Editorial

# REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y ANESTESIOLOGÍA

El paro cardiorrespiratorio (PCR) es una entidad que toca transversalmente a toda la población, sin distingos. La reanimación cardiopulmonar (RCP), entendida como el conjunto de medidas que deben ponerse en marcha inmediatamente ocurrido el paro, para reemplazar la función cardiaca propia mientras ésta logra ser restablecida, atañe transversalmente también a todo quien presencie un evento de PCR. Sin embargo, los anestesiólogos somos *reanimadores* por definición y es nuestra responsabilidad permanecer al corriente de las recomendaciones actualizadas vigentes, así como mantener un permanente entrenamiento de las destrezas que se requieren para llevar a la práctica las acciones necesarias en forma exitosa.

La *American Heart Association* (AHA), ha publicado guías para el manejo de las emergencias cardiovasculares desde el año 1974[1-4].

En noviembre de 1992 fue fundado el *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), que incluye representantes de la AHA, el *European Resuscitation Council* (ERC), el *Heart and Stroke Foundation of Canada* (HSFC), el *Australian and New Zealand Committee on Resuscitation* (ANZCOR), el *Resuscitation Council of Southern Africa* (RCSA), el *InterAmerican Heart Foundation* (IAHF) y el *Resuscitation Council of Asia* (RCA).

Su misión es identificar y revisar todas las publicaciones científicas internacionales, especialmente el conocimiento relevante disponible en relación a la RCP y el tratamiento de las emergencias cardiovasculares y, cuando hay consenso, ofrecer recomendaciones de tratamiento.

En 1999 la AHA fue la anfitriona en la primera conferencia de ILCOR, para evaluar la evidencia disponible y elaborar las primeras Recomendaciones. Las recomendaciones emanadas, fueron publicadas en el documento "*International Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*"[5].

Desde el año 2000, los investigadores de ILCOR, evalúan la evidencia disponible cada cinco años. La conferencia de consenso internacional más reciente, se llevó a cabo en Dallas en febrero del año 2010 y sus conclusiones publicadas en el documento de la AHA "2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science"[6] y de la ERC "European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010"[7].

El objetivo de toda organización que se dedique a la reanimación o de todo experto reanimador es evitar y prevenir la muerte cardiovascular prematura o evitar la muerte toda vez que un paciente presenta un PCR concebido como un evento repentino, inesperado y potencialmente reversible. Cuando ocurre un PCR, el inicio de las maniobras en forma precoz, oportuna y eficiente, puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte y también tener importante impacto en la calidad de vida del paciente, si la reanimación resulta exitosa, en términos de lograr la recuperación de un rimo propio y la recuperación persistente de la circulación.

Para lograr este objetivo resulta en extremo valioso contar con recomendaciones elaboradas con un alto nivel de rigurosidad a la hora de examinar la evidencia y acordar los consensos. Sin embargo, como reanimadores "intrahospitalarios", vivimos una situación de desventaja y es que dichas guías han sido elaboradas en base a la evidencia disponible obtenida de los estudios realizados en el contexto del PCR extrahospitalario, ya sea simulado en modelos animales u observado en la realidad clínica. Es ampliamente conocido que el paro en estas condiciones corresponde habitualmente a una causa cardiaca como gatillante primario y, como ritmo subyacente, en alrededor de un 75%, un ritmo desfibrilable (fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso). Lamentablemente, en el ambiente intrahospitalario y perianestésico, el escenario es diferente, reflejado en otras causas como factor etiológico del paro y con ritmos no desfibrilables (actividad eléctrica sin pulso o asistolía), como ritmo subyacente prevalente.

Es lamentable, pues a la hora de aplicar las recomendaciones, debemos realizar una extrapolación de ellas, dado que la evidencia que las origina, está constituida por situaciones y elementos que difieren del contexto en que nos enfrentamos a nuestro paciente en paro en el hospital o en el periodo perioperatorio.

Por esta razón es que consideramos de suma relevancia conocer la fisiopatología del PCR y la

RCP, para que integrada a la lista de acciones ordenadas que nos proponen las guías, seamos capaces de tomar las decisiones más oportunas y acertadas que requieran las características propias de nuestro paciente y del evento crítico que lo afecta.

A pesar del reconocimiento de las diferencias y bemoles ya expuestos, debemos destacar que la piedra angular de cualquier reanimación, independiente del contexto o del escenario en que se presenta, lo constituyen las compresiones torácicas precoces y de alta calidad, todo el tiempo que sea necesario, mientras se restablece la circulación propia. Junto con la desfibrilación precoz, constituyen las únicas medidas que por sí solas han logrado mejorar el pronóstico de la reanimación de un paciente en paro.

Si bien estamos en desventaja, puesto que reanimamos basados en extrapolaciones de recomendaciones elaboradas en base a información obtenida de un contexto clínico diferente, somos privilegiados, ya que la gran mayoría de las veces presenciamos el evento o accedemos al paciente a los breves minutos de sucedido, lo que ya sabemos, constituye un elemento clave a la hora de aventurar un pronóstico. En segundo lugar, trabajamos en un entorno donde la disponibilidad de insumos, equipos y recurso humano altamente capacitado, confiere una ventaja invaluable al hablar de RCP. Básicamente nos referimos a la posibilidad cierta de poder monitorizar a tiempo real y en forma eficaz la calidad de las maniobras de reanimación, hecho fundamental para aumentar las posibilidades de lograr una reanimación exitosa.

Si bien sin duda constituye un hecho positivo, la baja incidencia del paro cardiorrespiratorio perioperatorio o perianestésico no permite mantener un nivel de entrenamiento de las destrezas requeridas para una correcta RCP estables en el tiempo, lo que lleva a la pérdida de ellas, si alguna vez se adquirieron. Se hace necesario entonces, que la enseñanza de la RCP sea contemplada como una competencia que debe ser entrenada periódicamente. Adquiere aquí trascendencia la simulación como herramienta docente, toda vez que el evento real mismo no representa la ocasión adecuada para practicar o dar lugar al "ensayo-error".

La Sociedad Chilena de Anestesiología (SACH) ha considerado necesario reconocer la reanimación cardiopulmonar como uno de los tópicos a integrar dentro de las preocupaciones del quehacer científico de ésta. Si bien no es un tema que sea patrimonio exclusivo de nadie, los anestesiólogos deben ser quienes lideren los grupos dedicados al tema, al mismo tiempo que deben demostrar un elevado dominio de la competencia en reanimación toda vez que sea requerido.

El pasado año 2011 se creó el Comité de Reanimación Cardiopulmonar de la SACH, con el objetivo de aunar las voluntades de quienes se sienten motivados a trabajar en el tema y traducirlo en esfuerzos que redunden en educación a los pares, extensivo a otros miembros de la comunidad, definir instancias de comunicación y discusión en torno a tópicos relacionados, motivar la generación de registros locales de manera de avanzar en la descripción de la epidemiología del PCR en nuestro medio, identificando las debilidades y generando estrategias de mejoría y, por último, redactar las "Recomendaciones Clínicas de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) Perianestésica del Adulto de la Sociedad de Anestesiología de Chile". Éstas han sido elaboradas a partir de las recomendaciones de ILCOR vigentes, con el ánimo de ofrecer una guía resumida donde se integran los aspectos propios de la reanimación cardiopulmonar en el escenario que nos toca enfrentarlo, considerando las diferencias que ya hemos mencionado y que se exponen en el presente número. De esta manera, esperamos contribuir a que los anestesiólogos puedan enfrentar metódicamente al paciente en paro cardiorrespiratorio, realizar y liderar una reanimación cardiopulmonar de manera exitosa para ofrecerle la mejor de las posibilidades desde el punto de vista cardiovascular y, nuestro objetivo mayor y final, una recuperación neurológica *ad integrum*.

**María Mercedes Aguirre Carvajal**
**Coeditora**
Profesor Asistente Departamento de Anestesiología
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santiago, Abril de 2012

## REFERENCIAS


1. Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). 3. Advanced life support. JAMA 1974; 227: (suppl): S852-S860.
2. Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1980; 244: 453-509.
3. Standards and guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care (ECC). National Academy of Sciences-National Research Council [published correction appears in JAMA 1986; 256: 1727]. JAMA 1986; 255: 2905-2989.
4. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1992; 286: 2135-2302.
5. American Heart Association in collaboration with International Liaison Committee on Resuscitation. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation an Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2000; 102 (Suppl.): I1-384.
6. "2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science". Circulation 2010; 122; suppl 3.
7. Nolan JP, et al. "European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 2010; 81: 1219-1276.