

Falla cardíaca y estado socioeconómico

Education, income, and incident heart failure in post-menopausal women: the Women's Health Initiative Hormone Therapy Trials. J Am Coll Cardiol 2011;58:1457-1464.

SHAH RU, WINKLEBY MA, VAN HORN L, ET AL.

Nivel de evidencia: II-2

Resumen. Este estudio de 26.160 mujeres posmenopáusicas sanas de los estudios Women's Health Initiative (WHI) Hormone Therapy examinaron la asociación entre educación, ingreso y hospitalización por falla cardíaca incidental (FC). El análisis estadístico se hizo con test de Chi cuadrado, análisis de varianza y modelos proporcionales de riesgo (ajustados por condiciones demográficas comórbidas, factores de comportamiento, y mitificaciones hormonales y dietéticas).

Se encontraron disparidades profundas de ingresos y educacionales entre las FC incidentes de mujeres sin FC o enfermedad cardíaca coronaria (ECC) de base. Los investigadores encontraron que las mujeres con ingresos anuales por debajo de 20.000 tenían mayor incidencia de hospitalización por FC que aquellas por encima de 50.000 (el análisis multivariado mostró que mujeres con el más bajo nivel de ingresos tenían 56% más alto riesgo que las mujeres con niveles de ingreso más alto).

Las mujeres con educación menos que bachillerato tenían más alta hospitalización incidente por FC que las graduadas en el colegio o superior (análisis multivariable mostró que las mujeres con la educación más baja tenían 21% mayor riesgo de hospitalización por FC incidente que las mujeres con la mayor educación).

Comentario. Con un riesgo a través de la vida de hombres y mujeres de 1 en 5,1 la FC es un problema importante en los Estados Unidos. La tasa de mortalidad a 5 años es aproximadamente del 50%¹.

Mientras las disparidades socioeconómicas en otras enfermedades cardiovasculares tales como enfermedad cardíaca, isquemia y ACV

están bien establecidas, se conoce menos acerca de las disparidades socioeconómicas en FC.

Este estudio tiene varias fortalezas. Se hace sobre un tema importante y poco examinado y este análisis se hizo en el WHI, lo cual incluye una muestra grande de mujeres.

El estado socioeconómico (ES) bajo es un factor de riesgo relevante en mujeres, particularmente mayores, quienes están sobrerrepresentadas en la estadística de pobreza^{2,3}.

Más aun, contrario a la creencia histórica de que las disparidades ESB en salud pueden ser menores en mujeres que en hombres, hay evidencia de que las disparidades de ES bajo en enfermedades cardiovasculares pueden actualmente ser mayores en mujeres que en hombres².

Otra fortaleza del estudio incluye el hecho de que múltiples factores de riesgo demográfico y cardiovascular fueron medidos y los eventos fueron cuidadosamente adjudicados. Sin embargo, este análisis fue realizado en los estudios de terapia hormonal del WHI, y las mujeres debían tener criterios específicos de inclusión y estar dispuestas a ser randomizadas a terapia hormonal (o placebo) Así, aunque el tamaño de la muestra es grande, esas mujeres no pueden ser representativas de la población femenina general. Más aun, estos resultados no pueden ser generalizados a los hombres.

Curiosamente los autores observaron algunas asociaciones más robustas para ingresos que para educación. La educación y el ingreso no son directamente intercambiables y pueden tener algunas implicaciones diferentes con respecto a la salud⁴. El ingreso se considera una medida menos óptima de ES bajo entre individuos en este grupo de edad, dado que refleja de manera menos segura la disponibilidad de recursos

después del retiro que en otro punto durante la edad adulta⁵. Los autores intentan abordar esta cuestión, estratificando la muestra por edad de 66 años y mostrando que el tamaño del efecto fue ampliamente similar. Sin embargo, este método incluye varios supuestos a cerca de edad y retiro que no parecen ser del todo ciertos en este contexto. La estratificación por empleo podría haber sido preferible.

Los investigadores no consideraron que el impacto del ingreso de los recursos del hogar es a menudo dependiente del número de individuos apoyados con este ingreso.

Finalmente, el ingreso es mejor conceptualizado como una medida de ESB aguda, capturando un recurso agudo en un determinado punto de tiempo y a menudo fluctuando más sobre la vida adulta que la educación. A menudo, pero no siempre, las disparidades de ESB en salud ocurren en un largo periodo de tiempo.

¿Qué puede explicar estos hallazgos? La FC es una condición heterogénea, y debido a que no hay una delineación posterior de orígenes de subtipos (v. gr. isquémico frente a no isquémicos, fracción de eyección reducida frente a preservada), estamos limitados para entender los mecanismos que causan el aumento de estas disparidades y la mejor manera de manejarlas. Sin embargo, las pronunciadas disparidades de ESB en factores de riesgo cardiovasculares, tales como fumar, diabetes, inactividad física e hipertensión, están bien establecidas. La mayoría de estas fueron controladas estadísticamente en este estudio.

Siempre deben ser considerados factores de confusión residuales en estudios observacionales, particularmente cuando se miden en un punto o con mediciones breves autorreportadas. Sin embargo estos hallazgos sugieren la consideración de otros factores en la etiología de esas disparidades.

Los autores discuten temas como vecindarios desfavorables, incluyendo falta de ambiente para caminar, disponibilidad de alimentos saludables, seguridad y cohesión social; bajo acceso o pobre calidad de cuidados de salud; y bajo nivel de alfabetismo.

Debido a que hay la posibilidad de múltiples procesos que aumentan las disparidades SES en salud, no es posible aislar una sola vía. De hecho, la persistencia y capacidad de penetración de las disparidades SES en salud llevan a algunos a conceptualizar bajo SES como causa fundamental de enfermedad⁶, con patrones de exposición a múltiples riesgos a través de la vida. Las disparidades SES se ven a través de muchas condiciones de salud física y mental. Se han observado en todos los niveles de SES, aun en niveles relativamente altos. Son generalmente atribuidos no solamente a acceso de cuidados de salud, se observan entre pasajes con cuidado universal de salud y en relativamente SES altos de individuos asegurados⁷. Las disparidades también se ven en jóvenes. De hecho, las disparidades en los marcadores preclínicos de enfermedad cardiovascular se ven en adolescentes⁸. Así, el desarrollo de disparidades SES en salud de los adultos es a menudo conceptualizado como el resultado de la exposición durante toda la vida a condiciones adversas físicas y psicológicas⁴.

La persistencia de disparidades de salud SES en los Estados Unidos nos puede llevar a preguntarnos cómo manejarlas.

Hay muchas opiniones extremas y diversas sobre⁴ este tópico, las cuales están fuera del alcance de este comentario. Sin embargo, cuántos de esos comentarios apuntan hacia la necesidad de esfuerzos de prevención tempranos y agresivos entre los individuos con SES bajos para reducir la carga de la enfermedad a través de la vida.

Rebecca C. Thurston, PhD
Assistant Professor of Psychiatry,
Psychology, and Epidemiology
University of Pittsburgh
Pittsburgh, PA

Referencias

1. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al., for the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:e18-e209.

2. Thurston RC, Kubzansky LD, Kawachi I, Berkman LF. Is the association between socioeconomic position and coronary heart disease stronger in women than in men? *Am J Epidemiol* 2005;162:57-65.
3. McLanahan S, Kelly EL. Feminization of poverty: Past and present. In: Chafetz JS, ed. *Handbook of the Sociology of Gender*. New York: Kluwer Academic Publishing, 1999;127-146.
4. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, et al. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *JAMA* 2005;294:2879-2888.
5. Berkman LF, Macintyre S. The measurement of social class in health studies: Old measures and new formulation. In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P, eds. *Social Inequalities and Cancer*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1997.
6. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav* 1995; Spec No: 80-94.
7. Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, Folkman S, Syme SL. Socioeconomic inequalities in health. No easy solution. *JAMA* 1993;269: 3140-3145.
8. Thurston RC, Matthews KA. Racial and socioeconomic disparities in arterial stiffness and intima media thickness among adolescents. *Soc Sci Med* 2009;68:807-813.