

necesitar tratamiento dental debe realizarse antes. Durante el tratamiento con bifosfonatos serán necesarias revisiones periódicas.

Aunque hasta ahora se ha recomendado la suspensión de los bifosfonatos ante el diagnóstico de ONM, de momento no hay evidencia científica que demuestre que la discontinuación del tratamiento mejore la cicatrización de la necrosis ósea maxilar^{4,6}. Inicialmente, se recomienda tratamiento conservador (antisépticos, antibioticoterapia orales y cámara hiperbárica), posponiendo el tratamiento quirúrgico siempre que sea posible.

Así pues, todo paciente oncológico en tratamiento con bifosfonatos que presente síntomas tales como dolor maxilar o caída de piezas dentarias, debe hacer sospechar una posible ONM.

Bibliografía

1. Dodson T. Intravenous Biphosphonates Therapy and Biphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:44–52.
2. Pastor D, Garatea J, Martino R, Etayo A, Sebastián C. Osteonecrosis maxilar y bifosfonatos. Presentación de tres nuevos casos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11:E76–9.
3. Nota informativa: Recomendaciones para la prevención de la ONM asociada al tratamiento con bifosfonatos. Agencia Española del Medicamento. Septiembre 2009.
4. Saiz F, Galea T, Valentin R. Osteonecrosis maxilar asociada a bifosfonatos. A propósito de un caso. *Med Pal.* 2008;15: 65–8.
5. Ruggiero SL, Dodson T, Landesberg R. AAOMS Position Paper on BRONJ-2009 Update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:2–12.
6. Cherry L, Estilo CL, Van Poznak CH, Williams T, Bohle GC, Lwin PT, et al. Osteonecrosis of the Maxilla and Mandible in patients with advanced cancer treated with bisphosphonates therapy. *The Oncologist.* 2008;13:911–20.

Elisenda Bolívar Puigoriol^{a,*}, Núria Camprodon Tuneu^a,
Cristina Farriols Danés^b y José Planas Domingo^b

^aEAP Gòtic, Insitut Català de la Salut, Barcelona, España

^bUnidad de Cuidados Paliativos, Servicio de Oncología Médica, Hospital de la Esperanza, IMAS, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elibolivar@hotmail.com

(E. Bolívar Puigoriol).

doi:10.1016/j.aprim.2009.11.010

En tiempos de Bolonia: ¿qué nos aporta una rotación externa en otro país Europeo?

In Bologna process: what can we learn doing a rotation in another European country?

Sr. Director:

Aunque el actual programa de formación en Medicina de Familia¹ ofrezca al residente una rotación externa, esta oportunidad dista de ser práctica habitual. El objetivo de esta carta es contribuir a promover los intercambios profesionales a partir de una experiencia personal.

Mi rotación externa transcurrió en un centro urbano de atención primaria en Amberes (Bélgica), compuesto por dos médicos de familia y una residente. El sistema de salud belga se basa en el sistema Bismarck (Seguro de Salud) y el español en el sistema Beveridge (Sistema Nacional de Salud). Siendo ambos sistemas públicos, comparten principios generales. Sin embargo, la gestión de la atención primaria difiere sustancialmente, pues en Bélgica se organiza de manera privada, estableciendo acuerdos con el sistema público: son los profesionales los que gestionan su propio centro.

En Cataluña y Madrid hay centros autogestionados por entidades de base asociativa que tienen un funcionamiento similar, basado en tres pilares: financiación pública, provisión privada y control público de los resultados. Sus defensores encuentran ventajas tales como mayor

autonomía e implicación del profesional, mejor salario y satisfacción global².

En Bélgica, el paciente paga 21,50€ por acto médico en el momento y, posteriormente, recibe un reembolso parcial por parte del Seguro de Salud. El médico obtiene su sueldo de la diferencia entre los cobros de los pacientes y otros extras, y los gastos necesarios para hacer funcionar el centro. Esto no es solo una diferencia en la gestión de la sanidad, sino que confiere una conciencia de gasto tanto al usuario como al profesional.

En cuanto a la atención médica, los belgas gozan de libre elección de médico en el país. En este centro, el tiempo fijado por consulta era de veinte minutos, y además las médicas desempeñaban simultáneamente las labores de enfermería y administrativa, con lo que la atención global al paciente resultaba muy efectiva.

Un adelanto importante con respecto a España es la tarjeta individual del paciente con su información clínica, que permite su atención sanitaria en distintos centros, y con la que los médicos españoles todavía soñamos. En este momento, el proyecto de Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud se encuentra próximo a la fase de pilotaje que en diez comunidades autónomas³.

El sistema de formación belga en medicina de familia dura dos años, que siguen a un año teórico común a otras especialidades. La residencia se desarrolla en el centro de salud, sin contemplarse rotaciones hospitalarias ni en atención especializada. Cada residente tiene un tutor, con el que establece una relación similar a la nuestra. La responsabilidad del residente es mayor desde el principio, y sobre todo más

constante respecto a España, donde es conocidamente oscilante según distintas rotaciones y servicios.

Como residente, me parece importante replantear cuestiones como el derecho y obligación del médico en formación a adquirir una responsabilidad progresiva tutelada y también la conveniencia de que nuestros resultados sean evaluados.

Personal y profesionalmente estas experiencias son muy valiosas, especialmente en el contexto de la Unión Europea, que desde 1993 facilita la libre circulación de médicos y el reconocimiento mutuo de títulos^{4,5}.

Las comisiones de docencia deberían contemplar las rotaciones externas como una gran oportunidad para importar ideas en materia de formación. Además ahora, «en tiempos de Bolonia», unificar la forma de trabajo en Europa debería ser una prioridad en los planes de formación para lo que es muy enriquecedor conocer previamente la heterogeneidad y peculiaridades de los diferentes pueblos.

Agradecimientos

Karen Smets, Centro para la Prostitución de Amberes (Ghapro).

Myrjam Cramm, Joke Van Herck, Centro de Salud de Korte Nieuwstraat, Amberes.

Pierre van Damme, Instituto de Vacunología y Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Amberes.

doi:10.1016/j.aprim.2009.10.021

Bibliografía

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Formación para especialistas. Barcelona: semFYC 2005.
2. Martínez León N. Participación de los médicos en la gestión de los centros sanitarios. *Aten primaria*. 2008;40:487-8.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Proyecto de Historia clínica digital en el Sistema Nacional de Salud. [consultado 1/4/2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic02.htm>.
4. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en España. Recopilación de la legislación europea sobre libre circulación de médicos y reconocimiento mutuo de títulos. [consultado 1/4/2009]. Disponible en: www.cgcom.org/europa_al_dia.
5. Casado Vicente V, Bonal Pitz P. La medicina de familia, clave en el sistema universitario español ante el reto del Espacio Europeo de Enseñanza Superior. *Aten Primaria*. 2004;33:171-3.

Mar Sacristán Germes* y María José Álvarez Pasquín

^aCentro Universitario Santa Hortensia, área 2, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

marsacristan4@yahoo.es (M. Sacristán Germes).

Optimización de recursos en el cribado serológico de la embarazada

Optimising resources in the serological screening for pregnancy

Sr. Director:

En la actualidad se realiza de manera sistemática, a toda mujer embarazada, el cribado serológico frente a *Toxoplasma gondii*, virus de la rubéola, virus de la hepatitis B (VHB), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y *Treponema pallidum*.

Un resultado negativo de IgG frente a rubéola indica susceptibilidad a la infección y se debe proceder a la vacunación de la gestante después del parto, mientras que un resultado positivo refleja inmunidad permanente, no siendo necesarias determinaciones posteriores en ningún otro momento^{1,2}.

En lo que refiere a la toxoplasmosis, una serología IgG negativa, solicitada al inicio del embarazo clasifica a la embarazada como susceptible de padecer la infección, en cuyo caso la intervención será recomendar medidas preventivas higiénico-sanitarias. Ante un resultado positivo, se pueden seguir dos criterios: a) en ausencia de manifestaciones clínicas o de sospecha de infección, se considerará como una infección previa al embarazo, con ausencia de riesgo de infección

primaria aguda en este y en sucesivos embarazos, o b) investigar una posible infección aguda y tratarla en su caso².

En Andalucía, el cribado serológico frente a *T. gondii* en embarazadas está orientado a la detección de personas susceptibles para adoptar medidas de prevención primarias. Estas actuaciones están recogidas en el proceso asistencial embarazo, parto y puerperio³.

Con el objetivo de conocer el gasto originado por las solicitudes innecesarias de serología IgG frente a rubéola y *T. gondii* a gestantes del área norte de la provincia de Granada, se han revisado, en el sistema informático del laboratorio de microbiología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, los antecedentes serológicos de las mujeres de las que se habían recibido sueros para cribado serológico normal de embarazo entre abril 2007 y marzo 2008.

Para el cálculo del gasto originado, se utilizó como referencia el establecido en el catálogo de estudios de microbiología de la Comunidad de Andalucía del año 2000⁴, que establece un valor relativo (se valoraron los tiempos de dedicación de recursos humanos y los gastos de material fungible) para la serología IgG frente a rubéola o *T. gondii* de 40 unidades relativas de valor.

El número de gestantes para las que se determinó la IgG frente a rubéola fue de 3.931, de las que se disponía de antecedentes serológicos por embarazo previo en 1.882 casos (47,9%), siendo estos positivos en el 97% (n = 1.825) de ellos. Se solicitaron 3.541 serologías IgG frente a *T. gondii*, siendo positivas 601 (17%), y se disponía de antecedentes