

Carta al Editor

¿La cadena de supervivencia de la PCR debería ser el ciclo de supervivencia?



Should the CRA Chain of Survival Be the Survival Cycle?

Sr. Editor:

La parada cardiorrespiratoria (PCR) ocurrida fuera del hospital es una de las principales causas de muerte en Europa<sup>1</sup>. En 1991, la *American Heart Association* (AHA), propuso una secuencia denominada cadena de supervivencia<sup>2</sup> (CS), que incluía: activación rápida de los servicios de urgencia, reanimación cardiopulmonar inmediata realizada por los testigos, desfibrilación temprana y asistencia vital avanzada realizada por los profesionales. La CS ha ido evolucionando tanto por la AHA<sup>3</sup> como por el *European Resuscitation Council* (ERC)<sup>1</sup>.

Aunque hasta el momento las CS son uno de los iconos de la formación y divulgación de la PCR, en los últimos años se ha visto la necesidad de crear algunas acciones complementarias<sup>1,3,4</sup>. La importancia del primer reanimador ha ido en aumento en cada una de las actualizaciones. El primer reanimador realiza la acción más

importante de todo el proceso, que es la activación. Pero, además, no hay que obviar que también realiza un 50-75% (2-3/4 partes) o un 60-80% (3-4/5 partes) de los eslabones de las CS del ERC<sup>1</sup> o de la AHA<sup>3</sup>, respectivamente. En 2015 el ERC volvió a poner de manifiesto la importancia de la interacción entre los 3 pilares de la atención de una PCR<sup>1</sup>: el médico del centro coordinador, el reanimador lego y el acceso precoz a un desfibrilador. En las recomendaciones de 2015 de la AHA, también se hizo hincapié en la utilidad de la formación de los reanimadores para reconocer al paciente inconsciente y activar la CS (recomendación de clase I)<sup>3</sup>.

Por todo ello, se propuso crear un ciclo de supervivencia (figura)<sup>1,3,4</sup> que sea cíclico e incluya preparación y rehabilitación. Este ciclo empezaría por la preparación, que se basaría en dar formación a la población general, reforzar los conocimientos del entorno de los pacientes en mayor riesgo y facilitar la colocación de los desfibriladores y el acceso a ellos. Los sanitarios, maestros, políticos y sociedad en general, deberíamos optar por incluir de manera continua la formación de la PCR en los centros educativos<sup>5</sup>. Con ello quizá se conseguiría promover una sociedad que en unos años tendría una verdadera cultura de la reanimación. El resto de la cadena sería igual, pero con la inclusión al final de un eslabón que



Figura. Imagen del ciclo de supervivencia, basado en las cadenas de supervivencia.

fuera la rehabilitación, que se basaría en la evaluación del impacto en el paciente que ha sufrido una PCR y su familia y sus necesidades. Por otro lado, se deberían asociar mecanismos de rehabilitación e incorporación, en la medida de lo posible, a la vida cotidiana (personal, familiar y laboral).

Por último, es muy importante cerrar el ciclo mediante la creación de registros estandarizados que permitan evaluar el proceso y conocer la verdadera magnitud del problema, el efecto de las medidas tomadas y el impacto de las acciones de mejora. En este sentido, trabajos como los de Loma-Osorio et al.<sup>6</sup> demuestran, sobre casi 200 casos reales de uso del desfibrilador externo automático, con alto grado de seguridad y especificidad, tratando con éxito a la mitad de los pacientes que presentaron un ritmo desfibrilable. Todo este conocimiento ayudaría a mejorar la preparación y, por lo tanto, promover de nuevo el ciclo de supervivencia con información más precisa que permita conocer zonas de riesgo, evaluar el coste-efectividad, ubicar mejor las unidades de emergencias, colocar desfibriladores, desplegar sistemas pedagógicos de formación, definir a la población diana para entrenar, etc.

Carolina Cánovas Martínez<sup>a</sup>, José Manuel Salas Rodríguez<sup>a</sup>, Silvia Sánchez-Arévalo Morato<sup>b</sup> y Manuel Pardo Ríos<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Murcia (UCAM), Guadalupe, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Especialidades Quirúrgicas, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

\* Autor para correspondencia:  
Correo electrónico: [mpardo@ucam.edu](mailto:mpardo@ucam.edu) (M. Pardo Ríos).

On-line el 17 de enero de 2018

## BIBLIOGRAFÍA

1. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. *Executive summary Resuscitation*. 2015;95:1-80.
2. Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. Improving survival from sudden cardiac arrest: the «chain of survival» concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. *Circulation*. 1991;83:1832-1847.
3. Neumar RW, Shuster M, Callaway CW, et al. 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 1: Executive Summary. *Circulation*. 2015;132(18 Suppl 2):S315-S367.
4. Healthier Scotland. *Out-of-hospital cardiac arrest. A strategy for Scotland. Review 2015-16*. Edimburgh: Scottish Government; 2016. p. 1-44.
5. Miró O, Díaz N, Sánchez M. Aprender reanimación cardiopulmonar desde la escuela. *Emergencias*. 2012;24:423-425.
6. Loma-Osorio P, Nuñez M, Aboal J, et al. Proyecto Girona Territori Cardioprotect: evaluación del funcionamiento de los desfibriladores públicos. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:79-85.