

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

Más competición ¿más verdad?

id:111-1

Competition and truth in the market news.
Autores: Gentzkow M, Shapiro JM.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Econ Perspectives. 2008;22:133-54. Citas 54. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Cuando uno ve cómo se difunden algunas noticias científicas se pregunta por los mecanismos que llevan a su publicación repetida. Por ejemplo, los resultados de algunos estudios presentados en congresos, que se corren como la pólvora y cuando los examinan no merecen ni una mención. ¿Cómo se logra y cómo se podría evitar esta difusión absurda, con el consiguiente impacto en los pacientes y público en general? Los autores, economistas estadounidenses, se centran en un problema concreto, sobre el impacto de la libre competencia en los medios de difusión en la transmisión de la verdad. Terminan admitiendo la bondad de dicha competencia. El problema es que cada vez se da menos tal libre competencia. Es decir, cada vez los medios de comunicación están más concentrados y controlados.

Cambios periodísticos sobre la impotencia.

id:111-2

Chemistries of love. Impotence, erectile dysfunction and Viagra in Läkartidningen.
Autor: Jonhson E.

Revista/Año/Vol./Págs.: Nordic J Masculinity Studies. 2008;3:31-47. Citas 40. JG. **Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: Las enfermedades no tienen existencia por sí mismas pues son el producto de un acuerdo social. Lo nuevo respecto a las enfermedades es su creciente definición por los médicos (la pérdida de poder de la sociedad para definir salud y enfermedad). La autora, sueca, lo demuestra claramente estudiando 16 años de comentarios, textos y publicaciones en un diario sueco. Son ocho años antes de la comercialización del sildenafil, y ocho años después. Antes se publicaron 8 artículos sobre impotencia, y después 28; cambia, pues, la frecuencia de publicaciones. Además, antes se habla de impotencia y después de disfunción eréctil. Antes es una situación que puede llegar a ser normal en ocasiones, y luego se transforma en una enfermedad que requiere estudios y tratamientos médicos. Antes tiene que ver con la madre posesiva después tiene causa vascular. Etc.

El impacto de las noticias sobre suicidios.

id:111-3

The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study.
Autores: Cheng ATA, Hawton K, Lee CTC, Chen THH.

Revista/Año/Vol./Págs.: Internat J Epidemiol. 2007;36:1229-34. Citas 28. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Soy de la opinión de no publicar noticias sobre sucesos, atentados y demás. Es más, creo que lo prudente es no publicar ninguna de estas noticias, y que vuelva a salir de nuevo "El Caso" para que los interesados puedan empaparse. Su publicación sólo logra incrementar el morbo del populacho (clases medias y altas incluidas) y tiene repercusión indudable en conductas. Lo demuestran en este texto los autores, chinos de Taiwán, al estudiar las variaciones de los suicidios durante las cuatro semanas siguientes al suicidio de un varón célebre por la televisión. Se ahorcó, y se demuestra un aumento de los suicidios por ahorcamiento, más en varones y en jóvenes. Fue un suicidio sonado, que ocupó horas en todas las televisiones y páginas y páginas en los periódicos, durante más de dos semanas. En fin. A veces nuestro morbo es peligroso.

Acceso gratis, más lectores, no más citas.

id:111-4

Open access publishing, article downloads and citations: randomized controlled trial.
Autores: David P, Lewenstein BV, Simon DH, Booth JG, Connally MJL.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ; 2008;337:a568. Citas 33. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: De un tiempo a esta parte se ha vuelto popular el que te cobren por publicar. Se supone que todos los que publicamos somos ricos o tenemos patrocinadores ricos. Al pagar por publicar los artículos se vuelven de acceso gratis, lo que provocará mayor visibilidad e impacto a la publicación. Los autores, estadounidenses, distribuyeron al azar 1.619 artículos publicados en 11 revistas de la *American Physiological Society*. Estudiaron las consultas de esos artículos y sus citas (en el año siguiente a su publicación). Aumentó enormemente el número de veces en que consultó y "bajó" el artículo de acceso gratis (hasta el 89% el texto íntegro), pero no hubo diferencias en lo que respecta a la citación al año (59% de los artículos con acceso libre contra 63% en los artículos con acceso restringido a los suscriptores).

Es difícil mejorar la transmisión de información al paciente.

id:111-5

Interventions before consultations to help patients address their information needs by encouraging question asking: systematic review.
Autores: Kinnersley P, Edwards A, Hood K, Ryan R, Proust H, Cadbury N et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ; 2008;337:a485. Citas 43. JG. **Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: Los pacientes llegan a la consulta nerviosos, con mil cuestiones en la cabeza, pero luego se aturullan y apenas hacen alguna pregunta, de forma que salen frustrados, con mucha menos información de la que querían. Se puede intentar ayudarles antes de la consulta para que preparen sus cuestiones, bien con profesionales sanitarios, bien con documentación, bien con otros métodos. Los autores, ingleses y australianos, se preguntan si ello vale la pena. La respuesta es negativa. Revisan la literatura y localizan 33 ensayos clínicos con un total de 8.244 pacientes. La preparación logra un modesto impacto en la satisfacción con la consulta y en hacer mejores preguntas; no tiene impacto ni en la ansiedad previa a la consulta ni en el conocimiento tras la misma ni en su duración. Parece pues, poco útil preparar al paciente para la entrevista.



Impresiones de un residente en la rotación por un centro de salud rural.

id:111-6

Autores: Pérez Pascual M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Médicos Familia (SoMaMFyC). 2008;10(1):45-7. Citas 10. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los residentes ven con ojos más inocentes nuestra práctica clínica, como bien demuestra la autora, que ha pasado por nuestro centro rural y escribe un texto descriptivo y sencillo, muy informativo. Está bien que la durísima experiencia de las guardias en los hospitales se complemente con docencia más humana en el medio rural. Y es importante que los residentes se acostumbren a escribir sobre lo que han visto, para que tenga rigor su reflexión, y no se quede en charla de café. En este caso, por ejemplo, la residente se da perfecta cuenta de la distinta forma de trabajo del médico y de la enfermera, algo obvio en todos los centros de salud (urbanos y rurales). También le llama la atención la confianza de los pacientes en su médico. O que el médico rural siga siendo el que atiende a los niños desde el nacimiento.

Evaluación de la atención primaria.

id:111-7

A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil.

Autores: Macinko J, Almeida C, Klengelhoefer P.

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy Planning. 2007;22:167-77. Citas 25. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: No es fácil evaluar los servicios sanitarios, y más hacerlo con un instrumento sencillo y rápido. Lo logran los autores, como demuestran en Brasil. Tienen un cuestionario para valorar accesibilidad, primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación, foco en la familia, y orientación a la comunidad. Además, obtienen un índice conjunto, que sintetiza la opinión del encuestado. Comparan los nuevos centros (equipos asalariados y una población definida) con los previos (sin equipos y sin población definida). Naturalmente, sale mejor lo nuevo. Pero eso es lo de menos. Lo importante es que el cuestionario funciona. Por cierto, con acuerdo casi general cuando se comparan las respuestas de profesionales y pacientes.

El desarrollo y evaluación profesional.

id:111-8

Are learning portfolios worth the effort?

Autores: Driessen E, Norman G.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ; 2008;337;a513;a514. Citas 0. JG. Calificación: Bueno.

Comentarios: Al médico y al estudiante de medicina es necesario evaluarlos, pues uno no puede dar por supuesto que aprenden y mantienen sus conocimientos, y que son competentes en la práctica clínica diaria. Lo típico es el examen, bien teórico bien práctico. Pero el examen mide poco y en un momento dado. Por ello se han propuesto las "carteras de aprendizaje" en que se mezclan métodos diversos, desde resolución de casos clínicos a observación directa en el día a día. Los dos autores discrepan, uno a favor (Driessen, holandés de la Universidad de Maastricht) y otro en contra (Norma, canadiense de la Universidad de McMaster). De la discusión se deduce que es un método complicado, que lleva mucho tiempo tanto al alumno como al profesor y que mucho de lo que se sabe es difícil de extrapolar por la excesiva individualización. De todas formas, necesitamos métodos para valorar la competencia, y algo de esto puede servir.

Los maletines domiciliarios de los médicos de familia.

id:111-9

Autores: Roca A, Caldentey M, Gorrito L, Llobera J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2008;40:373-4. Citas 6. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Lo que un médico haga depende en mucho de lo que tenga. Quiero decir, es difícil auscultar sin un fonendoscopio, o llevar historia clínica sin papel y sin ordenador. Pues lo mismo sucede cuando hacemos domicilios, que lo que hagamos en ello dependerá de lo que llevemos en el maletín de avisos (el cabás). En este trabajo mallorquín se analiza el contenido de 103 maletines de médicos generales de 39 centros (35 médicos no tenían ningún maletín). Al analizar el contenido se demuestra que en muchos casos un contenido escaso, incluso de cosas esenciales como adrenalina (35%) y tubos de Guedel (18%). Curiosamente, en el listado del contenido ideal que incluye el artículo no se hace mención al glucagón (imprescindible, y dura 18 meses fuera de la nevera).

Recomendaciones de la ADA 2008 en la práctica clínica para el manejo de la diabetes mellitus.

id:111-10

Autores: Artola S, Iglesias R, Barutell L, Serrano R.

Revista/Año/Vol./Págs.: Médicos Familia (SoMaMFyC). 2008;10(1):38-44. Citas 0. MPF.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Los autores se molestan en traducir y sintetizar el suplemento de Diabetes Care en que la American Diabetes Association publica anualmente sus recomendaciones. Pero no hacen valoración de las mismas, por lo que se aceptan cosas más que discutibles. Por ejemplo, el objetivo de lograr una hemoglobina glucosilada de menos del 7% que puede lograrse, pero al precio de incrementar los comas y las muertes por hipoglucemia. También se admite, claro, el concepto de pre-diabetes, y su consideración de cuasi-enfermedad. O el tratamiento hipolipemiente en pacientes diabéticos sin enfermedad cardiovascular mayores de 40 años, con un factor de riesgo o más. Son cosas todas ellas que se basan más en opiniones que en hechos, y hubiera sido interesante conocer la opinión de los autores al respecto.

**La prevención de las úlceras en pies.
Preventing foot ulcer.**

id:111-11

Autor: May K.

Revista/Año/Vol./Págs.: Austr Prescr. 2008;31:94-6. Citas 12. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Las úlceras en los pies de los diabéticos son el pan nuestro de cada día. Es tarea más de enfermera que de médico, pero conviene estar al tanto de lo que se cuece en el mundo. Y se sigue cociendo lo de siempre. En este texto se hace un repaso de la prevención de las úlceras en pie, sobre todo pensando en los diabéticos, pero también en otros pacientes. Lo clave es mantener limpios los pies, curar desde el inicio la menor herida, llevar buen calzado y evitar andar descalzo. Todo ello se logra con facilidad si colabora el paciente y la familia. Por parte del médico lo importante es estar al tanto del diagnóstico de la neuropatía diabética (extremadamente sencillo, si se explora la sensibilidad en la planta de los pies), evitar traumas y deformidades y cuidar la angiopatía. Sencillo y eficaz.

Fibromialgia.

id:111-12

Autor: Anónimo.

Revista/Año/Vol./Págs.: Bol Terapéutico Andaluz. 2008;24:2-5. Citas 21. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Puesto que la fibromialgia afecta fundamentalmente a mujeres conviene incluirla entre las enfermedades típicas de nuestro sexo, aunque en este texto no lo hagan. Sin embargo vale la pena leerlo pues es un buen resumen de lo que sea la fibromialgia y de sus tratamientos recomendables. Acepta los criterios del *American Collage of Rheumatology*, los de mayor difusión, pero da un enfoque humanista imprescindible. La fibromialgia es al final un síndrome, como la cervicalgia, que expresa "dolor del alma", y de ahí la necesidad de considerar aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Se revisa la eficacia de los distintos tratamientos, y destaca la de la amitriptilina, y la del ejercicio. Las pobres mujeres con fibromialgia corren el peligro de ser carne del cañón farmacológico y terminar intoxicadas con analgésicos y psicofármacos.

Intervención oportunista de los médicos de familia en el programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama.

id:111-13

Autores: Gobierno J, Domínguez S, Hernández F, Fernández JA, García MA, Díaz L.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2008;40:187-92. Citas 16. MPF.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Este trabajo canario destaca por su rigor, pero se parte de un supuesto falso. Es decir, resulta muy interesante de leer porque demuestra la eficacia del consejo breve del médico de cabecera, pero acepta que tiene utilidad el cribaje del cáncer de mama con mamografía. Sobre esto hay más que dudas por lo que lo lógico es ofrecer la información a las mujeres sin muchas interpretaciones, y que sean ellas las que decidan qué hacer. En este caso, por el contrario, la entrevista breve se dedicaba a fomentar la participación sin más en el programa de cribaje, dando por buena su efectividad. Ya digo, resulta útil el trabajo, pues ayuda a dar confianza al médico en su intervención y consejo.

Opinión y participación de los médicos de familia de la Comunidad de Madrid en el programa regional de detección precoz del cáncer de mama en 2007.

id:111-14

Autores: Garrido S, Sánchez E, Ramírez V, González MJ, González A, López C.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública. 2008;82:201-8. Citas 16. MPF.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Los autores demuestran claramente que los médicos de familia creen en la efectividad del cribaje del cáncer de mama con la mamografía. Resulta llamativo, pues cuando se valora como en León, por ejemplo, se demuestra que el programa adelanta el diagnóstico de un cáncer de cada 7, y retrasa el diagnóstico (por falsos negativos) de un cáncer de cada 9. Naturalmente, los adelantos son de cánceres indolentes, y los retrasos de cánceres agresivos. Pues bien, en Madrid los médicos de familia estudiados recomiendan a las mujeres en el 95% de los casos que se hagan las mamografías. Valdría la pena que el consejo fuera con datos objetivos, tipo los de León. Pero faltan; por ejemplo, la tasa de falsos negativos, que es clave.

Uso de estatinas en las mujeres, todavía mucho por investigar.

id:111-15

Autores: Rosenberg H, Allard D.

Revista/Año/Vol./Págs.: Scand Cardiovascular J. 2008;DOI 10.1080/14017430801993180. Citas 19. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Las autoras, canadienses, hacen una excelente revisión del problema del colesterol y de su tratamiento desde el punto de vista de las mujeres. Concluyen pidiendo investigación específica, como no puede ser de otra manera. Por ejemplo, hay poquísimo acerca de asuntos como la relación entre las estatinas y el aumento de la frecuencia del cáncer de mama; o sobre estatinas y uso de la píldora anticonceptiva; o sobre uso de estatinas y defectos congénitos. Casi siempre se extrapola de los estudios con varones. O sencillamente, se incluyen unas pocas mujeres y se utilizan los resultados para deducir lo recomendable en todas ellas con ignorancia de circunstancias y condiciones clave. Lo dicho, más investigación, aunque ya las tablas REGICOR dejan claro que las cosas son muy diferentes según sexo.

Ojo al tratamiento de la hiperactividad infantil.

id:111-16

American Herat Association recommends screening for heart disease in children getting drugs for ADHD.

Autor: Anónimo.

Revista/Año/Vol./Págs.: Worst Pills Best Pills. 2008;14(6):5-6. Citas 0. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: No me hubiera llamado la atención este texto sin un paciente en la consulta diagnosticado y tratado por déficit de atención por hiperactividad. Ya me sonó raro el diagnóstico en un niño sano, hijo de un matrimonio conflictivo. Pero lo que me encendió fue leer en la recomendación del especialista que se diera el tratamiento sólo los días de clase. Al parecer de lo que se trata es que no haya niños "distintos" en la clase, niños inteligentes que planteen problemas a los maestros. El síndrome y su tratamiento tratan de "igualar" a todos los niños, pero no es inocente ni el diagnóstico ni el tratamiento, que habría que reservar para casos muy específicos. Y antes de prescribir hay que valorar la situación cardiovascular, por los efectos adversos.

Uso de líderes para difundir propaganda.

id:111-17

Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise?

Autor: Moynihan R.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2008;336:1402-3. Citas 8. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: En el clásico editorial sobre "La arrogancia de la medicina preventiva" se dejaba claro que los expertos eran los que habían logrado que se difundiese en exceso la terapia hormonal en la menopausia. Y, lo que es peor, no siempre lo hacían por dinero. El orgullo excesivo y el ansia de notoriedad también cuentan. Por el contrario, en este texto del BMJ de autor australiano se insiste especialmente en las ganancias que pueden tener los KOL (*key opinion leader*). La industria los necesita, pues muchos médicos de a pie no creen en la propaganda que les llega, y los líderes clínicos son la clave para lograr que acepten los mensajes sobre los nuevos medicamentos. Aporta datos y cifras; por ejemplo, los más de 3.000 euros por conferencia.

¿Es necesario tratar la otitis serosa en los niños?

id:111-18

Autor: Anónimo.

Revista/Año/Vol./Págs.: INFAC. 2007;15:45-8. Citas 11. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Incluyo la otitis serosa entre las enfermedades infecciosas por la frecuencia con que se trata indebidamente con antibióticos, pero tiene causas múltiples, desde infecciones propiamente dichas a alergias, hipertrofia de adenoides, disfunción de la trompa de Eustaquio y demás. Todo ello se revisa en este número de INFAC, el boletín vasco. La conclusión es simple pues lo mejor es la espera expectante (que traducen por "espera vigilada", de "*watchful waiting*"); son poco útiles los corticoides, los antibióticos, los antihistamínicos y los mucolíticos. Curiosamente no se discute la inútil y traumática cirugía (timpanotomía con inserción de tubos de ventilación). Lo mejor es convencer a los padres de que es un proceso autolimitado que sólo debería preocupar cuando hay pérdida de audición, o se acompaña de retraso en el lenguaje.

Vacuna contra el VPH, coste-efectiva.

id:111-19

Economic evaluation of human papillomavirus vaccination in the United Kingdom.

Autores: Jit M, Choc JH, Edmundo WJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2008;337:a769. Citas 36. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los costes no son la clave cuando se habla de salud, pero no está de más tener idea de lo que cuestan las cosas y de su beneficio. Por supuesto, los cálculos de coste-efectividad están llenos de apreciaciones, valoraciones y suposiciones subjetivas, pero algo dicen. En este caso, el cálculo se ha hecho respecto a la vacunación en el Reino Unido contra el virus del papiloma humano en niñas de 12 años. Los autores concluyen que la vacuna es coste-efectiva, pues un año de vida ajustado por calidad cuesta unos 38.000 euros. No vale la pena vacunar a los varones; ni revacunar a las niñas más allá de los 18 años. Y la cobertura debería ser de más del 80%, y la duración de la protección más de 10 años. Como no sabemos mucho sobre la historia natural de la infección por VPH no se puede precisar más.

Cáncer de cuello de útero e infección por VPH.

id:111-20

Identification of vaccine human papillomavirus genotypes in squamous intraepithelial lesions (CIN 2-3).

Autores: González-Busquet E, Esteva C, Muñoz Almagro C, Ferrer P, Pérez M, Lailla JM.

Revista/Año/Vol./Págs.: Gynecol Oncol. 2008;doi:1016/j.ygyno.2008.06.012. Citas 17. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La verdad es que somos unos ignorantes, y sabemos poco de casi nada. Por ejemplo, de la infección por el virus del papiloma humano y sus consecuencias genitales. En este texto se dice algo sobre la prevalencia de la infección por VPH en las mujeres con lesiones pre-cancerosas de cuello de útero (CIN 2-3). El trabajo está hecho en Barcelona, a partir de 519 mujeres con resultado anormal en la citología. Se les repitió, y se hizo colposcopia y biopsia en las que el resultado daba anormal de nuevo. Hubo 340 en este grupo, y en el 66% de las mismas se encontraba el VPH, siendo en el 24% más de un genotipo. En las 206 mujeres con biopsia y CIN 2-3 se encontró el VPH 16 y 18 en el 42% de los casos, y en sólo en 28% en exclusiva. Es decir, la vacuna podrá prevenir algunos casos, pero no todos.

Factores de RCV
y enfermedad
coronaria

Medio rural, más mortalidad menos tratamiento cardiovascular.
Under-treatment of rural people with cardiovascular disease.

id:111-21

Autores: DeWitt DE.
Revista/Año/Vol./Págs.: Austr Precr. 2008;31:86-7. Citas 11. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Uno tiende a asumir el mundo rural como un mundo menos denso de población y nada más. Bien lejos de la realidad. Las diferencias entre rural y urbano son inmensas y a veces no sutiles. Por ejemplo, en este editorial se comentan los resultados de comparar el uso de medicación cardiovascular entre pacientes urbanos y rurales en Australia. Entre los rurales hay mayor mortalidad por causa cardiovascular pero se emplean menos medicamentos como beta-bloqueantes, IECA, estatinas y warfarina. Por ejemplo, nuevas prescripciones por 100.000 de estatinas, 286 en el mundo urbano, 147 en el rural y 10 en el rural remoto. En parte por problemas de acceso, y quizá de conocimiento (por ejemplo, el típico mito de evitar los beta-bloqueantes en los diabéticos).

Equidad y
desigualdad

Hay diferencias en calidad en primaria según la pobreza del área atendida.
The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework.

id:111-22

Autores: Ashworth M, Seed P, Armstrong D, Durbaba S, Jones R.
Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2008;57:441-8. Citas 27. JG.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Aunque nos parezca increíble, ofrecemos peores servicios en cantidad y calidad a los que más lo necesitan. Es la Ley de los Cuidados Inversos, que siempre se cumple, lamentablemente. En este caso los autores emplean los indicadores ingleses para medir (y pagar) la calidad, y comparan los centros de salud en áreas ricas con los de áreas pobres. Téngase en cuenta que los centros de salud ingleses son privados, de los tres médicos que de media lo componen, y que no hay "oposiciones" ni salarios, sino contratos y pagos por capitación, actos e incentivos. Las diferencias no son exageradas, pero hay mayor calidad en las zonas ricas; por ejemplo, más paciente en tratamiento con litio y con litemias en su cifra terapéutica, más epilépticos sin convulsiones en el último año, más horas de atención a los pacientes, mejor sistema de recuerdo a los pacientes que no se han puesto su inyección mensual de neurolépticos.

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 Organica 16/1999 de 13 de diciembre de protección de Cartas 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*.