

Por Juan Gérvas, Miguel Ángel Ripoll Lozano y Mercedes Pérez Fernández

**¿Eliminar la menstruación?
*Is menstruation obsolete?***

id:102-1

Autor: Derry PS.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;334:955. Citas 0. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Escribe este texto una psicóloga gringa, a favor de la menstruación. Da respuesta al libro *Is menstruation obsolete?*, de 1999, donde se proponía eliminar la menstruación al considerarla anti-natural y enfermiza; basan su argumento en que la mujer prehistórica casi no reglaba, pues se pasaba toda su vida embarazada y dando de mamar. Sin embargo, razona nuestra autora, lo anti-natural e ilógico es emplear un medicamento todos los días. Un medicamento de efectos desconocidos a largo plazo. Lo natural y lógico es reglar, como expresión final de la ovulación. Lo malo es que lo que puede ser importante en algún caso se llegue a imponer en la mayoría (como la terapia hormonal en la menopausia).

Cáncer de mama y cribado mamográfico.

id:102-2

Autores: Gérvas J, Ripoll MA.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clín (Barc). 2007;129:199. Citas 9. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los resultados sobre la eficacia de la mamografía en el cribaje del cáncer de mama tienen poco que ver con los resultados en la práctica clínica (efectividad), como comentan los autores. Sacan provecho de un trabajo leonés, de los pocos en el mundo que se refieren a esta cuestión. En dicho estudio, en mujeres de 45 a 69 años, se demuestra que 1/ la mitad de los cánceres de mama ocurren fuera de esa edad, 2/ la mitad de los cánceres en esa edad se dan en mujeres que no se hicieron mamografía, y 3/ la mitad de los que se dan en las mujeres de esa edad que se hicieron mamografía se escaparon a la misma (falsos negativos). La mamografía fue útil en uno de cada 7 casos. Y fue peligrosa (falso positivo, retraso diagnóstico) en uno cada 9.

Los falsos positivos en la mamografía, en Canadá, EEUU y Europa.

id:102-3

Systematic review: the long-term effects of false-positive mammograms.

Autores: Brewer NT, Salz T, Lillie SE.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2007;146:502-10. Citas 87. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: No hay prueba diagnóstica infalible, y la mamografía de cribaje para el cáncer de mama, menos. Se calcula que el 11% de la mamografías dan un falso positivo (en EEUU). ¿Cómo se comporta la mujer tras un falso positivo? Los autores, gringos, intentan dar respuesta a la pregunta a través de la revisión exhaustiva de la literatura (en inglés). Encuentran 23 estudios observacionales, 13 de ellos europeos. Tras el falso positivo, las mujeres canadienses se hacen menos mamografías de cribaje, las europeas siguen igual, y las gringas se hacen más. Todas ellas tienen más ansiedad y se auto-examinan más las mamas. ¡Pobres mujeres!

Prudencia al aconsejar sobre cribaje de cáncer de mama a las mujeres de menos de 50 años.

id:102-4

Screening mammography for women 40 to 49 years of age: a clinical practice guideline from the American College of Physicians.

Autores: Qaseem A, Show V, Sherif K, Aronson M, Weiss KB, Owens DK for the CEASACR.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2007;146:511-5. Citas 31. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El cribaje del cáncer de mama mediante mamografía tiene dudosa utilidad en las mujeres de 50 a 65 años. Pero hay médicos (y políticos) que quieren ampliar la edad para incluir a las mujeres de 40 a 49 años. Aquellos deberían leer este prudentísimo texto del *American Collage of Physicians* en el que se hacen cuatro recomendaciones para este grupo de mujeres: valoración individual, información de beneficios y perjuicios, toma en consideración de preferencias y más investigación. Aquí, en España, hay quien está dispuesto a "salvar" a las mujeres del cáncer de mama sin más, por las bravas, sin esta prudencia gringa.

Los riesgos de la mamografía de cribaje, ignorados en las mujeres de 40 a 49 años.

id:102-5

Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians.

Autor: Reynolds EE.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2007;146:516-26. Citas 154. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Las mamografías de cribaje para el cáncer de mama se están intentando implantar en las mujeres de 40 a 49 años, sin saber mucho sobre beneficios y perjuicios. Los autores hacen una revisión sistemática para el *American Collage of Physicians*. Se centran en 117 estudios y concluyen con un resultado positivo, de disminución del 15% de la mortalidad por cáncer de mama. Lo malo es la escasez de estudios en los que se analice a fondo el problema de los perjuicios de las mamografías en este grupo de edad, cuestión que se revisa a fondo en este texto.



De 40 a 49 años, la mamografía de cribaje requiere datos (no fe).
Breast cancer screening for women in their 40s: moving from controversy about data to helping individual women.

id:102-6

Autores: Elmore JG, Choe JH.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2007;146:529-31. Citas 20. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Puesto que hay más que dudas respecto al valor del cribaje con mamografía, y más en las mujeres de 40 a 49 años, es hora de ofrecer datos y no creencias (de transformar la fe en los beneficios en la racionalidad de los resultados). Los autores son clásicos en estos trabajos, y piden que a la mujer se le informe de lo que sabemos. Que de 40 a 49 años, la reducción del riesgo absoluto de morir de cáncer de mama, tras un década de mamografías, es de 0,04%. Que la mitad de las mujeres recibirán un resultado falso positivo. Que una quinta parte se verá sometida a una biopsia mamaria innecesaria. Etc.

Estudio de la utilización de analgésicos en el tratamiento de procesos dolorosos ocasionales, leves y moderados, en farmacias comunitarias (estudio FANAL).

id:102-7

Autores: Hours JE, Redín A, Puerdo MG, Ferreres I, Garrido C.

Revista/Año/Vol./Págs.: Pharm Care Esp. 2007;9:10-18. Citas 6. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En este trabajo madrileño, cincuenta y tres farmacéuticos de oficina de farmacia analizaron la solicitud y el uso de medicación analgésica sin receta por mayores de 18 años. En total participaron 1.010 pacientes, de edad media 42 años, el 74% mujeres. El 79% de los pacientes solicitó el analgésico para automedicación. Se dispensó sobre todo ibuprofeno (41). El 73% se automedicó correctamente. La sobredosificación fue más frecuente con ibuprofeno.

Limitaciones al uso de condroitina.

Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip.

id:102-8

Autores: Reichebach S, Sterchi R, Scherer M, Trelle S, Bürgi E, Bürgi U et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2007;146:580-90. Citas 58. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los dolores de artrosis, y la consiguiente impotencia funcional llevan a la implantación de prótesis de rodillas y de caderas. Es lógico intentar algún tratamiento más que el puramente analgésico. De ahí el uso de condroitina y remedios parecidos. Los autores, europeos (suizos, ingleses y holandeses) hacen una revisión sistemática, y localizan 20 ensayos clínicos sobre la eficacia del uso de la condroitina. Son de gran heterogeneidad, y los más pequeños y sin análisis "por intención de tratar" dan resultados a favor del efecto de la condroitina. En los tres ensayos clínicos de mejor calidad la condroitina no tiene efecto apreciable. El meta-análisis con 12 ensayos clínicos concluye con "no eficacia".

A favor de la condroitina como placebo.

Chondroitin for pain in osteoarthritis.

id:102-9

Autor: Nelson DT.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2007;146:611-2. Citas 12. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En los EEUU se venden en las herboristerías y similares píldoras para la artrosis de condroitina y glucosamina (por valor de los mil millones de dólares anuales). Además, se receta condroitina como medicamento, también con la esperanza de aliviar el dolor en las artrosis. El autor razona que quizá no haya plausibilidad científica, ni pruebas a favor de su uso, pero ¿por qué poner pegajos al paciente mejora? Lo dice a propósito del artículo previo, donde queda claro que en los ensayos clínicos de calidad la condroitina no mejora. Incluso comenta que de lo que se ingiere sólo en 12% pasa íntegro a la sangre, y que creer que eso se incorpora al cartílago es absurdo, y que la artrosis es más que degeneración del cartílago, etc. Pero propone seguirlo usando si al paciente le va bien...

El mismo riesgo, tomar aspirina que conducir el coche.

What's more dangerous, your aspirin or your car? Thinking rationally about drug risks (and benefits).

id:102-10

Autores: Cohen JT, Neumann PJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs. 2007;26:636-46. Citas 24. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Todo en la vida tiene beneficios y riesgos. Desde salir de casa a quedarse en ella. Lo mismo sucede con los medicamentos. Los autores comparan riesgos varios para demostrar que no es fácil hacerse idea de lo que significa una cifra dada. Y proponen que las agencias de aprobación de medicamentos comparen explícita, cuantitativa y consistentemente riesgos y beneficios. Dan datos curiosos. Por ejemplo, la aspirina diaria en varones mayores de 50 años tiene el mismo riesgo de muerte por 100.000 personas-año, (11 muertes), que conducir un coche. Lo más riesgoso, trabajar de leñador (357 muertes), o conducir una moto (450).

**El papel del recepcionista ante la demanda de consulta del paciente.
*How do receptionists view continuity of care in general practice?***

id:102-11

Autores: Alazri M, Heywood P, Leese B.

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Gen Pract. 2007;13:75-82. Citas 33. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En el Reino Unido se han propuesto que los pacientes que piden consulta con su médico general sean vistos en menos de 48 horas. En esta asignación es clave el recepcionista, que atiende en primer lugar al paciente y decide si le pregunta más o a qué médico le asigna. Los autores toman contacto con 119 gerentes de *Primary Care Trusts* de Leeds, Reino Unido. Consiguen la participación de 58, quienes les ponen en contacto con 330 recepcionistas de centros de salud. Contestan 148, y manifiestan que lo importante es asignar un médico ya, aunque no sea el del paciente. Y que no están dispuestos a preguntar muchas cosas a los pacientes.

**Acceso sin cita a casas de socorro llevadas por enfermeras.
*Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: ecological study.***

id:102-12

Autores: Maheswaran R, Pearson T, Munro J, Jiwa M, Campbell M, Nicholl J.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;334:838-41. Citas 9. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La demanda de atención inmediata es insaciable. En el Reino Unido han intentado dar respuesta a ello con el teléfono directo, y con las casas de socorro (*walk-in centres*). Estas últimas abren casi todo el día, las llevan enfermeras, atienden sin cita, y se dedican a cuestiones menores. El objetivo es disminuir la demanda sobre el médico general. Los autores demuestran que este objetivo no se cumple. Analizan los tiempos de espera de los médicos generales que trabajan alrededor de las casas de socorro, y demuestran que no hay cambios. Las casas de socorro simplemente duplican atención, no la substituyen.

**Más acceso, más uso.
*NHS walk-in centres.***

id:102-13

Autor: Salisbury C.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;334:808-9. Citas 12. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La idea de que es posible ampliar los servicios sanitarios para dar respuesta a la demanda es un poco primitiva, y lleva a innovaciones que aportan poco. Lo comenta en este editorial, a propósito del estudio previo, pues las casas de socorro sólo amplían las posibilidades de consultar, pero no disminuyen las consultas a otros centros y profesionales. El autor, inglés, sugiere que ofrezcan algo similar los propios centros de salud, con enfermeras que atiendan sin cita. El objetivo es aumentar la accesibilidad. A este propósito, se hace notar que el incentivo monetario fuerte lleva a mentir respecto al tiempo de espera para ver al médico general (se dan cifras "maquilladas").

**Impacto en Asturias de las urgencias de atención primaria sobre las hospitalarias.
*Un análisis de cointegración de series temporales.***

id:102-14

Autores: Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública. 2007;81:191-200. Citas 31. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: En Asturias se confirma lo que ya sabemos, sobre la suma de atención urgente, no su substitución. Los autores utilizan casi seis millones y medio de urgencias, entre 1994 y 2001, para determinar si la implantación de los "puntos de atención continuada" (urgencias de primaria) disminuye la presión sobre las urgencias hospitalarias. Las urgencias aumentan el 6% anual en Asturias, y la actividad de las urgencias en primaria no disminuye las urgencias hospitalarias (aunque hay una excepción, en el área sanitaria de Oviedo). Los autores abogan por redefinir los servicios de urgencias.

**Diferencias internacionales en la práctica médica de la atención primaria.
*Diagnostic scope of and exposure to primary care physicians in Australia, New Zealand and the United States: cross sectional analysis of results from three national surveys.***

id:102-15

Autores: Bindman AB, Forrest CB, Britt H, Crampton P, Majeed A.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;334:1261-4. Citas 9. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Las comparaciones internacionales de la práctica clínica ayudan a entender la organización de servicios en los países comparados. Ello hacen los autores, con datos de estudios acerca de la actividad de los médicos de atención primaria. Muy llamativo, saber que las visitas por año por persona son de 5,2 en Australia, 3,7 en Nueva Zelanda y 1,8 en EEUU. En cada consulta, la media de problemas atendidos es de 1,4. Los médicos estadounidenses ven menos variedad de problemas, y los neozelandeses muchos más. Estos tienen menor proporción de niños en la consulta, y aquellos, los que más (30%).

**El peligro de los incentivos excesivos.**

id:102-16

The Quality and Outcomes Framework: what have you done to yourselves?**Autores:** Mangin D, Toop L.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract. 2007;57:435-7. Citas 17. JG.**Calificación:** Excelente.

Comentarios: Los incentivos ayudan a hacer las cosas bien, si están bien diseñados y se emplean bien. No es un retruécano, sino la pura realidad, pues pocas veces se diseñan e implantan como deben los incentivos. Este es el caso de los incentivos ingleses para los médicos generales, que llegan a representar el 20% del total de los ingresos. Con cifras tales, sostienen los autores del editorial, neozelandeses, no hay incentivación sino coerción (se impone hacer lo que se incentive, aunque vaya en contra de los intereses del paciente). La cuestión de fondo es el profesionalismo, el contenido final del trabajo del médico general, que ya no se sabe cuál es. Los incentivos pueden llegar a destruir la esencia de la Medicina General, advierten los autores. ¿Aprenderemos en cabeza ajena?

Diferencias en la esperanza libre de discapacidad por sexo y Comunidades Autónomas en España.

id:102-17

Autores: Gispert R, Ruíz-Ramos M, Arán M, Viciano F, Clot G.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Esp Salud Pública. 2007;81:155-65. Citas 27. MPF.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: El grupo de Rosa Gispert lleva décadas estudiando la mortalidad en España, y demuestra siempre que se puede obtener más información de la que uno se imagina a partir de los registros oficiales. En este caso, con cifras de 1999, combina los datos sobre mortalidad y población, con los resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Demuestran claramente que las mujeres tienen más años de expectativa de vida, pero menos años de expectativa de vida sin discapacidad. Hombres y mujeres tienen menos expectativa de vida sin discapacidad en Andalucía y en Murcia.

Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico.

id:102-18

Autores: Lorenzo-Cáceres A, Otero Puime A.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Esp Salud Pública. 2007;81:131-145. Citas 30. MPF.**Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: Los autores, madrileños, demuestran que es falsa la idea de que se ha publicado poco sobre la evaluación de la reforma de la atención primaria española. Reconocen que no basta con analizar lo publicado en revistas, y que hay que incluir informes y tesis doctorales, pero al final se consigue mucha información. Más de la mitad (53%) de los artículos se publicó en la revista Atención Primaria, seguida de Gaceta Sanitaria (13%) y Medicina Clínica (9%). Dos tercios de los textos se referían al proceso de la atención, y de estos la mayoría se dedicaron al gasto farmacéutico, urgencias y satisfacción de los profesionales.

Porcentaje de publicación de las comunicaciones presentadas en congresos de atención farmacéutica.

id:102-19

Autores: Andrés JC, Andrés NF, Fornos JA.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Pharm Care Esp. 2007;9:80-84. Citas 23. MPF.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: Mucho de lo que se presenta en los congresos no se publica luego en revistas, como demuestran los autores, de Pontevedra, al analizar los congresos nacionales de atención farmacéutica. Ha habido tres, y analizan 425 comunicaciones a los mismos. Localizaron 64 (15%) publicadas. Casi todas en la revista Pharmaceutical Care España (39, el 61%). En total en 11 revistas, nueve españolas. El logro de publicación es menor que en los congresos de reumatología (21%) y en anestesia (17%).

Evaluación de los aspectos formales de las revistas pediátricas españolas.

id:102-20

Autores: Alexandre R, González de Dios J, Valderrama FJ, Bolaños M, Valderrama JC.**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Pediatr (Barc). 2007;66:272-81. Citas 34. JG.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: Las revistas científicas permiten difundir experiencias y conocimientos, y juegan un papel importante en la mejora de la calidad clínica. Los autores, valencianos, revisan la calidad de las revistas españolas de pediatría, según parámetros distintos, desde la presentación de la revista y de los artículos a las características del contenido, los parámetros de difusión, y los comités editoriales y científicos. Sobre un máximo de 82 puntos la revista Anales de Pediatría obtiene 63 (Gaceta Sanitaria obtiene 69, y Medicina Clínica consigue 64). Le sigue Pediatría de Atención Primaria, con 57 puntos.

**Relación entre la asistencia a guarderías y enfermedad infecciosa aguda en la infancia.
Una revisión sistemática.**

id:102-21

Autores: Ochoa C, Barajas MV, Muñoz B.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública. 2007;81:113-29. Citas 104. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: En este trabajo zamorano se hace una revisión a fondo de todo lo publicado sobre el aumento de infecciones en los niños que asisten a guarderías y jardines de infancia. Localizan casi dos mil publicaciones, de las que aportaron información válida sólo 52 estudios (2 ensayos clínicos, 32 estudios de cohortes prospectivos y 18 de cohortes retrospectivos), que engloban 127.000 niños. La asistencia a guardería podría aumentar la infección respiratoria y digestiva entre un 35 y un 50%. Por ejemplo, el riesgo relativo de otitis media con derrame es de 2,43, y el de infecciones respiratorias bajas 2,1.

Impacto en salud de las vacunas.

id:102-22

Childhood immunisation: what is the future?

Autores: Pollard AJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Dis Chile. 2007;92:426-33. Citas 36. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Las vacunas se han convertido en parte del arsenal terapéutico, sin que le demos la importancia que tienen. Como se insiste en este artículo, ni los antibióticos han tenido tanto éxito. El autor, inglés, aprovecha comentarios seleccionados de médicos europeos para ir repasando el enorme positivo impacto en salud de las vacunas, y los problemas en el futuro. Por ejemplo, acerca de conseguir un calendario europeo, fundado científicamente. O acerca de la necesidad de que la seguridad tenga prioridad sobre la eficacia. O sobre la conveniencia de lograr nuevas rutas de administración que eviten las inyecciones.

Autismo y la vacuna triple vírica.

id:102-23

MMR: marginalised, misrepresented and rejected? Autism: a focus group study.

Autores: Milton S, Hunt K, Petticrew M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Dis Child. 2007;92:322-7. Citas 42. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Las vacunas se aplican a niños sanos y precisan de la benevolencia de los padres (de su creencia en los beneficios futuros) por lo que hay que descartar la más mínima duda de efecto adverso importante. En el Reino Unido hay una polémica que dura casi diez años sobre la relación entre la vacuna triple vírica (contra el sarampión, las paperas y la rubéola) y el autismo. Aunque se ha demostrado que dicha relación carece de fundamento científico, en este trabajo, inglés, con grupos focales, se demuestra que los padres de niños autistas todavía tienen sus dudas. Y lo que es peor, no se sienten entendidos por los profesionales sanitarios.

El síntoma "cansancio" como expresión de mala salud.

id:102-24

Once tired, always tired? Limitations in function over time of tired patients in Dutch general practice.

Autores: Kenter EGH, Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H.

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Gen Pract. 2007;13:67-74. Citas 35. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Las consultas por signos y síntomas mal definidos son muy frecuentes. En este trabajo holandés, se parte de los 684 pacientes con "cansancio" como razón de consulta y problema atendido. Al cabo del tiempo (máximo 19 meses) se les manda una encuesta, a ellos y a un grupo control, a la que responden el 64% de los casos y el 66% de los controles. Se demuestra que el cansancio persiste hasta 19 meses, y se acompaña de mala salud, de ansiedad y depresión, mayor uso de los servicios sanitarios, y limitaciones de la actividad física.

La reducción proporcional de la incertidumbre.

id:102-25

Quantifying how tests reduce diagnostic uncertainty.

Autor: Coulthard MG.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Dis Chile. 2007;92:404-8. Citas 4. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Las pruebas diagnósticas ayudan a disminuir la incertidumbre. Ante un caso clínico el médico suelen manejar un diagnóstico más probable, y para confirmarlo-descartarlo solicita las pruebas diagnósticas apropiadas. Ante el resultado de la prueba, lo importante es su valor predictivo, lo que significa respecto a la certeza diagnóstica. Este valor predictivo depende de la prevalencia de la enfermedad en la población. El autor, inglés, plantea un nuevo concepto "la reducción proporcional de la incertidumbre", que aúna el valor predictivo en poblaciones con diferente prevalencia de enfermedad, y se puede expresar en gráficas, lo que le da gran sentido clínico.



Diabetes

Tratamiento de la hipertensión arterial en los diabéticos: una revisión crítica.

id:102-26

Autores: Miguel F, García A, Montero MJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: SEMERGEN. 2007;33:241-9. Citas 50. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: El grupo de Valladolid que mantiene "El ojo de Markov" se caracteriza por el rigor de sus análisis, como demuestran en este texto sobre una cuestión controvertida. Se nos pide a los clínicos que tratemos agresivamente la hipertensión de los diabéticos, y siempre con más de un medicamento, IECA o ARA II, pero ¿cuál es el fundamento de estas recomendaciones? Escaso y dudoso. El problema es transformar la información que se deduce de los ensayos clínicos en recomendaciones para guías, consensos y protocolos. Los autores demuestran que no es fácil, y que la interpretación puede ser interesada.

Bajas laborales

Incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, y la Comunidad Autónoma.

id:102-27

Autores: Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública. 2007;81:183-90. Citas 19. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Las bajas laborales tienen duración muy variable, como demuestran los autores, catalanes. Analizan 76.598 episodios de baja laboral, en todo España, iniciados en 2002, gestionados por Cyclops, una mutua patronal. El 22% de los pacientes había vuelto al trabajo al 4º día, y el 75% al 26º día. La duración media fue de 9 días. Las bajas duran más en las mujeres, en los mayores de 40 años, para los que trabajan en la hostelería, y en Asturias (a los 45 días estaba de alta el 75%, contra sólo 12 días en Navarra).

Alerta SEMG



GlaxoSmithKline

Le facilita cualquiera de los artículos reseñados en esta sección

Nombre y apellidos:.....

Centro de trabajo:.....

Dirección:.....CP:.....Provincia:.....

Teléfono:.....Fax:.....e-mail:.....

Indique a continuación el título, primer autor, número de edición de **medicinageneral**, mes y año

título	primer autor	nº edición	mes	año	id

Enviar, citando **medicinageneral** - Alerta SEMG, a CIC centro de información GSK - Tel. 902 202 700 e-mail: es-ci@gsk.com - Fax 918 070 479

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos en el presente formulario se incluirán en un fichero cuyo responsable es GlaxoSmithKline, S.A. con domicilio en C/ Severo Ochoa, 2. 28760 Tres Cantos (Madrid) con la finalidad del envío de artículos de revistas científicas. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y anulación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en sus términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercitarlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionado, indicando CIC Centro de Información de GSK.