



CARTAS AL DIRECTOR

Plan piloto de formación en soporte vital y RCP en las escuelas

Pilot plan for training in life support and CPR in schools

Sr. Director:

Hemos leído con interés y satisfacción el artículo «Novedades en métodos formativos en resucitación»¹ y a

propósito de la pregunta ¿A qué edad se puede iniciar la formación? y estando completamente de acuerdo con lo que responden los propios autores, quisiéramos aportar nuestra experiencia. En el año 2006 el Consell Català de Ressuscitació (CCR) junto a la Consejería de Educación y a la de Salud, iniciaron un «plan piloto» para la incorporación del soporte vital y la RCP en la formación escolar, que tenía dos ejes fundamentales para que fuera implementable en todas las escuelas, sostenible y permanente:

Tabla 1 Contenido curricular SVB y RCP. Formación en espiral

Ciclo	Años	Acciones	Acciones	Acciones	Acción
Infantil	P3	Peligro			
	P4	consciencia			
	P5	112			
Inicial	6	Peligro			
	7	consciencia Llamar 112			
Medio	8	Peligro	Abrir vía aérea		PLS
	9	consciencia Llamar 112	Valorar si respira		
Superior	10	Peligro	Abrir vía aérea	Compresiones	PLS
	11	consciencia Llamar 112	Valorar si respira	torácicas Conocerlas	
ESO	12	Peligro	Abrir vía aérea	Compresiones	PLS
	13	consciencia Llamar 112	Valorar si respira	torácicas Hacerlas	
	14	Peligro	Abrir vía aérea	Compresiones	PLS
	15	consciencia	Valorar si	torácicas	OVACE
Bachillerato	17/18	Llamar 112	respira	Hacerlas muy bien Boca-boca	
		Soporte vital básico			
		Soporte vital básico			

OVACE: obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño; PLS posición lateral de seguridad; SVB: soporte vital básico.

Véase contenido relacionado en DOI:
10.1016/j.medin.2011.03.008

1. Que se incluyera como una materia obligatoria en el «currículum escolar».
2. Que fueran los propios profesores del centro educativo los que realizaran la formación.

Una vez decidido que los docentes fueran los profesores de Educación Física, se formó un grupo de trabajo para diseñar el plan. El CCR aportó los conocimientos que deberían adquirir los alumnos y los profesores elaboraron cómo hacerlo (implantación, cronograma, materiales docentes, metodología, etc.). En el 2007 se procedió a la formación de formadores y en el curso 2008-2009 se inició la experiencia en tres centros de la ciudad de Tortosa, incluyendo a todos los alumnos, desde infantil y primaria hasta el final de la enseñanza obligatoria y bachillerato. Para ello se diseñó una «formación en espiral» (tabla 1), introduciendo «paso a paso» los conocimientos y habilidades de acuerdo con la edad y ciclo formativo y recordando lo anteriormente aprendido. El objetivo era «consolidar de forma permanente lo aprendido» para que el ciudadano esté convencido de que puede actuar eficazmente ante una situación de riesgo vital.

Después de 3 cursos en funcionamiento del plan piloto, estamos analizando los primeros resultados de las encuestas de satisfacción y las evaluaciones realizadas. En la actualidad se están incorporando nuevos centros educativos al proyecto.

Creemos que las diferentes experiencias existentes sobre formación en soporte vital y RCP^{2,3} en el estado deberían de ponerse en común y el foro más adecuado creemos que es el Consejo español de RCP (CERCP) con el fin de implicar al sistema educativo y a la administración.

Bibliografía

1. López Mesa JB, Martín-Hernández H, Perez-Vela JL, Molina-Latorre R, Herrero-Ansola P. Novedades en métodos formativos en resucitación. *Med Intensiva*. 2011;35:433-41.
2. García Vega FJ, Montero Pérez FJ, Encinas Puente R. La comunidad escolar como objetivo de la formación en resucitación: La RCP en las escuelas. *Emergencias*. 2008;20:223-5.
3. Cerdà Vila M, Chanovas Borrás M, Espuny Vidal C, Escalada Roig X. Grupo de trabajo de SVB a Educació de les Terres del Ebre. Plan Piloto de formación en Soporte Vital Básico en las escuelas. *Formación en espiral*. *Emergencias*. 2009;21:76.

M. Cerdà^{a,*}, M. Chanovas Borrás^a, X. Escalada Roig^a, C. Espuny Vidal^b y Grupo de trabajo de SVB a Educació de les Terres del Ebre

^a *Consell Català de Ressuscitació, Catalunya, España*

^b *Serveis territorials d'educació, Terres del Ebre, Tortosa, Tarragona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manelcerda@academia.cat (M. Cerdà).

doi:10.1016/j.medin.2011.11.012

Implantación de marcapasos endocavitarios transitorios

Temporary endocavitary pacemaker implantation

Sr. Director:

Tras la lectura del interesante original de Muñoz-Bono et al. («Eficacia y seguridad de la implantación de marcapasos transvenosos transitorios en una unidad de cuidados intensivos». *Med Intensiva* 2011; 35: 410-416)¹ deseáramos hacer algunos comentarios.

En primer lugar, sorprende el elevado empleo (92,3%) de la vena femoral (VF) como vía de inserción, a pesar de su referida baja tasa de infecciones locales (2,7%). Un amplio estudio comparativo con la vena subclavia (VSC) muestra tasas de complicaciones no mecánicas muy superiores (infecciosas (19,8%/4,5%) y trombóticas (21,5%/1,9%) constituyendo el único factor de riesgo para ambos problemas². En otra serie española³ se observa una enorme diferencia en la utilización de la VF (2,4%) y, en nuestra opinión, existe una mayor dificultad para dirigir el electrocatéter (incluso con balón) hasta la punta del ventrículo derecho, obligando al apoyo de la escopia y al retraso que conlleva. Además,

la presunta sencillez del procedimiento por VF disminuye en estados de hipotensión y bajo gasto, habituales en estos pacientes, aun sometidos a perfusión de isoprenalina o adrenalina.

No encontramos discrepancias entre la indicación del acceso venoso central para la colocación de un marcapaso transitorio (MT) o de otro dispositivo (catéter de Swan-Ganz, catéter de una o más luces) –si bien parecen asociarse más limitaciones (31%/11%) a estos últimos⁴– y resulta más recomendado en la literatura el uso de las VSC y yugular interna (VYI) porque, generalmente, originan menos complicaciones incluso mecánicas (neumo y hemotórax <6%)^{2,5}, también en emergencias y paro cardíaco⁵, facilitando la rápida ubicación del cable sin precisar soporte radiológico. El paciente consigue también más fácil movilidad –con ocasionales excepciones en el caso de la VYI, por incomodidad cervical– y se impide que los cambios posturales y el aseo provoquen desplazamiento del electrocatéter y su mal funcionamiento. Nuestra experiencia (datos no publicados) avala el uso de VSC y VYI fundamentalmente del lado derecho (para dejar libre el habitual acceso de la VSC izquierda al marcapaso definitivo), aunque está reconocida la mayor simplicidad de esta (10,4%/24,4%) por razones puramente anatómicas⁴.

Estamos totalmente de acuerdo con los autores en la frecuente aparición de episodios psicóticos, como consecuencia de la avanzada edad de los pacientes y del habitual retraso en la implantación del permanente, lo que motiva la prolongación de la estancia hospitalaria, con aumento de