

Artículo original

Desigualdades sociales en los factores de riesgo cardiovascular de los adultos mayores de España: estudio ENRICA-Seniors

Bibiana Pérez-Hernández[◇], Esther García-Esquinas^{◇,*}, Auxiliadora Graciani, Pilar Guallar-Castillón, Esther López-García, Luz M. León-Muñoz, José R. Banegas y Fernando Rodríguez-Artalejo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Madrid, España

Historia del artículo:

Recibido el 14 de marzo de 2016

Aceptado el 27 de mayo de 2016

Palabras clave:

Factor de riesgo cardiovascular

Desigualdad social

Educación

Adulto mayor

RESUMEN

Introducción y objetivos: Examinar la distribución de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de los adultos mayores de España según su nivel socioeconómico (NSE).

Métodos: Estudio transversal realizado en 2008-2010 sobre 2.699 personas representativas de la población española no institucionalizada de edad ≥ 60 años. El NSE se valoró mediante el nivel educativo, la ocupación de los individuos y la ocupación del padre. Los FRCV se midieron de manera estandarizada e incluyeron factores tanto conductuales como biológicos.

Resultados: En análisis ajustados por sexo y edad, el mayor nivel educativo se asoció con mayor frecuencia de consumo de alcohol y actividad física en tiempo libre moderados y menos tiempo mirando la televisión. Se observó un gradiente educativo inverso en la frecuencia de obesidad (estudios universitarios frente a primarios o menos, *odds ratio* [OR] = 0,44; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,33-0,57; *p* de tendencia < 0,01), síndrome metabólico (OR = 0,56; IC95% 0,43-0,71; *p* de tendencia < 0,01), diabetes (OR = 0,68; IC95%, 0,49-0,95; *p* de tendencia < 0,05) y enfermedad cardiovascular (OR = 0,52; IC95%, 0,29-0,91; *p* de tendencia < 0,05). La ocupación manual se asoció a mayor frecuencia de muchos FRCV que la ocupación no manual; esta asociación era más fuerte que la observada con la ocupación del padre. Las diferencias en los FRCV según el NSE habitualmente eran mayores en las mujeres que en los varones.

Conclusiones: Existen importantes desigualdades en los FRCV de los adultos mayores en España. Reducir estas desigualdades acercando los niveles de los FRCV de los sujetos de menor NSE a los de mayor NSE podría disminuir sustancialmente la prevalencia de FRCV en los adultos mayores.

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Social Inequalities in Cardiovascular Risk Factors Among Older Adults in Spain: The Seniors-ENRICA Study

ABSTRACT

Introduction and objectives: To examine the distribution of the main cardiovascular risk factors (CVRF) according to socioeconomic level (SEL) among older adults in Spain.

Methods: A cross-sectional study conducted in 2008-2010 with 2699 individuals representative of the noninstitutionalized Spanish population aged ≥ 60 years. Socioeconomic level was assessed using educational level, occupation, and father's occupation. The CVRF included behavioral and biological factors and were measured under standardized conditions.

Results: In age- and sex-adjusted analyses, higher educational level was associated with a higher frequency of moderate alcohol consumption and leisure time physical activity, and less time spent watching television. An inverse educational gradient was observed for frequency of obesity (odds ratio [OR] in university vs primary level or below education, 0.44; 95% confidence interval [95%CI], 0.33-0.57; *P*-trend < .01), metabolic syndrome (OR = 0.56; 95%CI, 0.43-0.71; *P*-trend < .01), diabetes (OR = 0.68; 95%CI, 0.49-0.95; *P*-trend < .05), and cardiovascular disease (OR = 0.52; 95%CI, 0.29-0.91; *P*-trend < .05). Compared with a nonmanual occupation, having a manual occupation was associated with a higher frequency of several CVRF; this association was stronger than that observed for father's occupation. Differences in CVRF across SELs were generally greater in women than in men.

Keywords:

Cardiovascular risk factor

Social inequality

Education

Older adult

* Autor para correspondencia: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Arzobispo Morcillo 2, 28029 Madrid, España.

Correo electrónico: esthergge@gmail.com, fernando.artalejo@uam.es (E. García-Esquinas).

◇ Han contribuido de forma similar al artículo y deben ser consideradas primeras autoras.

Conclusions: There are significant social inequalities in CVRF among older adults in Spain. Reducing these inequalities, bringing the levels of CVRF in those from lower SEL in line with the levels seen in higher SEL, could substantially reduce the prevalence of CVRF in the older adult population.

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Abreviaturas

CSE: condiciones socioeconómicas
ECV: enfermedad cardiovascular
FRCV: factor de riesgo cardiovascular
IMC: índice de masa corporal
NSE: nivel socioeconómico

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades sociales en la salud son diferencias injustas y evitables en el estado de salud entre grupos de la población^{1,2}. Las desigualdades son consecuencia de las condiciones socioeconómicas (CSE) de las personas, que afectan a la situación en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen^{1,2}. Hay evidencia de que las peores CSE se asocian a mayor mortalidad cardiovascular³⁻⁶ y mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV)^{3,7-12}.

Las CSE a lo largo de la vida influyen en el desarrollo y la prevalencia de FRCV en la edad adulta mayor¹³⁻¹⁷. En España, varios trabajos sobre ancianos han indicado mayor frecuencia de algunos FRCV en los sujetos cuyos padres trabajaron en ocupaciones manuales^{18,19}. Además, se ha observado mayor prevalencia de obesidad general y abdominal en los ancianos con menor nivel educativo y ocupaciones manuales²⁰. Aunque hay varias hipótesis sobre los mecanismos del efecto de las CSE, el modelo de riesgos acumulados es el que cuenta con mejor evidencia científica¹⁴. Este modelo propone que la acumulación de exposiciones nocivas derivadas de las pobres CSE tiene un efecto aditivo a lo largo de la vida que influye negativamente en la salud^{13,21-23}.

La influencia de las CSE de la infancia en los FRCV en la vida adulta puede variar entre países y con el paso del tiempo¹³. Sin embargo, no se conoce ningún estudio que aborde de manera integral las desigualdades sociales en la prevalencia de FRCV de los ancianos españoles. Por ello, este trabajo examina la distribución de los principales FRCV según el nivel socioeconómico (NSE) en una muestra representativa de las personas de edad ≥ 60 años en España. Los FRCV incluyen tanto estilos de vida, que aparecen primero en la historia natural de la enfermedad cardiovascular (ECV)²⁴, como factores biológicos que aparecen después. Entre los indicadores de NSE se incluyeron la ocupación del padre y el nivel educativo del individuo, que reflejan las condiciones de la vida temprana, y la ocupación del sujeto, que representa condiciones desarrolladas posteriormente.

MÉTODOS

Diseño y participantes en el estudio

Los datos se tomaron del estudio ENRICA, cuyos métodos se han publicado previamente²⁵. El estudio ENRICA se realizó sobre una

muestra de 11.991 personas, representativas de la población española no institucionalizada; para ese trabajo se seleccionó a 3.518 participantes de edad ≥ 60 años (ENRICA-Seniors). Los datos se recogieron en 3 etapas entre 2008 y 2010: a) entrevista telefónica sobre variables sociodemográficas, estilos de vida y morbilidad; b) primera visita al domicilio para recoger muestras de sangre y orina, y c) segunda visita al domicilio para realizar un examen físico que incluyó antropometría y presión arterial y obtener información alimentaria.

Los participantes del estudio dieron su consentimiento informado por escrito. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona y el Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Variables de estudio

Indicadores de nivel socioeconómico

Los sujetos indicaron el nivel educativo, que se valoró como el mayor grado alcanzado (estudios primarios o menos, secundarios y universitarios). Las ocupaciones del sujeto y el padre corresponden a la última profesión desempeñada y se codificaron según la Clasificación Nacional de Ocupaciones en España²⁶. A las amas de casa se les asignó la ocupación del marido. Para el análisis, las ocupaciones se agruparon en trabajos manuales y no manuales.

Factores de riesgo cardiovascular

En cuanto a los FRCV conductuales, se obtuvo el consumo de tabaco (nunca fumador, ex fumador, fumador actual) y alcohol (nunca bebedor, ex bebedor, bebedor moderado, bebedor excesivo). El umbral entre el consumo excesivo y moderado de alcohol se estableció en 40 g/día para los varones y 24 g/día para las mujeres. El consumo de alimentos se obtuvo mediante una historia dietética validada²⁷. La adherencia a la dieta mediterránea se valoró con el índice MEDAS (*Mediterranean Diet Adherence Screener*)²⁸; una mayor puntuación en este índice (de 0 a 14) indica mejor adherencia, y se consideró buena cuando era ≥ 9 . La actividad física en tiempo libre se midió en equivalentes metabólicos (MET-horas/semana) usando el cuestionario del estudio EPIC (*European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition*)-España²⁵. Además, para medir la actividad física general, se utilizó la escala de Cambridge, que categoriza a cada sujeto como inactivo, moderadamente inactivo, moderadamente activo o activo²⁵. Por último, el sedentarismo se estimó mediante el número de horas por semana viendo la televisión, obtenido con el cuestionario de las cohortes de Harvard validado en España²⁵.

En cuanto a los FRCV biológicos, el peso, la talla y la circunferencia de la cintura se midieron con procedimientos estandarizados. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros, y la obesidad general se definió como IMC ≥ 30 . Se consideró obesidad abdominal la circunferencia de la cintura ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres¹¹.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620912>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620912>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)