



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

Enfermedades infecciosas

Factores relacionados con la revisita y el ingreso de los pacientes que consultan a urgencias por fiebre.

id:98-1

Autores: Ortega M, Miró O, Muñoz A, López B, Coll-Vinent B, Sánchez M.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;128:251-3. Citas 10. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: La fiebre es un motivo frecuente por el que se acude a urgencias de hospital. En este estudio del Clínico de Barcelona, ingresaron el 42% de los que acudieron a urgencias con un síndrome febril agudo; de los que se dieron de alta (la mayoría con infección respiratoria y tratados con fluorquinolonas), el 17% volvió y el 9% ingresó, siendo más frecuente esta situación en los mayores de 65 años con co-morbilidad. En los procesos infecciosos, sobretudo en mayores con co-morbilidad, hay que valorar la evolución, porque si no hay mejoría en 24-72 horas, suele ser indicativo de que las cosas no van bien.

Gastroenteritis de etiología vírica. Aplicación de un protocolo para el diagnóstico de astrovirus en casos de gastroenteritis infantil.

id:98-2

Autores: Ortiz R, Luquero FJ, Eiros JM, Castrodeza JJ, Tenorio A, Tamales S et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;128:365-9. Citas 25. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Las gastroenteritis víricas son relativamente frecuentes en los niños. En general evolucionan bien, pero en ocasiones se hospitalizan. La identificación del tipo de virus responsable no es frecuente, pero en este trabajo se incluye el estudio retrospectivo de 20 años de casi 13.000 muestras de heces de niños con gastroenteritis. El 10,3% fueron positivas para rotavirus, el 2,3% para adenovirus y el 6% para astrovirus. Aunque el trabajo se centra en el aumento de diagnósticos etiológicos con la inclusión del estudio de astrovirus, lo más relevante para atención primaria es el porcentaje de diarreas producidas por virus para los que disponemos de vacuna, como el rotavirus.

Más SIDA con más jeringuillas nuevas (y más riesgo).

id:98-3

Frequent needle exchange use and HIV incidence in Vancouver, Canada.

Autores: Wood E, Lloyd E, Li K, Strathdee SA, Small W, Tyndall MW et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med. 2007;120:172-9. Citas 39. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Contra el SIDA se promueven cosas bien intencionadas, como el uso del preservativo y el intercambio de jeringuillas usadas por nuevas. Cuando se evalúa el éxito de tales medidas es pobre o nulo. Incluso en un estudio, a más jeringuillas nuevas, más SIDA. Fue en Vancouver, Canadá. Por eso es interesante este estudio allí, que re-confirma la asociación entre más cambio de jeringuillas y más SIDA. Demuestran que los que obtienen más jeringuillas nuevas son los que tienen más riesgo, los que usan no sólo heroína inyectable, sino cocaína y otras drogas por esa vía (y venden más su cuerpo por dinero, y tienen menos estabilidad de alojamiento, etc).

Revisión sistemática: ¿son eficaces los opiáceos mayores en el tratamiento del dolor osteomuscular?

id:98-4

Autores: Abásolo L, Carmona L.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;128:291-301. Citas: 28. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Es curioso que siendo el dolor osteomuscular uno de los motivos más frecuentes de consulta y de sufrimiento humano, existan tan pocos estudios de calidad respecto a su manejo con opiáceos mayores, teniendo en cuenta que en bastantes casos resulta insuficiente su tratamiento con otros fármacos. Según esta revisión, los opiáceos como oxicodona, fentanilo, morfina, etc. sí son eficaces en el dolor osteomuscular, aunque a la hora de utilizarlos a nivel individual habrá que valorar el riesgo/beneficio.

Síndrome de piernas inquietas. Introducción [restless legs syndrome].

id:98-5

Autor: Winkelman JW.
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med. 2007;120(1^º):S1-S3. Citas 15. JG.
Calificación: Informativo.

Comentarios: A veces, las enfermedades existen o cobran importancia cuando se descubren medicamentos para ellas. Buen ejemplo es el síndrome de piernas inquietas, tan molesto cuando es intenso, que hasta ahora no ha merecido la mínima atención. Ha saltado a la palestra con un medicamento nuevo. En esta introducción se comenta acerca de su importancia, y acerca del número íntegro de la revista *American Journal of Medicine* que se dedica a tal síndrome. Por supuesto, su incidencia ahora crece, y su importancia. Pasaremos de no tratar a ninguno a tratar a todos (incluso aunque no tengan nada).

Pacientes, médicos, medicamentos, e industria farmacéutica

Radiología innecesaria en atención primaria.
id:98-6
Autores: Pérez I, Guillén F

Revista/Año/Vol./Págs.: An Sist Sanit Navar. 2007;30:53-60. Citas 22. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Para calcular el uso innecesario de pruebas de imagen los autores, navarros, preguntan en el cuestionario de solicitud si "teniendo la misma patología que el enfermo, ¿se hubiera solicitado a sí mismo la prueba diagnóstica?" En el 25% contesta negativamente. Es decir, la cuarta parte de la radiología es innecesaria. Cuando hay presión del paciente (o familiar), la probabilidad de la solicitud innecesaria se multiplica por 13. Llama la atención la frecuente solicitud por los pediatras de radiología para el diagnóstico de sinusitis.

Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada.
id:98-7
Autores: Fernández Liz E, Luque FJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2007;39:15-21. Citas 39. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los autores, catalanes, hacen una revisión sistemática de lo publicado sobre coordinación entre primaria y especializada respecto a tratamientos con medicamentos. Encuentran 467 publicaciones, de las que pueden utilizar 36 (excluyen todos los de países que no tienen sistema nacional de salud; es decir, la abundante producción estadounidense). Se demuestra el desencuentro permanente, y la ignorancia sobre dónde es mejor tratar cada problema y paciente. Hay poquísimos estudios sobre evaluación de intervenciones, pero no son negativos. Los firmantes proponen la creación de comités fármaco-terapéuticos de especialistas y generalistas.

Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña.
id:98-8
Autores: Vargas I, Vázquez ML.

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2007;21:114-23. Citas 76. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Se describen en este trabajo dos OSI (organizaciones sanitarias integradas) catalanas. Las dos nacieron alrededor de la construcción de un hospital, y agrupan a la atención primaria y a la socio-sanitaria, aunque en un caso la primaria depende básicamente del Instituto Catalán de la Salud. Cuando examinan documentos y entrevistan a directivos, técnicos y profesionales confirman que no es fácil coordinar los servicios, por mucho que la organización esté integrada. Hay fallos, y barreras que no se saltan, como el estímulo para incrementar la actividad hospitalaria y para no fomentar la resolutivez en primaria.

Variabilidad de la práctica clínica cardiovascular en España. Reflexiones de un cardiólogo clínico.
id:98-9
Autor: Permanyer G.

Revista/Año/Vol./Págs.: Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud. 2006;2:148-50. Citas 14. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Es un placer leer a un cardiólogo comentar sobre datos que demuestran una enorme variabilidad no justificada en los ingresos y procedimientos hospitalarios por causa cardiovascular. Destaca el absurdo de la popularización de los *stents* coronarios fármaco-activos, cuyo mayor coste no se justifica por mejores resultados. Como siempre, el uso sanitario depende de la oferta, la demanda y la incertidumbre (en muchos casos ignorancia, o expectativas infundadas). Por ejemplo, la variabilidad de la angioplastia es de hasta una razón de 4,3 (3,2 contra 13,5 por 10.000 habitantes).

La presión del paciente para la derivación ante el dolor de cabeza.
id:98-10
Patient pressure for referral for headache: a qualitative study of GPs' referral behaviour.
Autores: Morgan M, Jenkins L, Ridsdale L.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2007;57:29-35. Citas 28. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En los sistemas en los que el paciente no tiene acceso directo al especialista el médico general puede ser presionado para derivar al paciente. Es una experiencia de cada día en España. Este estudio está hecho en el Reino Unido y se entrevista a 20 médicos generales londinenses sobre su experiencia sobre la presión del paciente para ser derivado cuando tiene cefalea. Todos tienen experiencia al respecto. Hay variaciones individuales a la respuesta, y depende entre otras cosas de tener más fácil acceso a recursos (médico general especializado en cefaleas, clínica especializada con menos lista de espera) y del control de la incertidumbre.

**Impacto negativo del trabajo en equipo.**

id:98-11

Multidisciplinary primary care teams. Effects on the quality of clinician-patient interactions and organizational features of care.

Autores: Rodríguez HP, Rogers WJ, Marshall RE, Safran DG.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care. 2007;45:19-27. Citas 50. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La mística del trabajo en equipo es cuestión religiosa, como todas las cuestiones místicas (uno cree o no cree según extrañas razones). Lo increíble es que esa mística se haya impuesto como verdad en la organización de los servicios de atención primaria en España. En este trabajo, gringo, se analiza cómo perciben los pacientes el ser atendidos por miembros de un equipo de atención primaria. A menor continuidad (menos ver a su médico y ser atendido por otros miembros del equipo) peor comunicación, menos sensación de ser bien conocido y menor percepción de integración de la atención.

Los beneficios de la continuidad no se logran con el trabajo en equipo.

id:98-12

Are continuity of care and teamwork incompatible?

Autores: Wagner EH, Reid RJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care. 2007;45:6-7. Citas 12.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Las presiones para el cambio de la atención primaria vienen por el lado del envejecimiento de la sociedad, el aumento de la co-morbilidad, y el continuo incremento de las propuestas de prevención. Por ello se piensa en todo el mundo en incorporar gente variada, equipos, para que haya profesionales que puedan dar abasto a la demanda. En este editorial se comenta el artículo previo, y se plantea la hipótesis del título, pues parece difícil ofrecer continuidad de calidad cuando el paciente es visto por múltiples profesionales. Y cuando no se ofrece continuidad disminuye el resultado en salud, aumenta el coste y decrece la satisfacción del paciente.

Flexibilidad en Australia.

id:98-13

The value of the divisions network of general practice on primary care performance.

Autores: Scout A, Coote B.

Revista/Año/Vol./Págs.: Melbourne: University of Melbourne, Melbourne Institute of Applied Economic and Social Reserch; 2007. Citas, libro. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: En Australia los médicos generales son profesionales independientes, sin cupo de pacientes, que trabajan habitualmente en solitario, con cobro por acto, integrados en un sistema público que se hace cargo de los gastos a través de las facturas que emiten los profesionales tras el acto médico (provisión privada y financiación pública). Para mejorar el rendimiento y la calidad, Australia se ha dividido geográficamente en divisiones, y cada médico general se apunta a la que quiere (incluso fuera de su ámbito geográfico). Lo cuentan en este trabajo que demuestra que las divisiones fomentan el trabajo de calidad.

Las reacciones a los cambios en centros de salud ingleses.

id:98-14

Understanding general practice: a conceptual framework developed from case studies in the UK NHS.

Autor: Checkland K.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2007;57:56-63. Citas 36. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En el Reino Unido los médicos, que son profesionales independientes con un cupo de pacientes, cobro por capitación y por acto, trabajan en solitario o en pequeños centros de salud suyos (con cinco médicos ya se consideran grandes, y estos centros de salud están aumentando). Hay muchos cambios en la actualidad en el Servicio Nacional de Salud inglés, y la autora se pregunta si existen determinantes que puedan servir para explicar las reacciones a dichos cambios. Trabaja sobre cinco centros y destaca la importancia de la historia previa, la comprensión de tareas legítimas, el papel del gerente del centro (contratado por los médicos) y la experiencia previa ante cambios.

Capacidad diagnóstica con el ECG para pedir ecocardiograma en la insuficiencia cardiaca.

id:98-15

Screening for left ventricular systolic dysfunction using GP-reported ECGs.

Autores: Goudie BM, Jarvis RI, Donnan PT, Sullivan FM, Pringle SD, Jeyseelan S et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2007;57:191-5. Citas 14. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Para discriminar a quién pedir eco-cardiograma por sospecha de insuficiencia cardiaca se ha sugerido el uso del ECG previo. En este trabajo, escocés se pasan a 123 médicos generales 180 ECG (100 anormales, 50 normales y 30 duplicados). Al categorizarlos como normales o anormales los médicos tienen sensibilidad 0,94, especificidad de 0,58, y valores predictivos positivo de 0,47 y negativo de 0,96. Hay mucha variabilidad.

Factores etiológicos del cáncer de pulmón: fumador activo, fumador pasivo, carcinógenos medioambientales y factores genéticos.

id:98-16

Autores: Gómez C, de Castro J, González M.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;128:390-6. Citas 115. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: El cáncer de pulmón es la principal causa de mortalidad tumoral en los países desarrollados (17.308 muertos en España en el 2000). Su principal causa es el tabaco (responsable del 80-90% de casos en los hombres y del 55-80% en mujeres; los fumadores tienen un riesgo 10-30 veces mayor que los no fumadores). De los casos en no fumadores, el 17% se relaciona con exposición al mismo en la infancia-adolescencia; el 18% a exposición ocupacional (en hombres), el 1-2% a la polución ambiental. Los genes aumentarían la predisposición para desarrollar cáncer en individuos expuestos a los factores señalados.

Por ahora, tamoxifeno en cáncer de mama.

id:98-17

Switching to aromatase inhibitors in early breast cancer.

Autores: Boccardo F, Rubagotti A.
Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet. 2007;369:533-5. Citas 15. JG.
Calificación: Informativo.

Comentarios: En el cáncer de mama se hacen a veces cosas sin sentido, desde diagnósticos equivocados a seguimientos innecesarios. A veces, además, lo que se hace nuevo cuesta mucho más que lo viejo, sin grandes beneficios. En este editorial se comentan en extenso los distintos ensayos clínicos en que se ha cambiado el tratamiento con tamoxifeno a un inhibidor de la aromatasa, tras un par de años de tamoxifeno, para estar seguros de que el tumor era positivo a receptores de estrógeno. El inhibidor cuesta diez veces más y cambia los graves efectos adversos del tamoxifeno (cáncer, embolias) por otros (fracturas, isquemia de miocardio).

Poca utilidad de vías urgentes de diagnóstico para sospecha de cáncer.

id:98-18

Stage, survival and delays in lung, colorectal, prostate and ovarian cancer: comparison between diagnostic routes.

Autores: Neal RD, Allgar VL, Ali N, Leese B, Heywood P, Proctor G et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2007;57:212-9. Citas 18. JG.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Cuando uno tiene un paciente con sospecha de cáncer y quiere acelerar las cosas, sólo queda la vía de la urgencia. En el Reino Unido se han propuesto mejorar la derivación, y además de la urgencia y de la vía clásica a través del especialista, han elaborado todo un programa para lograr un sistema más inteligente y rápido, de acceso rápido al especialista. Al valorar su eficacia, asombrosamente los cánceres de pulmón por esta vía rápida mueren más y tienen peor situación al diagnóstico, y en los otros cánceres no hay diferencias.

La predicción de fracturas en mujeres ancianas.

id:98-19

Validation of a 4-item score predicting hip fracture and mortality risk among elderly women.

Autores: Albersson DM, Mellström D, Petersson C, Eggertsen R.
Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Fam Med. 2007;5:48-56. Citas 46. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Las fracturas conllevan graves problemas en los ancianos. Por las fracturas en sí, y por la co-morbilidad que provocan, que muchas veces lleva a la muerte durante el año siguiente a la fractura. Los autores, suecos, desarrollan una escala con cuatro datos (y un punto): edad (mayor o igual 80 años), peso (menos 60 kg), fractura previa (vertebral, cadera, extremidades), y ser capaz de levantarse de una silla sin utilizar los brazos (cinco veces seguidas). Con dos o más puntos la posibilidad de fractura de cadera en los dos años de seguimiento es del 24% (contra 3% si se tiene un punto, o cero).

La efectividad de la detección precoz de las enfermedades.

id:98-20

Autor: Viñes JJ.
Revista/Año/Vol./Págs.: An Sist Sanit Navar. 2007;30:11-27. Citas 25. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Las prevenciones secundarias busca el diagnóstico precoz, cuando no hay síntomas, de enfermedades con mejor pronóstico si se tratan en sus fases iniciales, como insiste el autor, navarro. El texto es largo, y sirve de recuerdo de cosas elementales. Pone de ejemplo el programa de cribaje de cáncer de mama en Navarra, uno de los mejores en España, pero no tanto como para lo que destaca el autor. Sin embargo, hace una buena crítica al diagnóstico precoz del cáncer de mama, por más que sean de Pamplona los que salieron en todos los medios para vender las excelencias de la TAC anual en los fumadores.


Tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.

id:98-21

Autor: Anónimo.

Revista/Año/Vol./Págs.: SACELYTE. 2007;2006;1:1-5. Citas 27. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Al revisar la cuestión, como se hace en este boletín terapéutico, se concluye que lo mejor en el seguimiento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia es la formación de los cuidadores y las medidas no farmacológicas (adaptación social, control de la luz y el ruido, terapia con animales, etc.). Los neurolépticos (antipsicóticos) tienen graves efectos secundarios, y son escasos e insuficientes los estudios para evaluar su eficacia y seguridad. Risperidona es el único autorizado. Se ha demostrado un aumento de los eventos cardiovasculares en estos pacientes, y un aumento de la mortalidad asociado al uso de antipsicóticos.

Las minusvalías mentales conllevan más uso de la consulta del médico general.

id:98-22

Health problems of people with intellectual disabilities: the impact in general practice.

Autores: Straetmans JMJA, Schrojenstein JM, Schellevis FG, Dinant GJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2007;57:64-66. Citas 7. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los pacientes con minusvalías mentales tienen peculiaridades varias, además de su discapacidad, poco estudiadas. Este trabajo está hecho en Holanda, a partir de los datos de 104 médicos generales (profesionales independientes, cobro por capitación y acto, dueños de su consulta o centro de salud), con una media de población de 2.350 pacientes. Cada médico tiene una media de 10 pacientes con minusvalía mental. Estos utilizan casi el doble la consulta (1,7), reciben más recetas (neurolépticos, anticonvulsivos y laxantes), y los diagnósticos más frecuentes en la consulta registrada fueron epilepsia, micosis cutánea, diabetes, IRA y cera en CAE.

Tras el infarto.

id:98-23

Outpatient management of survivors of acute coronary syndromes.

Autores: Geraci SA, Stubbs ND.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med. 2007;120:12-15. Citas 9. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Tras el infarto ¿qué hacer? Cada día nos hacemos más esa pregunta, pues cada día hay más pacientes que sobreviven la infarto de miocardio. En este trabajo se hace un repaso rápido, y muy gringo, de la cuestión. Desde controlar el descontrol típico de los lípidos en la fase aguda del infarto, y además valorar si queda insuficiencia cardíaca, a insistir en el abandono del tabaco y el ejercicio. Respecto a medicamentos, betabloqueantes (carvedilol si hay insuficiencia cardíaca), estatinas y aspirina. Otros, como IECA y antagonistas de aldosterona, según necesidad.

Dolor precordial por el que no se consulta.

id:98-24

Chest pain and subsequent consultation for coronary heart disease: a prospective cohort study.

Autores: Croft PR, Thomas E.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2007;57:40-4. Citas 11.

Calificación: Excelente.

Comentarios: El dolor precordial no es raro en la población, como otros muchos dolores (de cabeza, de espalda, etc.). Lo interesante es tener idea de qué significa la presencia de ese dolor. Los autores encuestan por correo a la mitad (4.002) de los adultos de un centro de salud con cuatro médicos. Contesta el 65%, y casi todos ellos dan permiso para ligar los datos a la historia clínica. Siguen a los pacientes que no se habían quejado a su médico de tener ese dolor precordial, y demuestran a los 7 años que la mayoría siguen sin consultar. Pero la probabilidad de presentar isquemia de miocardio y morir por cualquier causa es mayor entre los que desalaron tener dolor precordial.

Estimación de la presencia de eventos cardiovasculares y costes directos asociados a la enfermedad obstructiva crónica en un ámbito ambulatorio.

id:98-25

Autores: Sicras A, Navarro R, Fernández J, García M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;128(8):317-8. Citas: 10. MARL.

Calificación: Muy bueno

Comentarios: Estudio de 900 pacientes con EPOC, de una edad media de 70 años, en el que se constata la frecuencia de co-morbilidad en los mayores. El 19% tuvo eventos cardiovasculares (la mayoría cardiopatía isquémica), siendo frecuente la diabetes y dislipemia. La cuantificación del coste por paciente/año fue de casi 3.000 (el 40% por ingreso hospitalario, mayor si más gravedad EPOC, con un importante porcentaje de costes directos por el tratamiento farmacológico). Y para atender bien la co-morbilidad, nada como una buena atención primaria.

El ejercicio de la autoridad sanitaria: los principios, lo reglamentado y la incertidumbre.

id:98-26

Autores: Villalba JR, Cusí M, Caylá JA, Guix J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2007;21:172-5. Citas 11. MPF.
Calificación: Excelente.

Comentarios: En este texto se defiende lo que es lógico: no confundir autoridad con democracia. La democracia exige el ejercicio de una autoridad legítima, nada más. Así, en salud pública hay que tener autoridad, incluso coercitiva en casos concretos. Plantean tres ejemplos, 1/ el tratamiento impuesto en la tuberculosis con pacientes no cumplidores que representan un riesgo para la salud de los demás, 2/ la prohibición de la descarga de haba de soja en el puerto de Barcelona, tas descubrir su impacto en el asma, y 3/ la limitación del ejercicio profesional en el caso de un médico con SIDA.

Aplicación de los modelos de duración al análisis de la transición de la buena a la no-buena salud entre los adultos españoles.

id:98-27

Autores: Vidal R, Rodríguez M, Pinilla J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Economía Salud. Enero 2007:5-6. Citas 0. MPF.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los autores son economistas, y emplean modelos de duración para valorar cuánto tiempo transcurre hasta que sucede un evento esperado. En este caso, cuánto tiempo tarda una persona que se declara en estado de salud en pasar a un estado de no-buena salud (de enfermedad). Emplean los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea. Demuestran que los más ricos, más cualificados y con mayor nivel educativo son los que más tiempo persisten en estado de salud. Controlan por enfermedades crónicas, edad, uso de servicios y demás.

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 recopilarán en un fichero cuyo responsable es GlaxoSmithKline, S.A. con domicilio en O 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 escribirnos disponiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionado, indicando CIC Centro de Información de GSK.