



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Los familiares que habitan con enfermos cardiacos de Huesca, ¿están preparados para hacer frente a una parada cardiorrespiratoria?

Relatives who live with heart patients Huesca are they prepared to face a cardiac arrest?

*Arrazola Alberdi, Oihana **García Moyano, Loreto María ***Sanz Pérez, Lidia

*Máster en Ciencias de Enfermería. Enfermera del Servicio de Cardiología del Hospital San Jorge de Huesca. E-mail: oihana.araazola@gmail.com **Máster en Ciencias de Enfermería. Enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital San Jorge de Huesca. *** Enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. España.

Palabras clave: Reanimación cardiopulmonar; parada cardiaca extrahospitalaria; cadena de supervivencia; conocimientos.

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation; out of hospital cardiac arrest; survival chain; knowledge.

RESUMEN

Objetivo: Describir si los familiares que habitan con enfermos cardiacos, poseen los conocimientos suficientes para hacer frente a una parada cardiaca extrahospitalaria (PCEH).

Métodos: Estudio descriptivo, transversal. La población a estudio estuvo compuesta por los familiares de los pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología del Hospital San Jorge de Huesca, en los meses de septiembre y octubre de 2014. Las variables fueron recogidas con un cuestionario estructurado de elaboración propia.

Resultados: El total de los participantes fue de 177. El 61% eran mujeres, la edad media fue de 55,63 años. El 26,6% había presenciado una PCEH, el 20,9% había realizado un curso de reanimación cardiopulmonar (RCP), el 36,7% sabría reconocer personas con riesgo de sufrir una parada cardiaca, el 56,5% conocía el número del Servicio de Emergencias Médicas (SEM), el 9,6% tenía los conocimientos suficientes para iniciar maniobras de RCP, el 98,3% creía que era importante tener conocimientos sobre RCP y el 72,9% participaría en cursos de formación.

Conclusiones: Los familiares que habitan con enfermos cardiacos no poseen los conocimientos suficientes para hacer frente a una PCEH y por ello es de vital importancia que se incrementen los esfuerzos en la creación de estrategias dirigidas a desarrollar los dos primeros y fundamentales eslabones de la cadena de supervivencia.

ABSTRACT

Objective: To describe if people who lives with cardiac patients, possess the sufficient knowledge to confront out of hospital cardiac arrest.

Methods: A descriptive crossover study. The population to study was composed by the family of the patients hospitalized in the Service of Cardiology of San Jorge Hospital in Huesca, in September and October, 2014. The variables were gathered by a structured questionnaire of own production.

Results: The total of the participants was 177: 61% was women; the middle ages were 55,63 years. 26,6% had witnessed a out of hospital cardiac arrest , 20,9% had realized a course of cardiopulmonary resuscitation, 36,7 % would be able to recognize people at the risk of suffering a heart arrest, 56,5% knew the Service of Medical Emergencies number, 9,6% had the sufficient knowledge to initiate manoeuvres of cardiopulmonary resuscitation, 98,3% was thinking that it was important to have knowledge cardiopulmonary resuscitation and 72,9% would take part in training courses.

Conclusions: The person who lives with cardiac patients, do not possess the sufficient knowledge to face out of hospital cardiac arrest and for that it is really important increase the efforts in the creation of strategies directed to develop the two first and fundamental links of the chain of survival.

INTRODUCCIÓN

La parada cardiaca extrahospitalaria (PCEH) de origen no traumático constituye un complejo problema de salud pública¹.

Aunque, el conocimiento de la incidencia y de la supervivencia se haya señalado como indicadores de calidad de los sistemas sanitarios, nuestro país no dispone todavía de datos oficiales sobre los mismos². Se estima que su incidencia varía entre los 10.000 y los 50.000 sucesos anuales³ y su tasa de supervivencia entre el 2,2 y el 4,9%⁴.

En la población adulta, el 90% de los episodios de PCEH ocurren como resultado de eventos cardiacos primarios productores de fibrilación ventricular (FV), actividad eléctrica sin pulso (AESP) o asistolia⁵.

Las acciones orientadas a mejorar la supervivencia de la PCEH se han dirigido a reconocer a las personas en riesgo de parada cardiaca y la rápida activación de los servicios de emergencias médicas (SEM), la realización por testigos de maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) básica y la desfibrilación temprana, tanto por los propios SEM, como a través de programas de acceso público a la desfibrilación (PAD)⁶. Sin embargo, para su aplicación adecuada, resulta fundamental tener un conocimiento al menos básico de todas ellas.

Por todo ello, los profesionales de salud debemos de considerar a nuestra población o comunidad como primera unidad de cuidados y es nuestra obligación como personal de Enfermería realizar estudios que versen sobre qué conocimientos posee la población en RCP, para conocer a la vista de esos resultados la verdadera necesidad de realizar intervenciones para que estos puedan ser capaces de reconocer y actuar ante situaciones que requieran una asistencia inmediata y de esta manera mejorar las tasas de supervivencia y disminuir las secuelas de los pacientes susceptibles de sufrir esta grave complicación.

Sobre los antecedentes mencionados, se diseñó un estudio cuyo objetivo fundamental fue describir si los familiares que habitan con enfermos cardiacos poseían los conocimientos suficientes para hacer frente a una PCEH.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, transversal. La población a estudio estuvo compuesta por los familiares de los pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología del Hospital San Jorge de Huesca en los meses de septiembre y octubre de 2014. Se consideraron criterios de inclusión: habitar en el mismo domicilio que el paciente, estar presente a la hora de la realización de la entrevista y se excluyeron a familiares con enfermedades psiquiátricas, familiares con dificultades para poder establecer con ellos una comunicación y familiares que se negaran a participar en el estudio.

La recogida de información se realizó mediante una entrevista directa y de carácter anónimo, utilizando para dicho fin un cuestionario estructurado de elaboración propia que recogía datos socio-demográficos (edad y sexo) y formulaba 8 preguntas de respuesta cerrada y dicotómica (afirmativa y negativa).

Para el registro de las variables a estudio y el tratamiento estadístico, se utilizó el paquete estadístico SPSS V.19. El análisis descriptivo de la muestra se realizó en función de la naturaleza, nivel de medición y escala de cada una de las variables implicadas. Así, las variables categóricas han sido descritas mediante tablas de frecuencias, y las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (rango y desviación típica).

El estudio de la asociación estadística entre las variables cualitativas del estudio, según la edad y sexo, se realizó mediante el contraste de independencia de (Chi-Cuadrado). La edad fue dividida en dos grupos de edad, utilizando para ello la mediana (56 años). El nivel de significación estadístico para este estudio fue fijado en el 5%.

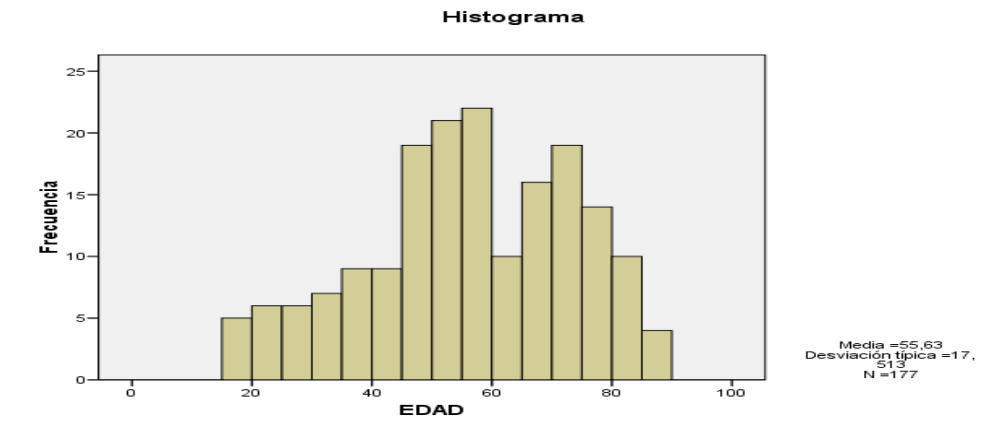
RESULTADOS

En total, a lo largo de los 2 meses de estudio, ingresaron en el Servicio de Cardiología del Hospital San Jorge 143 pacientes (57 mujeres y 87 hombres), de los cuales 17 vivían solos, 6 vivían en una residencia y 3 eran extranjeros y fue imposible la realización del cuestionario por problemas de comunicación.

Del total de los participantes del estudio (N=177), 108 sujetos (61%) eran mujeres y 69 (39%) hombres.

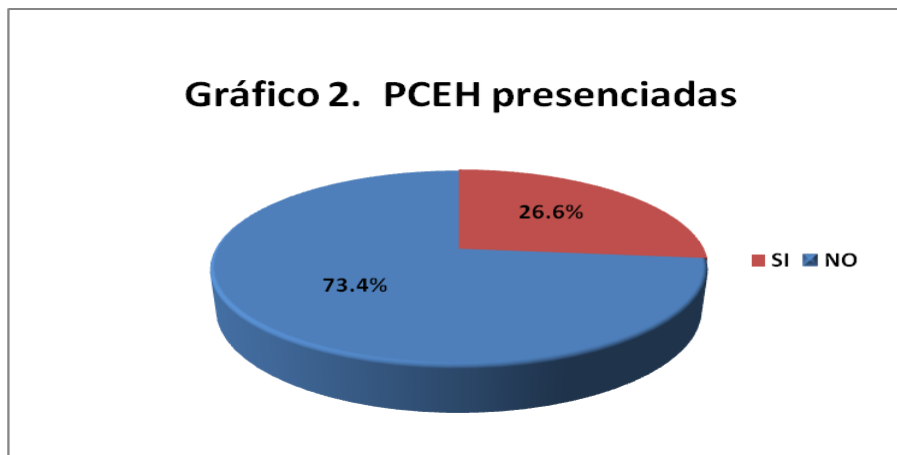
La edad media fue de 55,63 años, con una mediana de 56 años. Valores extremos de edad de 16 y 86 años. Desviación típica de 17,513 y rango de 70 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Edad.

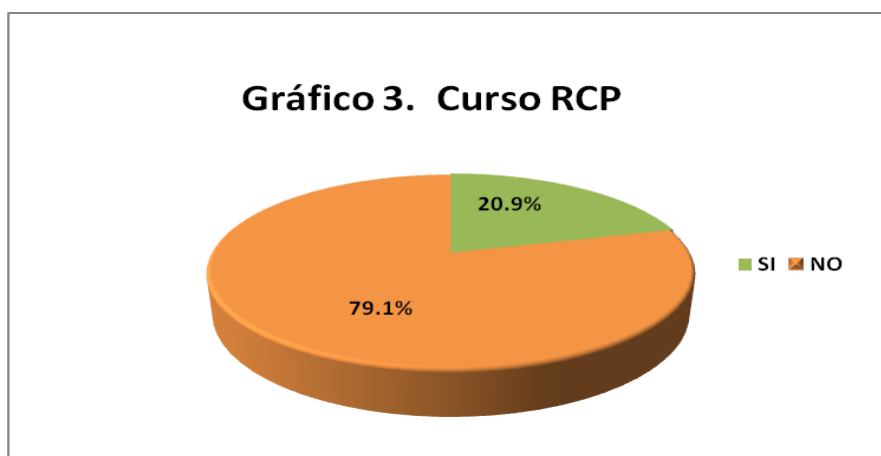


Los resultados obtenidos en el cuestionario fueron los siguientes:

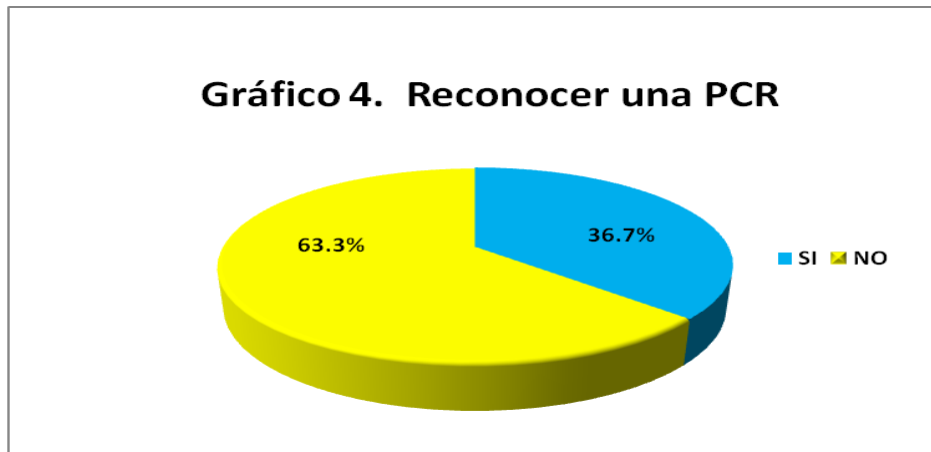
En lo referente a PCEH presenciadas, 47 sujetos (26,6%) habían presenciado una PCEH frente a 130 (73,4%) que no (Gráfico 2).



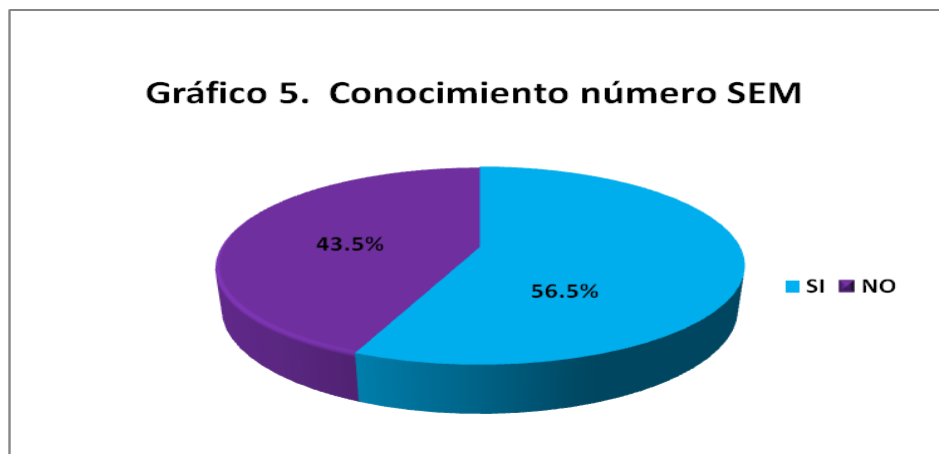
En cuanto a la realización de un curso de RCP, 37 sujetos (20,9%) habían realizado un curso frente a 140 (79,1%) que no habían realizado ninguno (Gráfico 3).



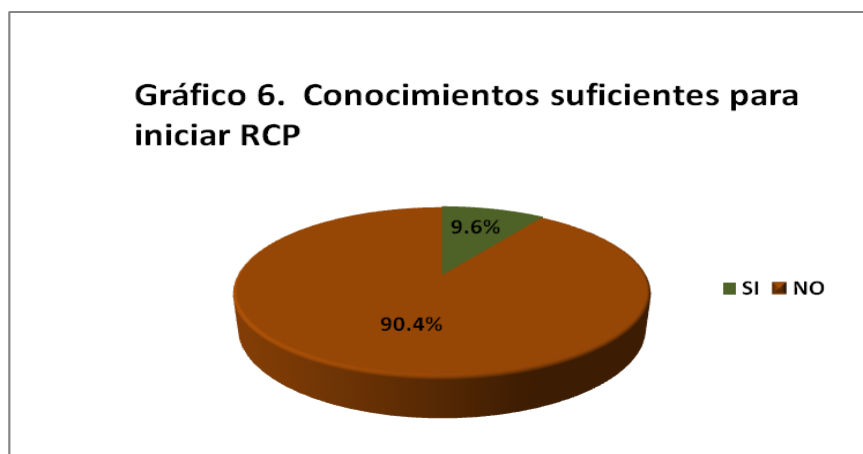
Así mismo, en lo que atañe a si los familiares sabrían reconocer personas con riesgo de sufrir una parada cardíaca o emergencia médica, 65 sujetos (36,7%) respondieron que sí y 112 (63,3%) que no (Gráfico 4).



En lo que respecta al conocimiento del número del SEM, 100 sujetos (56,5%) conocían el número frente a 77 (43,5%) que no lo conocían (Gráfico 5).



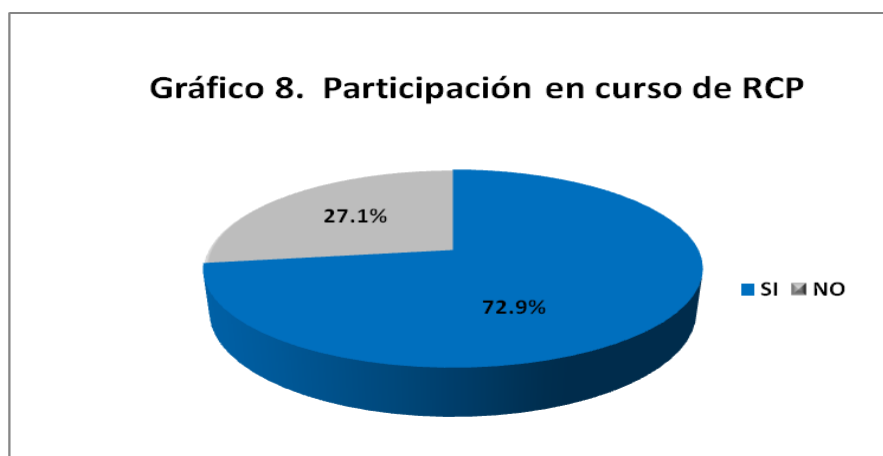
En cuanto si tenían los conocimientos suficientes para iniciar maniobras de RCP, 17 sujetos (9,6%) contestaron afirmativamente frente a 160 (90,4%) que contesto negativamente (Gráfico 6).



En lo referente a si creían que era importante tener conocimientos sobre RCP, 174 sujetos (98,3%) contestaron que sí y 3 (1,7%) contestaron que no (Gráfico 7).



En lo que respecta a si participarían en cursos de formación de RCP, 129 sujetos (72,9%) contestaron que si frente a 48 (27,1%) que contentaron que no (Gráfico 8).



Según la edad, mayor de 56 o menor de 56 años se encontraron diferencias estadísticamente significativas para todas las variables a estudio ($p=0,000$) exceptuando las variables PCEH presenciadas ($p=0,366$) e importancia de tener conocimientos en RCP ($p=0,367$) donde no se encontraron diferencias significativas.

Los menores de 56 años, refirieron haber realizado más cursos de RCP, conocían en mayor número el número del SEM y reconocerían en mayor número una PCR, además de que describieron tener mayores conocimientos para iniciar una RCP y participarían en un mayor número en un curso de RCP (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias según edad.

Variable	Edad de 16-56 años		Edad de 56-86 años		Resultados estadísticos
	Si	No	Si	No	
PCEH presenciadas	25(24%)	79(76%)	22(30,1%)	51(69,9%)	$X^2=0,366$ gl=1
Curso RCP	35(33,7%)	69(66,3%)	2(2,7%)	71(97,3%)	$X^2=0,000$ gl=1

Reconocer una PCR	53(51%)	51(49%)	12(16,4%)	61(83,6%)	$X^2=0,000$ gl=1
Conocimiento número SEM	75(72,1%)	29(27,9%)	25(34,2%)	48(65,8%)	$X^2=0,000$ gl=1
Conocimientos suficientes para iniciar RCP	17(16,3%)	87(83,7%)	0(0%)	73(100%)	$X^2=0,000$ gl=1
Importancia de tener conocimientos en RCP	103(99%)	1(1%)	71(97,3%)	2(2,7%)	$X^2=0,367$ gl=1
Participación en curso de RCP	92(88,5%)	12(11,5%)	37(50,7%)	36(49,3%)	$X^2=0,000$ gl=1

Según el sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables realización de curso de RCP ($p=0,000$), en el que los hombres describieron haber realizado más cursos y conocimientos suficientes para iniciar RCP ($p=0,000$), en el que los hombres también mostraron poseer mayores conocimiento que las mujeres, para el resto de variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias según sexo.

Variable	Mujeres		Hombres		Resultados estadísticos
	Si	No	Si	No	
PCEH presenciadas	30(27,8%)	78(72,2%)	17(24,6%)	52(75,4%)	$X^2=0,645$ gl=1
Curso RCP	15(13,9%)	93(86,1%)	22(31,9%)	47(68,1%)	$X^2=0,004$ gl=1
Reconocer una PCR	38(35,2%)	70(64,8%)	27(39,1%)	42(60,9%)	$X^2=0,559$ gl=1
Conocimiento número SEM	59(54,6%)	49(45,4%)	41(59,4%)	28(40,6%)	$X^2=0,531$ gl=1
Conocimientos suficientes para iniciar RCP	5(4,6%)	103(95,4%)	12(17,4%)	57(82,6%)	$X^2=0,005$ gl=1
Iniciación maniobras de RCP	40(37%)	68(63%)	33(47,8%)	36(52,2)	$X^2=0,155$ gl=1
Importancia de tener conocimientos en RCP	106(98%)	2(2%)	68(98,6%)	1(1,4%)	$X^2=0,840$ gl=1
Participación en curso de RCP	79(73,1%)	29(26,9%)	50(72,5%)	19(27,5%)	$X^2=0,920$ gl=1

DISCUSIÓN

La investigación llevada a cabo sobre los conocimientos que tienen los familiares de enfermos cardiacos para hacer frente a una PCEH ha sido fundamental para poder darnos cuenta de que existe una verdadera necesidad de formación en prevención y actuación ante situaciones de emergencia por parte de los testigos presenciales de una PCR.

De la población objeto de estudio, cabe destacar que la edad media de los familiares entrevistados fue de 55,63 años y que la mayoría de entrevistas se realizaron a mujeres, ello es consecuencia directa de que durante las fechas en que se realizó el estudio, ingresaron un % mayor de hombres que mujeres, siendo las esposas de los pacientes ingresados al igual que las hijas de estos, las que contestaron en un mayor número de veces el formulario diseñado; este hecho pone de relieve o constata el rol tan trascendental que esposas, madres y hermanas, la mayoría de las veces como “cuidadoras principales” tienen en la atención a la salud y en la sociedad.

La presencia de testigos del suceso y la capacidad de estos para identificar la PCR y la rápida activación de los SEM son variables a considerar cuando se evalúan los resultados extrahospitalarios obtenidos, especialmente porque van a repercutir en los tiempos de acción de la cadena de la supervivencia⁷. Un aspecto relevante de este estudio es que pone de manifiesto que a pesar de que en más del 26% de los casos la PCR fue presenciada por un testigo, tan sólo el 36,7% indicó saber reconocer una PCR y tan solo el 56,5% manifestó conocer el número del SEM.

Es de extrema importancia la capacitación de las personas para actuar frente a una PCR, ya que la realización de maniobras de RCP, hasta la llegada del servicio médico de emergencia, puede aumentar la probabilidad de supervivencia de la víctima⁸. Si tenemos en cuenta este dato, cabe destacar que tan solo el 20,9% de la población había realizado un curso de RCP, pero tan solo el 9,6% refirió tener los conocimientos necesarios para iniciarla, este hecho pone de manifiesto la necesidad de entrenamiento en técnicas de RCP, ya que como refieren otros estudios el entrenamiento mejora la eficacia de las maniobras y también aumenta la disposición a realizarlas^{6,9-11}. En este sentido cabe destacar que no sirve de nada iniciar maniobras de RCP si dicha maniobra no es practicada con calidad, ya que solo una RCP efectiva aumenta las tasas de supervivencia⁶.

Otro hecho destacable, es que según los resultados obtenidos según la edad para cada una de las variables, se puede decir que las personas menores de 56 años han recibido más formación y tienen más conocimientos sobre RCP que los que son mayores de 56 años, pensamos que ello es el resultado de las distintas iniciativas que han sido puestas en marcha en los últimos años en España para que las personas, principalmente adolescentes y primeros intervinientes, tuvieran formación en RCP¹². Sin embargo, consideramos que el porcentaje de personas con una mínima formación sigue siendo escaso y de ahí la importancia de tener datos de nuestro entorno para poder intervenir y mejorar esta triste situación. Según el sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables realización de curso de RCP y conocimientos en RCP, siendo los hombres los que describieron haber realizado más cursos y poseer más conocimientos, este hecho puede ser consecuencia del rango social bajo o subordinado, que ha recaído siempre generalmente en las mujeres.

A la vista de estos datos, se constata la necesidad de desarrollo de programas comunitarios y corporativos para fomentar la educación en RCP, tanto con programas de entrenamiento tradicionales como de autoinstrucción, donde se adquieran o se pongan al día los conocimientos y destrezas suficientes para realizar una atención con seguridad, rapidez y eficacia, animados por la interesante aportación que ello puede suponer a las posibilidades de supervivencia final de estos pacientes¹³ y de esta manera poder reducir la morbilidad y mortalidad causadas por las enfermedades cardíacas en España, ya que como la población estudiada referenció en un 98,3% es fundamental tener conocimientos sobre RCP y el 72,4% de la población estaría dispuesto a realizar un curso que verse sobre RCP.

La experiencia en diversos países demuestra que la formación a la población en prevención y en actuación ante situaciones de emergencias es una medida sanitaria eficaz y rentable⁶ y para ello es necesario que todos los profesionales sanitarios nos impliquemos en esta tarea, ya que la resucitación tras una parada cardíaca continúa representando un reto formidable.

Como limitaciones que plantea dicho estudio podríamos señalar que los resultados obtenidos no pueden ser extrapolados a la población en general, además de que hay que asumir un cierto sesgo de información, ya que al desconocer la profesión de los entrevistados, desconocemos si los que han contestado de forma afirmativa a las preguntas se dedicaban al mundo sanitario y por lo tanto se hayan sobrestimado los resultados obtenidos en el estudio.

CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo constatan que los familiares que habitan con enfermos cardíacos no poseen los conocimientos suficientes para hacer frente a una PCEH y como tal las probabilidades que estos pacientes tienen de sobrevivir a una PCR es baja.

Además, los hallazgos del presente trabajo subrayan la necesidad de incrementar los esfuerzos en la creación de estrategias dirigidas a desarrollar los dos primeros y fundamentales eslabones de la cadena de supervivencia: la alerta precoz al SEM y la realización por testigos de maniobras de RCP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3: 63-81.
2. Ballesteros Peña S. Supervivencia extrahospitalaria tras una parada cardiorrespiratoria en España: una revisión de la literatura. *Emergencias* 2013; 25: 137-142.
3. Ballesteros-Peña S, Abecia-Inchaurregui C, Echevarría-Orella E. Factores asociados a la mortalidad extrahospitalaria de las paradas cardiorrespiratorias atendidas por unidades de soporte vital básico en el País Vasco. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66:269-74.
4. López-Messa JB, Alonso-Fernández JI, Andrés-de Llano JM, Garmendia-Leiza JR, Ardua-Fernández J, De Castro-Rodríguez F, et al. Características generales de la parada cardíaca extrahospitalaria registrada por un servicio de emergencias médicas. *Emergencias* 2012; 24: 28-34

5. Jaime Gazmuri R, Álvarez Fernández JA. Tendencias en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva*. Madrid Ene-Feb 2009; 33 (1).
6. Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2010;81:1219-76.
7. Socías Crespi L et al. Características epidemiológicas de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias registradas por el sistema de emergencias 061 (SAMU) de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares (2009-2012). *Med Intensiva*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.04.004>.
8. Morais DA, Carvalho DV, Correa AR. Parada cardíaca extrahospitalaria: factores determinantes de la sobrevida inmediata después de maniobras de resucitación cardiopulmonar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artículo Original jul.-ago. 2014;22(4):562-8
9. Koster RW, Baubin MA, Caballero A, Cassan P, Castén M, Granja C, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation*. 2010;81:1277-92.
- 10 Kitamura T, Iwami T, Kawamura T, Nagao K, Tanaka H, Hiraide A. Nation wide public-access defibrillation in Japan. *N Engl J Med*. 2010;362:994-1004.
11. Coons SJ, Guy MC. Performing bystander CPR for sudden cardiac arrest: behavioral intentions among the general adult population in Arizona. *Resuscitation*. 2009;80:334-40.
12. J.B. López-Messa J.B, Martín-Hernández H, J.L. Pérez-Vela J.L , Molina-Latorre R y Herrero-Ansola P. Novedades en métodos formativos en resucitación. *Med Intensiva*. 2011;35(7):433-441.
13. López Messa JB. Iniciativas para incrementar y mejorar la RCP realizada por testigos. *REMI* Marz 2008; 8(1): A82.

Recibido: 10 de febrero 2015; Aceptado: 18 de abril 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia