

EDITORIAL**REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR-CEREBRAL: UNA PRIORIDAD QUE NO DEBE ESPERAR.**

Desde los inicios de la humanidad, el ser humano ha tenido que enfrentar la muerte como un momento crucial en su existencia. Para tal evento y en dependencia de las formas en que ocurre, la medicina en su compromiso por el bienestar del ser humano, ha desarrollado técnicas de sostén que hacen posible el mantenimiento de la vida y la supervivencia.

En el decursar del tiempo muchos aportes de brillantez se han visto desarrollar, entre ellos Vesalius que en 1543 utilizó la presión positiva intermitente y la intubación traqueal en animales, Tossach en 1771 la respiración boca a boca, la reanimación a tórax abierto fue intentada por Boehm y Schiff al final del pasado siglo, y por otra parte el tratamiento eléctrico se inició con Prevost y Wigger en 1899 y 1940.

Safar y Elam en 1948 y 1959 respectivamente expusieron sus notables aportes sobre la relación oxigenación supervivencia, marcando con ello las pautas para el desarrollo y prospección futura de los grandes programas de reanimación mundial ^{1,2}.

De diferentes ángulos conceptuales el tema de la reanimación fue enriqueciéndose, acumulando experiencias en el tiempo, lo que hizo posible años después que los resultados en grandes estudios de los pacientes que necesitaron de tales procedimientos, mostraran una mejoría en la supervivencia.

Sin embargo ha existido y existe una sustancial diferencia, y ella está básicamente en que la reanimación prehospitalaria adolece del entrenamiento y los recursos necesarios con que cuenta el ámbito hospitalario. Existe pues en el hospital un condicionamiento previo, disposiciones sobre reanimatología y asistencia intensiva que no están reguladas en la comunidad. En aquel el personal de asistencia entrena de forma periódica los procedimientos dedicados al rescate en condiciones difíciles y de gran riesgo vital; y en el ambiente comunitario no es habitual que ocurran casos como aquellos y por tanto la intensidad de la preparación del personal es menor. La cardiopatía isquémica como primera causa de enfermedad cardiovascular y paro cardíaco aporta un elevado número de pacientes al proceso de reanimación. Dichos enfermos se encuentran en sus áreas de salud y requieren de un seguimiento y evaluación periódica, dicho en nuestros términos: DISPENSARIZACIÓN. Por tal razón el personal dedicado a la atención de dichos pacientes requieren de una capacitación y entrenamiento en técnicas de Soporte Vital Básico para dar apoyo lógico y de emergencia ante situaciones de tal envergadura.

Es por ese motivo que la Dirección Nacional del Sistema Integrado de Urgencias Médicas y conociendo las experiencias que otros países han acumulado^{3,4} en ese campo, promueven el programa de Socorrismo que tiene como objetivo básico y esencial capacitar al máximo de la población posible en estos temas. Con ello no sólo el personal de la salud, sino la comunidad en general dispone de conocimientos para enfrentar tales contingencias y ser capaces de ofrecer a las víctimas el sostén vital básico hasta ser trasladado a un centro asistencial o se recibe un equipo entrenado que dará continuidad a la atención del paciente.

Las experiencias de Seattle, Chicago, París, etc que desarrollando grandes programas educativos

permitieron la disminución franca de la mortalidad extrahospitalaria, ha servido a diferentes países del mundo para reajustar sus puntos de vista y organizar nuevos conceptos sobre los programas de reanimación cerebro-cardio-pulmonar.

Es así que estos programas deben ser constantemente evaluados y reconsiderados según sean los resultados que en diferentes períodos se obtienen. De esta manera la retroalimentación por esta vía permite que en lo adelante se incrementen los conocimientos sobre este particular y el resultado obtenido se disponga en bien de los pacientes.

Dr. Ramón García Hernández.

Especialista de Primer Grado en Medicina Interna.

Hospital General Docente "Leopoldito Martínez", San José de las Lajas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. I: introduction. JAMA 1980; 244(5): 453-60.
2. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care I: introduction. JAMA 1992; 268(16): 2171-83.
3. Cline DM, Welch KJ, Cline LS, Brown CK. Physicians compliance with advanced cardiac life support guidelines. Ann Emerg Med 1995; 25(1): 52-7.
4. Tucker KJ, Savitt MA, Idris A, Redberg RF. Cardiopulmonary resuscitation: historical perspectives, physiology and future directions. Arch Intern Med 1994; 154 (19): 2141-50.

[Indice Siguiente](#)