

punto de corte superior a 200 mg/dl, donde los porcentajes de los dos años estudiados son iguales. El porcentaje de población con valores de colesterol total superior a 200 mg/dl es estadísticamente significativo en los grupos de edad de 19-30, 41-50 y > 80 años. Las diferencias significativas de varones con valores de colesterol total superior a 220 mg/dl se encuentran en el intervalo de edad de 61-70 años. Para el porcentaje de varones con colesterol total superior a 250 mg/dl las diferencias estadísticamente significativas se encuentran en los grupos de edad de 61-70 y > 80 años.

En el sexo femenino, los porcentajes de población que se sitúan por encima de los tres valores de corte son más altos en el período de 2001 que en 1999, excepto en el intervalo de edad de 19-30 años y valores de colesterol superiores a 250 mg/dl, donde este porcentaje disminuye. El porcentaje de mujeres con valores de colesterol total superiores a 200 mg/dl es estadísticamente significativo en los grupos de edad de 19 a 50 años. Las diferencias significativas de población femenina con valores de colesterol total superiores a 220 mg/dl se encuentran en los intervalos de edad de 41 a 70 años. Para el porcentaje de mujeres con colesterol total superior a 250 mg/dl, las diferencias estadísticamente significativas solamente se encuentran en el grupo de edad de 51-60 años. Para ambos sexos, agrupando todos los intervalos de edad, el porcentaje de personas que se sitúa por encima de los tres valores de corte es superior en 2001 que en 1999, las diferencias son estadísticamente significativas.

Discusión y conclusiones. Como ya describimos en 1999¹, los valores de colesterol plasmático en la población de Osona (Cataluña) son altos y con tendencia a aumentar. Los resultados del presente estudio, llevado a cabo en 2001, están en la misma línea que los de 1999, los valores medios de colesterol poblacional tiene una suave tendencia a aumentar en ambos sexos; además, los porcentajes de población que se sitúan por encima de los valores de corte establecidos son superiores a los de 1999.

Estos resultados siguen poniendo de manifiesto que la lucha contra la hipercole-

terolemia^{2,3} sigue siendo uno de los temas pendientes para nuestra sociedad y donde la atención primaria debe desempeñar un importante papel en la educación para la salud. La determinación sistemática y periódica de colesterol sérico de la población⁴, junto con las medidas higiénico-dietéticas, son importantes para el control de la hipercolesterolemia. También hay que hacer especial hincapié en el estilo de vida actual occidentalizado, poco saludable y alejado de la dieta mediterránea⁵, haciendo implicar a otros elementos de la sociedad como la educación, medios de comunicación, industria alimentaria, etc.

J. Deniel Rosanas^a,
J. Prat Quinzanos^b, P. Roura Poch^c
y P. Rosique Samper^d

^aMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Àrea Bàsica de Salut Manlleu. Tutor de Atención Primaria de la Unitat Docent Centre de l'Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^bMédico Especialista en Análisis Clínicos del Laboratorio Clínico del Hospital General de Vic (Barcelona). España.

^cMédico Especialista en Epidemiología Clínica de la Unidad Clínica Epidemiológica del Hospital General de Vic (Barcelona). España.

^dFarmacéutico Especialista en Análisis Clínicos del Laboratorio Clínico del Hospital General de Vic (Barcelona). España.

1. Deniel J, Prat J, Gallego C, Rosique P, Farré V. Niveles de colesterol sérico en una población de Cataluña. Evolución en un período de 6 años (1994-1999). *Aten Primaria* 2002;29:278-86.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Control de la hipercolesterolemia en España, 2000. Madrid: MSC, 2000.
3. Cía Gómez P, Armario P, Badimón J, Redón J. Hipertensión arterial en el paciente dislipémico. *Hipertensión* 2002; 19:222-37.
4. García R, Serra LL, Chacón P, Olmos M, Ribas L, Salleras LL. Distribución de la concentración de lípidos séricos en una muestra representativa de la población adulta de Cataluña. *Med Clín (Barc)* 1999;113:6-12.
5. Ros E, Fisac C, Pérez-Heras A. ¿Qué es realmente la dieta mediterránea? *FMC* 1998;5:557-71.

Determinantes de la vacunación de la gripe en mujeres gallegas mayores de 65 años

Introducción. La vacuna de la gripe es una intervención efectiva para disminuir la morbimortalidad por esta enfermedad en personas mayores y grupos de riesgo¹.

Objetivo. Describir los patrones poblacionales de vacunación de las mujeres gallegas y detectar factores asociados con la vacunación.

Diseño. Análisis de una encuesta.

Emplazamiento. Comunidad Autónoma de Galicia.

Participantes. A partir de la *Enquisa de Saúde Sanitaria e Social ás mulleres. Galicia 2000*² se seleccionaron los casos de 65 y más años. La muestra estaba compuesta por 1.111 mujeres.

Mediciones principales. Se analizó la asociación entre haber recibido la vacuna de la gripe en el año 1999 y unas variables socio-demográficas de estilos de vida, estado de salud y uso de servicios. La asociación de cada una de estas variables con la vacunación de la gripe se examinó mediante la prueba de la χ^2 (tabla 1). Se ajustó un modelo de regresión logística usando como variable respuesta la vacunación de la gripe (sí o no) y como variables independientes, las que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariado y las que, sin serlo, se consideró importantes para el estudio.

Resultados. El porcentaje de autodeclaración de vacunación de la gripe en el último año fue del 56,3%. Las variables en las que se halló una relación significativa con la vacunación fueron: edad entre 70-74 años (OR = 1,56; IC del 95%, 1,09-2,26%); edad mayor de 74 años (OR = 1,88; IC del 95%, 1,31-2,71%); residencia en municipios de 5.000-20.000 habitantes (OR = 1,79; IC del 95%, 1,16-2,77%); ingresos anuales mayores de 6.010 euros (OR = 1,39; IC del 95%, 1,01-1,90%); autopercepción de salud favorable (OR = 1,46; IC del 95%, 1,06-2,00%); no ser cuidadora de otras personas (OR = 1,67; IC del 95%, 1,17-2,38%); estar casada (OR = 1,45; IC del 95%, 1,05-2,01%); haberse vacunado

Palabras clave: Vacunación. Gripe. Mujeres mayores.

TABLA 1. Porcentaje de vacunación de la gripe en la última campaña según variables sociodemográficas, de estado de salud y estilos de vida y utilización de servicios

Variable	Categorías	Vacunadas (%)	p*
Total		56,3	
Edad	65-69 años	49,9	
	70-74 años	56,6	
	≥ 75 años	63,4	< 0,001
Municipio de residencia	< 5.000 habitantes	54	
	5.000-20.000 habitantes	66,5	
	> 20.000 habitantes	54,4	0,007
Ingresos/año	≤ 6.010 euros	52,2	
	> 6.010 euros	59,1	0,04
Estudios	Sin estudios	56,3	
	Con estudios	56,8	0,698
Consumo de tabaco	Fumadora o ex fumadora	43,5	
	Nunca fumadora	56,6	0,021
Consumo de alcohol	Sí	49,9	
	No	59,6	0,002
Ejercicio físico	Sí	58,9	
	No	54,7	0,177
Autopercepción de salud	Favorable	47,9	
	Desfavorable	59,9	< 0,001
Autonomía	Total	55,4	
	Con limitaciones	63,9	0,084
Consulta médica	Sí	59,2	
	No	26,3	< 0,001
Vacuna del tétanos	Sí	60,4	
	No	49,6	< 0,001
Mamografía	Sí	53,1	
	No	41,7	0,038
Estado civil	No casada	54,6	
	Casada	58	0,263
Cuidado de familiares	Sí	48,9	
	No	58,3	0,011
Trabajo remunerado	Sí	43,8	
	No	56,5	0,306

*Significación estadística de la prueba de la χ^2 para valorar la asociación entre cada variable y la vacunación de gripe

del tétanos (OR = 1,43; IC del 95%, 1,07-1,93%); tener una consulta con un médico en los últimos dos años (OR = 4,83; IC del 95%, 2,61-8,93%).

Discusión y conclusiones. El porcentaje de vacunación de la gripe en las mujeres gallegas de 65 y más años (56,3%) es superior al del total de las mujeres en España (48,6%)³. Las mujeres con menos probabilidad de vacunarse y que deberían ser el objetivo de campañas futuras de vacunación son: menores de 70 años, residentes en zo-

nas urbanas o rurales, sin cónyuge, que cuidan de otras personas, o con una autopercepción de salud favorable.

Agradecimientos. A la Dra. Socorro Fernández Arribas, de la Dirección Xeral de Saúde Pública, por su colaboración.

I. Peña-Rey^a, N. Pérez-Farinós^a
y A. Sarría-Santamera^b

^aCentro Nacional de Epidemiología. Madrid. España.

^bAgencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid. España.

1. López A, Cura I. Actividades preventivas. Madrid: SEMFYC, 1997.
2. Enquisa de Saúde Sanitaria e Social ás Mulleres. Galicia 2000. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Dirección Xeral de Saúde Pública, 2000.
3. Sarría A, Timoner J. Determinantes de la vacunación de la gripe en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Publica 2002;76:17-26.

Evaluación de la insuficiencia cardíaca crónica a la cabecera del paciente

Sr. Director: El motivo de esta carta surge tras leer la interesante revisión de Lobos et al¹ sobre el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC). En atención primaria, los recursos diagnósticos y terapéuticos de la ICC se encuentran limitados, lo que complica dicha tarea, y a ello se asocia la confusión creada por la diferente terminología utilizada para describir subgrupos de pacientes con ICC. Nuestro simple objetivo es intentar simplificar los conceptos actuales clínico-terapéuticos de la ICC en un cuadro (tabla 1). Sería necesario establecer con seguridad el diagnóstico sindrómico, que es fundamentalmente clínico, para lo cual existen unos criterios mayores y menores (Framingham), aceptados desde 1971 por todos los autores. En cuanto a la etiología, las causas más frecuentes son la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, seguidas de las valvulopatías y miocardiopatías². La historia clínica, junto con el electrocardiograma y una radiografía de tórax, ofrece un muy alto rendimiento en el diagnóstico de la ICC³. Para determinar el tipo de disfunción ventricular se ha de realizar un estudio ecocardiográfico. El estudio funcional hace referencia a la presencia o ausencia de síntomas (disnea y fatiga), lo que nos lleva a la clasificación funcional de la ICC establecida por la NYHA en 1964 en clases I, II, III y IV. El estadio hemodi-

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca crónica. Clasificación funcional. Clasificación hemodinámica. Tratamiento.