

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población adulta joven de 4 zonas básicas de salud de un área sanitaria del Principado de Asturias (España)

Papin-Cano, Cristina^{1,2}; Martínez-Sexto María²; Sánchez-Pérez Beatriz²; Magdaleno-García Rocío²; Crespo-Fernández Laura²

¹ Equipo de Investigación Precam; Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Spain.

² Área Sanitaria 3, Principado de Asturias, España.

Contacto: cristinapapin7@gmail.com

Manuscrito recibido: 10/06/2022

Manuscrito aceptado: 22/09/2022

Cómo citar este documento

Papin-Cano C, Martínez-Sexto M, Sánchez-Pérez B, Magdaleno-García R, Crespo-Fernández L. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población adulta joven de 4 zonas básicas de salud de un área sanitaria del Principado de Asturias (España). Quantitative and Qualitative Community Research RqR. 2022 Nov; 10 (4): 22-35.

Original

Resumen

Objetivo: Describir la prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular en la población con edad comprendida entre los 30 y 40 años de las zonas básicas de salud Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población diana estuvo constituida por sujetos entre los 30 y 40 años, cuya zona básica de salud fue Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón. La información se recogió a través de un cuestionario digital compuesto por variables sociodemográficas y los cuestionarios IPAQ, Motiva.Diaf y preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco.

Resultados: Participaron 436 personas en el estudio. El 59,4% eran mujeres y el 39,6% eran hombres. Los sujetos de la zona básica

de Sabugo mostraron un mayor nivel de estudios y mayor adherencia a las recomendaciones relacionadas con la alimentación. Los hombres consumían más cantidad de alcohol ($p < 0,001$) y realizaban actividad física en mayor medida que las mujeres ($p < 0,001$). Un nivel de estudios bajo se relacionó con las variables consumo de tabaco ($p < 0,004$) menor nivel de actividad física ($p = 0,013$) y peor estilo de vida ($p = 0,010$). Además, las personas que vivían solas realizaban mayor nivel de actividad física ($p = 0,029$).

Conclusiones: La prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular fue similar en las 4 zonas básicas de salud incluidas en el estudio. Sin embargo, se observaron diferencias en función del sexo, nivel de estudios o tipo de convivencia.

Palabras clave:

Factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares y enfermería en salud comunitaria.

Prevalence of cardiovascular risk factors in young adult population living at 4 basic health zones of a Health Area in the Principado de Asturias (Spain)

Abstract:

Aim: To describe the prevalence of cardiovascular risk behaviors in people aged between 30 and 40 years of the Sabugo, Corvera, Pravia and Castrillón basic health zones of Asturias.

Method: Cross-sectional study. The target population was subjects aged 30 and 40 years, whose basic health area is Sabugo, Corvera, Pravia and Castrillón. The information was collected through a digital form composed by sociodemographic, alcohol and tobacco consumption variables and the IPAQ and Motiva.Diaf questionnaires.

Results: 436 participants, 59.4% women (n=259) and 39.6% men (n=177). No differences were observed between the

basic health zones. High alcohol intake ($p<0,001$) and greater level of physical activity ($p<0,001$) was observed in men. Low educational level has significant association to tobacco ($p<0,004$), lower level of physical activity ($p=0,013$) and unhealthy lifestyle ($p=0,010$). Finally, people who live alone performed a higher level of physical activity ($p=0,029$).

Conclusion: The prevalence of cardiovascular risk behaviors was similar between the basic health zones studied. However, significant differences were observed in relation to sex, educational level and type of coexistence.

Keywords:

Risk Factors; Cardiovascular Diseases; Community Health Nursing.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) suponen la principal causa de muerte a nivel mundial superando a las causadas por tumores, estimándose que continúe esta tendencia (1).

España presenta una de las tasas de mortalidad por ECV más bajas de la Unión Europea, si bien, suponen la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (2). Sin embargo, en Asturias, la mortalidad relacionada con las ECV se encuentra un 11,9% por encima de la media nacional, situándose entre las comunidades autónomas con mayor mortalidad por esta causa, siendo la incidencia de patologías cardiovasculares también superior a la del resto de España (+16,5%) (3).

Esta situación epidemiológica supone un gasto muy alto tanto a nivel económico como sociosanitario para el Sistema Nacional de Salud, el cual destina alrededor del 5% del Producto Interior Bruto al manejo de dichas enfermedades (4).

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) están directamente relacionados con conductas adquiridas por la población como son la inactividad física, la alimentación no saludable, el uso abusivo del alcohol y el tabaco (5).

Sin embargo, los FRCV también están determinados por el entorno social de los individuos. De este modo, los determinantes sociales, es decir, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven y trabajar influyen en las conductas adquiridas (6).

En Asturias, el Observatorio de Salud de Asturias (OBSA) permite comparar diversos indicadores entre los concejos que componen la Comunidad Autónoma, clasificando los concejos en función del grado de deterioro del indicador. Así, se pueden observar grandes diferencias en cuanto a los FRCV en los diferentes concejos del principado, sin embargo, no existe información al respecto a nivel de las zonas básicas de salud (ZBS) (7).

Puesto que los factores de riesgo individuales para las ECV están relacionados con comportamientos que, en gran parte de los casos, pueden modificarse, existe un gran interés en cuanto a su prevención, siendo Atención Primaria el ámbito ideal para desarrollar estrategias preventivas adecuadas y eficientes (8). Además, al igual que se han observado diferencias en los FRCV entre municipios, quizá podrían observarse también diferencias entre distintas ZBS de Asturias y, por tanto, las acciones preventivas de cada centro de salud deberían estar orientadas a las necesidades reales de cada población.

Por otro lado, estudiar las conductas de riesgo cardiovascular en la población adulta joven es esencial, desde un punto de vista de prevención, por ser un grupo en el que los cambios de conductas más pueden ayudar a retrasar o evitar la aparición de futuras ECV (2,5). Según datos del Ministerio de Sanidad (9) la media de consultas por habitante y año en el área sanitaria III desciende entre los 30 y 40 años, lo que indica que esta franja de la población prácticamente no acude al centro de atención primaria y, que si lo hace, es ya por tener un problema de salud. Todo ello resalta la necesidad de reforzar la acción preventiva que realiza la enfermería comunitaria.

Deci y Ryan (10), en su teoría de la Auto-determinación, destacan la importancia del entorno o ambiente social y de la existencia de una figura de referencia a la hora de motivar a las personas para adoptar conductas saludables. Cuando una persona está motivada es más probable que realice un cambio de conducta y lo mantenga en el tiempo y son los profesionales de enfermería de Atención Primaria los profesionales que tienen las competencias para actuar como referentes desarrollando estrategias de promoción de la salud que mejoren la motivación de la población.

Por tanto, el hecho de evaluar la magnitud de los FRCV posibilitaría que estos profesionales orientaran los programas de

promoción de la salud a la motivación de la población para disminuir los FRCV.

No se ha encontrado ningún estudio que identifique la prevalencia de FRCV en población con edad comprendida entre los 30 y 40 años en las zonas básicas de salud incluidas en la presente investigación. Por ello, se planteó como objetivo principal describir la prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular en la población con edad comprendida entre los 30 y 40 años de las zonas básicas de salud de Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón y, como objetivo secundario, evaluar si existen diferencias en estas conductas en función de variables personales.

Material y métodos

Diseño o tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal.

Población a estudio

La población diana estuvo constituida por adultos con edad comprendida entre los 30 y 40 años, cuya zona básica de salud fue Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón.

La población a estudio fue aquella que, con las características anteriormente indicadas cumplía los siguientes criterios de inclusión: (i) posible contacto por teléfono y correo electrónico; (ii) no tenían limitaciones físicas, psicológicas o cognitivas que les impidiesen cumplimentar los cuestionarios empleados en el estudio; (iii) que firmasen el consentimiento de participación en el estudio. Se excluyeron aquellas personas que: (i) tenían una enfermedad crónica diagnosticada; (ii) no dominaban el idioma español.

De acuerdo con el número de población diana de cada zona básica de salud, (2272 Sabugo, 1861 Corvera, 1314 Pravia y 2566 Castrillón), y considerando como variable principal la puntuación de la variable

sintética estilo de vida, se estimó necesaria una muestra aleatoria de 106 individuos, considerando con una confianza del 95%, una precisión de +/- 0.5 unidades, la media poblacional con una desviación estándar de 2.5 unidades y un porcentaje de pérdidas del 10%. De acuerdo con el porcentaje de población de cada zona básica de salud correspondería incluir 30, 25, 17 y 32 personas de Sabugo, Corvera, Pravia y Castrillón respectivamente. Una vez realizado el cálculo muestral, mediante aleatorización simple, se captó a los sujetos por vía telefónica.

Variables y herramientas de medición

Las variables incluidas en el estudio aparecen en la tabla 1. Para recoger la información se empleó un formulario digital que incluye variables sociodemográficas, el cuestionario IPAQ, el cuestionario Motiva. Diaf y preguntas relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol.

En primer lugar, se recogió información relacionada con las características socio demográficas (edad, sexo, nivel de estudios...).

El cuestionario IPAQ (11) se utilizó para recoger información relacionada con la actividad física. Este cuestionario constó de 7 preguntas acerca de la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física realizada en la última semana. Las preguntas 1 y 2 hicieron referencia a la actividad física intensa, las preguntas 3 y 4 a la actividad física moderada, las preguntas 5 y 6 al tiempo dedicado a caminar y por último la pregunta 7 al tiempo que permanece sentado en un día. La actividad física se reflejó en unidades de índice metabólico (METs). Los valores de referencia fueron 3,3 METs para caminar, 4 METs para la actividad física moderada y 8 METs para la actividad física intensa. Estos valores de referencia se han de multiplicar por el tiempo en minutos y los días a la semana que se realiza la actividad. La puntuación total del cuestionario se

Tabla 1. Variables, naturaleza y codificación

NOMBRE	DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA VARIABLE	NATURALEZA	CODIFICACIÓN
Zona básica de salud	Zona básica de salud de la persona	Cualitativa nominal	Sabugo; Corvera; Pravia; Castrillón
Lugar de residencia	Donde reside el participante	Cualitativa nominal	
Sexo	Sexo de la persona	Cualitativa nominal	Hombre; Mujer
Edad	Edad en años	Cuantitativa discreta	De 30 a 40 años
Nivel de estudio	Nivel de estudios cursados	Cualitativa nominal	Primarios; Secundarios; Universitarios
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida	Cualitativa nominal	Soltero/a; Casado/a o en pareja; Separado/a, divorciado/a o viudo/a
Convivencia	Con quien convive la persona	Cualitativa nominal	Solo; Acompañado
Hijos	Si la persona tiene hijos	Cualitativa dicotómica	No; Si
Nivel de actividad física	Nivel de actividad física en los últimos 7 días (cuestionario IPAQ)	Cualitativa ordinal	Bajo o inactivo; Moderado; Alto
Consumo de tabaco	Persona fumadora	Cualitativa dicotómica	No; Si
Cantidad de cigarrillos	Nº de cigarrillos fumados en un día	Cuantitativa discreta	Número al día
Frecuencia consumo alcohol	Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas la persona	Cualitativa ordinal	Nunca; Mensualmente o menos; De 2 a 4 veces al mes; De 2 a 3 veces por semana; 4 o más veces a la semana
Cantidad de alcohol	Número de UBE	Cuantitativa discreta	En gramos
Realización de la recomendación	Adherencia a cada recomendación	Cualitativa nominal	No; Si
Número total de recomendaciones	Número total de recomendaciones que realiza la persona	Cuantitativa continua	Rango 0- 12 (ninguna-todas recom.)
Competencia, influencia social y autonomía.	Necesidades psicológicas básicas relacionadas con la motivación para la adherencia a recomendaciones saludables.	Cuantitativa continua	Nunca; Casi nunca; En ocasiones; Casi siempre; Siempre

obtuvo tras sumar los METs entre caminar, actividad física moderada e intensa. El IPAQ clasificó la actividad física en actividad baja, moderada o intensa según estos valores.

El cuestionario Motiva.Diaf (12) se empleó para recoger información relacionada con alimentación y actividad física. La puntuación final del mismo generó la variable sintética «estilo de vida». El cuestionario estuvo compuesto por 12 ítems (7 alimentación y 5 actividad física) codificando cada uno de ellos de forma dicotómica para determinar la adherencia a las recomendaciones (no realiza la recomendación=0; realiza la recomendación=1) lo que dió lugar a la variable sintética «estilo de vida» con rango 0 (no realiza ninguna recomendación) a 12 (realiza todas las recomendaciones).

Las conductas de alcohol y tabaco se midieron a través de la frecuencia y cantidad de consumo de cada participante. Para la

evaluación del consumo de tabaco, el participante seleccionó si fumaba o no. En caso de respuesta afirmativa, indicó el número de cigarrillos que consume al día. Para medir el consumo de alcohol se empleó la UBE (unidad de bebida estándar). Se trata de una unidad de medida que define el contenido de alcohol puro en una bebida (1 UBE = 10g de alcohol puro). Para recoger los datos de consumo de cada participante se utilizó una tabla de equivalencias que relaciona las bebidas de consumo habitual de nuestro entorno con su equivalencia en UBEs.

Método de recogida de datos

Los profesionales de enfermería participantes en el estudio contactaron con la muestra de población por vía telefónica. En esta llamada se indicó el objetivo del

estudio y se solicitó su consentimiento verbal de participación. Para que el contenido de la llamada que se realizó a los potenciales participantes fuese similar entre todos los investigadores se desarrolló un discurso. Aquellas personas que aceptaron participar recibieron por correo electrónico información del estudio y un enlace a un formulario digital que incluía el consentimiento informado y los cuestionarios. Además, se informó a los participantes de que los datos recogidos en el cuestionario serían tratados de forma confidencial. Se respetó la libre voluntad tanto de participar, como de abandonar la investigación en cualquier momento y por cualquier motivo sin que ello ocasionase ningún perjuicio.

Cuando el usuario accedió al enlace, se abrió una nueva pestaña con el formulario digital. En la primera ventana se mostró una breve descripción del proyecto y el consentimiento informado de participación que rellenaron a través de unas casillas de cumplimentación obligatoria. La siguiente ventana dió comienzo al cuestionario, comenzando por las variables sociodemográficas y seguidamente a las preguntas relacionadas con las conductas.

Una vez finalizado el cuestionario los datos recogidos se incluyeron automáticamente a una hoja de cálculo a la que únicamente tuvieron acceso los componentes del equipo de investigación mediante un usuario y contraseña.

Los datos de los participantes se trataron con confidencialidad conforme a lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. El acceso a las historias clínicas para obtener el teléfono de contacto de la muestra seleccionada ha sido realizado únicamente por los profesionales de enfermería participantes en el estudio.

Este estudio obtuvo el permiso tanto del Comité de Ética del Principado de Asturias como de la gerencia del Área Sanitaria III para ser desarrollado.

Plan de análisis de datos

Se realizó un estudio descriptivo de las variables empleando la media o mediana, y su desviación estándar o rango intercuartil, o el porcentaje en función de la naturaleza de las variables. A fin de verificar la normalidad de la distribución de las variables se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para determinar la relación entre variables cualitativas se empleó la prueba de Chi-Cuadrado. Para las variables de naturaleza cuantitativa se emplearon test paramétricos o no paramétricos en función de la distribución de las mismas.

Los análisis se realizaron con el paquete informático IBM SPSS versión 27®. Se consideraron valores significativos aquellos cuya $p < 0,05$.

Resultados

Características sociodemográficas de la muestra

Participaron un total de 436 personas, de las cuales el 59,4% ($n=259$) eran mujeres. La edad media fue de 35,6 años ($DE=3,45$). El nivel de estudios predominante fue estudios secundarios. La mayoría de la población 90,1% vivía acompañada. Únicamente se observaron diferencias significativas entre las zonas básicas en el nivel de estudios, donde la población perteneciente a Sabugo mostró un mayor porcentaje de personas con estudios universitarios que en el resto de las zonas básicas (tabla 2).

Descripción de la adherencia a las conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular y diferencias en función de la zona básica de salud.

El porcentaje de fumadores fue de 22,3%. La mediana de consumo de alcohol fue de 2,5 ($RI= 6,5$). En cuanto a la realización de actividad física, evaluada mediante

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra

Edad		Media (DE)		P
SABUGO		35,24 (3,255)		N.S
CORVERA		36,17 (3,303)		
PRAVIA		35,52 (4,031)		
CASTRILLÓN		35,65 (3,260)		
Nivel de estudios	%			P
	Primarios	Secundarios	Universitarios	
SABUGO	2,4	33,3	64,3	0,004
CORVERA	8,3	58,3	33,3	
PRAVIA	7,2	51,5	41,2	
CASTRILLÓN	5,3	50,9	43,9	
Convivencia	%		P	
	Solos	Acompañados		
SABUGO	13,1	86,9	N.S	
CORVERA	9,5	90,5		
PRAVIA	9,3	90,7		
CASTRILLÓN	8,8	91,2		

el cuestionario IPAQ se observó que un 21,9% realizaba una baja actividad física, un 43,6% llevaba a cabo actividad moderada y un 34,5 % practicaba un nivel alto de ejercicio. Finalmente, la puntuación obtenida en el cuestionario Motiva.Diaf, reportó una puntuación media de 8,02 en la variable estilo de vida (DE= 2,59).

Los porcentajes y puntuaciones observadas en las zonas básicas de salud fueron muy similares al registrado en general, sin aparecer diferencias significativas entre las diferentes zonas (tabla 3).

El análisis de cada uno de los ítems del cuestionario Motiva.Diaf de adherencia a recomendaciones saludables relacionadas con alimentación y actividad física mostró una mayor adherencia, en general, a las recomendaciones relacionadas con la alimentación. Además, no se observaron diferencias entre las distintas zonas básicas.

Análisis de la adherencia a las conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular en función de las variables personales sexo, nivel de estudios y convivencia.

El consumo de alcohol fue significativamente superior en hombres que en mujeres (tabla 4). En cuanto a la realización de actividad física, se observó que las mujeres mostraron una tendencia a la realización de actividad moderada mientras que los hombres a la intensa. No se apreciaron diferencias en relación con el consumo de tabaco ni en la puntuación de la variable sintética estilo de vida (tabla 4).

Tal como se puede observar en la tabla 5, el menor nivel de estudios se asoció significativamente con 3 de las 4 variables analizadas, consumo de tabaco, actividad física y estilo de vida.

Tabla 3. Adherencia a las conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular en las distintas zonas básicas de salud

Consumo tabaco	Fumadores	No fumadores	P	
SABUGO	19	81	N.S	
CORVERA	21,4	78,6		
PRAVIA	17,5	82,5		
CASTRILLÓN	26,9	73,1		
Consumo alcohol	Mediana (RI)		P	
SABUGO	2,5 (6-1)		N.S	
CORVERA	2,25 (5,5-1)			
PRAVIA	2 (4,5-0)			
CASTRILLÓN	3 (6,5-0)			
Actividad física	%			P
	Bajo	Moderado	Alto	N.S
SABUGO	20,2	41,7	38,1	
CORVERA	22,6	48,8	28,6	
PRAVIA	22,7	43,3	34	
CASTRILLÓN	22,2	40,4	37,4	
Estilo de vida	Media (DE)			P
SABUGO	8,15 (2,346)			N.S
CORVERA	7,86 (2,649)			
PRAVIA	7,92 (2,749)			
CASTRILLÓN	8,14 (2,633)			

Tabla 4. Conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular en función del sexo

		Hombre	Mujer	P
CONSUMO DE ALCOHOL (MEDIANA (RI))		4 (7,5-1)	2 (4,5-0)	<0,001
CONSUMO DE TABACO (%)	Si	25,4	20,1	N.S.
	No	74,6	79,9	
ACTIVIDAD FÍSICA (%)	Bajo	16,9	25,5	<0,001
	Moderado	37,9	46,3	
	Alto	45,2	28,2	
ESTILO DE VIDA (MEDIA (DE))		8,05 (2,648)	8,03 (2,579)	N.S.

Tabla 5. Conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular en función del nivel de estudios

		Primarios	Secundarios	Universitarios	P
CONSUMO DE ALCOHOL (MEDIANA (RI))		1,5 (5-0)	2,5 (6-0)	3 (6-1)	N.S.
CONSUMO DE TABACO (%)	Si	40	26,2	15,7	0,004
	No	60	73,8	84,3	
ACTIVIDAD FÍSICA (%)	Bajo	48	20,6	20,3	0,013
	Moderado	28	40,7	47,2	
	Alto	24	38,8	32,5	
ESTILO DE VIDA (MEDIA (DE))		6,6 (3,214)	8 (2,583)	8,26 (2,495)	0,013

Tabla 6. Conductas relacionadas con enfermedad cardiovascular en función de la convivencia

		Solo	Acompañado	P
CONSUMO DE ALCOHOL (MEDIANA (RI))		4 (6,5-1)	2,5 (5,5-0)	N.S.
CONSUMO DE TABACO (%)	Si	20,9	22,4	N.S.
	No	79,1	77,6	
ACTIVIDAD FÍSICA (%)	Bajo	16,3	22,6	P=0,029
	Moderado	30,2	44,3	
	Alto	53,5	33,1	
ESTILO DE VIDA (MEDIA (DE))		8,63 (2,564)	7,97 (2,604)	N.S.

La convivencia solo mostró asociación con la realización de actividad física, que fue significativamente superior en las personas que vivían solas (tabla 6).

Discusión

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que la zona básica de salud no parece influir en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población de entre 30 y 40 años. Sin embargo, sí que se han observado diferencias en función del sexo, el nivel de estudios o vivir solo. Sería interesante que futuros estudios incluyeran el código postal de los individuos para analizar la influencia de los determinantes sociales en el estilo de vida, puesto que el sexo y el nivel de estudios son dos

de los principales factores de desigualdad en salud. Un reciente estudio realizado en España muestra una gran desigualdad social en la mortalidad por ECV en el país (6).

En la variable alimentación, se observó un mayor consumo de frutas, verduras, carnes bajas en grasas y frutos secos en la zona básica de Sabugo, hecho que podría deberse a que es la zona de mayor nivel socioeconómico de las incluidas en el estudio (13) y aquella con un porcentaje significativamente mayor de población con estudios universitarios.

La mayor parte de la población incluida en el estudio realiza actividad física moderada y, en menor medida, intensa o baja. Estos resultados coinciden con la Encuesta de Salud de Asturias (ESA) (14) realizada en el 2017, siendo contrarios a los datos

publicados en el OBSA, donde la población de las ZBS estudiadas aparecen como zonas de alto grado de sedentarismo. Si bien, esta diferencia pueda ser explicada por el hecho de que el OBSA (3) muestra los datos de la población general, no haciendo distinción por grupos de edad.

En cuanto al nivel de actividad física, las personas con estudios primarios realizan en mayor medida actividad física baja, mientras aquellas con estudios secundarios o universitarios realizan en su mayor parte actividad física moderada.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, así las mujeres tienden a practicar con mayor frecuencia actividad de intensidad moderada, mientras los hombres la hacen de alta intensidad, tendencia ya observada en estudios previos (15). El hecho de que las mujeres practiquen actividad física de menor intensidad que los hombres podría deberse a los estereotipos de belleza y feminidad que aún persisten, así como a los condicionantes socioculturales que limitan, en parte, la implicación de la mujer en el entorno deportivo (16). Asimismo, existen otros determinantes como otorgar mayor peso a otras actividades, como a los estudios en la etapa académica, escasa oferta deportiva en algunos casos y falta de referentes o sesgos socioculturales (16).

Además, la realización de actividad física fue significativamente superior en las personas que viven solas, lo que puede estar determinado por el hecho de que al vivir solas dispongan de más tiempo libre que deciden invertir en la realización de actividad física o bien la utilicen como medio de socialización, aunque es cierto que no se estudió si la actividad física la realizaban de forma individual o en grupo.

El consumo de alcohol en las cuatro ZBS estudiadas se mantiene en un rango entre 4,5 y 6,5 UBEs por semana, siendo significativamente mayor en hombres que en mujeres. Este patrón de consumo ya se ha encontrado en estudios previos realizados tanto

a nivel nacional (17) como regional (18). El mayor consumo de alcohol en el sexo masculino se podría explicar por la influencia de los roles de género en la sociedad, así, en edades tempranas el patrón de consumo es muy parecido en ambos sexos. Sin embargo, cuando las mujeres entran en la edad adulta realizan un menor consumo y, acotado a los fines de semana, mientras los varones consumen alcohol a diario y mantienen un consumo excesivo los fines de semana (19).

Encontramos un consumo de alcohol mayor en las personas que viven solas que en aquellas que están acompañadas, relación ya observada en estudios previos (17) y que parece indicar que vivir acompañado puede ser un factor de protección ante el consumo de alcohol.

En cuanto al tabaco, la mayor parte de la población estudiada es no fumadora, disminuyendo la cifra a medida que aumenta el nivel de estudios. Al igual que se mostró con el consumo de alcohol, las personas que viven acompañadas fuman menos que aquellas que viven solas. Así, el hecho de vivir acompañado podría actuar como un factor protector tanto ante el consumo de alcohol como de tabaco.

Se encontró una relación inversa entre el nivel de estudios y el consumo de tabaco, actividad física y estilo de vida. Esta relación ya ha sido observada en estudios previos, así un estudio sobre población estadounidense mostró que las personas sin estudios universitarios multiplicaban por 3,5 el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (20). Por otra parte, en Europa donde el acceso a la educación es gratuito y, por tanto, la situación socioeconómica familiar no debería significar desigualdad, también se observó que el nivel de estudios influía en las conductas saludables. De forma que los jóvenes con un menor nivel de estudios tenían un mayor índice de masa corporal, realizaban menos ejercicio físico, llevaban a cabo una peor alimentación y consumían más tabaco que el resto (21). Además, Kubota et al (22) afirman que más del 50%

de los individuos con estudios primarios termina desarrollando una enfermedad cardiovascular a lo largo de su vida, independientemente de otras características socioeconómicas.

Por ello, es importante aprovechar cualquier contacto de la población adulta joven con el sistema sanitario para abordar estos factores de riesgo, motivándolos a realizar un cambio hacia conductas más saludables. Además, dado el escaso acceso de esta población a los centros de Atención Primaria, también, sería interesante que los profesionales de enfermería realizaran intervenciones comunitarias sobre estos estilos de vida fuera de los centros de salud.

Un reciente metanálisis (23) estudió la asociación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad prematura comparándolo con la mortalidad por los principales factores de riesgo (consumo de tabaco, alcohol, inactividad física, obesidad, diabetes e hipertensión arterial). Así, un nivel socioeconómico bajo reduce la esperanza de vida tanto como la presencia de estos factores de riesgo. Por este motivo, las estrategias de promoción de la salud deberían tener en cuenta el nivel socioeconómico bajo como un factor de riesgo a intervenir, así como los demás determinantes sociales.

No obstante, este abordaje no debería hacerse únicamente de forma individual desde la consulta, ya que su utilidad se ve limitada a un pequeño reducto de la población, sino que deberían estar respaldadas por otras a mayor escala como son las políticas saludables y la promoción de entornos saludables, para que los cambios salutogénicos se produjesen en las comunidades (24).

Por tanto, además del refuerzo de la promoción de la salud que se realiza desde atención primaria, es clave el respaldo y la implicación de las políticas de salud para hacer más presión en el cambio a nivel poblacional, lo cual supone un reto para la salud pública de cara al futuro.

Conclusiones

La prevalencia de conductas de riesgo cardiovascular es similar en las 4 zonas básicas de salud incluidas en el estudio y por tanto, se podrían plantear las mismas medidas para disminuir su prevalencia en las zonas básicas de salud estudiadas. No obstante, si que parece tener en cuenta aspectos personales ya que si que se han observado algunas diferencias en función de estos.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [internet]. OMS; 2017. [Último acceso 5 enero 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Umbria M, Rafel J, Aluja MP, Santos C. Enfermedad cardiovascular en España: Estudio epidemiológico descriptivo 1999-2010. *Antropo*. 2014; 32: 1-13.
3. Observatorio de Salud de Asturias [internet]. Informe de Situación en Salud de Asturias. Oviedo. 2018. [Último acceso 7 enero 2022]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/VD-ASSA-lectura-fácil.pdf>
4. Ontiveros L. ¿Cuánto cuesta un enfermo cardiovascular? [Internet]. *Fundaciondelcorazon.com*. 2018 [Último acceso 12 diciembre de 2021]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html>
5. Bilal U, Díez J, Alfayate S, Gullón P, Del Cura I, Escobar F et al. Population cardiovascular health and urban environments: the Heart Healthy Hoods exploratory study in Madrid, Spain. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16(1):104.
6. Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Tellez-Plaza M, Rodríguez-Artalejo F, Galán I. Desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular en España desde una perspectiva interseccional. *Rev Esp Cardiol*. 2020; 73(4): 282-9.
7. Observatorio de Salud de Asturias [internet]. Determinantes de salud: 2017. Oviedo. [Último acceso 10 enero 2022]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/determinantes/>
8. Carreño V, Franco M, Gullón P, Carreño V. Studying city life, improving population health. *Int J Epidemiol*. 2017; 46(1):14–21.
9. Ministerio de Sanidad [Internet]. Portal estadístico. Sistema Información Atención Primaria. [Último acceso 6 diciembre 2021]. Gobierno de España. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/actividad/ordinaria>
10. Balaguer I, Castillo I, Duda JL. Apoyo a la autonomía, satisfacción de las necesidades, motivación y bienestar en deportistas de competición: un análisis de la teoría de la autodeterminación. *Revista de Psicología del Deporte*. 2008; 17 (1): 123-39.
11. Román B, Ribas L, Ngo J, Serra L. Validity of the international physical activity questionnaire in the Catalan population (Spain). *Gac Sanit*. 2013;27(3):254-7.
12. Martin R, Gonzalez X, Papin C, Suárez J. Development and validation of a questionnaire for assessing the characteristics of diet and physical activity in patients with type 2 diabetes. *Psicothema*. 2018; 30(1):116-22.
13. Sociedad Asturiana de estudios económicos e industriales [internet]. Reseña estadística de los municipios asturianos. Año: 2019 [Último acceso 28 marzo 2022] Disponible en: https://www.sadei.es/sadei/enlaces-directos/informacion_121_1_ap.html
14. Observatorio de Salud de Asturias. IV Encuesta de Salud para Asturias, 2017. Consejería de Sanidad; 2018.
15. López-Munera RC, Santos-Campos MA, Navarro-Martínez AV, Arévalo-Arévalo JM, García-Pinillos F, Latorre-Román PA. Determinantes sociodemográficos y nivel de actividad física en la población de la provincia de Jaén mayor de 18 años RETOS. 2016; 29(1): 13-6.
16. Luque A, Villa F. *Mujer joven y actividad física*. 1ª Edición. Paseo de Recoletos, 23. Madrid. 2019.
17. Toft U, Pisinger C, Aadahl M, Lau C, Linneberg A, Ladelund S, et al. The impact of a population-based multi-factorial lifestyle intervention on alcohol intake: the Inter99nstudy. *Prev Med*. 2009; 49(2–3):115–21
18. Bravo-Villasante FS. Sociología del consumo de alcohol en Asturias. *Cuadernos de psiquiatría*. 2001; 1 (1) 19-36.
19. Fernández MA, Dema S, Fontanil Y. La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*. 2019; 31 (4).
20. Lawrence EM, Hummer RA, Domingue BW, Harris KM. Wide educational disparities in young adult cardiovascular health. *SSM Popul Health*. 2018; 5:249–56.
21. Gande N, Pechlaner R, Bernar B, Staudt A, Stock K, Hochmayr C, et al. Cardiovascular health behaviors and associations of sex, age, and education in adolescents - Results from the EVA Tyrol study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2021; 31(4):1286–92.
22. Kubota Y, Heiss G, MacLehose RF, Roetker NS, Folsom AR. Association of educational attainment with lifetime risk of cardiovascular disease: The atherosclerosis risk in communities study. *JAMA Intern Med*. 2017; 177(8):1165.

23. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F et al, LIFEPAATH consortium. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet*. 2017; 389(10075): 1229-37.
24. Capewell S, Capewell A. An effectiveness hierarchy of preventive interventions: neglected paradigm or self-evident truth? *Journal of Public Health*. 2017; 40 (2): 350–8.