

CARTAS AL DIRECTOR

Algunas consideraciones a la Normativa sobre la rehabilitación respiratoria

Sr. Director: La publicación de la Normativa sobre la rehabilitación respiratoria por parte del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)¹ debe actuar como catalizador para la definitiva consolidación de la rehabilitación en patología respiratoria. Sin embargo, desearía puntualizar algunos conceptos vertidos en dicho documento. En la introducción, los autores atribuyen la limitación en el número de pacientes tratados los problemas de coordinación que se plantean por el hecho de que los fisioterapeutas pertenezcan a los servicios de rehabilitación y la valoración funcional dependa del servicio de neumología. Aun siendo cierta esta afirmación para la mayoría de hospitales, en ningún caso puede atribuirse a esta circunstancia el escaso número de programas. A mi modo de entender, los motivos de la poca implantación de los programas de rehabilitación pulmonar en España es de índole más profunda. Tanto la neumología como la rehabilitación española han demostrado un escaso interés por este tema. En el Libro Blanco de SEPAR del año 1984, según opinión de los neumólogos, la rehabilitación no estaba considerada como una especialidad prioritaria ligada al aparato respiratorio, y en el de 1993 el nivel de implantación de la rehabilitación respiratoria se situaba con una tendencia media del 3,3 (1-5)². Por su parte, la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física en un documento sobre el presente y futuro de la especialidad, publicado el mismo año, no mencionaba la rehabilitación respiratoria dentro de los servicios de rehabilitación hospitalaria que disponían de unidades clinicoterapéuticas. Estos datos pueden explicar la cultura que sobre la rehabilitación en el campo neumológico ha dominado hasta fechas muy recientes. El neumólogo ha considerado la rehabilitación respiratoria como una terapéutica con objetivos "blandos" y poco científicos, mientras que el rehabilitador no ha demostrado ningún interés por una terapia que ha considerado como algo "compleja" y alejada de las enfermedades que con más frecuencia son atendidas en rehabilitación.

Por otro lado, las modificaciones repetidas del tratamiento como consecuencia de la participación de varios especialistas diferentes, tal como se apunta en la Normativa, se obviarían si los facultativos implicados trabajaran en equipos multidisciplinarios. Probablemente la aplicación de protocolos comunes sea una solución óptima para resolver este problema. El neumólogo aportaría una mayor formación científica y el rehabilitador una mayor capacidad de trabajo en equipo². Deberíamos acostumbrarnos a trabajar por procedimientos asistenciales y no pensando que el facultativo de otra especialidad es un "competidor". Nuestros pacientes nos agradecerán que superemos métodos de trabajo obsoletos basados en las estructuras verticales de los servicios, que en la mayoría de casos no dan respuesta a las demandas actuales de una atención sanitaria interdisciplinaria.

También desearía señalar que al mencionar los componentes de los programas de rehabilitación, los autores hacen referencia a la terapia ocupacional y vocacional. Sin embargo, en el desarrollo de la Normativa no se explicita la terapia ocupacional. Con toda seguridad ésta es uno de los componentes terapéuticos con menor desarrollo, a pesar de alguna referencia a su aplicación en nuestro entorno³. Pero con toda seguridad, el hecho de no figurar su desarrollo será un lastre para la futura consolidación como herramienta terapéutica. Para finalizar, cabe señalar que la rehabilitación *vocacional* como traducción del vocablo inglés *vocational* lleva a confusión. En inglés *vocational* tiene la acepción de profesional, pero en español está relacionado con vocación y por tanto con "la inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al religioso"⁴. Probablemente todos necesitaremos un poco de inspiración divina para que nuestros pacientes estén tratados de la mejor manera por diversos profesionales sanitarios: médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermería, dietistas, asistentes sociales, etc.

R. Coll

Unidad de Rehabilitación Pulmonar.
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Badalona. Barcelona.

1. De Lucas P, Güell R, Sobradillo V, Jiménez CA, Sengenis M, Montemayor T et al. Normativa sobre la rehabilitación respiratoria. Arch Bronconeumol 2000; 36: 257-274.
2. Fishman AP. Pulmonary rehabilitation research. NIH Workshop Summary. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 825-833.
3. Coll R, Prieto H, Rocha E. Terapia ocupacional en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 1994; 30: 101-104 [Fe de errores: Arch Bronconeumol 1994; 30: 257].
4. Diccionario actual de la lengua española. Barcelona: Vox. Bibliograf, S.A., 1990.

Tabaquismo y estudiantes de ciencias de la salud

Sr. Director: El conocimiento sobre tabaquismo de los profesionales en formación relacionados con la salud es imprescindible para el control y prevención del mismo. Como la Dra. Nerin¹, pensamos en la infrautilización de este campo que es accesible, predispuesto y fácil de modificar. Si se está de acuerdo en el papel ejemplar y modélico que deben tener los sanitarios en la lucha contra el tabaco², las actitudes y conocimientos deben adquirirse ya en la forma inicial^{2,3}. Richmond³ señala, en una revisión exhaustiva sobre el tema, la necesidad de incorporar en los primeros años académicos formación específica sobre tabaquismo.

En este sentido, en nuestro hospital, donde se imparten clases de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, de Fisioterapia de la Universidad Alfonso XII y de Enfermería del CEU, al analizar el currículo, por ejemplo de Medicina, observa-

mos que no existe un tema específico sobre tabaquismo en ningún curso, aunque se hace referencia al mismo, compartido con otras drogodependencias, en la asignatura de medicina preventiva. Por el contrario, sí lo encontramos como tema único en cursos optativos sobre drogas en sexto curso. En cambio, en fisioterapia sí existe como tal tema específico en la asignatura de fisioterapia respiratoria. Lo anterior concuerda con lo encontrado en un trabajo previo realizado en centros de enseñanza de toda Europa⁴, donde se observó que sólo un 8% tenía módulos específicos de enseñanza en tabaquismo, en un 35% estaba incorporado sistemáticamente en otros módulos y en un 55% estaba integrado de una forma no sistemática.

Creemos que lo estamos haciendo mal y lo poco que se hace, seguramente, tarde. Según otros autores existe un bajo conocimiento sobre los efectos del tabaco en la salud^{3,5,6} en los estudiantes en formación. Creemos que quizá esto no sea así en todas las áreas porque incluso en ausencia de componentes formales sobre el tabaco los estudiantes incrementan sus conocimientos sobre los efectos del tabaco en general⁷. En un programa que estamos realizando en la actualidad en nuestros estudiantes y como resultados preliminares obtenemos que el 98,86% piensa que el tabaco provoca enfermedades y es malo para la salud. Lo definen como droga el 70,45% y sólo el 54,55% refiere haber recibido previamente algún seminario, clase, charla o intervención sobre tabaquismo. Si el conocimiento sobre el tabaco en general puede ser aceptable seguramente no lo es sobre el consejo médico, sobre la educación y promoción de la salud así como sobre los distintos tratamientos que se utilizan en la cesación tabáquica, que están por debajo de lo que sería aconsejable en los que van a ser los profesionales sanitarios del futuro. En otros países existen planes y diferentes intervenciones sobre los alumnos encaminados a aumentar las habilidades, conocimientos y aptitudes para conseguir un cierto entrenamiento en toda el área del tabaquismo^{2,7,8}. La introducción de seminarios específicos o talleres impartidos a los alumnos puede ser de utilidad (como han comprobado otros autores⁸). Nosotros hemos conseguido, en el momento actual, tras unos seminarios específicos, que por lo menos al acabar la intervención el 35,48% de los fumadores (35,23%) hayan cambiado su forma de pensar sobre el tabaquismo. Por otra parte, como profesores tenemos la obligación de inculcar a nuestros alumnos el ejemplo que deben dar siendo modelo para la sociedad y adoptando así una conducta de no fumadores^{2,3}. Sin olvidar que nosotros mismos somos el espejo donde se miran los estudiantes.

Debemos, por tanto, esforzarnos para que en los planes de estudios de todas las facultades y escuelas de ciencias de la salud se impartan programas y conocimientos sobre tabaquismo desde los primeros cursos, lo que desde esta tribuna nos gustaría hacer llegar a las autoridades de educación.

**J.I. de Granda Orive, T. Gutiérrez Jiménez
y J.M. Martínez Albiach**

Servicio de Neumología. Hospital Militar
Central Universitario Gómez Ulla.
Madrid.