

1. Gómez JJ. Los especialistas en adolescencia piden que la edad pediátrica llegue hasta los 18 años. *EL PAÍS* 1998; 7.834: 43.
2. Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, que regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud. En: Pérez Algar F, ed. *Legislación médica*. Madrid: CGM Servicios Empresariales, S.L., 111-113.

## Docencia

Docencia; Sesiones clínicas.

**Sres. Directores:** Las actividades docentes en los centros de salud deben ser parte integral y diaria del trabajo, pero muchas veces se limitan a simples reuniones organizativas o a reu-

niones «dependientes-de-laboratorios»; con el paso del tiempo se abandonan, por tedio y cansancio. Conviene, por ello, introducir variedad y atractivo en las actividades de formación continuada en el centro de salud. En la **tabla 1** se recogen las que realizamos en nuestro centro, que se han descrito en un texto reciente<sup>1</sup>. Pero, desde que se remitió para su evaluación dicho artículo hasta su publicación (desde finales de 1996 hasta mediados de 1998), se han producido algunos cambios en el equipo de atención primaria (EAP) de la c/ General Moscardó de Madrid, en lo que respecta a docencia. Entre ellos:

1. Las actividades docentes se han mantenido e incrementado en varie-

dad pese a los traslados y nuevas adjudicaciones de plazas, lo que demuestra que son actividades bien aceptadas por los profesionales.

2. Se están desarrollando nuevas actividades, que se incluyen en la **tabla 1**:  
– *Sesiones de problemas éticos en la práctica clínica*, una por trimestre, en las que se elige un tema, por ejemplo la confidencialidad, sobre el que se prepara un material teórico al que se dedican los diez primeros minutos para pasar inmediatamente a presentar, por cupos (médico y enfermera), casos y situaciones en los que ha habido ese problema, sobre los que se comenta y discute, adoptando decisiones prácticas (en el ejemplo, entre otras, llevar siempre las historias clínicas familia-

**TABLA 1. Sesiones docentes en un centro de salud no docente**

1. Casos clínicos
Clásicos: por estamentos; el profesional, elegido por turno, presenta los casos clínicos que ha seleccionado de su consulta, por su complejidad, por interés, por haber cometido un error, etc.
Monográficos: conjuntas; los profesionales, por parejas del mismo cupo, presentan un caso sobre la enfermedad, situación o problema señalado previamente
Sobre pacientes con baja laboral: de médicos; cada uno comenta los casos de su cupo (diagnóstico, dificultades en el manejo, relación con la especializada, etc.)
De seguimiento de pacientes («qué pasó con...»): conjuntas; se comentan los casos que se han atendido en una ocasión concreta, de otro cupo y del que el titular aclara la evolución clínica y social
De mortalidad: conjuntas; los profesionales, por parejas del mismo cupo, presentan y comentan los pacientes fallecidos en el semestre previo (diagnóstico, lugar de la muerte, control del dolor, problemas sociales, errores, etc.)
De derivación interestamentos: conjuntas; los profesionales, por parejas del mismo cupo, presentan y comentan pacientes derivados del médico a la enfermera, y viceversa, para analizar el proceso de derivación, los criterios y la oportunidad de las derivaciones entre estamentos
2. Auditoría de historias clínicas: conjuntas; un médico y una enfermera, de distinto cupo, elegidos por turnos, revisan y evalúan 4 historias clínicas de cada cupo (atención a demanda y programada, tanto en consulta como a domicilio) según normas y criterios que se actualizan en cada sesión para asegurar un proceso continuo de fomento de la calidad
3. Ética en la práctica clínica: conjuntas; se expone la teoría acerca de una cuestión seleccionada previamente y los profesionales, por parejas del mismo cupo, presentan casos que se refieren a dicha cuestión, comentando y tomando decisiones que mejoren la práctica clínica desde el punto de vista ético
4. Sesiones sobre medicamentos: Uso de medicamentos: conjuntas; un médico y una enfermera, del mismo cupo, elegidos por turno, analizan y comentan un grupo terapéutico, de forma que se destaque la mejor forma de utilización en la práctica clínica (interacciones, forma de ingesta, advertencias al paciente, selección apropiada de casos para su uso, etc.)
Consumo de medicamentos: de médicos; cada uno presenta y comenta la información que le llega acerca de su prescripción (mayor consumo, coste, indicadores de calidad, etc.) y se toman decisiones comunes que mejoren el consumo
5. Uso de recursos: conjuntas; los responsables de las distintas áreas presentan los datos del consumo de recursos en el semestre previo (gasto en personal, consumo en el cuarto de curas, gasto en farmacia, etc.) y se discuten formas de optimizarlo
6. Sesiones monográficas: conjuntas y por estamentos; el profesional, seleccionado por turno, elige un problema o cuestión y hace una presentación formal ante sus compañeros
7. Sesiones bibliográficas: por estamentos; el profesional, seleccionado por turno, comenta los artículos, libros y documentos que le han llamado la atención, o que se refieren a cuestiones/casos clínicos tratados previamente
8. Reuniones con especialistas: conjuntas; para tratar situaciones y cuestiones de interés común, o para comentar pacientes que se siguen en colaboración
9. Sesiones esporádicas especiales: con personal y sobre problemas según oportunidad (sesiones de los alumnos de enfermería y medicina, presentación de resultados de algún estudio realizado en el centro, etc.)

Nota: las sesiones conjuntas incluyen, como mínimo, a todos los médicos y enfermeras (en muchas ocasiones también a la trabajadora social y a la auxiliar de clínica; ocasionalmente incluso a los administrativos, como en la de usos de recursos). Las sesiones por estamento se realizan por separado, médicos y enfermeras.

res directamente del archivo al profesional).

– *Sesiones de seguimiento de pacientes* (*¿qué pasó con... ?*), una por trimestre, en las que se formaliza la información que se comenta y recibe acerca de ese caso/situación de otro cupo que atendió un profesional en una guardia, un domicilio o durante la ausencia del titular; el día anterior a la sesión se le pasa a cada profesional el nombre y número de la historia del/os paciente/s y en la sesión se comenta el devenir clínico y social del caso (por ejemplo, el paciente terminal que se atendió en una guardia y en el que hubo problemas con la familia, o el paciente con sospecha de infarto de miocardio y un electrocardiograma dudoso que se envió a urgencias). La cuestión de fondo es que los pacientes y situaciones de los que queremos saber más suelen ser «interesantes» y proporcionan ejemplos concretos para aumentar la calidad de la atención; si el caso se discute en el pasillo, sólo entre los profesionales directamente afectados, se pierde la oportunidad docente para los demás.

– *Sesiones sobre mortalidad*, una por semestre, en las que se comentan los pacientes que han muerto en los 6 meses anteriores, por cupos; cada médico y enfermera comentan sus casos con énfasis en los problemas concretos respecto a la calidad técnica y humana de la atención, el control del dolor –si lo hubo–, las relaciones con la familia, la sobrecarga de trabajo –en lo físico y en lo psíquico– para los profesionales, las relaciones con los especialistas, el uso del servicio de urgencias hospitalarias, los errores –si los hubo–, etc.; el objetivo es reflexionar, aprender y mejorar la atención de los pacientes antes de su muerte.

– *Sesiones sobre derivación entre estamentos*, una por trimestre, en las que se comentan casos, por parejas de profesionales de cada cupo, en el que el paciente fue derivado del médico a la enfermera y viceversa; el objetivo es

mejorar y analizar los criterios de derivación interestamentos, valorar la oportunidad y organización práctica de las derivaciones y ampliar el campo de colaboración entre la consulta médica y la de enfermería.

3. Seguimos siendo un centro de salud no docente para el posgrado (residentes de medicina de familia), pero somos centro docente acreditado para docencia de alumnos de enfermería (Escuela Universitaria de Puerta de Hierro) y de medicina (Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid).

### J. Gérvas

Médico general. Área 5, INSALUD.  
Madrid.

1. Gérvas J, Carra B, Fernández-Camacho MT, Pérez-Fernández M. La docencia en un centro de salud no docente. *Med Clin (Barc)* 1998; 11: 218-221.

## Los profesionales de la salud y el tabaco: una cuestión de incompatibilidades

Prevención; Tabaco

**Sres. Directores:** Las negativas consecuencias del hábito tabáquico en nuestra sociedad actual son, indiscutiblemente, mayores de lo que muchos creen. Casi siempre son las estadísticas, los fríos números y los porcentajes de «bajas» relacionadas con este hábito, los que retratan la magnitud del problema al que nos enfrentamos<sup>1</sup>. Sin embargo, sería imposible infravalorar esta realidad si detrás de cada porcentaje de mortalidad, o de cada estadística de años potenciales de vida perdidos como consecuencia de las muertes prematuras en relación a este hábito, pusieramos un nombre, una cara, una persona con unos proyectos vitales cercenados. La importancia de este hecho por sí solo hace que no entremos a valorar el impresionante coste social y económico que deriva de esta costumbre.

Sin duda los profesionales de atención primaria, y el personal sanitario en general, tienen ante sí una seria responsabilidad y un papel modélico que adoptar frente a sus pacientes.

Hemos leído con sumo interés el editorial del número de su revista correspondiente al 30 de septiembre titulado «El tabaquismo y los profesionales de atención primaria: algo se mueve»<sup>2</sup>, donde M. Nebot y A. Solbes reflejan la tendencia positiva en relación a la disminución en la prevalencia de fumadores, tanto en la población general como en el personal sanitario.

En relación a este tema, quisiéramos exponer los resultados obtenidos en un estudio descriptivo sobre hábito tabáquico realizado en el personal sanitario del Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés en 1997.

Se encuestó a los 71 profesionales sanitarios del servicio: 13 médicos, 45 enfermeras y 13 auxiliares de enfermería. La edad media fue de 36±7,48. Cincuenta eran mujeres (70%) y 21 varones (30%).

Como datos más destacados y, entre otros resultados valorados, observamos un total de 41 (57,7%) fumadores activos, 14 (19,7%) se declararon ex fumadores (suspensión del hábito tabáquico por un período superior a un año)<sup>3</sup> y 16 (22,5%) como no fumadores. En relación al sexo, entre los 21 varones, sólo 8 (38%) eran fumadores frente a 13 (62%) no fumadores, mientras que entre las 50 mujeres los porcentajes fueron de un 56% de fumadoras frente a un 44% de no fumadoras.

La edad de comienzo fue similar en ambos sexos: 18,1±3,4 entre las mujeres y 16,5±1,5 entre los varones ( $p < 0,01$ ).

Un 73% de fumadores manifestó un consumo inferior a 20 cigarrillos/día, mientras que el 27% restante consumía una cifra superior. En relación a la duración del hábito, un 42% de los fumadores llevaba más de 15 años fumando, si bien la mayoría presentaba