

Editorial

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.45566>

Falta de coherencia en las políticas de reanimación básica en Colombia

Hace 16 años se creó en Bogotá, Colombia, el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) y en el año 2005 se asignó la línea telefónica con el número “123”, denominada Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE). Se trata de acciones loables y valiosas para coordinar y regular la prestación de los servicios de salud de urgencias y la atención de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre (1,2). Adicionalmente, desde el comienzo de este milenio, se implementó la exigencia en la formación de los profesionales de salud de elementos de reanimación básica y avanzada, que incluyen evidentemente el uso del Desfibrilador Automático Externo (DEA) dentro de sus protocolos de manejo (3).

La resolución 1441 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (4) exigió, para la atención básica de urgencias extrahospitalarias, la dotación con DEA, actualizando a nuestro país en requisitos de atención apropiados, exigidos en otros países desde mucho tiempo atrás, en consideración a la alta valoración de la vida humana. Sorprendentemente, al parecer ante la presión de los prestadores de servicios de salud que aducen altos costos para su implementación, el Ministerio de Salud y Protección Social decidió retirar el DEA, como requisito mínimo para la prestación de este tipo de servicios, con la Resolución 2003 de 2014 (5). Así las cosas, las ambulancias de Atención Básica no están obligadas a tener el DEA a partir de este año.

La comunidad médica ha protestado enérgicamente contra esta medida, a todas luces anacrónica y desafortunada, por considerar que atenta contra el derecho fundamental a la salud y a la vida de los pacientes víctimas de paro cardíaco. Destaca también la falta de coherencia entre las exigencias que hace el Ministerio en relación con la capacitación obligatoria en talleres de reanimación cerebro-cardio-pulmonar básica, para todo el personal médico y demás proveedores que realizan atención de urgencias, con la medida de retirar el DEA, pieza fundamental en el manejo básico de los pacientes en paro cardíaco, y único medio existente para resolver en forma inmediata la fibrilación ventricular, ritmo inicial más frecuente del paro cardíaco presenciado en ambientes extrahospitalarios (6).

Estudios previos han mostrado la efectividad de la reanimación con el uso del DEA (7,8). Las guías de reanimación, que siguen lineamientos de manejo internacionales, enfatizan en la aplicación de la cadena de supervivencia descrita desde el año 1991. En esta, uno de los eslabones fundamentales es la disponibilidad y uso temprano del DEA (9). Hay evidencia de que la probabilidad de éxito de la desfibrilación y, en consecuencia, de la reanimación, disminuye rápidamente con el tiempo. Si no se lleva a cabo la desfibrilación de manera precoz, el paciente entra en asistolia, con pésimo pronóstico y, consecuentemente, fallece (10).

No hay justificación alguna para que uno de los determinantes de la provisión de este servicio sea el factor económico. En muchos países el DEA es obligatorio, no solo en ambulancias y servicios hospitalarios, sino en sitios públicos tales como aeropuertos, colegios, universidades, centros comerciales, entre otros, en razón al aprecio por la vida humana y a que se considera al DEA como un dispositivo eficaz, seguro y fácil de manejar por personal médico y no médico –testigos, legos–; además sus costos oscilan entre US\$1.500 y US\$2.000.

En la era de los estudios de costo-efectividad, ¿cabrá alguna duda acerca del valor de la vida humana? En Colombia se demostró un caso exitoso de reanimación cerebrocardiopulmonar básica y avanzada, con el desfibrilador incluido, luego de hora y media de reanimación (11). El no uso de las tecnologías que están probadas de ser útiles en condiciones de emergencia médica y en lugares o situaciones donde se requieren frecuentemente –como en las ambulancias–, pone a Colombia en un atraso histórico de desarrollo tecnológico de más de 40 años para el manejo de emergencias médicas (12), aumenta la probabilidad de muerte en el momento del primer respondiente y disminuye los años de vida potencialmente ganados con un manejo efectivo y oportuno del paro cardíaco extrahospitalario, como ha pasado ya varias veces en el Aeropuerto El Dorado, en donde circula un alto número de viajeros diariamente (13,14).

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia debe recapacitar y comprender que la contención de costos en la prestación de servicios de salud favorece a los llamados terceros pagadores y disminuye los potenciales beneficios para

la sociedad, como los años de vida ganados –o no perdidos– por las muertes evitadas, la productividad no perdida y el impacto social de las familias que finalmente deben soportar las pérdidas de estas muertes evitables asociadas. El DEA utilizado de manera temprana en cualquier víctima de paro cardiaco de origen coronario –principal causa de muerte en el adulto–, establece una nítida diferencia en la supervivencia y en la recuperación libre de secuelas neurológicas (15).

Ariel Iván Ruiz Parra¹
Ricardo Navarro Vargas^{2,3}
Javier Eslava-Schmalbach⁴

¹Decano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

² Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

³Presidente Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, S.C.A.R.E. Bogotá, Colombia.

⁴ Vicedecano de Investigación y Extensión, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jheslavas@unal.edu.co.

Referencias

1. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1220 de 2010 del Ministerio de la Protección Social, “Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, AERC”. Diario Oficial. 2010 Abril 13;47679.
2. **Navarro-Vargas R.** Sobre la reanimación: una misión permanente. *Revista Colombiana de Anestesiología.* 2008;36:9-10.
3. Sudden cardiac death: strategies for survival-integration of BLS and ACLS. Ch 2. In *ACLS Resource text for instructors and experienced providers.* American Heart Association; 2008.
4. **Link MS, Atkins DL, Passman RS, Halperin HR, Samson RA, White RD, et al.** Part 6: Electrical Therapies Automated External Defibrillators, Defibrillation, Cardioversion, and Pacing. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2010;122:S706-19.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2013, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”. Diario Oficial. 2013 mayo 11;48787.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014, “Por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, adoptando el Manual correspondiente”. Diario Oficial. 2014 mayo 30;49167.
7. **Leal-Forero LC, Martínez-Malo LC, Navarro-Vargas JR.** La reanimación cerebro cardiopulmonar: estado del arte. *Rev. Fac. Med.* 2014;62:149-55.
8. **Nichol G, Stiell IG, Laupacis A, Pham B, Maio VJD, Wells GA.** A cumulative meta-analysis of the effectiveness of defibrillator-capable emergency medical services for victims of out-of-hospital cardiac arrest. *Ann Emerg Med.* 1999;34:517-25.
9. **Nichol G, Hallstrom AP, Ornato JP, Riegel B, Stiell IG, Valenzuela T, et al.** Potential cost-effectiveness of public access defibrillation in the United States. *Circulation.* 1998;97:1315-20.
10. **Navarro JR, Garzón JF, Villarreal MJ.** Panorama del desfibrilador externo automático en el mundo. *Actas Peruanas de Anestesiología.* 2011;19:102-10.
11. American Heart Association. Manual de Proveedor de Soporte Vital Cardíaco Avanzado [Internet]. United States of America: American Heart Association [citado 2014 septiembre 12]. Disponible en: <http://goo.gl/GI5166>.
12. **García-Reyes J.** Reanimación cerebrocardiopulmonar prolongada exitosa en un paciente con muerte súbita: un reporte de caso. *Revista Colombiana de Anestesiología.* 2014;42:229-33.
13. **Jaggarao NSV, Grainger R, Heber M, Vincent R, Chamberlain DA, Aronson AL.** Use of an automated external defibrillator-pacemaker by ambulance staff. *Lancet.* 1982;320:73-5.
14. ¿Muerto en El Dorado? : Noticias UNO, La Red Independiente [Internet]. [citado 2014 septiembre 12]. Disponible en: <http://goo.gl/I2i4XX>.
15. El médico reanimador que no alcanzó a ser reanimado - Archivo - Archivo Digital de Noticias de Colombia y el Mundo desde 1.990 [Internet]. *eltiempo.com* [citado 2014 septiembre 12]. Disponible en: <http://goo.gl/xMnIWQ>.
16. **Gutiérrez-Rodríguez J, Arribas-López P, Caballero-Cubedo R.** La desfibrilación semiautomática: conceptos básicos, técnica y resultados. Capítulo 2. En *Perales-Rodríguez de Viguri N. La Desfibrilación temprana: romper barreras para salvar vidas.* Madrid: Arán Ediciones; 2004.



AGENCIA DE NOTICIAS - UNIMEDIOS.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.

