiento médico (sedación), contribuyó a acelerar esta fase de la agonía. 3. El lenguaje es una categoría existencial ineluctable de la persona humana.

052. IMPLANTACIÓN DEL COMITÉ DE ONCOLOGÍA Y UCI EN NUESTRO HOSPITAL. ¿CONSEGUIMOS BENEFICIOS PARA LOS PACIENTES?

Amat Serna T, Aranda Martínez C, Pérez Mesa E, López López JA y Rivera Fernández R

Hospital Universitario de Jaén en Jaén.

Objetivos: En nuestro hospital desde el año 2019 hay implantado un Comité conjunto de Oncología con UCI que nos permite evaluar los casos de los pacientes oncológicos que se encuentran ingresados y programar nuestra actitud si fuera necesario. Queremos evaluar los datos obtenidos durante estos dos años de seguimiento.

Métodos: Pacientes con patología oncológica ingresados en el Hospital Médico Quirúrgico de Jaén desde el año 2019 hasta octubre de 2020. Se han recogido datos demográficos, causa de ingreso, tipo de tumor, tratamiento recibido y pronóstico del mismo. Hemos realizado un análisis descriptivo con SPSS.

Resultados: Un total de 135 pacientes presentados, 62% varones (N = 83) y una mediana de edad de 62 años (20-79). El 64% tenían antecedentes personales: 33% HTA, 16% EPOC (cuatro de ellos con oxígeno domiciliario), 16% fumadores, 15% dislipemia y 14% DM. El tipo de tumor más frecuente fue el pulmonar 30% (N = 40), seguido del colorrectal 17% (N = 24) y esófago-gástrico en el 13% (N = 17). Del total de pacientes, el tratamiento administrado: Cirugía: 47%, quimioterapia 92% (en el momento de la consulta, 62%), radioterapia 18%, inmunoterapia 9% y solo un caso presentado se encontraba en tratamiento paliativo. El 14% se encontraban en remisión total. La causa de ingreso y por ello motivo de consulta fue en la mayoría de los casos por I. respiratoria 16% (N = 21), toxicidad por quimioterapia 14% (N = 18), sepsis 10% (N = 14) y neutropenia febril 8% (N = 11). En el Comité se consensuó candidato a UCI: Desestimados 25% (N = 34), candidatos a medidas no invasivas 25% (N = 34) y candidatos a medidas invasivas 50% (N = 67). En el seguimiento hasta el momento actual el 61% del total siguen vivos (el 83% candidatos a medidas invasivas). Del total de pacientes comentados ingresaron en UCI 7 pacientes.

Conclusiones: Los avances en el tratamiento de los pacientes oncológicos ha provocado un cambio de rumbo en las Unidades de Medicina Intensiva, considerando su ingreso según el pronóstico de los mismos y las patologías que presenten. Los beneficios del comité han permitido conocer de antemano la situación de dichos pacientes y tomar una decisión de forma consensuada con el equipo de UCI y los profesionales de oncología que conocen con exactitud el pronóstico y la supervivencia.

053. PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA QUE INGRESAN EN UCI TRAS SU PRESENTACIÓN EN NUESTRO COMITÉ DE ONCOLOGÍA Y UCI

Amat Serna T, Aranda Martínez C, Guerrero Marín M, González Gracianteparaluceta L y Rivera Fernández R

Hospital Universitario de Jaén en Jaén.

Objetivos: Queremos analizar que pacientes oncológicos presentados en el Comité de Oncología y UCI de nuestro hospital han ingresado en UCI y cuál ha sido su evolución.

Métodos: Pacientes con patología oncológica ingresados en el Hospital Médico Quirúrgico de Jaén desde el año 2019 hasta octubre de 2020, presentados en el Comité Oncología-UCI. Se han recogido datos demográficos, antecedentes, causa de ingreso y evolución en UCI. Hemos realizado un análisis descriptivo con SPSS.

Resultados: Un total de 135 pacientes presentados, 62% varones (N = 83) y una mediana de edad de 62 años (20-79). En el Comité se consensuó candidato a UCI: desestimados 25% (N = 34), candidatos a medidas no invasivas 25% (N = 34) y candidatos a medidas invasivas 50% (N = 67). En el seguimiento hasta el momento actual el 61% del total siguen vivos (el 83% candidatos a medidas invasivas). Del total de pacientes comentados ingresaron en UCI 7 pacientes (6 de ellos eran candidatos a medidas invasivas). Antecedentes personales: 3 pacientes HTA y uno dislipemia. Tipo de tumor: 3 pacientes pancreáticos, 3 tumores digestivos y 1 pulmonar; tratamiento administrado: quirúrgico 4/7, quimioterapia 7/7 (4 activos en el momento de la consulta), radioterapia 2/7 y uno de ellos se encontraba en remisión. Causas de ingreso en UCI: 3 por I. respiratoria, 2 tras intervención quirúrgica, un paciente por shock séptico y 1 por alteraciones metabólicas. Medidas intensivas aplicadas: IOT 5/7 pacientes (1 paciente traqueotomía), ONAF 2/7 pacientes, TRRC 1/7 pacientes, vasopresores 5/7. Los 7 presentaron complicaciones infecciosas siendo por gérmenes Gram- lo más frecuente. En 3 pacientes se realizó LTSV tras objetivar progresión de la enfermedad oncológica de base. De los 4 restantes falleció uno de ellos.

Conclusiones: La mejoría del pronóstico de los pacientes oncológicos y los avances en el tratamiento que están ocurriendo en la actualidad hace que algunos de ellos sean subsidiarios de ingreso en UCI. La creación de Comités de Oncología y UCI permiten conocer previamente aquellos pacientes que si obtienen un beneficio al ingreso en UCI. Nuestros resultados son escasos, ya que la N de pacientes ingresados es pequeña.

054. SÍNDROME DEL DESGASTE PROFESIONAL EN UCI DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Giménez Beltrán B, Lucero Herrera MA, Breal Flores A, Perez Ruiz M, Diez del Corral Fernández B y Estella García A

Hospital de Jerez de la Frontera en Jerez de la Frontera.

Objetivos: Analizar la incidencia de burnout (síndrome de desgaste profesional) y ansiedad-depresión entre el personal de una Unidad de

Cuidados Intensivos durante la pandemia COVID-19, así como describir el perfil de los profesionales que más lo sufren.

Métodos: Estudio observacional transversal; se invitó a participar a la plantilla de una UCI Polivalente de un hospital de segundo nivel, 10 meses tras el inicio de la pandemia, mediante un cuestionario online anónimo. Se han empleado escalas validadas para el burnout (Maslach Burnout Inventory - MBI) y de cribado de ansiedad-depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), así como datos demográficos.

Resultados: Se invitó a participar a 166 personas con una respuesta del 52,4% (87) en un periodo de 2 semanas en diciembre de 2020. De ellos, el 55,2% (48) eran profesionales de enfermería, 19,5% (17) TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), 10,3% (9) celadores, 10,3% (9) médicos adjuntos y 4,6% (4) médicos residentes; de los cuales el 72,4% (63) eran mujeres con edad media de 43,2 ± 10,9 años y el 27,6% (24) hombres con edad media de 46,1 ± 8,7 años. De los 87 encuestados, el 24,1% (21) presentan todos los criterios que caracterizan al burnout y un 52,9% (46) indicios del mismo. De los que cumplen criterios del síndrome, el 71,4% (15) son personal de enfermería, el 19% (4) médicos adjuntos y el 9,5% (2) TCAE. Los grupos más afectados son los que llevan trabajando en UCI más de 10 años con un 47,6% (10) seguidos del personal con menos de un año de experiencia con 33,33% (7). Del total de los encuestados el 53% (46) presentan indicios de burnout; especialmente la subescala de "cansancio emocional" siendo "alta" en el 50% (43). Con respecto al HADS, el 48,3% (42) de los encuestados presentan criterios clínicos de Ansiedad, siendo más prevalente entre enfermería y TCAE con un 54,7% (23) y 24% (1) respectivamente. El 100% (4) de los médicos residentes presentan criterios de ansiedad. Además, se han detectado 9 casos (10,3%) de depresión; 4 entre personal de enfermería, 3 TCAE y 2 médicos adjuntos.

Conclusiones: La incidencia de síndrome de desgaste profesional en la UCI analizada resultó elevada, afectando a 1 de cada 4 profesionales. La subcategoría del MBI con las puntuaciones más elevadas es la de "cansancio emocional". La mitad de los profesionales encuestados presentan criterios clínicos de ansiedad y 1 de cada 10 de depresión; siendo ambos más frecuentes entre el personal de enfermería.

055. VALORACIÓN DE INGRESO EN UCI DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: ¿EN QUÉ APOYAMOS NUESTRAS DECISIONES?

Cuenca Fito E, Fernández Rodríguez A, González Castro A, Escudero Acha P, Ceña Carazo J, Cherchi Pepe MS y Rodríguez Borregán JC

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Analizar las principales diferencias que rigen los criterios para aceptar o rechazar el ingreso de los pacientes oncológicos en una unidad de cuidados intensivos en un hospital de tercer nivel.

Métodos: De manera prospectiva se registraron, durante un periodo de seis meses (septiembre 2019 y febrero 2020), aquellos pacientes con antecedentes de actividad neoplásica (no hematológica) activa que eran valorados para ingreso en UCI por el servicio de medicina intensiva. Se presenta un análisis descriptivo de la muestra de enfermos donde los datos se muestran como números y porcentajes o medias y desviaciones

Tabla Póster 055

	Pacientes ingresados en UCI (N = 34)	Pacientes no ingresados en UCI (N = 15)	p
Edad > 70 años	11 (32,35%)	4 (26,66%)	0,7501
ECOG 0-1	22 (64,70%)	3 (20,0%)	0,0054
ECOG 2 o >	12 (35,29%)	12 (80,0%)	0,1006
Estado neoplasia			
I	27 (79,41%)	0 (0%)	0,0001
II	7 (20,58%)	13 (86,66%)	0,0001
III	0 (0%)	2 (5,88%)	0,089
Fase del tratamiento			
Inducción	21 (61,76%)	5 (33,33%)	0,1192
Progresión	7 (20,58%)	10 (66,66%)	0,0031
Remisión	5 (14,70%)	0 (0%)	0,3057
Curación	1 (2,94%)	0 (0%)	1,0000
Extensión metastásica	8 (23,53%)	9 (69,0%)	0,022
Mortalidad intrahospitalaria	13 (38,23%)	10 (66,6%)	0,1192
Calidad de vida a los 3 meses	(N = 19)	(N = 4)	
ECOG 0-1	7 (20,58%)	2 (13,33%)	1,0000
ECOG 2 o >	12 (35,29%)	2 (13,33%)	1,0000
Reingreso a los 3 meses	5 (26,31%)	1 (25,0%)	
	(N = 19)	(N = 4)	

estándar. Las comparaciones estadísticas entre los dos grupos se realizaron utilizando la prueba del chi cuadrado (variables categóricas) o la prueba t Student. La significancia estadística se fijó en la $p \leq 0,05$.

Resultados: Se han registrado un total de 49 enfermos en el período seleccionado. Del total de pacientes evaluados han ingresado en nuestra unidad 34 de ellos, en los 15 restantes se desestimó el ingreso en nuestra unidad. Los tumores del tracto digestivo ($n = 16$, 32,65%, IC95% [9,15-25,98]) fueron los más frecuentemente evaluados, seguido del cáncer de pulmón ($n = 10$, 20,4%, IC95% [4,80-18,39]).

Conclusiones: En nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas en la mortalidad intrahospitalaria de ambas cohortes ni en la calidad de vida a los tres meses del alta.

056. ACOMPAÑAMIENTO COMPASIVO FRENTE A LAS RECOMENDACIONES DE AISLAMIENTO AL PACIENTE CRÍTICO INGRESADO EN UCI POR INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-CoV-2

Estella A^a, de la Fuente C^b, Recuerda Núñez M^c, Amaya Villar R^d, Estecha MA^e, Machado Casas J^f, Yuste ME^g, Yaguez Mateos L^h, García Garmendia JLⁱ y Garnacho Montero J^j. *Grupo de investigación:* Grupo de Trabajo Enfermedades Infecciosas SAMIUC Andalucía

^aHospital Universitario de Jerez en Jerez. ^bHospital Universitario Reina Sofía en Córdoba. ^cHospital Universitario de Puerto Real en Puerto Real. ^dHospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. ^eHospital Universitario Clínico en Málaga. ^fHospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada. ^gHospital Universitario San Cecilio en Granada. ^hHospital Universitario de Jaén en Jaén. ⁱHospital San Juan de Dios de Bormujos en Sevilla. ^jHospital Universitario Virgen Macarena en Sevilla.

Objetivos: La Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva (SAMIUC) implementó en marzo una estrategia de comunicación y acompañamiento familiar para pacientes con SARS-CoV-2. El objetivo de esta comunicación es describir la experiencia desarrollada en materia de información y acompañamiento familiar.

Métodos: Estudio cualitativo en el que exponemos una serie de recomendaciones impulsadas por la SAMIUC en las UCI de Andalucía. Un grupo de trabajo con formación en bioética clínica mantuvimos reuniones para establecer un plan de actuación sobre régimen de visitas e información. A través de informes periódicos semanales enviados a todas las UCI andaluzas se divulgaron las recomendaciones acordadas y experiencias clínicas.



Resultados: Los procedimientos que se implementaron adaptándolos a las características estructurales/funcionales de cada UCI fueron: Información diaria a todos los familiares de pacientes ingresados en UCI por vía telefónica. Se ofreció a los familiares introducir en las habitaciones de UCI objetos personales de los pacientes, tales como fotografías, radio, dibujos... En patologías no relacionadas con la infección por coronavirus se estableció un régimen de visita presencial en las mejores condiciones de seguridad. Como alternativa de visita presencial se im-

plementaron medidas apoyadas en medios de comunicación audiovisuales, como por ejemplo videollamadas, para pacientes que hayan recuperado su nivel de conciencia y estén en condiciones de comunicarse con sus allegados. En aquellos pacientes que por su estado de salud no mantenían un nivel de conciencia adecuado para interactuar con sus seres queridos la videollamada se ofreció a los familiares la posibilidad de verlos a través de la misma. En función de infraestructura local se realizaron visitas a los pacientes a través de un cristal habilitado en el box de UCI que permitiera el contacto visual con su familiar. En situaciones de final de la vida en UCI, el acompañamiento fue un ofrecimiento garantizado a un familiar para que, dotándole de las medidas de protección adecuadas y equipos de protección individual, puedan acompañarles en sus últimos momentos de vida.

Conclusiones: Los profesionales valoramos de forma positiva las acciones implementadas considerando inaceptable que los pacientes graves sean sometidos actualmente a medidas de aislamiento que les expongan a una situación de total incomunicación con sus seres queridos.

Pósteres orales

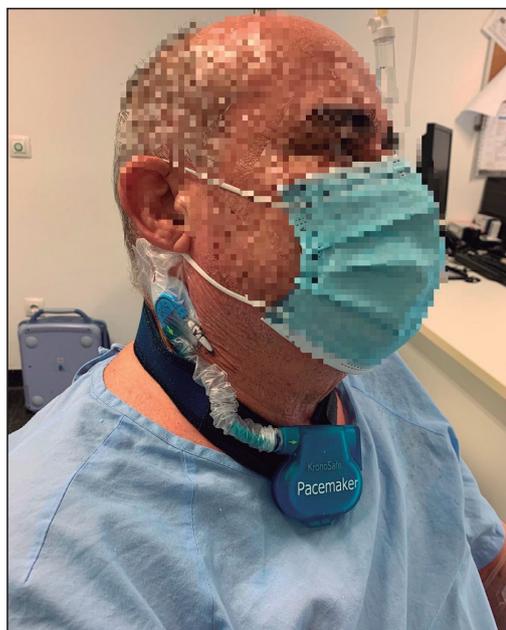
Cardiovascular

057. KRONOSAFE®: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE LA ESTIMULACIÓN CARDÍACA TEMPORAL CON ELECTRODOS DE FIJACIÓN ACTIVA

Vicente-Miralles R^a, Martín-Langerwerf DA^a, Núñez-Martínez JM^a, Marco Juan A^a, Sangio Ferreyros AD^a, Gracia Pomares P^a, Sánchez Cruz S^a, Barrios V^b, Gil-Guillén VF^c y Bertomeu-González V^c

^aHospital Universitario del Vinalopó en Elche. ^bHospital Ramón y Cajal en Madrid. ^cHospital Universitario de San Juan en Alicante.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es demostrar la seguridad y la efectividad de la estimulación cardíaca temporal con electrodos de fijación activa realizada con el sistema de sujeción KronoSafe®.



Métodos: Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación Médica y la Agencia Estatal de Medicamento y Producto sanitario. Se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes con necesidad de Estimulación Cardíaca Temporal (ECT) realizada con el sistema KronoSafe®, desde agosto 2019 hasta junio 2020 en una Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizaron mediciones de detección de onda R, impedancia de electrodo y umbrales de estimulación el día de implante, día 2, día