



**ISSN: 1561-3194**

*Rev. Ciencias Médicas. abril 2005; 9(2):*

**ARTÍCULO ORIGINAL**

**Evaluación de estilo de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. Cinco consultorios médicos. Septiembre 2002-2004. Pinar del Río**

**Assessment of life-style in patients suffering from ischemic heart disease in five doctor's offices. September 2002-2004. Pinar del Rio**

**Bertha M. Lorenzo Velázquez<sup>1</sup>, Anrellys Valdés Valdés<sup>2</sup>, Maritza Peinado Moreno<sup>3</sup>, Karelía Zubizarreta Peinado<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Lic. en Enfermería. Asistente. Miembro Titular de la SOCUENF. Policlínico Docente "Raúl Sánchez". Pinar del Río.

<sup>2</sup> Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "Raúl Sánchez". Pinar del Río.

<sup>3</sup> Lic. en Enfermería. Asistente. Miembro Titular de la SOCUENF. Policlínico Docente "Raúl Sánchez". Pinar del Río.

<sup>4</sup> Residente de 2do año de Medicina General Integral. Policlínico Docente "Raúl Sánchez". Pinar del Río.

---

## RESUMEN

La cardiopatía Isquémica, "El Azote de la vida Moderna, es hoy la primera causa de muerte en los países desarrollados, es la responsable de más del 80% de las muertes. Se realizó un estudio Longitudinal, prospectado, analítico y comparativo en cinco consultorios médicos del Consejo Popular "Celso Maragoto" del Municipio de Pinar del Río con el objetivo de evaluar estilo de vida relacionados con las factores de riesgos de la cardiopatía isquémica, de un universo, la muestra esta constituida por 148 pacientes comprendido del 1ero de Septiembre del año 2002 al 30 de Septiembre del 2004. Se aplica una encuesta donde las principales variables son datos generales, aspectos del estilo de vida, factores de riesgos coronarios, se realizaron diferentes actividades de evaluación para la salud, finalmente se aplicó instrumento evacuativo, donde se demostró la presencia del estilo de vida insano en estos pacientes antes posteriormente en el consumo de frutos, vegetales, verduras, aceite vegetal, así como grasa, víscera, piel de pollo y cerdo, el número de exfumadores fue significativo, así como el número de cigarro y tabaco promedio al día, decreció el total de alcohólicos. Se aplicó el método estadístico la prueba de Mc Nemar con factor de conexión y cálculo por ciento.

**Palabras claves:** CARDIOPATIA, ESTILO, ISQUEMIA.

---

## ABSTRACT

Ischemic Heart Disease - "Valamity of modern life" - is nowadays the first cause of death in developed countries (80 % of deaths). A longitudinal, prospective, analytic and comparative research was conducted during September 1st, 2002 to September 30, 2004 in five doctor's offices at Celso Maragoto popular council in Pinar del Río municipality aimed at assessing life styles related to risk factors of the Ischemic Heart Disease. In the sample 148 patients were taken. A survey was applied where the main variables analyzed were: general data, characteristics of life styles, coronary risk factors and different activities related to health evaluation, finally an evaluative tool was used in order to demonstrate the presence of an

unhealthy life style in these patients before and after the consumption of fruits, vegetables, green, vegetable oils, fat, animal entrails, chicken and pork skins. The percentage of ex-smokers was significant, the number of cigarettes and cigars was also analyzed, the figures of alcohol addicts decreased. A statistical method, the test of Mc Nemar with factor of connection and the calculation of the percentage ere used in this assessment.

**Key words:** HEART DISEASE, LIFE STYLE, ISCHEMIA.

---

## MÉTODO

Se realizó una investigación longitudinal, prospectiva, analítica y comparativa. El universo estuvo constituido por todos los pacientes con cardiopatías isquémicas diagnosticadas, coincidiendo con la muestra de 148 pacientes, 87 del sexo femenino y 61 del sexo masculino, todos pertenecientes a cinco consultorios del núcleo de la familia pertenecientes al consejo popular Celso Maragoto de la provincia de Pinar del Río. Se aplicó un cuestionario que constaba de tres bloques:

A: Datos Generales

B: Aspectos del estilo de vida relacionado con los factores de riesgo coronario (hábito de fumar, hábitos nutricionales, consumo de alcohol y práctica de ejercicios)

C: Factores de riesgos coronarios (obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitas) los cuales se determinaron a través de interrogatorios, exámenes físicos e historias clínicas.

Se elaboró un plan de intervención dirigido a la realización de actividades teóricas de educación para la salud con el objetivo de evaluar el estilo de vida. Esta intervención se realizó en el periodo de septiembre del 2002 al septiembre del 2004. Se realizaron diferentes actividades como conferencias, teniendo en cuenta diferentes tareas: tabaquismo, alcoholismo, ejercicios físicos, estrés perjudicial para el hombre así como hipertensión arterial y diabetes mellitus (prevención y complicaciones). Estas actividades tuvieron una secuencia de cuatro encuentros mensuales con una duración de 30 minutos, además todos dirigidos por médicos y enfermeras de la familia previamente capacitados sobre estos elementos. Finalmente se aplicó el mismo bloque de preguntas, donde se comprobó cambios en el estilo de vida asociados a factores de riesgo coronario. Para el análisis de los resultados se confeccionaron tablas de contingencias, se compararon los resultados (Antes \_ Después) de las actividades de educación para la salud y se evaluó la modificación en los estilos de vida, así como los cambios en los factores de riesgo coronario. Para determinar la significación de cambios o diferencias de los resultados después de la intervención respecto a los de antes. Se utilizó como método estadístico la prueba de MC NEMAR, con factor de corrección y cálculo de por ciento. Esta prueba da como resultado cualquier diferencia de 8 casos o más sin tener en cuenta ( $P < 0.05$ ). Se utilizó la notación mediante el símbolo asterisco (\*) para destacar las diferencias más significativas, observando los resultados de categorías excluyentes. El cuestionario responde a tres bloques de preguntas A, B y C, además se solicitó a los participantes de la investigación la voluntariedad de participar a través del consentimiento informado.

## INTRODUCCIÓN

La Cardiopatía Isquémica (CI), "El Azote de la Vida Moderna", es hoy la primera causa de muerte en los países desarrollados, es la responsable de más del 80 % de las muertes, observándose que de una tasa de 148.6 en 1970, ascendió a 201,3 / 100 000 habitantes en 1990.<sup>1</sup> En los Estados Unidos mueren cada año 600 000 personas por esta causa. Aunque se desarrolla lentamente, durante muchos años, mata instantáneamente (muerte súbita) en un tercio de los casos.<sup>2</sup>

Sin embargo, en los países con menor desarrollo socioeconómico, la CI no es fenómeno despreciable, aunque no alcanza los niveles de morbimortalidad que la caracteriza ya que pueden existir condicionantes que influyan directamente en la incidencia de la enfermedad; En otros casos la carencia de sistemas de registros estadísticos deficientes, así como de programas de salud para un enfoque epidemiológico adecuado, condicionan un enmascaramiento de la prevalencia de dicha entidad.<sup>3</sup>

En nuestro país se ha realizado un esfuerzo extraordinario en la creación de un sistema de salud cuyo objetivo es el hombre como ser biosicosocial, con una cobertura preventiva asistencial que garantiza una atención integral al individuo. Sin embargo la CI es también una de las principales causas de muerte en nuestro país, a pesar de que esta muestra indicadores que son comparables a los de las naciones más desarrolladas.

Las estadísticas cubanas han registrado una mortalidad ascendente entre los años 1970 y 1997 que ha oscilado desde una tasa de 114 hasta 160 por 100 000 habitantes. Aunque en el año 1998 se reportó un ligero descenso hasta 154, los que representó 17143 muertes atribuidas a la enfermedad isquémica del corazón.<sup>4</sup>

Los estudios epidemiológicos han permitido la identificación de determinados datos biológicos, hábitos adquiridos y / o estilos de vida, que se observan con mayor frecuencia entre los candidatos a padecer de CI, que entre la población global de la que procede y a los cuales se le ha dado el nombre de Factores de Riesgo Coronario (FRC).<sup>5</sup>

Los FRC han sido clasificados según puedan ser o no modificables: De los FRC no modificables, a los que podríamos denominar marcadores de riesgo o características personales: edad avanzada, sexo masculino, antecedentes familiares de CI prematura / enfermedad cardiovascular.

Dentro de los FRC modificables incluimos de una parte, aquellos estilos de vida y hábitos que conducen y / o incrementan la enfermedad coronaria como son la alimentación excesivamente calórica, rica en grasas saturadas y colesterol, tabaquismo, sedentarismo y el estrés, y de otro lado las características bioquímicas o fisiológicas como Hipercolesterolemia con incremento de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), Hipertensión Arterial (HTA), Hipertrigliceridemia, Diabetes e Hiperfibrinogenemia.<sup>6-9</sup>

Por lo cual se hace necesario trazar una estrategia individual para detectar tempranamente y controlar con medidas específicas a los individuos que por estar expuestos a uno o varios factores de riesgo tienen alta probabilidad de padecer de CI.

Por todo lo antes expuesto, nos motivamos a realizar este trabajo con el objetivo de evaluar positivamente estilos de vida asociados a factores de riesgo que conocíamos en pacientes con cardiopatía Isquémica de 5 consultorios médicos del consejo "Celso Maragoto" del Municipio Pinar del Río.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se analiza el comportamiento de algunos factores de riesgo coronario antes de la intervención y su relación con variables epidemiológicas tales como: sexo y edad.

La muestra estuvo constituida por 148 pacientes, de ellos 87 femeninas y 61 masculinos. Por orden de incidencia los factores más frecuentes resultaron: sedentarismo 135 pacientes (91.2 %), seguido de HTA 128 pacientes (86.4 %), obesidad 109 pacientes (73.6 %), hábito de fumar 84 pacientes (56.7 %), Diabetes Mellitus 55 pacientes (37.1 %) y alcoholismo 27 pacientes (18.2 %). En el sexo femenino, para ambos grupos etáreos (25 a 59) y (60 y más), los factores de riesgo se comportaron de la siguiente manera: sedentarismo (35 y 43 pacientes respectivamente), HTA (40 y 36 pacientes), obesidad (30 y 45 pacientes), Diabetes Mellitus (17 y 23 pacientes respectivamente) y alcoholismo (4 y 3 pacientes) del grupo 25 a 59. Los factores de riesgo en el sexo masculino se comportaron así: en

el grupo de 25 a 59, mayor incidencia tuvieron en orden decreciente: HTA y sedentarismo: 32 pacientes (21.6 %) y 21 pacientes (14.1 %), hábito de fumar 15 pacientes (10.1 %), obesidad 12 pacientes (8.1 %), alcoholismo 11 pacientes (7.4 %) y Diabetes Mellitus: 8 pacientes (5.4 %). En el grupo de 60 y más tuvieron mayor incidencia: sedentarismo: 36 pacientes (24.3 %), hábito de fumar 25 pacientes (16.8 %), obesidad 22 pacientes (14.8 %), HTA 20 pacientes (13.5 %), alcoholismo: 9 pacientes (6 %) y Diabetes Mellitus 7 pacientes (4.7 %). Esta descripción se realiza para la posterior comprensión del resto de los cuadros donde se evalúa el estilo de vida de estos pacientes estudiados antes y después de la aplicación de las actividades de educación para la salud.

**Tabla 1.** Evaluación del estilo de vida en pacientes con cardiopatía isquémica de 5 consultorios médicos urbanos. Comportamiento de algunos factores de riesgo coronario antes de la intervención.

Factores de riesgo	Femenino				Masculino				Total	
	25-29	%	60y +	%	25-29	%	60y +	%	No.	%
Sedentarismo	35	23.6	43	29.0	21	14.1	36	24.3	135	91.2
Obesidad	30	20.2	45	30.4	12	8.1	22	14.8	109	73.6
Alcoholismo	4	2.7	3	2.0	11	7.4	9	6.0	27	18.2
Hábito de fumar	20	13.5	24	16.2	15	10.1	25	16.8	84	56.7
HTA	40	20.0	36	24.3	32	21.6	20	13.5	128	86.4
Diabetes Mellitus	17	11.4	23	15.5	8	5.4	7	4.7	55	37.1

**Fuente:** Cuestionario.

% sobre la base total de pacientes n=148.

En la tabla 2 se evalúa el comportamiento de los hábitos nutricionales antes y después de la intervención. Obsérvese como al inicio del estudio prevalecían malos hábitos dietéticos, en orden decreciente: exceso de sal 143 pacientes (96.6 %), consumo de grasa 135 pacientes (91.2 %) y consumo de vísceras, piel de pollo y de cerdo 125 pacientes (84.4 %). Sólo el 63.5 % (94 pacientes) consumía frutas, vegetales y verduras, y el 20.2 % aceite vegetal. Posterior a la intervención los resultados fueron alentadores: Hubo un incremento en el consumo de frutas, vegetales y verduras a 95.9 % de la muestra, al igual que el consumo de aceite vegetal (93.2 %), a su vez disminuyó el número de pacientes que consumían exceso de sal, exceso de grasa, así como vísceras, piel de pollo y de cerdo: 15 pacientes (10.1 %), 10 pacientes (6.7 %) y 20 pacientes (13.5 %) respectivamente. Estos resultados antes y después de la intervención, al compararlos desde el punto de vista estadístico, son significativos  $P < 0.05$ , lo que demuestra que con las actividades educativas aplicadas se modificaron positivamente los hábitos nutricionales de estos pacientes. Lo que coincide con un estudio realizado en tres barrios de Bruselas, Bélgica, en un grupo de pacientes con riesgo cardiovascular bajo, donde se logró cambios en los estilos de vida tales como: cambios en el consumo de calorías, hábito de fumar y cambios en la glucosa sanguínea después de actividades de intervención.<sup>37</sup> Por su parte, estudios recientes corroboran que hábitos nutricionales adecuados: consumo de frutas, vegetales, mariscos, pescados y uso de aceite vegetal, disminuyeron el riesgo de enfermedad coronaria, AVE e HTA.<sup>38</sup>

**Tabla 2.** Evaluación del estilo de vida en pacientes con cardiopatía isquémica de 5 consultorios médicos urbanos. Evaluación de los hábitos nutricionales.

Hábitos nutricionales	Intervención			
	Antes	%	Después	%
Exceso de sal	143	96.9	15*	10.1
Exceso de grasa	135	91.2	10*	6.7
Aceite de vegetales	30	20.2	138*	93.2
Vísceras de pollo y de cerdo	125	84.4	20*	13.5
Frutas, vegetales y verduras	94	63.5	142*	95.9

**Fuente:** Cuestionario

**Leyenda:** Prueba Mo Nemar con factor de corrección.

\*Significativo  $P < 0.05$

% sobre la base total de pacientes  $n = 148$

En la tabla 3 se evalúa el comportamiento del hábito de fumar antes y después de la intervención. Los resultados revelan que al inicio de la intervención el 56.7 % del total de pacientes estudiados eran fumadores, de ellos el 89.2 % (75 pacientes fumaban cigarros y 26 pacientes (30.9 %) fumaban tabacos; el número de cigarros promedio al día fue de 20 y el de tabaco de dos. Después de la intervención se observa que 70 pacientes continuaron fumando (47.2 % del total de pacientes), o sea, 14 pacientes abandonaron el hábito de fumar, existiendo una disminución del número de fumadores con respecto al inicio del estudio, lo que es significativo estadísticamente  $P < 0.05$ .

Como se observa, nuestros resultados no son tan relevantes, pero se logró disminuir tanto el número de fumadores como el número de cigarros diarios, o sea, que las actividades educativas realizadas tuvieron algún impacto sobre los pacientes fumadores de la muestra.

**Tabla 3.** Evaluación del estilo de vida en pacientes con cardiopatía isquémica de 5 consultorios médicos urbanos. Evaluación del hábito de fumar.

Hábito de fumar	Antes de intervención	%	Después de intervención	%
Total de fumadores	84	56.7	70*	47.2
Fumador de cigarros	75	89.2	62*	73.8
Fumador de tabaco	26	30.9	18*	21.4
No. de cigarros promedio/día	20	23.8	10	11.9
No. de tabacos promedio/día	2	2.4	1	1.2

**Fuente:** Cuestionario

**Leyenda:**

Prueba Mc Nemar con factor de corrección.

\*Significativo  $P < 0.05$

% sobre la base total de fumadores  $n=84$ .

En la tabla 4 se evalúa el consumo de alcohol en la muestra estudiada. Antes de la intervención el 18.2 % del total de pacientes resultaron alcohólicos (27 pacientes), mientras que el 81.7 % (121 pacientes) resultaron no alcohólicos. Después de la aplicación de las actividades de educación para la salud 19 pacientes continuaron siendo alcohólicos, que representa el 12.8 % del total de la muestra, sólo 8 pacientes abandonaron el hábito existiendo diferencia significativa con respecto al inicio del estudio  $P < 0.05$ . Estos 8 pacientes pudieron abandonar el hábito del alcohol al iniciar la terapéutica con disulfiram posterior a la intervención. Otro dato importante a señalar (que no reflejan los cuadros) es la reducción del consumo de alcohol en los pacientes que continuaron bebiendo, lo que coincide con estudios realizados por Razvodovskii, donde después de la aplicación de programas de actividades educativas para la salud en pacientes con alto riesgo cardiovascular, logró la reducción del consumo de alcohol en la muestra estudiada.<sup>39</sup>

**Tabla 4.** Evaluación del estilo de vida en pacientes con cardiopatía isquémica de 5 consultorios médicos urbanos. Evaluación del consumo de alcohol.

Consumo de alcohol	de	Antes de intervención	%	Después de intervención	%
Total de alcohólicos		27	18.2	19*	12.8
Total de no alcohólicos		121	81.8	129	87.2
Total		148	100	148	100

**Fuente:** Cuestionario

**Leyenda:**

Prueba Mc Nemar con factor de corrección.  
% sobre la base total de pacientes n=148.

En la tabla 5 se analiza el comportamiento de la práctica de ejercicios físicos y el estado nutricional antes y después de haber aplicado las actividades de educación para la salud. Antes de la intervención la muestra era mayormente sedentaria: 91.2 %, posteriormente con la intervención se redujo el número de sedentarios de 135 a 25 pacientes, existiendo al final del estudio 123 pacientes no sedentarios lo cual es significativo desde el punto de vista estadístico  $P < 0.05$ . Con respecto al estado nutricional, antes de la intervención, el 71.6 % de la muestra (109 pacientes) eran obesos y al final del estudio 13 pacientes lograron reducir su peso corporal, existiendo finalmente 96 obesos y 52 normopesos, siendo significativa estadísticamente  $P < 0.05$ . Como se observa, nuestros resultados son halagüeños. Se logró la integración del 83.1 % a la práctica de ejercicios sistemáticos, desarrollada fundamentalmente en los círculos de abuelos. En una investigación realizada por Vallebona y colaboradores, demuestran que la práctica de ejercicios físicos está reducida en muchos pacientes con enfermedad cardiovascular, y que los eventos coronarios en este tipo de enfermos se reducen con una apropiada actividad física, lo que mejora la capacidad funcional, que esta muy vinculada a la sobrevida global de estos pacientes.<sup>40</sup>

**Tabla 5.** Evaluación del estilo de vida en pacientes con cardiopatía isquémica de 5 consultorios médicos urbanos evaluación de la práctica de ejercicios físicos y estado nutricional.

Prácticas de ejercicios y estado nutricional	Antes de intervención	%	Después de intervención	%
Sedentario	135	91.2	25*	16.8
No Sedentario	13	8.7	123	83.1
Obeso	109	71.6	96*	64.9
Normopeso	39	26.3	52	35.1

**Fuente:** Cuestionario

**Leyenda:**

Prueba Mc Nemar con factor de corrección.

\*Significativo  $P < 0.05$ .

% sobre la base total de pacientes  $n = 148$

En la tabla 6 se muestra el comportamiento del estado de control de la HTA en los pacientes estudiados. De un total de 128 hipertensos, al inicio de la intervención el 50.8 % estaban controlados (65 pacientes), 45 parcialmente controlados (35.2 %) y 18 pacientes no estaban controlados (14 %). Posterior a la intervención se logró el control de la HTA en el 79.7 % de los hipertensos y el 15.6 % continuó parcialmente controlado existiendo diferencias significativas desde el punto de vista estadístico  $P < 0.05$ . 12 de los 18 pacientes no controlados logro del control de la HTA al final del estudio, no siendo significativo estadísticamente  $P > 0.05$ . La causa del no control de la HTA de estos pacientes antes de la intervención fue debida fundamentalmente a la no realización del tratamiento no farmacológico: estilos de vida inadecuados, y además, al no cumplimiento del tratamiento farmacológico a cabalidad. Es conocido que la Hipertensión es comúnmente protagonista de las enfermedades cardiacas. La HTA está asociada con un incremento del riesgo de Infarto Miocárdico Agudo y Muerte Súbita, por lo que el control de la misma a través de acciones sobre el estilo de vida proporciona una reducción de eventos coronarios agudos, como así lo demuestran estudios realizados en la Universidad de Leeds EUA, donde la muestra estudiada percibió la importancia del control de la HTA, de ahí el mayor número de pacientes controlados después de la intervención.<sup>41</sup>

**Tabla 6.** Evaluación del estilo de vida en pacientes con cardiopatía isquémica de 5 consultorios médicos urbanos evaluación del estado de control de la HTA.

Estado de control	Intervención			
	Antes	%	Después	%
Pacientes controlados	65	50.8	102*	79.7
Pacientes Parcialmente Controlados	45	35.2	20*	15.6
Pacientes No Controlados	18	14	6	4.7
Total	128	100	128	100

**Fuente:** Cuestionario

**Leyenda:**

Prueba Mc Nemar con factor de corrección.

\*Significativo  $P < 0.05$ .

% sobre la base total de pacientes hipertensos  $n = 128$

En la tabla 7 se evalúa a los pacientes diabéticos de la muestra en la realización del Benedict antes y después de la intervención. De un total de 55 pacientes diabéticos al inicio del estudio, sólo el 12.7 % de ellos se realizaba el Benedict (7 pacientes), y el 87.3 % no se lo realizaba por desconocimiento de la importancia de esta prueba en el estado de control de la Diabetes Mellitus. Con la aplicación de las actividades educativas aumentó el número de pacientes que se realizaban la prueba, o sea, de 7 pacientes aumentó a 50 (90.9 % del total de diabéticos), existiendo diferencias significativas desde el punto de vista estadístico  $P < 0.05$ , lo que demuestra que la intervención pudo modificar positivamente la actitud de los pacientes ante la realización de esta prueba de Benedict, así como el conocimiento de su importancia en el estado de control de esta afección. Estudios realizados evidencian la posición desfavorable de la actividad metabólica en el miocardio de diabéticos y la rápida y seria progresión de la aterosclerosis, lo cual resulta un alto riesgo de enfermedad cardiovascular en los diabéticos, por lo que programas de intervención sobre esta entidad disminuyen la incidencia y morbimortalidad por afección coronaria.<sup>42, 43</sup>

**Tabla 7.** Evaluación del estilo de vida en pacientes con cardiopatía isquémica de 5 consultorios médicos urbanos evaluación del estado de control de diabetes mellitus. (Benedict)

Control DM	Intervención			
	Antes	%	Después	%
Se realiza Benedict	7	12.7	50*	90.9
No se realiza Benedict	48	87.3	5	9.1
Total	55	100	55	100

**Fuente:** Cuestionario

**Leyenda:**

Prueba Mc Nemar con factor de corrección.

\*Significativo  $P < 0.05$ .

% sobre la base total de pacientes diabéticos  $n=55$

## DISCUSIÓN

La tabla 1 muestra resultados que coinciden con la literatura revisada constituyendo factores de riesgo coronarios modificables, los cuales favorecen la formación de la aterosclerosis coronaria aunque podemos citar otros como: Dislipoproteinemia, estrés y anticonceptivos, enfermedades vasculares.

La tabla 2 muestra resultados antes y después de la intervención al compararlos desde el punto de vista estadístico son significativo  $P < 0.05$ , lo que demuestra que con las actividades educativas aplicadas se modificaron posteriormente los hábitos nutricionales de estos pacientes lo que coincide con estudios analizados en tres barrios de Bruselas, Bélgica, en un grupo de pacientes con riesgo Cardiovascular bajo, donde se logro cambios en el estilo de vida tales como: Cambios en el consumo de calorías, hábitos de fumar y cambios en la glucosa sanguínea después de actividades de interdicción, estudios recientes comprobaron hábitos nutricionales adecuados, consumo de frutos, vegetales, mariscos, pescado y uso de aceite vegetal disminuyeron el riesgo de enfermedades coronarias accidente vascular (AVE) e Hipertensión Arterial (-).

En la tabla 3 se observa que nuestros resultados no son tan relevantes, pero se logro disminuir el numero de fumadores, así como el numero de cigarros diarios, o sea, que las actividades educativas realizadas tuvieron impacto sobre los pacientes fumadores.

La tabla 4 muestra los resultados que se exhiben en esta tabla coinciden con estudios realizados por Rasvodouski donde después de la aplicación de un programa de actividades educativas para la salud en pacientes con alto riesgo Cardiovascular, logro la reducción del consumo de alcohol.

En la tabla 5 se observa nuestros resultados son halagüeños, se logro la integración de un numero considerable a los círculos de abuelos e investigación realizada por Vallebona y Cala colaboradores, demuestran que la práctica del ejercicio físico esta reducido en muchos pacientes con enfermedades cardiovasculares, y que los eventos coronarios en este tipo de enfermo se reducen con una apropiada actividad física, lo que mejora la capacidad funcional que esta muy vinculada a la sobre vida global de estos pacientes.<sup>40</sup>

Es conocido que la hipertensión es comúnmente protagonista de las enfermedades cardíacas. La HTA esta asociada con un incremento de riesgo de infarto miocardio agudo y muerte súbita, por lo que el control de la misma a través de acciones sobre el estilo de vida proporciona una reducción de eventos coronarios agudos como así lo demuestran los estudios realizados en la universidad de Leels. EUA, donde la muestra entrenadora precavó la importancia del control de la HTA, de ahí el mayor número de pacientes controlados después de la intervención.<sup>41</sup>(tabla 6 ).

En la tabla 7 se demuestra que la intervención pudo modificar positivamente la actitud de los pacientes ante la realización de esta prueba de benediet, así como el conocimiento de su importancia en el estado de control de esta afección. Estudios realizados evidenciar la posición desfavorable de la actividad metabólica en el diocardio de diabéticos y la rápida y seria progresión de la ateroesclerosis, lo cual resulta un alto riesgo de enfermedad Cardiovascular en los diabéticos, por lo que programas de intervención sobre esta entidad disminuyen la incidencia y morbimortalidad por afección coronaria.<sup>42</sup> Por todos lo ante expuesto arribamos a las siguiente conclusiones, se demostró la presencia de estilos de vida inadecuadas relacionado a factores de riesgo coronario antes de la aplicación de las actividades de educación para la salud aplicadas, lográndose modificar favorablemente los estilos de vida en este grupo de pacientes afectados por cardiopatía coronaria posterior a la intervención con actividades con educación para la salud, se corroboró que las Técnicas de educación aplicadas fueron útiles.

## **RECOMENDACIONES**

Incrementar en cada área de salud de la atención primaria las actividades de promoción de salud con el fin de modificar estilos de vida asociados a la cardiopatía isquémica.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Valdés Pacheco E, Morrees Abella A, Alonso Días NL. Prevalencia y factores de riesgo de cardiopatía isquémica. Rev Cub Med Gen Integr 1998; 14 (6): 590-94.
2. Moura EP. Coronary risk factor in elderly: prospective study. Sao Paulo; 2002. pp. 117.
3. Ferreira BA. Risk factor coronary disease: patients behaviour and perceptions after hemodynamic interventions. Sao Paulo, 1999.p.128.
4. Álvarez SR, Díaz G, Salas MI, Lemus ER, Batista MR. Temas de Medicina General Integral. En: Síndrome de cardiopatía isquémica. La Habana. Ed Ciencias Médicas; 2001. pp. 536-538.
5. Manderback K, Lundberg O, Marjikainer P. Do risk factors and health behaviours contribute to self rating of hearth. Sco Sei Med 1999; 48 (12): 1713-20.
6. Hoffmann I, Baldonado R, Ron M, Leandro G; Aporte L. Hiperinsulinemia y sensibilidad a la sal. Venez, farmacol 2002; 21(1) 39-46.

7. Dok, Green A, Guthrie TR, Dudtey EC, Bringer HG. Logitudinal study of risk factors for coronary disease across menopausal transition. *Am J Epidemiología* 2000; 151 (6): 584-93.
8. Gus I, Rischmann A, Medina C. Prevalence of risk factors for coronary artery disease in the Brazilian State of Ríó Grande do Sul. *Arq bras cardiol* 2002; 78 (5): 478-490.
9. White WB, Prisant SM, Wright JT. Management of patients with hypertension and diabetes mellitus: Advances in the evidence for intensive treatment. *Am J Med* 2000; 108: 238-45.
10. Pérez GH, Sharasky LL, Hojaij EM, Pandolfi TC, Caramelli B. Psychological factors influencing smoking persistence in coronary patients. *Arq bras cardiol* 1995; 64 (5): 459-462.
11. Mero JF, Priets X, Quintana E, Fiol C, Costineiras MT. Efficacy of hygienic and dietary therapy coronary patients with isolated Hypoalpha \_ lipoproteinemia. *A N Med Interna* 1999; 16 (12): 620-25.
12. Klensdal TO, Tonstad S, Hjermann I. How to identify individuals with elevated cardiovascular risk? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; 124 (6): 799-801.
13. Adler AL. Managing diabetes: what to do about cardiovascular disease. *Diabetes Pes Glin Pract* 2003; 61 (1): 3-8.
14. Spinor J; Vitorek J. Diabetes Mellitus and chronic heart failures. *Unitr Lek* 2003; 49 (12): 927-34.
15. Laing SP, Swerdlow AJ, Slater SD, Burden AC, Morris A. Mortality from heart disease in a cohort of 23000 patients with insulin-treated diabetes. *Diabetología* 2003; 46 (6): 760-5.
16. Bobrie G, Chatellier G, Genes N, Clerson P, Vaur L. Cardiovascular prognosis of "masked hypertension" detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA* 2004. 291 (11): 1342-9.
17. Gerdts E, Omvik P, Mo R, Kjeldsen SE. Hypertension and heart disease. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; 124 (6): 802-5.
18. Howell SJ, Sean JW, Foix P. Hypertension, hypertensive heart disease and perioperative cardiac risk. *Br J Anaesth* 2004; 92 (4): 570-83.
19. Tataranni; PA, Bogardus C. Changing Habits to Delay Diabets. *N Engl J Med* 2001; 344(18):1343-1350.
20. Pastor J. Hipertensión Arterial: Estratificación de riesgo. *Rev Cub Med Gen Int* 1999; 6(1): 597.
21. Gendts E, Omvik P, Mo R, Kjeldsen SE. Hipertensión and Heart disease. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; 124(6): 802-5.
22. Shah SH, Newby LK. C-reactive protein: a novel marker of cardiovascular risk. *Cardiol Rev* 2003; 11(4): 167-79.

23. Comuzzie AG, Mitchell BD, Cole S, Martín LJ, Hsueh WC. The genetics of obesity in Mexican Americans: the evidence from genome scanning efforts in the San Antonio family heart study. *Hum Biol* 2003; 75(5): 635-46.
24. Ivace C, Cortese C, Fiaschi E, Carallo, Fannaro E. Wall shear stress is associated with intima-media thickness and carotid atherosclerosis in subjects at low coronary heart disease risk. *Stroke* 2004; 35(2): 464-8.
25. Filikowski J, Rzepiak M, Renke W, Winicka A, Smolinska D. Selected risk factors of ischemic heart disease in Polish seafarers. Preliminary report. *Int Manit Health* 2003; 54(1-4): 40-6.
26. Müller-Wieland D, Krone W. Hyperlipidemia: therapeutic principles in clinical practice. *Med Klin* 2003; 98(12): 739-43.
26. Kartal O, Negis Y, Ayton N, Molecules Mechanisms of cholesterol or homocysteine effect in the development of atherosclerosis. *Biofactors* 2003; 19(1-2): 63-70).
27. Caslake MJ, Packard CJ. Lipoprotein-associated phospholipase A2 and cardiovascular disease. *Curr Opin lipidol* 2003; 14(4): 347-52.
28. Holst I, Monge R, Marín RM, Hidalgo K, Kelly M. Perfil de lípidos y lipoproteínas en inmigrantes chinos residentes en Costa Rica. *Arch latinoam nutr* 2002; 52(2): 261-266.
29. Armaganijan D. Triglyceride and high density lipoprotein cholesterol relevance in coronary artery disease. *RBM rev bras med* 2003; 60(6) 351-355.
30. Jonkers IJ, Smelt AH, Van der Laarse A. Hypertriglyceridemia: associated risk and effect of drug treatment. *Am J Cardiovasc drugs* 2001; 1(6): 455-66.
31. Scarsella C, Després JP. Treatment of obesity: the to target attention on high risk patients characterized by abdominal obesity. *Cad Saude públic* 2003; 19(supli) S7-S19.
32. Prado ES, Dantas EHM. Efectos de los ejercicios físicos aeróbicos y de fuerza en lipoproteínas: HDL y LDL. *Arg bras Cardiol* 2002; 79(4): 429-433.
33. Verhaegen P, Borchelt M, Smith J. Relation between cardiovascular and metabolic disease and cognition in very old age. *Health Psychol* 2003; 22(6): 559-69.
34. Rivera- Casado TM. Aging and the cardiovascular system. *J Gerontol Geriatr* 1999;32(6): 412-419.
35. Srinath R, Katan MB. Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular disease. *Public Health Nutr* 2004; 7(1A): 167-86.
36. Devroey D, Kartounian J, Vandevoorde J, Betz W, Cogse M, et al. Primary prevention of coronary heart disease in general practice: a cross sectional population study. *Int J Clin Pract* 2004; 58 (2): 130-8.
37. Hek. Dietary fat and stroke: a different story from coronary heart disease. *Ital Heart J* 2003; 4 (12): 821-3.

38. Razvodovskii Lu E. Alcohol and cardiovascular disease mortality. Pobl Sostsialnoi Gig Istor Med 2002; (5): 18-21.
39. Gerdts E, Omvik P, Mo R, Kjeldsen SE. Tidsskr Nor Laegeforen 2004; 124 (6): 302-5.
40. Howel SJ, Sear JW; Foex P. Hypertension, hypertensive heart disease and perioperative cardiac risk. Br J Anaesth 2004; 92 (4): 461-4.
41. Belobradkora J, Filipensky B. The Heart in diabetes. Unitr Lek 2003; 49 (12): 921-6.
42. Abraham WT. Preventing cardiovascular events in patients with diabetes mellitus. Am J Med 2004; Suppl 5A: 39-46.

Recibido: 16 de febrero de 2005  
Aprobado: 1 de marzo de 2005

Lic. en Enfermería. Bertha M. Lorenzo Velásquez. Asistente. Miembro Titular de la SOCUENF. Policlínico Docente Raúl Sánchez. Pinar del Río.