

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LATINOAMÉRICA: DE LA EVIDENCIA A LA REALIDAD

Cardiopulmonary resuscitation in Latin America: from evidence to real-world practice

Rafael Eduardo Herrera Elizalde



Editor asociado. Anestesiólogo Cardiovascular Pediátrico

Presidente y Fundador de REASEL (Reanimación en Situaciones Especiales en Latinoamérica)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5327-0053>

Correspondencia: rafaelherreraelizalde@outlook.com

Como citar este documento: Herrera Elizalde RE. Reanimación cardiopulmonar en Latinoamérica: de la evidencia a la realidad. Acta Peru Anesthesiol. 2026;24(1):4-6. doi:10.65016/xzak5x04.

¿Cuántos paros cardíacos ocurrieron hoy en un quirófano latinoamericano sin que nadie los registrara en un formato que permita aprender de ellos? La pregunta no es decorativa; refleja un déficit de sistema. Las guías de la American Heart Association estiman que en Estados Unidos la incidencia del paro cardíaco extrahospitalario tratado por servicios médicos de emergencia alcanza 378.7 por 100,000 habitantes, con una sobrevida al alta cercana a 10.5%; en el paro intrahospitalario del adulto, la sobrevida ronda 23.6% [1]. En nuestra región, en cambio, seguimos sin contar con un registro poblacional unificado, sostenido y comparable al estilo CARES o EuReCa. Existen esfuerzos locales valiosos, pero aún fragmentarios, que muestran precisamente esa deuda estructural de medición y aprendizaje [2,3]. Si no podemos medir el paro cardíaco en Latinoamérica, difícilmente podremos mejorar su desenlace.

Este número temático nace, precisamente, de la urgencia de cerrar esa brecha. El momento es excepcional. Entre octubre y noviembre de 2025 convergieron la actualización de las guías AHA, las guías ERC, el CoSTR 2025 de ILCOR y la actualización de PeRLS para reanimación perioperatoria [1,4-6]. Rara vez coincide en tan poco tiempo una renovación tan amplia de las guías que sostienen la reanimación contemporánea. Para

el lector hispanohablante, esta coincidencia no representa solo una oportunidad de actualización, sino una obligación editorial. No basta con traducir recomendaciones. Hay que interpretarlas, jerarquizarlas y situarlas en el terreno real donde trabajamos: quirófanos con recursos heterogéneos, unidades críticas con distinta madurez organizacional, salas de urgencias tensionadas y programas formativos donde la enseñanza de la RCP todavía suele ser episódica, desigual y pocas veces evaluada por competencias [1,4-7]. En anestesiología, además, esta necesidad es aún más evidente. El anestesiólogo suele ser el primer respondedor del paro perioperatorio, en un entorno con monitorización continua, acceso inmediato a fármacos, control avanzado de la vía aérea y causas reversibles identificables en tiempo real. Esa singularidad justifica que la conversación regional no se limite al algoritmo general, sino que incorpore con claridad la perspectiva perioperatoria que PeRLS 2025 reconoce y sistematiza [6].

Con ese propósito reunimos ocho capítulos que recorren el campo desde sus raíces hasta su enseñanza. El trayecto inicia con la historia de la reanimación cardiopulmonar, no como ejercicio erudito, sino como recordatorio de que toda

práctica madura necesita memoria para no repetir simplificaciones ni confundir tradición con evidencia. A partir de ahí, el lector entra en el reconocimiento del ritmo, porque ninguna intervención es verdaderamente oportuna si parte de una interpretación electrocardiográfica imprecisa. La cartilla de arritmias aporta, en ese sentido, un lenguaje docente útil para residentes, anestesiólogos en formación y clínicos que deben decidir con rapidez. Desde esa base, el capítulo de desfibrilación revisa cómo hemos pasado de una visión lineal de la descarga a una comprensión más matizada de la fibrilación ventricular persistente, del cambio temprano de vector y del lugar que ocupan hoy las estrategias avanzadas a la luz de la evidencia y de las recomendaciones recientes [1,4,5].

Una vez reconocido el ritmo y entendida la lógica eléctrica del paro, el siguiente paso natural es discutir el acceso vascular. El capítulo sobre acceso intravenoso e intraóseo revisa el debate contemporáneo entre rapidez de obtención y su impacto real sobre los desenlaces clínicos, un tema que sigue sin resolverse por completo. Después de esas herramientas del algoritmo, el número aborda las circunstancias especiales, donde el lector abandona la lógica del paro estándar y vuelve al terreno donde realmente trabaja la anestesiología: causas reversibles, escenarios perioperatorios, condiciones fisiológicas particulares y entornos en los que la cronología del deterioro importa tanto como el algoritmo mismo. Más adelante, la discusión se desplaza con lógica hacia el periodo posparo. El capítulo de control de temperatura revisa cómo ha cambiado nuestra comprensión del manejo térmico posparo, desde el enfriamiento activo hasta la prevención de fiebre y el control dirigido de temperatura, obligándonos a dejar atrás la equivalencia automática entre hipotermia y neuroprotección, y a releer los ensayos y las guías con ojos más críticos [1,4,5]. A continuación, el texto sobre ventilación mecánica y oxigenación en lesión cerebral aguda recuerda que recuperar la circulación no equivale a recuperar el pronóstico; después del paro, el cerebro y el pulmón entran en una relación

crítica que exige precisión ventilatoria, prudencia en la oxigenación y comprensión fisiopatológica fina. Finalmente, el número cierra donde, a mi juicio, debía cerrar: en la educación. Porque todo lo anterior —ritmos, descargas, accesos, causas reversibles, temperatura, ventilación— solo adquiere valor real si puede enseñarse, practicarse, evaluarse y sostenerse en el tiempo [7,8].

Más allá del mérito individual de cada manuscrito, este número deja tres reflexiones que considero ineludibles. La primera es que nuestra región todavía tiene una deuda seria con el registro. Seguimos consumiendo evidencia de alta calidad generada principalmente en Norteamérica, Europa y algunos sistemas asiáticos bien estructurados, mientras nuestros hospitales carecen de plataformas robustas para documentar con lenguaje Utstein lo que realmente ocurre en el quirófano, en la sala de recuperación, en la UCI o en los servicios de urgencias [1-3]. La segunda es que la educación no puede seguir tratándose como un accesorio de la ciencia. La fórmula de supervivencia de Utstein sigue siendo incómodamente vigente: calidad de las guías × eficiencia educativa × implementación local. Si cualquiera de esos factores es cero, el producto es cero [8]. No es una metáfora elegante; es una advertencia operacional. Podemos disponer de mejores guías y mejores artículos, pero si la enseñanza de la reanimación continúa fragmentada, si el entrenamiento no incorpora simulación deliberada, debriefing, evaluación del desempeño y refuerzo periódico, el impacto clínico será menor del que imaginamos [7,8]. La tercera reflexión es que las sociedades científicas latinoamericanas tienen aquí una responsabilidad concreta. Su papel no debería agotarse en difundir resúmenes de guías, sino extenderse a la adaptación contextual, la estandarización de competencias, la creación de redes de entrenamiento y, sobre todo, la promoción de

registros auditables que permitan comparar procesos y resultados entre instituciones.

Invitamos al lector a recorrer estos ocho capítulos no como textos aislados, sino como un mapa integrado de la reanimación contemporánea. Cada contribución fue sometida a revisión editorial rigurosa con la intención de ofrecer una lectura crítica, actualizada y clínicamente aplicable para el anestesiólogo hispanohablante. Pero el trabajo real no está en estas páginas: está en el próximo paro cardíaco que atendamos, en el registro que decidamos llenar, en la clase que preparemos distinto. Agradezco sinceramente a los autores por su disposición a construir este número, al equipo editorial de Actas Peruanas de Anestesiología por sostener una apuesta académica necesaria, y al Dr. Víctor Chura Villena por la confianza depositada en esta visión editorial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merchant RM, Topjian AA, Dainty KN, et al. 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025;152(suppl 2):S11-S655.
2. Muñoz Henao SA, Giraldo Builes DE, Villa Velásquez JC, Elejalde Vidal PA, Vallejo Bocanumen CE. Characteristics of the out-of-hospital cardiac arrest attended by the medical emergency services in Medellín. A population-based retrospective cohort study. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2024;52:e1102.
3. Valencia W, Muñoz A, Cabrera D, Erazo M, Domínguez LC. Implementación del registro de paro cardiorrespiratorio en un hospital de segundo nivel. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2011;39(4):538-545.
4. Greif R, Lauridsen KG, Djärv T, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025: Executive Summary. *Resuscitation*. 2025;215(Suppl 1):110770. PMID: 41117573.
5. Berg KM, Bray JE, Djärv T, et al. Executive Summary: 2025 International Liaison Committee on Resuscitation Consensus on Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2025;152(16_suppl_1):S2-S22. PMID: 41122844.
6. Moitra VK, Einav S, Engelman DT, et al. Perioperative Resuscitation and Life Support (PeRLS): An Update. *Anesthesiology*. 2025;143(6):1453-1483.
7. Cheng A, Nadkarni VM, Mancini MB, Hunt EA, Sinz EH, Merchant RM, et al. Resuscitation education science: educational strategies to improve outcomes from cardiac arrest: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018;138(6):e82-e122.
8. Søreide E, Morrison L, Hillman K, Monsieurs K, Sunde K, Zideman D, et al. The formula for survival in resuscitation. *Resuscitation*. 2013;84(11):1487-1493.