

554 enfermos adultos conectados a VM, con una edad media de 59,1 (17,88) años, siendo el 64,93% (IC95%: 60,92-68,84) varones. El motivo de ingreso fue respiratorio en 39,5% (IC95%: 35,37-43,48) de los pacientes y solo el 6,7% (IC95%: 4,86-9,09) había recibido VMNI previamente. Del total de enfermos, el 63,9% (IC95%: 59,82-67,79) se encontraba ventilado en VC. De los parámetros ventilatorios registrados destacan: un volumen tidal de 462,5 ml (69,36), con una FR de 17,35 (4,17) rpm. El valor de PEEP fue de 7,21 (2,46) cmH₂O, con una Pmeseta de 18,91 (4,86) cmH₂O. La driving pressure media se estableció en 11,4 (4,12) cmH₂O con una compliancia de 46,62 (22,1) mL/cmH₂O. La PM media transmitida a la totalidad de la cohorte de enfermos ventilados en VC fue de 20,67 (5,70) J/min. El 18,9% (IC95%: 15,17-23,35) de los enfermos tenía criterios de SDRA. En este subgrupo de pacientes la PM transmitida fue significativamente superior comparada con el total de la cohorte (22,86 J/min (5,84); p = 0,006).

Conclusiones: La mayoría de enfermos bajo ventilación mecánica se encuentran en VC. En estos, la PM transmitida a los pacientes en la práctica clínica habitual es ligeramente superior a 20 J/min. En aquellos enfermos ventilados con SDRA, la PM transmitida es significativamente mayor.

010. ENTROPÍA MUESTRAL COMO HERRAMIENTA NO-INVASIVA INDIVIDUALIZADA PARA IDENTIFICAR LA INTERACCIÓN COMPLEJA PACIENTE-VENTILADOR DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Aquino Esperanza J, Sarlabous L, Deharo C, Magrans R, Nogales S, Subirá C, Battle M, Fernández R, López-Aguilar J y Blanch L. *Grupo de investigación:* ASYNICU

Fundación Althaia en Manresa. Hospital Universitario Parc Taulí en Sabadell.

Objetivos: Caracterizar y validar una nueva herramienta individualizada y no invasiva basada en el análisis de entropía muestral (SE) para detectar interacciones complejas paciente-ventilador (CP-VI) (cambio de patrón de respiración y/o grupos de asincronías).

Métodos: Las señales de presión (Paw) y flujo se registraron continuamente utilizando un software dedicado (Better Care®). SE se utilizó para detectar CP-VI sobre los valores derivados de flujo y Paw. Validación: Tres expertos revisaron las señales de Flujo y Paw (gold standard) de un conjunto de datos de 92 segmentos de 15 minutos igualmente equilibrados en ventilación de presión de soporte (PSV) y modos Asistidos-Controlados, clasificando si CP-VI estaba presente o no de acuerdo a un criterio preespecificado. SE detectó CP-VI sobre los trazados de flujo (SE-Flow) y Paw (SE-Paw) utilizados anteriormente. Se calcularon la media y los cambios máximos de SE a partir de sus propios valores basales (del 15% al 50%) en SE-Flow y SE-Paw. Se realizó la división en dos subconjuntos (70% de optimización/30% de prueba) con 15 iteraciones de aleatorización para cada parte. Se compararon el análisis experto y la detección de SE. Los datos fueron transferidos a MATLAB para su procesamiento y análisis.

Resultados: Los expertos identificaron 46 positivos (22 en PSV, 24 en modo asistidos-controlados) y 46 negativos (23 en PSV y modo asistidos-controlados). El cambio máximo en un umbral del 25% con respecto al valor basal en SE-Flow (SE-FlowMax25) fue la combinación más precisa para detectar CP-VI (Sensibilidad: 0,93, Especificidad: 0,92, Precisión: 0,92 Correlación del coeficiente de Mathew: 0,85) independientemente de modo ventilatorio (PSV: Sens: 1, Sp: 0,87, Acc: 0,93, modos Asistidos-Controlados: Sens: 0,83, Sp: 0,96, Acc: 0,89).

Conclusiones: El análisis individualizado y no invasivo de la entropía muestral se puede utilizar para detectar CP-VI durante la ventilación mecánica invasiva.

Pósteres orales

Bioética

077. MUSICOTERAPIA ¿PUEDE MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO DE PACIENTES DE UCI? ESTUDIO PILOTO

Pérez Villena M, Munera Valero M, Barrios Arnau M, Muñoz de Luna Herrera L, González Mozo M, Murcia Saez I, Prado Mira A, Ruiz-Escribano Taravilla E, Sánchez Iniesta R y Cortes Monedero JL. *Grupo de investigación:* Servicio de Medicina Intensiva CHUA

Hospital General Albacete en Albacete.

Introducción y objetivos: La privación del sueño es una preocupación en pacientes críticamente enfermos. La incapacidad para dormir son factores productores de estrés y ansiedad durante la estancia en la UCI. La música puede disminuir la angustia y preocupación en pacientes de UCI. Nuestro objetivo es estimar el efecto de la musicoterapia en la mejora del sueño medido por la escala Richards-Campbell Sleep (RCS).

Métodos: Estudio experimental controlado aleatorio de dos brazos (grupo de estudio y grupo control), unicéntrico realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos. En el grupo intervención o estudio recibirán una sesión de musicoterapia con el fin de disminuir la ansiedad y estrés. Se recogen variable demográficas, antecedentes, motivo ingreso, APACHE II, nivel de ruido, escala R-C sleep, EVA, CAM-ICU, estancia en UCI y exitus. Aprobado por la Comisión de Ética e Investigación del Hospital.

Resultados: Se han reclutado 9 pacientes, 5 grupo convencional y 4 musicoterapia, la mayoría han sido hombres 7 (77,8%), edad media 60; DE: 16 IC95% (48-73), motivo ingreso más frecuente insuficiencia respiratoria 4 (44,4%), APACHE II medio ingreso 15; DE: 7; IC95% (10-20), antecedentes de alcohol 2 (22%) de toma psicótrofos 2 (22%). Vemos una mejoría en la evaluación del sueño a lo largo de los días en el grupo estudio (día 1: R-C = 57 (RI: 12-196), día 4: R-C = 350 (RI: 110-360)) y una disminución en el tratamiento convencional (día 1: R-C = 315 (RI: 90-425), día 4: R-C:125 (RI: 120-180)).

Conclusiones: Nuestros datos preliminares muestran que la musicoterapia podría mejorar la calidad de sueño durante los primeros 4 días. Creemos que medidas como la musicoterapia podrían mejorar la calidad de sueño, por este motivo se ha implantado un protocolo de estudio.

084. CUMPLIMENTACIÓN DE UNAS RECOMENDACIONES DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

Vidal Tegedor B, Altaba Tena S, Rodríguez Martínez E, Rodríguez Portillo J, Gil Tomás A, Ferrándiz Sellés MD, Viana Marco C

Hospital General Universitario de Castellón en Castellón.

Objetivos: Valorar si se cumplen las recomendaciones para la instauración de medidas de limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV) en la UCI del HGUCS.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, durante 3 años (2016-2019), en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: paciente candidato a ingresar o ingresado en UCI, igual o mayor de 18 años, sobre el que se aplicó una LTSV. El criterio de exclusión fue la negativa a la aceptación de la LTSV.

Resultados: Del total de 3997 pacientes ingresados en UCI durante los 3 años, 250 fueron sometidos a LTSV (6,25%). La mayoría eran hombres (67%) con una edad mediana de 73 años (60-80). El pronóstico al ingreso se determinó mediante SAPS 3 que predijo una mortalidad entre el 40 y 50%. De los pacientes a los que se les aplicó la LTSV, un 74% fallecieron en UCI, un 83% en el hospital y un 90% al año. Del total de pacientes sometidos a LTSV y que fallecieron en UCI, el 20% fueron donantes en asistolia controlada. La causa de ingreso más frecuente fue médica (82,4%), seguida de cirugía urgente (15,6%) y cirugía programada (2%). La principal causa de LTSV fue el mal pronóstico, por delante de edad avanzada (30%) y mala calidad de vida previa (28%). Fue realizada principalmente por el médico responsable del paciente (84%), de forma programada (65%) y consensuada (62%). En cuanto a la forma de LTSV, existió una mínima diferencia entre retirada de medidas (50,4%) y no inicio de las mismas (49,6). En los menores de 80 años, el tipo de LTSV más frecuente fue la retirada de medidas (60,3%) y en los mayores de 80 años, predominó el no inicio de medidas (77,3%). La familia solicitó la LTSV en un 10% de los casos, tomó parte de la decisión en un 30% y fue informada en la mayoría de ellos (92%). El documento de instrucciones previas (DIP) fue consultado solo en un 11% de los casos. La decisión quedó registrada por escrito en la historia clínica del paciente en un 82%, pero nunca se rellenó la hoja de protocolo ni se entregó a la familia la hoja informativa.

Conclusiones: Las Recomendaciones para la Instauración de medidas de LTSV se cumplen de forma aceptable pero desigual en sus apartados: la decisión solo se tomó de forma programada en un 65% de los casos y de forma consensuada en un 62%. El DIP solo se evaluó un 11% de las veces. La familia fue informada en un 92% de los casos. La decisión se registró en un 82% de los casos y en ninguno de ellos ni se entregó la hoja informativa ni se rellenó el formulario específico de LTSV que existe en la unidad.

085. EFECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE UNAS RECOMENDACIONES DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

Vidal Tegedor B, Altaba Tena S, Rodríguez Martínez E, Rodríguez Portillo J, Gil Tomás A, Ferrándiz Sellés MD y González Núñez AB

Hospital General Universitario de Castellón en Castellón.

Objetivos: Explorar los efectos positivos de las Recomendaciones: colaboración de la enfermería, capacidad de consenso clínico, acompañamiento familiar, implementación de medidas de confort. Explorar los efectos negativos de las Recomendaciones: aumento del tiempo de estancia en la UCI y en el hospital y evaluar el consumo innecesario de recursos

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, durante 3 años (2016-2019), en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: paciente candidato a ingresar o ingresado en UCI, de 18 años o más, sobre el que se aplicó una LTSV. El criterio de exclusión fue la negativa a la aceptación de la LTSV.

Resultados: Del total de 3.997 pacientes ingresados en UCI durante los 3 años, 250 fueron sometidos a LTSV (6,25%). La LTSV fue realizada de forma consensuada en un % de los casos. Solo en un 5% de los casos se tuvo en cuenta la opinión de la enfermería responsable del paciente. En un 91% de los casos se implementaron de confort. La familia pudo acompañar al paciente siempre que lo que solicitó. En los casos de donación en asistolia controlada (DAC), la familia podía entrar en quirófano hasta el momento de la asistolia. Los fármacos más frecuentemente utilizados fueron propofol y cloruro mórfico. La extubación terminal (ET) se realizó en un 16% de los casos. La mediana de tiempo desde el ingreso en el hospital del paciente hasta que se decidió la LTSV fue de 5 días (IQR 2-12). Una vez decidida la LTSV, la mediana de tiempo en que el paciente era dado de alta de UCI fue de 1 día (IQR 1-3), mientras que la mediana de tiempo desde la LTSV hasta el alta hospitalaria fue de 2 días (IQR 1-5,50).

Conclusiones: La decisión se tomó de forma programada solo en un 65% de los casos y de forma consensuada en un 62%. La participación de enfermería tan solo se produjo en el 5% de los casos. En un 91% de los casos se implementaron de confort. La LTSV no prolonga el tiempo de estancia en la UCI ni en el hospital y como consecuencia no incrementa el coste económico.

086. ¿CÓMO VEO LA MUERTE Y CÓMO ME INFLUYE? CREENCIAS PERSONALES SOBRE LA MUERTE E INFLUENCIA EN EL TRABAJO Y PERCEPCIÓN DE ELLA POR PARTE DE PROFESIONALES DE UCI Y SERVICIOS CON LOS QUE SE RELACIONA EN EL HOSPITAL

Sánchez Prieto AM, Recena Pérez P, Antuña Braña MT, Martínez González C, Tuya de Manuel P y Fernández Ruíz D

Hospital Universitario de Cabueñes en Gijón.

Objetivos: Analizar la percepción de los profesionales de UCI y Servicios con los que se relaciona, de la muerte e influencia de tal percepción en su trabajo y con los demás.

Métodos: Estudio descriptivo que incluyó facultativos y MIR del Hospital de Cabueñes, tanto de UCI como resto de Servicios. Se diseñó un cuestionario anónimo en donde se recogían además de variables demográficas, variables definidas para conocer las creencias personales sobre la muerte, como influyen en ellos y en los demás y variables cuantitativas con escala de 0 a 10 para evaluar distintos miedos a la muerte y aspectos relacionados con ella. El análisis estadístico se realizó mediante descripción de frecuencias y cómputo porcentual por ítems.

Resultados: Se obtuvieron 91 encuestas (20 UCI y 71 Servicios) 67% FEA, 33% MIR y un 72% tiene < 15 años trabajados. Un 62% afirma no considerarse espiritual, 45% afirma no creer en la perdurabilidad tras la muerte y un 31% admite no saber. Esto no influye a un 79% en cuanto a las decisiones a tomar al final de la vida de los pacientes. En cuanto a la valoración del miedo a la muerte al 65% lo puntúa entre 5-8. No es así en el miedo a una enfermedad incapacitante, donde casi el 43% lo valora con un 10 al igual que con el miedo al sufrimiento donde el 60% mide el miedo con un 9-10. El temor es menor al dolor entre 7-9 para un 57% y menor aún al hecho de morir solo con un 5-8. Al 40% la muerte de un paciente le afecta "algo" al rendimiento laboral y en la vida personal. Existe diferencia en la influencia de la percepción de la muerte a la hora de actuar al final de la vida de los pacientes siendo "mucho" para UCI y solo "algo" para el resto. Casi un 42% opina que la muerte de los pacientes afecta de distinta forma al resto de compañeros, así un 35% del personal fuera de UCI opina que el intensivista percibe de forma distin-

ta el cuidado al final de la vida y en cambio un 100% de UCI opina que el resto de especialistas tienen esa percepción distinta. Diferencia menor ante la percepción de la muerte, donde un 27% opinan que la percibimos de forma distinta y un 56% de UCI opina que el resto la ven de distinta forma.

	Miedo a la muerte	Miedo enfermedad inhabilitante irreversible	Miedo al sufrimiento	Miedo al dolor	Miedo a morir solo
0	1,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1	9,89%	0,00%	1,10%	1,10%	2,20%
2	2,20%	0,00%	0,00%	0,00%	2,20%
3	6,59%	1,10%	2,20%	2,20%	4,40%
4	6,59%	1,10%	2,20%	0,00%	3,30%
5	20,88%	1,10%	2,20%	6,59%	14,29%
6	4,40%	3,30%	2,20%	7,69%	8,79%
7	24,18%	5,49%	10,99%	15,38%	15,38%
8	16,48%	23,08%	27,47%	23,08%	23,08%
9	4,40%	21,98%	18,68%	18,68%	14,29%
10	3,30%	42,86%	32,97%	25,27%	12,09%

Conclusiones: El mayor temor es al sufrimiento y una enfermedad incapacitante. La muerte de los pacientes influye algo en la vida laboral y personal de los médicos. Influye más la propia percepción de la muerte que la espiritualidad y es mayor dicha influencia en UCI que en el resto de servicios, así como nuestra creencia de que los demás tienen una percepción distinta tanto de la muerte como de los cuidados al final de la vida.

087. COMUNICACIÓN ANTE MAL PRONÓSTICO VITAL CON EL PACIENTE. ¿LO HACEMOS DE FORMA CORRECTA? EMPLEO DE LA PALABRA MUERTE

Sánchez Prieto AM, Fernández Ruíz D, Antuña Braña MT, Recena Pérez P, Tuya de Manuel P y Martínez González C

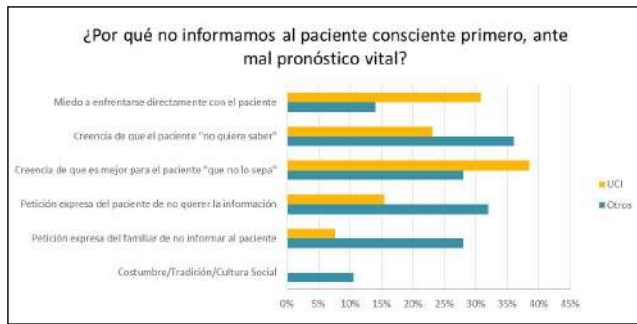
Hospital Universitario de Cabueñes en Gijón.

Objetivos: Analizar si se hace de forma correcta el proceso de informar ante mal pronóstico vital al paciente, así como la utilización de la palabra muerte y el impacto personal de dicha información en los profesionales.

Métodos: Estudio descriptivo que incluyó facultativos y MIR del Hospital de Cabueñes, tanto de UCI como resto de Servicios. Se diseñó un cuestionario anónimo en donde se recogían además de variables demográficas, variables definidas para conocer cómo se informa de mal pronóstico, causas de no hacerlo de forma correcta, valoración de la palabra muerte y del impacto personal que todo ello tiene en los profesionales. El análisis estadístico se realizó mediante descripción de frecuencias y cómputo porcentual por ítems.

Resultados: Se obtuvieron 91 encuestas (20 UCI y 71 Servicios) 67% FEA, 33% MIR con una distribución homogénea por edades. En cuanto a la información ante mal pronóstico vital ante paciente consciente casi el 70% afirma informar primero a la familia. Los motivos para ello son distintos entre UCI y el resto, con ello para UCI un 38% ven como la principal causa "pensar que es mejor para el paciente que no sepa" seguida con un 31% de "miedo a enfrentarse directamente al paciente y en tercer lugar con un 23% la creencia de que el "paciente no quiere saber". Para el resto de Servicios en cambio, sería "la creencia de que el paciente no quiere saber" el principal motivo 38%, seguido de no informar a petición del paciente 32% y 28% no informa a petición de la propia familia y como dato un 10% reconoce no hacerlo por costumbre social. Dentro de los encuestados a la pregunta de si a ellos en la misma circunstancia querían saber, un 71% afirma que sí y llama la atención que hay un 26% que contesta que "no lo sabe" que corresponde en su mayoría a > 50 años. En relación a si cuesta emplear la palabra muerte ante el paciente y/o familiar hay discrepancia entre UCI que afirma que "no" en un 55% y 39% el resto de Servicios. Las expresiones más empleadas en lugar de muerte son próximo fallecimiento con un 64% desenlace fatal con un 34%, mal pronóstico vital 26% y en menor medida, situación crítica, situación final, pronóstico infausto, funesto. Un 66% reconoce sentir a veces angustia en su diálogo con la familia al hablar sobre la muerte y un 22% proyecta sus temores frente a la muerte ante la muer-

te de un paciente. Un 62% no ha recibido formación para afrontar la comunicación en concreto en el proceso de la muerte y el 97% opina que tal formación sería necesaria.



Conclusiones: A pesar de ser un derecho del paciente, aun hoy se sigue informando a la familia y/o representante en muchas ocasiones primero, ante paciente consciente. Los principales motivos siguen estando en relación con pensar o creer en lugar del paciente y el propio miedo a enfrentarse a él. Nos cuesta emplear la palabra muerte y nos genera angustia. Se debe hacer hincapié en la formación en la comunicación ante el proceso de muerte.

088. EXPERIENCIA EMOCIONAL DEL PACIENTE DURANTE LA ESTANCIA EN UNA UCI HUMANIZADA

Fernández Trujillo A^(a), Vallverdú Cartí H^(b), Román Maestre B^(c), Berrade Zubiri JJ^(d), Liria Mellado T^(d), Antó García N^(d) y Galisteo García M^(d)

^(a)Hospital Parc Taulí en Sabadell. ^(b)Hospital Universitari de Vic en Vic. ^(c)Universitat de Barcelona en Barcelona. ^(d)Parc Sanitari Sant Joan de Déu en Sant Boi.

Objetivos: Explorar la experiencia emocional de los pacientes ingresados en la UCI y detectar déficits de cuidado mediante el cuestionario EEPH (Experiencia Emocional del Paciente Hospitalizado).

Métodos: Tras el consentimiento informado se entregó el cuestionario EEPH a 253 pacientes en una UCI polivalente de 6 camas que en la que se habían trabajado las 7 líneas de trabajo recomendadas para la humanización de las unidades. El EEPH explora cuatro subescalas: nivel de seguridad, nivel de conocimiento, nivel de valoración personal y nivel de conexión. Se seleccionaron pacientes competentes con al menos 24 horas de estancia en la UCI que no procediesen de planta para evitar comparaciones. Un resultado en la subescala < 2 indica un déficit mientras que 2 indica un buen nivel.

Resultados: Nivel de seguridad: 2,83 (0,29), nivel de conocimiento (de su proceso asistencial) 2,64 (0,56), nivel de valoración personal (si se siente valorado por el personal asistencial) 2,79 (0,31), nivel de conexión (con el personal que lo atendía) 1,66 (0,78). Esta última subescala contiene preguntas relacionadas con el conocimiento del paciente de los distintos miembros del personal.

Conclusiones: En base a los resultados, el grupo de pacientes encuestados se sienten seguros, tienen un buen nivel de conocimiento de su proceso asistencial y se sienten valorados como persona. Se detectó un déficit en cuanto al nivel de conexión con el personal indicando un punto de mejora en cuanto al trato personal con el paciente.

Financiada por: Beca Grífols i Lucas.

089. CRÓNICA DE UNA MUERTE ANUNCIADA. ESTUDIO SOBRE EL PERFIL DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN LA EOXI DE SANTIAGO DE COMPOSTELA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Lence Massa BE^(a), Rodríguez Ruiz E^(b), Mansilla Rodríguez M^(a) y Campelo Izquierdo M^(a). Grupo de investigación: Estudio MOMUCI

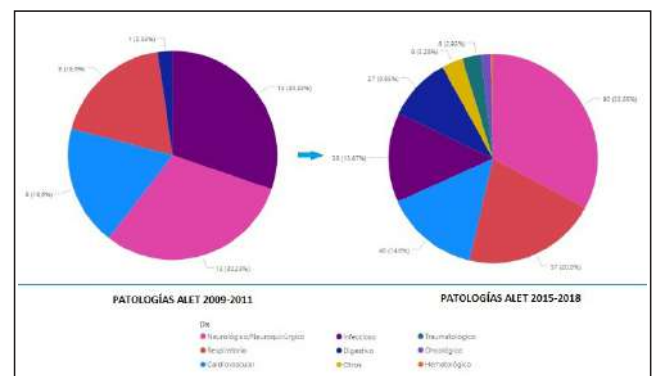
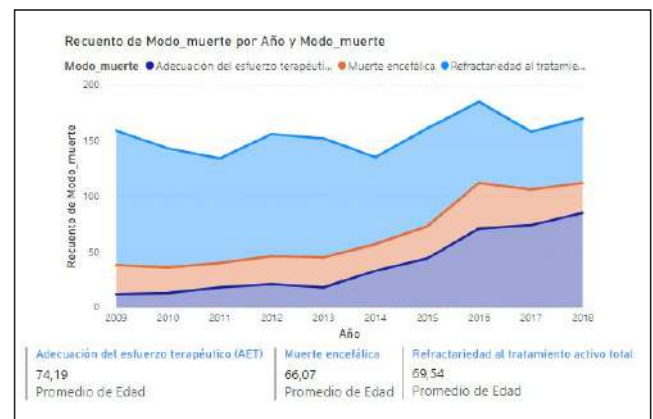
^(a)Complejo Hospitalario Clínico Universitario de Santiago en Santiago de Compostela. ^(b)Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo en Santiago de Compostela.

Objetivos: Estudiar el modo de fallecimiento de los pacientes en la UCI durante los últimos 10 años.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo a partir de los informes de alta/exitus de todos los pacientes que hayan fallecido

en el Servicio de Medicina Intensiva de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela durante el período de estudio: desde el 1 de enero del 2009 hasta el 31 de diciembre de 2018. Criterios de exclusión: pacientes que ingresen en UCI en un estado de muerte inminente. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS Statistical software versión 20 (SPSS, Inc., Chicago, IL), utilizando para las variables cualitativas la frecuencia absoluta y porcentajes y para las variables continuas la mediana y el rango intercuartílico (Q3-Q2). La existencia de diferencias entre los grupos se realizará mediante el test de Mann-Whitney en el caso de variables cuantitativas y test de chi cuadrado en el caso de las variables categóricas. El nivel de significación estadística será de 0,05 para todos los análisis y se establecen IC del 95%.

Resultados: Se ha analizado una muestra de 1.553 fallecidos en la UCI en los últimos 10 años, dividiéndose en 3 tipos de muertes: refractariedad a tratamiento activo total (RTAT), adecuación/limitación del esfuerzo terapéutico (ALET) y muerte encefálica (ME). El número de pacientes fallecidos por ALET aumenta de manera constante en los últimos 10 años sin que esto implique un aumento en la mortalidad global. La decisión de ALET se relaciona con el tipo de patología, edad y fragilidad. No guarda relación con el sexo o puntuación APACHE-II en el momento del ingreso. Además, ha aumentado el número de patologías en las que se decide ALET, siendo la patología predominante de perfil neurológico/neuroquirúrgico. La muerte encefálica sigue siendo el grupo con mayor candidatos a donación.



Conclusiones: El aumento de fallecimientos por adecuación/limitación del esfuerzo terapéutico no supone un aumento de la mortalidad global. Podemos suponer que a lo largo de los últimos años ha disminuido el encamamiento terapéutico en las UCI de la EOXI de Santiago de Compostela.

090. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (ATSV) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) A TRAVÉS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA (SIC)

Daniel Fuentes X, Manrique Moreno S, Canelles Carrera S, Pobo Peris A, Ferré Mas C, Esteban Reboll F y Bodí Saera M

Hospital Universitari Joan XXIII en Tarragona.

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes de UCI que se les aplica ATSV, su tipo y evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de cohortes en UCI polivalente de 30 camas (2014-2018). Se excluyeron pacientes coronarios. A través de los SIC y proceso Extract, Transform and Load, se obtuvieron variables demográficas y se compararon entre pacientes con y sin ATSV. Se evaluaron motivos para establecer la ATSV y tipo; tiempo desde ingreso hasta primera ATSV y desde la última hasta exitus. Análisis estadístico con SPSS.

Resultados: Ingresaron en UCI 4.544 pacientes, 64,5% varones, edad media 60,2 años (± 16,95). 70,1% fueron médicos y 29,9% quirúrgicos. APACHE medio 21,1 (± 8,37), estancia media 9,1 días (± 13,17) y mortalidad 14,9%. Al 13,4% se les aplicó ATSV. 63,4% hombres, edad media 69,9 años y APACHE medio 24. 76,1% médicos y 23,9% quirúrgicos. Las causas de ATSV más frecuentes fueron futilidad del tratamiento (48%) y comorbilidad (37,5%). La ATSV se estableció con una media de 8,7 días desde ingreso, 20,8% el primer día. La limitación más prevalente fueron no aumento de medidas (68,2%) y retirada (22,7%) sin diferencias entre hipoventilación y extubación terminal (23,4% vs. 26,6%). Su mortalidad hospitalaria fue 73,2%, 65,9% en UCI. 32,8% fueron transferidos a planta convencional, de estos 24% a domicilio. El tiempo medio desde la última ATSV hasta el exitus en UCI fue de 5,6 días para los de no más medidas y 1,2 para los de retirada. Tanto en no aumento como retirada, las técnicas continuas de reemplazo renal (74,9% vs. 70,5%) y fármacos vasoactivos (71,3% vs. 73,7%) fueron las más frecuentes. Los pacientes con ATSV son mayores (69,9 vs. 58,5 años), con mayor APACHE (27,4 vs. 20), estancia media (14,2 vs. 8,3 días) y mortalidad (65,9% vs. 7,8%), con significación. Durante los 5 años la tasa de ATSV se mantiene (13%), a costa de una disminución del no aumento de medidas (72,3% vs. 53,3%) a favor de retirada (21,3% vs. 46,7%), con significación. Los días hasta la ATSV disminuyen (11,5 vs. 8,1 días) pero desde la ATSV hasta el exitus se mantienen (5,3 vs. 4,6 días). La mortalidad se mantiene estable (63%).

Conclusiones: La inclusión de un formulario de ATSV en los SIC permite conocer su epidemiología. Los pacientes limitados presentan mayor edad, APACHE, mortalidad y estancia media. La tasa de pacientes con ATSV y su mortalidad es estable. El método más frecuente de ATSV es no aumento de medidas, aumentando la retirada. Los días desde el ingreso hasta la ATSV disminuyen, manteniéndose estable hasta el exitus.

091. CONOCIMIENTO SOBRE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET) DE LOS PROFESIONALES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Martínez Bernhard A, Martín Ruiz JF, Triviño Hidalgo J, Guerrero Lozano IM, Courgeon García C, Cremades Navalón I, Llamas Fernández N, Rico Lledó MJ, Antonio González MM y Vigil Velis M

Hospital General Universitario Reina Sofía en Murcia.

Objetivos: Conocer la opinión que tienen los profesionales de una UCI sobre el proceso de limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico (LET) y determinar si existen carencias conceptuales y proponer un ciclo de mejora ulterior de los aspectos formativos básicos del tema.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, realizado en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel del Servicio Murciano de Salud con posterior análisis descriptivo de la muestra mediante la utilización del test de t de Student para medias y varianzas y test chi cuadrado para variables cualitativas.

Resultados: De 73 encuestados, el 100% de los encuestados están de acuerdo con la limitación del esfuerzo terapéutico, existiendo un déficit conceptual en el 15,07% de los casos que la consideran como un tipo de eutanasia y en el 58,7% considera que no es lo mismo no iniciar que interrumpir un tratamiento. El 30% de los encuestados consideran ciertas medidas diagnóstico-terapéuticas como una forma de limitación del esfuerzo terapéutico y en el 75%, el no ingreso en la UCI. El 31,5%, considera que la limitación del esfuerzo terapéutico debe ser realizada por un equipo multidisciplinar en consonancia con la familia y paciente. Un 54,8%, considera necesario un documento de voluntades anticipadas y en caso de no existir, promover un consentimiento para la limitación del esfuerzo terapéutico para los familiares en el 72,6%. Solo un 66,28% considera necesario dejar constancia en la historia clínica de las formas en que se limita al paciente.

Conclusiones: Existe un déficit conceptual en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico, sus distintas formas presentación y marco legal al respecto, que favorecen un detrimento en la calidad asistencial de nuestros pacientes en las fases del final de la vida.

092. ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL COMO MOTIVO DE NO INGRESO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): UNA PROPUESTA DE MEJORA

Courgeon García C, Martínez Bernhard A, Guerrero Lozano IM, Triviño Hidalgo J, Martín Ruiz JF, Cremades Navalón IM, Martínez-Lozano Aranaga FA, Rico Lledó MJ, Serrano Navarro JM y Vigil Velis M

Hospital General Universitario Reina Sofía en Murcia.

Objetivos: Analizar los pacientes desestimados para ingreso en UCI como forma de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) y elaborar una propuesta de mejora en forma de check-list que serviría para unificar criterios y facilitar la decisión del facultativo.

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.

LIMITACIÓN DE INGRESO COMO ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO: CHECK-LIST

(PONGA UNA CRUZ [X] DONDE CORRESPONDA)

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS:

SI NO

PATOLOGIA DE BASE

CARDIACO	
RESPIRATORIO	
NEUROLOGICO	
HEPÁTICO	
TUMORAL	
PLURIPATOLOGIA	

SITUACION FUNCIONAL

DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE

FUNCIONES SUPERIORES

PRESENTES	PARCIALMENTE PRESENTES	NO PRESENTES

¿CONOZCO EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE?

	SI	No

¿SE HA OPTIMIZADO LA TERAPIA?

¿CONOZCO LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE?

ACUERDO

PACIENTE	FAMILIA	MEDICO RESPONSABLE	OTROS

FUNDAMENTACION

RECOMENDACION

TRATAMIENTO PALIATIVO	
NO RCP	
MEJORAS DE COMFORT	
OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO	
NO MEDIDAS AGRESIVAS	
VENTILACION MECANICA NO INVASIVA	

Recomendamos:

Fdo: Dr.

Murcia, a de del

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. Por ello, una propuesta de mejora sería la creación de un checklist, que unificaría criterios entre facultativos, facilitando la toma de decisiones. Para ilustrarlo, se ha elaborado un ejemplo que se muestra en la imagen.

093. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y BIENESTAR ESPIRITUAL EN PACIENTES QUE SOBREVIVEN A UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Pérez Villena M, Munera Valero M, Barrios Arnau M, Muñoz de Luna Herrera L, González Mozo M, Murcia Saez I, Prado Mira A, Ruiz-Escribano Taravilla E, Sánchez Iniesta R, Cortes Monedero JL. *Grupo de investigación:* Servicio Medicina Intensiva CHUA

Hospital General Albacete en Albacete.

Objetivos: Conocer la calidad de vida relacionado con la salud y el bienestar espiritual, así como determinar su relación en pacientes que han sobrevivido a una parada cardiorrespiratoria (PCR).

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo por medio de una encuesta telefónica previo consentimiento. Pacientes con PCR (enero 2015-octubre 2018). Recogimos variables demográficas, gravedad, causa de PCR, nº días ingreso en UCI. El estado de salud se midió por medio de la escala SF-12 (dimensión física (DFis) y dimensión mental (DMen)) y el bienestar espiritual por la FACIT-Sp12 (dimensión significado/paz (Dpaz) y dimensión fe o creencias (Dfe)), escala tipo Likert, valores 0-100. Resultados por media con desviación estándar (DE) e IC95% o por proporciones. Estudio estadístico habitual. Significativo $p \leq 0,05$.

Resultados: Durante 4 años ingresamos 84 PCR, al momento del estudio permanecían vivos 28 (33%), 20 realizaron la encuesta, hombres 15 (75%), edad media 63; DE: 11; IC95% (57-68), APACHE II ingreso 22: DE: 8; IC95% (18-26), días en UCI 9; DE: 8; IC95% (5-13), causa de PCR cardiológica 16 (80%). Media de calidad de vida DFis 45; DE: 11; IC95% (40-51), DMen 46; DE: 14; IC95% (40-53). Bienestar espiritual: FACIT-Sp12 media 70; DE: 14; IC95% (63-76), por Dpaz 80; DE: 15; IC95% (73-88) y Dfe 48; DE: 25; IC95% (36-60). Observamos una correlación positiva entre calidad de vida DMen y espiritualidad Dpaz ($p: 0,034$), entre espiritualidad Dfe y edad ($p: 0,027$) y una correlación negativa entre calidad de vida DFis y edad ($p: 0,012$).

Conclusiones: En nuestro medio, los pacientes supervivientes de una PCR tienen una percepción de calidad de vida relacionada con la salud más baja que la relacionada con el bienestar espiritual. Vemos una relación positiva entre calidad de vida en su dimensión mental con bienestar espiritual en cuanto a significación y paz, también entre bienestar espiritual creencias-fe y edad. Vemos una disminución de calidad de vida dimensión física con mayor edad.

094. ADECUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL EN UCI

Gómez Mediavilla KA^(a), Marín Marín MC^(b), Alía Robledo MI^(a) y Peñuelas Rodríguez O^(a)

^(a)Hospital Universitario de Getafe en Getafe. ^(b)Hospital Regional 1 Octubre ISSSTE en Ciudad de México.

Objetivos: Analizar la frecuencia y el tipo de adecuación de las medidas de soporte vital (AMSV) realizados en UCI.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo de los pacientes que fallecieron en la UCI y de los pacientes en quienes se realizó AMSV en la UCI del Hospital Universitario de Getafe entre el 1/10/2016 y el 31/12/2018 para conocer la práctica de la AMSV tras la implementación de un protocolo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

Resultados: Durante el período de estudio ingresaron 1.567 pacientes, de los cuales 152 (9,7%) fallecieron en UCI. Se realizó AMSV en 115 (7,3%) pacientes: 88 (77%) de ellos fallecieron en la UCI y 27 (23%) fueron dados de alta vivos de la UCI, de los cuales 21 (78%) fallecieron en el hospital y 6 (22%) fueron dados de alta vivos del hospital. De los pacientes con AMSV se consideró futilidad fisiológica en 8 (7%) pacientes, cuantitativa en 59 (51%) y cualitativa en 48 (42%). Se retiraron las medidas de soporte vital en 45 (39%) pacientes y se decidió no instaurar

nuevos tratamientos en 70 (61%); en estos últimos, la medida más frecuentemente no instaurada fue el tratamiento quirúrgico (37%). Un 58% de los pacientes fallecidos en UCI tuvieron AMSV y se obtuvo consentimiento informado (CI) escrito en el 61% de los mismos; en el 100% de los casos en los que no hubo CI escrito fue por negativa del médico. Al comparar los pacientes fallecidos en UCI con AMSV y sin ella, la edad y la estancia en UCI fueron significativamente superiores en el grupo de AMSV (71 \pm 12 vs. 66 \pm 15 años, $p = 0,04$; 22 \pm 32 vs. 6 \pm 13 días, $p < 0,001$). No hubo diferencias en la puntuación en las escalas de gravedad SAPS II o SAPS III, en la necesidad de ventilación mecánica, en el motivo de ingreso ni en la existencia de comorbilidades graves (enfermedad oncohematológica activa, hepatopatía crónica, insuficiencia respiratoria crónica grave, insuficiencia renal en diálisis, disfunción grave del ventrículo izquierdo).

Conclusiones: Casi el 60% de los fallecimientos en UCI se producen con AMSV, siendo la más frecuente la no instauración de nuevos tratamientos. En un 60% de los casos la comunicación con la familia sobre la AMSV concluyó con la firma del consentimiento informado.

096. VARIABILIDAD Y CONFLICTOS ÉTICOS EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

Estella García A. *Grupo de investigación:* Comité de ética asistencial Área Sanitaria Jerez

Comité ética Jerez Costa Noroeste y Sierra de Cádiz en Hospital Universitario de Jerez.

Objetivos: En el presente trabajo queremos analizar cómo es la información que se le da a los familiares de pacientes susceptibles de desarrollar muerte encefálica en los servicios de Urgencias. El objetivo del presente estudio es analizar la influencia que tienen las diferentes perspectivas de los profesionales en la toma de decisiones en situaciones críticas que comprenden conflictos éticos.

Métodos: Metodología casuística en el que han participado diferentes profesionales sanitarios del territorio nacional a los que se envió mediante correo electrónico formulario escrito. Se envió el siguiente caso clínico con la posibilidad de responder con cuatro alternativas de actuación. Se escogió un grupo de máster en bioética como grupo de referencia. Las variables fueron analizadas en una base de datos mediante el programa estadístico SPSS versión 19 para Windows. Las variables cualitativas se describen con el porcentaje de distribución de cada una de las categorías. Las variables cuantitativas se describen con la media y la desviación estándar cuando siguen una distribución normal, con la mediana en caso contrario.

Resultados: El porcentaje de respondedores fue de un 76,28%. Un total de 444 encuestados participaron en el estudio. Un 22,2% eran médicos de Urgencias, 14,8% intensivistas, 11,2% enfermería de Urgencias, 6,2% enfermería de UCI, 24,9% médicos residentes, 13,8% estudiantes y 6,9% otras profesiones (fig. 2). Solo 26 (5,9%) eran máster en bioética y fueron escogidos como grupo de referencia. En la tabla se exponen las respuestas obtenidas:

Caso clínico	Médicos	Enfermería	Residentes	Estudiantes	Máster bioética
Respuesta a	31%	19,2%	10,6%	10,3%	15,4%
Respuesta b	67,1%	78,1%	86,5%	86,2%	80,8%
Respuesta c	1,9%	1,4%	0%	1,7%	0%
Respuesta d	0%	1,4%	2,9%	1,7%	3,8%

Conclusiones: Se observó variabilidad en el contenido de la información que atañen a conflictos éticos, incluso dentro de una misma especialidad. El colectivo que respondió con más similitud a los máster en bioética fue el de estudiantes de Medicina y médicos residentes.

097. PACIENTES QUE NO INGRESAN EN UCI: CAUSAS DEL NO INGRESO

Amat Serna T, Aranda Martínez C y Rivera Fernández R. *Grupo de investigación:* ADENI

Hospital Universitario de Jaén en Jaén.

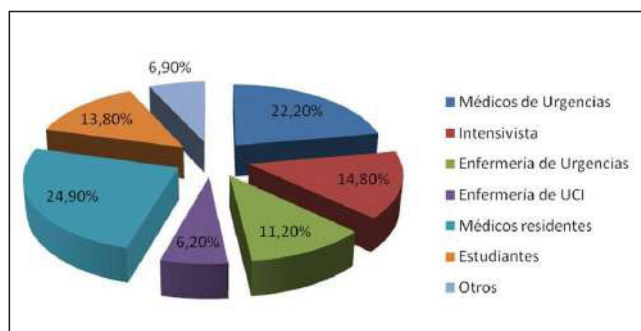
Objetivos: Evaluar las características de los pacientes que son desestimados para su ingreso en UCI, así como, los motivos para la decisión de no ingreso en UCI.

Figura 1 Póster 096

"Paciente de 53 años sin antecedentes médicos de interés que es trasladado a Urgencias tras presentar de forma brusca pérdida del nivel de conciencia, se objetiva hemorragia cerebral masiva con signos clínicos de hipertensión intracraneal. En situación de coma irreversible se plantea entre los profesionales la posibilidad de ingresar en UCI con la finalidad exclusiva de ser donante de órganos, en el área de Urgencias se reúne con los hijos y la esposa para informar y explicar la situación:"

- Tratamiento invasivo e ingreso en UCI para un posterior planteamiento durante su ingreso en UCI de la posibilidad de donación.
- Le planteo a los familiares en Urgencias la irreversibilidad del caso y la posibilidad de evaluar el ingreso en UCI como potencial donante de órganos.
- No planteo a los familiares la posibilidad de donación ni aplico medidas de soporte vital, curso ingreso en planta para que esté en compañía de sus familiares.
- Inicio medidas no invasivas (tratamiento conservador como control de la tensión arterial, glucemia...) pasando al área de observación pendiente de evolución e ingreso en neurología.

Figura 2 Póster 096



Métodos: Estudio retrospectivo. Durante 3 meses (estudio ADENI) se estuvieron recogiendo los datos de pacientes que fueron valorados por el servicio de Medicina Intensiva para ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se ha realizado un análisis descriptivo de los pacientes.

Resultados: Se estudiaron 27 pacientes, 14 varones. La mediana de edad fue de 71 años (64-82). Comorbilidades: 14 (52%) insuficiencia cardíaca, 13 (48%) diabetes mellitus, 9 (33%) EPOC, 9 (33%) neoplasia, 8 (30%) insuficiencia renal, 3 (11%) enfermedad neurodegenerativa. Escalas de gravedad: la mediana de APACHE-II fue 19 (12-45), SOFA 7 (2-15), Índice de Charlson 8 (4-15), Índice de Lee de 13 (4-20). Estado funcional previo al ingreso hospitalario: 4 (15%) estaban institucionalizados. Escala Karnofsky: 19 (70%) requieren asistencia médica con bastante frecuencia. Motivos de ingreso: 23 (85,5%) médicos, 3 (11,1%) quirúrgicos y 1 (3,7%) por PCR. 19 (70%) habían presentado ingreso hospitalario en el último año y 2 de ellos (7%) incluso en UCI. De los 27 pacientes recogidos, ninguno ingreso en la UCI. 20 pacientes (74%) estaban en planta de hospitalización y 7 (25%) en el servicio de Urgencias. El motivo de consulta fue: 19 (70%) insuficiencia respiratoria y alteración de conciencia, 8 (30%) inestabilidad hemodinámica. Causas de no ingreso: enfermedad crónica grave y pobre calidad de vida en 21 (78%) y edad 6 (22%). En 16 (60%) de los casos se informó al paciente y en 24 (88%) se recogió en la historia clínica. Tras la negativa de no ingreso en UCI: a 6 (22%) de los pacientes se les inició sedación terminal. Fallecieron 16 pacientes (60%). De los 11 pacientes no ingresados: 6 fueron dados de alta al domicilio y 7 trasladados al Hospital de crónicos. Ninguno de los pacientes valorados ingresó en UCI a posteriori, aunque hasta 10 pacientes fueron consultados de nuevo.

Conclusiones: Hemos observado como aquellos pacientes que no han ingresado en UCI, ya sea por su situación terminal o irreversible, o por la mala evolución de una enfermedad crónica avanzada, fallecen a corto plazo. Estimamos importante establecer una serie de consideraciones para tomar la decisión de un "no ingreso en UCI" llevando a cabo una evaluación individualizada del paciente y en conjunto con el equipo asistencial, con el propio paciente y las familias.

562. DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES PALIATIVAS DEL PACIENTE CRÍTICO AL ALTA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA INTENSIVA

Pobo A^(a), Canelles S^(a), Rubio O^(b), Ferré C^(a), Esteban F^(a), Daniel X^(a), Manrique S^(a) y Bodí M^(a)

^(a)Hospital Universitari Joan XXIII en Tarragona. ^(b)Althaia Centre Hospitalari en Manresa.

Objetivos: Analizar las necesidades paliativas al alta de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de los pacientes con patología crónica, su incidencia y evolución.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo en un Servicio de Medicina Intensiva de 30 camas (14 de UCI) de los pacientes altados durante 6 meses y posterior seguimiento de 1 año. En Cataluña, los Equipos de Atención Primaria (EAP) identifican a Pacientes Crónicos Complejos (PCC) o con enfermedad crónica avanzada (MACA) mediante la herramienta NECPAL (NECesidades PALiativas) y se indica un Plan de Intervención Individualizado Compartido (PIIC) y una Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) que se registra en la Historia Clínica Compartida (HCCC) para facilitar la toma de decisiones. Se registraron variables demográficas, APACHE II, tipo de patología (aguda o crónica reagudizada) y mortalidad. Se comprobó si los pacientes estaban identificados como PCC o MACA y si disponían de PIIC/PDA. Si eran PCC/MACA y no tenían PIIC/PDA, se realizaba interconsulta a la Enfermería de Enlace (EE) con los EAP, registrándose el tiempo hasta su implementación. Al resto, a través de NECPAL, se identificaron los pacientes con necesidades paliativas y se comunicó a la EE para facilitar su identificación como PCC/MACA y realización de su PIIC y PDA.

Resultados: De las 471 altas, 24,6% (n = 116) resultaron NECPAL positivos con una edad media de 66,3 ± 13 años, 66,4% de varones y APACHE II medio de 22,1 ± 8,8. El 54,3% ingresó por patología aguda y la mortalidad al año fue del 28,9%. 16 pacientes eran previamente PCC (n = 14) o MACA (n = 2) y 9 (56,2%) tenían PIIC previo y 1, la PDA. Al año, había 10 PIIC (62,5%) y 4 PDA (25%) y habían fallecido 5 (31,2%). De los 100 pacientes restantes, en 5 no se pudo obtener información de la HCCC. De los 95 NECPAL positivo finales, un 90,5% tuvieron su interconsulta a EE. Al año, 25,2% fueron catalogados PCC (n = 20) o MACA (n = 4) y el 75% (n = 18) tenían su PIIC y 8,3% (n = 2) su PDA y una mortalidad del 27,4% (n = 26).

Conclusiones: La proporción de pacientes con patología crónica con necesidades paliativas al alta de UCI no es despreciable. Fomentar canales de comunicación con los EAP ayuda a mejorar la detección de estos pacientes y mejorar la realización de PIIC y PDA dado el bajo porcentaje observado de estos.

578. ¿DEPENDE EL CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UCI DE SU NIVEL CULTURAL?

Fernández Trujillo A^(a), Vallverdú Cartí H^(b), Román Maestre B^(c), Berrade Zubiri JJ^(d), Antó García N^(d), Liria Mellado T^(d) y Galisteo García M^(d)

^(a)Hospital Universitari Parc Taulí en Sabadell. ^(b)Hospital Universitari de Vic en Vic. ^(c)Universidad de Barcelona en Barcelona. ^(d)Parc Sanitari Sant Joan de Déu en Sant Boi.

Objetivos: Conocer la influencia del nivel cultural en la experiencia emocional del paciente y su nivel de conocimiento del proceso asistencial mediante el cuestionario "Evaluación de la experiencia emocional del paciente hospitalizado" (EEPH) en una UCI con un trabajo previo de humanización.

Métodos: Tras el consentimiento informado se entregó el cuestionario EEPH a un total de 253 pacientes en una UCI polivalente de 6 camas en la que se habían trabajado las 7 líneas de trabajo recomendadas para la humanización de las unidades. Se seleccionaron pacientes competentes con al menos 24 horas de estancia en la UCI que no procediesen de planta para evitar comparaciones. El EEPH explora cuatro subescalas: nivel de seguridad, nivel de conocimiento (del proceso asistencial), nivel de valoración personal y nivel de conexión (con el personal asistencial). Un resultado en la subescala < 2 indica un déficit mientras que ≥ 2 indica un buen nivel. A este cuestionario se añadió la pregunta sobre el nivel cultural con las opciones sin estudios, educación primaria, educación secundaria, formación profesional grado medio, formación profesional grado superior, diplomado universitario o equivalente y licenciados, ingenieros superiores o doctores.

Resultados: Un total de 241 pacientes respondió al apartado de nivel de estudios. Se agruparon los niveles de estudio en bajo y alto. Se en-

contraron diferencias significativas a favor de pacientes con nivel de estudios bajos en las subescalas “nivel de conocimiento” y “nivel de conexión”. No hubo diferencias significativas en cuanto al nivel de seguridad y de valoración personal.

Conclusiones: Un buen proceso de comunicación puede hacer que el nivel cultural no sea un impedimento para que el paciente pueda conocer su proceso asistencial y tener una experiencia emocional similar a aquellos con un nivel cultural más alto.

Financiada por: Beca Grífols i Lucas.

583. ANÁLISIS DEL TIPO DE FUTILIDAD APLICADA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LTSV) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS NEUROINTENSIVOS (UCNI) EN EL AÑO 2019

García Alfaro C, Gascón Castillo ML, Villar Gallardo J, López Guerrero JA, Corona Delapuerta J y Domínguez Roldán JM:

Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla.

Objetivos: Conocer el tipo de futilidad predominante de acuerdo al tipo de LTSV realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neurológica.

Métodos: Pacientes atendidos por los facultativos de la UCNI de un hospital universitario de tercer nivel en un periodo de 12 meses. Se incluyeron los pacientes ingresados (incluidos los ingresados para donación de órganos), propuestos para el ingreso y los dados de alta consensuando la no admisión por su situación neurológica. El estudio es longitudinal, observacional y de cohortes. Se adoptó el concepto de LTSV de la ley 2/2010 del BOJA de garantías de la dignidad de las personas en el proceso de la muerte. Se utilizaron los conceptos de futilidad fisiológica, probabilística y cualitativa de Jonsen y Sneiderman. Se analizó la incidencia de cada una de estas futilidades en 3 grupos de pacientes: 1. Pacientes en los que se realizó LTSV en UCNI. 2. No ingreso en UCNI por LTSV y 3. Pacientes al alta de UCNI sin reingreso por LTSV. Se extrajo la información del registro de la unidad con los permisos requeridos, se analizó mediante un estudio descriptivo programa estadístico SPSS.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron en UCNI 792 pacientes. Se les realizó LTSV en UCNI a 95, no ingresaron por LTSV 28 y alta de UCNI sin reingreso por LTSV 13.

	Fallecidos en UCI con LTSV	LTSV por no ingreso en UCNI	LTSV por alta sin reingreso	Total
Futilidad cualitativa	47 (49,5%)	7 (25%)	5 (38,5%)	59
Futilidad fisiológica	21 (22%)	5 (18%)	0	26
Futilidad probabilística	27 (28,5%)	16 (57%)	8 (61,5%)	51
Total	95 (100%)	28 (100%)	13 (100%)	136

Conclusiones: El tipo de futilidad predominante en los pacientes que se les realiza LTSV en la UCNI es la futilidad cualitativa. Aquellos que se rechazan su ingreso así como los que se limitan el reingreso una vez dado de alta predomina la futilidad probabilística.

584. ÉTICA DE LAS DECISIONES EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): ORDEN DE NO RCP Y VALORACIÓN DE LA CONSIDERACIÓN DE FUTILIDAD. COMPLICACIONES EN EL MARCO CONCEPTUAL Y PRÁCTICO

Mucientes Peinador E, Renedo Sánchez-girón G, Vázquez Suero A, Mamolar Herrera N, Artola Blanco M, Pérez González FJ, Cicuéndez Ávila R, Hidalgo Andrés N, Citores González R y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario en Valladolid.

Objetivos: Valoración de la transmisión y de la toma de decisiones mediante planificación compartida de la asistencia sanitaria (PCA). Orden de no RCP y valoración de futilidad en el momento crítico sin información en la historia clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo (2018-2019) del registro de RCP intrahospitalaria de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), responsable de la atención de PCR con excepción de Cardiología. Los especialistas se encargan, junto con el paciente y familia, de las medidas a tomar llegado el caso y de transmitirlo. Tras ello, en ocasiones, dificultado por las circunstancias individuales, se evalúan las situaciones en las que la toma de decisión de “orden de no RCP” o “futilidad” se realiza en la PCR.

Resultados: 36 registros (Utstein). A pesar de esto, destacamos seis casos en los cuales las decisiones son tomadas a la llegada de UCI (fig.).

La valoración de futilidad se tomó con posterioridad al inicio de RCP con los minutos de actuación (22-15-0-15-0); uno fue considerado como orden de no RCP antes de la actuación, por el equipo y familia. Exitus. En un caso se limitaron nuevas medidas tras su recuperación. Tres en asistolia, uno en fibrilación ventricular; resto desconocido, con empleo de adrenalina en tres casos.

Conclusiones: La decisión de limitación en PCR requiere de conocimientos actualizados científicos y valoración de las circunstancias individuales; suponen por parte del profesional juicios de futilidad, complicados de realizar en una situación crítica. Con lo descrito, es importante insistir, para mejorar la toma de decisiones y su abordaje, en reflejar en la historia clínica las diferentes circunstancias que describan que, en caso de que se produzca una PCR, habrá pacientes en los que no será una situación inesperada sino consecutiva de la evolución de una enfermedad y que las medidas de RCP no serán útiles.

585. PACIENTES ONCOLÓGICOS EN UCI. SEGUIMIENTO EN UN AÑO TRAS EL ALTA

Morales Ortiz MV, Fajardo Barbosa CL, Hsieh Hoyos JG, Martínez de la Hidalga Martínez I, Solano Vera MR, González Higuera E, Centeno Obando JJ, Hernández Parada OA, Castro Gallego O y Araujo Alcántara JB

Hospital Virgen de la Luz en Cuenca.

Objetivos: Conocer las características y evolución clínicas de los pacientes oncológicos ingresados en UCI al año. Analizar las diferencias en gravedad, mortalidad y estancia en UCI según el motivo de ingreso y analizar las diferencias en mortalidad según el estadio tumoral.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyen los pacientes ingresados en UCI con cáncer activo desde enero 2017 a septiembre 2019. Se recogieron variables demográficas, tipo de tumor, estadio, supervivencia estimada y escala funcional (ECOG). También variables evolutivas y mortalidad hasta el año de seguimiento. Se analizaron las diferencias entre los pacientes que ingresaron tras una cirugía programada y los que ingresaron de forma urgente, así como las diferencias de mortalidad de los pacientes en estadio IV con el resto del grupo.

Resultados: Ingresaron 209 paciente oncológicos con 70 años (mediana; RIC 61-78), APACHE II 10 (mediana; RIC 7,5-16,5). El principal motivo de ingreso (79,4%) fue la cirugía, programada en el 61,2%. El 92% eran tumores sólidos, digestivos el 46,4%. La supervivencia estimada a 5 años era del 54,6%. El 30,6% eran estadio IV. Recibieron VMI el 82,3%, el 78% ≤ 1 día. Murieron en UCI el 4,8%, en el hospital el 5,3% y en el primer año el 18,7%. Los ingresos urgentes fallecieron más en UCI (11,4% vs. 0,8%; $p < 0,01$) (OR 2,7; 2,0-3,7) y en hospital (10% vs. 2,3%; $p = 0,023$) (OR 4,6; 1,2-18,7), su estancia en UCI fue más prolongada (5,1 días vs. 1,8 días; $p < 0,01$) y estaban más graves (APACHE II 17,3 vs. 9,7; $p < 0,01$), no hubo diferencias en edad (68,8 vs. 69,2; $p = 0,405$), ECOG (1,25 vs. 1,05; $p = 0,051$), supervivencia estimada (55,9 vs. 53,4; $p = 0,067$) ni en la mortalidad al año (17,1% vs. 20,2%; $p = 0,31$). Tampoco hubo diferencias en mortalidad en UCI en los estadios IV vs. el resto (9,1% vs. 2,8%; $p = 0,055$).

Conclusiones: La mayoría de pacientes oncológicos ingresaron tras una cirugía programada. La mortalidad, APACHE y estancia en UCI son superiores en el grupo de ingreso urgente. No se apreció mayor mortalidad en UCI en el grupo con estadio más avanzado. Un porcentaje elevado recibió VM, principalmente perioperatoria.

726/COVID-19. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE DECISIONES ÉTICAS TOMADAS EN LA SITUACIÓN DE CRISIS POR PANDEMIA COVID-19: VALORACIÓN DE ÁREAS SUBSIDIARIAS DE OPTIMIZACIÓN PARA LA CREACIÓN DE PROTOCOLOS Y COMITÉS ÉTICOS EN SITUACIONES DE CATÁSTROFE

Mucientes Peinador E, Vázquez Suero A, Mamolar Herrera N, Artola Blanco M, Renedo Sánchez-Girón G, Cicuéndez Ávila R, Portugal Rodríguez E, Bouchotrou H, Pérez González FJ y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario en Valladolid.

Objetivos: Analizar los conflictos éticos derivados de las decisiones de valoración de ingreso en Unidades de Cuidados Críticos (UCI). Evaluación de las medidas organizativas urgentes y la adaptación en situación de catástrofe en un hospital terciario tras la optimización de los recursos materiales disponibles para hallar áreas de mejora.

Figura Póster 584

	Presentado	Reacción RCP	Localización	Activación previa	Recuperación	Resultado	Etiología	Tiempo RCP	Ritmo	ECGA	Urgen
1	SI	Fuñl (post)	Mi	SI	No	Éxito	Desc.	22	Asistolia	No	SI
2	SI	Fuñl (post)	Mi	SI	SI	Recuperación LTSV	Card.	15	FV	SI	SI
3	SI	Fuñl (post)	Paqueñria	No	No	Éxito	Desc.	0	Desc.	No	No
4	SI	Fuñl (post)	Mi	SI	No	Éxito	Card.	15	Asistolia	No	SI
5	SI	Fuñl (post)	NQx	No	No	Éxito	NRi	0	Desc.	No	No
6	NO	Orden de no RCP	Mi	No	No	Éxito	Desc.	3	Asistolia	No	No

Mi (Medicina Intensiva); NQx (Neurociñgía); LTSV (limitación de tratamiento de soporte vital); Desc. (Desconocido); Card. (Cardiología); NRi (Neurología); FV (Fibrilación ventricular)

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes valorados para ingreso (interconsultas urgentes y emergentes). No se incluyen aquellas decisiones tomadas por el equipo de planta ni los aceptados para ingreso en UCI. Se analizan las variables implicadas en la resolución del conflicto.

Resultados: 23 pacientes con decisión de no ingreso en UCI durante la planificación anticipada. Se valora criterio, situación clínica, momento de valoración y desenlace. No fueron subsidiarios de medidas extraordinarias tras valoración de riesgo-beneficio, por antecedentes personales y por expectativas de vida, calidad futura (oncológicos con pronóstico desfavorable 17%, dependencia 9%, patología basal con pronóstico desfavorable 52%, otros 22%). 21% con alta tras tratamiento en planta. El 79% restante tuvo una supervivencia media de 5 días (2 desconocidos). Asimismo, hubo ingresos con limitación de medidas terapéuticas en la UCI, con supervivencia y alta posterior a domicilio que también hay que valorar en dicho estudio.

Conclusiones: La exposición de los profesionales sanitarios a la toma de decisiones en una situación crítica de catástrofe, es una situación compleja, tanto en el día a día como en el análisis posterior, a pesar de la existencia de recomendaciones éticas y protocolos. Las determinaciones consensuadas por el equipo en este análisis se han basado en criterios éticos y principios de justicia distributiva y beneficencia. El conflicto ético vivido y ya existente en otras situaciones de desastre y en nuestra especialidad, ha sido especialmente difícil de resolver en este caso. La creación de Comités de Ética multidisciplinares en cada hospital y con experiencia, ahora reciente, en estas situaciones puede ser determinante para facilitar decisiones futuras, una vez resueltas las dificultades materiales y de recursos humanos.

727/COVID-19. SATISFACCIÓN PERCIBIDA TRAS EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTES Y FAMILIARES A TRAVÉS DE VIDEOLLAMADAS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Trasmonte Martínez V, Gómez Cordero E, Rubio JA, Renes E, Montejo JC, Catalán M y Corres MA

Hospital 12 de Octubre en Madrid. Hospital San Sebastián de los Reyes en Madrid.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción de pacientes ingresados en el servicio de Medicina Intensiva (UCI) del Hospital 12 de Octubre y sus familias tras el establecimiento de un sistema de comunicación mediante videollamadas durante la situación de aislamiento en los hospitales por la pandemia por COVID-19.

Métodos: Estudio observacional descriptivo basado en encuestas telefónicas realizadas durante los meses de mayo y junio de 2020. Los contenidos del cuestionario se basaron en la versión modificada de la encuesta de satisfacción familiar de UCI (FS-ICU 34) con un formato de respuestas a escala numérica. Criterios de inclusión: ser familiar > 18 años y haber recibido videollamada informativa. Criterios de exclusión: negativa a participar y/o falta de comprensión del cuestionario. Las variables categóricas se expresan como porcentaje y las cuantitativas como media y desviación típica. Se empleó t de Student para comparar medias independientes y χ^2 para proporciones.

Resultados: Se incluyeron 59 familiares (fam) y 48 pacientes (px). Edad media: fam 67,5 años px 50,6 años. Sexo: fam 60% mujeres, px 55% mujeres. Parentesco: pareja 60% de los casos. El 90% recibió más de una videollamada. El 75% recibieron llamadas a diario. El 92,3% de las llamadas realizadas tuvieron una duración de 1-2 minutos de promedio. El 98% de los familiares perciben que el informe por medio de videollamada permite tener mayor comunicación en el médico-paciente-familiar. En el 100% de los familiares encuestados cambió la impresión que tenía sobre su familiar tras verle. Valoración utilidad de la videollamada fam 9,57 (DE 0,88), px 8,85 (DE 1,5). Disminución de la sensación de miedo/estrés fam 9,59 (DE 0,84), px 8,21 (DE 1,15). Duración videollamada 85% adecuada.

Conclusiones: Existe un alto grado de satisfacción relacionado con el establecimiento del sistema de videollamadas. Podría haberse mejorado si se hubiese establecido un horario más concreto para la realización de las mismas o con una regularidad estable que no pudo ofrecerse posiblemente dada la circunstancia de pandemia global y de sobrecarga de trabajo.

Pósteres orales

Cardiovascular/Marcapasos/Arritmias/Síndrome coronario agudo

041. INTERVENCIÓNISMO CORONARIO PRIMARIO: BENEFICIOS DEL CÓDIGO INFARTO (CODICAN) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Blanco López J, Rodríguez Serrano A, del Amo Nolasco B, González Bautista L, Vega Ocaña P, Lorenzo Martín V, Padrón Espinosa P, Carillo García T, Jiménez Cabrera P y Martín González JC

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

Objetivos: Valorar el impacto y los beneficios de establecer la angioplastia primaria como método inicial de reperfusión en pacientes con SCACEST (Código Infarto). **Métodos:** Estudio prospectivo observacional, durante un año, de pacientes ingresados con el diagnóstico de SCACEST en la Unidad de Medicina Intensiva de un hospital universitario de 3^{er} nivel con hemodinámica, que es referencia para dos islas (dos áreas de salud). Se realizaron dos grupos de estudio en función de que la terapia inicial de reperfusión establecida en el hospital fuera la fibrinólisis o la angioplastia primaria (Código Infarto de Canarias). Grupo 1: Fibrinólisis. La fibrinólisis era el método inicial de reperfusión. Grupo 2: CODICAN. La angioplastia primaria era el método inicial de reperfusión tras la instauración del código infarto. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, función ventricular y de gestión. Los datos se recogieron de la h^a clínica electrónica hospitalaria (DragoAE), de la UMI (CCM) y del cues-