

datos. En el 71 % de las ocasiones el diagnóstico obtenido fue el esperado.

El electrocardiograma es una prueba médica muy útil⁵ y accesible en medios extrahospitalarios; confirma el diagnóstico de la anamnesis y la exploración en casi tres cuartas partes de las ocasiones. La mayoría de las veces el resultado del electrocardiograma es normal, lo cual lo convierte en una herramienta muy útil para el diagnóstico diferencial de la enfermedad en AP, ya que apoya el diagnóstico clínico y sintomatológico del paciente. No obstante, el diagnóstico de un paciente con sintomatología cardiaca no puede ser únicamente realizado por el registro electrocardiográfico, ya que la clínica referida por el paciente, así como sus antecedentes, hacen que el médico de AP deba ver al paciente como un completo: cuando se presenta una duda razonable por el conjunto de síntomas, signos y pruebas a nuestra disposición, debe ser derivado a un segundo nivel en el que se pueda realizar un diagnóstico más completo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tecnología de diagnóstico apropiada en el manejo de las enfermedades cardiovasculares. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos 772; 1988.
2. Rodrigo Landero F. Sensibilidad y especificidad en el diagnóstico electrocardiográfico de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST del personal de urgencias en el

Hospital General Regional N.º 1 Vicente Guerrero [tesis doctoral]. Acapulco, Gro, México: Marzo 2011.

3. Falces C, Andrea R, Heras M, Vehi C, Sorribes M, Sanchís L, et al. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64: 564-71.
4. Palma Gámiz JA, Arribas Jiménez A, González Juanatey JR, Marín Huerta E, Simarro Martín Alonso E. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la monitorización ambulatoria del electrocardiograma y presión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 2000;53:91-109.
5. Rodríguez-Padial L, Rodríguez-Picón B, Jerez-Valero M, Casares-Medrano J, Akerström FO, Calderón A, et al. Diagnostic accuracy of computer assisted electrocardiography in the diagnosis of left ventricular hypertrophy in left bundle branch block. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:38-46.

Jaime González González^{a,*}, Juan José Criado Álvarez^b, Lizeth Molina Perdomo^c e M. Fernanda Alcocer Lanza^a

^a Centro de Salud Santa Olalla, Toledo, España

^b Centro de Salud La Pueblanueva, Toledo, España

^c Centro de Salud La Solana, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaimmeg@sescam.jccm.es

(J. González González).

1889-5433/© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). <http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.02.005>

Paso a paso en el camino del aprendizaje: 25 años enseñando medicina en un centro de salud

Step by step on the road to learning: 25 years of teaching medicine in a Primary Care centre

El crecimiento, a ritmo vertiginoso, de los nuevos conocimientos en el campo de la medicina, hace que sea imprescindible la actualización permanente de los conocimientos y habilidades necesarios en el trabajo diario, para mantener una buena práctica profesional.

La atención primaria (AP) se desenvuelve en un extenso campo, por lo que se hace imprescindible integrar en el quehacer diario actividades de formación continuada (FC), que mantengan y/o mejoren la competencia profesional. Uno de los medios de que disponemos en AP para mantener la FC son las sesiones realizadas en el propio centro de trabajo¹.

Aunque existen diversas formas de conseguir una FC adecuada², dentro de un equipo de AP, una de las más útiles es la realización de sesiones clínicas³ integradas en la jornada laboral, ya que tienen la posibilidad de llegar a todos los profesionales, máxime en estos momentos en que varias de

nuestras autonomías han eliminado o dificultan, en la práctica, los permisos para formación.

En nuestro centro de salud (CS) hemos valorado la evolución de las sesiones programadas y realizadas a lo largo de los 25 años, que el mismo lleva de andadura.

El cronograma se hace trimestralmente por parte del responsable de las sesiones, quien las distribuye entre las distintas consultas y las registra posteriormente.

Las sesiones se realizan 3 días a la semana durante la jornada laboral; a ellas acude la mayor parte del personal facultativo.

Durante los 25 años evaluados se han programado 2.841 sesiones (se han realizado el 84,7 %), de las cuales, en el 86,1 % de los casos, el ponente ha sido algún profesional del CS, y en el 13,9 %, el ponente ha sido externo⁴.

De las 2.446 con ponente interno, en el 71 % ha sido un médico de familia, en el 8,5 % un pediatra, en el 6,8 % un

enfermero, en el 2,5 % la trabajadora social (TS) y en el 10,7 % restante han sido sesiones del equipo.

Hemos realizado sesiones organizativas (12,9 %), clínicas (58,6 %), de protocolos (3,7 %), de herramientas de trabajo (estadística, informática, entrevista clínica, etc.) (9,1 %), de investigación (6,1 %) y varias (calidad, casos sociales, etc.) (8,3 %).

Cuando valoramos las sesiones/semana realizadas a lo largo de los 25 años (excluyendo el periodo estival) estas han sido un promedio de 2,5 sesiones, lo que consideramos un buen nivel.

Aunque la mayoría han sido de tipo clínico, también hemos tenido en cuenta que era preciso realizar otro tipo de sesiones (organizativas, de calidad, informáticas, talleres de manejo de nuestra página web, investigación, casos sociales, etc.), ya que en los centros docentes, como es el nuestro, es muy importante programarlas, teniendo en cuenta las necesidades no solo clínicas de los residentes. En nuestro CS, desde hace 4 años, las sesiones están acreditadas⁵ por el Sistema Nacional de Salud con 12,6 créditos anuales.

Es muy importante que un equipo de AP se implique en actividades investigadoras, sobre todo evaluando las distintas actividades que diariamente se realizan en el propio CS. En el nuestro, el 6,1 % de las sesiones se han dedicado a lo largo de los últimos 25 años a este campo, lo que consideramos un porcentaje importante.

También se ha desarrollado un porcentaje nada despreciable de sesiones conjuntas con la TS de forma periódica, sobre casos ocurridos entre nuestros pacientes, de aspecto fundamentalmente social.

Por otro lado, hemos establecido como un indicador individual para la productividad variable, implicarse activamente en la elaboración y presentación de al menos 5 sesiones anuales, lo que ha servido para premiar, de alguna manera, a los profesionales que se esfuerzan en este aspecto del trabajo en equipo.

El sistema de organización de las sesiones en nuestro CS cumple con el decálogo para mejorar las sesiones docentes.

El número total de sesiones programadas ha ido descendiendo; sin embargo, el porcentaje de realización, sobre todo en los últimos 5 años, ha mejorado ostensiblemente, y se acerca al 100 %. Esta mejoría de realización puede explicarse, en parte, porque este último periodo ha coincidido con un proceso de certificación de la calidad de nuestro CS por parte de un organismo externo acreditado, lo cual ha supuesto un gran

esfuerzo del equipo para reactivar todas las actividades que se realizan en el mismo.

Consideramos, sin embargo, que la principal limitación de este estudio es no haber realizado una evaluación sistemática de la repercusión que las sesiones han supuesto en los cambios en la práctica clínica de los profesionales del CS.

Conflicto de intereses

No existe ningún conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera R, Garrido S, Miguel I, Sanz M, Arrojo E, Cervera EJ. Sesiones docentes en Atención Primaria. Experiencia en los centros de un Área de Madrid. *Aten Primaria*. 2011, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.04.019>
2. Cantero JI, Ramírez D. Evaluación de un proceso de Desarrollo Profesional Continuo: el Desarrollo Profesional Continuo de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria un año después. *Semergen*. 2010;36:208-15.
3. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;2:CD003030, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>
4. Klein D, Allan GM, Manca D, Sargeant J, Barnett C. Who is driving continuing medical education for family medicine. *J Contin Educ Health Prof*. 2009;29:63-7.
5. Moliner J, Carrera P, Lobo E, Ortega MT, Mozota J, Rabanaque MJ. La mayoría de los médicos cree que es bueno pasar por exámenes periódicos de recertificación. *Aten Primaria*. 2012;44:53-4.

Francisco Antón-García*, Elena Correcher-Salvador e Daniela F. Pruteanu

Centro de Salud Fuensanta, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fanton250v@gmail.com (F. Antón-García). 1889-5433/© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). <http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.02.007>