

Valoración de la encuesta realizada a los médicos sobre Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral

Evaluation of the survey of doctors on Cardiopulmonary and Cerebral Resuscitation

LUIS MANUEL SÁNCHEZ PADILLA¹, NORBERTO VALCÁRCEL IZQUIERDO², LUIS AMADO QUINTANA LÓPEZ³.

¹Escuela Latinoamericana de Medicina, La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Pedagógicas "Enrique José Varona, La Habana, Cuba.

³Facultad de Ciencias Médica "General Calixto García", la Habana, Cuba.

Cómo citar este artículo:

Sánchez Padilla LM, Valcárcel Izquierdo N, Quintana López LA. Valoración de la encuesta realizada a los médicos sobre Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral. *Rev Panorama. Cuba y Salud* [Internet]. 2019 [citado]; 14(3):6-10. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/rpan/article/view/>

RESUMEN

Objetivo: determinar la situación existente sobre la Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral en los médicos en la Atención Primaria de Salud del municipio la Lisa.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte longitudinal en el municipio la Lisa, en el mes de mayo del 2018, con los médicos de la Atención Primaria de Salud mediante una encuesta. A estos resultados se le halló por ciento y chi-cuadrado de bondad de ajuste.

Resultados: Para la primera dimensión Técnico Profesional los resultados de la encuesta son por encima del 50%. Solo por debajo de este porcentaje se comportó el indicador que mide el liderazgo del médico.

Conclusiones: existen dificultades por parte del personal médico en la actualización de las maniobras en Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral, lo que se debería promover y fomentar de manera activa en la enseñanza y la educación de los médicos en Reanimación.

Palabras clave: reanimación cardiopulmonar y cerebral; parada cardiorrespiratoria; Atención Primaria de Salud.

2018, with the doctors of the Primary Health Care through a survey. These results were found percent and chi-square of goodness of fit.

Results: For the first Professional Technical dimension the results of the survey are above 50%. Only below this percentage behaved the indicator that measures the leadership of the doctor.

Conclusions: there are difficulties on the part of the medical staff in updating the maneuvers in Cardiopulmonary and Cerebral Resuscitation, which should be actively promoted and encouraged in the teaching and education of doctors in Resuscitation.

Keywords: cardiopulmonary and cerebral resuscitation; cardiorespiratory arrest; Primary health care.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las emergencias médicas se encuentra la parada cardiorrespiratoria, que es la terminación natural de una vida larga y productiva. Sin embargo, un número importante de personas se ve afectado por este evento en una etapa demasiado temprana de la vida. Por lo que se entiende por Parada Cardiorrespiratoria (Pcr) a toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiorrespiratorias espontáneas.⁽¹⁾ La Parada Cardiorrespiratoria es el evento final de todo paciente, tenga cualquier enfermedad o trauma.

La calificación como potencialmente reversible permite diferenciar a la Pcr de la muerte, la cual representa la

ABSTRACT

Objective: to determine the existing situation on Cardiopulmonary and Cerebral Resuscitation in doctors in the Primary Health Care of the municipality of La Lisa.

Materials and Methods: a descriptive study of longitudinal cut was carried out in the municipality of La Lisa, in the month of May

última estación en la evolución natural y terminal de una enfermedad incurable. La mayoría de las personas fallecen en centros sanitarios, pero se estima que solo el 10% de todas las Pcr tiene lugar dentro del hospital. Es en el medio extrahospitalario donde ocurre el 90% de las mimas.

La American Heart Association creó y difundió el concepto de la "cadena de supervivencia" mediante la cual la sociedad debe crear un sistema sanitario que permita la asistencia básica y especializada en el período más corto de tiempo posible a un paciente que sufre un paro cardíaco.⁽²⁾

La educación y el entrenamiento en Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral (Rcpc) actualizado y periódico tiene como objetivo optimizar el funcionamiento de la "Cadena de supervivencia", elemento esencial para la atención adecuada a la parada cardíaca, lográndose tasas de supervivencia muy significativas. En situación tan dramática como es la Pcr cada minuto que transcurra sin que la víctima sea reanimada, se reduce a un 10% de la posibilidad de sobrevivida, por lo tanto, a los 10 minutos de producida la detención cardíaca las posibilidades de reanimación son casi nulas. Diferentes estudios internacionales demuestran que la sobrevivida de una víctima a la cual se le realiza la Reanimación Cardiopulmonar y cerebral es mucho mayor cuando la técnica es bien realizada.⁽³⁾

El Comité Internacional define la Rcpc, como todas aquellas maniobras encaminadas a sustituir, primero, e intentando reinstaurar después, la función respiratoria, cardiovascular y cerebral espontáneas.⁽⁴⁾

Se realiza esta investigación en la Atención Primaria de Salud (APS) del municipio de la Lisa, el cual es atravesado por diferentes arterias importantes de nuestra capital de este a oeste y de norte a sur, produciéndose en ellos numerosos accidentes automotores y, además, ser uno de los municipios de nuestra capital con mayor población pasada de la tercera edad.⁽⁵⁾ El objetivo de este trabajo es determinar la situación existente sobre Reanimación Cardiopulmonar y cerebral en la Atención Primaria de Salud del municipio la Lisa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio de corte descriptivo en la Atención Primaria de Salud del municipio la Lisa en el mes de mayo del 2018. Se les aplicó una encuesta de manera aleatoria a 11 médicos del Policlínico "Pedro Fonseca", 13 del "Pulido Humearán" y 6 del "Elpidio Berovides", en total fueron 30 médicos del referido municipio. Se les aplicó la encuesta sobre sus conocimientos en Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral, previo consentimiento informado y firmado por cada uno de los que participaron en la investigación. A los resultados se les aplicó por ciento y chi-cuadrado de bondad de ajuste y con una significación de 0,05.

RESULTADOS

Para la primera dimensión Técnico Profesional los resultados de la encuesta son por encima del 50%, al no responder la pregunta correcta para los indicadores que miden conocimientos, las destrezas, las habilidades y la educación al personal no médico. Solo por debajo de este porcentaje se comportó el indicador que mide el liderazgo del médico, al responder de manera correcta el mismo. Con respecto al indicador que mide el nivel de conocimientos de los contenidos relacionados sobre Rcpc, los encuestados respondieron de manera incorrecta a las preguntas (66,66%). Cada médico, de las siete preguntas que miden este indicador, solo respondieron una bien, teniendo seis contestadas mal, la gran mayoría. En el indicador sobre el grado de desarrollo de las destrezas de las diferentes maniobras en Rcpc, la generalidad de los encuestados marcó de manera incorrecta (60,74%). En el 1.4 que mide grado en que valora el médico la educación al personal no médico en Rcpc, una parte de los médicos marcaron la respuesta correcta (60,74%) mientras que otros se fueron por las respuestas erradas (63,33%). Mientras el 1.5 que mide el nivel de las habilidades para realizar las maniobras en Rcpc, un gran porcentaje de los encuestados respondió incorrectamente este indicador (62,38%). Solo en el indicador 1.3 que mide el grado de liderazgo para la dirección del equipo médico en la integración del equipo de salud en la Rcpc los encuestados respondieron correctamente los ítems que la miden (58,88%). Gráfico 1

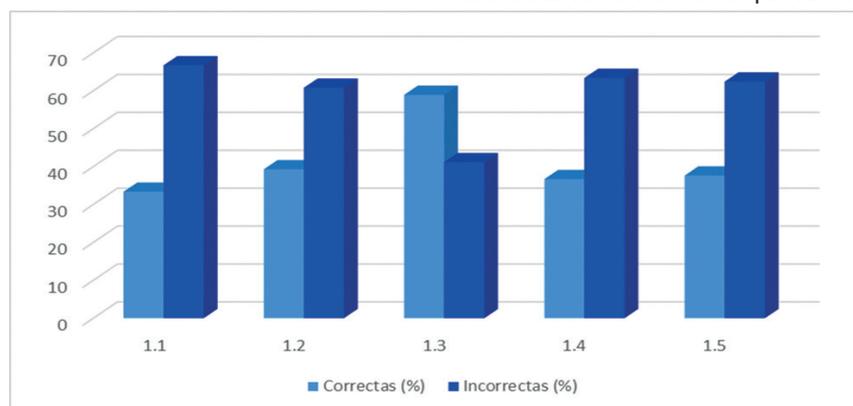


Gráfico 1. Resultados de la Dimensión Técnico Profesional.

Fuente: Encuesta

En la Dimensión Ética Profesional todos los indicadores tuvieron una respuesta por parte de los médicos por encima del 50 por ciento en las incorrectas. Para el análisis de esta dimensión se tomaron en consideración los indicadores. El primero de ellos, el 2.1, nivel de relaciones interpersonales con los familiares, en el que varios médicos marcaron para la respuesta incorrecta (68,33%). En el 2.2 que mide el nivel de responsabilidad profesional en la identificación de las maniobras en Rcpc los médicos marcaron la respuesta inadecuada en la encuesta (74%). En el indicador nivel de responsabilidad profesional en el uso de las maniobras en Rcpc,^(2,3) los médicos marcaron la respuesta errada (65,18%) al presentar un bajo nivel de responsabilidad a la hora de elegir la maniobra adecuada en una Pcr. El último indicador, el 2.4, el nivel de aplicación del principio ético de la autonomía del paciente en el quehacer profesional, los médicos no respetaron el principio ético de autonomía (85%). Gráfico 2

DISCUSIÓN

Como se puede ver en los indicadores 1.1, 1.2 y 1.8 en los que predominaron las respuestas incorrectas, coinciden con diversos estudios que relacionan el nivel de conocimientos y la capacitación previa con la retención de habilidades.^(6,7,9) El médico al considerarse capacitado en Rcpc tiene correspondencia directa con el caudal de conocimientos adquiridos para el desarrollo de la misma, pero estos conocimientos deben ser renovados y actualizados de manera periódica. En esos estudios encontramos que son independientes el hecho de que una persona se crea capacitada y su nivel de conocimientos; es probable que esto apunte hacia la necesidad de reciclaje periódico.

Al comparar estos hallazgos con lo reportado por Vergara y Torregosa⁽⁸⁾ observamos que coinciden con el nivel insuficiente de los conocimientos en Rcpc por el número bajo de respuestas correctas en los encuestados.

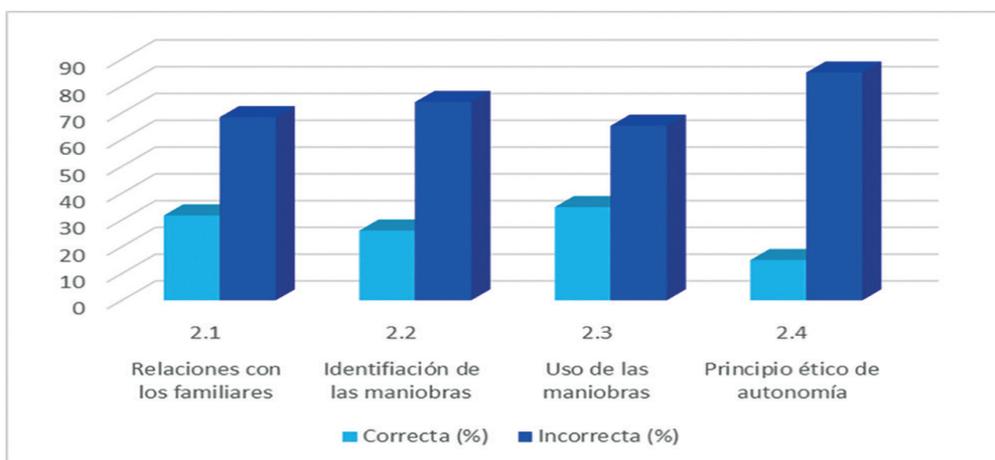


Gráfico 2. Resultados de la Dimensión Ética Profesional.

Fuente: Encuesta

Al aplicarle a cada indicador de la encuesta realizada el chi-cuadrado con bondad de ajuste todos dieron significación menos el indicador 1.3 (Grado de liderazgo para la dirección del equipo médico en la integración del equipo de salud en la Rcpc), el cual dio como resultado 0,058. Tabla 1

Una reanimación exitosa precisa, un rápido reconocimiento del Pcr, una activación precoz de los respondedores entrenados, una Rcpc inmediata y una desfibrilación precoz, seguida de los cuidados avanzados de apoyo de vida.⁽⁹⁾ Para ello se precisa de una capacitación a todo el personal,

Tabla 1. Chi cuadrado con bondad de ajuste.

No	Indicador	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
1.1	Nivel de conocimientos de los contenidos relacionados con la Rcpc.	38,400*	1	0
1.2	Grado de desarrollo de destrezas de las diferentes maniobras en Rcpc.	22,533 ^b	1	0
1.3	Grado de liderazgo para la dirección del equipo médico en la integración del equipo de salud en la Rcpc.	3,600 ^c	1	0,058
1.4	Grado en que valora el médico la educación al personal no médico en Rcpc.	4,267 ^d	1	0,039
1.5	Nivel de habilidades para realizar las maniobras en Rcpc.	11,905*	1	0,001
2.1	Nivel de relaciones interpersonales con el paciente, el acompañante y con el equipo de salud de servicio.	8,067 ^e	1	0,005
2.2	Nivel de responsabilidad profesional en la identificación de las maniobras en Rcpc.	20,907 ^f	1	0
2.3	Nivel de responsabilidad profesional en el uso de las maniobras en Rcpc.	22,533 ^b	1	0
2.4	Nivel de aplicación del principio ético de autonomía del paciente en el quehacer profesional.	35,267 ^d	1	0

(a) 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 120,0.

(b) 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 135,0.

(c) 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 45,0.

(d) 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 30,0.

(e) 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 105,0.

(f) 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 75,0.

incluido el personal no médico, es decir, a la población en general, para disminuir la mortalidad y hacer más eficiente la cadena de supervivencia.^(10,11) En esta investigación los médicos no ven la importancia de capacitar a la población sobre estas maniobras.

Cuando un paciente está en peligro de morir en cuestión de minutos, como es el caso de un Pcr, de forma rápida se hace el ejercicio moral considerando que cualquier intento de reanimación tiene como objetivo evitar la muerte y el prolongar la vida. Pero debemos preguntarnos si hacer una Rcpc puede dañar aún más al paciente. En general, aunque el beneficio de un tratamiento depende del resultado de la intervención, el determinante más importante es la percepción que tenga el paciente de ese resultado.^(12,13) Es aquí cuando la autonomía toma importancia superando la beneficencia, pues algunos pacientes quieren que los reanimen por la pequeña posibilidad de sobrevivir, pero la gran mayoría no quieren correr el riesgo de «casi sobrevivir» con largos periodos en la Unidad de Cuidados Intensivos (Uci) sin restaurar su calidad de vida, la cual puede ser mucho más importante que la cantidad de vida ofrecida. Esto se refleja en el indicador 2.4 en el que los médicos señalan en la investigación, descartar el principio bioético de autonomía dado a los pacientes.

Lo primero que se debe preguntar al médico es hasta dónde se deben tratar los eventos que de manera potencial amenazan la vida de un paciente cuando los beneficios que se esperan obtener pueden ser casi nulos y pocas veces terminan en una vida futura comparable con aquella que tenía antes del evento.^(14,15,16)

El médico, en los cuerpos de guardia de nuestras instituciones, se siente líder dentro del personal de salud que se encuentra a su alrededor, lo cual se demuestra en esta investigación.

Podemos concluir que el personal percibe que tiene los conocimientos sobre Rcpc pero no de su actualización. Está demostrado que los cursos de postgrado son uno de los mejores métodos de enseñanza-aprendizaje, y que en la medida en que no se practique, el conocimiento y las habilidades se pierden o se olvidan por el fenómeno cerebral de la inhibición retroactiva, por lo cual es fundamental que se refuercen los conocimientos con la actualización de las habilidades y las destrezas, a través de estos cursos sobre de Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral.

La mayor parte de los cursos, los programas de instrucción en Rcpc, la información sobre los protocolos y los planes de capacitación, se han centrado en el personal del área de la salud, descuidando a las personas del público general, quienes son los llamados a iniciar las maniobras de reanimación inmediatamente después del paro para mejorar la sobrevivencia de los pacientes.

Para los participantes sería conveniente tener un curso sobre esta materia cada dos o cinco años, como lo estipula el Ilcor.⁽¹⁷⁾

Desde esta investigación se está en disposición de concretar que existen aspectos mejorables en relación a la preparación del personal médico en el ámbito de Rcpc. Es necesario que todo médico se involucre en temas de Rcpc y que los Policlínicos planifiquen y ejecuten cursos de postgrado para sus médicos.

CONCLUSIONES

Existen dificultades por parte del personal médico en la actualización de las maniobras en Rcpc. El Sistema Nacional de Salud cubano debería promover y fomentar de manera activa la enseñanza y la educación de los médicos en Rcpc en la educación de postgrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Heart Association. "Guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care". *Jama* 1992; 268: 2.171-2.295. Disponible en <https://international.heart.org/es>
2. European Resuscitation Council. "Guidelines for basic and advance life support. Resuscitation 2015"; 24: 99-244. Disponible en <http://www.heartassociation.eu/>
3. Navarro, V; Rodriguez, G. "Resucitación Cardiopulmonar Básica" Capítulo 4, p.1. 2016 Disponible en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/4rcpc.pdf>.
4. European Resuscitation Council. "Recomendaciones 2005 del European Resuscitation Council sobre Resucitación Cardiopulmonar". Disponible en <http://www.heartassociation.eu/>
5. Nodal P; López J; De la Llera G. "Paro cardiorrespiratorio. Etiología. Diagnóstico. Tratamiento" *Rev Cubana Cir* 2016; 45 (3-4) Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol45_3_06/cir19306.html
6. Jordan T; Bradley P. "A survey of basic life support training in various under graduate health care professions". *Resuscitation* .2000.47, 3 , 321-323
7. Wooll, M, et al. "Skillacquisition and retention in automate dexternal defibrillator use and Cpr by lay responders: a prospective study". *Resuscitation*. 2014, 60 (1): 17-28
8. Vergara M, Torregrosa L, Gallardo A, et al. "Encuesta sobre conocimiento de las maniobras de resucitación cardiopulmonar en los residentes de guardia en los hospitales públicos de la ciudad de Córdoba". *Medicina Intensiva*.2016: 94-102

9. Benitez J. "Adquisición de conocimientos en técnicas de Rcp dirigido a familiares de pacientes en rehabilitación cardíaca dentro del ámbito laboral". Ciberrevista [Internet]. noviembre-diciembre 2013;34. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2013/pagina1.htm>.
10. Mejía I. "Importancia de la formación en reanimación cardiopulmonar en la población escolar revisión bibliográfica" Trabajo de fin de grado 2015-2016" Disponible en https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675740/mejia_del%20ell_isabeltfg.pdf?sequence=1
11. Plan Nacional de RCP-SEMICYUC "La cadena de supervivencia" Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2015/10/16-1-eslabones-de-la-cadena-de-supervivencia.pdf>
12. Hazinsky M. "Aspectos destacados de las guías de la American Heart Association de 2015 para Rcp y Ace". American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, 2015.
13. Gracia D. "Principio de autonomía y beneficencia. Dos principios en tensión" Publicado en la Universitat Ramon LLull, CàtedraEthos. Disponible en <https://www.bioeticaweb.com/autonomasa-y-beneficiencia-dos-principios-en-tensiasn/>
14. Gelpi F. "Aspectos destacados de la actualización de las guías de la Aha para Rcp y Ace de 2015. Disponible en: <https://ecc-guidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>.
15. Sánchez H. "Los servicios de urgencias (traumatológicas) y la bioética" Revista Mexicana de Medicina de Urgencias 2002; 1 (1): 28-30. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/urge/urg-2002/urg021g.pdf>
16. Postigo E. "Principio de justicia en bioética". Abril 2016. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/301541766>
17. American Heart Association Guidelines 2015 for Cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation 2015 Disponible en <https://international.heart.org/es>

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución a la teoría: Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.

Dirección para la correspondencia: MSc. Dr. Luis Manuel Sánchez Padilla. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Primer Grado en MGI. Profesor asistente de Anatomía, Escuela Latinoamericana de Medicina, La Habana, Cuba. .

Correo electrónico: luisman.sanchez@infomed.sld.cu

Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 4.0

