

## 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).

## A lack of coherence regarding Colombian basic reanimation policy

The Accident and Emergencies Regulating Centre (AERC) was set up 16 years ago in Bogotá, Colombia and assigned telephone line number “123” in 2005 (i.e. a single safety and emergency number (SSEN). It dealt with laudable and valuable action for coordinating and regulating how accident-related healthcare services are provided and how any part of the population affected by emergencies or disasters are attended (1,2). Since the beginning of this century it became a requirement that healthcare workers’ training must include elements regarding basic and advanced reanimation, evidently including the use of an automatic external defibrillator (AED) as part of management protocols (3).

Colombian Ministry of Health and Social Protection Resolution 1441/2013 (4) stated that AED must be provided for basic attention regarding out-of-hospital emergencies, updated/adjusted for Colombia regarding appropriate care requirements which have been demanded in other countries for a long time now, considering the high value placed on human life. Apparently under pressure from healthcare service providers claiming high implementation costs, the Ministry of Health and Social Protection surprisingly decided to withdraw the AED as a minimum requisite for providing this type of service through Resolution 2003/2014 (5). This being so, basic attention ambulances are not obliged to carry an AED from this year onwards.

The medical community has made energetic protests against this measure, considering that it threatens cardiac arrest patients’ fundamental rights regarding health and life. It has also highlighted the lack of coherence between Ministry demands regarding obligatory training during basic cardiopulmonary-cerebral resuscitation workshops for medical personnel and other emergency care providers and the measure for withdrawing the AED, a fundamental piece in basic management of cardiac arrest patients and the only tool available for immediately resolving ventricular fibrillation, this being the most frequently occurring initial rhythm of cardiac arrest seen in non-hospital environments (6).

Studies have shown the effectiveness of reanimation involving the use of AED (7,8). Reanimation guidelines (following international management guidelines) emphasise the chain of survival, described since 1991. One of its fundamental links is the availability and early use of AED (9). Evidence has been advanced stating that the success of defibrillation and, consequently, reanimation decreases rapidly as time elapses. If defibrillation is not applied early on, then a patient goes into asystole, having a poor prognosis and, consequently, dies (10).

There is no justification whatsoever for one of the determinants for providing this service being cost. AED is obligatory in many countries, not just in ambulances and hospital services but also in public places such as airports, schools, universities and shopping centres because of high regard for human life and as AED is considered a device which is effective, safe and easily handled by medical and non-medical personnel as well as its cost ranging from US\$1,500 to US\$2,000.

Are there any doubts about the value of human life in the era of cost-effectiveness studies? A successful case of basic and advanced cerebra-cardiopulmonary reanimation, including defibrillator, following an hour and a half of reanimation has been demonstrated in Colombia (11). Not using technologies which have been proved to be useful in medical emergency conditions and in places or situations where they are frequently required (i.e. ambulances) puts Colombia back more than 40 years regarding technological development for managing medical emergencies (12), increases the probability of death at first responder time and reduces potential life-years gained with effective, opportune management of out-of-hospital cardiac arrest, as has happened several times at the El Dorado airport which hosts a large number of travellers every day (13,14).

The Colombian Ministry of Health and Social Protection must insist on retraining and understand that cost-cutting regarding providing healthcare services favours the so-called third-party payers and reduces potential benefits for society,