

2. Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Alviarez V, Pérez MG, Bustamente S. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. *Rev Calid Asist.* 2007;22:133–40.
3. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Pesetb R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist.* 2002;17:273–83.
4. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Made-ruelo Fernández JA. Perceptions and expectations of Primary health care: a new form of identifying improvements. *Aten Primaria.* 2005;36:358–66.
5. Barrasa JI, Aibar Remón C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo 1986–2001. *Rev Calid Asist.* 2003;18:580–90.
6. Ruiz Martínez A. La satisfacción de los usuarios con los servicios públicos de Atención Primaria. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:33–48.

María Isabel Orna Esteban^{a,*},
María Jesús Torrubia Fernández^b, Irene Peña León^b y
Carlos Isanta Pomar^{b,c}

^a Centro de Salud La Almunia de Doña Godina, Zaragoza España

^b Centro de Salud (C.S.) San José Centro, Zaragoza, España

^c Grupo de Investigación de Atención Primaria del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabel_orna@hotmail.com

(M.I. Orna Esteban).

doi:10.1016/j.aprim.2010.02.007

¿Por qué es importante salir al extranjero durante la residencia en medicina de familia? ¿cómo lograrlo?

Why is it important to go overseas during the general practice vocational training program? How to do it?

Sr. Director:

Es importante salir del entorno nacional por razones varias: el contacto con nuevas ideas y diferentes formas de trabajo, la exposición a mejores prácticas y a altos estándares en la asistencia médica, el aporte para el desarrollo del currículo profesional personal, el logro de nuevos contactos, la mejora del nivel de idiomas y de las habilidades de comunicación en un entorno distinto y otras muchas ventajas que superan en mucho a los inconvenientes y que justifican la necesidad de un apoyo institucional tanto por parte del tutor como de la unidad docente¹. En general este apoyo existe, pero no es infrecuente la falta de estímulo o la carencia de soporte financiero.

El periodo de rotación internacional no siempre debe cumplir el requisito del traslado real de la persona fuera del país ni de la propia consulta, y de hecho conviene que en gran parte sea «a distancia». Por ejemplo, con la participación en listas de correo como la española MEDFAM o la brasileña SBMFC. Más importante que el viaje internacional en sí mismo, lo es la inmersión en un ambiente de exposición a las ideas y a un idioma diferente.

En otros casos la experiencia internacional se gana con el simple asistir a reuniones científicas de grupos de interés, lo que tampoco exige una rotación propiamente dicha. Así, por ejemplo, la pertenencia a sociedades científicas profesionales extranjeras y la asistencia a sus congresos puede ayudar a compensar déficits formativos específicos². Para un residente portugués la participación en el Congreso de semFYC es muy importante no solo porque contribuye al fortalecimiento de los vínculos profesionales con colegas españoles, sino también por la oportunidad de adquirir sus publicaciones (no disponible su venta a través de Internet para

fuera de España). Otro ejemplo, la asistencia a las reuniones internacionales de la European General Practice Research Network, que facilita el contacto de los residentes con grupos de investigación y allana el camino a la formación y la colaboración en la investigación internacional en atención primaria³.

La realización de la rotación internacional propiamente dicha aporta tanto una nueva visión social como científica y profesional. Por ejemplo en zonas rurales, puede darnos una idea de otra estructura y organización, de las relaciones del médico con otros poderes sociales (alcalde, farmacéutico, maestro, trabajador social) y el conocimiento del impacto de la geografía y la distancia en la prestación de la atención sanitaria. La comparación de la organización de servicios entre el propio país y el visitado permite valorar las posibilidades de mejora en origen del trabajo y de la polivalencia práctica en situaciones distintas pero extrapolables⁴.

Es también una experiencia internacional el participar en actividades de periodismo médico en revistas extranjeras, como la posibilidad del desarrollo de habilidades para escribir en otro idioma o el conocimiento del peculiar énfasis en la revisión crítica de la literatura médica según ambientes y hábitos científicos y profesionales distintos. Por otro lado, obviamente, tal experiencia da la oportunidad de trabajar con directores, consejos de redacción y grandes organizaciones⁵.

Por último, no debemos olvidar que aunque cada vez son más las ofertas de oportunidades internacionales con un programa estructurado como el Hipócrates o los programas de intercambio de las asociaciones nacionales de residentes (por ejemplo, el organizado recientemente por el Comité Internacional Júnior del Real Colegio de Médicos Generales en Glasgow), sigue siendo importante la búsqueda y creación de nuestras propias oportunidades internacionales, porque no hay nada como algo hecho a nuestra medida.

Agradecimientos

Dr Juan Gérvas (Madrid), Dra Elena Serrano (Barcelona), Dr José Carlos Patrício (Rio de Mouro), Dra Sara del Olmo (Madrid).

Bibliografía

1. Gavilán-Moral E, Jiménez de Gracia L, Olivero F, Arévalo de Miguel E, Vega L. Rotaciones externas de residentes. AMF. 2006;2:482-6.
2. Villanueva T, Gavilán-Moral E. Cross-border training opportunities in Family Medicine in a Europe without frontiers. Aten Primaria. 2009;41:714.
3. Rotar-Pavlic D. European General Practice Research Network and its mission for Strong Research in Primary Health Care. Eur J Gen Pract. 2007;13:46-7.
4. Serrano E, Gervas J. Rotación rural. AMF. 2009;5.
5. The Clegg Scholarship: an alternative elective [consultado 1/2/2010]. Disponible en: <http://archive.student.bmj.com/issues/02/11/life/432.php>.

Tiago Villanueva

Medicina Geral e Familiar, USF AlphaMouro, Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa de Algueirão-Rio de Mouro, Sintra, Portugal

Correo electrónico: tiago.villanueva@gmail.com.

doi:10.1016/j.aprim.2010.02.006

Variación de la masa ósea tras tratamiento con atorvastatina. Estudio MOyAT[☆]

Changes in bone mass with atorvastatin. BM AND AT study

Sr Director:

Con el objetivo de valorar, mediante densitometría (DEXA) central las variaciones de la masa ósea (MO) originadas por la ingesta de atorvastatina, se diseñó un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico con seguimiento por inclusión de un fármaco.

Se llevó a cabo en Centros de Salud de Zaragoza, con pacientes reclutados por 10 investigadores. Los criterios de inclusión fueron: personas mayores de 18 años, de ambos sexos, con indicación de tomar atorvastatina (cualquier causa y dosis, y no haber tomado antes alguna estatina).

Se excluyeron los que tomaban Calcio, vitamina D, antirresortivos o Terapia Hormonal Sustitutiva.

Tras tolerancia y eficacia del tratamiento con atorvastatina se solicitó consentimiento informado para realizar la valoración inicial de la MO mediante DEXA central independientemente de los factores de riesgo asociados para padecer osteoporosis.

A los 18 meses, se realizó otra DEXA para valorar las modificaciones en la MO si había seguido el tratamiento con atorvastatina.

El estudio se adhiere a las recomendaciones de la Declaración de Helsinki sobre aspectos éticos.

Se creó una base de datos con Excel (2007) y los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 15. Se aceptó un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

La muestra inicial fue de 97 pacientes y completaron el estudio 85, 68 mujeres y 17 hombres. La media de edad fue $65,29 \pm 8,67$ años. Las pérdidas se justifican por la necesidad de instaurar tratamiento antirresortivo.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la MO tras 18 meses de tratamiento con atorvastatina, ni tampoco al comparar la T-score de la primera DEXA frente a la segunda. La [tabla 1](#) muestra la

descripción de la muestra según sexo, edad y valor de T-score según la OMS 1994.

Experimentalmente se ha constatado que las estatinas potencian la nueva formación de tejido óseo tanto «in vitro» como en modelos animales (roedores)¹.

Desde el punto de vista clínico, algunos estudios apuntan a favor del incremento de MO en pacientes tratados con inhibidores de la HMG-CoA reductasa², en cambio otros indican que las estatinas no originan un aumento significativo de la MO, de hecho, no se ha constatado este punto tras una amplia revisión del Women's Health Initiative (WHI)³, ni tampoco en otro ensayo reciente⁴.

En relación a nuestro estudio ni de forma global ni por grupos se ha conseguido demostrar un nivel de significación tras 18 meses. En este aspecto, los estudios realizados con bifosfonatos han sido de al menos 3 años (valoraciones de hasta 7 años después) consiguiéndose incrementos del 10% en MO⁵. Por otro lado, en la mitad de los casos hay aumentos en la MO entorno al 4% y en la otra mitad pérdidas equiparables, lo que pone de manifiesto que quizás existan otras variables no controladas en el estudio que influyan en la MO. Como apunta Pérez-Castrillón⁶, quizás puedan influir los niveles de vitamina D en la efectividad del mismo. Los estudios con antirresortivos siempre son con suplementos de calcio/vitamina D. En el grupo de mujeres postmenopáusicas osteoporóticas, es en el que se observa el incremento de la MO en mayor porcentaje de pacientes, casi el 70%, si bien, tampoco es significativo.

Sería interesante haber valorado también la incidencia de fracturas vertebrales para comparar con la población general, dato que no fue recogido. Tampoco se encontró en la bibliografía consultada ningún estudio comparativo de tratamiento con estatinas frente a antirresortivos, otro punto que queda sin dilucidar.

En el momento actual y con los datos de nuestro estudio no hay evidencia de que el tratamiento con atorvastatina varíe la MO sin descartar que, estudios posteriores con periodos de tiempo más largos y con suplementos de calcio/vitamina D puedan apoyar otros supuestos.

Financiación

El grupo PFIZER costeó la realización de todas las densitometrías así como el soporte de imprenta y los cuadernos de recogida de datos usados por los investigadores.

[☆] El listado de los miembros del Grupo MOyAT se presenta en el Anexo 1