

El primer respondedor en paro cardiorrespiratorio extra hospitalario, materia pendiente en Chile.

The first responder in cardiac arrest, pending matter in Chile

Srta. Editora:

Correspondencia a:

Sergio Soto Carrasco
ssoto@medicina.ucsc.cl

El paro cardiorrespiratorio (PCR) extra hospitalario es una emergencia que requiere de una rápida y eficaz respuesta para mejorar el pronóstico y la sobrevivencia de quienes lo sufren. Para esto, la American Heart Association (AHA) ha propuesto la *Cadena de la supervivencia*, que define los procedimientos a realizar desde la sospecha de paro cardiorrespiratorio hasta los cuidados hospitalarios posteriores al evento cardíaco¹.

Esta cadena está compuesta por los siguientes 5 eslabones, donde cada uno es igual de importante:

- 1) Reconocimiento inmediato del paro cardíaco y activación del sistema de respuesta de emergencias (Llamada a ambulancia).
- 2) Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) precoz con énfasis en las compresiones torácicas.
- 3) Desfibrilación rápida.
- 4) Soporte vital avanzado efectivo.
- 5) Cuidados integrados posparo cardíaco.

Para un correcto funcionamiento de éste sistema, es necesario fortalecer el eslabón más débil, pues éste mide y limita la fuerza de la cadena.

En Chile el eslabón más débil es el primer respondedor, es decir la persona que presencia el inicio del problema y luego de reconocerlo, actúa correctamente. Por lo tanto, es responsable

de diagnosticar el PCR, activar el sistema de respuesta de emergencia que incluya la solicitud explícita de un desfibrilador y de la realización de RCP precoz eficaz con énfasis en las compresiones torácicas. Se estima que en Santiago de Chile al momento de la llegada de la ambulancia sólo el 44% de los pacientes en paro está recibiendo RCP², sin embargo se desconoce la calidad de la ésta reanimación pues muchas veces es incentivada por el centro regulador, mediante instrucciones telefónicas.

¿Qué debemos hacer para mejorar? ¿Es posible educar para formar buenos respondedores en la comunidad? Al parecer educar es una tarea difícil, incluso en profesionales de la salud. En un estudio realizado en Médicos Generales chilenos egresados de distintas universidades del país, sólo el 6.25% de los participantes reconoció todas las características de una compresión torácica efectiva y el 8% las ejecutó correctamente. El 80% de los médicos generales evaluados en este estudio reconoció no sentirse suficientemente preparados para atender un PCR con la formación médica recibida en pregrado³. Esto puede ser explicado por la falta de situaciones en las cuales poner en práctica o entrenar los conocimientos adquiridos durante el pregrado.

Por otra parte, en un programa educativo realizado en Chile para padres de niños con riesgo de

presentar un PCR en el hogar, un bajo porcentaje de los evaluados fue capaz de responder todo correctamente, además la principal debilidad de los participantes del entrenamiento era recordar proporciones y números correctos de compresiones-ventilaciones a realizar⁴, que sin duda es la base de un correcto RCP.

¿Entonces hacia quién dirigir la educación y entrenamiento? Hacia los niños. Desde preescolares en adelante, integrando asignaturas de primeros auxilios en establecimientos educativos de todos los niveles, pues cuanto menor es la edad de los que reciben educación en RCP, más sólida es la formación de éstos⁵. Estudiantes menores pueden aprender los elementos clave a la hora de reconocer la situación y activar la cadena de supervivencia. Estudiantes mayores pueden además aprender y entrenar la compresión torácica, paso clave en el aprendizaje práctico. Sin embargo, en ellos la edad, el sexo y masa corporal van a ser factores importantes para asegurar la calidad del RCP. En niños europeos, la edad mínima para poder lograr compresiones torácicas similares a las de un adulto es de 13 años⁶, y a partir de esta edad la calidad de las compresiones irá en aumento.

En relación a lo anterior, el año 2012 en Chile, un grupo de escolares donde la media de edad fue 13,8 años y que nunca habían recibido entrenamiento

Procedencia y arbitraje: comisionado, no sometido a arbitraje.

Recibido para publicación:

13 de septiembre de 2014

Aceptado para publicación:

06 de diciembre de 2014

Citar como:

Rev Cient Cienc Med
2014; 17(2): 76-77

en RCP, fue educado mediante un video de autoentrenamiento teórico-práctico de 15 minutos de duración, demostrando la adquisición inmediata y correcta de habilidades en diagnóstico de PCR y respuesta de RCP⁷.

Por lo tanto está comprobado que se puede educar y entrenar a la población, pero se recomienda hacerlo desde edades tempranas para alcanzar formación y entrenamiento sólido en la adultez. De esta forma tendremos una comunidad formadora de buenos “primeros respondedores” con conocimientos tanto en PCR como en RCP; y que sin importar en qué ámbito laboral éstos se desenvuelvan, logren activar la cadena de la supervivencia y participen activamente en los procedimientos que pretenden salvar la vida del afectado. Es una tarea pendiente en materias de educación teniendo en cuenta el impacto que ésta puede tener en la comunidad.

Sergio Soto-Carrasco
Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile

Referencias

1. American Heart Association. **Aspectos destacados de las guías de la AHA de 2010 para RCP y ACE. Guidelines CPR ECC 2010.** Acceso Mayo de 2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/paolaoso/american-heart-association-guas-para-reanimacion>
2. Mayanz S, Barreto J, Grove X, Iglesias V, Breinbauer H. **Pero cardiorrespiratorio extra-hospitalario de causa cardiaca en Santiago de Chile: Experiencia del equipo medicalizado del SAMU Metropolitano.** *Revista Chilena de Medicina Intensiva* 2009; 24(1): 9-16.
3. Rojas L, Aizman A, Arab J.P, Utili F, Andresen M. **Reanimación cardiopulmonar básica: conocimiento teórico, desempeño práctico y efectividad de las maniobras en médicos generales.** *Rev. méd. Chile* 2012;140(1): 73-7. Acceso Mayo de 2014. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art10.pdf>
4. Pino P, Castillo A. **Conocimientos adquiridos por padres en un programa educativo de reanimación cardiopulmonar básica pediátrica.** *Rev. chil. Pediatr* 2012;83(3): 225-30. Acceso Mayo de 2014. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n3/art03.pdf>
5. Andreas B, Van Aken H, Roman L, Thomas W, Jan B. **Schoolchildren as lifesavers in Europe – Training in cardiopulmonary resuscitation for children.** *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2013; 27(3): 387-96. Acceso Julio 2014. Disponible en: [http://www.clinicalanaesthesiology.com/article/S1521-6896\(13\)00047-5/abstract](http://www.clinicalanaesthesiology.com/article/S1521-6896(13)00047-5/abstract)
6. Abelairas-Gómez C, Rodríguez-Núñez A, Casillas-Cabana M, Romo-Pérez V, Barcala-Furelos R. **Schoolchildren as life savers: at what age do they become strong enough?** *Resuscitation* 2014; 85(6):814-9. Acceso Agosto 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24614187>
7. Andresen M, Castro R, Hasbún P, Rojas L, Sarfatis A, Riquelme A. **Immediate cardiac arrest resuscitation skills are acquired in 8th grade students during normal class hours with a low-cost, short-term, self-instruction video.** *Resuscitation* 2012; 83(7): e156–e157. Acceso Agosto del 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22521450>