

Pérez Blanco María Guadalupe, Salazar González Bertha Cecilia, Núñez Rocha Georgina Mayela, Gallegos Cabriales Esther C.

Calidad de vida y etapas de disposición al cambio en pacientes con enfermedad coronaria

Cien Salud UAdeC 2011; 2(3) : 18-23

Resumen

Introducción: El dolor opresivo de los padecimientos derivados de enfermedad coronaria (EC) afecta la calidad de vida (CV) de los pacientes.

Objetivo: Determinar la CV en pacientes con EC en función de las etapas de disposición al cambio para consumo de dieta baja en grasa y ejercicio físico.

Material y Métodos: Diseño transversal; se incluyeron 100 pacientes con diagnóstico de EC. Se aplicaron los cuestionarios de Angina de Seattle, consumo de grasas y práctica de ejercicio. El primero valora dimensiones del estado funcional y emocional respecto a enfermedades coronarias y el segundo, identifica etapas de cambio en relación al consumo de dieta baja en grasa y practica de ejercicio físico. Se aplicó estadística descriptiva, intervalos de confianza de 95% y ANOVA no paramétrico.

Resultados: Las medias de CV en relación a tratamiento medicamentoso y procedimiento de angioplastia fueron 76.61 ± 12.03 y 75.15 ± 16.02 , respectivamente. En etapa de cambio para consumo de dieta baja en grasa, más de la mitad de la población estudiada se encontraba en etapa de mantenimiento, seguida por precontemplación. La CV no reveló diferencias significativas por etapas de cambio hacia dieta baja en grasa $\chi^2 (3, n = 100) = 4.22, p = 239$; los pacientes en precontemplación tuvieron la calidad de vida 78.1 ± 15.8 más alta seguidos por mantenimiento 76.4 ± 10.6 . En disposición para realizar ejercicio físico, la proporción mayor 37.0% se localizó en precontemplación; la CV por etapas de cambio fue $\chi^2 (3, n = 100) = 11.644, p = .009$. La CV fue significativamente mejor en pacientes que se encontraban en etapa de mantenimiento para realizar ejercicio que aquellos en precontemplación.

Conclusiones: Las medias de CV por etapas de cambio hacia el consumo de dieta baja en grasa fueron similares en las etapas extremas mantenimiento y precontemplación, dato contrario a lo establecido por el Modelo de Etapas de Cambio; se requiere profundización de estas variables.

Palabras clave: Enfermedad coronaria, calidad de vida, etapas de cambio.

 Descarga PDF  Observación

Este artículo ha sido visitado 133 veces.

ARTÍCULO ORIGINAL

CALIDAD DE VIDA Y ETAPAS DE DISPOSICIÓN AL CAMBIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA

MCE. Pérez-Blanco María Guadalupe
Hospital Regional Monterrey, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Salazar González Bertha Cecilia, PhD

Secretaría de Investigación, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León
bsalazarg@uanl.mx

bceci195@hotmail.com

Dra. Núñez Rocha Georgina Mayela

Maestro de Tiempo Completo de la Facultad de Salud Pública y Nutrición

Gallegos Cabriaes Esther C., PhD

Secretaría de Doctorado, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN:

Introducción: El dolor opresivo de los padecimientos derivados de enfermedad coronaria (EC) afecta la calidad de vida (CV) de los pacientes.

Objetivo: Determinar la CV en pacientes con EC en función de las etapas de disposición al cambio para consumo de dieta baja en grasa y ejercicio físico.

Material y Métodos: Diseño transversal; se incluyeron 100 pacientes con diagnóstico de EC. Se aplicaron los cuestionarios de Angina de Seattle, consumo de grasas y práctica de ejercicio. El primero valora dimensiones del estado funcional y emocional respecto a enfermedades coronarias y el segundo, identifica etapas de cambio en relación al consumo de dieta baja en grasa y práctica de ejercicio físico. Se aplicó estadística descriptiva, intervalos de confianza de 95% y ANOVA no paramétrico.

Resultados: Las medias de CV en relación a tratamiento medicamentoso y procedimiento de angioplastia fueron 76.61 ± 12.03 y 75.15 ± 16.02 , respectivamente. En etapa de cambio para consumo de dieta baja en grasa, más de la mitad de la población estudiada se encontraba en etapa de mantenimiento, seguida por precontemplación. La CV no reveló diferencias significativas por etapas de cambio hacia dieta baja en grasa $\chi^2(3, n = 100) = 4.22, p = 239$; los pacientes en precontemplación tuvieron la calidad de vida 78.1 ± 15.8 más alta seguidos por mantenimiento 76.4 ± 10.6 . En disposición para realizar ejercicio físico, la proporción mayor 37,0% se localizó en precontemplación; la CV por etapas de cambio fue $\chi^2(3, n = 100) = 11.644, p = .009$. La CV fue significativamente mejor en pacientes que se encontraban en etapa de mantenimiento para realizar ejercicio que aquellos en precontemplación.

Conclusiones: Las medias de CV por etapas de cambio hacia el consumo de dieta baja en grasa fueron similares en las etapas extremas mantenimiento y precontemplación, dato contrario a lo establecido por el Modelo de Etapas de Cambio; se requiere profundización de estas variables.

Palabras clave: enfermedad coronaria, calidad de vida, etapas de cambio

ABSTRACT

Introduction: Oppressive chest pain of health problems related to coronary heart diseases affects patients' quality of life (QoL).

Objective: To determine the QoL of patients suffering from coronary heart disease as a function of stages of change to consumption of low fat diet and physical exercise.

Material and Methods: Cross sectional design, 100 patients with coronary heart disease were included. The Seattle Angina Questionnaire (SAQ), disposition to consume low-fat diet, and to practice exercise were applied. The first one (SAQ) assesses dimensions of functional and emotional states with respect to coronary diseases, the second one identifies the stages of change in relation to consumption of low-fat diet and to practice exercise. The descriptive statistics, 95% confidence intervals and non parametric ANOVA were applied.

Results: Means of QoL in relation to pharmacotherapy and coronary angioplasty were 76.61 ± 12.03 and 75.15 ± 16.02 , respectively. Over half of the population studied was in the maintenance stage of change for low-fat diet followed by precontemplation. QoL showed no significant differences by stages of change for low-fat diet $\chi^2(3, n = 100) = 4.22, p = 239$; patients in precontemplation stage showed the higher scores in QoL 78.1 ± 15.8 followed by those in maintenance stage 76.4 ± 10.6 . In stages of disposition to exercise the highest proportion 37% was for precontemplation stage. QoL by stages of change was $\chi^2(3, n = 100) = 11.644, p = .009$; patients in maintenance were significantly better than those who were in precontemplation.

Conclusions: Means of QoL by stages of change for low-fat consumption were similar for those who were in the extreme stages maintenance and precontemplation, finding that contradicts the Model of Stages of Change, further exploration is needed.

Keywords: coronary artery disease, quality of life, stages of change

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan una de las prime-

ras causas de morbilidad y mortalidad general en México. Cuando se desagrupan por causa única, la de mayor prevalencia es la enfermedad coronaria y se convierte en la segunda causa de mortalidad general, sólo debajo de la diabetes mellitus (DM) cuya mortalidad es originada principalmente por complicaciones cardiovasculares (Velásquez et al., 2007).

La enfermedad coronaria (EC) se caracteriza por la acumulación de depósitos de grasa en las células que revisten la pared de las arterias coronarias con la consecuente obstrucción y disminución del flujo sanguíneo al miocardio, lo que provoca dolor opresivo conocido como angina. Dependiendo de la severidad del daño se puede presentar como cardiopatía isquémica, angina de pecho o infarto agudo del miocardio. La disminución del flujo sanguíneo al miocardio y el dolor opresivo afectan la calidad de vida (CV) de los pacientes (Bernardo, Martínez, Castilo, Machín & Mamani, 2007).

En otro orden de ideas, la tecnología médica posibilita la prolongación de los años de vida de personas con EC avanzada mediante procedimientos quirúrgicos como la angioplastia que mejora la circulación sanguínea a ese nivel y consecuentemente la CV de los pacientes con cardiopatías (Marcuschamer, 2001). Es aconsejable que el procedimiento se acompañe de conductas saludables como evitar el consumo de alimentos ricos en grasas, tabaquismo y bebidas alcohólicas; controlar su peso y realizar ejercicio físico (González & Capote, 2004). En la práctica observamos que algunos pacientes presentan recaídas en parte por su estado clínico o bien por no adoptar conductas saludables; usualmente el médico formula recomendaciones generales poco precisas al paciente que se le ha practicado una angioplastia tales como orientación hacia el menor consumo de grasas y la práctica de ejercicio físico pero no explora aspectos del paciente que faciliten la adopción de nuevas conductas. Desde esa perspectiva, el paciente no se encuentra totalmente preparado para asumir esas conductas o bien no sabe cómo llevarlas a cabo. En ese sentido el Modelo Transteórico de Etapas de Cambio, establece que las personas se encuentran en diferentes etapas de preparación o disposición al cambio de conducta y que las recomendaciones de acción deberán ajustarse a la etapa en que se encuentre cada quien a fin de tener mayor probabilidad de que dichas recomendaciones sean adoptadas por las personas (Prochaska & Di Clemente, 1983). Estos autores describen cinco etapas de cambio: a) *precontemplación* es la etapa en la que el individuo no está practicando la conducta de interés y tampoco tiene intenciones de realizar cambios en torno a la nueva conducta, ya sea por desinformación o desmoralización acerca de su capacidad de cambio; b) *contemplación* es la etapa en la que el individuo está considerando cambiar, puede encontrarse en un estado de ambivalencia; c) *preparación* es la etapa cuando se tiene un plan de acción, por ejemplo, el individuo ya se informó acerca de los alimentos recomendables o bien se puso de acuerdo con un amigo para hacer ejercicio, aunque todavía no alcanza a cambiar la conducta; d) *acción* es la etapa en la que el individuo lleva a cabo activamente la nueva conducta durante los seis meses previos; y

e) *mantenimiento* es la etapa donde el individuo practica la conducta a través del tiempo, de uno a dos años, es decir ha consolidado los logros de la etapa de acción. El progreso por estas

etapas no es lineal puede haber recaídas en cualquiera de ellas, aunque retomar la etapa o conducta anterior es más fácil.

Las conductas saludables para estos pacientes consisten en disminuir o evitar alimentos ricos en grasas y la adopción de ejercicio regular por lo menos tres sesiones a la semana entre 20 a 30 minutos con una intensidad marcada en el rango de 60 al 70 % de la frecuencia cardiaca máxima (Aguilar, Vázquez, Benítez, Perea & Pérez, 2007).

El objetivo del presente estudio fue determinar la CV en pacientes con enfermedad coronaria en función de las etapas de disposición al cambio de dieta baja en grasa y ejercicio físico, bajo la hipótesis de que a etapa de cambio mas avanzada de consumo bajo en grasas y de ejercicio mejor CV.

Material y Métodos

El estudio fue transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EC que acudieron a la consulta de cardiología en una unidad hospitalaria de seguridad social de tercer nivel de atención, en Nuevo León. Se incluyeron pacientes capaces de deambular, orientados en tiempo y espacio.

El muestreo fue no probabilístico por cuota. El tamaño de la muestra de 100 se determinó con el paquete estadístico nQuery Advisor 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, s. f.). Con una potencia de 90%, nivel de significancia de 0.05, tamaño de efecto de .30 para un análisis de varianza con 10 grupos.

Antes de recolectar la información se obtuvo el dictamen de aceptación de los comités de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL y de la institución de salud correspondiente.

En la hoja de dato sociodemográficos se registraron las siguientes variables: edad, sexo, años de escolaridad, estado marital, ocupación, años con la cardiopatía, práctica de ejercicio incluyendo frecuencia y duración. Para la recolección de información se emplearon tres instrumentos: Cuestionario de Angina de Seattle (Spertus, 1995). El cuestionario de consumo de grasas y de ejercicio (Marcus, Selby, Niaura & Rossi, 1992). El primero valora cinco dimensiones del estado funcional y emocional de CV respecto a enfermedades cardiacas o coronarias. Cuantifica la limitación física debida a enfermedad, estabilidad de la angina durante el mes anterior, frecuencia de los síntomas de la angina, satisfacción con el tratamiento de la enfermedad coronaria y por último se refiere a lo agobiante que puede ser el dolor de pecho en su CV. Consta de 19 reactivos con un patrón de respuestas tipo Likert de 6 puntos, los posibles puntajes van de 19 a 108 mismos que se transformaron a un índice de 0 a 100 puntos. A mayor puntaje mejor CV. La limitación física ocasionada por la cardiopatía se clasifica en: severa cuando los puntajes van de 0 a 24 puntos; moderada de 25 a 49; poco limitada de 50 a 74 y limitación mínima de 75 a 100 puntos.

El cuestionario de consumo de grasas forma corta se ha utilizado para identificar etapas de cambio y tenía la finalidad de medir la disposición al cambio en relación al consumo de dieta baja en grasa, consta de cuatro reactivos en forma de aseveraciones acerca de la intención ó acción de disminuir los alimentos altos en grasa o de haberlo hecho en el pasado (Marcus et al., 1992). Las preguntas son: 1. Durante el mes pasado ha intentado

activamente no comer alimentos ricos en grasas; 2. Durante el mes pasado ha intentado activamente perder peso disminuyendo alimentos ricos en grasas; 3. Esta usted intentado seriamente en dejar de comer alimentos ricos en grasa en los próximos seis meses; 4. En los pasados seis meses ha limitado o bajado el consumo de alimentos ricos en grasas? El tipo de respuesta era (SI ó NO). Para clasificar a los participantes en la etapa de cambio se aplicaron los siguientes criterios. Si las respuestas a las preguntas 1, 2 y 3 eran NO, se consideraba al paciente en etapa de precontemplación. Si las respuestas a las preguntas 1, 2 eran NO y la 3 SI se consideraba al paciente en etapa de contemplación. Si las respuestas a las preguntas 1, 2 eran SI y la 4 NO, se consideraba al paciente en etapa de acción. Si las respuestas a las preguntas 1, 2 y 4 eran SI se consideraba al paciente en etapa de mantenimiento.

El Cuestionario de ejercicio de etapas de cambio forma corta, se adaptó del Exercise Stages of Change Short Form (Marcus et al., 1992). Tiene la finalidad de medir la disposición al cambio en la realización de ejercicio. Consta de cinco reactivos en forma de aseveración acerca de la intención de ejercitarse ó haberlo hecho en el pasado. Su patrón de respuestas es falso y verdadero (F, V). Si las respuestas 1 y 2 eran F se considera al paciente en etapa de precontemplación. Si la respuesta 1 era F y la 2 era V se consideraba al paciente en etapa de contemplación. Si las respuesta 1 era V y la 3 F se consideraba al paciente en etapa de preparación. Si las respuestas 1 y 3 eran V y la 4 F se consideraba al paciente en etapa de acción. Si las respuestas 1, 3 y 4 eran V se consideraba al paciente en etapa de mantenimiento.

Se revisó el listado de pacientes citados con diagnóstico de EC de los consultorios de cardiología, se seleccionaron los participantes potenciales y se les solicitó su consentimiento. A los pacientes que aceptaron, se les pasó al consultorio contiguo donde se llenó la cedula de identificación, y se les tomó el peso y talla para obtener el índice de masa corporal (IMC Kg/m²) a fin de clasificarlos según la Norma Oficial Mexicana para estudio de la obesidad (Secretaría de Salud, 2000). Enseguida se aplicaron los cuestionarios de SAQ y Etapas de cambio en dieta y ejercicio. El plan de análisis consistió en estadística descriptiva: medias, desviación estándar, porcentajes e intervalos de confianza de 95%. Para analizar las hipótesis se aplicó el ANOVA no paramétrico de Kruskal Wallis, dado que CV no presentó distribución normal (estos datos no se muestran).

Resultados

Los datos corresponden a 60 hombres y 40 mujeres. El 75% señaló estar casado; las ocupaciones con mayor frecuencia fueron labores del hogar 34%, seguidas por trabajo de oficina 22%. La media de tiempo de evolución de la cardiopatía fue de 4.5 ± 4.1 años; el 74% recibía tratamiento medicamentoso y 26% tenía antecedentes de haberse practicado un procedimiento invasivo de angioplastia. Las medias de CV de vida en cuanto a tratamiento medicamentoso y procedimiento de angioplastia fueron muy similares 76.61 ± 12.03 y 75.15 ± 16.02 , respectivamente. El 38% del total de pacientes refirió practicar caminata o ciclismo, de ellos el 31,5% lo realizaban cinco veces por semanas y 50,0% diariamente. De los que expresaron realizar ejercicio cinco días

por semana el 33,3% presentó sobrepeso y 25,0% obesidad; de los que señalaron realizarlo diariamente 36,8% tenían sobrepeso y otros 36,8% obesidad. Datos adicionales de los participantes se encuentran en el cuadro I.

Se establecieron las etapas de cambio en las que se ubicó el total de la población y se muestra que en el rubro de disposición al cambio para consumo de dieta baja en grasas, más de la mitad de la población se encontraba en etapa de mantenimiento, seguida por precontemplación. En lo correspondiente a la disposición para realizar ejercicio físico, el 37,0% se localizó en la etapa de precontemplación (Cuadro II).

En lo referente a CV y etapa de cambio para consumo de dieta baja en grasa, se observó que aquellos pacientes con mejor nivel, se encontraban en la etapa de precontemplación con $78,1 \pm 15,8$ puntos, seguidos por la de mantenimiento con $76,4 \pm 10,6$. (Cuadro III).

En lo concerniente a disposición al cambio para realizar ejercicio físico los pacientes con mejor CV se observaron en la etapa de mantenimiento con $81,7 \pm 9,3$ puntos. Por otro lado, en relación a la edad; los pacientes con mayor edad, se ubicaron en precontemplación (42,4%) y los más jóvenes en la etapa de mantenimiento (35,3%). En lo correspondiente al género, la mayoría de hombres se ubicó en la etapa de mantenimiento (33,3%) y las mujeres se ubicaron en la etapa de precontemplación (50,0%). Casi el cuarenta por ciento de los pacientes con mayor escolaridad se encontraban en etapa de mantenimiento y el 38,0% de los que tenían pareja, en etapa de precontemplación. Otros factores y etapas de cambio se pueden observar en el cuadro IV.

Una vez establecida la CV y las etapas de cambio, se llevó a cabo el análisis de ANOVA no paramétrico; no reveló diferencia significativas por etapas de cambio hacia consumo bajo en grasas $\chi^2(3, n = 100) = 4.22, p = 239$. En contraparte el modelo general de etapas de cambio hacia el ejercicio mostró diferencia significativa de CV $\chi^2(3, n = 100) = 11.644, p = .009$; las etapas de precontemplación y mantenimiento mostraron medianas significativamente diferentes (76.40 vs. 84.26, $p = .005$). El resto de las etapas de cambio hacia ejercicio no presentaron diferencias significativas.

Discusión

En el presente trabajo la mayoría de la población fue de sexo masculino; esto era de esperarse dado que la morbilidad por EC es más alta en hombres tal vez por su rol de proveedor y factores del ambiente laboral relacionados con estrés (Alexánderon, Granados, Gómez-Martín, Ricalde & Meave, 2005).

De acuerdo a la literatura revisada la angioplastia mejora la CV en pacientes con EC (Saldaña-García, Solorio-Meza & Rangel-Abundiz, 2003; Spertus, 1995). En este estudio el 26% de los pacientes había sido sometido a angioplastia y el resto recibía tratamiento medicamentoso y aunque no se midió la CV antes del procedimiento, los pacientes que habían sido sometidos a angioplastia no mostraron mejor CV que aquellos que reciben tratamiento medicamentoso. Tal vez sea porque tanto la angioplastia como el tratamiento medicamentoso la mejoran. Otros estudios que valoraron el éxito de la angioplastia reportan que los pacientes mejoraron su nivel de acuerdo con las mediciones previas.

Fuertes García et al. (2000), también reportaron modificación favorable de la CV asociada al tratamiento con nifedipino en pacientes con angina de pecho.

En relación con el consumo de dieta baja en grasa poco más de la mitad de los participantes se ubicó en la etapa de mantenimiento lo que significa que tienen entre tres y seis meses de estar consumiendo menos grasas en sus dietas. Sin embargo, ello no se refleja en su peso, el IMC corresponde a obesidad y una gran mayoría de los pacientes presentaron comorbilidades cuyo origen es este mismo fenómeno. Una posibilidad es que los pacientes hayan considerado el estar realizando cambios favorables en el consumo de dieta baja en grasa y no fue suficiente para reflejarse en su IMC. En ese sentido, existen estudios en donde se establece que las conductas de consumo de grasa no son discretas y que se presentan altibajos de manera frecuente (Haire-Joshu, Auslander, Houston & Williams, 1999).

En cuanto a la disposición para realizar ejercicio, más de un tercio se ubicó en las etapas de mantenimiento, proporción que coincide con la que señaló caminar o hacer bicicleta cinco días a la semana o diario; a pesar de esto, un grupo de pacientes presentó sobrepeso y obesidad. En ese sentido, hay estudios que reportan que el ejercicio por sí solo no es suficiente para bajar de peso y fue necesario diseñar una dieta hipocalórica para observar efecto en factores de riesgo cardiovascular (Bensimhon, Kraus, Donahue & Durham, 2006; López-Fontana, Martínez-González, Sánchez-Villegas & Martínez, 2006). En congruencia con otros estudios locales sobresale la cantidad de participantes que no realiza ni tiene contemplado llevar a cabo ejercicio (Guerra-Juárez, Gallegos & Cerda-Flores, 2007; Soltero-Rivera & Salazar-González, 2006). Cuando se revisó la CV y otras variables del perfil del paciente por etapa de cambio; se estableció que un mejor nivel de CV se observa en pacientes que se encuentran en etapa de precontemplación, dato contrario al Modelo de Etapas de Cambio. Puede ser que vez su vida no haya sido limitada todavía como para pensar en la necesidad de adoptar una dieta baja en grasa o por el contrario aunque estén tomando algunas medidas no se refleja en las etapas de cambio. Como en el estudio de Haire-Joshu et al. (1999), en donde se reportó inconsistencia entre las etapas de cambio para substituir alimentos ricos en grasa por alimentos o aderezos bajos en grasa con el cuestionario de patrones de alimentación.

En lo referente a la disposición al cambio para realizar ejercicio físico, se pudo observar diferencias significativas entre los pacientes ubicados en los dos extremos de etapa de cambio. Por un lado, los más jóvenes de sexo masculino y mayor escolaridad fueron los que ya tenían tiempo de realizarlo incluso se encontraban con ocupación y tenían el antecedente de infarto. Precisamente y de manera congruente, el grupo que se ubicó en la etapa de mantenimiento, fue el que presentó mejor CV; mismo que se ha establecido en estudios realizados en España, en donde se reportó que el realizar ejercicio la mejoran considerablemente y sugieren promover programas dirigidos a este grupo de riesgo (Espinosa et al., 2004). Esto permite diseñar proyectos de intervención considerando las áreas de oportunidad de este estudio descriptivo.

El análisis inferencial reveló que no hubo diferencia en CV en

Cuadro I

Perfil de los pacientes con enfermedad coronaria en una institución de seguridad social en Monterrey, Nuevo León

Variables	x DE
Edad (años)	66.9 ± 9.63
Escolaridad (años)	8.6 ± 4.80
Peso (Kg)	74.3 ± 15.63
Talla (cm)	161.0 ± 8.68
IMC	28.4 ± 5.39
Calidad de Vida	76.2 ± 13.12
Tipo Ejercicio:	% (IC 95%)
Ninguno	62.0 (52.5-71.5)
Caminata	32.0(22.9-41.1)
Bicicleta/otros	6.0 (1.3-10.7)
Frecuencia:	
Diario	61.2 (44.0-78.4)
Cinco días/sem.	38.8 (21.6-56.0)
Duración	
30 minutos	66.6 (57.4-75.8)
60 minutos	33.4 (24.2-42.6)
Diagnóstico médico	
Infarto agudo del miocardio	53.0 (43.2-67.8)
Cardiopatía isquémica	34.0 (24.7-43.3)
Angina de pecho	13.0 (6.4-19.6)
Comorbilidades	46.0 (36.2-55.8)
Sin comorbilidad	17.0 (9.6-24.4)
Hipertensión	
Hipertensión + Diabetes Mellitus	23.0 (14.8-31.2)
Hipertensión + Hipertrigliceridemia	14.0 (7.2-20.8)

Fuente: encuesta aplicada a paciente.

Cuadro II

Etapas de cambio para consumo de dieta baja en grasa y practica de ejercicio físico en los pacientes con enfermedad coronaria en una institución de seguridad social en Monterrey, N.L.

Etapas de cambio*	%	IC 95%
Consumo de dieta baja en grasa		
Precontemplación	26,0	17,4-34,6
Contemplación	16,0	8,8-23,2
Acción	5,0	0,7-9,3
Mantenimiento	53,0	43,2-62,8
Ejercicio físico		
Precontemplación	37,0	27,5-46,5
Contemplación	25,0	16,5-33,5
Acción	7,0	2,0-12,0
Mantenimiento	31,0	21,9-40,1

Fuente: encuesta para identificar etapas de cambio

* No se presentaron casos en la etapa de Preparación

lo referente a las etapas de cambio en el consumo bajo en grasas; por el contrario en lo concerniente a la disposición para realizar ejercicio físico, si hubo diferencia entre las etapas al tener mejor CV y encontrarse en la etapa de mantenimiento. Esto significa que aquellos pacientes que indicaron llevar más tiempo realizando ejercicio perciben significativamente mejor CV. El ejercicio permite que presenten menos limitación para subir y bajar escaleras, cargar objetos pesados, vestirse y bañarse. De acuerdo con el Modelo de Etapas de Cambio la CV mostró ser consistente en el resto de las etapas hacia la práctica de ejercicio físico, aunque no suficiente para ser significativo.

Una limitante fue la muestra por conveniencia y en ese sentido, los resultados únicamente se pueden extrapolar a poblaciones semejantes del grupo estudiado; son escasos los trabajos en donde se considere tanto la CV como la disposición al cambio en pacientes mexicanos. Finalmente no puede dejarse a un lado la reflexión y establecer que la CV no es más que una resultante del estado de salud auto reportado por el paciente como una de los más importantes determinantes y que este proyecto aporta aquellas etapas de disposición al cambio en las que se encuentra

Cuadro III

Calidad de vida y perfil del paciente con enfermedad coronaria por etapas de cambio para consumo de dieta baja en grasa en una institución de seguridad social en Monterrey, Nuevo León.

Variables	Etapas de cambio*			
	Precontemplación	Contemplación	Acción	Mantenimiento
Calidad de Vida	78.1 ± 15.8	73.3 ± 13.8	73.2 ± 21.0	76.4 ± 10.6
Porcentajes e Intervalos de Confianza de 95%				
Edad				
40 - 59 (n=34)	23.5 (9.2-37.8)	14.7 (2.8-26.6)	3.0 (-2.7-8.7)	58.8 (42.3-75.3)
> 60 (n=66)	27.3 (16.6-38.0)	16.7 (7.7-25.7)	6.0 (0.3-11.7)	50.0 (37.9-62.1)
Género				
Masculino (n=60)	28.3 (16.9-39.7)	15.0 (6.0-24.0)	3.3 (-1.2-7.8)	53.4 (40.8-66.0)
Femenino (n=40)	22.5 (9.6-35.4)	17.5 (5.7-29.3)	7.5 (-0.7-15.7)	52.5 (37.0-68.0)
Escolaridad				
0 - 4 (n=21)	19.0 (2.2-35.8)	19.0 (2.2-35.8)	9.5 (-3.0-22.0)	52.5 (31.1-73.9)
5 - 9 (n=36)	36.1 (20.4-51.8)	13.9 (2.6-25.2)	2.8 (-2.6-8.2)	47.2 (30.9-63.5)
> 10 (n=43)	20.9 (8.7-33.1)	16.3 (5.3-27.3)	4.7 (-1.6-11.0)	58.1 (43.4-72.8)
Estado marital				
Con Pareja (n=74)	23.0 (13.4-32.6)	14.8 (6.7-22.9)	6.7 (1.0-12.4)	55.5 (44.2-66.8)
Sin Pareja (n=26)	34.6 (16.3-52.9)	19.2 (4.1-34.3)	-	46.2 (27.0-65.4)
Ocupación				
Con (n=36)	22.2 (8.6-35.8)	19.4 (6.5-32.3)	5.7 (-1.9-13.3)	52.7 (36.4-69.0)
Sin (n=64)	28.1 (17.1-39.1)	14.0 (5.5-22.5)	4.6 (-0.5-9.7)	53.2 (41.0-65.4)
Años de evolución de la enfermedad				
0 - 5 (n=68)	30.8 (19.8-41.8)	19.1 (9.8-28.4)	5.8 (0.2-11.4)	44.3 (32.5-56.1)
> 5 (n=32)	15.6 (3.0-28.2)	9.3 (-0.8-19.4)	3.1 (-2.9-9.1)	72.0 (56.4-87.6)
Diagnóstico médico				
Angina (n=13)	30.7 (5.6-55.8)	-	7.6 (-6.8-22.0)	61.7 (35.3-88.1)
Infarto (n=53)	24.5 (12.9-36.1)	18.8 (8.3-29.3)	7.5 (0.4-14.6)	49.2 (35.7-62.7)
CI (n=34)	26.4 (11.6-41.2)	17.6 (4.8-30.4)	-	56.0 (39.3-72.7)

Fuente: encuesta aplicada a paciente, cuestionario de angina de Seattle y cuestionario para identificar etapas de cambio

* No se presentaron casos en la etapa de Preparación.

el paciente con el fin de aplicar programas sobre alimentación y ejercicio dirigidos con enfoque de riesgo utilizando los resultados que hoy se presentan. Es conveniente también, incluir variables relacionadas con el entorno psicosocial del paciente, su capacidad funcional y estado emocional para estudiarlo de manera holística en el entendido que la salud con todo lo que implica, es uno de los principales valores del hombre y uno de los principales integrantes de la calidad de vida.

Conclusiones: Los valores de calidad de vida por etapas de cambio hacia el consumo de dieta baja en grasa en paciente con enfermedad coronaria fueron similares en las etapas extremas, de precontemplación y mantenimiento, en contraste a lo establecido por el Modelo de Etapas de Cambio. En lo referente a los valores en la calidad de vida por etapa de disposición a la práctica de ejercicio físico se presentaron acorde a lo esperado en el Modelo, es decir a menor disposición hacia el ejercicio menor calidad de vida. Es necesario profundizar en estas variables ya sea auxiliándose de instrumentos complementarios que registren información más específicas sobre estas conductas o bien con diseños de mayor fortaleza.

Cuadro IV

Calidad de vida y perfil del paciente con enfermedad coronaria por etapas de cambio para practica de ejercicio físico en una institución de seguridad social en Monterrey, Nuevo León.

Variables	Etapas de cambio*			
	Precontemplación	Contemplación	Acción	Mantenimiento
Calidad vida	73.4 ± 13.9	76.2 ± 15.1	80.5 ± 6.4	81.76 ± 9.3
Porcentajes e Intervalos de Confianza de 95%				
Edad				
40 - 59 (n=34)	26.4 (11.6-41.2)	26.4 (11.6-41.2)	11.7 (0.9-22.5)	35.5 (19.4-51.6)
> 60 (n=66)	42.4 (30.5-54.3)	24.3 (14.0-34.6)	4.5 (-0.5-9.5)	28.8 (17.9-39.7)
Género				
Masculino (n=60)	28.3 (16.9-39.7)	26.7 (15.5-37.9)	11.7 (3.6-19.8)	33.3 (21.4-45.2)
Femenino (n=40)	50.0 (34.5-65.5)	22.5 (9.6-35.4)	-	27.5 (13.7-41.3)
Escolaridad				
0 - 4 (n=21)	47.6 (26.2-69.0)	19.0 (2.2-35.8)	4.7 (-4.4-13.8)	28.7 (9.4-48.0)
5 - 9 (n=36)	50.0 (33.7-66.3)	22.2 (8.6-35.8)	5.5 (-1.9-12.9)	22.2 (8.6-35.8)
> 10 (n=43)	20.9 (8.7-33.1)	30.2 (16.5-43.9)	9.4 (0.7-18.1)	39.5 (24.9-54.1)
Estado marital				
Con Pareja (n=74)	36.5 (25.5-47.5)	25.7 (15.7-35.7)	8.1 (1.9-14.3)	29.7 (19.3-40.1)
Sin Pareja (n=26)	38.5 (19.8-57.2)	23.1 (6.9-39.3)	3.8 (-3.5-11.1)	34.6 (16.3-52.9)
Ocupación				
Con (n=36)	30.5 (15.5-45.5)	27.7 (13.1-42.3)	11.3 (1.0-21.6)	30.5 (15.5-45.5)
Sin (n=64)	40.6 (28.6-52.6)	23.4 (13.0-33.8)	4.7 (-0.5-9.9)	31.3 (19.9-42.7)
Años de evolución de la enfermedad				
0 - 5 (n=68)	26.4 (15.9-36.9)	26.4 (15.9-36.9)	10.5 (3.2-17.8)	36.7 (25.2-48.2)
> 5 (n=32)	59.5 (42.5-76.5)	21.8 (7.5-36.1)	-	18.7 (5.2-32.2)
Diagnóstico médico				
Angina (n=13)	30.7 (5.6-55.8)	53.8 (26.7-80.9)	-	15.5 (-4.2-35.2)
Infarto (n=53)	30.2 (17.8-42.6)	22.6 (11.3-33.9)	13.2 (5.8-25.2)	34.0 (21.2-46.8)
CI (n=34)	50.0 (33.2-66.8)	17.2 (4.5-29.9)	-	32.8 (17.0-44.6)

Fuente: encuesta aplicada a paciente, cuestionario de angina de Seattle y cuestionario para identificar etapas de cambio.

* No se presentaron casos en la etapa de Preparación

BIBLIOGRAFIA.

- Aguilar, I., Vázquez, J., Benítez, B., Perea, L. & Pérez, I. (2007). Influencia del ejercicio físico en algunos factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, (23)2, Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000200005&lng=es&nrm=iso
- Alexánderon, E., Granados, N., Gómez-Martín, D., Ricalde, A. & Meave, A. (2005). Evaluación de enfermedad arterial coronaria con imágenes de perfusión miocárdica en mujeres. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 75, 35-41.
- Bensimhon, D. R., Kraus, W. E., Donahue, M. R., Durham, N. C. (2006). Obesity and physical activity: Review. *American Heart Journal*, 151, 598-603.
- Bernardo, C., Martínez, J., Castillo, J., Machín, J. & Mamani, V. (2007). Caracterización clínico quirúrgica de los pacientes operados de revascularización coronaria. *MEDISAN 2005*, 23(2), Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_1_05/san08105.htm
- Elashoff, J., Dixon, J. W., Crede, K. M. & Fotheringham, N. (1995) nQuery Advisor [software de computación]. Boston MA.
- Espinosa Caliani, S., Bravo Navas, J., Gómez-Doblas, J., Collantes Rivera, R., González Jiménez, B., Martínez Lao, M. ... de Teresa Galván E. (2004) Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 57, 53-59.
- Fuertes García, A., Sagués Cabarro, F., González Juanatey, J.R., de Lombera romero, F., Luengo Fernández, E., Palencia, M. A. ... Wilke Delgado, M. (2000). Tratamiento de la angina de pecho crónica estable: estudio de seguimiento con nifedipino OROS (estudio SENIOR). *Revista Española de Cardiología*, 53, 35-42.
- González, J. & Capote, M. (2004). Educación continuada en consulta de enfermería especializada: la herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario. *Enfermería Cardiológica*, 35, 13-19.
- Guerra-Juárez, R., Gallegos, E. C. & Cerda-Flores R. M. (2007). Lifestyle changes in descendants of parents with diabetes type 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 909-913.
- Haire-Joshu, D., Auslander, W. F., Houston, C.A., & Williams, J. H. (1999). Staging of dietary patterns among African American women. *Health Education & Behavior*, 26, 90-102. Recuperado de http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_03/seccion03027.html
- López-Fontana, C., Martínez-González, M. A., Sánchez-Villegas, A. & Martínez, J. (2006). Influencia de la pérdida de peso y la actividad física sobre factores de riesgo cardiovascular de mujeres obesas. *Revista Salud Pública y Nutrición*; 7, Recuperado de <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/vii/1/articulos/influencia.htm>.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S. & Rossi JS. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 63, 60-66.
- Marcuschamer, J. (2001) Estratificación de riesgo en la enfermedad coronaria aterosclerosa. *Archivos de Cardiología de México*, 71, 114-123.
- Prochaska, J. & Di Clemente C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Saldaña-García, J. H., Solorio-Meza, S. & Rangel-Abundiz A. (2003). Calidad de vida en pacientes sometidos a angioplastia arterial coronaria: Informe Preliminar. *Revista Mexicana de Cardiología*, 14, 94-97.
- Secretaría de Salud. (2000). *Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad*. Recuperado de <http://www.codamedver.gob.mx/NOMs.htm>.
- Soltero-Rivera, S. & Salazar-González, B. C. (2006). Autoesquemas de ejercicio físico reportados por adultos mayores, Monterrey, México. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24, 86-89.
- Spertus, J. (1995). Development and evaluation of the Seattle Angina questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 25, 333-341.
- Velásquez, M., Barinagarrementeria, A., Rubio, G., Verdejo, J., Méndez, B. & Violante, R. (2007) Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. *Archivos de Cardiología de México*, 77, 31-39.