

frecuencias de variables cualitativas y cuantitativas con mediana y rango intercuartílico. Test estadístico  $\chi^2$ .

**Resultados:** Se analizaron 16 (8,7%) pacientes con cardiopatía congénita y VAD de un total de 191 pacientes con necesidad de (VAD). De esta cohorte de cardiopatía congénita un 62,5% fueron mujeres con una mediana de 30 años (24,5-52,7). Ingresan en UCI principalmente en el posoperatorio de cirugía cardíaca, siendo el síndrome poscardiotomía (31,2%) y el fallo primario del injerto (25%) las causas más frecuentes de necesidad de VAD. Variables en tabla 1. En el análisis estadístico (tabla 2) observamos diferencias en variables sexo y motivo de VAD.

Variable	N = 16
Edad mediana (RI)	30,5 (24,5;52,7)
Sexo mujer n (%)	10 (62,5)
APACHE II mediana (RI)	17 (8,2;26)
SAVE score mediana (RI)	-0,5 (-7,7;2)
MOTIVO VAD n (%)	
Shock poscardiotomía	5 (31,2)
Fallo primario de injerto	4 (25)
Miocardopatía dilatada	2 (12,5)
TIPO VAD n (%)	
ECMO VA	14 (87,5)
Levitronix izquierdo	1 (6,2)
Evolución	
TRRC n (%)	3 (18,7)
Traqueostomía n (%)	6 (37,5)
Segunda asistencia mecánica n (%)	3 (18,7)
Trasplante pos-VAD n (%)	3 (18,7)
Polineuropatía n (%)	9 (56,3)
Días en VAD mediana (RI)	7,50 (4,2;13)
Estancia UCI mediana (RI)	12 (8; 40,5)
Exitus UCI n (%)	7 (43,7%)

Variable n (%)	Grupo general VAD N = 191 (%)	Congénitas N = 16 (%)	p
Sexo varón	120 (62)	6 (37,5)	0,01
Exitus	81 (42)	7 (43,7)	0,8
Motivo VAD n (%)			0,003
Shock pos-IAM	61 (32)	0	
Shock poscardiotomía	47 (24,6)	5 (31,2)	
Trasplante pos-VAD	46 (24)	3 (18,7)	0,4
Implante MCS2	34 (17,8)	5 (31,2)	0,2

**Conclusiones:** Pacientes con cardiopatía congénita son infrecuentes y de alta complejidad, con mayor tasa de shock poscardiotomía y necesidad de implante de segunda asistencia. A pesar de ello, las tasas de mortalidad son similares.

### 517. PERFIL GENÉTICO DE PACIENTES CON SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA) INGRESADOS EN UCI

Delgado Barroso A, Bravo Gil N, Méndez Vidal C, Borrego López S y Puppo Moreno AM

Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

**Objetivos:** El papel de la genética en el diagnóstico y la personalización del tratamiento de los pacientes con síndrome aórtico es cada vez mayor. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de variantes genéticas en pacientes con síndrome aórtico agudo que ingresan en UCI.

**Métodos:** Mediante secuenciación masiva, se analizaron 42 genes asociados a aortopatías en 141 pacientes que ingresaron en la UCI por SAA no sindrómico. Edad media. 58,85 ± 13,04 años [16-81] de ellos 101 (71,6%) hombres. Tipo A 96 (64,5%). Tipo B 51 (34,7%). Agudos 108 (76,6%), subagudo 12 (8,5%), crónico 21 (14,9%). Se analizaron las relaciones entre los resultados genéticos y las características clínicas mediante la aplicación de los test exactos de Fisher y de Fisher-Halton.

**Resultados:** El 64,5% de los pacientes presentaron SAA tipo A (Stanford) y el 35,4% tipo B. En el SAA-A el 42,8% encontramos mutaciones y 42,8% de los pacientes con Tipo B. El análisis de los datos genómicos dio como resultado la identificación de 56 variantes candidatas heterocigotas en un total de 54 pacientes, incluidas 43 (78,2%) de cambio de sen-

tido, 4 (7,3%) desplazamiento del marco lectura, 2 (3,6%) sin cambio de lectura, 5 (9,1) corte y empalme y 1 (1,8%) duplicación global. Estas variantes se hallaron en 22 genes diferentes, siendo el MYLK, MYH11, FBN1, COL5A1 y el ACTA2 los que mostraron mayor prevalencia. Aunque estos genes intervienen en un amplio espectro de vías moleculares, la mayoría de ellos se asociaron con disección de aorta que mostró una mayor prevalencia. Una edad menor de 55 años ( $p = 0,014$ ), la ausencia de historia de HTA ( $p < 0,05$ ) y, falta de dolor ( $p < 0,05$ ) y la existencia de antecedentes familiares ( $p = 0,002$ ), se asocian con una elevada probabilidad con la existencia mutaciones,

**Conclusiones:** Nuestros hallazgos confirman la importancia de la patología genética en el SAA que sin dudas tiene trascendencia en el diagnóstico como en la estrategia terapéutica a corto y largo plazo.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

## Comunicaciones orales

### NEUROINTENSIVISMO/TRAUMATISMOS/SEDACIÓN/ANALGESIA/SIMULACIÓN

08:30-09:30 - Sala 113

Moderadores: Francisca Pino Sánchez/  
Iker García Sáez

### 518. EFECTO DE LA PEEP SOBRE LA PRESIÓN INTRACRANEAL EN PACIENTES CON LESIÓN CEREBRAL AGUDA: ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, OBSERVACIONAL Y MULTICÉNTRICO

Barea Mendoza JA<sup>1</sup>, Ballesteros Sanz MÁ<sup>2</sup>, Corral Ansa L<sup>3</sup>, Misis del Campo M<sup>4</sup>, Pardo Rey C<sup>5</sup>, Tihista Jiménez JA<sup>6</sup>, Corcobado Márquez C<sup>7</sup>, Llompard Pou JA<sup>8</sup>, Marcos Prieto LA<sup>9</sup> y Olazabal Martínez A<sup>10</sup>

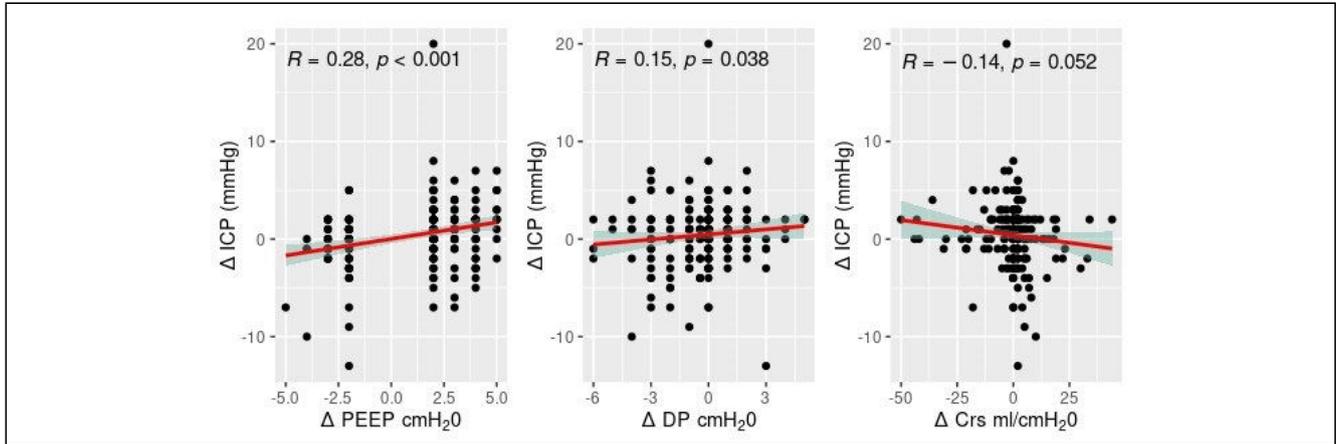
<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>3</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. <sup>4</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. <sup>5</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. <sup>6</sup>Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. <sup>7</sup>Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. <sup>8</sup>Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears. <sup>9</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca. <sup>10</sup>Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.

**Objetivos:** Los efectos de la PEEP sobre la presión intracraneal (PIC) son variables. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de los cambios en la PEEP sobre la PIC en pacientes con lesión cerebral aguda.

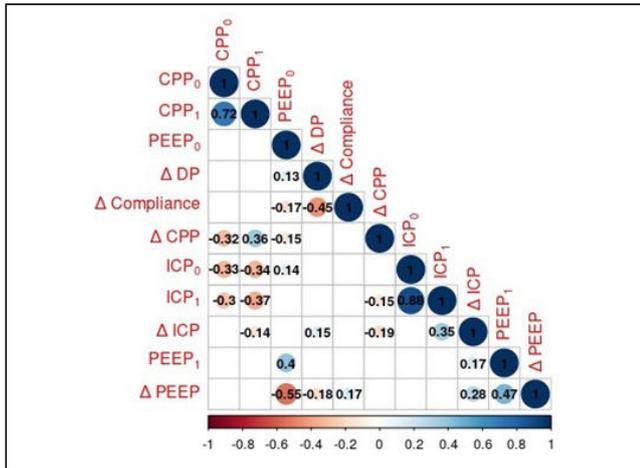
**Métodos:** Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico (17 UCI españolas) incluyendo pacientes neurocríticos que recibieron monitorización invasiva de la PIC desde noviembre 2017 hasta junio 2018 (estudio PEEP-PIC). El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de referencia (Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid: CEI: 17/221). Se obtuvo consentimiento informado del familiar más cercano. Se recogieron los parámetros ventilatorios, hemodinámicos y variables de neuromonitorización inmediatamente antes de las modificaciones de la PEEP y durante los 30 minutos posteriores. Variables de interés principales: PEEP, PIC y presión de perfusión cerebral (PPC). Variables cuantitativas como media ± desviación estándar (DE) o como mediana y rango intercuartil (RIC). Variables cualitativas como número (porcentaje). Las variables categóricas se analizaron mediante la prueba de  $\chi^2$  o la prueba exacta de Fisher. Los datos continuos se analizaron mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon. La relación entre la PIC y las variables respiratorias se examinó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Un valor de  $p$  inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 109 pacientes. Edad media 52,68 (15,34) años, hombres 71 (65,13%). La causa de lesión cerebral fue traumática en 54 pacientes (49,54%). La estancia media fue de 16,52 (9,23) días. La mortalidad hospitalaria fue del 21,1%. Los aumentos moderados de PEEP (media 6,24 a 9,10 cmH<sub>2</sub>O) resultaron en un aumento de la PIC de 10,4 a 11,39 mmHg,  $p \leq 0,001$ , sin cambios en la PPC ( $p = 0,548$ ). Los descensos moderados de la PEEP (media 8,96 a 6,53 cmH<sub>2</sub>O) resultaron en un des-

Figura 1 Comunicación 518



censo de la PIC de 10,5 a 9,62 mmHg ( $p = 0,052$ ), sin cambios en la PPC ( $p = 0,762$ ). Se establecieron correlaciones significativas entre el aumento de PIC y el delta de PEEP ( $R = 0,28, p \leq 0,001$ ), el delta *driving pressure* ( $R = 0,15, p = 0,038$ ) y el delta de complianza ( $R = -0,14, p = 0,052$ ) (figs. 1 y 2). El aumento de PIC fue mayor en pacientes con PIC basal baja.



**Conclusiones:** Los cambios moderados en la PEEP no se asociaron a cambios clínicamente relevantes en la PIC de los pacientes con lesión cerebral aguda. La magnitud del aumento de la PIC tras el aumento de PEEP se correlacionó con el delta PEEP, delta *driving pressure* y el delta complianza.

### 519. LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA EN ESPAÑA: ANÁLISIS INTERMEDIO DE ESTUDIO REMOS

Bueso Navarro M<sup>1</sup>, Corral Ansa L<sup>2</sup>, Homar Ramírez J<sup>3</sup>, Rodríguez Ruiz E<sup>4</sup>, Balboa Palomino S<sup>5</sup>, López Fernández A<sup>6</sup>, Yagüe Zapico R<sup>7</sup>, Herran Monge R<sup>8</sup>, Morán Gallego FJ<sup>9</sup> y Galarza Barrachina L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, <sup>2</sup>Hospital General Universitario de Bellvitge, Barcelona, <sup>3</sup>Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears, <sup>4</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, A Coruña, <sup>5</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias, <sup>6</sup>Hospital Universitario La Paz (C. H. la Paz), Madrid, <sup>7</sup>Hospital de León (C. A. U. de León), León, <sup>8</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, <sup>9</sup>Hospital Universitario de Toledo (C. H. de Toledo), Toledo.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de la hemorragia subaracnoidea espontánea (HSA), la incidencia de complicaciones y el estado funcional de estos pacientes a largo plazo.

**Métodos:** Estudio multicéntrico nacional prospectivo observacional con datos de 35 hospitales españoles donde se incluyen todas las HSA que ingresan en UCI desde diciembre de 2021 hasta agosto 2023. Se incluyen pacientes mayores de 18 años, ingresados en UCI por HSA espontánea. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de resultado.

A nivel estadístico se realizó un análisis descriptivo mediante medias y desviación estándar o medianas y rango intercuartil según la distribución normal o no para variables cuantitativas y porcentajes para variables categóricas. El análisis estadístico se realizó con STATA 14.0.

**Resultados:** Se incluyeron 917 pacientes, 62,4% mujeres con una edad media  $58,3 \pm 12,9$  años. Como antecedentes, el 37,4% eran hipertensos, el 8,9% diabéticos y el 29% fumadores. El síntoma principal al debut fue la cefalea 77,3%, seguido del bajo nivel de conciencia 26,4%. El 25% presentaban cefalea centinela. Las escalas de gravedad de la hemorragia y posibilidad de vasoespasmó al ingreso fueron Hunt-Hess 4-5 puntos 28,5% y Fisher modificado 4 puntos 56,4%. La causa principal fue la ruptura de un aneurisma en el 73,4% de los casos, de localización en arteria comunicante anterior 32,84% o arteria cerebral media 10,2%. El tratamiento de los aneurismas fue mediante radiología intervencionista en el 72% de los casos y neurocirugía 20,7% de los casos. El tiempo mediano hasta el tratamiento fue de 14 horas (3,7-24). Las complicaciones neurológicas más frecuentes fueron la hidrocefalia (39,3%) y el vasoespasmó (24,5%). De las complicaciones extracraniales, el 8,83% presentaron diabetes insípida, el 4% SDRa y el 3,5% miocardiopatía de estrés. La mortalidad en UCI fue del 11,1% con una estancia mediana de 9 días (3-21). Al alta, el 45,3% presentaban una puntuación en escala de Rankin modificada de 0-2. A los 6 meses, esa misma puntuación la presentaban el 47,2% de los pacientes.

**Conclusiones:** La hemorragia subaracnoidea es una patología que afecta a pacientes jóvenes, aunque la mortalidad ha disminuido en los últimos años, la calidad de vida a largo plazo sigue siendo mala para la mitad de los pacientes. Las complicaciones neurológicas son múltiples y frecuentes.

### 520. MANEJO DEL VASOESPASMO EN HSA ESPONTÁNEA: DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO REMOS

Corral Ansa L<sup>1</sup>, Petito Nuñez M<sup>1</sup>, López Sánchez F<sup>2</sup>, Vara Adrio S<sup>3</sup>, Cherchi Pepe MS<sup>4</sup>, Marcano Millán E<sup>5</sup>, Vidal Tegedor B<sup>6</sup>, Muñoz Marina MV<sup>7</sup>, Bringas Bollada M<sup>8</sup> y Galarza Barrachina L<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, <sup>2</sup>Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, <sup>3</sup>Hospital Álvaro Cunqueiro, Pontevedra, <sup>4</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, <sup>5</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca, <sup>6</sup>Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, <sup>7</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de las Nieves), Granada, <sup>8</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Analizar las características de pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea con o sin vasoespasmó (Vs) y describir el manejo y tratamiento del vasoespasmó en los pacientes con HSA espontánea.

**Métodos:** Análisis preliminar de una cohorte de pacientes con HSA espontánea del registro nacional REMOS multicéntrico desde 2022 hasta septiembre de 2023 con 35 centros. Se incluyen pacientes mayores de 18 años, ingresados por HSA espontánea. Excluidos: HSA traumática y consentimiento informado no firmado. Se recogen variables demográficas, clínicas, escalas de gravedad, aneurisma u otra causa de la HSA, tipo de tratamiento, complicaciones y evolución. Estadística: medias y desviación estándar o medianas y rango intercuartil según distribución

Figura Comunicación 520

Tabla: características de los pacientes con HSA con o sin vasoespasmo (Vs).

n = 888	Total	No Vs n=668 (75%)	Vs n=220 (25%)	
Edad (mediana, Q1-Q3)	58 (49-68)	59 (50-70)	55 (48-65)	0,002
Sexo: mujeres	62%	59%	72%	<0,001
Hunt- Hess (n 884)	I 24%	26%	16%	0,033
	II 34%	32%	38%	
	III 13%	13%	14%	
	IV 17%	16%	20%	
	V 12%	12%	12%	
Fischer (n 882)	I 10%	11%	6%	< 0,001
	II 12%	14%	6%	
	III 21%	22%	19%	
	IV 57%	54%	69%	
WFNS (n 877)	I 39%	40%	35%	ns
	II 21%	21%	23%	
	III 6%	7%	5%	
	IV 19%	18%	20%	
	V 15%	14%	16%	
Disminución del nivel de consciencia	27%	24%	31%	0,002
Focalidad neurológica	14%	13%	19%	0,025
Cefalea centinela (n 866)	24%	23%	30%	0,033
Aneurisma (n 884)	76%	71%	88%	< 0,001
	MAV 4%	4%	2%	
	Perimesencefálica 9%	11%	3%	
Resangrado (n 866)	8%	7%	12%	0,021
Infarto cerebral (n 855)	26%	19%	46%	< 0,001
Hidrocefalia (n 875)	42%	38%	54%	< 0,001
Hipertensión intracraneal	24%	22%	30%	0,014
Crisis convulsiva (n 870)	11%	11%	11%	ns
Síndrome pierde-sal (n868)	8%	7%	11%	0,038
SIADH (n 865)	2%	1%	5%	< 0,001
Diabetes insípida	10%	10%	13%	ns
Infección nosocomial (n 862)	37%	33%	50%	< 0,001
Estancia en UCI (mediana, Q1-Q3)	8 (3-20)	6 (2-15)	15 (8-25)	< 0,001
Estancia en el hospital (mediana, Q1-Q3)	18 (11-35)	16 (10-32)	25 (16-47)	< 0,001
Mortalidad UCI (n 864)	(114) 13%	14%	10%	ns
Mortalidad hospital (n 795)	(113) 14%	15%	11%	ns

WFNS: escala de la "World Federation of Neurological Surgeons, MAV: malformación arteriovenosa, SIADH: síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, Q: cuartil.

para variables cuantitativas y porcentajes para variables categóricas. Se comparan las variables en pacientes con y sin vasoespasmo, mediante t de Student o pruebas no paramétricas según distribución y chi-cuadrado para proporciones. Estadísticamente significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De 942 pacientes, se excluyeron 54 por ausencia de respuesta en la variable vasoespasmo (Vs). De 888, 220 (25%) presentaron Vs. El grupo con Vs respecto de no Vs (tabla), eran más mujeres, de menor edad, más Fisher III-IV, y al debut más disminución del nivel de consciencia o focalidad neurológica, además de cefalea centinela. En cuanto a las complicaciones se asoció al resangrado, hidrocefalia e hipertensión intracraneal. Un 46% presentaron infarto cerebral (19% sin vasoespasmo). Presentaron mayor estancia en UCI y hospitalaria, aunque con mortalidad similar. El 99% de Vs llevaron profilaxis con nimodipino. El diagnóstico de Vs se hizo por DTC 53%, AngioTC 51% y/o arteriografía 61%. Las arterias más frecuentemente afectadas fueron ACA 34-41% y ACM 46-57%. Tratamiento médico (97%): nimodipino vo 44%, iv 37% o vo+iv 8%, HTA 57% y milrinona iv 4%. Tratamiento endovascular (79%): nimodipino intraarterial 52%, angioplastia 12%, milrinona ia 6%, verapamilo ia 4% y otros como 1 solinitrina ia, 2 bloqueo de ganglio estrellado y 3 *stent*. Nº de intervenciones por paciente: mediana 1 (rango intercuartil 1-3), máximo 9.

**Conclusiones:** En la profilaxis del vasoespasmo en HSA hay consenso en la utilización del nimodipino. El tratamiento médico (97%) del vasoespasmo con nimodipino e HTA y el endovascular (79%) son los más frecuentes, y se empiezan a utilizar otros como milrinona ev o intraarterial, verapamilo, solinitrina, angioplastia y *stent*, o bloqueo del ganglio estrellado. Aunque la estancia es superior, la mortalidad es similar en ambos grupos.

## 521. INDICADORES DE CALIDAD PREHOSPITALARIOS Y HOSPITALARIOS EN LA ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE EN ANDALUCÍA

Guerrero López F<sup>1</sup>, Rincón Ferrari MD<sup>2</sup>, García Gómez IG<sup>3</sup>, Yuste Ossorio ME<sup>4</sup>, Rodríguez Vasquez PE<sup>5</sup>, Iglesias Santiago A<sup>1</sup> y Expósito Tirado JA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Neurotraumatología y Rehabilitación del H. U. Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de la Nieves), Granada. <sup>2</sup>Hospital de Rehabilitación Y Traumatología del H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla. <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga. <sup>4</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. <sup>5</sup>Hospital Universitario Torrecárdenas (C. H. U. Torrecárdenas), Almería.

**Objetivos:** Conocer aspectos claves de la atención de los pacientes que ingresan en las UCI de Andalucía por patología traumática grave a través de la recogida de los indicadores de calidad incluidos en el Proceso Asistencial Integrado de Atención al Trauma Grave.

**Métodos:** Complimentación de la Hoja de Severidad de Trauma Grave con la información recogida en los informes clínicos prehospitalarios y hospitalarios del episodio. Se recogen 7 indicadores de la atención prehospitalaria y 8 indicadores de la atención hospitalaria. Se presenta estadística descriptiva básica de cada indicador con frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** Desde el 1/1/2022 a 30/9/2023 se ha recogido información de 1.466 pacientes de 24 hospitales de las 8 provincias andaluzas.

	Si	No	No procede	No consta
<b>PREHOSPITALARIOS</b>				
Código Trauma	644 (43.9%)	263 (17.9%)	291 (19.8%)	253 (17.3%)
Collarín cervical	802 (54.7%)	164 (11.2%)	300 (20.5%)	186 (12.7%)
TOT en TCE grave	318 (21.7%)	82 (5.6%)	1028 (70.1%)	36 (2.5%)
Cinturón pélvico	134 (9.1%)	104 (7.1%)	1137 (77.6%)	80 (5.5%)
Hemorragias externas	110 (7.5%)	21 (1.4%)	1276 (87%)	57 (3.9%)
Ac. tranexámico	368 (25.1%)	155 (10.6%)	882 (56.1%)	119 (8.1%)
ATB en fract. abiertas	128 (8.7%)	101 (6.9%)	1143 (78%)	79 (5.4%)
<b>HOSPITALARIOS</b>				
TC craneal en tiempos	1198 (81.7%)	27 (1.8%)	236 (16.1%)	
TC cervical indicado	1075 (73.3%)	104 (7.1%)	275 (18.8%)	
Estabilización fract. pelvis	109 (7.5%)	26 (1.8%)	1316 (89.8%)	
Activación protocolo transfusión masiva	109 (7.4%)	63 (4.3%)	1277 (87.1%)	
Monitorización PIC indicadal	163 (11.1%)	105 (7.2%)	1173 (80%)	
Cirugía fract. abiertas	120 (8.2%)	40 (2.7%)	1285 (87.7%)	
Cirugía precoz fract. fémur	102 (7%)	36 (2.5%)	1313 (89.6%)	
Reversión precoz anticoagulación	77 (5.3%)	34 (2.3%)	1347 (91.9%)	

**Conclusiones:** Disponer de un sistema de información que permita la monitorización de los indicadores de calidad es fundamental para detectar y establecer acciones de mejora. A nivel prehospitalario se detectan como líneas de mejora prioritarias la activación del código trauma, el uso del collarín cervical y del ácido tranexámico y en los indicadores hospitalarios la adecuada realización del TAC cervical y la monitorización de la PIC en los casos indicados. Mejorar la cumplimentación de los datos básicos en la atención prehospitalaria es otra área de mejora detectada.

**522. EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN Y MANEJO DE LA ANALGESIA Y SEDACIÓN TRAS LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO EN ANALGOSEDACIÓN Y DELIRIO EN UNA UCI**

Vega Rodríguez AS, Eugenio Robaina MDP, Prada Osorio R, Ortega Cámara J, Santana Cabrera JL y Blanco López JJ

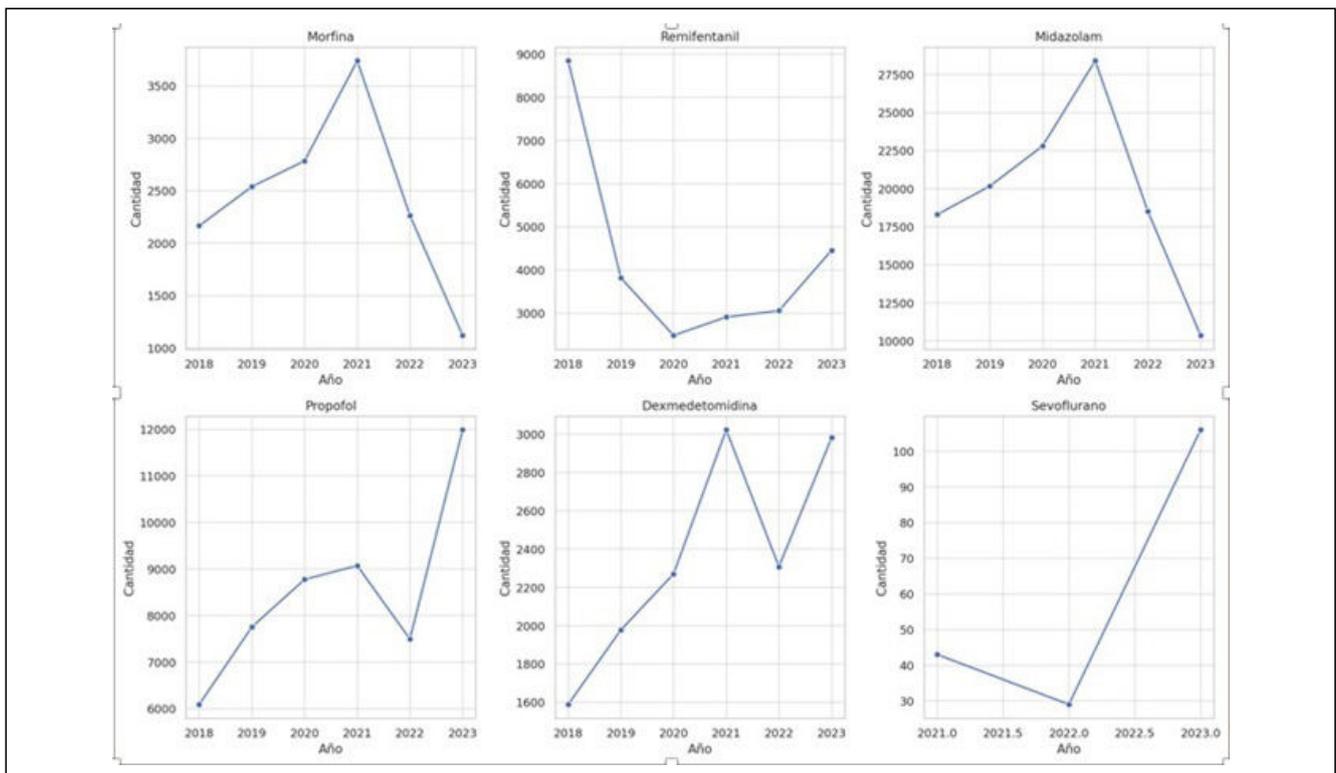
*Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.*

**Objetivos:** Evaluar si la creación de un grupo de trabajo en sedación ha influido en el consumo anual o la elección del opiáceo o sedante en nuestra Unidad durante los últimos 5 años. Evaluar si el consumo o tipo de opiáceo o sedante utilizado interviene en que los pacientes reciban una sedación adecuada.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en una UCI de 32 camas polivalentes. En mayo de 2017 se creó un grupo de trabajo específico en sedación y delirio constituido por dos médicos intensivistas y 3 enfermeros. Se realizan sesiones formativas periódicas y actualización de los protocolos de monitorización y tratamiento, incluyendo la sedación inhalada. Se recogió el consumo anual de opiáceos, midazolam, propofol, dexmedetomidina y sevoflurano desde enero de 2018 hasta diciembre de 2023, así como, el porcentaje de pacientes que tienen registrada en la historia clínica la escala RASS al menos cada 6 horas y si se cumple el objetivo de sedación pautado al menos el 80% del tiempo (sedación adecuada).

**Resultados:** El registro de la escala de sedación-agitación Richmond (RASS) ha mostrado una mejora desde 2018 (77,1%) hasta conseguir prácticamente el 100% en 2023. En cuanto al logro de una sedación adecuada, hemos observado un aumento significativo en el cumplimiento de este objetivo, pasando del 34,90% en 2018 a más del 80% en los últimos tres años. En lo referente al consumo de opioides ( morfina y

Figura Comunicación 522



remifentanilo), en 2018 se consumieron 11.007 dosis, número que ha disminuido progresivamente hasta 5.575 dosis en 2023, con una disminución significativa en el uso de morfina a favor del remifentanilo. Paralelamente, el uso de midazolam ha disminuido significativamente, hasta un mínimo histórico en 2023 con un aumento en el uso de propofol y la dexmedetomidina. Por último, a finales del 2021 se introdujo la sedación inhalada, incrementándose su uso progresivamente durante el último año.

**Conclusiones:** La creación de un grupo de trabajo específico en sedación y delirio ha tenido un impacto en la gestión de la sedación en nuestra Unidad con una disminución progresiva en el consumo de opioides, especialmente morfina, y una preferencia creciente por fármacos con vida media corta como el remifentanilo y el propofol. Una correcta monitorización y el uso de protocolos actualizados ha repercutido en un incremento del porcentaje de pacientes que reciben una sedación adecuada.

### 523. IMPACTO DEL CURSO DE INMERSIÓN EN MEDICINA INTENSIVA PARA RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO DE FORMACIÓN (CIMIR2)

Broch Porcar MJ<sup>1</sup>, Lobo Valbuena B<sup>2</sup>, Galarza Barrachina L<sup>3</sup>, Yago Rodríguez MÁ<sup>4</sup>, Alcántara Carmona S<sup>5</sup>, Zapata Fenor L<sup>6</sup>, Giménez-Esparza Valbuena C<sup>7</sup> y Castellanos Ortega Á<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>2</sup>Hospital del Henares, Madrid. <sup>3</sup>Hospital General Universitario de Castellón, Castellón. <sup>4</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias. <sup>5</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. <sup>6</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>7</sup>Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante.

**Objetivos:** Valorar la satisfacción y efectividad del Curso de Inmersión en Medicina Intensiva para residentes de 2º año de formación de la SEMICYUC.

**Métodos:** La SEMICYUC ha desarrollado un curso de aprendizaje inmersivo para los R2 que consta de un módulo en línea (70 temas video-locutados, libro y 9 webinars) y un módulo presencial, de 20 h (escenarios de simulación de alta fidelidad, SVI, talleres de vía aérea, casos interactivos, tutoriales, ejercicios con diferentes simuladores, talleres de comunicación y de seguridad del paciente). Se realizó un test pre y poscurso para valorar la adquisición de conocimientos, además de un cuestionario de satisfacción de ambos módulos. Para analizar el desempeño en el lugar de trabajo se envió otro cuestionario. Las encuestas de satisfacción tienen una escala de respuesta tipo Likert con 10 anclajes. Las variables continuas se expresan como media y DE y se comparan con el t test. Las categóricas como n y %. Se considera significación estadística una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Desde noviembre 2021 a mayo 2023 se han realizado dos ediciones. De los 330 residentes matriculados terminaron 313 (94,84%), 65% mujeres. Participaron en las encuestas de satisfacción el 71% de los residentes (n = 223) (tabla 1), siendo el módulo presencial y en concreto los casos simulados y el SVI lo mejor evaluado (9,38 y 9,36 respectivamente). El puntaje medio del test pre y poscurso fue de 7,03 (1,04) y 8,66 (1,10) respectivamente, que supone un incremento del 21%. La participación en el cuestionario para valorar el desempeño/transferencia en la vida real fue del 18% (n = 57) con diferencias estadísticamente significativas en 3 de los 5 ítems en el grupo de residentes que hizo el curso más recientemente (tabla 2).

**Conclusiones:** El curso CIMIR2 es una actividad bien valorada, permite el aprendizaje y en cierta medida, la transferencia de habilidades en el entorno laboral. Los residentes mostraron gran compromiso y las áreas mejor evaluadas pueden indicar la eficacia de la simulación. La participación en la evaluación del desempeño fue baja, pero las diferencias significativas detectadas sugieren que podría tener un impacto positivo en la práctica clínica, siendo necesario fomentar una mayor participación. Identificar y abordar áreas de mejora contribuirá a la evolución continua y la efectividad del programa de formación.

Figura Comunicación 523

**Tabla 1. Resultados Cuestionario de Satisfacción CIMIR2**

Ítems	Puntuación	
	Módulo Online	Módulo Presencial
Estoy satisfecho con la formación proporcionada	8,92	9,19
Me ha servido realmente para aprender	8,81	9,12
Voy a ser capaz de aplicar lo aprendido	8,77	8,94
Me ha resultado útil y motivante	8,74	9,23

**Tabla 2. Resultados Cuestionario valoración del desempeño CIMIR2 tras la finalización del curso.**

Ítems	Total	Puntuación		Valor de p
		>12 meses n=21	< 12 meses n=36	
En qué grado has aplicado lo aprendido en tu práctica diaria	8,00 (1,82)	7,57 (1,99)	8,44 (1,36)	0,055
Creas que la aplicación de lo aprendido ha podido mejorar los resultados de tus pacientes	8,16 (1,94)	7,48 (2,32)	8,75 (1,25)	0,009
Lo aprendido ha mejorado tu seguridad a la hora de enfrentarte a un paciente	8,15 (1,75)	7,95 (1,96)	8,44 (1,30)	0,259
Lo aprendido ha aumentado tu motivación en el trabajo	8,45 (2,04)	7,86 (2,73)	8,97 (1,11)	0,034
Consideras el CIMIR2 útil para los residentes	9,02 (1,97)	8,50 (2,65)	9,50 (0,97)	0,046