



RED ESPAÑOLA DE
ATENCIÓN PRIMARIA

Apartado de Correos 1207
28800 Alcalá de Henares (Madrid)

SUMARIO

- Fuentes de Información del Farmacéutico Comunitario
- Práctica Farmacéutica
- Revistas en Atención Primaria
- Registro de incidencia y mortalidad en pacientes con cáncer (RIMCAN)

RELACIONES PROFESIONALES

Antonio Barbero • Farmacéutico Comunitario

Desde que entré en la Universidad me fui dando cuenta que había muchas cosas que fallaban, pero existía una que, todavía hoy, me sigue llamando poderosamente la atención: los profesionales sanitarios no se comunican; e incluso, algo todavía peor, se ignoran cuando no se desprecian. Esto resulta extraño cuando nuestro objetivo común es el paciente. Y no olvidemos que es único y que es de todos. Esto se podría solucionar en una gran proporción si los estudios de medicina, Farmacia y Enfermería se impartieran en los mismos centros y sus asignaturas comunes, que las hay, en las mismas aulas y por los mismos profesores.

Tengo pacientes que mantienen sus tarjetas de control de presión arterial separadas: la del médico, la de la enfermera, la del farmacéutico. Lo más triste de todo es que la mayoría de esos valores son coincidentes, y en no pocas ocasiones, las mediciones se han realizado con poca diferencia de días. Otro tanto ocurre con las glucemias. Esto lleva a mediciones innecesarias, a gasto de tiempo y dinero. Es una pena que muchos médicos y enfermeras desprecien por principio las tomas de tensión en la farmacia, aunque éstas estén medidas correctamente con esfigmomanómetro de mercurio. Según las condiciones estándar requeridas, cuando en muchos casos en enfermería se toman con esfigmomanómetro aneroide sin revisar desde hace años. Cuando me vienen pacientes con tomas de tensión de otros profesionales las considero correctas a priori. Si después observo que se ha utilizado una máquina automática, o que la tensión se le ha tomado de pie, con prisas o después de haber realizado un ejercicio intenso, educo al paciente para que no tenga en cuenta esos valores.

También existen cosas curiosas como el de algunos profesionales que intentan "robarse" los pacientes obligando a éstos a ir al hospital cada cierto tiempo. Consultas que podrían realizar los médicos de familia desde Atención Primaria. Me imagino que todo esto es para justificar algunos departamentos o unidades poco justificables dentro del

sistema hospitalario. Habría que abandonar la idea de "tu paciente", "mi paciente", etc. Esto hace que el paciente tenga una idea muy extraña de nuestro sistema sanitario. Cuando le duele un pie, cree que tiene que ir directamente al traumatólogo, cuando es la cabeza, al neurólogo; si tiene dolor de garganta, al otorrinolaringólogo. Hasta para un acné vulgar, el paciente pide con insistencia un volante para el dermatólogo. Muchos, por no decir la mayoría de estos problemas, se podrían resolver dentro del ámbito de la Atención Primaria.

Sería conveniente cambiar un poco este sistema haciendo que el paciente fuera único para todos, de verdad, que tuvieran un médico de familia (que sería la puerta de entrada en el sistema, en la mayoría de los casos), una enfermera y un farmacéutico comunitario. Todos estos profesionales sanitarios, tendrían que ser capaces de contactar entre ellos ante cualquier problema que surgiera en el paciente. También sería muy necesario que compartieran la información que posean sobre dicho paciente.

La relación entre médicos de familia y médicos especialistas también tendría que ser más fluida, sin imposiciones, y evitar en lo posible las prescripciones inducidas. Que el médico de familia derivara el paciente al especialista cuando creyera necesario pedir una prueba diagnóstica especial, un diagnóstico e incluso una petición de asesoramiento en la prescripción.

La enfermera que realizara el seguimiento en pacientes crónicos con determinaciones físicas y bioquímicas (tensión, pulso, glucemia, etc.). El farmacéutico realizando el seguimiento farmacológico de los pacientes, detectando y resolviendo junto con el médico los posibles problemas relacionados con los medicamentos que pudiera haber. Y todos juntos dando la misma educación sanitaria a los pacientes.

Pero para que esto fuera posible, sería necesario que todos contáramos a priori en la competencia profesional y tuviéramos comprensión y respeto por el otro.



Fuentes de Información del Farmacéutico Comunitario

Elejandro Egulleor Villena • Farmacéutico Comunitario (Asociación FACOR)

El presente artículo pretende proporcionar al lector una perspectiva general de cuáles son las fuentes de información que el farmacéutico utiliza en su trabajo diario, para actualizar sus conocimientos y resolver los problemas relacionados con las medicaciones de su población.

Aunque los farmacéuticos reciben una sólida formación farmacológica en los cinco años que permanecen en la Universidad, a lo largo de su vida profesional van a trabajar con una gran cantidad de principios activos que no han sido estudiados en la licenciatura. Por esta razón se hace imprescindible una continua actualización de conocimientos que, además de apoyarse en cursos de postgrado, exige la utilización de fuentes de información fiables, fácilmente accesibles y útiles en la toma de decisiones de los diferentes problemas terapéuticos que se presentan.

Gran parte de la información que maneja el farmacéutico procede del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, órgano que sujeta a los diferentes Colegios Provinciales. La documentación que proporciona es teóricamente independiente de la Industria y se actualiza con frecuencia. Es, quizás, la principal fuente nacional de información, y posee un alto nivel de calidad aunque algunos puntos todavía son muy mejorables.

Al Consejo pertenece la Base de datos incluida en los programas informáticos farmacéuticos, el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas y la revista Panorama Actual del Medicamento.

- **Base de Datos del Consejo.** Fuente de información de gran comodidad pues se encuentra integrada en los programas informáticos. Así, el Consejo proporciona los datos a las casas informáticas que los relacionan con el medicamento mediante el código nacional. Dicha base no puede ser modificada por el usuario del programa.

- **Catálogo de Especialidades Farmacéuticas.** Publicación anual que elabora el Departamento Técnico del Consejo. Libro básico e imprescindible en la oficina de farmacia. Coste asequible. Proporciona información de la mayoría de los medicamentos comercializados en España, aunque no incorpora las fichas técnicas oficiales sino unos resúmenes. Son muy interesantes las monografías que se incluyen al principio de cada grupo terapéutico.

- **Panorama Actual del Medicamento (PAM).** Es una revista nacional de gran prestigio. No incluye publicidad en sus páginas. Actualiza a lo largo del año la Base de Datos del Consejo y el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Incluye entre otras, la sección de novedades terapéuticas con la completa descripción de los principios activos incluyendo el estudio clínico. Son también muy interesantes las revisiones tanto de los grupos terapéuticos como de principios activos. Otras secciones están dedicadas a la revisión de enfermedades o de terapéutica, a la formación continuada, a la actualidad de los Centros de Información del Medicamento (C.I.M.), etc. Como único inconveniente cabría mencionar su falta de indexación por números, con lo que se hace difícil buscar información sobre un tema en concreto entre la gran cantidad de ejemplares del PAM que se acumulan en las estanterías de las farmacias.

En cuanto a la bibliografía de ámbito internacional, son de obligada descripción dos obras: El Martindale y la USP-DI.

- **Martindale** (The extra Pharmacopoeia). Imprescindible en la oficina de farmacia. Incluye información sobre todos los principios activos comercializados en todo el mundo. Aparecen ediciones cada cuatro o cinco años e está disponible en Inglés.

- **USP-DI** (United States Pharmacopoeia - Drug Information). Necesaria también en la farmacia. En este caso se dispone de la versión traducida al español por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Incluye monografías muy completas sobre cada fármaco. Existe también una USP-DI, Consejos al Paciente, que está escrita en un lenguaje de fácil comprensión para los profanos en la mate-

ria y que en algunas farmacias está a disposición de los pacientes con el fin de mejorar el resultado de los tratamientos.

Entre las publicaciones periódicas distinguiremos dos niveles:

- **Boletines.** Editados por las autoridades sanitarias, bien sea el Sistema Nacional de la Salud (Información Terapéutica) o bien por los servicios de salud de las diferentes C.C. A.A.. Son teóricamente independientes y conllevan un bajo coste.

- **Revistas profesionales.** Bien colegiales o bien independientes. Entre las colegiales destaca la ya mencionada P.A.M., Farmacéuticos, Sendergaak, etc. Entre las independientes, se encuentran Farmacia Profesional, El Farmacéutico, Offarm, Farmacia Clínica, etc. En ellas, además de noticias del mundo de la farmacia podemos encontrar en ocasiones interesantes artículos de revisión. El problema, una vez más, es la falta de indexación, lo que hace muy difícil encontrar información sobre un problema concreto en un momento determinado. Revistas profesionales internacionales de indubitable prestigio son "The Medical Letter" o "Drugs".

La informática, como no podría ser de otra forma, no se queda fuera del mundo de la información farmacéutica. Así, encontramos dos tipos de aplicaciones:

- Programas que ofrecen información sobre medicamentos, sobre enfermedades, sobre interacciones, etc., como si fueran revistas o libros informáticos. Por ejemplo "Micromedex".

- **Programas de revisión bibliográfica.** Proporcionan resúmenes de artículos de revistas relacionadas con la profesión. "Medline" es la base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los E.E. U.U. Resume más de 3.000 revistas médico-farmacéuticas de todo el mundo. Tiene un precio muy elevado aunque suele estar disponible en los Colegios Farmacéuticos. A un precio asequible se encuentra "Pharma Digest", que revisa un elevado número de revistas científicas y ofrece resúmenes ordenados por palabras clave, y al que se adivina un futuro prometedor.

Por su parte, Internet constituye también un filón de información en nuestro campo. El inconveniente es la fiabilidad de la fuente que ha proporcionado una determinada información en la red.

Hablando de información farmacéutica, no podemos acabar sin mencionar los C.I.M. (Centros de Información del Medicamento). Constituyen una herramienta de trabajo muy fiable y fácilmente accesible. En ellos encontramos a compañeros farmacéuticos expertos en el manejo de documentación sobre medicamentos, y con información actualizada. Existen C.I.M. de las Autoridades sanitarias Central y Autonómicas, del Consejo de Colegios, de los Colegios, etc. También la Industria posee departamentos técnicos que proporcionan información sobre sus medicamentos.

Existe, como conclusión, gran cantidad de información sobre el medicamento al alcance del farmacéutico, quien tendrá que decidir qué recurso debe de utilizar en cada momento con el fin de ayudar a que las medicaciones produzcan el mejor resultado posible, con el consiguiente aumento de calidad de vida para el paciente.

Referencias Bibliográficas:

- Base bibliográfica de los boletines de la asociación FACOR. Ana del Pino.
- "Bases de datos y Bibliografía en una Farmacia Comunitaria". Francisco Martínez Romero. Ana R. Rubio Malo de Molina. Fernando F-Limos Somoza.
- Revista Panorama Actual del Medicamento. Números consultados 210, 211 y 212.



Práctica Farmacéutica:

Una nueva asignatura en el nuevo plan de estudios de farmacia de la Universidad de Alcalá

M^o Teresa Alfonso Galán • Miembro de la REAP

Profesora Titular de Universidad - Dpto. de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales • Universidad de Alcalá

En el pasado curso académico de 1997/98, en la Universidad de Alcalá, y en el nuevo plan de estudios de Farmacia, que ya iba por su cuarto año, se impartió por primera vez la asignatura de "Sistemas de Información y Práctica Farmacéutica", cuyos contenidos quieren responder al concepto de "Pharmaceutical Care".

La idea de presentar esta nueva asignatura se planteó al comienzo de la década de los años 90, cuando se preparaban los nuevos planes de estudio de Farmacia y se dió a los profesores de los distintos Departamentos la posibilidad de ofertar nuevas asignaturas. Por aquel entonces yo terminaba un Master cuyo nombre era "Sistemas de Información y Documentación Sanitaria".

Por aquellos años también, ya había llevado a cabo dos estudios sociológicos sobre farmacias, en el Area Sanitaria de la Comunidad de Madrid, y en el distrito sanitario de Arganzuela en Madrid. Fue entonces, durante las entrevistas personales a los farmacéuticos, cuando conocí a Lourdes Alvarellos y a Horacio del Barrio. Y a través de ellos a la REAP a la que pertenezco desde entonces. La idea, el trabajo realizado, los proyectos, todo ello me pareció lo suficientemente importante como para darlo a conocer en la Universidad, motivando al mismo tiempo a los alumnos hacia el nuevo ejercicio profesional de la farmacia que ya estaban llevando a cabo los farmacéuticos de la REAP.

La asignatura presentada en los primeros años de la década de los 90, para su aprobación en el nuevo plan de estudios de la Facultad de Farmacia de Alcalá, comenzó como asignatura de doctorado y se fue perfilando con el tiempo, concretándose final y fundamentalmente en el desarrollo del concepto de "Pharmaceutical Care".

La asignatura tiene la consideración de "optativa", cuenta con treinta horas teóricas y quince prácticas, y la han seguido 27 alumnos.

El programa se refiere a la profesión de farmacia en la actualidad, centrándose en la farmacia comunitaria, en las nuevas tecnologías de la información y en las nuevas tecnologías asistenciales. Se recalcan las nuevas funciones asistenciales de los farmacéuticos, las recomendaciones y acciones internacionales orientadas a "Pharmaceutical Care", teniendo como objetivo la detección y resolución de los problemas en relación con la medicación.

Otros temas se dedican a la comunicación eficaz, con los pacientes y con los médicos; Farmacovigilancia; elaboración de fichas de pacientes; Protocolos en sintomatologías de patologías agudas; educación para la salud; garantía de calidad; investigación en farmacia.

Las nuevas tecnologías de la información también están presentes en el temario: Documentación y sistemas de información sanitaria; Centros de Información de Medicamentos; Acceso a bases de datos en Biomedicina y Farmacia.

Y aunque en el programa hay una referencia explícita a la Medicina basada en la evidencia, y pueda parecer paradójico, dedicamos tres temas a la práctica farmacéutica ante las plantas medicinales, la homeopatía y las derivaciones homeopáticas.

Con el programa práctico (15 horas) los alumnos desarrollan los siguientes temas:

- * Acceso a las Fuentes de información. Los recursos farmacéuticos en Internet.
- * Ayudas (programas) informáticas en la práctica farmacéutica comunitaria. Resolución de problemas en relación con la medicación.
- * Comunicación con el paciente. (Se presentan casos de problemas de los pacientes. Los alumnos tienen que saber extraer la información tanto acerca del paciente como de los medicamentos. Los alumnos hacen alternativamente de paciente y de farmacéutico. Aprenden a utilizar la base de datos del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos).
- * Detección y resolución de problemas en relación con la medicación PRM. (Se les da una metodología de trabajo para clasificar problemas, gravedad, urgencia, y acciones a realizar. La aplican también a casos prácticos que se les presentan).
- * Comunicación con el médico. Terminología médica. Comunicación de problemas en relación con la medicación. (Los alumnos a lo largo de todo el curso se han familiarizado con la terminología médica gracias a una bibliografía y documentación específica. En esta práctica se plantean los mismos supuestos prácticos que en la anterior, y se escogen las que precisan una derivación y comunicación con el médico. Los alumnos en primer lugar hacen simultáneamente de médico y de farmacéutico, y en segundo lugar aprenden a hacer un informe al médico según una metodología específica).

Quiero resaltar y agradecer sobre todo y muy especialmente la valiosísima colaboración de un farmacéutico comunitario en estas clases prácticas, seleccionando los casos prácticos utilizados y la metodología para una buena comunicación con el paciente y con los médicos. Este farmacéutico está realizando su Tesis Doctoral en nuestro Departamento. Fruto de su trabajo, y parte de su Tesis ("Consulta Farmacéutica") ha sido también la realización de un video profesional sobre comunicación en farmacia, a utilizar como material docente tanto en este curso de pregrado, como en otros cursos de formación continuada de farmacéuticos.

Resaltar que esta primera experiencia de un curso de Práctica Farmacéutica dirigido a alumnos de 4º de Farmacia ha sido muy satisfactoria. Y que lo más satisfactorio de todo fue la implicación de los alumnos, algunos de los cuales nos comunicaron que a raíz de este curso se interesaron por la medicación de sus familiares, y cómo habían detectado y resuelto problemas en relación con la medicación.

Revistas en Atención Primaria

Pilar García Sagredo • (Equipo CESCA)

Los profesionales sanitarios, médicos, enfermeras, farmacéuticas, ..., necesitan de forma continua actualizar sus conocimientos, tener noticia de los nuevos avances que se han producido, las nuevas técnicas utilizadas en la consulta, las nuevas medicaciones, ..., lo que coloquialmente llamamos "estar al día" en la profesión. El médico de atención primaria no es una excepción y necesita de la formación continuada (1) para poder sobrellevar la consulta día a día; para ello puede servirse de diversas fuentes de conocimiento como libros, revistas, informes, tesis doctorales, congresos, reuniones, etc.

Las revistas son el medio más utilizado para conseguir información sobre nuevos conocimientos, ya que aparte de ser el más asequible, también es el más numeroso, y el de mayor difusión. La publicación en las revistas de los resultados de un estudio es llevada a cabo con relativa rapidez, puesto que a veces no son resultados últimos del estudio, sino que son resultados intermedios; si bien éstos tienen una rápida obsolescencia. El libro es un medio de conocimiento más teórico, más reflexivo, más lento en su publicación y difusión, y por supuesto económicamente más caro.

El aumento en el volumen de documentación científica publicada ha sido extraordinariamente grande, y por tanto los medios de publicación como las revistas, han crecido de una forma casi ilimitada; hoy es casi imposible poder abarcar todas ellas. Por tanto, tenemos y debemos hacer una selección de la información que nos interesa en un área determinada, la cual se publica en un número reducido de revistas (ley de Bradford).

Las publicaciones de las revistas se agrupan en directorios (en papel y/o mecanizados) que permiten acceder al artículo que nos interesa. También existen los boletines bibliográficos (1), que publican resúmenes de ciertos artículos, y están dedicados a establecer una especie de alerta bibliográfica, para mantener los conocimientos que interesan y para saber qué es lo que se está publicando de interés.

La importancia de una revista viene dada por: 1) la calidad de la información que publica, 2) estar incluida en un índice/directorio como: Index Medicus, (2), Current Contents, Science Citation Index (3), 3) el

impacto que tiene (el número de veces que una revista es citada), 4) la normalización de los requisitos necesarios para la publicación de los trabajos (4) (p. ej. normas Vancouver), y también 5) el idioma (tiene que ver, al menos en la difusión de la revista, ya que son más numerosas e importantes las revistas en inglés).

Los artículos que interesan en una revista de atención primaria son los que describen los problemas de salud más frecuentes, la morbilidad atendida o los motivos de consulta, y las actividades que se realizan en un área de atención primaria. La investigación en atención primaria se suele realizar en poblaciones determinadas y no tanto en poblaciones generales (5). Estos estudios suelen ser descriptivos, escaseando estudios multicéntricos puesto que la mayoría de las investigaciones en atención primaria se realizan en núcleos muy concretos y con poca conexión con otros equipos que puedan estar desarrollando la misma investigación. Pueden también interesar estudios sobre servicios de salud, pero en la mayoría de las revistas los estudios son sobre documentos y actos clínicos.

En atención primaria, las revistas de mayor interés (6) para profesionales médicos y en lengua castellana son: Atención Primaria, Medicina Clínica, Gaceta Sanitaria, la Revista Española de Salud Pública (antigua Revista de Sanidad e Higiene Pública), SEMERGEN, Farmacia Clínica y Rol de Enfermería. En inglés, las de mayor interés son: British Medical Journal, Journal of Family Practice, New England Journal of Medicine, Lancet, Canadian Family Physician, Journal of the Royal College of General Practitioner, JAMA, Medical Care y Patient Care. Hay otras revistas de interés para la atención primaria que se ocupan sobre política sanitaria, gestión y organización de centros y equipos de atención primaria: "Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria", "Fulls Econòmics del Sistema Sanitari" (se publica en catalán y se traduce al castellano), revistas como "Centro de Salud" surgen como una publicación orientada a la gestión y organización de los centros de salud y para que no sólo sean médicos los autores, sino también enfermeras, farmacéuticos, y personal auxiliar, revistas dedicadas a los aspectos humanos de la profesión médica: "Dimensión Humana", "Quadern CAPS"; otras dedicadas a las humanidades dentro del campo de la salud: "Jano".



Bibliografía:

- 1.- Pérez Fernández M, García Sagredo P, Gervas J. Alerta bibliográfica y formación continuada: el Boletín Bibliográfico CESCA. Rev Esp Doc Cient 1993; 16: 237-249.
- 2.- Pulido M. Index Medicus: cobertura y manejo. Med Clin (Barc) 1987; 88: 500-504.
- 3.- Gervas J, Pérez-Fernández M, García-Sagredo P. Science Citation Index: posibilidades y utilización. Med Clin (Barc) 1990; 95: 582-588.
- 4.- Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas. Rev Esp Salud Pública 1995; 69: 151-162.
- 5.- Jiménez J, Carré MC, Argimon JM. Tipos de estudio publicados en la revista de Atención Primaria (1984-1990) Aten Primaria 1993; 12: 23-30.
- 6.- Olmos O, García Olmos LM, Abraira V, Gervas J. Las revistas más citadas en atención primaria. Aten Primaria 1990; 7: 502-506.

Listado de Revistas por orden alfabético, consideradas más interesantes para la atención primaria tanto para médicos como para enfermeras y farmacéuticos:

- American Family Physician.
- American Journal of Epidemiology.
- American Journal of Hospital Pharmacy.
- American Journal of Public Health.
- Annals of Internal Medicine.
- Atención Primaria.
- Australian Journal of Public Health.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
- Boletín Epidemiológico y Microbiológico Semanal.
- Boletín Terapéutico Andaluz.
- British Journal of General Practice.
- British Medical Journal.
- Canadian Family Physician.
- Centro de Salud.
- Clinical Pharmacology & Therapeutics.
- Control de Calidad Asistencial.
- Cuadernos de Gestión.
- Dimensión HUMANA.
- Educación de Adultos y Desarrollo.
- Epidemiological Review.
- Excecer.

- European Journal of General Practice.
- European Journal of Public Health.
- European Journal of Clinical Pharmacology.
- Family Practice.
- Farmacia Clínica.
- Formación Médica Continuada en Atención - -
- Primaria.
- Foro Mundial de la OMS.
- Gaceta Sanitaria.
- Información Terapéutica de la Seguridad Social.
- Inquiry.
- International Journal of Health Services.
- International Journal of Pharmacy Practice.
- International Journal of Technology Assessment in Health Care.
- Jano.
- Journal of the American Medical Association.
- Journal of Family Practice.
- The Lancet.
- MaLAM.
- Medical Care.
- The Medical Letter.
- Medicina Clínica.
- Medicina Integral.
- El Médico.
- MEDIFAM.
- Nature.
- The New England Journal of Medicine.
- New Zealand Family Physician.
- Nursing.
- Panorama Actual del Medicamento.
- Patient Care.
- Pediatrics.
- Population Bulletin.
- QRB.
- Quadern CAPS.
- Regulatory Affairs Bulletin.
- Revisiones en Salud Pública.
- Revista Clínica Española.
- Revista Española de Salud Pública.
- Revista Portuguesa de Clínica Geral.
- Rol de Enfermería.
- Salud 2000.
- Salud Rural.
- Scandinavian Journal of Primary Health Care.
- SEMERGEN.

IV Jornadas Científicas de la REAP

Asturias • 18 y 19 de Junio de 1999

TEMA: USO DE MEDICAMENTOS

Registro de incidencia y mortalidad en pacientes con cáncer (RIMCAN)

Miguel A. Ripoll. • Coordinador nacional del RIMCAN. • Miembro de la REAP.

El Registro de Incidencia y Mortalidad en pacientes con CAncer (RIMCAN) es un estudio iniciado por la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) en el año 1991 (1,2). Se basa en la declaración de los nuevos casos diagnosticados de cáncer en la población atendida por los médicos generales/de familia que participan en el estudio (Registro de Incidencia), así como en la declaración de los casos de mortalidad de los pacientes con cáncer, independientemente de que la causa básica de defunción haya sido el propio cáncer u otra (Registro de Mortalidad). La participación en el RIMCAN es voluntaria. El número de participantes de 1991 a 1993 estuvo en torno a los 100 médicos, aumentando en el periodo 1994-1995 a casi 500, gracias a un convenio de colaboración entre la SEMG y la Junta de Castilla y León (JCL). El tiempo y grado de colaboración de los distintos participantes ha sido desigual (3). Desde 1996, colaboran en el Registro 226 médicos, la mayoría de los cuales trabajan en Castilla León (72,1%) y en núcleos de población inferiores a 2000 habitantes (4). La financiación del estudio ha tenido múltiples dificultades y deficiencias, haciéndose cargo del mismo con una gran voluntad y confianza la SEMG, salvo en el periodo 1993-1995 que lo fue por la JCL; en dos ocasiones se ha solicitado una beca al FIS, denegándose. Aunque los datos de este estudio no son extrapolables al resto de la población, sirven de aproximación al conocimiento de algunos aspectos relacionados con la situación y atención de los pacientes con cáncer desde la perspectiva del médico general/de familia, especialmente en el medio rural.

Los objetivos generales del RIMCAN son: a) Disponer de una red de médicos generales/de familia interesados en la investigación oncológica en su medio, b) mejorar la calidad de la atención a los pacientes oncológicos y c) disminuir la morbimortalidad por cáncer. Como objetivos específicos respecto al Registro de Incidencia, destacar el conocimiento de la sintomatología inicial de los distintos tumores, la forma de diagnóstico y los tiempos de demora diagnósticos y terapéuticos; del Registro de Mortalidad la contribución al conocimiento respecto a la causa de defunción de los pacientes con cáncer, el tiempo entre diagnóstico y muerte, el lugar de fallecimiento, la calidad de la atención al enfermo terminal, sus síntomas más importantes y grado de control, la necesidad de encamamiento y cuidados y el tratamiento farmacológico que han recibido (5,6). Los impresos que se utilizan actualmente son los que se recogen en las figuras 1 (Registro de Incidencia) y 2 (Registro de Mortalidad).

Los resultados del RIMCAN de cada año y del periodo 1991-1995 se han enviado a los participantes y a diversas instituciones u organismos, habiéndose publicado algunos informes anuales (7-10). Además se han publicado diversos trabajos

abordando aspectos específicos del RIMCAN.

La mayoría de pacientes incluidos en el RIMCAN han fallecido en su propio domicilio (75%-68%) (11-12), en lo que incluye las características del medio rural y de los sanitarios que les atienden. No obstante parece observarse una disminución de estos porcentajes en los últimos años, que podría deberse a los cambios culturales, a la ruptura de la red sociofamiliar en los pueblos más pequeños y a otras causas.

La sintomatología inicial de los pacientes con cáncer es muy variable, estando determinada principalmente por la localización tumoral. Sólo en torno al 10% de casos son diagnosticados por cribado o hallazgo casual, lo que contrasta con las expectativas puestas frecuentemente en estas formas de diagnóstico (13).

Más del 40% de los pacientes incluidos en el Registro de Mortalidad del RIMCAN han consumido opiáceos en su fase terminal (14,15). Junto al dolor, los síntomas más frecuentes de los pacientes en esta fase han sido caquexia, astenia, anorexia, obnubilación/confusión y depresión (16). La mayoría (74%) de los que han muerto en domicilio han estado encamados durante una mediana de 28 días (17).

En relación a algunos tumores concretos se han publicado aportaciones, como en el caso del cáncer de endometrio, cuestionando la anamnesis anual a las mujeres postmenopáusicas sobre sangrado vaginal para su diagnóstico precoz (18), o el cáncer de cérvix, del que en el RIMCAN 1991-1995, sólo el 33,3% de los 30 casos declarados se diagnosticaron por cribado (19).

Están en elaboración trabajos sobre calidad de la atención sanitaria, familiar y social (considerada en general buena o muy buena), sintomatología final y su grado de control, edad y forma de diagnóstico del cáncer de mama y otros.

La información de los impresos de declaración está incluida en una base de datos (Dbase III), procesándola en general con Epiinfo. En el periodo 1991-1995 se incluyen 2028 casos de incidencia y 1146 de mortalidad y en 1996-1997, 858 de incidencia y 482 de mortalidad. Si alguno de los miembros de la REAP desea más información sobre el tema o tiene interés en realizar algún estudio a partir de los datos del RIMCAN puede contactar con su coordinador (C/Marqués de Santo Domingo, 11 B-1, 05001-AVILA).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ripoll MA, Sánchez R, La Torre M, López C: Registro de Incidencia y Mortalidad en pacientes con Cáncer en Medicina General. Comunicación. IV Congreso Nacional de Médicos Titulares. Alicante, 1991.
- 2.- Burgos I: General practice in Spain: training initiatives and the Cancer Registration (RIMCAN) project. *Oncology in practice* 1994; 2:24-25.

- 3.- Ripoll MA, Blanco L, Burgos I, Gervas J: Características de los médicos no declarantes en el Registro de Incidencia y Mortalidad en pacientes con cáncer en medicina general (RIMCAN). Medicina General 1996; 2:65-67.
- 4.- Ripoll MA: Relación de los médicos participantes en el RIMCAN durante 1996-1997 y sus características. Medicina General 1998.
- 5.- Ripoll MA: Los registros de cáncer. Información del registro de incidencia y mortalidad en pacientes con cáncer en medicina general (RIMCAN). SEMERGEN 1996; 22: 745-746.
- 6.- Ripoll MA: Presentación del Registro de Incidencia y Mortalidad en pacientes con cáncer en medicina general. Medicina General 1996; 1: 59-61.
- 7.- Ripoll MA: Registro de Incidencia de cáncer en Medicina General. Información del estudio RIMCAN en 1993. SEMER 1994; 20: 717-726.
- 8.- Ripoll MA: Registro de mortalidad en pacientes con cáncer en medicina general. RIMCAN-1993. SEMER 1994; 20: 577-584.
- 9.- Ripoll MA, Blanco L, Burgos I: Registro de Incidencia de cáncer en medicina general: informe RIMCAN 1995. Medicina General 1997; 3: 61-65.
- 10.- Ripoll MA, Blanco L, Burgos I: Registro de mortalidad en cáncer: informe RIMCAN 1995. Medicina General 1997; 4: 72-75.
- 11.- Ripoll MA, Burgos I: Morir en casa. La información del proyecto RIMCAN. Med Clín (Barc) 1994; 102: 396-397.
- 12.- Ripoll MA, Urraca C: Lugar de fallecimiento de los pacientes con cáncer incluidos en el RIMCAN. Medicina General 1997; 6: 69-77.
- 13.- Ripoll MA, Urraca C: Sintomatología inicial en los tumores más frecuentes en medicina general. Medicina General 1997; 5: 65-69.
- 14.- Ripoll MA, Blanco L, Burgos I: Consumo de opiáceos en los pacientes oncológicos terminales en medicina general. Medicina General 1996; 2: 9-15.
- 15.- Ripoll MA, Urraca C: Consumo de opiáceos en los pacientes oncológicos terminales en atención primaria. Med Clin (Barc) 1998; 110: 758-759.
- 16.- Ripoll MA, Urraca C, Alda C: Grado de control de la

sintomatología de los pacientes oncológicos terminales. Comunicación. V Congreso de la Medicina General Española. Palma, junio 1998.

- 17.- Ripoll MA, Alda C, Urraca C: Encamamiento y necesidad de cuidados de los pacientes oncológicos terminales. Comunicación. V Congreso de la Medicina General Española. Palma, junio 1998.
- 18.- Ripoll MA, Blanco L, Alda C, Urraca C: Cáncer de endometrio: ¿Es necesaria la anamnesis anual a las mujeres postmenopáusicas sobre sangrado vaginal para su diagnóstico precoz? Medicina General 1998; 8: 71-75.
- 19.- Ripoll MA, Alda C, Urraca C: ¿Cómo diagnosticamos a las pacientes con cáncer de cérvix? Aten Primaria 1998; 21: 414-415.

REGISTRO DE INCIDENCIA DE CÁNCER

1.- Nombre: _____

2.- Papeles: Médico No Médico

3.- Sexo: Varón Mujer

4.- Edad: _____

5.- Localización y tipo de tumor: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD:

6.- Localización y tipo de tumor:

Pulmón	Tracto	Colon	Endometrio	Melanoma	Glándula	Testículo	Uterino	Suprarrenal
Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto
Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto
Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto

7.- Diagnóstico: _____

8.- Tipo de diagnóstico: Clínico Radiológico Anatómico Otro: _____

9.- Grado de certeza: Seguro Sospecha No seguro

10.- Fecha de inicio de la afección: _____

11.- Fecha de la primera consulta especializada: _____

12.- Fecha de diagnóstico (en la práctica): _____

13.- Fecha de diagnóstico definitivo: _____

14.- Fecha de diagnóstico histológico: _____

15.- Tratamiento recibido: Quirúrgico Químico Radioterápico Hormonal Otro: _____

16.- Fecha de fallecimiento: _____

17.- Lugar de fallecimiento: _____

18.- Situación vital al diagnóstico: Diagnóstico Recidiva Progresión Otro: _____

REGISTRO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER

1.- Nombre: _____

2.- Papeles: Médico No Médico

3.- Sexo: Varón Mujer

4.- Edad: _____

5.- Localización y tipo de tumor: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD:

6.- Localización y tipo de tumor:

Pulmón	Tracto	Colon	Endometrio	Melanoma	Glándula	Testículo	Uterino	Suprarrenal
Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto
Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto
Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto	Tracto

7.- Diagnóstico: _____

8.- Tipo de diagnóstico: Clínico Radiológico Anatómico Otro: _____

9.- Grado de certeza: Seguro Sospecha No seguro

10.- Fecha de inicio de la afección: _____

11.- Fecha de la primera consulta especializada: _____

12.- Fecha de diagnóstico (en la práctica): _____

13.- Fecha de diagnóstico definitivo: _____

14.- Fecha de diagnóstico histológico: _____

15.- Tratamiento recibido: Quirúrgico Químico Radioterápico Hormonal Otro: _____

16.- Fecha de fallecimiento: _____

17.- Lugar de fallecimiento: _____

18.- Situación vital al diagnóstico: Diagnóstico Recidiva Progresión Otro: _____