

Presentación Estrategia SNS ante la parada cardiaca

Formar a todos los escolares en RCP, entre las medidas para disminuir las muertes por parada cardiaca

Se estima que en España se producen 46.900 muertes anuales por parada cardiaca. Sin embargo, está demostrado que una rápida actuación con las maniobras de Resucitación Cardiopulmonar y desfibrilación logra aumentar la supervivencia por esta causa. El Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) presentó en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) la estrategia para el Sistema Nacional de Salud ante la parada cardiaca e insistieron en la importancia de formar a la población en general, así como a los menores en los colegios.

La propuesta fue presentada por el Dr. Serafín Romero, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; y los autores Dr. Frutos del Nogal Sáez, presidente del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar; y el Dr. Narciso Perales, coordinador del Comité de Sistemas.

Asimismo, estuvieron presentes la comisión permanente del CGCOM y miembros de presidentes de los Colegios de Médicos quienes, tras finalizar el acto, participaron en un taller de RCP impartido por miembros del SAMUR.

Inició el turno de intervenciones, el Dr. Serafín Romero quien aludió el compromiso del CGCOM por difundir esta estrategia para el Sistema Nacional de Salud ante la parada cardiaca y “potenciar la formación entre nuestros profesionales para dar la mejor asistencia sanitaria posible a nuestros ciudadanos”.

Insistió en que esta estrategia “ambiciosa, necesaria y basada en evidencia científica” logrará “equidad en la llamada España despoblada” para adaptar esta acción a todos los lugares de España independientemente donde estén.

Los Colegios de Médicos y el CGCOM, tal y como explicó, realizan acciones para formar en RCP y prevenir muertes por parada cardiaca. “Ahora trabajaremos de forma conjunta y de la mano bajo el paraguas de esta estrategia para mejorar los resultados” y añadió que “de esta acción dependerá la vida de familiares y amigos”.

Por su parte, el Dr. Frutos del Nogal Sáez hizo un repaso de las cifras actuales y aseguró que en “España no conocemos su incidencia, pero se evalúa en 30.000 las que anualmente se producen fuera de los centros sanitarios y en 22.300, las que se presentan en los pacientes hospitalizados. “Se considera que pueden ocasionar al menos 46.900 muertes, un número de muertes 24 veces superior al originado por los accidentes de tráfico”, explicó.

Solo 1 de cada 4 de los testigos que presencian una parada cardíaca realizan las maniobras RCP

Por ello, insistió en la importancia de formar a los ciudadanos ya que, según dijo, “solo 1 de cada 4 de los testigos que presencian una parada cardíaca realizan las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar”. “Queremos que cada vez más población civil este formada para aumentar el porcentaje de

supervivencia, así como aumenta el número de desfibriladores que está por debajo de la media de la Unión Europea”, señaló.

El Dr. Narciso Perales expuso los principales ejes de la estrategia y aseguró que “las paradas cardiacas representan un problema de primera magnitud para la salud pública y se estima que, fuera del ámbito hospitalario, ocasionan en el mundo más de tres millones de muertes anuales” y aseguró que “que en un periodo de 5 años pueden ocasionar en nuestro país un número de muertes mayor a las que se produjeron, de forma aguda, por el bombardeo nuclear de Hiroshima y Nagasaki”.

Entre las medidas que plantean insistió en la necesidad de formar “al 100% de los escolares en los Colegios” y más de 500.000 personas en 5 años. “Con estas medidas se podría incrementar la supervivencia en un 36%, en cinco años, evitándose anualmente más de 7.400 muertes prematuras, 2.000 más que en la actualidad”, señaló.

Estrategia para el Sistema Nacional de Salud ante la Parada Cardíaca

Está demostrado que se puede disminuir la mortalidad y las discapacidades originadas por las paradas cardiacas si se adoptan las buenas prácticas de los sistemas que proporcionan unos cuidados excelentes. Ejemplos de esta excelencia los tenemos en localidades como Stavanger o Seattle, en países como Dinamarca o Noruega o en estados como el de Washington.

Nuestro país es líder mundial en la donación de órganos y ha desarrollado un modelo asistencial propio. Con el éxito en la actividad trasplantadora se ha demostrado la capacidad de nuestro sistema sanitario para hacer frente a problemas complejos y urgentes, donde están implicados agentes y servicios muy dispares. El carácter multidisciplinario y el nivel de complejidad de su organización tienen similitudes y confluencias con el sistema de atención de la parada cardíaca. Si somos líderes mundiales en trasplantes, podemos serlo también en el tratamiento de las paradas cardiacas.

Hace ya 7 años que el Parlamento Europeo pidió a la Comisión que apoyara a los estados en la adopción de estrategias nacionales para la igualdad de acceso a la Resucitación Cardiopulmonar de calidad. En España desde hace 15 años se dispone de una estrategia ante la enfermedad coronaria que ha tenido excelentes resultados y que ha mejorado significativamente la atención a los pacientes con un infarto agudo de miocardio, pero que ha tenido una menor repercusión en la asistencia a las víctimas de las paradas cardiacas.

Por ello, el Consejo Español de RCP (CERCP) propone una estrategia específica. Propuesta que puede descargarse en: <https://www.cercp.org/>

Entre las medidas planteadas destacan:

La necesidad de un Registro de paradas cardiacas (extrahospitalarias y hospitalarias) de ámbito nacional, eminentemente público como se recomienda en EEUU y como se ha plantado en diferentes países como Noruega.

La formación obligatoria en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) en las escuelas, en la obtención del carnet de conducir y en las pruebas de acceso a

la función pública, como se hace en otros países. Proposición basada en el esencial papel de los ciudadanos en la detección, alerta y asistencia inicial a la parada cardiaca. En esta línea también se propone el fomento de las asociaciones de familiares de las víctimas y de supervivientes, así como el estimular la actuación de las fundaciones en este ámbito.

La consolidación de los programas de los centros de coordinación de urgencias para la detección rápida de las posibles paradas cardiacas y para la orientación a los testigos para que efectúen las compresiones torácicas, mientras llega la asistencia cualificada. Implementándose la evaluación individualizada de cada una de estas llamadas.

El desarrollo de programas de calidad que incluyan el benchmarking entre los hospitales y entre los servicios de emergencia. Así como el fomento de la transparencia y de la rendición de cuentas.

El extender el uso de la desfibrilación semiautomática, no solo en los espacios públicos sino también en los domicilios, que es donde se producen la gran mayoría de las paradas cardiacas. Lo que puede lograrse con una mayor coordinación de los recursos sanitarios disponibles, complementados con la colaboración subsidiaria de los servicios de emergencias “no sanitarios” y/o con la intervención de voluntarios, próximos al lugar donde se ha producido la parada cardiaca, movilizados por medio de sus teléfonos móviles.

El fomentar un cambio legislativo que estimule la participación de los ciudadanos y de los primeros intervinientes “no sanitarios”, con la introducción de la ley del buen samaritano. Que le proporcione inmunidad en lo relativo a su prestación humanitaria. Como se contempla en Estados Unidos y como aconsejó, en el 2012, el Parlamento Europeo.

El incrementar, aún más, la efectividad de los servicios de emergencia acortando sus tiempos de respuesta y promoviendo una respuesta en 2 escalones: una inicial de soporte vital básico y desfibrilación semiautomática y otra algo más tardía basada en las unidades medicalizadas actuales.

Se propone regionalizar la asistencia de las paradas cardiacas y la acreditación de centros de referencia. Planteándose la puesta en marcha de un código parada, similar al existentes en otras patologías críticas, como el Síndrome Coronario Agudo.

La estrategia propuesta incluye un “Plan integral ante la parada cardiaca hospitalaria” que permita disminuir la elevada mortalidad que producen en nuestros centros. Entre el conjunto de recomendaciones destacamos

La creación en todos los hospitales de un “Comité de Resucitación”, con un rango similar al resto de las comisiones clínicas, apoyado con una estructura básica de coordinación asistencial.

El priorizar los programas de mejora continua de calidad con la evaluación individualizada de todas las paradas cardiacas y el análisis periódico de los procedimientos y de los resultados, comparándolos con los logrados por otros centros y servicios. Programas que deben impulsar la participación de los profesionales y su retroalimentación, junto con la política de transparencia y rendición de cuentas a la sociedad.

La formación continuada del personal para que cada colectivo esté capacitado y entrenado en la RCP de “calidad”, de acuerdo con sus niveles de responsabilidad y de competencia. contemplando las habilidades “no técnicas” como: la comunicación, el liderazgo y el trabajo en equipo. Esta formación se debe reforzar con sesiones de entrenamiento frecuentes y de corta duración, acorde con los tiempos de retención de los conocimientos y de las destrezas aprendidas.

La necesidad de un sistema único normalizado para la detección, alerta y respuesta al empeoramiento de los enfermos ingresados. Concretamente el NEWS 2, siguiendo el ejemplo de los hospitales del National Health Service (NHS) del Reino Unido.

La implantación del 2222 como número europeo de emergencias hospitalarias.

Estructuración por el Comité de Resucitación de cada centro de la sistemática para la respuesta a las emergencias sobrevenidas en sus pacientes. Adecuando la organización, composición y competencias de los equipos de parada y de emergencias.

Los planes específicos de prevención y atención a las paradas cardíacas, para las áreas de elevado riesgo, concretamente: UCI, Urgencias, Salas de Hemodinámica, Bloque Quirúrgico, etc.

El programa multidisciplinario de cuidados posparada con la participación de los principales especialistas implicados en esta asistencia.

La colaboración con el programa de trasplantes especialmente en relación a la donación en asistolia. Este tipo de donación represento en el 2018 el 28% del total de los donantes.

En la propuesta se resalta la importancia de la defensa de los derechos de los pacientes y muy especialmente la importancia de garantizar que todos los enfermos con un riesgo de parada cardíaca sean informados por el médico y puedan expresar su preferencia de ser o no tratados, de acuerdo con sus deseos y convicciones. Proponiéndose la elaboración de una Guía sobre las “Ordenes de “no iniciar la RCP”, para su elaboración el CERCP oferta su ayuda a los Consejos Generales de Colegios de Médicos y de Enfermería, siguiendo el ejemplo del Reino Unido.

Todas estas propuestas se complementan con un conjunto de medidas a corto plazo, similares a las puestas en marcha, en los últimos años, por diferentes países avanzados como: Dinamarca, Reino Unido y Estados Unidos. Acciones que se han agrupado en una “Campaña para sobrevivir a la parada cardíaca” y en el programa. “Stop a las paradas”.

Madrid, 16 de enero de 2020