

Desarrollo de la enseñanza de la RCP en España

N. Perales Rodríguez de Viguri y J.A. Cantalapiedra Santiago
Departamento de Medicina Intensiva Hospital 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCION

Desde hace 26 años se disponen de unas técnicas eficaces de resucitación cardiopulmonar. Esto fue posible porque a las maniobras ya conocidas de apertura, aislamiento de la vía aérea y ventilación artificial se unieron en 1.960 el masaje cardíaco externo y dos años más tarde la desfibrilación con corriente continua directa. Desde entonces se salvan anualmente miles de vidas. No obstante, éstos resultados serían más satisfactorios si los conocimientos de RCP estuvieran más difundidos, ya que las posibilidades de sobrevivir a una parada cardíaca va a depender tanto de la enfermedad o situación clínica que la ha desencadenado como del retraso que se produzca en iniciar las maniobras adecuadas de RCP. Así en 1.976 Lund demostró que las posibilidades de sobrevivir a una parada cardíaca descienden de un 61% si se aplica la RCP antes de 1 minuto, menos de un 9% si este retraso supera los 5 minutos. Pero no es suficiente con aplicar precozmente la RCP, sino que es necesario aplicarla correctamente; así Pantridge en 1.970 constató que las posibilidades de sobrevivir a una parada, disminuían en un 50% si la calidad de la RCP no era la adecuada, aunque ésta se iniciara precozmente.

A pesar del cuarto de siglo transcurrido y del desarrollo alcanzado por los servicios de Medicina Intensiva y de Reanimación en España, estas técnicas son en la práctica, patrimonio casi exclusivo de estas especialidades como consecuencia de la carencia, hasta la actualidad, de una enseñanza reglada de la RCP durante la Licenciatura de Medicina y en los Programas de formación de Postgraduados.

Esta carencia se agrava ante la ausencia de programas adecuados de formación continuada de los médicos en ejercicio y por el hecho de que para conseguir unos niveles aceptables de capacitación en RCP, no es suficiente con disponer de unos conocimientos teóricos, sino que es imprescindible un entrenamiento práctico y unos hábitos que garanticen su correcta

aplicación. Este entrenamiento no se alcanza con el ejercicio profesional, ya que el propio dramatismo de la parada cardíaca y la necesidad de una actuación rápida y eficaz, impiden que la realidad sirva como base de la enseñanza.

Este déficit docente contribuye a los pobres resultados prácticos, alcanzados en el tratamiento de la parada cardíaca en la mayoría de los hospitales, si exceptuamos aquellas, que se presentan en las áreas de cuidados intensivos, reanimación o bloques quirúrgicos. Ya que en el resto de los servicios, difícilmente pueden tratarse de unos tiempos adecuados, cuando sólo una minoría de los médicos y del personal de enfermería está capacitado para realizar este tratamiento; de forma que las posibilidades de sobrevivir a una parada cardíaca es 2,5 veces mayor si se presenta en cuidados intensivos que si se produce en un área de hospitalización convencional.

En España la realidad es aún más dramática fuera de los hospitales, donde se produce del 50 al 60% de las muertes que originan las dos pandemias de nuestra época; por tanto más de la mitad de las 33.000 muertes anuales que ocasiona en nuestro país la enfermedad coronaria y de las 16.000 que se producen por accidentes. No aplicándose prácticamente fuera del hospital las técnicas de RCP, aunque está demostrado, que más del 40% de las paradas cardíacas pueden ser tratadas eficazmente, si se dispone de un sistema integral de urgencia que garantice la RCP básica, antes de 4 minutos y la avanzada antes de 8.

Esta imposibilidad de aplicar las técnicas de RCP Avanzadas en un medio que no sea el hospitalario, es consecuencia de la carencia de un sistema integral de urgencias que garantice la atención adecuada del paciente crítico, desde el momento y el lugar en que se produce la enfermedad súbita o el accidente.

Esta deficiencia de nuestro sistema sanitario es especialmente grave, ya que en los últimos años, la incidencia de las dos pandemias se ha incrementado espectacularmente. Así recientemente el Director de la

Oficina para Europa de la O.M.S. alertaba sobre la situación en España, donde la mortalidad en los hombres adultos por cardiopatía isquémica, durante el período 72-74 al 82-84, se incrementó en un 50%, mientras que en el resto de los países occidentales industrializados había disminuido significativamente. La situación es similar en la mortalidad accidental; así la ocasionada por los accidentes de tráfico se incrementó en un 142% en el período de 1.962 a 1.984 y en un 10,88% de 1.985 a 1.986. De forma que España comparte con Portugal y Grecia el triste privilegio de ser uno de los tres países de la C.E.E., en los que las defunciones por accidente de tráfico han aumentado desde 1.970.

Ante la necesidad de desarrollar sistemas integrales y autonómicos de urgencias, recientemente se ha realizado un esfuerzo por parte de colectivos sanitarios de algunas Comunidades Autónomas y de algunas Instituciones como la Cruz Roja. Estos esfuerzos han ido dirigidos en su primera fase, a estudiar y analizar la situación real en este campo y a desarrollar aspectos concretos de los componentes fundamentales de estos sistemas.

PROGRAMAS DE FORMACION EN RCP

Eslabón fundamental de estos sistemas regionales de urgencias, es la formación en R.C.P. del personal sanitario. Para lograrlo no es suficiente con aportar y exigir su conocimiento teórico, sino que es imprescindible proporcionar un entrenamiento práctico periódico, que garantice los hábitos necesarios para su correcta aplicación.

Por ello, los conocimientos y la práctica de la R.C.P., sólo pueden adquirirse mediante cursos teórico-prácticos, realizados con el método y el material docente apropiados.

La eficacia de estos programas está ampliamente demostrada y cuantificada. Diferentes estudios muestran que tras su implantación, aumenta la supervivencia de las PCR hospitalarias en un porcentaje que puede superar el 80%, incrementando también la supervivencia a medio y largo plazo. Su utilidad docente ha sido demostrada en España en diferentes estudios como los de Vitoria o los realizados en el Hospital «1º de Octubre» de Madrid. En este último se constató en un grupo de médicos residentes recién incorporados que después de realizar estos cursos la tasa de respuestas correctas en un multitest sobre RCP se incrementó en un 150% y al finalizar el curso la mayoría de los participantes fueron capaces de realizar las técnicas fundamentales de RCP, mientras que antes del curso sólo una minoría insignificante fue capaz de efectuarlas.

El país donde la enseñanza y la normalización del RCP están más desarrolladas son los Estados Unidos, principalmente por la actividad de la American Heart

Association (A.H.A.). Desde 1.973 y hasta la actualidad, esta Sociedad ha celebrado con este fin tres Conferencias Nacionales, fomentando la formación del personal sanitario en este campo. Así, el profesorado de 62 Facultades de Medicina ha recibido entrenamiento, habiéndose distribuido más de 5 millones de ejemplares de Protocolos y Recomendaciones sobre R.C.P. Avanzada y exigiéndose, desde 1.978 para la acreditación de los Hospitales, el entrenamiento en R.C.P. de los médicos de plantilla. Siendo ya obligatorio para los médicos en California, el Certificado actualizado de RCP para la renovación de la Licenciatura.

I FASE DEL PLAN NACIONAL DE RCP

Ante las carencias en este campo existentes en nuestro país y con el doble fin de impulsar los sistemas regionales de urgencia y de difundir los conocimientos de RCP, la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (S.E.M.I.U.C.) puso en marcha en 1.986 el Plan Nacional de Difusión y Enseñanza de la R.C.P.

Componente fundamental de la primera fase de este Plan, fue el Curso de Educación a Distancia que se realizó durante el curso 1.987-1.988 y en el que participaron 1.807 médicos, de los cuales el 21% fueron médicos de los servicios de urgencia y el 58% generalistas. El 42% ejercían su labor profesional en el medio rural y el 58% en el urbano, participando profesionales de todas las autonomías.

Complemento de este curso fueron las 40 jornadas prácticas que se efectuaron en 11 ciudades diferentes, distribuidas por toda la geografía del Estado. En la realización de estas jornadas colaboraron los equipos de los servicios de Medicina Intensiva de 24 hospitales, participando a diferentes niveles 2.587 médicos y 164 A.T.S., formándose al mismo tiempo un total de 140 instructores-médicos y 27 monitores-A.T.S. (D.E.) Con la realización de este programa, hemos logrado una importante experiencia docente y generado una sólida infraestructura; sobre ella la S.E.M.I.U.C. tiene la voluntad de organizar una segunda fase del Plan, aún más ambiciosa y donde reciban formación en RCP Avanzada un total de 6.000 titulados sanitarios, de los cuales 4.500 serán médicos y 1.500 A.T.S.

II FASE DEL PLAN NACIONAL DE RCP

Para desarrollar esta segunda fase es imprescindible la colaboración de la Administración, tanto a nivel central como autonómico, ya que a nadie se le escapa que un proyecto de esta índole precisa de recursos superiores a los que puede disponer una sociedad científica, aunque en su planificación se hayan buscado el óptimo de criterios, no sólo de calidad sino también de eficiencia; concretamente el presupues-

to para desarrollar íntegramente el proyecto, alcanza un nivel discretamente superior a los 139 millones de pesetas.

En la actualidad se ha presentado una elaborada Memoria al Ministro de Sanidad y Consumo, el cual en la Clausura de la primera fase ofreció la colaboración del Ministerio para desarrollar el proyecto.

Este proyecto se basa en la realización de tres programas simultáneos y complementarios.

- A) — Formación de formadores.
- B) — II Curso de Educación a distancia.
- C) — Jornadas de R.C.P.

Para el desarrollo del primer programa ya se han elaborado los perfiles de cada uno de los eslabones de la cadena de formación de formadores. Esta estará constituida por directores-instructores con capacidad para organizar cursos de instructores; instructores con capacidad para organizar e impartir cursos de RCP Avanzada y monitores con la facultad de impartir cursos de RCP.

Durante esta fase el objetivo es acreditar 20 Directores-instructores; 300 instructores de los cuales 225 serán médicos y 75 A.T.S. y 250 monitores. Para ello se han planificado 10 cursos de instructores para diplomados en RCP Avanzada que se efectuarán en 8 ciudades diferentes, distribuidas estratégicamente por la geografía del Estado. Estos cursos eminentemente prácticos y con 9 horas de duración, proporcionarán a los participantes un entrenamiento adecuado sobre la metodología pedagógica de los cursos de RCP, lo que posibilitará que pueda realizarse una formación extensiva y de calidad en este campo, al facilitar una planificación descentralizada y al tiempo uniforme de los cursos.

El II Curso estatal de Educación a distancia irá dirigido a 3.000 titulados sanitarios, de los cuales el 75% serán médicos y el 25% A.T.S. De las plazas disponibles para médicos, el 25% se reservan para médicos en paro.

Para el desarrollo de este curso, está previsto reeditar actualizadas y con un nuevo formato que facilite el acceso más rápido a la información, las 12 Unidades Didácticas y el Manual de RCP.

Con la experiencia alcanzada en el I Curso se han perfeccionado los sistemas de control de calidad y se han mejorado los de comunicación para garantizar un contacto directo y fluido entre el profesorado y los cursillistas.

Como elemento fundamental de este curso se han programado 63 seminarios prácticos colaborando para su realización los equipos de los servicios de medicina intensiva de 43 hospitales de 37 ciudades. La selección de sedes donde se realizarán estos seminarios, se efectuará de forma que en lo posible, los inscritos puedan participar sin necesidad de desplazarse de sus provincias y en su defecto de sus autonomías.

El tercer programa que se ha planificado para de-

sarrollar durante el año 1989 dentro de esta segunda fase del Plan, son las jornadas de resucitación cardiopulmonar. Estas jornadas que tendrán diferentes ámbitos (autonómico, local, de área de salud y de centro sanitario) serán organizadas por los comités autonómicos de RCP. Su contenido, metodología y duración se han normalizado habiéndose diseñado tres modelos diferentes, de forma que su realización pueda adaptarse a las necesidades y posibilidades del colectivo al que vayan dirigidas. La duración de estas jornadas que serán eminentemente prácticas es de 19 horas lectivas.

Se ha previsto la realización de 63 jornadas que serán acreditadas y auditadas individualmente por el Plan Nacional y que posibilitarán la formación de 3.000 titulados sanitarios, concretamente 1.110 médicos de atención primaria, 570 médicos de hospitales, 570 médicos en paro, 570 A.T.S. de área crítica o emergencia y 180 de atención primaria.

La Sociedad Española de Medicina de Emergencia es una sociedad colaboradora de este proyecto y está facultada para ser coorganizadora de estas jornadas.

La viabilidad de esta segunda fase del Plan Nacional depende de la posibilidad de realizar un convenio con el Ministerio de Sanidad y Consumo para su desarrollo. Nosotros como sociedad científica hemos hecho lo que está en nuestra mano: detectar una carencia importante en la formación del personal sanitario. Demostrar que es posible solucionarla con un bajo coste económico y elaborar un proyecto realista y de calidad para solucionarlo definitivamente. Proyecto que desemboca en un sistema de formación permanente descentralizada y normalizada; elaborada y desarrollada por los propios profesionales, mediante el cual no sólo se crearán nuevos recursos docentes sino que se dinamizarán los ya existentes y en la actualidad infrautilizados.

La S.E.M.I.U.C. y los que participamos directamente en su realización, queremos contribuir a impulsar el desarrollo de los sistemas autonómicos de urgencia. Sistemas que deben garantizar el tratamiento adecuado de los enfermos graves, desde el momento y el lugar en que se presenta la enfermedad súbita o el accidente, lo que facilitará y dignificará la labor tan frecuentemente ingrata de la atención médica de urgencia.

Somos conscientes de que el desarrollo futuro de unos proyectos de esta envergadura, no puede ser tarea única y excluyente de una sola Sociedad Científica; por lo que ofrecemos nuestra cooperación a las Administraciones Sanitarias y Académicas, estando abiertos a la colaboración con todas las Sociedades Científicas y Asociaciones que han mostrado su interés en este campo.