

Paro Cardio-Respiratorio y Resucitación

Jaime Quintero*

La enfermedad coronaria, el trauma, el choque eléctrico, el ahogamiento, los cuerpos extraños en vías aéreas, las intoxicaciones y las enfermedades respiratorias pueden terminar la vida de un paciente al desencadenar un episodio de Fibrilación Ventricular y/o Paro Respiratorio. Nuestras estadísticas¹ muestran que la neumonía, la bronquitis, las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardíacas y los accidentes figuran entre las primeras causas de mortalidad en varios grupos de edades; de allí la importancia de la educación en las maniobras de resucitación, que si se ejecutan mal o tardíamente, terminan con la muerte del paciente o con el daño irreparable a los órganos más sensibles a la hipoxia.

Las experiencias de las Unidades especialmente entrenadas en el manejo intra y extrahospitalario de la resucitación indican²⁻⁶:

a) Las maniobras iniciales de defibrilación ejecutadas fuera del Hospital por personal especialmente entrenado, son efectivas en revivir las dos terceras partes de las víctimas. b) El masaje cardíaco externo y la ventilación artificial tardíamente iniciados o mal ejecutados disminuyen la probabilidad de éxito y aumentan el riesgo de daño del cerebro y del miocardio. c) El pronóstico a largo plazo de estos pacientes es malo y por ello es indispensable el buscar evidencias premonitorias de la fibrilación tales como: extrasístoles ventriculares multifocales, superposición de extrasístoles a la onda T, acoplamiento corto de los extrasístoles, intensificación de la angina pectoris, síntomas vagos de cansancio o malestar en pacientes coronarios, etc., y usar las medidas preventivas apropiadas. d) La Fibrilación Ventricular tiende a reaparecer en las 48 horas siguientes al episodio inicial. e) En la mitad de las víctimas que sobreviven al primer episodio, no se encuentra evidencia de infarto miocárdico y de hecho, es factible que muchos de los infartos observados posteriormente sean debidos a la falta de irrigación coronaria inducida por la arritmia.

El principio "Desfibrile ahora, diagnostique después" o "Resucite ahora, diagnostique después" es pues un axioma y ha mejorado las estadísticas de sobrevivencia a esta emergencia.

La American Heart Association ha iniciado un programa de sensibilización acerca de este problema y ha publicado las pautas para una resucitación efectiva⁵. Dentro de nuestras limitaciones nosotros debemos atacar este problema con:

a) Educación del público en la ejecución apropiada del

* Profesor Asociado Depto. Medicina Interna, División de Salud, Universidad del Valle

masaje cardíaco y la ventilación boca-boca o boca-nariz. b) Educación del personal hospitalario en general, acerca de estas maniobras pues es en este sitio donde con mayor probabilidad se puede presentar esta emergencia. c) Entrenamiento del personal de bomberos, policías, trabajadores públicos, y Cruz Roja. d) Entrenamiento del personal médico en el uso apropiado de drogas y de equipo. e) Dotación de las secciones de Urgencias con el equipo apropiado. f) Dotación de ambulancias con equipo y personal entrenado.

Todo lo anterior respecto al como: en cuanto al cuando hay acuerdo general en que se actúe tan pronto se presente el caso, hasta tener la seguridad que el paciente se recupera o que continua recibiendo los cuidados apropiados; respecto al hasta cuando, el no resucitar paciente con problemas terminales suscita poca controversia; pero el suspender toda acción cuando las maniobras no resultan exitosas en un tiempo prudencial, está plagado de incertidumbres y de testimonios anecdóticos y la decisión final debe quedar al bien formado criterio de cada persona; sin embargo, un capítulo nuevo de la Medicina, el de "La Muerte con Dignidad"⁷⁻⁸, se ha ido abriendo camino, y ya no es norma absoluta aquello de "Salvar a toda costa". Esos son temas que tocan con lo metafísico y lo teológico y que en el cercano futuro serán temas de obligada actualidad.

Quizás el lector haya terminado esta nota superficial poco convencido de la importancia de este problema en nuestros países, pero me permito preguntarle: ¿Si en este momento sucediera una emergencia en su hogar, o en su sitio de trabajo, tendría usted la tranquilidad de contar con personas entrenadas para iniciar los auxilios del caso?

REFERENCIAS

1. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia. M.S.P. —ASCOFAME, Enero 1969.
2. Libberthson, R.R., Nagel, E.L., Hirschman, J.C. y Nussenfeld, S.R.: Prehospital Ventricular Defibrillation: Prognosis and Follow-up. *New Eng J Med* 291: 317-321, 1974 (august 15).
3. Prehospital Ventricular Defibrillation. Rapaport E *New Eng J Med* 291: 358-359, 1974 (august 15).
4. Epstein, S.E., Goldstein, R.E., Redwood, D.R., Kent, K.M. y Smith, E.R.: The Early Phase of Acute Myocardial Infarction. Pharmacologic Aspects of Therapy. *Ann Intern Med* 78: 918-936 1973.
5. Standars for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care (ECC) Supplement 7, *JAMA* 227: 833-868, Febrero 1974.
6. Kay Calvin, R.: Cardiopulmonary Resuscitation: A chain of Many Links. *Ann Intern Med* 80: 411-412, 1974.
7. To live and to Die When Why and How. Robert H. William, New York, Springer-Verlag, 1973.
8. Ingelfinger, F.J.: Empty slogan for the dying. *New Eng J Med* 291: 845-846, 1974, (Octubre 17).