

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Relatorio de una reunión técnica sobre intervalos entre nacimientos. Ginebra: OMS; 2006.
2. Minayo MCS. Pesquisa Social. 20 edn. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 2006.
3. Reno E, Rodrigues A, Ribeiro PM. Desmame precoce. Mitos e cultura. RECENF. 2011;9:29-38.
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo: SBP; 2006.
5. Ribeiro PM. Aleitamento materno: como incentivar. São Paulo: Scortecci; 2011.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa

de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

Patrícia M. Ribeiro^{a,b,*}, Ângelo C.B. Alvarenga^b, Leandro H.A. Silveira^b, Rafael N. Cardoso^b, Murilo C. Nascimento^a y Elton Vieira^b

^a Departamento de Enfermería, Universidad Federal de Alfenas (UNIFAL), Alfenas, Brasil

^b Facultad de Medicina, Universidad José do Rosário Vellano, Minas Gerais, Brasil

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tinero@oi.com.br (P.M. Ribeiro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.10.009>

Futuro de la metodología formativa en reanimación cardiopulmonar básica para población general

Future of basic cardiopulmonary resuscitation training methodology for the general population

Sr. Director:

El *European Resuscitation Council* (ERC) insiste en la necesidad de programas de enseñanza en reanimación cardiopulmonar (RCP) básica (RCPB) por parte de personal no sanitario¹. Se estima que la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) se triplicaría si se realizara RCPB por los testigos o primer interviniente².

Las sociedades científicas relacionadas en la divulgación de la RCP han intentado fomentar y regular la formación de RCPB a población no sanitaria, con gran éxito en relación con la asistencia, así como en lo relativo al cumplimiento de objetivos, consiguiendo la adquisición de habilidades y conocimientos óptimos del alumnado en RCP³. Sin embargo, se han encontrado con 2 problemas importantes, el mantenimiento de lo aprendido (*lucha contra la curva del olvido*) mediante el «reciclaje» y la capacidad para el mantenimiento de los programas desde el punto de vista logístico e institucional con el «coste económico» que ello lleva establecido y aparejado¹.

Se intentan fomentar e implantar megacampañas de RCPB dirigidas a población general con gran impacto social y mediático («inmediato y momentáneo»), sin pensar en el futuro. La mayoría de las iniciativas se realizan, en ocasiones, sin hacer una valoración exhaustiva del coste a expensas de ilusión y el convencimiento de su necesidad por parte del profesional, olvidando un elemento imprescindible como es el «reciclaje».

La ERC recomienda reciclaje en RCPB para población no sanitaria entre 12-24 meses⁴. Actualmente existen estudios que demuestran que sería recomendable reciclar conocimientos más frecuentemente entre 3 y 6 meses⁵. Esta continuidad es difícil de mantener de la forma clásica

(instructor-maniquí-curso presencial), debido al coste económico del curso de RCP básica al que hay que sumar el reciclaje, que además de aumentar los gastos nos dificulta la captación del alumno para que continúe reciclándose. Por lo que se aboga por encontrar nuevos métodos formativos y otros ámbitos para la difusión y enseñanza en RCP¹.

La nueva metodología formativa en RCP va aparejada al surgimiento de la enseñanza *online*, siendo un arma eficaz para fomentar e implantar la RCP. Se ha demostrado que una fase no presencial previa utilizando el método de *e-learning*, vídeo, CD, imágenes, etc., y dirigida por un instructor vía *on line*, disminuye el tiempo de la fase presencial, pero conservando una adquisición de conocimientos y habilidades adecuada similar al curso clásico recomendado por la ERC (4-6 h presenciales); además, ese método es muy bien valorado tanto por el alumno como por el docente⁴. Este tipo de formación *online* se caracteriza por: favorecer el aprendizaje y la investigación, activar las funciones intelectuales, propiciar la virtualidad y la colaboración, reducir de manera significativa el tiempo necesario para el aprendizaje, retener más tiempo en los conocimientos adquiridos y transmitir mayor volumen de información en menos tiempo⁶.

Pero no solo este método es eficaz como evento formativo primario, sino que es una alternativa muy eficaz para reciclarse. Se ha demostrado que tras la asistencia a un curso clásico de SVB la utilización de vídeos vía *online* y vídeo clip en móvil es una alternativa eficaz para reciclarse, ya que favorece la adaptación del horario y el bajo coste⁷. Probablemente este sistema de reciclaje sería muy efectivo en proyectos de formación en masa, inicialmente se formaría mediante el curso presencial acreditado y luego programar, coordinar, dirigir, facilitar y certificar el reciclaje vía *online*.

El futuro de la formación de la RCP nos lleva, además, a buscar otros marcos más idóneos. Actualmente ese futuro está en el ámbito escolar, en países occidentales comprobamos cómo la formación está más introducida, extendida y planificada, comenzando en los colegios de secundaria, experiencia llevada a cabo con resultados positivos en España. Varios autores refieren que la implantación de la enseñanza en RCP en la escuela solo requiere 3 h al año, tiempo mínimo que no interrumpe los contenidos académicos.

micos escolares. Otro marcos con experiencia demostrada son la autoescuela, primer interviniente (policía, bomberos, etc.) y la universidad⁴. Además se debería fomentar la inclusión curricular del conocimiento de RCPB para acceder a un puesto de trabajo.

Estos ámbitos perfectamente estructurados unidos a la enseñanza *online* permitirían el desarrollo, el reciclaje y el mantenimiento de la formación en RCPB a casi el 100% de la población con un coste económico mucho menor.

Pero no hay que olvidar que debemos acontecer estos métodos de forma unificada y acreditada, no de forma experimental y autodidacta. Debemos fomentar en las sociedades científicas la creación de un modelo unificado para su mejor implantación, así como las vías necesarias para formar a los instructores docentes en estas nuevas tecnologías.

Bibliografía

- Miró O, Escalada X, Jiménez-Fábrega X, Díaz N, Sanclemente G, Gómez X, et al. Programa de Reanimación Cardiopulmonar Orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES): conclusiones tras 5 años de experiencia. *Emergencias*. 2008;20:229–36.
- Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J. Effect of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. *Resuscitation*. 2000;47:59–70.
- Sastre Carrera MJ, García García LM, Bordel Nieto F, López-Herce Cid J, Carrillo Alvarez A, Benítez Robredo MT, et al. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en población general. *Aten Primaria*. 2004;34:408–13.
- López Messa JB, Martín Hernández H, Pérez Vela JL, Molina La Torre R, Herrero Ansola P. Novedades en métodos formativos en resuscitación. *Med Intensiva*. 2011;35:433–41.
- Soar J, Monsieurs KG, Balance JHW, Barelli A, Biarent D, Greif R, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 9. Principles of education in resuscitation. *Resuscitation*. 2010;81:1434–44.
- Alfonso Ferrer P C, Hernández Lazo R, Martín Alfonso D A. Contribución al desarrollo de la telemática en salud: curso a distancia «técnicas de reanimación cardiopulmonar cerebral». XII convención y feria internacional de informática. Cuba: Ciudad de la Habana; 2007 [consultado 1 Sep 2012]. Disponible en: <http://www.informatica2007.sld.cu/Members/pcferrer/contribucion-al-desarrollo-de-la-telematica-en-salud-curso-a-distancia-2010ctecnicas-de-reanimacion-cardiopulmonar-cerebra1201d/>
- Soar J, Mancini ME, Bhanji F, Billi JE, Dennet J, Finn J, et al. Part 12: Education, implementation, and teams 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*. 2010;81S:288–332.

Francisco M. Parrilla Ruiz^{a,*}, Dolores Cárdenas Cruz^a y Antonio Cárdenas Cruz^{b,c}

^a *Unidad de Urgencias, Hospital de Alta Resolución de Guadix, Guadix, Granada, España*

^b *Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España*

^c *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: parrilola@gmail.com (F.M. Parrilla Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.10.011>

Insuficiencia renal oculta en diabéticos tipo 2 de una unidad médica de atención primaria

Occult renal disease in type 2 diabetes mellitus in a primary care medical unit

Sr. Director:

El médico del primer nivel desempeña un papel importante en la atención de la nefropatía diabética ya que tiene la tarea de detectarla oportunamente y establecer el plan de manejo que, en caso necesario, incluirá la interconsulta al servicio de nefrología¹. Sin embargo, hay evidencias de que aún existe un subdiagnóstico de la enfermedad y un envío tardío al nefrólogo, identificándose como una de las causas, el utilizar la creatinina sérica como único parámetro para evaluar la función renal^{1,2}.

Actualmente se acepta que la estimación de la tasa de filtración glomerular (eTFG) mediante la ecuación del estudio *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) es un método que puede utilizarse en la atención primaria para detectar insuficiencia renal oculta, la cual se define como la presencia

de un filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m² en pacientes con creatinina sérica normal²⁻⁵.

Con el objetivo de conocer la prevalencia de insuficiencia renal oculta en diabéticos tipo 2 de la unidad de medicina familiar No. 21 de la Delegación Guanajuato del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó un estudio transversal retrospectivo donde se seleccionaron expedientes clínicos de pacientes que asistieron a consulta en el período de enero a diciembre de 2009. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, de 20-60 años de edad, con creatinina sérica < de 1,4 mg/dl en varones y < 1,3 mg/dl en mujeres. La TFG se estimó con la ecuación abreviada del estudio MDRD.

Se revisaron expedientes de 1.052 pacientes, 331 hombres (31,5%) y 721 mujeres (68,5%), con edad promedio de 50,3 ± 7,9 años, índice de masa corporal 30,5 ± 5,2, glucosa 172,7 ± 75,7 mg/dl, colesterol 206,1 ± 52,2 mg/dl, triglicéridos 231,6 ± 154,8 mg/dl, presión arterial sistólica 123,5 ± 12,7 mm Hg, presión arterial diastólica 78,2 ± 7,6 mm Hg, creatinina sérica de 0,79 ± 0,18 y eTFG de 95 ± 27,4 ml/min/1,73 m².

La insuficiencia renal oculta se detectó en el 7,4% (78) de los pacientes y de acuerdo con el sexo la frecuencia fue del 0,6% (2) en el hombre y del 10,5% (76) en la mujer.