

Calidad y estilos de vida de pacientes con enfermedad coronaria sometidos a cateterismo cardiaco

Quality and style of life of patients with coronary heart disease undergoing cardiac catheterization

Julio César Cadena-Estrada¹

¹Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Departamento de Investigación en Enfermería, Ciudad de México, México

Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación de Enfermería: DIE/CE/06/2015

Palabras clave:

Calidad de vida
Enfermería cardiovascular
Enfermedad crónica
Prevención secundaria

Keywords:

Quality of life
Cardiovascular nursing
Chronic disease
Secondary prevention

Correspondencia:

Julio César Cadena-Estrada
Correo electrónico:
jccadena_81@yahoo.com.mx
cadjul@cardiologia.org.mx
Fecha de recepción:
31/03/2016
Fecha de dictamen:
08/07/2016
Fecha de aceptación:
14/10/2016

Resumen

Introducción: la enfermedad coronaria ha mostrado un efecto sobre la calidad de vida de los pacientes y la familia, ya que después de un cateterismo cardiaco los pacientes deben modificar sus prácticas y creencias en los estilos de vida para limitar la recidiva de la enfermedad crónica.

Objetivo: describir las dimensiones de calidad de vida y prácticas y creencias en los estilos de vida de los pacientes con enfermedad coronaria posterior a cateterismo cardiaco.

Metodología: estudio transversal con una muestra no probabilística de 32 pacientes adultos de ambos sexos, sometidos a cateterismo cardiaco. Los datos se recolectaron con escalas de calidad de vida y prácticas y creencias en los estilos de vida. Una $p < 0.05$ indicó significación estadística.

Resultados: el 78.1% eran hombres con 58 ± 10 años de edad, 75% con educación básica, el 59.4% con más de 2 vasos afectados, 21.9% con alto riesgo cardiovascular; 65.5% con calidad de vida regular y 96.9% tenía nivel bajo en prácticas y creencias. Las prácticas y creencias se asocian con la escolaridad ($r_s = 0.585$, $p = 0.000$); quienes viven en provincia tienen mejor calidad de vida que quien vive en zona urbana ($Z = -2.031$, $p = 0.042$), pero en ambos grupos las prácticas y creencias son iguales ($Z = -0.536$, $p = 0.592$).

Conclusiones: los pacientes con enfermedad coronaria de ambos sexos que son sometidos por primera vez a cateterismo cardiaco tienen una calidad de vida regular. Las personas con mayor nivel académico presentan mejores prácticas y creencias en los estilos de vida.

Abstract

Introduction: Coronary artery disease (CAD) has an impact on the quality of life of patients and their family, given that after undergoing cardiac catheterization, patients must modify their practices and lifestyle beliefs in order to prevent the relapse of this disease.

Objective: To describe the dimensions of quality of life, practices and lifestyle beliefs of patients with CAD after cardiac catheterization.

Methods: Cross-sectional study with a non-probability sampling that included 32 adult patients (male and female) undergoing cardiac catheterization. Data were collected with scales for assessing quality of life, behaviour and lifestyle beliefs. The analysis was performed using parametric and non-parametric statistics. There was statistical significance with a p value of < 0.05 .

Results: 78.1% were men with 58 ± 10 years, 75% had basic education, 59.4% had more than two affected vessels, 21.9% showed higher cardiovascular risk; 65.5% presented regular quality of life, and 96.9% had a low-level concerning practices and beliefs. Practices and beliefs were associated with schooling ($r_s = 0.585$, $p = 0.000$); patients from outside Mexico City and its municipal openings have better quality of life than those who live in that area ($Z = 2.031$, $p = 0.042$); however, practices and beliefs are equal in both ($Z = -0.536$, $p = 0.592$).

Conclusions: Male and female patients with CAD undergoing a first cardiac catheterization have regular life quality. People with higher levels of education have better practices and lifestyle beliefs.

Introducción

El panorama internacional en salud, observado a través del comportamiento de diversos indicadores, ha mostrado en la última década del siglo XX y en los años transcurridos del actual a las enfermedades crónico-degenerativas como la principal causa de morbilidad y mortalidad general, así como el resurgimiento de otras que se encontraban controladas y la aparición de nuevas. Tal es el caso de la enfermedad cardiovascular, que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa una de las primeras causas de muerte en el mundo.^{1,2}

Los países latinoamericanos no están exentos de este problema de salud; por ejemplo, México se enfrenta a padecimientos crónicos que son característicos de países industrializados, como las enfermedades isquémicas del corazón. De acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del año 2014, las enfermedades isquémicas del corazón han sido responsables de 82 334 muertes, con lo cual se han colocado como la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres.³

Una cardiopatía isquémica, referida como la enfermedad producida por aterosclerosis, tiene su origen tanto en los factores de riesgo cardiovascular modificables como en los no modificables, mismos que están estrechamente relacionados con los estilos de vida no saludables; por lo tanto, la combinación de una dieta poco saludable, no realizar actividad física, fumar y consumir alcohol tienen un efecto sinérgico que propicia una mayor incidencia de enfermedades crónicas.

En este mismo orden de ideas, el estilo de vida es comprendido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona o como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza; por lo tanto, incluyen prácticas y creencias de estilos de vida.

Cuando se manifiesta por primera vez la enfermedad coronaria, trae consigo emociones, como la incertidumbre ante el pronóstico y el riesgo de muerte; sin embargo, gracias a los avances científicos y tecnológicos en salud, los pacientes pueden ser sometidos a procedimientos invasivos como el cateterismo cardíaco con fines diagnósticos o terapéuticos. No obstante, la enfermedad coronaria ha mostrado que tiene un efecto deletéreo sobre la calidad de vida del individuo que la padece, pues causa un deterioro

de la función social, física y psicológica de los pacientes afectados y de la familia en su conjunto. Debido a los avances que ha habido en las ciencias de la salud, en las últimas décadas se ha tenido un considerable aumento en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad coronaria; sin embargo, esto solo aumenta la cantidad de años que viven las personas, con lo cual en ocasiones se descuida y se sesga la calidad de los años vividos, es decir, la calidad de vida de los pacientes.

El término calidad de vida empezó a utilizarse en los países occidentales a partir de los años cincuenta y adquirió una connotación semántica a partir de la década de los setenta; actualmente la OMS la define como:

Las percepciones del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive y relacionadas con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones; por lo que deben valorarse tanto el estado objetivo de la salud, la funcionalidad y la interacción del individuo con su medio como los aspectos más subjetivos que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud.⁴

Por otra parte, la calidad de vida relacionada con la salud se ha definido como “el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada”,⁵ es decir, permite conocer la apreciación subjetiva del individuo en relación con su propia salud y no solo cuánto le queda por vivir. Por lo tanto, para este estudio la calidad de vida relacionada con la salud constituye una importante variable de medida subjetiva del impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen sobre la vida de la persona, teniendo en consideración, además, que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional, desde la percepción del paciente, y que cambia con el tiempo.⁶

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCar), se ha observado que los pacientes con enfermedad coronaria son cada vez más jóvenes, en edad productiva y reproductiva, que además de jugar un papel de paciente, también tienen el rol de padre, hijo y hermano, que en la mayoría de los casos son jefes de familia, por lo que, al presentarse la enfermedad, se ve afectada su calidad de vida, su estilo de vida y su rol social.

Por otra parte, cuando han sido sometidos a cateterismo cardíaco terapéutico, muchos de los pacientes debe-

rán ser reincorporados a su vida cotidiana y laboral, por lo que ellos consideran, en la mayoría de los casos, que con el tratamiento recibido volverán a tener una vida normal. Sin embargo, no en todos es así, ya que por sí misma la intervención no cura la enfermedad coronaria y todos los pacientes deberán modificar sus actividades laborales, alimenticias, la actividad física y los factores de riesgo cardiovascular, para disminuir el riesgo de la recidiva de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Estudios realizados por Li,⁷ Kahyağolu⁸ y Kim⁹ han descrito que la calidad de vida de las personas que debutan con enfermedad coronaria no es buena basalmente y puede disminuir con la edad, pero en las personas mayores sometidas a cateterismo cardíaco su estado físico mejora a los seis meses después de una intervención. En México, Martínez¹⁰ describió que los pacientes con cardiopatía presentan un nivel de riesgo cardiovascular alto-moderado y los hombres poseen una mayor calidad de vida, la cual es buena en aquellos que viven en la región central de la República Mexicana, seguida por la de los que viven en la Ciudad de México y el área conurbada, y finalmente por la de los que residen en la región del sur del país; inclusive, identificó que las personas con un mayor ingreso económico y con grado académico más alto tienen una mejor calidad de vida, pero los participantes que se encontraban desempleados la perciben más deteriorada.

Ante este panorama, el presente estudio tiene la finalidad de describir la calidad de vida y los estilos de vida (prácticas y creencias) que tienen los pacientes con enfermedad coronaria sometidos por primera vez a cateterismo cardíaco. La importancia de este trabajo radica en que el profesional de enfermería ha realizado pocos estudios en nuestro medio y al conocer cómo es la calidad de vida de este grupo de personas y sus estilos de vida (tanto sus prácticas como sus creencias) se podrán proponer y establecer intervenciones basadas en la evidencia como parte de la prevención secundaria a través de la educación para la salud, la concientización sobre la importancia de modificar conductas no saludables, la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el cuidado que el paciente debe llevar a cabo en su domicilio; por lo tanto, se pretende que con base en los resultados se fortalezca y amplíe el programa de educación para la salud a distancia, se establezcan diversas estrategias de atención especializada y enfermería comunitaria que garanticen y contribuyan a mejorar los estilos de vida y de manera indirecta la calidad de vida.

Metodología

Se realizó un estudio no experimental, observacional y transversal sobre la calidad de vida y los estilos de vida (prácticas y creencias) que tienen los pacientes adultos que son diagnosticados y tratados por primera vez con enfermedad coronaria. Para fines de este estudio se ha definido la *calidad de vida* como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada. También se define como los estilos de vida relacionados con el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, o como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza. Estos estilos de vida incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y prácticas de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Dichos estilos están determinados por las creencias y las prácticas; ambos están constituidos por los indicadores de condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño.

De una población de 878 pacientes atendidos en el servicio de Hemodinámica, 309 fueron sometidos a cateterismo cardíaco diagnóstico o terapéutico y a 70 de estos se les realizaron 70 estudios con angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACPT); de estos se obtuvo una muestra no probabilística seleccionada por conveniencia ($n = 32$), la cual incluyó a pacientes adultos de ambos sexos sometidos por primera vez a cateterismo cardíaco con ACPT por presentar enfermedad coronaria, sin enfermedades agregadas, como la valvulopatía o trastornos del ritmo; dichos pacientes eran de la Ciudad de México y el área conurbada (Estado de México, Hidalgo y Puebla) y acudieron al servicio de Hemodinámica por medio de la consulta externa del INCar; todos fueron orientados y desearon participar libre y voluntariamente en el estudio. Se eliminaron los instrumentos no contestados al 100% o los datos bioquímicos y antropométricos incompletos.

Los datos fueron recolectados por el investigador a través de un instrumento organizado en cuatro apartados, el primero para datos sociodemográficos: sexo, escolaridad, residencia, red de apoyo social y ocupación.

El segundo contiene la Escala de Calidad de Vida para Pacientes con Cardiopatía elaborada por Martínez¹⁰ y validada en este estudio con un índice de alfa de Cronbach de 0.850, mismo que está constituido por seis dimensiones: estado de salud física; bienestar emocional y social; control personal y situación laboral; actividad sexual y autonomía; calidad de relaciones interpersonales y estado de ánimo; y salud psicológica, con una escala de respuestas dicotómica donde no = 0 y sí = 1, así como una escala de tipo Likert, en la que 1 correspondía a “mucho menos que antes” y 4 a “no o mejor que antes”; el puntaje total es de 0-80 y los puntos de corte para determinar la calidad de vida son: 66-80 = muy buena, 49-65 = buena, 33-48 = regular, 17-32 = mala y de 0-16 = muy mala.

En el tercer apartado se ubica el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida, elaborado por Arrivillaga *et al.*¹¹ y validado en este estudio con un alfa de Cronbach de 0.865. Este cuestionario contiene las dimensiones de prácticas y creencias y ambas están constituidas por los indicadores de condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño; asimismo, el cuestionario incluye una escala de respuesta tipo Likert, en la que 0 corresponde a nunca y 3 es totalmente de acuerdo. El puntaje total es de 0-348 con los puntos de corte siguientes: muy bajo = 0-87, bajo = 88-174, alto = 175-261 y muy alto = 262-348 puntos. Finalmente, y con base en las normas oficiales mexicanas, el cuarto apartado está compuesto por los datos relacionados con las características de la enfermedad coronaria y los factores de riesgo cardiovascular que padecía el paciente, como el dolor a través de la Escala Visual Análoga (EVA),¹² signos y síntomas, la clase funcional según la New York Heart Association (NYHA),¹³ el número de *stents*, si hay diabetes mellitus (DM),¹⁴ hipertensión arterial sistémica (HAS),¹⁵ dislipidemia,¹⁶ y sobrepeso u obesidad.¹⁷

Con la finalidad de limitar el sesgo en la recolección de datos, se estandarizó el procedimiento:

- De lunes a viernes se procedió a revisar la programación de pacientes candidatos a cateterismo cardiaco (un día previo) procedentes de la consulta externa.
- El día del estudio se procedió a seleccionar a los posibles participantes y aquellos que cumplieron con los criterios de selección fueron visitados 24 horas después de que se les hizo el cateterismo en su unidad

para invitarlos a participar en el estudio y firmar un consentimiento informado.

- Se procedió a orientar a los participantes seleccionados acerca de la manera como debían contestar el instrumento, para lo cual se les dio el tiempo suficiente, mientras se recolectaban sus datos bioquímicos del expediente.
- Una vez contestado el instrumento se procedió a resolver dudas del paciente y su familia y se les proporcionó educación para la salud, además de que se les agradeció su participación.

El análisis de los datos se realizó con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 17, por medio de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y de tendencia central para las cuantitativas; asimismo, se determinó la asociación que existe entre el número de factores de riesgo cardiovascular con la calidad de vida y los estilos de vida de los pacientes sometidos a cateterismo cardiaco con pruebas paramétricas o no paramétricas de acuerdo con la distribución de los datos. La significación estadística tuvo un valor de $p < 0.05$.

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud,¹⁸ el presente estudio se cataloga como investigación sin riesgo; se respetaron los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia de los participantes en la investigación, puesto que se les dio la libertad de expresar su aceptación o rechazo de participación; y los datos obtenidos se recolectaron una vez que el paciente participante leyó y entendió los alcances de la investigación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, firmando un consentimiento informado. El investigador principal se comprometió a mantener los datos recolectados bajo resguardo y confidencialidad, dado que se apegó a lo establecido en la normatividad ético legal.^{19,20}

Resultados

De acuerdo con las características sociodemográficas del total de la población de estudio, predominó el sexo masculino (78.1%), con un rango de edad entre 23 y 77 años y un promedio de 58.03 ± 10.47 años; 75% tenía un nivel de educación básica; 68.8% vivía en el área conurbada; 68.8% contaba con una pareja y 81.2% vivía con ella o con los hijos; 34.4% era obrero, técnico o artesano, y 78.1% recibía un sueldo de menos de 5000 pesos.

La enfermedad coronaria se manifestó con dolor precordial (62.5%), durante el esfuerzo (46.9%) o reposo (12.5%). Cabe mencionar que por arriba del cuartil 75 fue de un nivel 6 de acuerdo con la EVA; asimismo, presentó disnea el 43.8% y fatiga el 21.9%. El tiempo que llevaba el paciente desde el inicio de la sintomatología de la enfermedad hasta su diagnóstico y tratamiento por cateterismo cardiaco fue de 21.7 ± 18.3 meses (12-60 meses); 50% de la población tenía afectadas dos arterias coronarias y aquellos que estaban por arriba del cuartil 75 requirieron más de dos *stents*.

Al ingreso del paciente, el 87.6% tenía una clase funcional I de acuerdo con la NYHA y un nivel de riesgo cardiovascular alto (21.9%) o medio (62.5%). Con relación a los factores de riesgo cardiovascular, 46.9% refirió tener DM tipo 2 e hipertensión arterial sistémica y 21.9% solo DM; sin embargo, después de la valoración cardiovascular y con base en las normas oficiales mexicanas se encontró que 21.9% tenía sobrepeso y 12.5%, obesidad; 34.4% tuvo presión arterial sistólica óptima, 46.9% presión fronteriza 1 y 2; 18.7% hipertensión estadio 1 y 3; 20% presión arterial diastólica óptima; 25% fronteriza 1 y 2; 12.5% hipertensión estadios 1 y 3; 31.3% prediabetes, y 25% DM tipo 2.

Con relación a la calidad de vida del total de la población, el 65.6% la percibió como regular y 28.1% como buena, pero 3.1% dijo que era mala. No obstante, la calidad de vida no se correlaciona con las prácticas y creencias de estilos de vida ($r = 0.114$, $p = 0.533$), la edad ($r = 0.030$, $p = 0.873$), el tiempo que lleva el paciente con la enfermedad ($r = -0.108$, $p = 0.557$), el número de vasos coronarios afectados ($r = -0.109$, $p = 0.552$), la escolaridad ($r_s = 0.123$, $p = 0.502$), el nivel de ingresos

económicos ($r_s = -0.118$, $p = 0.519$), la clase funcional de acuerdo a la AHA ($r_s = -0.012$, $p = 0.947$) o el nivel de riesgo cardiovascular ($r_s = 0.322$, $p = 0.072$).

La calidad de vida entre hombres y mujeres fue semejante ($Z = -1.006$, $p = 0.314$); sin embargo, por dimensiones, se observó que las mujeres tienen una mejor percepción con relación a la actividad sexual y la autonomía ($Z = -2.158$, $p = 0.031$). En relación con el lugar de procedencia, quienes viven en provincia perciben una mejor calidad de vida que quienes radican en la zona conurbada ($Z = -2.031$, $p = 0.042$), inclusive refieren que tienen una mejor salud psicológica ($Z = -2.028$, $p = 0.043$). Por otra parte, quienes tienen un nivel académico básico o de medio superior a superior tienen la misma percepción sobre su calidad de vida ($Z = -1.004$, $p = 0.315$) (cuadro I).

En cuanto a las prácticas y creencias de estilos de vida, en la *condición, actividad física y deporte*, es importante mencionar que los pacientes con enfermedad coronaria creen que la actividad física mejora su salud (68.8%), su estado de ánimo y evita algunas enfermedades (50%); sin embargo, en la práctica no realizan ejercicio o lo hacen solo algunas veces (81.2%) y tampoco participan en programas supervisados de ejercicio (96.9%).

En la *recreación y el manejo del tiempo libre*, consideran que es importante compartir las actividades de recreación con la familia y los amigos (84.4%), pero solo el 12.5% camina, nada o monta una bicicleta, 15.2% incluye momentos de descanso en su rutina diaria y 56.3% nunca destina su tiempo libre a actividades académicas o laborales.

En el *autocuidado y el cuidado médico*, es importante destacar que frecuentemente o siempre los pacientes consideran que el descanso es importante para la salud (93.8%), cada persona es responsable de su salud (100%),

Cuadro I. Calidad de vida de los pacientes sometidos a cateterismo cardiaco de acuerdo con tres variables sociodemográficas ($n = 32$)

Dimensiones	Sexo		Procedencia		Nivel educativo	
	Mujer	Hombre	Ciudad de México y área conurbada	Provincia	Básico	Medio superior y superior
General de calidad de vida	48.71 $\pm$ 11.01	44.56 $\pm$ 8.42	41.27 $\pm$ 5.66	47.67 $\pm$ 9.76*	44.63 $\pm$ 9.60	48 $\pm$ 6.89
Estado de salud física, bienestar emocional y social	6.43 $\pm$ 2.30	5.92 $\pm$ 1.47	5.73 $\pm$ 1.49	6.19 $\pm$ 1.75	6 $\pm$ 1.72	6.13 $\pm$ 1.55
Control personal y situación laboral	6.14 $\pm$ 1.57	6.40 $\pm$ 1.63	6.09 $\pm$ 1.45	6.48 $\pm$ 1.69	6.17 $\pm$ 1.71	6.88 $\pm$ 1.13
Actividad sexual y autonomía	3.86 $\pm$ 1.35*	2.72 $\pm$ 0.89	2.64 $\pm$ 1.03	3.14 $\pm$ 1.11	2.92 $\pm$ 1.10	3.13 $\pm$ 1.13
Calidad de relaciones interpersonales y estado de ánimo	5.43 $\pm$ 0.53	4.76 $\pm$ 1.13	4.82 $\pm$ 1.08	4.95 $\pm$ 1.07	4.92 $\pm$ 1.02	4.88 $\pm$ 1.25
Salud psicológica	26.86 $\pm$ 6.62	24.76 $\pm$ 6.79	22 $\pm$ 4.52	26.90 $\pm$ 7.13*	24.63 $\pm$ 6.76	27 $\pm$ 6.63

Prueba U de Mann Whitney, * $p < 0.05$

es mejor prevenir que curar (87.5%), el estado de salud es una consecuencia de los hábitos de comportamiento y consideran que es difícil cambiar comportamientos no saludables (65.6%); esta percepción no se ve reflejada en sus prácticas, debido a que la mayoría de pacientes solo algunas veces chequea su presión arterial (78.2%) y realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año (71.9%), es decir, no cuidan su salud.

En la dimensión *hábitos alimenticios*, a veces o frecuentemente la mayoría de los pacientes consideran que cuanto más grasosa esté la comida es más sabrosa (71.9%), es importante el agua para la salud (93.8%), a veces las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo (50%), las dietas son lo mejor para bajar de peso (28.1%) y comer cerdo es dañino para la salud (46.9%); asimismo, refieren que en la práctica consumen entre cuatro y ocho vasos de agua (65.6%), añaden sal y azúcar a sus alimentos al momento de consumirlos (56.3%), ingieren más de cuatro gaseosas a la semana (18.8%), el 50% a veces incluye vegetales, frutas, granos enteros y fuentes de proteínas en su alimentación y solo el 40.6% consume pescado y pollo más que carnes rojas.

En la población de estudio se encontró que el 62.5% creía tener estilos de vida saludables, pero el 96.9% tenía un nivel de bajo a muy bajo en cuanto a la práctica de estilos de vida saludables; de manera general, al conjuntarse sus prácticas y creencias, estas fueron de un nivel bajo (96.9%) y se correlacionaron con el nivel educativo ($r_s = 0.585$, $p = 0.000$), siendo más fuerte en las prácticas ($r_s = 0.616$,

$p = 0.000$) que en las creencias ($r_s = 0.367$, $p = 0.039$); sin embargo, llama la atención que no existe relación con el nivel de ingresos económicos ($r_s = 0.020$, $p = 0.914$) y el riesgo cardiovascular ($r_s = -0.099$, $p = 0.588$).

Las creencias de estilos de vida saludable son semejantes entre hombres y mujeres, así como entre aquellos que viven en provincia y la Ciudad de México/el área conurbada ($p > 0.05$); sin embargo, se observó que las personas que tenían estudios de nivel medio superior y superior con mayor frecuencia creían que la actividad física y el deporte tienen beneficios para la salud ($Z = -3.407$, $p = 0.000$), pero el resto de las dimensiones son semejantes en ambos grupos (cuadro II).

Según el sexo, se encontró que hombres y mujeres tienen prácticas de estilos de vida saludables muy semejantes ($Z = -0.616$, $p = 0.538$), tanto de manera general como por cada dimensión ($p > 0.05$). Las personas que viven en la Ciudad de México y el área conurbada tienen más prácticas relacionadas con la actividad física y el deporte ($Z = -2.248$, $p = 0.025$) y prácticas de recreación y manejo del tiempo libre ($Z = -2.272$, $p = 0.023$) que aquellas que viven en provincia. En cuanto al nivel educativo, las personas que estudiaron el medio superior y superior tienen más prácticas de estilos de vida saludables tanto de manera general ($Z = -2.744$, $p = 0.006$) como en las dimensiones de condición, actividad física y deporte ($Z = -2.246$, $p = 0.025$), autocuidado y cuidado médico ($Z = -2.094$, $p = 0.037$) y hábitos alimenticios ($Z = -2.404$, $p = 0.016$) (cuadro III).

Cuadro II. Creencias de estilos de vida saludables de los pacientes sometidos a cateterismo cardiaco según tres variables sociodemográficas (n = 32)

Dimensiones	Sexo		Procedencia		Nivel educativo	
	Mujer	Hombre	Ciudad de México y área conurbada	Provincia	Básico	Medio superior y superior
General de creencias de estilos de vida saludable	63.14 ± 6.87	68.52 ± 12.22	64.64 ± 8.99	68.76 ± 12.44	65.67 ± 11.81	72.38 ± 8.88
Creencias sobre su condición, actividad física y deporte	8.29 ± 3.55	8.48 ± 3.11	9.55 ± 3.39	7.86 ± 2.94	7.38 ± 2.73	11.63 ± 2*
Creencias sobre recreación y manejo del tiempo libre	6 ± 1.83	6.52 ± 1.12	6.45 ± 0.82	6.38 ± 1.50	6.38 ± 1.24	6.50 ± 1.51
Creencias de autocuidado y cuidado médico	20.71 ± 4.42	22.12 ± 3.24	21.27 ± 3.10	22.10 ± 3.74	21.58 ± 3.35	22.50 ± 4.11
Creencias sobre hábitos alimenticios	9.29 ± 2.63	9.72 ± 2.76	8.73 ± 2.24	10.10 ± 2.84	9.42 ± 2.72	10.25 ± 2.71
Creencias sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	11.43 ± 5.74	13.28 ± 6.04	11.09 ± 4.83	13.81 ± 6.35	13.33 ± 5.79	11.50 ± 6.55
Creencias sobre el sueño	7.43 ± 3.78	8.40 ± 3.55	7.55 ± 3.62	8.52 ± 3.57	7.58 ± 3.53	10 ± 3.21

Prueba U de Mann Whitney, * $p < 0.05$

Cuadro III. Prácticas de estilos de vida saludables de los pacientes sometidos a cateterismo cardiaco de acuerdo con tres variables sociodemográficas (n = 32)

Dimensiones	Sexo		Procedencia		Nivel educativo	
	Mujer	Hombre	DF y área conurbada	Provincia	Básico	Medio superior y superior
General de prácticas de estilos de vida saludable	66.71 ± 11.87	64.52 ± 18.67	71.55 ± 19.66	61.57 ± 15.25	59.71 ± 13.64	80.88 ± 18.01
Prácticas de condición, actividad física y deporte	2.43 ± 1.72	4.04 ± 3.31	5.55 ± 3.96	2.71 ± 2.00	3.21 ± 3.24	5.13 ± 2.10
Prácticas de recreación y manejo del tiempo libre	5.43 ± 2.23	5.40 ± 4.16	7.82 ± 4.56	4.14 ± 2.65	4.79 ± 3.61	7.25 ± 3.96
Prácticas de autocuidado y cuidado médico	23.14 ± 9.04	18.44 ± 7.97	21.27 ± 8.32	18.52 ± 8.33	17.67 ± 8.04	24.88 ± 6.94
Prácticas sobre hábitos alimenticios	19.43 ± 4.58	18.16 ± 5.02	18.55 ± 5.52	18.38 ± 4.66	17.00 ± 3.87	22.75 ± 5.31
Prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	6.29 ± 3.86	7.80 ± 3.76	7.27 ± 4.82	7.57 ± 3.23	6.96 ± 3.74	9.00 ± 3.70
Prácticas de sueño	10 ± 3	10.68 ± 2.87	11.09 ± 3.75	10.24 ± 2.32	10.08 ± 2.21	11.88 ± 4.19

Discusión

De acuerdo con Martínez¹⁰ y Alonso,²¹ la mayoría de los pacientes al momento de presentar por primera vez la enfermedad coronaria, perciben su calidad de vida de regular a buena, dato que se asemeja a lo reportado en nuestro estudio; no obstante, esta percepción no se correlaciona con los datos demográficos, como el grado académico, el tiempo con la enfermedad y el número de vasos afectados. Estos resultados sugieren que las personas que debutan con enfermedad coronaria aún no muestran un deterioro de la calidad de vida al no verse afectado su rol social, su funcionalidad física, la salud psicológica y es de esperarse que las personas que viven en una zona conurbada o en las grandes ciudades estén sometidas a un mayor estrés, así como a factores ambientales y sociales que pueden afectar su calidad de vida.

Los datos del presente estudio muestran que tanto hombres como mujeres con enfermedad coronaria se perciben con una calidad de vida muy semejante, datos que difieren con lo reportado por Veenstra,²² Kim⁹ y Martínez,¹⁰ para quienes los hombres aparentemente mantienen una mejor calidad de vida. Aun así, llama la atención que las mujeres participantes en este estudio refirieron tener mejor actividad sexual y autonomía; esta diferencia se debe posiblemente al momento de la recolección de datos, ya que los participantes en este estudio son adultos maduros, productivos, con una clase funcional I y cuentan con una pareja como red de apoyo social, y, por lo tanto, aún pueden satisfacer sus necesidades humanas sin problemas, incluida la sexual; sin embargo, la gravedad

de la enfermedad y el número de vasos afectados tarde o temprano van a influir en el estado físico de la persona enferma, por lo que es fundamental que estos pacientes en compañía de su pareja o esposo(a) asistan a un programa de rehabilitación cardiaca que les permita acondicionar su organismo a la actividad física y hacer cambios de estilos de vida saludables. Para que esto tenga éxito, el profesional de salud puede apoyarse en un paciente que también presentó en el pasado un evento cardiovascular y ahora puede fungir como un modelo para fomentar un aprendizaje vicario, supuesto de la teoría cognoscitivo social, el cual ha demostrado su efectividad en la práctica después de ser retomado por Pender.²³⁻²⁵

Si bien en nuestro estudio tanto los hombres como las mujeres que viven en provincia o en las grandes ciudades creen tener estilos de vida saludables y los beneficios que traen consigo, en la práctica fue todo lo contrario. Esos datos se asemejan a lo reportado por Lizalde.²⁶

Por lo tanto, los resultados sugieren que las creencias son el ajuste de un modelo mental y tal es su importancia que afectan la conducta preventiva; por ejemplo, las creencias acerca de la historia familiar y la causa de enfermedad están vinculadas a las creencias acerca de la eficacia de opciones preventivas, inclusive algunas investigaciones^{27,28} han mostrado que las creencias varían entre las enfermedades y el género, pero poco se sabe acerca de la influencia cultural y la diversidad étnica.

De acuerdo con el modelo de promoción a la salud de Nola J. Pender, los factores de riesgo dependen de factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales,

lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción. Observar en las personas con enfermedad coronaria que existen creencias de estilos de vida y el beneficio que brindan puede favorecer en la modificación de conductas no saludables, ya que, según Pender y Bandura, en la medida en que el individuo se sienta motivado y perciba que tiene la capacidad de hacer cambios en sus estilos de vida, observará y sabrá de sus beneficios a corto plazo; por lo tanto, las personas se pueden comprometer a adoptar conductas saludables.^{21,23,24,29-32}

En nuestro estudio llama la atención que, a pesar de encontrarse prácticas nocivas de estilos de vida similares en ambos sexos, se observó una mayor puntuación en las dimensiones de *actividad física y deporte*, *manejo del tiempo libre* y *autocuidado y hábitos alimenticios* en quienes viven en la Ciudad de México y el área conurbada y en aquellos con un mejor nivel académico. Estos datos coinciden con lo reportado por Lizalde;²⁶ sin embargo, es de notar lo crítico de los malos estilos de vida, ya que, a pesar de saber los beneficios de hacer ejercicio, descansar, recrearse, cuidar su salud y prevenir enfermedades, consumir una dieta saludable y equilibrada de acuerdo con los requerimientos de cada persona, no se llevan a la práctica ni en el seno familiar ni en el entorno laboral.

Probablemente estas prácticas y creencias de estilos de vida que tiene el paciente con enfermedad coronaria se deban a la interacción de múltiples factores, uno de los cuales se relaciona con la conducta previa observada en el seno familiar, el aprendizaje vicario y por modelamiento; por lo tanto, son los principales medios de aprendizaje de conductas no saludables, ya que la persona desde niña va aprendiendo y modelando su conducta. Así, al ver que en casa se consumen alimentos ricos en grasa, son sedentarios por pasar largas horas sentados frente al televisor o realizar actividades que no producen un consumo de energía, no invierten en una alimentación lo más sana y equilibrada posible, no visitan al equipo de salud de forma preventiva, entre otras cuestiones, lo cual se convierte en un patrón de conducta que se repite en la adolescencia y en la adultez. Por otra parte, si se han observado pocas barreras y múltiples beneficios a corto plazo asociados con una motivación y la percepción de una autoeficacia, potencialmente la persona podrá tener altas creencias y prácticas de estilos de vida saludable. Por lo tanto, los factores biológicos, psicológicos y socioculturales pueden predecir la conducta y están marcados por la naturaleza de la meta planteada, tal y como lo refieren diversos autores.³³⁻³⁶

Si bien es importante saber que al inicio de la manifestación de la enfermedad coronaria las personas refirieron tener una buena calidad de vida y por lo menos tres o más factores de riesgo cardiovascular, producto de malos estilos de vida, toma mayor importancia el cuidado de enfermería basada en la evidencia, ya que el profesional de enfermería tiene la oportunidad de participar y aportar a la salud de las personas a través de la prevención secundaria, principalmente si desarrolla intervenciones educativas multidisciplinarias y transdisciplinarias, basado en supuestos teóricos y haciendo uso de las tecnologías de la información. Así, diversos estudios han descrito cómo un programa de intervención con materiales impresos y audiovisuales, o asesoramiento individual o colectivo, en su conjunto, logra reducir el riesgo de un reinfarto y modifica conductas no saludables; sin embargo, por lo menos deben durar de seis a 12 meses con un enfoque tanto teórico como práctico, con temas sobre estilos de vida saludables, un plan de ejercicio, apoyo psicológico, manejo del estrés y el tabaquismo, alimentación nutritiva y balanceada (dieta mediterránea, reducción de ingesta diaria sal-grasas-alcohol-tabaco y una mayor ingesta de verduras y frutas), medición periódica de la analítica sanguínea y somatometría y, lo más importante, reforzamiento y seguimiento con teleenfermería (de 1 a 6 años). Este tipo de programas son eficientes y eficaces en la modificación de conductas no saludables y mantienen los hábitos, creencias y prácticas saludables que han sido aprendidas durante la fase de intervención.³⁷⁻⁴⁶

Conclusiones

Con base en los resultados se puede concluir que los pacientes con enfermedad coronaria que son sometidos por primera vez a cateterismo cardíaco se perciben con una calidad de vida aparentemente regular, debido a que no se han visto afectados profundamente en su estado físico, social, emocional, laboral, sexual y psicológico; inclusive, al debutar la enfermedad no se observa una correlación directa con los estilos de vida (prácticas y creencias) a pesar de que estas no son saludables.

Por otra parte, los estilos de vida de las personas con enfermedad coronaria no son saludables y sus prácticas difieren de sus creencias. Esto se ve reflejado en su salud y a pesar de que conocen los beneficios que conlleva alimentarse sana y equilibradamente, hacer ejercicio físico, llevar un buen autocuidado de su salud, evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas, no las realizan. Por lo tanto,

esas prácticas requieren ser modificadas a través de una intervención multidisciplinaria e interdisciplinar; de lo contrario, existe la posibilidad de recidiva de la enfermedad y el desarrollo de múltiples complicaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente, ocasionar una sobrecarga para las instituciones de salud, o incrementar los costos de atención a la salud, entre otros.

Una limitación del estudio fue un muestreo a conveniencia que limita la generalización de los resultados. Para futuros estudios se recomienda realizar estudios de intervención, con base en los factores de riesgo más prevalentes, dirigidos a cambios de conductas y que contribuyan a la adopción de un estilo de vida saludable como estrategia de prevención secundaria.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Ginebra, Suiza: OMS; 2012. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/
2. Di Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Santiago, Chile: Naciones Unidas; 2011.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Causas de defunción. Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad. México: INEGI; 2014. [Última actualización: 26 de mayo de 2016]. [Consultado el 21 de julio de 2016]. Disponible en <http://goo.gl/0zZbyA>
4. [No authors listed]. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):551-8.
5. Barrantes M. Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Rev Med Hered*. 2010;21(3):118-27.
6. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada a la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:505-14.
7. Li R, Yan BP, Dong M, Zhang Q, Yip GW, Chan CP, et al. Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. *Int J Cardiol*. 2012 Feb 23;155(1):90-6. doi: 10.1016/j.ijcard.2010.09.050.
8. Kahyaoglu Süt H, Unsar S. Is EQ-5D a valid quality of life instrument in patients with acute coronary syndrome? *Anadolu Kardiyol Derg*. 2011 Mar;11(2):156-62. doi: 10.5152/akd.2011.037.
9. Kim MJ, Jeon DS, Gwon HC, Kim SJ, Chang K, Kim HS, et al. Health-related quality-of-life after percutaneous coronary intervention in patients with UA/NSTEMI and STEMI: the Korean multicenter registry. *J Korean Med Sci*. 2013 Jun;28(6):848-54. doi: 10.3346/jkms.2013.28.6.848.
10. Martínez-Lanz P, Silveyra-León G. Elaboración y Validación de una Escala de Calidad de Vida para pacientes con cardiopatía. *Rev Chil Neuropsicol*. 2010;5(2):102-12.
11. Arrivillaga-Quintero M, Salazar-Torres IC. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*. 2005;13(1):19-36.
12. Eniza-Noguez D. Valoración del dolor en el paciente adulto con afección cardiovascular. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011;19(1):34-40.
13. American Heart Association [Internet]. The American Heart Association; 2016. [Consultado el 29 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.heart.org/HEARTORG/>
14. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. México: Secretaría de Salud; publicada por el Diario Oficial de la Federación el 23 nov 2010. [Consultada el 9 de junio de 2014]. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. *Rev Mex Cardiol* 2011; 22 (3): 115-44.
16. Ortiz-Solis GR, Hernández-Hernández H. Resumen integrado. I. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias y Guía de Tratamiento Farmacológico de las Dislipidemias para el primer nivel de atención. *Rev Mex Cardiol*. 2013;24(S1):3-22.
17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. México: Secretaría de Salud; publicada el 4 de agosto de 2010. [Consultado el 9 de junio de 2014]. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010
18. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; publicada el 7 de febrero de 1984. [Consultada el 15 de enero de 2013]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
19. Ferrer-Colomer M, Pastor-García LM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después de cincuenta años? *Cuadernos de Bioética*. ene-mar 1999;IX(37):103-12. Disponible en <http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf>
20. Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: Secretaría de Salud; 2001.
21. Alonso-Sáens de Miera MJ, Balanza-Galindo S, Leal-Hernández M, Hernández-Menarguez F, García-Galbis Marín J, Abellán-Alemán J. Análisis de la calidad de vida y su relación con el riesgo cardiovascular en una población mediterránea con bajo riesgo. *Clin Invest Arterioscl*. 2009;21(6):268-72.
22. Veenstra M, Pettersen KI, Rollag A, Stavem K. Association of changes in health-related quality of life in coronary heart disease with coronary procedures and sociodemographic characteristics. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 Oct 4;2:56.
23. Bandura A. Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao, España: Desclée de Brouwer; 1999.
24. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977;84(2):191-215.
25. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías de enfermería. 6ta ed. España: Elsevier Science; 2007.
26. Lizalde-Hernández A, Marín-Laredo MM, Ruiz-Recéndiz MJ, Valenzuela-Gandarilla J, Álvarez-Huante CG, Anguiano-Morán AC. Prácticas y creencias sobre estilos de vida de estudiantes en nivel medio superior. *Parainfo digital [Internet]* 2013;7(19). [Consultado el 23 de febrero de 2014] Disponible en <http://www.index-f.com/para/n19/050d.php>

27. Wang C, O'Neill SM, Rothrock N, Gramling R, Sen A, Acheson LS, et al. Comparison of risk perceptions and beliefs across common chronic diseases. *Prev Med.* 2009 Feb;48(2):197-202. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.11.008.
 28. Qureshi N, Bethea J, Modell B, Brennan P, Papageorgiou A, Raeburn S, et al. Collecting genetic information in primary care: Evaluating a new family history tool. *Fam Pract.* 2005 Dec;22(6):663-9.
 29. Mellado-Sampedro MT, Pérez-Noriega E, Árcaga-Domínguez A, Soriano-Sotomayor MA, Arrijo-Morales G. Estilo de vida: Precursor de factores de riesgo cardiovascular en adultos sanos. *Rev Mex Enferm Cardiol.* 2011; 19(2): 56-61.
 30. Harooni J, Hassanzadeh A, Mostafavi F. Influencing factors on health promoting behavior among the elderly living in the community. *J Educ Health Promot.* 2014 May 5;3:40. doi: 10.4103/2277-9531.131921. eCollection 2014.
 31. Baker JR. Cultural influences on health-promoting behaviors of older African-American women. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2011 Dec;22(2):53-8.
 32. Cho SH, Choi M, Lee J, Cho H. [Relationship between expectations regarding aging and physical activity among middle aged adults in urban areas: based on the Pender's Health Promotion Model]. *J Korean Acad Nurs.* 2015 Feb;45(1):14-24. doi: 10.4040/jkan.2015.45.1.14.
 33. Claassen L, Henneman L, Janssens AC, Wijdenes-Pijl M, Qureshi N, Walter FM, et al. Using family history information to promote healthy lifestyles and prevent diseases; a discussion of the evidence. *BMC Public Health.* 2010 May 13; 10: 248. doi: 10.1186/1471-2458-10-248.
 34. Chapman CD, Benedict Ch, Brooks SJ, Schiöth HB. Lifestyle determinants of the drive to eat: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2012 Sep;96(3):492-7. doi: 10.3945/ajcn.112.039750. Disponible en <http://ajcn.nutrition.org/content/96/3/492.long>
 35. Koenen MA, Verheijden MW, Chinapaw MJ, Hopman-Rock M. Determinants of physical activity and exercise in healthy older adults: A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;28(8): 142. doi: 10.1186/1479-5868-8-142
 36. Srof BJ, Velsor-Friedrich B. Health promotion in adolescents: a review of Pender's health promotion model. *Nurs Sci Q.* 2006 Oct;19(4):366-73.
 37. Salazar CAA, Shamah LT, Escalante IEI, Jiménez AA. Validación de material educativo: estrategia sobre alimentación y actividad física en escuelas mexicanas. *Rev Esp Comun Salud.* 2012;3(2):96-109.
 38. De Waure Ch, Lauret GJ, Ricciardi W, Ferket B, Tejjink J, Spronk S, et al. Lifestyle Interventions in Patients with Coronary Heart Disease. A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 2013;45(2):207-16.
 39. Serrano M, Madoz E, Ezpeleta I, San Julian B, Amézqueta C, Pérez MJA et al. Abandono del tabaco y riesgo de nuevo infarto en pacientes coronarios: estudio de casos y controles anidado. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56(5):445-51.
 40. Crouch R, Wilson A, Newbury J. A systematic review of the effectiveness of primary health education or intervention programs in improving rural women's knowledge of heart disease risk factors and changing lifestyle behaviours. *Int J Evid Based Healthc.* Sep 2011;9(3):236-45.
 41. Rodríguez MC, Castaño SC, García OL, Recio RJ, Castaño SY, Gómez MMA. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. *Rev Esp Salud Publica.* 2009;83:441-52.
 42. Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodrigo MP, Kloppe P, Rodríguez AI et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria: estudio PREseAP. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64(1):13-20.
 43. Del Río MO, Maldonado VA, Carmena UO, Davalós JR, Garoz MB, Gutiérrez NA et al. Educación sanitaria a pacientes con cardiopatía isquémica. *Enfermería en Cardiología.* 2005;35(2):24-7.
 44. Rodríguez GMA, Massaro CMM, Martínez SLM, Rendón PGJ, Hernández LM, Herrera MI. Factores de riesgo de estilos de vida para enfermedad cardiovascular en estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana. *Medicina UPB.* 2006;25(1):61-70.
 45. Galicia ARM, Nájera GG, Morales NA, Villegas VMS. Promoción de Conductas Saludables en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2. *Desarrollo Cientif Enferm.* Sept. 2009;17(8):355-7.
 46. Eshah NF, Bond AE, Froelicher ES. The effects of a cardiovascular disease prevention program on knowledge and adoption of a heart healthy lifestyle in Jordanian working adults. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010 Dec;9(4):244-53. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.02.002.
-
- Cómo citar este artículo:**
 Cadena-Estrada JC. Calidad y estilos de vida de pacientes con enfermedad coronaria sometidos a cateterismo cardiaco. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2017;25(1):19-28.