

La autorización previa para acceder al neurólogo desde atención primaria puede ser innecesaria: resultados de un estudio prospectivo y controlado.

id:90-1

Autores: Pérez Martínez DA, Puente AI.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Neurol 2006;43:388-92. Citas 27. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: De la comparación de 400 pacientes en la pública (derivación) y otros 400 en la privada (acceso directo), no se puede deducir que hagamos bien el filtro al neurólogo, concluyen los autores. El porcentaje (27%) de pacientes sin enfermedad neurológica es el mismo en ambas muestras. El grupo privado es tres años más joven, y tiene más mujeres; en ese grupo hay más patología psicógena.

Reflexiones sobre el papel de la atención primaria en la asistencia neurológica ambulatoria.

id:90-2

Autor: Guerrero AL.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Neurol 2006;43:385-7. Citas 10. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: En este editorial se comenta el trabajo previo, sobre la eficacia del filtro al neurólogo. El firmante no entra a criticar los puntos débiles del estudio, sino que se centra en la necesidad de mejorar la coordinación entre primaria y especializada. Con ello acierta, pues no cabe duda de que ese campo está descuidado, casi baldío, con grave perjuicio para el paciente. Y no es problema sólo del especialista, pues el papel de filtro es nuestro exclusivo. Un campo manifiestamente mejorable, sin duda.

Eficacia de la llamada telefónica de un farmacéutico.

id:90-3

Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy; randomised controlled trial.

Autores: Wu JYF, Leung WYS, Chang S, Lee B, Zee B, Tong PCY et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:522-5. Citas 14. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Los pacientes que no cumplen con la medicación se mueren, más si no van al médico (el 52% de los que deberían tomar 5 o más medicamentos, en este estudio en Hong Kong, de seguimiento durante dos años), menos si a pesar de todo van al médico (17%), y menos si reciben una llamada telefónica de un farmacéutico entre visita y visita a lo largo de los dos años (11%).

Los del SIDA, para el médico general.

id:90-4

The changing face of HIV care: common things really are common.

Autor: Aberg AJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2006;145:463-5. Citas 20. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Lo que pertenece al territorio Medicina General es cambiante. Entre otras cosas depende de la epidemiología. La auto-ra, especialista, reconoce que el SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica, y que los pacientes con SIDA tienen, además, todas las complicaciones de todo el mundo, como diabetes, infarto, obesidad, y cáncer de pulmón. Por ello deben volver al médico general, capaz de enfrentarse a las enfermedades comunes. Parece lógico, ¿no?

La calidad mejora, pero poco, si se paga por calidad.

id:90-5

Does pay-for-performance improve the quality of health care.

Autor: Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2006;145:265-272. Citas 67.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Es injusto que todos cobremos lo mismo, cuando no todos trabajamos igual. De ahí la fuerza de la idea de pagar mejor al que mejor lo hace. Pero los autores revisan la literatura, seleccionan lo publicado y encuentran que los estudios demuestran un cierto impacto, pero inconsistente y nadie sabe si duradero y cómo implantarlo. Además, de los 17 trabajos analizados, en 4 se demuestran efectos adversos.



¡Cuidado con el pago por calidad!
Pay for performance for antibiotic timing in pneumonia.

id:90-6

Autores: Pines PM, Hollander JE, Datner EM, Metlay JP.
Revista/Año/Vol./Págs.: J Q Patient Safety 2006;32:531-5. Citas 22.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Se habla y se habla del PXP (el pay for performance), el pago por calidad. En este trabajo se parte de la experiencia sobre tratamiento en urgencias en sospecha de neumonía, para analizar ventajas e inconvenientes de incentivar el pago por calidad en la rapidez de poner tratamiento antibiótico. Algunos pacientes se beneficiarán. Otros se perjudicarán (no tenían neumonía, o no necesitaban antibiótico, o se eligió un antibiótico inapropiado, y/o se produjo resistencia a antibióticos, o se dio preferencia a los pacientes con sospecha de neumonía frente a otros "no incentivados").

Análisis de lo que sucede en Inglaterra.
Who's kicking who?.

id:90-7

Autores: Hawkes N. NHS reorganization.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:645-8. Citas 16. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El ejemplo inglés arrasa en sanidad, por lo que conviene saber lo que sucede allí. El autor, director médico del British no se anda por las ramas, y titula su texto, "¿quién cocea a quién?", pues hace un análisis en términos de distribución de poder. La cuestión es que se ha doblado el presupuesto del NHS, pero continúa el déficit. Y que si se está devolviendo el poder a los médicos generales es para disminuir costes hospitalarios. Y vuelve la privatización, de mano de los socialistas.

Privatización contra autonomía médica.
Privatising primary care.

id:90-8

Autores: Pollock A, Price D.
Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2006;56:585-6. Citas 17. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Como hay aprendices de brujos en todos sitios, no faltan en el Reino Unido. Así, la privatización avanza en Medicina General sin que estén muy claras las ventajas, excepto para hacer negocio. Por ejemplo, al privatizar las urgencias, o las vacunaciones. O al dar contratos a entidades privadas que contratan a su vez al médico general. O al introducir en primaria actividades como cirugía de día, con el único objetivo de hacer dinero, al competir con el hospital.

Libre elección en Europa.
Choices in health care: the European experience.

id:90-9

Autor: Thomson S, Dixon A.
Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2006;11:167-71. Citas 40. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La libre elección cuenta con muchos adeptos en el sistema sanitario, pero no se sabe muy bien de sus ventajas reales. Los autores, economistas ingleses, revisan lo que hay en Europa de libre elección 1/ entre privado o público, 2/ entre varias aseguradoras públicas, 3/ médico de primer contacto, y 4/ hospital. En lo que respecta a médico de primer contacto, cuenta el debilitamiento del papel del filtro en Inglaterra, y su fortalecimiento en Alemania y Francia.

Libre elección de especialista al que derivar.
Specialist consultations in primary care. A possible substitute for hospital care?.

id:90-10

Autores: Lingala A, Aromaa A, Mattila K.
Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy 2006;78:93-100. Citas 27. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Cuando uno deriva en España, no tiene mucho donde elegir. Lo mismo pasa en Finlandia, donde los autores hicieron un experimento en 1990 que publican ahora, para hacer evidente que no basta demostrar algo para cambiar la política sanitaria. Los médicos generales privados (con lista de pacientes) que pueden derivar a especialistas públicos y privados logran reducir los días de ingreso en hospitales de sus pacientes. Al menos si se les compara con los médicos en centros públicos.

La depresión, con el médico general.

id:90-11

Cost-effectiveness of a disease management program for major depression in elderly primary care patients.

Autores: Heyland DK, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichona D, Shortt S et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med 2006;21:1020-6. Citas 37.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los programas de manejos de casos, o de enfermedades, están de moda (sobre todo en Andalucía), aunque tienen una base endeble. Lo demuestran en este ensayo clínico unos holandeses, con pacientes de 55 o más años, y depresión mayor. No hubo diferencias ni en resultados de salud ni en coste cuando se introdujo un programa de manejo de la depresión, con cribaje, guías y demás.

Prescripción diferida de antibióticos en urgencias.

id:90-12

Wait and see prescription for the treatment of acute otitis media. A randomized controlled trial.

Autores: Spiro DM, Tay KT, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2006;296:1235-41. Citas 29. JG.

Calificación: Bueno

Comentarios: En la otitis se abusa de los antibióticos. Los autores, gringos, hacen un bonito estudio a partir de niños que acuden a urgencias pediátricas hospitalarias con otitis. A todos se les trata con ibuprofeno y gotas analgésicas, y antibióticos, pero a unos se les dice que los compren ya (lo hacen el 87%), y a otros que esperen 48 horas (lo hacen el 38%). Y no hay diferencias en salud.

Uso correcto de la prescripción diferida de antibióticos.

id:90-13

A sensible approach to the management of acute otitis media.

Autor: Little P.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2006;296:1290-1. Citas 17. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: No siempre es posible diferir la prescripción de antibióticos en la otitis media. El autor, inglés, comenta el trabajo previo, y deja claro que se excluyeron del ensayo clínico a aquellos niños que el médico consideró con impregnación tóxica, y que tampoco sería prudente el recomendar prescripción diferida cuando el niño lleva más de 72 horas de evolución. Una ventaja enorme de la prescripción diferida es que cambia "la fe" en los antibióticos (de padres y de médicos).

Continuidad a la carta.

id:90-14

How are different types of continuity achieved?. A mixed methods longitudinal study.

Autores: Boulton M, Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman GK.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2006;56: 749-55. Citas 25. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La continuidad interpersonal (ver al mismo médico) parece una cuestión básica. Pero los autores, ingleses, siguen y entrevistan a fondo a 31 pacientes, y pueden describir tres patrones: 1/ preferencia por ver al mismo médico (a veces sin conseguirlo), 2/ preferencia por acceso rápido, y 3/ preferencia por ver al mismo médico para algunos problemas, y preferencia por acceso rápido para otros.

Cómo pedir perdón.

id:90-15

Apology in medical practice. An emerging clinical skill.

Autor: Lazare A.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2006;296:1401-4. Citas 21. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Ante los errores, lo ideal es identificarlos, y pedir perdón por ellos a los pacientes en alguna forma estructurada, como sugiere el autor. Propone cuatro apartados consecutivos: 1/ reconocer el error y el daño, 2/ dar una explicación sobre sus causas, 3/ expresar arrepentimiento, deseo de que no hubiese ocurrido, y 4/ ofrecer una reparación. Hay que demostrar, también, que "se ha aprendido la lección", y que se evitarán en el futuro las circunstancias que conllevaron el error.



Cáncer

Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

id:90-16

Revista/Año/Vol./Págs.: Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. Libro. MARL.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Lo que iba a ser el "Plan de Cáncer" del SNS se ha publicado como "Estrategia en Cáncer" del SNS. En él se recogen objetivos y recomendaciones sobre promoción, detección precoz, asistencia a adultos y niños, calidad de vida, cuidados paliativos, sistemas de información e investigación. Además, se ha publicado un resumen con 19 objetivos priorizados (disminución tabaco, mamografía, tiempos de demora en la atención, etc). Como todo plan o estrategia necesitará recursos, involucración y cumplimiento.

Mujer: salud y enfermedad

Seguridad de los fármacos utilizados en la migraña durante el embarazo.

id:90-17

Autores: López P, Aguilera C.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;126:793-5. Citas 33. MARL.

Calificación: Informativo.

Comentarios: La migraña es un problema frecuente en la población. En el embarazo no todos los fármacos son seguros; se aconseja utilizar paracetamol, y si no es suficiente AINEs (AAS, ibuprofeno o naproxeno) de forma esporádica (restringiéndolos en el 1º trimestre y evitándolos en el 3º). Se deben evitar los opiáceos, sobretudo al final de la gestación, y el metamizol y los triptanos por la incertidumbre respecto a su seguridad en el embarazo; los ergóticos están contraindicados. Pueden utilizarse metoclopramida y/o clorpromazina.

Cuidados pre-natales.

id:90-18

What is the effectiveness of antenatal care?

Autor: Health Evidence Network.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2006;11:191. Citas 0. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: A las embarazadas se les somete a rutinas sin ningún fundamento científico, que han transformado un tiempo de plenitud en un tiempo de esclavitud (dependiente del sistema sanitario). En esta página, un grupo de la OMS lista todas las actividades que considera efectivas en el cuidado prenatal. Da miedo ver la lista, pero al menos no incluye el cribaje de diabetes gestacional, y sólo recomienda una ecografía, y el ácido fólico hasta la semana 12.

Factores de riesgo cardiovascular: Enfermedad coronaria

Estimación del riesgo cardiovascular global a partir del riesgo coronario. Estudio de cohortes.

id:90-19

Autores: Baena JM, García M, de la Poza M, Hernández R, Muñoz A, García Z.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;127:8-10. Citas 10. MARL.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Esto del cálculo del riesgo cardiovascular parece que es muy relativo (como toda probabilidad). En España existe un menor riesgo coronario (RC) que en otros países desarrollados, por lo que la estimación del riesgo cardiovascular global (RCVG) a partir del riesgo coronario sería inexacto. Según los resultados de este estudio de cohortes realizado en atención primaria, en Barcelona, el RCVG sería 2,1 el RC. El RC no parece un buen predictor del RCVG.

Riesgo cardiovascular en diabetes mellitus e hipertensión arterial en España.

id:90-20

Estudio CORONARIA.

Autores: Cosín J, Rodríguez L, Hernández A, Arístegui R, Masramón X, Armada B, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2006;127:126-32. Citas 47. MARL.

Calificación: Bueno

Comentarios: Estudio de ámbito nacional en el que han participado 1.720 médicos y 7.253 pacientes (financiado por Pfizer). Es frecuente la coexistencia de HTA y diabetes (el 29% de HTA son diabéticos), con elevado riesgo cardiovascular teórico (con valores según Framingham y REGICOR, que son menores). En los hipertensos diabéticos el riesgo es mayor y presentan un peor control, que mejora tras la intervención sobre la TA (en este caso con amlodipino).

Calambres nocturnos en piernas: tratamiento.

id:90-26

Autores: Anónimo.

Revista/Año/Vol./Págs.: Bol Ter Andal 2006;22:9-12. Citas 28. MPF.

Calificación: Informativo.

Comentarios: En este texto se hace una buena revisión del tratamiento de los calambres nocturnos, y se concluye que no hay nada eficaz recomendable. Los calambres nocturnos pueden atormentar a las embarazadas, por ejemplo. En este caso se puede utilizar magnesio. En todos, parece que lo mejor son los ejercicios de estiramiento regular pasivo del músculo afectado. El verapamilo, la gabapentina y otros carecen de estudios que avalen su eficacia y seguridad, aunque pueden aliviar a pacientes concretos.

Calidad en salud y en prescripción.

id:90-27

The relationship between prescribing expenditure and quality in primary care: an observational study.

Autores: Fleetcroft R, Cookson R.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2006;56:613-9. Citas 15. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: No sabemos si para ofrecer más calidad hay que gastar más dinero. Uno diría que "según". Los autores estudian 71 centros de salud en una región inglesa, y ponen en relación los indicadores de prescripción de calidad (uso de medicación con mayor impacto en años de vida añadidos) con los indicadores de gasto. No encuentran relación clara, y parece que más calidad no exige más gasto, al menos en medicamentos.

Glitazonas en diabetes tipo 2.

id:90-28

Autores: Anónimo.

Revista/Año/Vol./Págs.: Inf Farmacoterapéutica Comarca. 2006;14:11-14. Citas 15. MPF.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Las glitazonas mejoran la sensibilidad a la insulina, y son alternativas de segunda o tercera línea en el tratamiento antidiabético. Su efecto adverso más grave es el aumento de peso, y el desencadenamiento o agravamiento de insuficiencia cardiaca. Puede emplearse la rosiglitazona con mefformina y una sulfonilurea cuando no se pueda emplear insulina, en pacientes con sobrepeso. A evitar las glitazonas cuando hay factores de riesgo para insuficiencia cardiaca (más de 70 años, diabetes de más de 10 años, hipertensión, infarto de miocardio, insuficiencia renal crónica, etc.).

La rosiglitazona en la intolerancia a la glucosa.

id:90-29

The DREAM. Effect of rosiglitazone on the frequency of diabetes in patients with impaired glucosa tolerante or impaired fasting glucosa: a randomised controlled trial.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2006;368:1096-105. Citas 28. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Las nuevas alternativas terapéuticas permiten soñar, como anuncia el acrónimo de este grupo, en un ensayo clínico con 5.268 pacientes (mayores de 30 años, sin enfermedad cardiovascular y con intolerancia a la glucosa). Al cabo de 3 años con 8 mg de rosiglitazona diarios, o placebo, había desaparecido el trastorno en el 50% y en el 30%, respectivamente. Hubo 14 casos de insuficiencia cardiaca contra 2 en el grupo control.

Transplantes de islotes de Langerhans.

id:90-30

Diabetes cure. Is the glass half full ?

Autores: Bromberg JS, LeRoith D.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2006;355:1372-4. Citas 11. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: En el año 1922 se empleó por primera vez la insulina en el tratamiento de los diabéticos, transformando una enfermedad de curso rápido en crónica. En 1980 se empezó con los transplantes de islotes de Langerhans, con paupérrimos resultados (menos del 2% de pervivencia de islotes al año). En el año 2000 el grupo de la Universidad de Edmonton (Canadá) logró un éxito del 80% al año. Al cabo de cinco años el 10% mantiene la independencia de insulina.

**Predicción genética y diabetes.***Predictive genetic testing for type 2 diabetes. May rise unrealistic expectations.*

id:90-31

Autor: Janssens ACJW.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:509-10. Citas 13. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Casi rutinariamente se cumple lo del "gen nuestro de cada día". Pero respecto a la diabetes es ya locura. En este editorial se comentan las enormes expectativas infundadas que se han despertado con la asociación de una variante del gen TCF7L2 y la diabetes 2. Su determinación se asocia a prevención de la enfermedad. Pero sólo incrementa el riesgo del 33% al 38% en los heterocigóticos (el 38% de la población), y sube el riesgo del 33% al 63% en los homocigóticos (el 7% de la población).

La hemoglobina glicada, menos de 7,5%.*Glycated haemoglobin (HbA 1c) monitoring.*

id:90-32

Autores: Reynolds TM, Smellie WSA, Twomey PJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:596-8. Citas 15. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La hemoglobina glicada se ha convertido en el indicador de buen control de la diabetes. Los autores revisan la cuestión, con dos casos clínicos habituales. Lo que dicen es muy lógico. Por ejemplo, determinar al menos cada 15 meses una hemoglobina glicosilada, y considerar el 7,5 % un máximo. También recomiendan tener en cuenta la medición de la glucemia en casa, que puede ayudar a entender algunas situaciones. Y no emplear la hemoglobina glicada como prueba diagnóstica.

La acupuntura, útil en el dolor lumbar.*Acupuncture in mainstream health care. Is cost effective for chronic non-specific low back pain and migraine.*

id:90-33

Autor: Wonderling D.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:611-2. Citas 13. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Las lumbalgias hacen sufrir a los pacientes, y sobrecargan el sistema sanitario (además de su peso en bajas y jubilaciones). Por ello es interesante este editorial en que se comentan dos artículos publicados en el mismo número, uno sobre la eficacia de la acupuntura en la lumbalgia crónica inespecífica, y otro sobre su coste. La acupuntura es eficaz (moderadamente), y su coste es prudentes (unos 207 más euros más por caso).

Dolor
de espalda**La heterogeneidad en los ensayos clínicos.***Moderators of treatment outcomes. Clinical, research, and policy importance.*

id:90-34

Autores: Kraemer HC, Frank E, Kupfer DJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2006;296:1286-9. Citas 21. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los ensayos clínicos tienen múltiples problemas, incluso cuando son perfectos. Los autores comentan dos, el contraste entre la relevancia estadística y la relevancia clínica, y la heterogeneidad. Ésta última se refiere a que la muestra de los ensayos clínicos no deja de ser una selección de pacientes, médicos e instituciones, que varían de tal manera que los resultados son aplicables a una "media" que casi no existe. Y no sirve el análisis de subgrupos a posteriori, pues eso lleva a conclusiones falsas.

Guías, prevención
y ensayos clínicos**Mareo y su relación con la ansiedad y la depresión en un servicio de urgencias de atención primaria.**

id:90-35

Autores: Montero JL, Férula LA, Larrea MJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria 2006;38:200-5. Citas 29. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: En muchos casos, el mareo es expresión de problemas de salud mental, como se demuestra en este trabajo, hecho en Baena (Córdoba). El 3,2% de los pacientes atendidos en urgencias en un año lo fue por mareo. Al comparar estos pacientes, presentan con más frecuencia ansiedad y depresión. Sobre todo si son mujeres, si han acudido previamente a urgencias y si tienen antecedentes psiquiátricos. El mareo es, muchas veces, un síntoma crónico que expresa problemas mentales.

Enfermedades
mentales

Los errores, lecciones.

We can eliminate errors in health care by getting rid of the "bad apples".

id:88-36

Autores: Canadian Health Services Research Foundation.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2006;11:63-64. Citas 19. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La tentación ante los errores es considerar al culpable como tal, y expulsarlo de nuestras vidas, de nuestras instituciones. Eso no evitará la repetición de errores, ni disminuirá su gravedad, como insisten en este comentario. Plantean que lo importante es eliminar la cultura del silencio, tan habitual en el mundo de los errores médicos, y transformarla en una cultura japonesa, del error como tesoro que facilita la mejora.

Grandes utilizadores, ¿grandes incapacitados?

Another way to look at high service utilization: the contribution of disability.

id:88-37

Autores: McColl M, Shortt S.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2006;11:74-80. Citas 26.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Se suele pensar que los pacientes grandes utilizadores deberían utilizar los servicios apropiadamente, como la media. O, en todo caso, se valora el impacto de la co-morbilidad en esa utilización, pero no se tiene en cuenta las incapacidades y minusvalías. Los autores, canadienses, demuestran con datos que éstas se asocian a un aumento del uso sanitario de al menos el doble (comparado con pacientes sin incapacidades ni minusvalías).

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.