



## CARTA CIENTÍFICA

### Actitudes de los profesionales sanitarios ante la resucitación cardiopulmonar. Resultados de una encuesta



### Attitudes of healthcare professionals towards cardiopulmonary resuscitation: Results of a survey

Sr. Editor:

Las publicaciones sobre parada cardiorrespiratoria (PCR) y reanimación cardiopulmonar (RCP) relativas al tratamiento, actuación de testigos y primeros intervinientes<sup>1</sup>, son innumerables. Por contra, son escasas sobre si iniciar RCP en ausencia de órdenes de no reanimación (ONR) o existan signos de dudosa utilidad<sup>2,3</sup>. Se han publicado directrices para no iniciar o detener una RCP<sup>4</sup>, pero el personal de servicios de emergencias médicas (SEM) o de hospitales se enfrenta a dilemas en la toma de decisiones<sup>5</sup>. Además, factores como la duración de la PCR, la RCP previa por testigos o la edad<sup>6,7</sup> influyen en iniciar o continuar RCP avanzada. Por ello, se planteó un estudio con el objetivo de explorar las actitudes de los profesionales que atienden PCR, ante estas situaciones y qué factores pueden influir en las mismas.

Se realizó una encuesta en línea entre médicos y enfermeros que atendieran PCR, del ámbito extrahospitalario y hospitalario. Se estructuró en 2 bloques, uno con preguntas genéricas (tabla 1) y otro sobre actitudes, con preguntas ante 7 posibles situaciones para no iniciar RCP, una pregunta sobre si realizarían RCP cuando según sus criterios no se debería iniciar y un grupo de cuestiones relativas a dichas situaciones en las que podrían realizar RCP aun sin estar indicada (tablas 1 a 5 material electrónico suplementario [MES]).

Se efectuó análisis comparativo de la influencia de las características de los posibles reanimadores mediante el test de Chi-cuadrado y un análisis de conglomerados en 2 fases buscando agrupaciones naturales (conglomerados) del conjunto de datos, mediante log-verosimilitud y como algoritmo de conglomeración el criterio de información bayesiano (BIC).

Se obtuvieron 1.000 respuestas. Características de los encuestados en la tabla 1. El 66% no realizarían RCP a la llegada del SEM transcurridos más de 15 min sin RCP, llegando al

86,7% si más de 20. Si se hubieran iniciado maniobras de RCP básica estos porcentajes bajaban al 14,9 y 43,8%, respectivamente. La edad no se consideró motivo para no iniciar RCP en el 65,3% de las respuestas y en el 72,5% no iniciarían maniobras en caso de enfermedad terminal. El 62,4% no realizaría RCP si incapacidad grave, mientras el 19,6% consideró que no era razón para no iniciarlas. El 48,8% no iniciaría RCP si existían ONR y la familia las mostraba, un 27,8% no la iniciaría con indicación expresa de la familia del deseo de la víctima de no ser reanimado y un 10,8% simplemente con que la familia no lo desease. En caso de intento de autolisis para el 60,8% no era motivo para no iniciar RCP, mientras el 36% no iniciaría maniobras si hubiera ONR (tabla 1 MES).

Sobre si realizaría RCP cuando no estuviera indicada el 18,7% lo haría muchas veces o casi siempre. Las causas que motivarían la realización de RCP aun no estando indicada, en muy pocas ocasiones, nunca o casi nunca fueron, presión ambiental 53,5%, entrenamiento 73,4%, docencia 69,0%; encontrarse personal haciendo RCP básica 68,3%, tratarse de niños 34,9%, víctimas jóvenes 36,0% y tratarse de embarazadas 34,7%. En estos 3 últimos supuestos lo realizarían casi siempre el 33,7, 28,8 y 33,3%, respectivamente (tabla 2 MES).

Los encuestados de sexo femenino, mayoritariamente enfermeros, mostraron mayor intención a realizar RCP en situaciones de enfermedad terminal o mala situación basal, y aun sin estar indicado, por presión ambiental, tratarse de niños, víctima joven o embarazada. Por docencia fueron los de sexo masculino los que más estarían dispuestos a practicar RCP aun sin estar indicado (tabla 1 MES).

En extrahospitalaria la edad de la víctima condicionó en menor medida para iniciar RCP y eran más exigentes a la hora de solicitar ONR, mientras en el hospital era mayor la intención de iniciarla, aunque hubiera una enfermedad terminal. En extrahospitalaria hubo un mayor porcentaje de respuestas afirmativas de iniciar RCP, aunque no estuviera indicado, siendo las causas presión ambiental, entrenamiento del equipo, estar realizándose RCP básica y tratarse de un niño, persona joven o mujer embarazada (tabla 2 MES).

Los encuestados de menor experiencia iniciarían RCP con más frecuencia en situaciones límite, sin RCP previa y habiendo transcurrido más tiempo, por presión ambiental, entrenamiento del equipo, el paciente fuera niño o persona joven. Los de mayor experiencia expresaron en menor proporción que iniciarían maniobras no estando indicadas (tablas 3 y 4 MES).

**Tabla 1** Características de los encuestados

	Hospital n = 407	Extrahospitalaria n = 593	Global n = 1.000
Edad en años mediana; RIQ	41 (34-50)	42 (36-49)	41 (35-49)
Varones/mujeres; %	57/43	54,1/45,9	55,3/44,7
Médicos/enfermeros; %	74,9/25,1	55,8/44,2	63,6/36,4
Experiencia en años	Hasta 10 años; %	40,8	39,9
	De 11 a 20 años; %	29,2	38,9
	Más de 20 años; %	30,0	21,2
Dispositivo extra-hospitalario en el que trabaja	UME; %	No procede	74,9
	VIR; %	No procede	6,2
	SUAP/UAD; %	No procede	18,9
Lugar de trabajo en hospital	Urgencias; %	17,9	No procede
	UCI/CI/UC; %	65,6	No procede
	Reanimación; %	8,1	No procede
	Hospitalización; %	8,4	No procede
¿Participa en equipo respuesta a la PCR hospitalaria?	Sí; %	66,8	No procede
	No; %	33,2	No procede

CI: cuidados intermedios; PCR: parada cardiorrespiratoria; RIQ: rango intercuartílico; SUAP: servicio de urgencias de atención primaria (servicios de urgencias extrahospitalarias no domiciliarias); UAD: unidad de atención domiciliaria (vehículo con médico o enfermero, pero no los 2); UC: unidad coronaria; UCI: unidad de cuidados intensivos; UME: unidad móvil de emergencias (ambulancia médico, enfermero y uno o 2 técnicos); VIR: vehículo de intervención rápida (vehículo con médico, enfermero y técnico).

La edad de los encuestados mostró diferencias, observándose que los más jóvenes iniciarían con más frecuencia RCP, aunque hubiera pasado más tiempo desde la PCR, no se hubiera iniciado RCP y no existieran ONR. También presentaban mayor intención a realizar maniobras aun no indicadas, por entrenamiento, docencia y paciente joven (tabla 4 MES).

Aunque parecería evidente que la RCP no estaría indicada en la fase terminal de una enfermedad, los datos recogidos indican que en estos casos no iniciarían RCP el 72,5%, y respecto al estado previo del paciente, aunque considerado por el 92% de los sanitarios<sup>2</sup>, no fue condicionante para el 19,6 y el 37,6% iniciarían las maniobras en personas con incapacidad grave o total (tabla 5 MES).

Estos resultados orientan a que las características generales de los reanimadores, edad, sexo, profesión y experiencia, influyen en sus actitudes ante la RCP, siendo en general mujeres, enfermeros de extrahospitalaria, menor experiencia y más jóvenes los que realizarían maniobras en más ocasiones aun estando dudosamente indicadas, constatando cierta disparidad de criterios entre los profesionales que atienden la PCR a la hora de iniciarlas o no.

Es conveniente establecer protocolos o recomendaciones claras a la hora de iniciar o no la RCP ante una PCR<sup>8</sup>, donde el proceso de toma de decisiones no esté influenciado únicamente por las propias perspectivas de los reanimadores, sino basado en criterios estrictos, como características de la PCR y del propio paciente, el lugar donde se produzca y las implicaciones médico-legales<sup>4,9,10</sup>.

En conclusión, aunque las opiniones sobre los motivos para no iniciar RCP fueron consonantes y mayoritarias, las respuestas sobre su realización no estando indicada fueron dispares. Las recomendaciones éticas en RCP no son consideradas por muchos profesionales y dependen de valores personales, lo que demuestra que no será fácil establecer actitudes homogéneas entre reanimadores que realicen RCP en condiciones similares.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.medin.2018.09.011](https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.09.011).

## Bibliografía

1. Sasson CMD. Bystander-initiated CPR by design, not by chance. *N Engl J Med.* 2015;372:2349-50.
2. Mohr MBJ, Schmid J, Panzer W, Kettler D. The decision to terminate resuscitative efforts: Results of a questionnaire. *Resuscitation.* 1997;34:51-5.
3. Mohr MKD. Ethics in preclinical emergency medicine-on the topic of medical futility and resuscitation efforts [Article in German]. *Anaesthesiol Reanim.* 1998;23:20-6.
4. Bossaert LLPG, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, Mentzelopoulos SD, et al., Ethics of resuscitation and end-of-life decisions section Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation.* 2015;95:302-11.
5. Monzón JL, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, Martínez K, et al. Ethics of the cardiopulmonary resuscitation decisions. *Med Intensiva.* 2010;34:534-49.
6. Schears RMMC, Iserson KV, ACEP Ethics Committee. «Do not attempt resuscitation» (DNAR) in the out-of-hospital setting. *Ann Emerg Med.* 2004;44:68-70.
7. Khan AM, Yang L, Groeneveld PW, Nadkarni VM, Merchant RM, American Heart Association's Get With the Guidelines-Resuscitation (GWTG-R) Investigators. Age, sex, and hospital factors are associated with the duration of cardiopulmonary resuscitation in hospitalized patients who do not experience sustained return of spontaneous circulation. *J Am Heart Assoc.* 2014;3, e001044.
8. Nagao K, Nonogi H, Yonemoto N, Gaiski DF, Ito N, Takayama M, et al. Duration of Prehospital Resuscitation Efforts After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation.* 2016;133:1386-96.

9. Anderson NE, Gott M, Slark J. Commence, continue, withhold or terminate?: A systematic review of decision-making in out-of-hospital cardiac arrest. *Eur J Emerg Med.* 2017;24:80–6.
10. LopezMessa JB. ¿Cuál debe ser la duración apropiada de los intentos de resucitación cardiopulmonar? *Med Intensiva.* 2017;41:188–90.

J.M. Navalpotro-Pascual<sup>a</sup>, J.B. Lopez-Messa<sup>b,\*</sup>,  
C. Fernández-Pérez<sup>c</sup> y M. Prieto-González<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Emergencias Médicas (SUMMA112), Madrid, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España*

<sup>c</sup> *Unidad de Investigación Clínica y Metodología, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC), Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jlopezme@saludcastillayleon.es](mailto:jlopezme@saludcastillayleon.es)  
(J.B. Lopez-Messa).