

causa de muerte. Entre 1980 y 1997 supuso una mortalidad proporcional del 24,81%¹.

Los pacientes con cáncer tienen una demanda asistencial con características específicas. La atención primaria desempeña un papel importante en su cuidado, tanto en actividades de prevención como en las fases terminales de la enfermedad^{2,3}.

Objetivo. Determinar la incidencia de cáncer en Fisterra y Corcubión, la supervivencia de los tumores más frecuentes y la frecuentación al centro de salud.

Diseño. Estudio observacional de seguimiento retrospectivo y prospectivo.

Emplazamiento. Centros de salud de los municipios de Fisterra y Corcubión (A Coruña).

Participantes. Ciento cincuenta y dos casos incidentes de cáncer diagnosticados desde el 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1999.

Mediciones principales. Edad, sexo, localización del tumor según CIE-9, fechas de diagnóstico y muerte. Número de consultas y motivos.

Resultados. El cáncer más frecuente es, sin contar los de piel, el de pulmón, con una tasa estandarizada de 46,31 casos por 100.000 habitantes. El segundo es el de mama, con una tasa ajustada de 89,75 por 100.000 mujeres, y el tercero, el de colon y recto, con tasa estandarizada de 26,04 por 100.000 habitantes. Les siguen en frecuencia el gástrico, el prostático, el de vejiga y el de útero.

La media de edad en el momento del diagnóstico del total de los tumores estudiados es de 64 años y la razón varón/mujer, de 3/2.

La supervivencia a los 12 meses es del 100% en el cáncer de mama, del 88,89% para los cánceres de vejiga y colon, del 56,25% en el de próstata, del 53,33% en el gástrico y del 48% en el de pulmón.

Durante el estudio, los pacientes incluidos consultaron 1.596 veces, con una media de 1,08 consultas por mes. Ajustando por edad, sexo, localización y presencia de dolor, la variable más próxima a modificar el número de consultas por mes ha sido la presencia de dolor. Éste fue el motivo más frecuente de consulta (35,9%), seguido de causas burocráticas y de control de constantes y parámetros analíticos.

Discusión y conclusiones. Los tumores más frecuentes en la población de Fisterra y Corcubión son el de pulmón y el de mama, como en la mayoría de los estudios realizados a escala nacional y europea⁴.

En cuanto a la supervivencia, los resultados obtenidos son también consistentes con estadísticas nacionales y europeas respecto a los cánceres de mama, vejiga y estómago⁵. Uno de los problemas fundamentales en el cuidado del paciente con cáncer es el control de síntomas como el dolor, que en nuestro estudio es el primer motivo de consulta. Dicho hallazgo es consistente a lo largo del seguimiento de estos pacientes tras el diagnóstico⁶. Este estudio pone además de manifiesto cómo la frecuentación se ve afectada por la presencia del dolor. Por todo esto consideramos que los profesionales de atención primaria deben estar preparados para el abordaje de esta patología a fin de ofrecer la mejor calidad asistencial a lo largo del proceso evolutivo de la enfermedad.

S. Pita Fernández^a, M.J. Platero Castro^b, S. Pértega Díaz^a y E. Feijoo Fernández^c

^aUnidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. España.

^bCentro de Salud de Fisterra. A Coruña. España.

^cCentro de Salud de Corcubión. A Coruña. España.

1. Mortalidad en Galicia 1980-1997. Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie B, n.º 22 (CD-Rom). Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, 2000.
2. Simo Cruzet E, Urena Tapia MM, Vernet Vernet M, Sender Palacios MJ, Larrrossa Saez P, Jovell Fernández E. Intervención del médico de familia en el diagnóstico del cáncer. *Aten Primaria* 2000;26:104-6.
3. Brotzman GL, Robertson RG. Role of the primary care physician after the diagnosis of cancer. The importance of the team approach. *Prim Care* 1998;25:401-6.
4. Black RJ, Bray F, Ferlay J, Parkin DM. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. *Eur J Cancer* 1997;33:1075-107.
5. Berrino F, Sant M, Verdecchia A, Capocaccia R, Hakulinen T, Esteve J, editors. *Survival of cancer patients in Europe. The Eurocare study.* Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1995.

6. Pita Fernández S, Borbujo Martínez C, López-Docasar ME. Sobre el manejo de los pacientes con cáncer terminal. *Aten Primaria* 1995;15:125.

Variables familiares asociadas al incumplimiento de las citas programadas en pacientes con hipertensión arterial

Objetivo. El objetivo del presente estudio es cuantificar el grado de adhesión a las visitas de control de la hipertensión arterial (HTA) que presentan los pacientes y explorar qué variables sociofamiliares influyen en la asistencia a las mismas.

Diseño. Estudio observacional prospectivo con un seguimiento de un año.

Emplazamiento. Centro de Saúde Mariña-mansa-A Cuña de Ourense (Galicia).

Participantes. Se eligió a 236 pacientes hipertensos por muestreo aleatorio para un nivel de confianza del 95% y un poder estadístico del 80%.

Mediciones principales. Se recogió información sobre edad, sexo, diabetes, dislipemia, tabaco, alcohol, peso, actividad laboral, clase social, nivel cultural, estado civil, tipo de familia, función familiar, red social y apoyo social (medido a través del cuestionario de Duke-Unc-11¹). La asistencia a las citas de control de la HTA se calculó con el índice de cumplimiento del programa (número de citas acudidas/número de citas teóricas × 100). Los pacientes son citados cada tres meses. Se considera que el paciente es mal cumplidor cuando, después de dos intentos de contacto telefónico, acude a menos del 80% de los controles previstos.

Resultados. La edad media fue de 63,5 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 62,1-65,0%). Detectamos un 77,8% (IC del 95%, 70,9-83,4%) de familias normofuncionantes. El 30,2% (IC del 95%, 24,5-36,6%) de los pacientes hipertensos presentan una baja red social (0-1 contactos sociales). El bajo apoyo social percibido as-

Palabras clave: Hipertensión. Cumplimiento. Atención primaria.

TABLA 1. Resultados del análisis de regresión logística del incumplimiento de las citas de control de la hipertensión arterial

Variable	BETA	ES	OR	p	IC del 95%
Tipo de familia					
Nuclear/extensa	-	-	1	-	-
Otras*	1,35	0,44	3,87	0,002	1,62-9,21
Apoyo social afectivo					
Elevado	-	-	1	-	-
Bajo	1,15	0,57	3,16	0,04	1,03-9,70
Diabetes					
No	-	-	1	-	-
Sí	0,89	0,50	2,45	0,07	0,90-6,63
Constante	-2,62	0,33			

Para la construcción del modelo final de regresión también se exploraron las siguientes variables: edad, sexo, grado de hipertensión, consumo de tabaco, presencia de dislipemia, peso, consumo de alcohol y red social. BETA: coeficiente de regresión logística; ES: error estándar del coeficiente; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza. *Otros tipos de familia: monoparental, binuclear, equivalentes familiares y personas sin familia.

ciende, en nuestra muestra, al 22% (IC del 95%, 16,9-27,9%).

Encontramos al final del estudio un 14,1% (IC del 95%, 10,1-20,1%) de mal cumplimiento de las visitas de control de la HTA. Al realizar el análisis bivalente observamos que una mala adhesión a las visitas concertadas de control de la HTA se asocia a tener una familia no nuclear (monoparental, binuclear, equivalente familiar o persona sin familia). El riesgo de abandono del programa de HTA es más alto en pacientes con estas características familiares, de tal modo que los pacientes hipertensos con familias no nucleares presentan 3,87 veces más posibilidades de no acudir a las citas de control de la HTA respecto de los individuos con familias nucleares. También observamos que existe una tendencia (aunque no alcanza la significación estadística) al hipocumplimiento en familias disfuncionales, diabéticos e hipertensos con bajo apoyo social.

Al construir el modelo multivariante de regresión logística, a la tipología familiar se le añade el apoyo social como variable asociada al mal cumplimiento de las visitas de control de la HTA con una *odds ratio* de 3,16 (IC del 95%, 1,03-9,70%) (tabla 1). La función familiar no se incluyó en el análisis multivariante por existir colinealidad con el tipo de familia. No se encontró significación estadística respecto del resto de variables estudiadas.

Discusión y conclusiones. Las características demográficas de la muestra estudiada son semejantes a la población hipertensa controlada en los equipos de atención primaria. Con respecto al porcentaje de mal cumplimiento de las visitas de control de la HTA que encontramos en nuestro estudio (14,5%), observamos que, aunque es similar a algunas series², presenta una cifra ligeramente inferior respecto de otras series de pacientes hipertensos publicadas en España donde el porcentaje oscila entre el 24 y el 38%^{3,4}.

En nuestro estudio observamos que los pacientes con familias no nucleares presentan un mayor riesgo de abandono del programa de control de la HTA. Tan sólo encontramos un trabajo en el que se analizase la tipología familiar en relación con la adhesión a las citas concertadas. En esta publicación⁵ sus autores coinciden con nosotros al observar que los pacientes que viven solos incumplen más la asistencia a las citas de control.

Ningún método es ideal para predecir qué paciente va a ser mal cumplidor de las citas programadas, pero al método señalado por Piñero et al⁶ se le podrían añadir las características familiares del paciente hipertenso para ayudar a identificar a los individuos de mayor riesgo de abandono del programa y concentrar en éstos las intervenciones educativas.

Agradecimientos. Este trabajo forma parte del proyecto de investigación de Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo con el expediente 96/1480.

C. Menéndez Villalva^a, A. Montes Martínez^b, T. Gamarra Mondelo^c y A. Alonso Fachado^c

^aDoctor en Medicina. Médico de Familia. Centro de Saúde Mariñamansa-A Cuña. Ourense, España. ^bProfesor titular. Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Facultade de Medicina de Santiago. Santiago de Compostela, España. ^cMédico de Familia. Centro de Saúde Mariñamansa-A Cuña. Ourense, España.

1. Bellón JA, Delgado A, De Dios J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unc-11. *Aten Primaria* 1996;18:153-63.
2. Kyngäs H, Lahdenperä T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *J Adv Nursing* 1999;29: 832-9.
3. Iturrioz P, Mariñelalarena E, Guillén P, Abad I, Garicano M, Arrieta M, et al. Evaluación del cumplimiento de la citación y del control de la tensión arterial en un grupo de hipertensos. *Aten Primaria* 1991;8:212-6.
4. Gil V, Martínez JL, Muñoz C, Alberola T, Belda J, Merino J. Estudio durante cuatro años de la observancia terapéutica de pacientes hipertensos. *Rev Clin Esp* 1993;193:351-6.
5. Orueta R, Gómez-Calcerrada M, Redondo S, Soto M, Alejandro G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Medifam* 2001; 11:140-6.
6. Piñero F, Gil V, Pastor R, Merino J. El incumplimiento de las citas programadas en los pacientes hipertensos: perfil del incumplidor. *Rev Clin Esp* 1998;198: 669-72.

Michel Foucault y el MIR

Sr. Director: Sólo por la atinadísima frase del (para mí) desconocido Dupont de Nemours recogida en el imprescindible *El nacimiento de la clínica*¹ de Foucault y que recuperan Pérez Franco y Turabián, merece la pena leer la carta en la que tratan de aclarar(me) qué son sus Servicios Funcionales de Medicina de Familia y Comunitaria en los Hospitales². Unas pocas frases llenas de diáfano sentido común que es di-