

Prevalencia de factores de riesgo de cardiopatía isquémica en adultos mayores

PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR ISCHEMIC HEART DISEASES IN THE ELDERLY

Noresma TOIRAC GARCÍA,¹ Tania MASSIP NICOT,¹ Juliette MASSIP NICOT,² Yuri ARNOLD DOMÍNGUEZ³

¹ Policlínico Docente "Corynthia", Municipio "Plaza de la Revolución".

² Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Calixto García Íñiguez".

³ Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas (INEM). Zapata y D, Vedado; Ciudad de La Habana, Cuba. CP 10400. Correo-e: yuri.arnold@infomed.sld.cu

RESUMEN

La mayor parte de los estudios que relacionan factores de riesgo coronario (FRC) y cardiopatía isquémica (CI), se han realizado en países desarrollados y son casi inexistentes en población de ancianos.

Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se les aplicó una planilla para pesquise de Factores de Riesgos de CI y el cuestionario CAGE, con el fin de identificar la prevalencia de estos FRC en los adultos mayores del Consultorio Médico de Familia (CMF) 2, Policlínico Corynthia, Plaza de la Revolución (Cuba), durante 2009.

Se hizo evidente que entre las edades de 60 a 69 años se encontró el mayor porcentaje de pacientes, fundamentalmente del sexo femenino. Los FRC más frecuentes fueron: el sedentarismo, el hábito de fumar y la Hipertensión Arterial. Las mujeres de 60 años y más fueron más afectadas por las comorbilidades: HTA, DM, hiperlipidemia y la obesidad; mientras los hombres por el sedentarismo y al hábito de fumar.

Los FRC por orden de frecuencia, encontrados fueron: el sedentarismo, el hábito de fumar y la HTA; lo cual confirma los hallazgos de la literatura científica internacional al respecto.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica, factores de riesgo coronario, hábito de fumar, hipertensión arterial.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) no siempre fueron un problema de salud mayor, pues a principios del siglo XX las enfermedades infecciosas constituían un azote para la sociedad en todo el mundo, pero debido al desarrollo alcanzado por la humanidad en todos los campos del saber, la aplicación de estos conocimientos y el auge logrado por la medicina, tanto en el campo curativo como preventivo, se logran eliminar como primera causa de muerte iniciándose así, hacia 1940 la "epidemia" de enfermedades cardiovasculares y en especial la cardiopatía isquémica (CI), que para 1963 alcanzó su nivel máximo⁽¹⁻³⁾.

En América Latina se estimó, para el 2000, 800 mil defunciones debido a esta causa. Las estadísticas

cubanas han mostrado una mortalidad ascendente entre los años 1970 a 1997 y a partir del año 1998 se registró un ligero descenso⁽⁴⁾. Estos datos, obtenidos de certificados de defunción, puede que no constituyan una realidad absoluta, pero de alguna manera son indicios que plantean la necesidad de enfrentar con energía este proceso morboso.

En los países con alto nivel de desarrollo económico las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen las principales causas de mortalidad, y dentro de estas, la CI ocupa el primer lugar, siendo denominada por algunos autores *la epidemia del siglo*. La CI es considerada la enfermedad más común, grave y de mayor riesgo para la vida en términos de mortalidad y morbilidad en gran parte del mundo⁽¹⁻⁴⁾. Esta entidad causa más muertes,

incapacidades y gastos económicos que muchas otras enfermedades⁽¹⁻³⁾.

Se invocan una serie de factores que predisponen o contribuyen al surgimiento de esta enfermedad, que son los llamados factores de riesgo coronario.

La importancia de estos radica en que su identificación permitirá la prevención primaria de la enfermedad si se aplican estrategias para su control⁽²⁾.

La lucha contra la CI comienza por evitarse los factores asociados a esta, por lo que se establecen programas de atención primaria con medidas generales para toda la población y específicas para la población de riesgo.

Los estudios epidemiológicos realizados en el campo de los trastornos cardiovasculares, han permitido identificar a través de metodologías correlacionales, al conjunto de variables que constituyen los factores de riesgo, los que al ser modificados o controlados, provocan una disminución de la incidencia de estos fenómenos y por tanto de la mortalidad⁽⁴⁻⁸⁾.

La CI se presenta con mayor frecuencia en los pacientes mayores de 60 años, y se afirma que esta enfermedad es directamente proporcional a la elevación de la edad considerándose ésta como un factor no modificable, lo que justifica la importancia de actuar sobre los factores de riesgo que son susceptibles de eliminar o controlar.

El envejecimiento no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, cada día es mayor la población que arriba a los 60 años de edad y su expectativa de vida es más alta que en décadas anteriores, por lo que ha convertido al envejecimiento en un reto para la sociedad moderna^(1,2).

La literatura médica reconoce que, en la tercera edad, la CI es responsable de un gran número de ingresos hospitalarios y de un elevado porcentaje de asistencia a los centros ambulatorios de salud, contribuyendo de manera significativa a la aparición de discapacidad y muerte⁽²⁻⁵⁾.

En el presente siglo, el desarrollo de programas promocionales y preventivos para mantener la salud y calidad de vida en la población anciana será de vital importancia desde el punto de vista social como económico, para posponer los efectos adversos de la vejez tanto como sea posible, será la principal preocupación política y moral de los países.

No hay dudas de que si se logra disminuir la incidencia de factores de riesgo de la CI, la reducción de la mortalidad en el anciano sería significativamente mayor, con la consiguiente disminución de costos para el diagnóstico y terapéutica de la enfermedad coronaria que ellos originan⁽⁸⁾, y lo que es más importante, se disminuirían las crisis familiares de que son responsables, lográndose una mejor calidad de vida en el anciano, su familia y la sociedad^(9,10).

Esta mejora en la calidad de vida del anciano se logra modificando los factores de riesgo que incrementan la aparición de la CI en la tercera edad^(10, 11,12).

Al realizar el Análisis de la Situación de Salud del Consultorio Médico (CMF), Local 2 del Policlínico Corynthia⁽¹⁶⁾, Municipio Plaza de la Revolución (Cuba), se detectó como problema de salud el elevado número de ancianos dispensarizados en el Grupo III por factores de riesgo para la CI.

Se invocan una serie de factores que predisponen o contribuyen al surgimiento de la CI, que son los llamados factores de riesgo coronario⁽¹⁰⁻¹³⁾ y, entre ellos, los más importantes en la actualidad son los siguientes: edad, sexo, hipertensión arterial, hiperlipidemia, hábito de fumar, antecedentes patológicos familiares de CI, diabetes mellitus, sedentarismo, y obesidad, entre otros^(2, 10-15).

Los objetivos del trabajo fueron:

1. Identificar la presencia de algunos factores de riesgo para la aparición de CI en los adultos mayores del local 2 del Corynthia.
2. Determinar la frecuencia de los factores de riesgo estudiados por grupo de edades y sexo en el Consultorio Médico en el período estudiado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 445 personas con 60 o más años de edad de ambos sexos, que cumplieran los criterios de inclusión (que acepte participar en la investigación y que se encuentre residiendo en el área en el momento de la investigación); del total de personas de ese grupo de edad dispensarizadas en las Historias de Salud Familiar, pertenecientes al CMF # 2 del Policlínico "Corynthia", Municipio Plaza de la Revolución, en el periodo de tiempo comprendido entre el 1º de enero y el 1º de diciembre del 2009.

El peso y la talla, se midieron mediante las técnicas antropométricas previamente estandarizadas en el propio local del consultorio médico. A partir de las mediciones se calculó el Índice de Masa Corporal Estimado (IMCest).

Para la medición del peso corporal se tomó como instrumento la balanza de contrapesos marca Detecto, y para la medición de la talla primeramente se midió con cinta métrica la hemibrazo derecha (HBD) del sujeto: distancia entre el punto supraesternal y el dactilo del medio, y con este resultado se calculó la estatura del anciano según la fórmula de Estimación de la Estatura en Ancianos, Población cubana 2001, (INHA):

Hombres

$$\text{Estatura (cm)} = 66.3842 - (0.1139 \times \text{Edad}) + (1.2197 \times \text{HBD})$$

Mujeres

$$\text{Estatura (cm)} = 55.5955 - (0.0266 \times \text{Edad}) + (1.2289 \times \text{HBD})$$

Con estos datos se calculó el IMCest para cada sujeto:

$$\text{IMCest} = \text{peso} / (\text{talla})^2$$

La información, fué procesada con el paquete SPSS 11.5 para Windows, versión XP. Se obtuvieron los valores absolutos y relativos (proporciones y porcentajes) para cada variable.

Se utilizó la prueba no paramétrica chi-cuadrado, para variables cualitativas, considerando significativos aquellos valores menores o iguales a 0,05 ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, las ECV representan alrededor de 30% de las defunciones mundiales⁽⁴¹⁾. En Cuba, producto de la transición demográfica y epidemiológica de las últimas décadas, la situación es similar.

En el contexto de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos, es conocido que la hipertensión arterial (HTA), hiperlipidemia, diabetes mellitus (DM) y tabaquismo, son los FRCV mayores y la obesidad y el sedentarismo FRCV condicionantes.

En estudios realizados en la población cubana se ha demostrado una alta prevalencia de FRCV^(41, 42,43). Dado que la mayoría de los FRCV son modificables, es importante conocer su prevalencia a nivel local, información que será útil para diseñar e implementar programas que apunten a disminuir su frecuencia en esta población.

En el CMF estudiado, los adultos mayores representan el 34,2% de la población atendida en el mismo. De ellos 240 pertenecen al sexo femenino para un 53,9%.

En el estudio realizado por Gómez Nario⁽⁴⁴⁾, en conjunto con el centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de La Habana (CIRAH), encontró 427 personas que pertenecían a la tercera edad dispensarizadas en su área de salud y en la submuestra que investigó predominó el sexo femenino al igual que lo hallado en esta investigación.

En todos los grupos etáreos estudiados hubo un predominio de adultos mayores del sexo femenino, característico de las regiones urbanas, aunque no se encontraron diferencias significativas ($p=0,96$) entre ambos sexos (Figura 1).

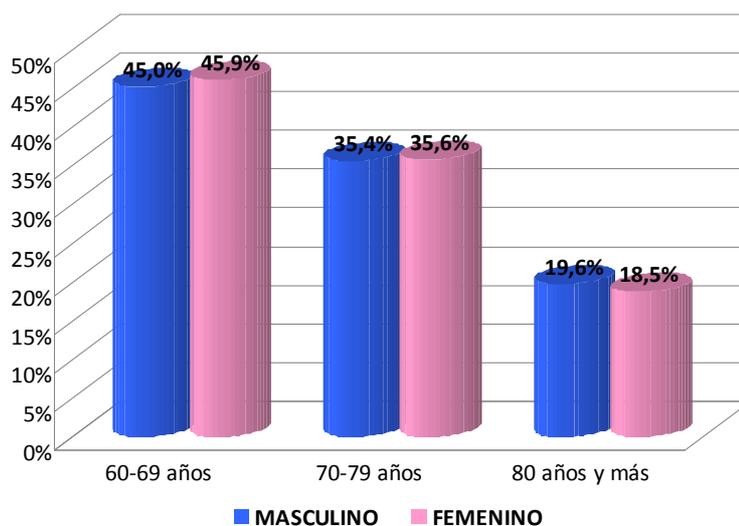
De igual manera, en un estudio con igual diseño que el nuestro, realizado entre el 2007 y el 2008, en el Policlínico "27 de Noviembre", de Marianao, Llibre Guerra⁽⁴⁵⁾ encontró que las ancianas exhibían un

porcentaje superior, (66 %) con respecto al masculino (34 %).

En el presente estudio, en ambos sexos por separado, las mayores diferencias recayeron en el grupo de 80 y más años de edad como era de esperarse debido fundamentalmente a la sobremortalidad masculina y a la mayor longevidad de las mujeres, explicado desde el punto de vista genético.

Hubo un predominio del grupo de 60 a 69 años de edad de ambos sexos, lo cual representa el 45,4% de los adultos mayores estudiados, declinando los porcentajes en la medida que avanzó la edad, contando con sólo 85 personas con más de 80 años en el momento de la encuesta. Estos resultados son los esperados, ya que la probabilidad de morir es mayor debido al proceso de envejecimiento producto de la avanzada edad y todos los factores asociados a este fenómeno.

Figura 1. Características de los adultos mayores según grupo etáreo y sexo. CMF 2.Policlínico "Corynthia", 2009.



Fuente: Historias clínicas.

Ferrer Herrera y cols.⁽⁴⁶⁾ reportan en la muestra estudiada por ellos, predominio del sexo femenino, mientras que la investigación de Moreno y cols.⁽⁴⁸⁾ reportan resultados similares al nuestro en cuanto a la distribución por sexo y de los grupos etáreos con más frecuencia de incidencia de estos FR.

De Armas y cols.⁽⁴⁹⁾ informaron un predominio de FR en el grupo de las edades de 60 a 69 años (37,7%), coincidiendo con nuestros resultados. Iguales hallazgos refieren otros autores^(50, 51).

Ruiz y cols.⁽⁵¹⁾ encontraron que la mortalidad isquémica coronaria es mayor en los más ancianos; los mayores de 60 años presentaban cuatro veces más riesgo de fallecer.

Al analizar las ENT asociadas a la CI y reconocidos FR para dicha enfermedad, se comprobó que

tanto la HTA, como la dislipidemia y la DM estuvieron presentes en la población estudiada. Algunos de estos pacientes presentaban más de una de las co-morbilidades conocidas para la CI.

En el presente estudio, la HTA afectó al 59,1% de los adultos mayores, siendo el factor de mayor prevalencia en ambos sexos.

Es conocido que las poblaciones primitivas no desarrollan HTA aún si viven hasta edades muy avanzadas (70 a 80 años), en tanto que otras, particularmente las poblaciones occidentales desarrolladas, muestran un aumento progresivo de la HTA con la edad⁽⁵³⁾. Este incremento es más pronunciado en las poblaciones de negros norteamericanos y del Caribe⁽⁵⁴⁾.

Por otra parte, los estudios respecto a los factores de riesgo de la hipertensión arterial han mostrado que la edad de comienzo o de diagnóstico es un factor significativo de riesgo cardiovascular, puesto que las complicaciones y la mortalidad son mayores a medida que avanza la edad⁽⁵⁵⁾.

Kaplan⁽⁵⁴⁾ demostró que el incremento de riesgo (OR) es dos a cinco veces mayor en los hipertensos de menor edad y sin embargo similar en los hipertensos sobre 60 años en comparación a normotensos de igual edad.

Se conoce que la HTA aumenta la probabilidad de enfermedades coronarias si coexiste con otros factores de riesgo y que existen relaciones patogénicas entre anomalías en el metabolismo hidrocárbónico, lipoproteico e HTA, como son la insulinarresistencia, la hiperinsulinemia y la trigliceridemia de los hipertensos no tratados⁽¹⁷⁾. La disfunción endotelial, la proliferación de células musculares lisas, el acúmulo lipídico en las llamadas células espumosas, el incremento en el tono vascular, son todos los factores patogénicos que coinciden y amplifican el proceso ateromatoso en sujetos portadores de los mentados factores de riesgo.

El sexo femenino es el más frecuente, (63,1%) para este FR estudiado. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa.

La DM duplica el riesgo de cardiopatía isquémica. Tanto la DM tipo 1 (DM 1) como la DM tipo 2 (DM 2), son potentes e independientes factores de riesgo coronario. La aterosclerosis es la causa del 80% de las muertes en diabéticos en comparación con el 30% de los no diabéticos, y más del 75% de todas las hospitalizaciones por complicaciones de la diabetes se deben a enfermedades cardiovasculares.^(10,15)

La hiperglucemia conlleva la glucosilación irreversible de proteínas y lipoproteínas, lo que aumenta el daño potencial por oxidación. Además, la hiperglucemia induce disfunción endotelial y alteraciones protrombóticas.

La DM se asocia de forma clara con el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (entre 2 y 5 veces). Se considera como un "equivalente de riesgo de cardiopatía isquémica", dado que el riesgo cardiovascular de un paciente diabético es similar al

del paciente con antecedentes de infarto agudo de miocardio⁽⁶⁰⁾. Asimismo, las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en los diabéticos.

En el caso de la DM, la prevalencia entre los adultos mayores de este estudio (38,0%) le siguió en orden de frecuencia a la prevalencia encontrada de HTA.

En cuanto al sexo se encontró resultado similar al de la HTA, el femenino superó al masculino, siendo diabéticas el 62,1% de las mujeres mayores de 60 años. Los resultados no resultaron estadísticamente significativos.

Está comprobado que la DM afecta más al sexo femenino (60 a 70% de los casos son mujeres), lo que tal vez está justificado por el mayor promedio de vida de las féminas y la mayor concurrencia en estas de factores diabéticos⁽⁶²⁾.

También se verificó en el presente estudio que era mayor la prevalencia de diabetes en las mujeres y, tal como sucede en otros estudios, aumenta con la edad.

Un aumento en el esfuerzo diagnóstico y en el control de la diabetes mellitus contribuye a disminuir su morbimortalidad y, por tanto, a mejorar su supervivencia, lo que, unido al aumento de la obesidad en la población, está contribuyendo al aumento de la prevalencia (epidemia de DM del siglo XXI).

En la población en estudio, el 35,3% de los adultos mayores tuvieron los lípidos séricos elevados: ya sea colesterol, triglicéridos o ambos.

En lo que se refiere a los lípidos, los datos existentes en la bibliografía sobre su concentración en la población geriátrica son tan escasos que no permiten estimar sus valores ni conocer su distribución por edad y sexo⁽⁶⁶⁾. En el estudio EPICARDIAN⁽⁵⁸⁾ se encontró una prevalencia de hipercolesterolemia (colesterol total \geq 250 mg/dl) del 35,3% (en el medio rural era del 38,5%) y más acentuada en las mujeres, la diferencia fue estadísticamente significativa respecto a los varones. También se halló que los valores del colesterol total descendían significativamente con la edad.

Los datos epidemiológicos que asocian las anomalías de los lípidos plasmáticos y la cardiopatía isquémica son irrefutables. La correlación entre colesterol del suero y enfermedades coronarias es continua para niveles superiores a 200 mg/dl, con una pendiente progresivamente creciente y paralela a la de la mortalidad global.

En el caso de la hiperlipidemia, las mujeres mayores de 60 años sufrieron en mayor porcentaje (58,0%) este padecimiento que constituye un factor de riesgo modificable para la CI, no siendo significativo desde el punto de vista estadístico.

En el estudio Kaiser (The Kaiser Permanente Coronary Heart Disease in the Elderly Study)⁽⁸⁵⁾ se encontró que la hipercolesterolemia era un factor de riesgo importante para el desarrollo de la aterosclerosis coronaria en varones de 60 a 79 años seguidos durante 10 años. El riesgo se incrementó con el

aumento de la edad. A los 60 años fue de 2,2 x 1 000; mientras que a los 75 años era de 11,3 x 1 000.

En el estudio de Framingham^(12, 13) se encontró que, en individuos de 65 años o más, la elevación de las cifras de Colesterol era un factor de riesgo más importante en las mujeres que en los hombres.

En un estudio chileno⁽⁶⁵⁾ se encontró una prevalencia de hipercolesterolemia del 20,2% y de hipertrigliceridemia del 8,1%, cifras muy parecidas a las halladas por Baena et al⁽⁸⁸⁾, quienes emplearon un criterio de clasificación más laxo al respecto.

En la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES continuo) se encontró que, en los EE.UU. aproximadamente el 50% de los individuos mayores de 65 años eran candidatos a recibir tratamiento con dieta para la hipercolesterolemia, además, entre el 10 y 15 % de éstos pueden requerir farmacoterapia⁽⁶⁷⁾.

Se conoce actualmente que la relación entre la obesidad y la cardiopatía isquémica es directa⁽¹¹⁾. Para valorarla se cuantifica el sobrepeso: Índice de Masa Corporal = peso / (altura)², que tiene una alta correlación con la existencia de HTA, diabetes y dislipidemia. El riesgo coronario relacionado con la obesidad es más pronunciado antes de los 50 años y tiene que ver tanto con la intensidad como con la duración del sobrepeso.

Los porcentajes de obesidad en este trabajo fueron superiores a los encontrados por Palomo y cols.⁽⁶⁸⁾ en una comunidad chilena quienes reportan una prevalencia de 32,6% con obesidad.

Fernández Día⁽⁶⁹⁾ realizó en el 2006 un estudio para determinar el estado nutricional, utilizando variables antropométricas, de los pacientes de 60 a 79 años del Policlínico Docente "Van Troi"; tomando en consideración los grupos de edades, se apreció que aumenta la frecuencia de mujeres obesas con la edad, con una ligera disminución en el grupo de 65-69 años. Existieron variaciones del estado nutricional con la edad que resultaron ser estadísticamente significativas.

En el trabajo de Hernández Henry⁽⁷⁰⁾ se reporta un 57% de obesas con prácticamente el 85% de pacientes con malnutrición por exceso.

Las causas para esta tendencia pueden ser varias: dietas ricas en grasas saturadas, el consumo excesivo de hidratos de carbono, el poco hábito de consumir vegetales y frutas frescas, los cambios hormonales en la mujer con el curso de los años. Además la costumbre arraigada en las mujeres latinas de brindarle al esposo y a los hijos lo mejor para su alimentación, reservando para sí aquello que los demás no gustan consumir y a veces menos nutritivo, pero sí provocador de obesidad a largo plazo⁽⁷¹⁾.

En un estudio realizado por Rodríguez-Ojea⁽⁷³⁾ en el 2007, en 2 consultorios del Médico de Familia del área de salud del policlínico "Pasteur" en La Habana, se encontró que entre los adultos mayores se observó un menor peso corporal en los grupos más ancianos, con significación estadística en los hombres.

Con un porcentaje más elevado en los que no practicaban actividad física de forma sistemática, los hombres mayores de 60 años se consideraron más sedentarios (15,0%) que las mujeres de este grupo etáreo (8,3%). Siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Si se analiza el estilo de vida de la población estudiada se aprecia que el 88,1% no realizaba ejercicio físico, lo que se considera un factor importante que incide sobre la población en estudio, ya que es conocido que el sedentarismo acarrea modificaciones perjudiciales sobre el aparato cardiovascular así como una predisposición sustancial a ser un paciente obeso. El aumento del ingreso de energía y la inactividad física conducen a la obesidad y se asocian con un incremento de los factores de la coagulación y una disminución de la capacidad fibrinolítica⁽⁷⁴⁾.

En la actualidad, es indiscutible que el ejercicio físico unido a otros factores como la nutrición adecuada y la eliminación del tabaquismo y la obesidad, influye positivamente en la calidad de vida. Si se quiere continuar elevando la esperanza de vida de nuestra población, por los beneficios que ésta reporta, el ejercicio físico debe estar bien planificado, dosificado y orientado⁽⁷⁵⁾.

En el trabajo de Hernández Henry se observó en los hombres una tendencia estadísticamente significativa al aumento del sedentarismo con la edad, en cambio en las mujeres la tendencia es a disminuir el sedentarismo con la edad a lo que se refieren como efecto modificador o de interacción.

Con la edad disminuye la frecuencia cardíaca máxima y el consumo máximo de oxígeno, declinación que comienza a partir de los 30 años; esta declinación es más rápida con la inactividad o el abandono del entrenamiento⁽⁷⁴⁾.

Astrain Diez⁽⁷⁶⁾ y Hagan⁽⁷⁷⁾ han aseverado que con un programa de rehabilitación que cumpla una frecuencia semanal de tres sesiones, cuyo volumen de trabajo oscile entre 20 y 30 minutos, con una intensidad enmarcada en el rango del 60 al 70 % de la frecuencia cardíaca máxima y manteniéndose durante un mínimo de seis meses, se obtienen efectos beneficiosos sobre aspectos biológicos tan importantes como el sobrepeso, niveles de colesterol y triglicéridos en sangre e incluso repercute favorablemente sobre el contenido de grasa corporal total.

Todas las consideraciones realizadas en los párrafos precedentes ponen de manifiesto que la interrelación entre el metabolismo de los lípidos y de los carbohidratos se ve muy favorecida por el ejercicio físico aeróbico por lo que éste beneficia indudablemente el control de los factores de riesgo coronario asociados con trastornos metabólicos de esta índole y por tanto de la cardiopatía isquémica *per se*, todo lo cual se revierte en la práctica, en una mejoría de la calidad de vida y repercute de forma positiva en la longevidad de estos pacientes.

En relación al hábito de fumar, se encontró en el total de los adultos mayores estudiados un predomi-

nio de fumadores (72,6%) con relación a los que no fumaban o los que lo habían abandonado. Esta cifra resulta considerable y representa prácticamente tres cuartas partes de la población mayor de 60 años.

El tabaquismo puede aumentar hasta 3 veces la mortalidad por enfermedad cardiovascular. El cese de este hábito provoca una disminución del riesgo proporcional al tiempo de abandono, se iguala al riesgo de un no fumador al cabo de 10-15 años⁽⁷⁸⁾.

El hábito tabáquico es más prevalente en edades tempranas y tiende a disminuir en forma significativa después de los 60 años. En la mayoría de los estudios poblacionales, el tabaquismo es mucho más frecuente en los varones que en las mujeres⁽⁷⁹⁾. Si se observa la distribución etérea de los pacientes estudiados, se aprecia que la incidencia de este hábito tóxico es mucho más alta en los varones. El tabaquismo aparece asociado con manifestaciones clínicas más tempranas de enfermedad coronaria, especialmente del infarto de miocardio⁽⁸⁰⁾. Aun cuando se desconoce el mecanismo preciso por el cual el tabaco favorece la enfermedad coronaria, es posible que tenga una función proinflamatoria en el daño endotelial y la ocurrencia de vasospasmo de las arterias coronarias. En las mujeres que presentan un infarto antes de la menopausia también el tabaquismo es el factor de riesgo más prevalente, junto con los trastornos del metabolismo lipídico de origen genético.

Está demostrado de forma concluyente, la capacidad aterogénica del hábito de fumar. A pesar de que Pérez Valdés encontró un porcentaje elevado de fumadores en su investigación no pudo encontrar asociación de este factor con la CI⁽⁸¹⁾.

Refiriéndose al hábito de fumar Llerena Rojas, citado por Ruiz Durante⁽⁵¹⁾, en un estudio realizado con hombres mayores de 18 años comprobó que el mismo fue el principal factor de riesgo coronario. Se ha reportado que el riesgo de muerte por CI es mayor en pacientes fumadores que en los no fumadores⁽³⁸⁾.

Como se observa, el factor de riesgo para la CI que más influye en los adultos mayores estudiados es el sedentarismo, con nada menos que cuatro quintas partes de los sujetos que no realizan ejercicios físicos con regularidad ni acuden a los círculos de abuelos; seguido por el hábito de fumar y la HTA. Estos tres factores de riesgo inciden cada uno en más de la mitad de los adultos mayores del estudio, o sea, en más del 50% de los ancianos de la comunidad estudiada.

Hernández Henry⁽⁷⁰⁾, en su estudio de pacientes con CI dispensarizados en un Policlínico Comunitario, reporta mayor frecuencia de Hipertensión entre las enfermedades asociadas seguida por la hiperlipidemia y la DM. Estos resultados son similares a los reportados por otros autores^(68, 70).

Madrazo Ríos y Madrazo Macha⁽⁸⁶⁾, señalan que los factores de riesgo de Cardiopatía Isquémica están constituidos en grado mayor por la HTA, DM e hiperlipoproteinemias; y en menor grado, están integrados por el tabaquismo, las dietas ricas en coleste-

rol y grasas, la obesidad, el sedentarismo y la genética; esta última de vital importancia porque no puede ser modificada, al igual que la edad y el sexo. De esta forma el grupo de adultos mayores pertenecientes al CMF 2 del Corynthia presenta un porcentaje elevado de los llamados factores de riesgos mayores, debiendo dirigirse el mayor hincapié en el control de estas enfermedades para ambos sexos.

CONCLUSIONES

- Los factores de riesgos de CI más frecuentes fueron: sedentarismo, hábito de fumar e HTA.
- Las mujeres de 60 años y más fueron las más afectadas en cuanto a las enfermedades asociadas a la CI (HTA, DM e hiperlipidemia) y la obesidad.
- Los adultos mayores del sexo masculino fueron más afectados en cuanto al sedentarismo y al hábito de fumar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba. Anuario estadístico del 2009. Cuba. 2010. [citado 1 En 2010] Disponible en: <http://www.sld.cu/temas.php?idv=2590>
2. Farreras Rozman. Tratado de Medicina Interna [CD-ROM]. 16 Edición. Ediciones Harcourt. Madrid: España; 2008.
3. OMS. Personas viejas: Los retos del envejecimiento. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* Online. May-ago.1999; 37(2):94-98. [citado 18 En 2010] Disponible en Internet: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=ISSN0253-1751>
4. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. 2008. Dirección Nacional de Estadísticas. República de Cuba. La Habana: 2009. [consultado 20 Feb 2010] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anuario_2008_3e.pdf
5. García Almagroa FJ, Gimeno JR, Villegas M, Muñoz L, Sánchez E, Cardiopatía Isquémica. Aplicación de una puntuación de riesgo coronario (TIMI Risk Score) en una población no seleccionada de pacientes que consultan por dolor torácico en un servicio de urgencias. 2009. [consultado 3 Feb 2010] Disponible en Internet: <http://www.revespcardiol.org>
6. Teruel F, Hurtado J, González J. Factores de riesgo coronario relacionado con alteraciones ergométricas y electrocardiográficas, septiembre de 1992 a mayo de 1993. *Rev Cubana Enfermer.* 1995 Mayo-ago. ; 11(2):19-29.
7. Pereira García AB, Prado MI, Rodríguez S, Debs Pérez G., de La Noval García R., Dueñas Herrera A, Debs Pino J. ¿Aumentan los factores de riesgo coronario el riesgo de muerte después de 5 años?

- Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovas 2001; 15(1):6-13.
8. Ortega González L, Fernández Camejo J, Durán Torres G. Enfermedad coronaria aguda: consideraciones diagnósticas y terapéuticas actuales. *RESUMED* 2001; 14(4):162-75.
 9. Cáceres Lóriga F, Ramírez Hernández R. Protocolo de Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Farm* 2002; 36(1):69-72.
 10. Álvarez Sintés R. Salud Familiar. En: Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral. Vol. I. La Habana. Ed. ECIMED, 2006.*
 11. Vega García E, Menéndez Jiménez JE, Prieto Ramos O, González Vera EG, Leyva Salermo B, Cardoso Lunar N y otros. Atención al Adulto Mayor. En: Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral. Vol. I. La Habana. Ed. ECIMED, 2006.*
 12. Ridker PM, Cook N. Clinical usefulness of very high and very low levels of C-reactive protein across the full range of Framingham Risk Scores. *Circulation* 2006; 109:1955-1959.
 13. Kannel WB, Wolf PA, Garrison RJ, editores. The Framingham Study: an epidemiological investigation of cardiovascular disease. Section 34. Some risk factors related to the annual incidence of cardiovascular disease and death in pooled repeated biennial measurements: Framingham Heart Study, 30-year followup. Bethesda, Md.: National Heart, Lung, and Blood Institute, Feb 1987.
 14. Hackam DG, Anand SS. Emerging risk factors for atherosclerotic vascular disease: a critical review of the evidence. *JAMA* 2008; 290:932-940.
 15. Richey Sharrett A, Coady SA, Folsom AR, Couper DJ, Heiss G. Smoking and diabetes differ in their associations with subclinical atherosclerosis and coronary heart disease -- the ARIC Study. *Atherosclerosis* 2007; 172:143-149.
 16. Análisis de la situación de Salud. Análisis de la Situación de Salud, Local #2 del policlínico Corynthia. Año 2009.
 17. Cuba. MINSAP. *Carpeta Metodológica para el trabajo en la Atención Primaria. La Habana. Ed. ECIMED, 2001*
 18. Cuba. INCCV. *Planilla para pesquizado de factores de riesgo coronario en pacientes con y sin Cardiopatía isquémica. Nuestra Experiencia. Ed. MINSAP. 1998.*
 19. Greiser KH, Kluttig A, Schumann B, Swenne CA, Kors JA, Kuss O, Haerting J, Schmidt H, Thiery J, Werdan K. Cardiovascular diseases, risk factors and short-term heart rate variability in an elderly general population: the CARLA study 2002-2006. *Eur J Epidemiol.* 2009; 24(3):123-42.
 20. Andersson J, Sundström J, Kurland L, Gustavsson T, Hulthe J, Elmgren A, Zilmer K, Zilmer M, Lind L. Different cardiovascular risk factors in the elderly: the Prospective Investigation of the Vasculature in Uppsala Seniors (PIVUS) study. *Lipids.* 2009 May; 44(5):397-403.
 21. Ingelsson E, Sundström J, Melhus H, Michaëlsson K, Berne C, Vasan RS, Risérus U, Blomhoff R, Lind L, Arnlöv J. Cardiovascular risk factors and prevalent cardiovascular disease in elderly. *Atherosclerosis.* 2009 Sep; 206(1):239-44.
 22. Halil M, Yavuz B, Yavuz BB, Cankurtaran M, Dede DS, Ulger Z, Barak A, Karabulut E, Aytemir K, Kabakci G, Ariogul S, Oto A. Novel cardiovascular risk factors in the elderly and their correlation with the Framingham risk score. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2008 Jul; 9(7):683-7.
 23. Gómez Padrón MV, Rodríguez Ilisástigui CS, Herrera Torres ML, Soto Matos J, Hernández Aragonés JC. Evaluación del lipidograma, fibrinógeno y apolipoproteínas A-I y B en pacientes después de un infarto. *Rev Cubana Med* 2003; 42(3). [citado 18 Feb 2010] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_3_03/med053_03.htm
 24. Kullo IJ, Gau GT, Tajik AJ. Novel risk factors for atherosclerosis. *Mayo Clin Proc.* 2006;75 (4):69-80.
 25. Li JZ, Chen ML, Wang S, Dong J, Zeng P, Hou LW: A long-term follow-up study of serum lipid levels and coronary heart disease in the elderly. *Chin Med J (Engl).* 2007;117(2):163-7.
 26. Domenech Lira R. Precondicionamiento del miocardio. *Rev. chil. Cardiol* 2007;20(4):393-400.
 27. Valencia A. La isquemia miocárdica silenciosa en el periodo Postoperatorio. *Rev. colomb. Anestesiol* 2010; 29(3):189-194.
 28. Rivera M, Contreras F, Parte de la M, Zambrano I, Barreto N, Terán L, Velasco M. Valor diagnóstico y pronóstico de la inmunoglobulina E en la cardiopatía isquémica aguda. *Rev. Fac. Med. (Caracas)* 2006; 23(2):107-112.
 29. Hellstrom HR. Can the premises of the spasm of resistance vessel concept permit improvement in the treatment and prevention of ischemic heart disease? *Med Hypotheses* 2008; 60(1):36-51.
 30. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
 31. Rivera Arellano JJ, de La Llata Romero M. Enfermedad arterial coronaria y diabetes mellitus. *Rev. méd. IMSS* 2008; 38(1):17-22.
 32. Peñalver Hernández E, Dueñas Herrera A, Dieste Sánchez W, Nordet Cardona P. Influencia de los factores de riesgo coronario en la incidencia de cardiopatía isquémica. *Rev. cuba. med. gen. Integr* 1999.;15(4):368-371.
 33. Agramontes Pereira S, Gutiérrez Aguilera O, Cordovés Sagás R, González Polledo U. Influencia del ejercicio físico sobre algunos factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. *Rev. cuba. invest. Biomed* 2008;17(3):214-226.

34. Ramos González-Serna A, Vázquez Santiago S, Mateos García D, De la Fuente Ginés M, Santos Vélez S. Influencia del ejercicio físico continuado en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población de Sevilla. *Enfermería en Cardiología.* 2006; 13: 37-40. [citado 3 Mar 2010]. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3705.pdf>
35. Díaz Fernández IE. Evaluación nutricional antropométrica en ancianos. Comportamiento en la cardiopatía isquémica. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2006.
36. Garza RI. Estrés de la vida y su relación con el consumo de alcohol y drogas médica en adultos mayores [Tesis de maestría]. Monterrey (N.L): Universidad Autónoma de Nuevo León, México; 2008.
37. Alonso Castillo BA, Palucci Marziale MH, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de monterrey, México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008 Aug; 16(special)
38. Campo-Arias A, Barros-Bermúdez JA, Rueda-Jaimes GE. Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. *Rev. Colomb. Psiquiat.,* 2009; 38(2): 294-303.
39. Moore AA, Seeman T, Morgenstern H, Beck JC, Reuben DB. Are there differences between older persons who screen positive on the CAGE questionnaire and the Short Michigan Alcoholism Screening test-geriatric version? *J Am Geriatr Soc* 2009;50:858-862.
40. Fingerhood M. Substance abuse in older people. *J Am Geriatr Soc* 2009;48:985-995.
41. Gómez Nario O, Fernández-Britto Rodríguez JE, Núñez García M, Meneau Peña TX, Ferrer Arocha M, Mígueles Nodarse R, Cabale Vilariño B. Factores de riesgo aterogénico en una población de adultos mayores. *Rev Cubana Enfermer* 2006;21(3).
42. García Barreto, David et al. La hipertensión arterial: ¿factor de riesgo o un signo más del síndrome aterotrombótico? *Rev cubana med,* 2006 Jun; 45(2):0-0.
43. Groning Roque E, García Barreto D, Hernández Cañero A, Amoedo Mons M, Mateo de Acosta O. La hipertensión arterial: ¿factor de riesgo o un signo más del síndrome aterotrombótico?. *Rev cubana med [revista en la Internet].* 2006 Jun [citado 1 Abr 2010]; 45(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72062008&lng=es.
44. Gómez Nario O, Fernández-Britto Rodríguez JE, Núñez García M, Meneau Peña TX, Ferrer Arocha M, Mígueles Nodarse R, Cabale Vilariño B. Factores de riesgo aterogénico en una población de adultos mayores. *Rev Cubana Enfermer* 2006;21(3).
45. Llibre Guerra JC; Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr;* 2008 oct.-dic.; 24(4):21-28.
46. Ferrer Herrera I, Rivero Varona JC, Sardiñas Montes de Oca O, Hernández Cisneros F, Ferrer Tan I, Oliva García N. Calidad de la atención dispensarial a la cardiopatía isquémica. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2006; 17(5):20-31.
47. Claver E, Curós A, López-Ayerbe J, Serra J, Mauri J, Fernández-Nofrerías E, Rodríguez-Leor O, Bernal E, Valle V. Variables clínicas predictoras de enfermedad del tronco común en pacientes de alto riesgo con un primer episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento S *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(8):794-800.
48. Moreno Maura P, Reyes Balseiro SE, Rondon Martínez E, Rodríguez López A. Cardiopatía isquémica. Factores de riesgo coronario. *Archivo Médico de Camagüey* 2006;4(3)
49. De Armas L, Argote de la Cruz W. Cardiopatía Isquémica: Factores de riesgo. Dirección Provincial de Información Científica Matanzas (2009) Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey.
50. Groning Roque E, García Fernández R, García Barreto D. Control ambulatorio de la presión arterial en pacientes blancos y negros con cardiopatía isquémica asociada. *Rev cubana med,* 2009 Dic; 48(4):193-203.
51. Ruiz Durante MP. Predictores de mortalidad por cardiopatía isquémica en un hospital de Asturias. *emergencias* 2006;18:202-206.
52. Groning Roque E, García Fernández R, García Pérez-Velazco J, Concepción Milián A, García Barreto D. Caracterización de un grupo de hipertensos mayores de 50 años con cardiopatía isquémica asociada. *Rev Cubana Med [revista electrónica].* 2006 Dic [citado 20 Mar 2010]; 43(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0-75232406&lng=es
53. Román A, Badilla S, Valenzuela C, Cumsille G, Rodríguez S. Perfil del hipertenso adulto mayor tratado. *Rev Méd Chile* 2006; 130: 616-622.
54. Kaplan NM. *Hypertension in the elderly.* M Dunitz Ed. London. 2009.
55. Trenkwalder T, Ruland D, Stender M. Prevalencia, consciencia, tratamiento y control de la HTA en una población de edad superior a los 65 años: resultados del estudio de Stamberg sobre epidemiología del parkinsonismo y de la HTA en el anciano (STEPHY). *J Hipertens* 2007; 1: 405-412.
56. Burt LV, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D, Whelton P et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adults US population. *Hypertension* 2006; 26:60-69.

57. ECEHA. Estudio Cooperativo Español de Hipertensión Arterial en el Anciano. Primera Fase-prevalencia y características de la hipertensión arterial en el anciano en España. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Liga Española para la Lucha contra la HTA. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Pharma Consult Services, S.A. Edipharma, 2006.
58. Gabriel Sánchez R, Alonso Arroyo M, Bermejo Pareja F, Muñiz García J, López Rodríguez I, Suárez Fernández C et al. Proyecto EPICARDIAN: estudio epidemiológico sobre enfermedades y factores de riesgo cardiovasculares en ancianos españoles. Diseño, método y resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006; 31: 327- 334.,
59. Weiss A, Boaz M, Beloosesky Y, Kornowski R, Grossman E. Body mass index and risk of all-cause and cardiovascular mortality in hospitalized elderly patients with diabetes mellitus. *Diabet Med*. 2009 Mar;26(3):253-9.
60. Brenes-Camacho G, Rosero-Bixby L. Diabetes mellitus en adultos mayores costarricenses. *Rev. Pobl y Salud en Mesoamerica*, 2007; 5(1). Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/> (consultado 13 marzo 2010).
61. Morales A, Pozo C, Quilodrán J, Moglia S, Kaempffer A. Perfil sociodemográfico y de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos de un consultorio urbano SSMN, 2004. *Rev Chil Salud Pública* 2006; Vol 10 (3): 130-138.
62. Manzarbeitia J, Guillén F. Revisiones y actualizaciones en geriatría. Diabetes mellitus en el anciano. *Medicine*. 2008;8(109):5834-40.
63. Halil M, Yavuz B, Yavuz BB, Cankurtaran M, Dede DS, Ulger Z, Barak A, Karabulut E, Aytemir K, Kabakci G, Ariogul S, Oto A. Novel cardiovascular risk factors in the elderly and their correlation with the Framingham risk score. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2008 Jul;9(7):683-7.
64. López Pérez JE, Villar Novell AL. Dislipidemia en personas mayores de 60 años. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006;21(3-4)
65. Palomo I, Torres G, Alarcón M, Maragaño P, Leiva E, Mujica V. Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población de la región centrosur de Chile. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59:1100-6.
66. Mozaffarian D, Kamineni A, Carnethon M, Djoussé L, Mukamal KJ, Siscovick D. Lifestyle risk factors in older adults: the cardiovascular health study. *Arch Intern Med*. 2009 Apr 27; 169(8):798-807.
67. National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). USA. 2008.
68. Palomo G, Gloria Icaza N, Verónica Mujica E, Loreto Núñez F, Elba Leiva M, Marcela Vásquez R, Marcelo Alarcón L, Emilio Moyano D. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta de Talca, Chile, 2005. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 904-912
69. Fernández Díaz IE, Martínez Fuentes AJ, García Bertrand J, Díaz Sánchez ME Xiqués Martín X. Evaluación nutricional antropométrica en ancianos. Comportamiento en la cardiopatía isquémica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006 jul.-ago.; 20(4): 12-19.
70. Hernández Henry D, Soria M. Factores de riesgo de la Cardiopatía Isquémica en el Policlínico Comunitario Docente Tula Aguilera Período 2002-2005. TTR Facultad Enrique Cabrera. 2007.
71. World Health Organization. Managing the global epidemic of obesity. Geneva: WHO, 2007.
72. Schulte H, Cullen P, Assmann G. Obesity mortality and cardiovascular disease in the Munster Herat Study (PROCAM). *Atherosclerosis* 2009;144:199-209.
73. Rodríguez-Ojea Menéndez A, Báez RM, Fariñas Rodríguez L. Antropometría recumbente en personas ancianas. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2008 abr.-jun; 24(2):46-57.
74. Tanaka H. Habitual exercise for the elderly. *Fam Community Health*. 2009 Jan-Mar;32(1 Suppl):S57-65.
75. Moreno González A. Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2006; 5(19):222-237. Disponible en: http://cdeporte.rediris.es/revista/revista20/artvejez_16.htm
76. Aztarain Diez FJ, Luis Beolegui MR. Setenta minutos a la semana para la salud. *Arch Med* 2010; 41(11):49-54.
77. Hagan RD. Benefits of aerobic conditioning and diet for overweight. *Sport Med* 2009; 11(3):143-82.
78. Moreno Martinez FL, Escobar Blanco A, López F, Alegret Rodríguez M, López Bernal Oj. Factores de riesgo coronario y riesgo cardiovascular en personas adultas de un área de salud de Rancho Veloz, Cuba. *Clin invest arterioescl*. 2008; 20(4) 151-61.
79. Palomo I, Torres G, Alarcón M, Maragaño P, Leiva E, Mujica V. Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población de estudiantes universitarios de la región centrosur de Chile. *Rev Esp Cardiol*. 2007;59:1100-6.
80. Corbalán R. ¿Qué podemos hacer para modificar los factores de riesgo coronario? *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(11):1089-92.
81. Pérez Valdés N, Cabrales Escobar JA, Ulloa Ramos MM. Hábito de fumar en la población mayor de 15 años del Policlínico Norte de Sancti Spiritus. *Rev cuba med gen integr* 1998; 14 (2): 127-34.
82. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Reducing the health consequences of smoking. 25 years of progress. A

- report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office; 2008. p. 59.
83. Ordóñez P, Espinosa A. Marcadores múltiples de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. Instituto Superior de Ciencias Médicas. La Habana, 1998) (Cruz García M. Estado actual de la dispensarización de la HTA en el Policlínico "Héroes del Moncada"; 1998.
84. Calvo González A, Fernández Machín LM, Guerrero Guerrero L, González García VM, Ruibal León AJ, Hernández Iglesias M. Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2010 Abr 01]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252404&lng=es.
85. Sansa S, Fitzgerald A, Royo D, Conroy R, Gram. I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60(5):476-85.
86. Madrazo Ríos R, Madrazo Macha PA. Actuales factores de riesgo aterogénico en la génesis de la cardiopatía isquémica: problemática epidemiológica mundial. *Rev Cubana Invest Bioméd* 2006 abr.-jun; 24(2) Ciudad de la Habana.
87. Alonso Castillo BA, Palucci Marziale MH, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008 Aug; 16(special).
88. López Castillo JM, Ríos Oropesa AG. Comportamiento de la Cardiopatía Isquémica en mujeres menores de 55 años. TTR. Facultad Enrique Cabrera. Cuba. 2006.
89. López-Ibor-Aliño J, Valdés-Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 5a. ed. Madrid: Masson, 2006:45-50.
90. Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 4:S467-S474.
99. Unverzagt FW, Gao S, Baiyewu. Prevalence of cognitive impairment: data from the Indianapolis study of health and aging. *Neurology* 2007; 57:123-127.
100. Rigler SK. Alcoholism in the elderly. *Am Fam Physician* 2008; 61:1710-1716.
101. Orgogozo JM, Dartigues JF, Lafont S, et al. Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective community study in the Bordeaux area. *Rev Neurol* 2007; 153:185-192.
102. Cervilla JA, Prince M, Mann A. Smoking, drinking and incident cognitive impairment: a cohort community included in the Gospel Oak project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 68:622-626.
103. Ott A, Andersen K, Dewey ME, Letenneur L, Brayne C, Copeland JR, et al. Effect of smoking on global cognitive function in nondemented elderly. *Neurology* 2007; 62:920-924.