

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

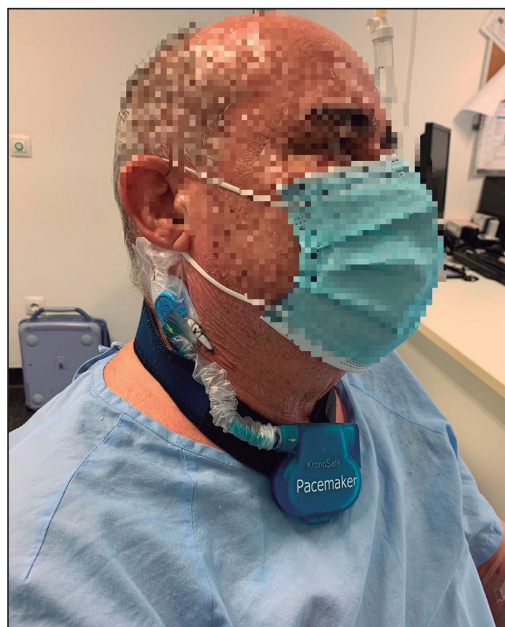
Cardiovascular

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

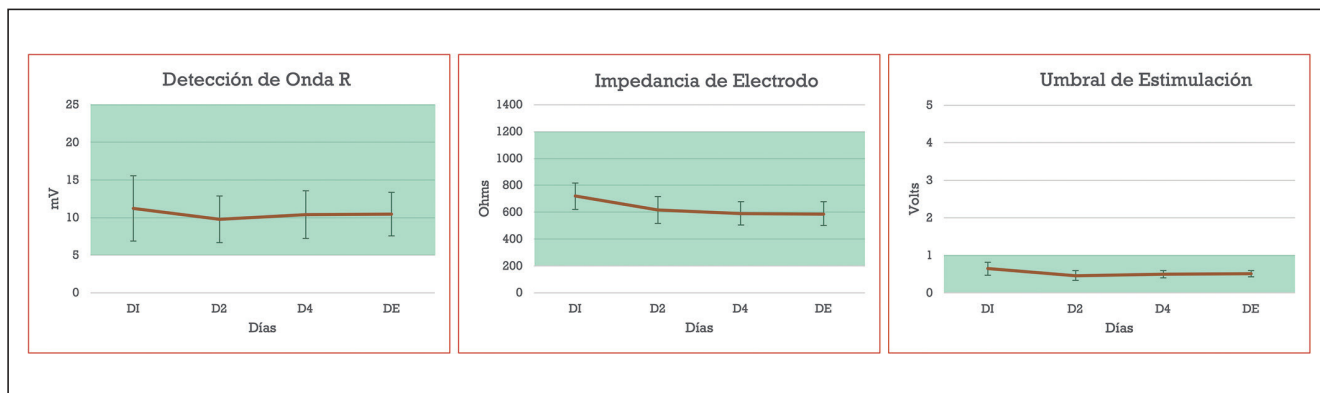
^aHospital Universitario del Vinalopó en Elche. ^bHospital Ramón y Cajal en Madrid. ^cHospital Universitario de San Juan en Alicante.

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

Figura 2 Póster 057



4 y día de explante. Se registraron las complicaciones de ECT: fallo de captura o detección, dislocación de electrodo, rotura de aislante de electrodo, desprendimiento de electrodo o generador y perforación cardiaca. Se registró el tiempo de ECT en UCI y planta de hospitalización.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes consecutivos. Las medias de detección de onda R fueron 11,23-9,76-10,38-10,47 milivoltios. Las medias de impedancia del electrodo fueron 718,65-616,80-591,17-589,20 ohmios. La media de umbrales fue 0,65-0,47-0,50-0,51 voltios a 0,4 milisegundos. Todas las determinaciones individuales estuvieron en rango de seguridad según recomendaciones de fabricante. No se observó ninguna complicación relacionada con la ECT durante todo el seguimiento de los pacientes. La duración media de ECT fue 7,57 días (mín 1,8 días-máx 25 días), un 84,56% del tiempo en planta de hospitalización con telemetría.

Conclusiones: La estimulación cardiaca temporal con electrodos de fijación activa es un procedimiento seguro. Este tipo de estimulación temporal permite un alta precoz de UCI. KronoSafe® puede proporcionar la seguridad que este procedimiento necesita.

Financiada por: Instituto Europeo de Tecnología e Innovación.

058. ESTIMULACIÓN CARDIACA TEMPORAL TRANSVENOSA CON ELECTRODOS DE FIJACIÓN ACTIVA EN TAVR

Pola Gallego de Guzmán MD, Castillo Rivera AM, Guerrero Marín M, Ruiz Bailén M, Gordillo Resina M, González Gracianteparaluceta L, Sánchez de Toro Hernández P y López-Cuervo Ramírez R

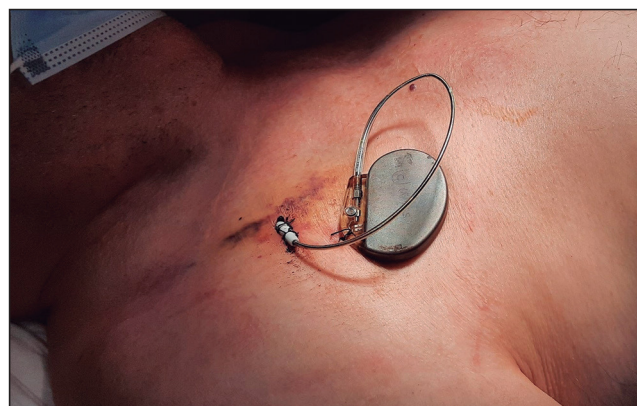
Complejo Hospitalario de Jaén en Jaén.

Objetivos: Evaluar la seguridad y las ventajas de utilizar electrodos de fijación activa (EFA), de los usualmente empleados para estimulación cardiaca permanente, en estimulación temporal profiláctica o como puente a estimulación definitiva en TAVR.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluye todos los pacientes consecutivos sometidos a TAVR desde noviembre de 2019 hasta diciembre de 2020. Se les implanta un marcapasos endovenoso transitorio con EFA (Medtronic 5072 de 58 cm) previo a TAVR conectado a un generador de estimulación permanente con ubicación externa al paciente. El generador (St Jude Medical Endurity Core PM 1152) se utiliza solo para este propósito y se reutiliza en todos los pacientes en modo VVIR. El EFA se inserta por vía subclavia derecha mediante técnica de Seldinger hasta el ápex de VD mediante hélice de fijación activa y se fija externamente a la piel con un punto de seda. Posteriormente se conecta al generador externo, que también se fija con seda a la superficie de la piel en el sitio teórico del bolsillo del marcapasos definitivo.

Resultados: Se incluyen 16 pacientes sometidos a TAVR en los que previamente se ha implantado marcapasos provisional con EFA, 9 mujeres y 7 hombres. La edad media es de $82,00 \pm 4,77$ años. En todos ellos se indicó movilización precoz del paciente y pasaron a planta entre las 24 y 48 h post-TAVR con estimulación provisional. Las variables registradas fueron: complicaciones (movilización de EFA con pérdida de captura, infección atribuible a MP, perforación cardiaca y mortalidad por cualquier causa), tiempo de estimulación provisional con EFA y necesidad final de implante de marcapasos definitivo. No hubo complicaciones en ningún paciente ni fallecimientos durante la estan-

cia hospitalaria. La media de estimulación provisional fue de $3,00 \pm 2,98$ días. Solo 5 pacientes requirieron marcapasos definitivo, que se implantó por vía subclavia izquierda, y posteriormente retirada del EFA contralateral.



Conclusiones: La estimulación provisional con EFA en TAVR es segura, y permite la movilización precoz de los pacientes con estimulación provisional en espera de decidir estimulación cardiaca permanente.

059. ELECTRODOS DE FIJACIÓN ACTIVA PARA ESTIMULACIÓN CARDIACA PROVISIONAL PROLONGADA

Pola Gallego de Guzmán MD, Guerrero Marín M, Gordillo Resina M, Ruiz Bailén M, Castillo Rivera AM, Pérez Mesa E y Orantes Pozo M

Complejo Hospitalario de Jaén en Jaén.

Objetivos: Evaluar la seguridad de la utilización de marcapasos provisionales con electrodos de fijación activa (EFA) en casos de estimulación cardiaca provisional durante un periodo largo de tiempo.

Métodos: Incluimos 6 pacientes en los que se decidió emplear EFA en lugar de los electrodos de marcapasos provisional (MPP) convencionales ante la necesidad de prolongar el tiempo de estimulación provisional. Los EFA se insertaron por vía subclavia derecha en el ápex del VD fijándose a la piel con un punto de seda. A su vez se conectaron a un generador externo reutilizable y de uso exclusivo para este fin, fijado también a la piel. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, indicación de la estimulación cardiaca, indicación de estimulación prolongada, tiempo de estimulación provisional, mortalidad atribuible al MPP, y complicaciones del MPP (dislocación del electrodo con pérdida de captura, perforación cardiaca, infección del EFA).

Resultados: La edad media de los pacientes incluidos fue de $78,00 \pm 8,79$ años, la mitad hombres. El diagnóstico fue bloqueo auriculoventricular (BAV) de alto grado en 4 pacientes, uno con disfunción sinusal (DS) con paro sinusal significativo y síncope, y otro con taquicardia ventricular (TV) sostenida y recidivante en el contexto de miocardiopatía hipertrófica en shock cardiogénico que precisó estimulación ventricular a alta frecuencia para control de la TV en espera de DAI. El tiempo de estimulación provisional fue de $15,50 \pm 10,23$ días. No hubo complicaciones atribuibles al EFA en ningún paciente. Hubo un fallecimiento no atribuible al MPP en la paciente con shock cardiogénico. Excepto esa paciente, el resto pudo ser derivado a planta y beneficiarse de movilización precoz, e incluso deambulando, durante la estimulación provisional.

Conclusiones: La estimulación provisional con EFA puede ser una alternativa a los electrodos convencionales en casos de necesidad de tiempo de estimulación prolongado, permitiendo el traslado a planta y la movilización precoz de pacientes previo al implante de marcapasos definitivos.

060. ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DE MARCAPASOS PROVISIONALES CON ELECTRODOS DE FIJACIÓN ACTIVA

Pola Gallego de Guzmán MD, Castillo Rivera AM, Molina de la Torre MC, Ruiz Bailén M, Gordillo Resina M, Guerrero Marín M, Vela Colmenero R y Romero Granados E

Complejo Hospitalario de Jaén en Jaén.

Objetivos: Evaluar si el uso de electrodos de fijación activa (EFA), de los usualmente utilizados en estimulación cardiaca permanente, es coste-efectivo para estimulación provisional.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional sobre 22 pacientes en los que se implantó marcapasos provisional (MPP) con EFA. Se incluyen pacientes sometidos a TAVR y pacientes con complicaciones infecciosas que precisaban MPP durante más de 2 días. En todos se insertó un EFA (Medtronic 5072 de 58 cm) por vía subclavia derecha hasta el ápex de VD, fijando el EFA a la piel con puntos de seda, y se conectó a un generador externo de estimulación cardiaca permanente (St Jude Medical Endurity Core PM 1152), de uso exclusivo para este fin, y reutilizable en todos los pacientes. Se registraron las complicaciones asociadas al EFA (dislocación del electrodo, perforación cardiaca, infección), el tiempo medio de estimulación transitoria y la mortalidad. Además, hemos hecho un estudio de costes.

Resultados: La edad media fue de $81,50 \pm 6,33$ años, 9 hombres y 13 mujeres. La indicación de MPP fue profiláctica por TAVR en 16 pacientes y por bloqueo AV de alto grado y disfunción sinusal sintomática en el resto. No hubo complicaciones asociadas al EFA en ningún paciente y solo un paciente falleció por shock cardiogénico, no atribuible al MPP. Excepto ese paciente, el resto pasó a planta tras estabilización clínica entre 24 y 72h tras ingreso en UCI. El tiempo medio de estimulación provisional fue de $4,00 \pm 5,78$ días. El coste de un electrodo convencional de MPP (BARD NBIHTM, 7F) es de 266€, y el EFA de 363€ (sobrecoste de 97€ en cada paciente). El generador tiene un gasto único de 1267€. Por tanto, cada paciente con MPP con EFA cuesta 154,59€ más que uno convencional ($1.267€/22 = 57,59€; + 97€$). La hospitalización en UCI cuesta 2.500€, y en planta se reduce a unos 600€, con lo que cada día

en planta ahorra 1.900€. A esta cantidad hay que restarle el exceso de gasto del EFA, quedando un ahorro neto de 1.746€. Además, los MPP con EFA permiten la movilización precoz de los pacientes, añadiendo confort y evitando las complicaciones atribuibles a los electrodos convencionales que se cifran hasta en el 10%. Estos beneficios no mensurables también deben ser tenidos en cuenta.



Conclusiones: Los MPP con EFA son seguros y coste efectivos, y pueden constituir una alternativa a la estimulación provisional convencional prolongada.

061. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y EVALUACIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE LA METODOLOGÍA Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CRÍTICOS

Clau Terré F^a, Biarnes A^a, Huang S^b, Sanfilippo F^c y Vieillard Baron A^d. *Grupo de investigación:* Echo Working Group

^aHospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona. ^bNepean Hospital en Sydney. ^cPoliclinico-Vittorio Emanuele Hospital en Catania. ^dHôpital Universitaire Ambroise-Paré en Paris.

Objetivos: Revisión sistemática y valoración de los informes ecocardiográficos en UCI.

Métodos: Se revisaron una serie de ítems comunes y otros más específicos, separados en cinco categorías (función sistólica del VI, función sistólica del VD, función diastólica del VI, volemia y técnicas avanzadas). Se incluyeron artículos publicados desde 2000 a 2017 (283 en total). Se analizó el porcentaje de ítems que se reportaba en los estudios, para conocer su precisión científica (FSI: fraction of studies reporting an item) y el porcentaje de estudios que reportaban un ítem en concreto para conocer su importancia dentro de la categoría (PIPs: percentage of items reported per study).

Resultados: La mayor parte en el contexto clínico de sepsis (54%) y un 28% en el manejo de la volemia donde el shock fue el cuadro clínico principal. La cualificación del explorador se estudió con 8 ítems siendo reportada en un 68%. Se estudiaron 15 ítems en los estudios de función sistólica del VI, 18 ítems en la función sistólica del VD, 15 ítems en la función diastólica del VI, 7 ítems en el manejo de la volemia y 17 ítems en las técnicas avanzadas. En cada categoría se valoraron ítems determinados, p.ej. se reportó en el 76% la FE pero no como se calculó, y solo en un 33% reportó el TAPSE, se reportó el ratio E/A en un 59% y únicamente en el 25% el tamaño de la AI, la definición de la respuesta a volumen fue clara solo en un 72% de los artículos, con poca reproducibilidad y comparabilidad entre ellos los estudios de cada categoría. El porcentaje de ítems específicos por cada categoría determina su robustez siendo los que estudiaron la función diastólica (PIPs 42,8%) y el manejo del volumen (PIPs 78%) quienes más ítems reportaron, lo más precisos, mientras que la función del VD solo tuvo un PIPs 19,1% y la función sistólica del VI un PIPs 29,6%

Conclusiones: Se ha identificado una gran heterogeneidad entre estudios de la misma categoría, con un reporte ínfimo de ítems básicos, lo que condiciona el valor y la evidencia científica de variables ecocardiográficas para la monitorización de pacientes críticos. La información de la frecuencia y el peso de los ítems tienen que ser valorada con el objetivo de establecer unos ítems esenciales que estén presentes en la investigación para ser publicada.

Financiada por: ESICM

Figura 1 Póster 061

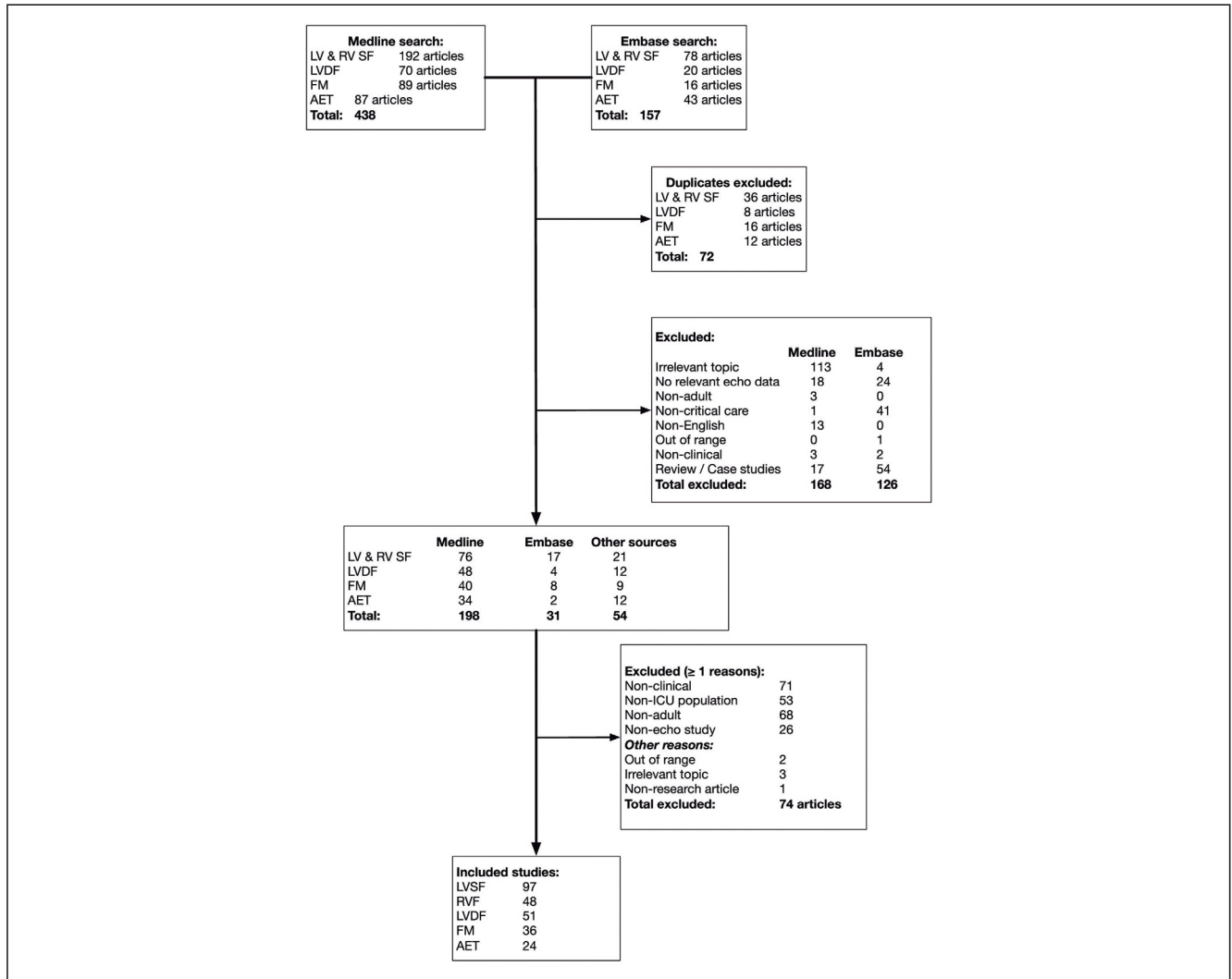
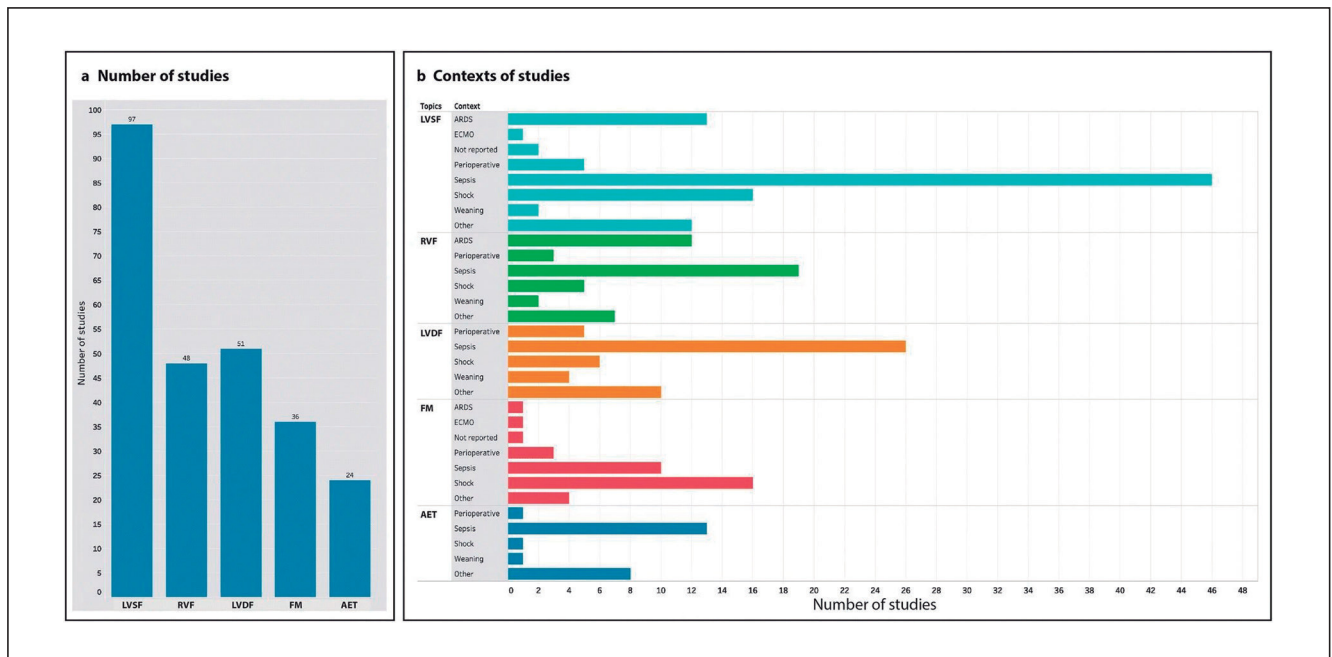


Figura 2 Póster 061



062. ESTANDARIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA CON ULTRASONIDOS DEL PACIENTE CRÍTICO. IMPLEMENTACIÓN DEL CHECKLIST (PREFERRED REPORTING ITEMS EN ECOCARDIOGRAFÍA EN UCI)

Claude Terré F^a, Biarnes A^a, Huang S^b, Sanfilippo F^c y Vieillard Baron A^d. *Grupo de investigación: Echo Working Group*

^aHospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona. ^bNepean Hospital en Sydney. ^cPoliclinico-Vittorio Emanuele Hospital en Catania. ^dHôpital Universitaire Ambroise-Paré en Paris.

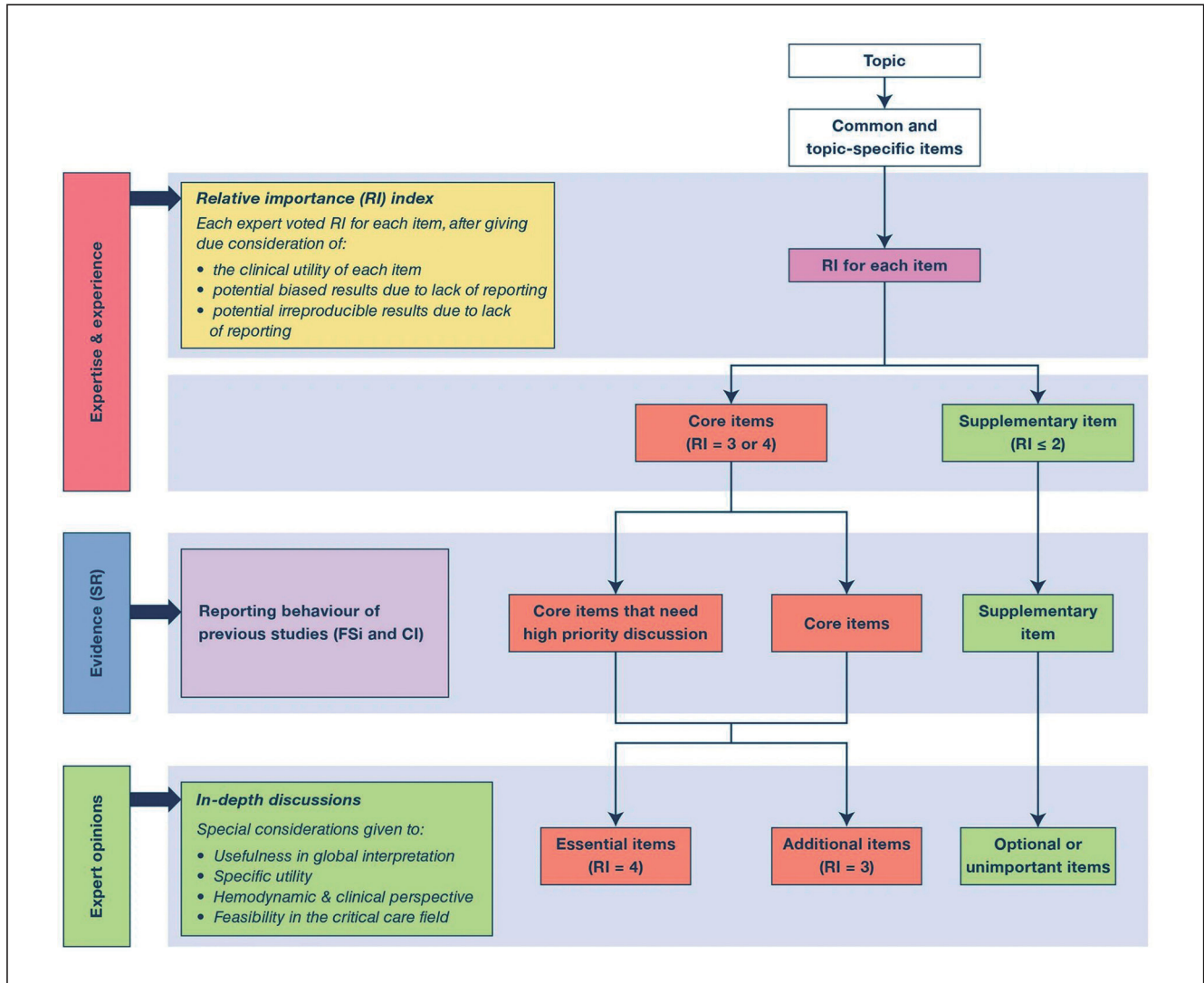
Objetivos: Establecer unas recomendaciones necesarias en los estudios de monitorización hemodinámica con ecocardiografía para una validación externa mayor.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática. Se dividieron una serie de ítems comunes y otros específicos separados en categorías (función sistólica del VI, función sistólica del VD, función diastólica del VI y volemia). 283 artículos revisados entre 2000 y 2017. A cada ítem se le dio una importancia relativa (IR), en una escala de 1 a 4 puntos, y se dividieron en "esencial" (4 puntos), "adicional" (3 puntos), "opcional" (2 puntos) y "no importante" (1 punto). El IR se calificó sobre la base de

Figura 1 Póster 062

	Checklist items	LV systolic function	RV function	LV diastolic function	Fluid management
A1	Research vs clinical study				
	• Research study				
	• Clinical study				
A2	Study information				
	• Specific study type				
	• State study design				
	• Report sample size				
A3	Patient information				
	• Age				
	• Gender				
	• Height & weight (or BMI)				
	Comorbidities				
	• Ischaemic heart disease				
	• Atrial fibrillation				
	• Hypertension				
	• HFpEF				
	• HFrEF				
	• Pacemaker implant present				
	• COPD or pulmonary hypertension				
	• CKD or hemodialysis				
A4	Echocardiography information				
	• Type of echo (TTE or TEE)				
	• Indicate if data collected at end-expiration				
	• No. of beats used for averaging				
	• Report vendor of ultrasound machine				
	• Indicate if airway pressure trace displayed on screen				
A5	Clinical information at the time of echo				
A5.1	Ventilation				
	• Mode of ventilation				
	• Tidal volume				
	• Plateau pressure				
	• PEEP				
A5.2	Hemodynamics				
	• Cardiac rhythm & heart rate				
	• BP				
	• Inotropes, vasopressors and doses				
A6	Reliability (for research study)				
	• Feasibility of echo stated				
	• Intra-observer variability				
	• Inter-observer variability				
	• Indicate if observer blinded to treatment, if applicable				
A7	Statistics (for research study only)				
	• Sample size calculation				
	• Indicate if statistician blinded to treatment / group				
	• Address confounders, if applicable				
	• Internal validation provided, if applicable				

Figura 2 Póster 062



su utilidad clínica o la probabilidad de un resultado sesgado y no reproducible. Se combinó la importancia del ítem con la frecuencia con la que se reportaba, y se calculó la carga del riesgo para usar una métrica que denominamos “índice crítico” (IC) con el objetivo de equilibrar la importancia de cada elemento con su frecuencia de su reporte (FSi). El IC nos permitió determinar si la comunidad científica informaba de un ítem importante o no, y la recomendación se basaría en disminuir el sesgo de los estudios, disminuyendo el IC.

Resultados: Las características del estudio son esenciales y el contexto clínico debe estar siempre claro, estando bien informadas en la literatura actual. En general los estudios sobre la función del VI tienen con una importante ausencia de ítems adicionales como el MAPSE, TDI s' y el tamaño del VI además de otros parámetros esenciales como el gasto cardíaco y el volumen sistólico. Los estudios sobre la función del VD presentó un déficit de ítems esenciales como TAPSE, TDI s', área diastólica y fracción de acortamiento y ausencia del reporte del grosor del VD. En la función diastólica del VI se observó un déficit importante de parámetros esenciales ratio E/A, ratio E/e', TDI e' y situación hemodinámica y prácticamente ausencia de parámetros esenciales como el área de la AI o la PAPS. En los estudios del manejo de la volemia hay una gran reporte de datos esenciales siendo los estudios más reproducibles.

Conclusiones: El resultado nos permite elaborar una *checklist*, donde los investigadores pueden guiarse a la hora de reportar sus estudios, siendo valorados en las revisiones por los editores de las revistas científicas añadiendo valor a sus resultados, aumentando la reproductibilidad y validación externa.

Financiada por: ESICM.

063. CARACTERIZACIÓN DE LA DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA POSPARADA CARDIACA. ANÁLISIS PRELIMINAR DE 73 PACIENTES

Martín Bermúdez R, Navarro Rodríguez J, Mendoza Prieto M, Herruzo Avilés A, Hinojosa Pérez R y Gómez González C

Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla.

Objetivos: Conocer el perfil clínico, incidencia y curso de la disfunción miocárdica tras una parada cardíaca en pacientes que sobreviven al menos 24 horas.

Métodos: Estudio observacional sobre ingresados en UCI tras parada cardíaca (pc) reanimada. Excluimos a aquellos pacientes con patología cerebral, traumatismos, situación de shock en las 2 horas previas y los fallecidos en 24 horas. Realizamos ecocardiografía en las 6-24 primeras horas de ingreso y tras 5 días. Seguimiento hasta su fallecimiento o alta hospitalaria.

Resultados: Analizamos 73 pacientes (SPSS statistics 23), con $58,5 \pm 13$ (27 a 83) años, tras sufrir una pc con una duración media de $9,1 \pm 6$ minutos (incluyendo reanimación básica), y reanimación avanzada durante $15,8 \pm 12$ minutos. La mayoría (94,5%) fueron extrahospitalarias, y las principales etiologías fueron el síndrome coronario agudo (50,7%), arritmia primaria (15,1%) y cardiopatía isquémica crónica (12,3%). Falleció un 42,5%, tras $9,6 \pm 8,6$ días (1 a 40). Un 80,8% presentó al inicio una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) inferior a 50%. Otros indicadores también reflejaron disfunción sistólica izquierda (integral tiempo-velocidad ITV, S tisular lateral VI) y derecha (tapse y S

tricuspidéa tisular), así como diastólica. El control ecográfico tras 5 días mostró una marcada mejoría de estos parámetros. Las dimensiones y grosor ventriculares no se modificaron.

Evolución ecográfica			
Variable	6-24 horas	5 días	Significación
FEVI%	37,6 ± 13,4	54,2 ± 10,5	< 0,001
ITV tsvi (cm)	15,9 ± 4,4	20,8 ± 4,3	< 0,001
DTI S-lateral (cm)	7,8 ± 3	10,1 ± 3	< 0,001
TAPSE (mm)	18,4 ± 5,1	22,8 ± 3,9	< 0,001
DTI S-tricúspidea (cm)	11,3 ± 3,5	15 ± 2,9	< 0,001
TRIV VI (mS)	158,6 ± 68,4	125,1 ± 50,9	0,006
E/e'	12,6 ± 7,1	12,1 ± 9,1	0,63
Grosor septal VI (mm)	12,2 ± 3,2	12,08 ± 3,2	0,47
DTDVI (mm)	46,2 ± 6	45,2 ± 5,4	0,47
DTDVD (mm)	30,5 ± 5,1	29,8 ± 4,8	0,44

Conclusiones: En nuestra población, la incidencia de disfunción miocárdica fue muy elevada y con una grave afectación biventricular, aunque tiende a normalizarse en 5 días.

064. IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA (TAVI) EN PACIENTES OCTOGENARIOS

Padrón Espinosa P, Vega Ocaña P, Blanco López J, Jiménez Cabrera F y Martín González JC

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Valorar la implantación de prótesis aórtica percutánea (TAVI) en pacientes octogenarios.

Métodos: Pacientes sometidos a implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) en nuestro hospital. Ámbito del estudio: Hospital Universitario de 3º nivel con Hemodinámica y Unidad de Medicina Intensiva. Tipo de estudio: observacional prospectivo desde el inicio del programa de

Figura 1 Póster 064

Tabla 1	< 80 años N= 50	≥ 80 años N= 80	Tabla 2	< 80 años N=50	≥ 80 años N= 80
Epidemiología			SCORES riesgo Quirúrgico		
Edad	74,14 ± 4,912	83,86 ± 2,827	STS	3,85 ± 3,09	4,19 ± 2,78
Sexo (%)	31 (62%)	39 (48,1%)	EUROSCORE	5,38 ± 3,77	4,29 ± 2,73
Peso	79,64 ± 14,94	74,75 ± 10,63	Índices de gravedad		
Talla	167,57 ± 7,103	164,51 ± 8,001	APACHE II	10,00 ± 4,108	11,0± 4,18
IMC	28,04 ± 4,13	28,233 ± 4,68	I. CHARLSON	4,24 ± 2,385	3,88 ± 2,390
NYHA			Procedimiento		
I	0	1 (1,4%)	Autoexpandible (%)	30 (76,9%)	66 (93%)
II	29 (69%)	43 (59,7%)	Acceso vascular percutáneo	47 (92%)	77 (93,8%)
III	15 (32,6%)	24 (33,3%)	Anestesia general	10 (20,8%)	10 (12,3%)
IV	2 (4,3%)	4 (5,6%)	Sedación UMI	40 (79,2%)	70 (87,7%)
FEVI	55,07 ± 16,180	62,60± 13,50	Estimulación MCP	16 (33%)	38 (48%)
Factores de riesgo Cardiovascular					
HTA	45 (90%)	77 (95,1%)			
DM	24 (48%)	31 (38,3%)			
DLP	37 (74%)	51 (63%)			
Cardiopatía previa	27 (54%)	41 (50,6%)			
FA	14 (28%)	27 (33%)			
Revascularización Q ₃ previa	4 (8%)	5 (6,2%)			
Intervencionismo Coronario percutáneo	18 (36%)	25 (31,3%)			
IAM previo	19 (38%)	26 (32%)			
MCP/DAI previo	4 (8%)	8 (9,9%)			
ERC	12 (24%)	14 (17%)			
Vasculopatía periférica previa	24 (48%)	34 (42%)			

Figura 2 Póster 064

Tabla 3	< 80 años N= 50	≥80 años N= 80	Tabla 4	< 80 años N= 50	≥ 80 años N= 80
Complicaciones			Resultados		
ACV	3 (6%)	2 (2,5%)	Estancia pre-TAVI	6,64 ± 8,588	5,41 ± 7,379
Sangrado	13 (26%)	22 (27,2%)	Estancia UMI *	2,9 ± 7,25	1,10 ± 1,10
IRNA	8 (16%)	9 (11,1%)	Estancia post-TAVI	10,36 ± 11,640	8,89 ± 7,375
Complicaciones vasculares	12 (24%)	20 (24,7%)	Estancia Hospital	17,66 ± 15,910	15,11 ± 13,23
Alteraciones del ritmo			Exito procedimiento	45 (91,8%)	79 (99,5%)
BAV	11 (22,9%)	13 (16,3%)	Alta hospitalaria (%)	45 (90%)	77 (96,3%)
BCRI nueva aparición	13 (27,1%)	19 (23,8%)	Mortalidad UMI (%)	3 (6%)	1 (1,3%)
Trastornos de la conducción Transitorios			Mortalidad hospital	5 (10%)	3 (3,7%)
FA nueva aparición	3 (6,3%)	7 (8,8%)	Mortalidad 30 primeros días (%)	6 (12%)	3 (3,8%)
Marcapasos definitivo	7 (14%)	16 (20%)	* P=0,03		
Complicaciones mecánicas					
Endocarditis	1 (2%)	0			
Infecciones nosocomiales					
Insf. Aortica ligera post implante de TAVI	18 (36%)	25 (30,9%)			

implante de TAVI hasta el momento actual (2016-2020). Se realizaron dos grupos de estudio: Grupo 1: < 80 años y Grupo 2: ≥ 80 años. Los datos fueron recogidos de forma prospectiva a partir de la H^a CLÍNICA ELECTRÓNICA HOSPITALARIA (Drago AE), de la UMI (CCM) y dispuestos en una base de datos diseñada a propósito de este estudio. Se estudiaron características epidemiológicas, factores de riesgo, procedimiento de implante, complicaciones y resultados. Las variables cuantitativas se describen como media ± DE, mientras que las categóricas de forma numérica (%). Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de chi-cuadrado y/o las pruebas t de Student y la U de Mann-Whitney.

Resultados: En el período que abarca el estudio se incluyeron 130 pacientes. Los factores de riesgo analizados, salvo la FEVI previa, no presentaron diferencias entre los grupos (tabla 1). Los pacientes ≥ 80 años presentaban una mejor FEVI y un EuroScore menor (tabla 2). No existen diferencias entre ambos grupos en cuanto al procedimiento ni a la presentación de complicaciones inmediatas (tablas 2 y 3). Ninguno de los pacientes presentó infarto peri-procedimiento y el sangrado leve fue la complicación vascular más frecuente. Sólo uno de los pacientes presentó un gradiente residual > 20 mmHg tras el implante (grupo 2). La estancia hospitalaria, el alta a domicilio y la mortalidad al alta y a los 30 días fue similar entre los grupos de estudio (tabla 4).

Conclusiones: En nuestra serie los resultados del procedimiento y la supervivencia a corto plazo del implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) realizados en nuestro hospital son equiparables a los realizados en pacientes de edad inferior.

065. IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO: ANÁLISIS DE PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE, COMPLICACIONES Y BENEFICIOS CLÍNICOS QUE SE DERIVAN DEL IMPLANTE

Díez del Corral Fernández B, Pérez Ruiz M, Bohollo de Austria R, Giménez Beltrán B y Brevale Flores A

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

Objetivos: Describir el perfil clínico del paciente que precisa marcapasos definitivo. Analizar las complicaciones y los beneficios clínicos que se derivan del implante del mismo.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en una UCI de un hospital de segundo nivel en el que se incluyeron los implantes de marcapasos realizados durante dos años. Variables analizadas: demografía, antecedentes, clínica, estancia hospitalaria y en UCI, complicaciones y mortalidad a los 6 meses. Análisis estadístico: SPSSv22. Las variables cuantitativas se expresan en media ± DE y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 323 pacientes: edad media 76,8 ± 9,4 años y 57,9% varones. La mayoría presentaban varios FRCV (HTA: 76,8%, DM: 42,4%, dislipemia: 39,9% y tabaquismo: 22,3%), el 32,5% FA y el 17,6% cardiopatía isquémica. Otros antecedentes: EPOC (14,2%), ICC (10,8%), ERC (9%) y neoplasia (7,7%). El 29,7% eran dependientes para ABVD. La sintomatología inicial más frecuente fue síncope (33,4%), astenia (31%), mareo (30,3%) y disnea (25,4%); encontrándose asintomáticos el 8,4%. Al mes del procedimiento se objetivó mejoría clínica en el 87,3% de los casos (72% asintomáticos). El 63,5% fueron dados de alta a domicilio, siendo el resto ingresados en planta, con una estancia hospitalaria media de 5,39 ± 6,35 días y en UCI de 1,69 ± 1,59 días. El 88,2% no tuvo complicaciones periimplante. No obstante, el 3,7% presentaron arritmias, el 3,4% sangrado, el 3,1% infección y el 3,1% otras complicaciones: dislocación del electrocatéter o neumotórax. El modo inicial de estimulación fue DDD en 64,1% de los casos y VVI en 35,6% (este último aumentó un 0,6% al mes, tras detectarse FA de novo en 12 pacientes). El 5,9% (19) fallecieron en los primeros 6 meses postimplante: sepsis (7), shock cardiogénico (7), LTSV (2), ACVA (1), cirugía valvular (1) y suicidio (1).

Conclusiones: El implante de marcapasos supuso una importante mejoría en la sintomatología inicial y permitió el diagnóstico de FA no conocida (condicionando el inicio de anticoagulación), con escasas complicaciones, corta estancia hospitalaria y una mortalidad baja a los 6 meses a pesar de la edad avanzada y pluripatología del paciente.

066. ATENCIÓN AL SCACEST DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Moreno Cano SG, Garrino AP, Estella A y Martínez Moreira L

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

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo es una enfermedad tiempo dependiente y la pandemia por SARS-CoV-2 ha podido in-

fluir en la atención de esta patología. El objetivo de este estudio consiste en analizar las crónicas de atención al síndrome coronario agudo durante el periodo de la pandemia y evaluar su impacto en el pronóstico.

Métodos: Estudio descriptivo comparativo de dos periodos de tiempo realizado en una UCI de un hospital comunitario. Se comparó la atención al síndrome coronario agudo con elevación de ST en periodo pre-pandemia, abarcando desde julio de 2019 a marzo de 2020 y en el periodo pandémico (de marzo a diciembre de 2020). Las variables analizadas fueron edad, sexo, tiempo desde inicio de los síntomas hasta primer contacto médico, tiempo desde contacto médico hasta angioplastia primaria y mortalidad a los 30 días. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v18. Las variables cuantitativas se expresan mediante media ± desviación típica, las variables con una distribución muy asimétrica (tiempos) se presentan en forma de mediana [intervalo intercuartílico] y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes en el primer periodo y 78 durante la pandemia. Las características se muestran en la tabla. No ha habido diferencia estadísticamente significativa en el tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer contacto médico (63,5 [30-157] vs 65 [23-127] p 0,3) aunque si un acortamiento de los tiempos desde el primer contacto médico hasta la angioplastia primaria durante la pandemia (82 [50-125] vs 110 [70-155] p 0,031). La mortalidad en el primer periodo fue del 15% mientras que durante la pandemia fue del 5% (relacionadas con un aumento en los tiempos de reperfusión).

	Prepandemia (n = 79)	Pandemia (n = 78)
Edad media	61	60
Sexo (V/M)	55 (70%) vs 24 (30%)	59 (76%) vs 19 (24%)
Síntomas-contacto médico	65 [23-127]	63,5 [30-157]
Contacto médico-ACTP	82 [50-125]	110 [70-155]
Mortalidad 30 días	15% (n = 12)	5% (n = 4)

Conclusiones: La pandemia no disminuyó la atención de SCA como se intuía ni alargó los tiempos de atención médica. Se produjo una reducción en el tiempo de realización de angioplastia primaria con una disminución en la mortalidad.

067. PROGRAMA DE ELECTROESTIMULACIÓN EN EL HOSPITAL SANTA ANA DE MOTRIL (GRANADA). REVISIÓN HISTÓRICA

Carranza Pínel A, Aranda León A, Fernández Ruíz L, Pérez Bailón A y Heras la Calle G

Hospital Santa Ana en Motril, Granada.

Objetivos: El manejo de las arritmias graves es una de las competencias de la especialidad de Medicina Intensiva en España. Como revela la encuesta de situación en electroestimulación cardíaca (SEMICYUC) entre el 30-40% de las terapias son dirigidas por algunos de nuestros especialistas. Demostrando la importancia creciente de nuestras UCIs en dicho campo. En Hospital Comarcal Santa Ana en el área sur de Granada comenzó su programa de electroestimulación desde julio de 2011 hasta la actualidad (diciembre 2020). Descripción de los dispositivos implantados desde el inicio del programa hasta la actualidad. Tipo de estimulación y dispositivo, perfil clínico, diagnóstico, estancia en UCI y hospitalaria total, complicaciones asociadas. Variables demográficas.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo UCI Hospital Santa Ana de Motril (2011-2020). Base de datos Control UCI, propia de la unidad de cuidados intensivos activa desde el 2011 hasta la actualidad. Cálculos estadísticos en SPSS.

Resultados: 524 son los pacientes a los que se le ha implantado un dispositivo de electroestimulación. El 51,8% de los implantes han sido en varones, mujeres el 48,2%. Edad media de implante los 76 años en nuestra serie. Los factores de riesgos cardiovascular más prevalentes en nuestros pacientes han sido HTA, dislipemia, DM II y obesidad (cualquier grado). Presentes en un 72,3% de nuestros pacientes. Durante su estancia hospitalaria han sido diagnosticados de valvulopatía no grave el 32% de nuestros pacientes. El diagnóstico mayoritario ha sido de bloqueo AV completo 48% (252 pacientes) a los cuales de ha implantado marcapasos DDD en 75% (188 pacientes), resto VVI 20% (50 pacientes) y VDD 5% (12 pacientes). Segundo diagnóstico FA lenta, FA bloqueada (28%) con implante de marcapasos VVI. El segundo diagnóstico ha sido bloqueo AV de 2º grado 24% (126 pacientes) con implante de dispositivo bicameral en todos. La complicación más grave ha sido perforación cardíaca, precisando drenaje pericárdico en un 3,7% (20 pacientes). Siendo la complicación más frecuente y menos gra-

ve el hematoma posimplante en un 10% (52 pacientes). La estancia media en UCI fue 52 horas. Seguimiento por nuestra parte en consulta a la semana, al mes, tres meses, seis meses, nueve meses y al año.

Conclusiones: El conocimiento y manejo de arritmias graves junto con la implantación y seguimiento de los dispositivos de electroestimulación cardíaca forma parte de la labor asistencial de la UCI del Hospital Santa Ana de Motril.

Pósteres orales

Donación/Trasplantes

068. OPINIÓN DE LOS ESPECIALISTAS DE MEDICINA INTENSIVA SOBRE EL FINAL DE VIDA Y LA DONACIÓN EN LOS PACIENTES CRÍTICOS. ¿DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS?

Sandiumenge Camps A^a, Lomero Martínez MM^b, Sánchez Ibáñez J^c, Seoane Pillado T^d, Montaña Carreras X^e, Molina Gómez JD^f, Masnou Burralló N^g, Bodi Saera M^h y Pont Castellana Tⁱ. *Grupo de investigación: Grupo de Donación y Trasplante*

^aHospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona. ^bCouncil of Europe en Strasburg. ^cHospital Universitario de A Coruña en A Coruña. ^dUniversidad de A Coruña en A Coruña. ^eMagnore en Tarragona. ^fHospital Universitario Josep Trueta en Gerona. ^gHospital Universitario Joan XXIII en Tarragona.

Objetivos: La reciente implementación de programas de donación en asistolia (DA) y cuidados intensivos orientados a la donación (CIOD) en España, ha suscitado un intenso debate ético entre nuestros profesionales sobre su integración como parte de los cuidados al final de vida (CFV). Evaluamos la evolución en la percepción, actitud y conocimiento de los intensivistas respecto al tema.

Métodos: Entre 2015 y 2019 un total 559 intensivistas trabajando en 171 UCIs españolas contestaron una encuesta online antes y después de la realización de un curso on-line sobre CFV y donación. Analizamos las respuestas referentes a CFV, DA y CIOD de la encuesta preformación de las últimas 7 ediciones del curso.

Resultados: El 94,5% de los encuestados (66% mujeres, 49,2% > 10 años de experiencia profesional y 20,4% coordinadores de trasplantes) trabajaban en centros de donación (58,1% DA-) y el 58,7% en hospitales trasplantadores. Se observa una tendencia a la percepción positiva de la utilidad de los registros de voluntades anticipadas (p = 0,05) coincidiendo con el aumento en su consulta (41% vs 60%, p ≤ 0,001). A pesar de referir que los CFV son una práctica cada vez más habitual en sus UCI (68,4% vs 81,4%, p ≤ 0,001) y que aumenta su aplicación siguiendo protocolos o consensos (86,7% vs 93,9%; p = 0,019), existe una tendencia creciente de nuestros profesionales a sentirse incómodos hablando con los familiares sobre el tema (11,6% vs 28,6%; p = 0,005). Observamos una actitud ascendente a favor de incorporar la donación de órganos y tejidos al plan de CFV (88,4% vs 98,6%; p = 0,002) que coincide con un mayor conocimiento de los diferentes tipos de DA (52,6% vs 85,7%; p = 0,014) y su regulación legal (83,2% vs 91,4%, p = 0,005) en nuestro país. Así mismo, de forma creciente se considera pertinente el ingreso pacientes en UCI con finalidad de donación (89,5% vs 95,7%, p = 0,197).

Conclusiones: La incorporación de la donación como parte de los cuidados al final de la vida está cada vez más integrada en nuestros intensivistas. Sin embargo, es necesario seguir profundizando en las áreas de malestar manifestadas por los profesionales e incidir en la formación.

069. MALONDIALDEHÍDO: ¿ESTAMOS ANTE UN NUEVO MARCADOR DE FUNCIONALIDAD HEPÁTICA EN LA DAC?

Palomo López N^b, Mendoza Prieto M^a, Ruiz de Azúa López Z^a, Martín Villén L^a, Pacheco Sánchez M^c, Sempere Bordes L^d, Daga Ruiz D^e, Gordillo Brenes A^f, Rodríguez Rodríguez A^g y Egea Guerrero JJ^a

^aHospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. ^bRoyal Brompton and Harefield Hospital. NHS Foundation Trust en Londres. ^cCoordinación Sectorial Trasplantes Sevilla-Huelva en Sevilla. ^dBIS/CSIC/Universidad de Sevilla en Sevilla. ^eCoordinación Sectorial de Trasplantes de Málaga en Málaga. ^fCoordinación Sectorial de Trasplantes de Cádiz en Cádiz.

Objetivos: Cuantificar y correlacionar la evolución de las enzimas hepáticas durante la donación en asistolia controlada (DAC), con marca-

dores de estrés oxidativo mediante la determinación de malondialdehído (MDA).

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y analítico. Se incluyeron los donantes de DAC desde 3/18 hasta el 12/19, mantenidos mediante perfusión regional normotérmica. Se realizaron extracciones sanguíneas basales, a los 30 y a los 60 min de comenzado el proceso de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Dichas extracciones fueron sometidas a determinación de enzimas hepáticas (GPT y GGT) y bilirrubina, así como a la cuantificación de MDA. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales y causa de la LET. Estudio descriptivo mediante frecuencias para las cualitativas y mediante mediana y rango intercuartílico las cuantitativas. Test χ^2 para variables cualitativas y U Mann Whitney para cuantitativas. Correlación mediante r de Pearson. Se consideró cuando p < 0,05.

Resultados: Se reclutaron 21 donantes, 13 (61,9%) fueron varones, con una mediana de edad de 61,5 años (53,50-67,75). Entre las causas LET, 42,9% fueron por encefalopatía anóxica, seguido por AVC hemorrágico. Variables de correlación se encuentran en la tabla, donde destaca la correlación positiva significativa entre la determinación de MDA y enzimas hepáticas y bilirrubina.

Correlación entre marcadores hepáticos usados para la valoración del injerto durante la preservación regional normotérmica y el estrés oxidativo

r2	MDA 0'	p	MDA 30'	p	MDA 60'	p
Bilirrubina 0'	0,64	0,01	0,63	0,02	0,7	0,01
Bilirrubina 30'	0,63	0,01	0,64	0,01	0,66	0,01
Bilirrubina 60'	0,64	0,02	0,67	0,08	0,67	0,02
GPT 0'	0,64	0,002	0,65	0,002	0,61	0,01
GPT 30'	0,56	0,01	0,63	0,004	0,59	0,01
GPT 60'	0,48	0,05	0,67	0,009	0,50	0,048

Tabla 1: Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Accidente Cerebro Vascular (ACV).

Variables	
Tabaco n(%)	9 (42,8)
Alcohol n(%)	6 (28,57)
HTA n(%)	18 (85,7)
DM n(%)	6 (28,5)
Hepatopatía n(%)	4 (19)
Nefropatía n(%)	1 (4)
Cardiopatía n(%)	7 (33,3)
Respiratoria n(%)	2 (9,5)
Causa que motiva la LET. n(%)	
* Encefalopatía Anóxica	9 (42,8)
* AVC hemorrágico	9 (42,8)
* Otras causas	3 (14,4)

Tabla 2. Correlación entre marcadores hepáticos usados para la valoración del injerto durante la preservación regional normotérmica y el estrés oxidativo. GPT: Alanino Aminotransferasa. GGT: Gamma Glutamil Transferasa. MDA: Malondialdehído.

r ²	MDA 0'	p	MDA 30'	p	MDA 60'	p
Bilirrubina 0'	0,637	0,014	0,627	0,016	0,698	0,008
Bilirrubina 30'	0,632	0,012	0,638	0,010	0,662	0,010
Bilirrubina 60'	0,644	0,018	0,699	0,08	0,668	0,018
GPT 0'	0,644	0,002	0,652	0,002	0,606	0,006
GPT 30'	0,560	0,010	0,628	0,004	0,588	0,008
GPT 60'	0,478	0,052	0,626	0,009	0,501	0,048
GGT 0'	0,518	0,048	0,274	0,344	0,406	0,150
GGT 30'	0,597	0,019	0,372	0,191	0,372	0,191
GGT 60'	0,060	0,853	0,085	0,804	0,087	0,799

Conclusiones: La correlación positiva entre el MDA y los valores de funcionalidad hepática, permitiría establecer una valoración objetiva de la viabilidad y funcionalidad hepática de dicho injerto. En caso de