



UNAP



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

**“RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD
CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA Y ACCIÓN A TOMAR EN
POBLACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE
NIVEL III DE LORETO – PERÚ, 2020”.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

GIANMARCO RAMIREZ ORTIZ

ASESOR:

M.C. MARCOS HUGO PARIMANGO ALVAREZ, MGR.

IQUITOS, PERÚ

2021

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

ACTA DE SUSTENTACION DE PLAN DE TESIS

N° 032/ CGT-FMH-UNAP-2021

En la Ciudad de Iquitos, Distrito de Iquitos, Departamento de Loreto, a los días 12 del mes de Enero de 2021 a horas 12:00 m, se dio inicio a la sustentación pública del Informe Final del Plan de Tesis titulado "Reconocimiento de síntomas de enfermedad cerebrovascular isquémica y acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto-Perú, 2020" aprobado con Resolución Decanal de sustentación Nro. 005 -2021 FMH-UNAP. Presentado por el bachiller Gianmarco Ramírez Ortiz, para optar el título profesional de Médico Cirujano, el Jurado Calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal Nro. 384-2020-FMH-UNAP del 25 de Noviembre del 2020.

- Dr. Hermann Federico Silva Delgado.
- Mg. DUGE Jorge Luis Baldeón Ríos.
- M.C. Chaner Zumaeta Córdova.

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: *a de acadaunite*

El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La sustentación pública y el Informe Final del Plan de Tesis han sido *a probado* con la calificación *diecinueve*

Estando la bachiller *expedito* para obtener título profesional de Médico Cirujano.

Siendo las *13:15* se dio por terminado el acto académico.

Dr. Hermann Federico Silva Delgado.

Presidente

Mg. DUGE Jorge Luis Baldeón Ríos.

Miembro

M.C. Chaner Zumaeta Córdova.

Miembro

M.C. Marcos Hugo Patimango Alvarez

Asesor

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESOR DE LA TESIS



UNAP


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

Miembros del Jurado Examinador y asesor/visor



Dr. Hermann Federico Silva Delgado.

Presidente



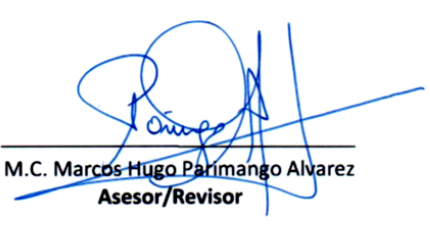
Mg. DUGE Jorge Luis Baldeón Ríos.

Miembro



M.C. Chaner Zumaeta Córdova.

Miembro



M.C. Marcos Hugo Parimango Alvarez

Asesor/Revisor

DEDICATORIA

A mi madre Elsa Mirea

Por ser mi fortaleza y estímulo para salir adelante, que han hecho que,
a través de su amor, paciencia y enseñanza de buenos valores convertirme
en lo que soy.

A mi padre Juan Carlos

Por su apoyo, consejos y estar en los momentos que necesitaba.
Buscando siempre que todos estemos bien.

A mi abuelita Olga.

Por ser mi principal inspiración y la razón de querer apoyar al prójimo.
A ti que estás en el cielo, te lo dedico.

A Janela

Por su apoyo, cariño y paciencia desde el momento en que la
conocí.

Gianmarco Ramirez Ortiz

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y sobre todo a la facultad de Medicina Humana, por brindarme la oportunidad de formarme como un buen profesional.

A mis docentes que durante toda la carrera se esmeraron por impartir buenos conocimientos, experiencias y sobre todo mucha pasión por lo que hacen.

A todo el personal del Hospital Regional de Loreto, en donde llevé mi internado y adquirí bonitas experiencias personales y académicas, y sobre todo permitirme llevar a cabo el desarrollo de este trabajo.

A mis familiares y amigos.

Gianmarco Ramirez Ortiz

ÍNDICE DE CONTENIDO

Portada	i
Acta de sustentación.....	ii
Miembros del Jurado examinador y asesor de la tesis	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Índice de contenido.....	vi
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos... ..	viii
Resumen	x
Abstract.....	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	7
1.1. Antecedentes de investigación	7
1.2. Bases teóricas	14
1.3. Definición de términos básicos	26
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	28
2.1. Formulación de la hipótesis:	28
2.2. Variables y su operacionalización:.....	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	38
3.1. Tipo y diseño	38
3.2. Diseño muestral:.....	38
3.3. Procedimiento de recolección de datos	41
3.4. Procesamiento y análisis de datos	44
3.5. Aspectos éticos.....	44
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	45
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	57
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	61
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES.....	63
CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN.....	64
ANEXOS.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de acuerdo a su edad en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.....	45
Tabla 2. Pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de acuerdo al sexo y nivel educativo en un hospital de nivel III de Loreto – Perú durante el mes de octubre, 2020.....	46
Tabla 3. Pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de acuerdo al consumo de cigarrillos y alcohol en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.....	46
Tabla 4. Comorbilidades en pacientes que acudieron a los consultorios de endocrinología y cardiología en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.	47
Tabla 5. Conocimiento del tiempo máximo en el que se puede emplear el tratamiento en la ECV en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Curva de distribución de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de acuerdo a su edad en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre 2020.....	45
Gráfico 2. Nivel de conocimiento de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus sobre la definición de enfermedad cerebrovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.	48
Gráfico 3. Reconocimiento de factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.....	49
Gráfico 4. Reconocimiento de medidas de prevención para evitar la enfermedad cerebrovascular en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.....	50
Gráfico 5. Conocimiento de la existencia de tratamiento para la enfermedad cerebrovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.....	51
Gráfico 6. Contacto previo con personas que sufrieron de enfermedad cerebrovascular en pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.	52
Gráfico 7. Reconocimiento de síntomas de la enfermedad cerebrovascular en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.	53
Gráfico 7-A. Nivel de reconocimiento de síntomas de la ECV en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.....	54

Gráfico 8. Actitud de los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus ante un derrame cerebral en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.	55
Gráfico 9-A. Conocimiento del número SAMU en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto – Perú durante el mes de octubre, 2020.....	55
Gráfico 9-B. Conocimiento del número de bomberos en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.....	56

RESUMEN

Objetivos: El principal objetivo fue describir el nivel de reconocimiento de síntomas de enfermedad cerebrovascular y acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y prospectivo, donde se incluyó 267 pacientes del Hospital Regional de Loreto. Se utilizó un cuestionario validado a 134 pacientes con hipertensión arterial y/o una muestra de 133 pacientes con diabetes mellitus. Se usó medidas de tendencia central, distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: El género más frecuente fue el femenino (62.55%) con edades entre los 40 – 60 años; el 96.25% y 75.28% de los pacientes no fuman ni consumen alcohol respectivamente; más del 80% reconoce los síntomas de ECV siendo la asimetría facial como la principal. El 78% no posee una definición adecuada del ECV; pero en los factores de riesgo para desarrollarla la hipertensión arterial (más del 90%) seguida del estrés (más del 80%) fueron las principales. El 68% de los pacientes considera que sí existe tratamiento para el ECV, pero desconocen cómo funciona; además el 99% desconoce el tiempo máximo en el que hay que iniciar el tratamiento para ello.

Conclusiones: Existe un buen reconocimiento de síntomas de ECV, pero una mala actitud a la hora de tomar decisiones frente a una emergencia de esta enfermedad.

Palabras claves: enfermedad cerebrovascular, riesgo, cardiovascular.

ABSTRACT

Objectives: The main objective was to describe the level of recognition of symptoms of cerebrovascular disease and action to be taken in a population with cardiovascular risk in a level III hospital in Loreto - Peru, 2020.

Materials and methods: Descriptive, observational, cross-sectional and prospective study. It includes 267 patients from Hospital Regional of Loreto. A validated questionnaire was used to 134 patients with arterial hypertension and a sample of 133 patients with diabetes mellitus. Measures of central tendency, distribution of absolute and relative frequencies were used.

Results: The most frequent gender was female (62.55%) with ages between 40 - 60 years; 96.25% and 75.28% of the patients do not smoke or consume alcohol respectively; more than 80% recognize CVD symptoms, and facial asymmetry is the main one. 78% do not have an adequate definition of CVD; but in the risk factors for developing it, arterial hypertension (more than 90%) followed by stress (more than 80%) were the main ones. 68% of patients consider that there is treatment for CVD, but they do not know how it works. Furthermore, 99% do not know the maximum time in which it is necessary to start treatment.

Conclusions: There is a good recognition of CVD symptoms, but a poor attitude when making decisions in the face of an emergency of this disease.

Keywords: cerebrovascular disease, risk, cardiovascular.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es atribuida como la segunda causa de fallecimiento y la tercera causa de disfuncionalidad en el mundo, lo cual tiene consecuencias en la familia y en la comunidad (1). Puede ser tanto de tipo isquémico como hemorrágico, siendo el isquémico el más frecuente, representando el 85% del total de casos (1).

La Organización Mundial de la Salud considera que anualmente, 15 millones de personas a nivel mundial sufren de ECV, de los cuales un tercio fallece y otro tercio queda permanentemente discapacitados (2). Además, en el Perú, la incidencia de ECV es de 33 por cada 100 000 (3) y se ha reportado que entre un 15% y 19.6% de todas las muertes prematuras son originadas por la ECV (4).

Los más importantes factores de riesgo de ECV son similares a los de la enfermedad cardiovascular, lo cuales son principalmente factores de riesgo que se modifican como la hipertensión arterial y el consumo de tabaco (2). Otros factores son el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol, la alimentación no saludable, la dislipidemia y la diabetes (3). Los riesgos no modificables son la edad (>45 años), la raza negra o latina y los factores genéticos (5).

La última guía de práctica clínica del 2018 realizada por la American Heart Association y la American Stroke Association reafirma que el beneficio de la

terapia trombolítica está comprobado si se realiza hasta 4.5 horas después del inicio de los síntomas (6). Por lo cual la primera recomendación de clase I, convoca a los especialistas en salud pública y los expertos de la salud al diseño e implementación de programas de educación pública, para la identificación precoz de los síntomas y la búsqueda de atención rápida (6). Estos programas deben mantenerse a lo largo del tiempo y estar diseñados para llegar a poblaciones diversas de raza, etnia, edad y sexo (6).

Para la implementación de programas de educación, se debe establecer el grado de conocimiento previo, por lo que se han realizado estudios en diferentes poblaciones sobre los conocimientos acerca de los “signos de alarma del ECV”, los cuales son parte del acrónimo F.A.S.T en inglés o H.E.R.O.E en español (7). Por ejemplo, se identificó que en una población de Estados Unidos que el 85.3% reconocía los síntomas de alarma (8), en cambio en otras poblaciones el porcentaje fue menor como en Zimbabwe (33%) (9), Korea (59,7%) (10), Ghana (23%) (11), Egipto (35.7%) (12), Brasil (35%) (13) y en Colombia sólo un 11% de familiares de pacientes con factores de riesgo tenía un grado bueno de conocimientos sobre síntomas de ECV (14).

En países con alta mortalidad por enfermedad cerebrovascular, como Perú (1), existe una necesidad urgente de evaluar el conocimiento de la población sobre esta enfermedad, ya que esto proporcionaría la base y la dirección para la educación sanitaria. Al proporcionarse estas directrices resultará beneficioso sobre todo en pro de los pacientes a la hora de tomar decisiones

que impliquen cambios en la reforma sanitaria sobre esta enfermedad que azota a nuestro país y sobre todo a los pobladores de nuestra ciudad.

La incapacidad del paciente para identificar los signos de advertencia de accidente cerebrovascular retrasa sustancialmente la búsqueda de emergencias, que se relaciona directamente con un peor resultado. Por tanto, conocer cuánto sabe las personas sobre esta patología, se vuelve fundamental si lo que se intenta es conocer si uno verdaderamente se encuentra preparado, para reconocer cualquier indicio que ocasione la aparición de esta patología. Además, por la diversidad cultural, estos estudios deben realizarse en diferentes poblaciones peruanas en donde existan opiniones e idiosincrasias muy distintas como nuestra región, que provienen de diferentes modos de vida y cultura, lo que hace de este estudio algo diferente e innovador; por lo que, se evaluará los conocimientos de pacientes con factores de riesgo para ECV en un hospital de nivel III de Loreto, por ser este uno de los establecimientos de salud más concurridos por la población loreтана. Debido a esto, se ha planteado el siguiente problema:

Problema general

¿Cuál será el nivel de reconocimiento de síntomas de enfermedad cerebrovascular isquémica y la acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y características clínicas de la población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020?
- ¿Cuál será el nivel de conocimiento acerca de las medidas preventivas y los factores de riesgo sobre la enfermedad cerebrovascular isquémica en la población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020?
- ¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre el tiempo máximo y el tratamiento oportuno de la enfermedad cerebrovascular isquémica como parte de la acción a tomar en la población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020?

Objetivos

Objetivo general

Describir el nivel de reconocimiento de síntomas de enfermedad cerebrovascular isquémica y acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y características clínicas de la población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020.
- Determinar el nivel de conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en

población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020.

- Determinar el nivel de conocimiento sobre el tiempo máximo y el tratamiento oportuno de enfermedad cerebrovascular como parte de la acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020.

Justificación

Importancia

En países con alta mortalidad por enfermedad cerebrovascular, como Perú (1) y donde además la problemática sobre el diagnóstico y tratamiento oportuno es latente, se requieren de estudios que busquen mejorar la oportunidad de tener una atención médica y sobre todo que promuevan la prevención.

Por lo cual existe la necesidad de evaluar el conocimiento de la población sobre esta enfermedad, ya que esto proporcionaría la base y la dirección para la educación sanitaria. Además, por la diversidad cultural, estos estudios deben realizarse en diferentes poblaciones peruanas, por lo cual el objetivo de este estudio será evaluar los conocimientos de pacientes con factores de riesgo para ECV en un hospital de nivel III de Loreto.

Debemos comprender que el proceso educativo de cualquier enfermedad recae al final sobre el personal sanitario. El refuerzo de los conceptos de autocuidado está a cargo del médico, la nutricionista, el psicólogo y los demás actores del proceso de atención. Sin embargo, también es importante

que la educación del paciente ayude a mejorar su participación en la atención, a tomar decisiones informadas y la prevención de enfermedades en primera instancia que se va lograr si todos los involucrados participan de manera conjunta.

Es por eso, que a partir de los resultados obtenidos en este estudio, se ponga en marcha futuras políticas de cambio para mejorar lo que ha estado fallando mucho, que el paciente se concientice de su enfermedad, o sea el mismo personal de salud que busque formas de educar al paciente ya sea a través de charlas o campañas múltiples de salud.

Viabilidad

Este estudio cuenta con los recursos humanos y materiales para su realización. Además, el planteamiento del proyecto y la ejecución del mismo serán supervisados en todo momento por un asesor clínico y una asesora metodóloga.

Limitaciones

- Sesgo de memoria por parte de los participantes del estudio.
- El consentimiento puede ser denegado por algunos participantes.
- La selección de la muestra fue por conveniencia, escogiendo a los pacientes que acuden a su control de diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital Regional de Loreto.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de investigación

1.1.1. Internacionales:

En el año 2019, se desarrolló una investigación cuyo objetivo fue investigar la epidemiología del ictus, su prevalencia y factores de riesgo con el fin de aumentar la conciencia de las personas sobre este problema. La búsqueda se realizó utilizando diferentes bases de datos de revistas y fuentes reconocidas. Además, la búsqueda se realizó utilizando la biblioteca electrónica de la Universidad de Ciencias de la Salud de Taibahu (Arabia Saudita). Obteniéndose como resultados que, la segunda causa principal de mortalidad en todo el mundo es el accidente cerebrovascular y representa la tercera causa principal de morbilidad a nivel mundial. Los factores de riesgo de accidente cerebrovascular se dividen en factores modificables y no modificables. Los factores comunes no modificables que no pueden modificarse ni controlarse son el ataque isquémico transitorio y los antecedentes familiares. Además, los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia son la hipertensión no controlada seguida de la diabetes no controlada. Además, la inactividad física, el tabaquismo, la ingesta excesiva de alcohol y la obesidad se consideran factores de riesgo modificables para el ictus. Se concluye que el accidente cerebrovascular alarmante se puede reducir o incluso prevenir controlando o evitando estos factores de riesgo modificables (15).

En el 2018, se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal cuyo objetivo fue conocer la estadística de los padecimientos isquémicos y hemorrágicos en el servicio de Medicina Interna con base en datos recopilados con archivos clínicos del Hospital General de Matamoros, Tamaulipas (México). Para lo cual, mediante el uso del expediente clínico se obtuvo la información de las variables de edad, género, fecha de ingreso, fecha de egreso, pruebas diagnósticas, tomografías realizadas durante el ingreso del paciente a dicho hospital, del 26 de junio de 2012 al 21 de junio de 2017. Obteniéndose como resultados que, de 4619 pacientes ingresados al hospital, 438 pacientes tuvieron diagnóstico de enfermedad vascular cerebral (9.4%); de ellos, el hemorrágico representó 18.5%, el isquémico 46.3% y 33.8% no tuvo diagnóstico. La edad media fue de 65 años. Concluyéndose que, el hombre muestra mayor tendencia, con más afectación en personas más jóvenes, lo que difiere del resto de las investigaciones de México y Latinoamérica (13).

En el 2018, se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal en pacientes del Policlínico “Marta Abreu” (Cuba) de enero de 2015 a julio de 2017 que tenía como objetivo describir el comportamiento de algunos factores de riesgos asociados a la enfermedad cerebrovascular. La población objeto de estudio estuvo integrada por 191 pacientes dispensarizados por enfermedad cerebrovascular pertenecientes a esta área de salud y la muestra incluyó a 152, para

su selección se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y se les aplicó un cuestionario sobre los factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular. Obteniéndose como resultados que, predominaron los pacientes de 60-69 años de edad, del sexo masculino (31,6%), los que sufrieron infarto cerebral (51,3%) y los enfermos que tenían antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial (78,3%). Se llegó a la conclusión que, los accidentes cerebrovasculares fueron más frecuentes en pacientes adultos mayores, del sexo masculino, fumadores y con antecedentes familiares de enfermedad cerebrovascular y personales de hipertensión arterial (14).

En el 2019, se realizó un estudio cuantitativo, transversal, en ambiente no-clínico cuyo objetivo fue analizar el conocimiento de adultos jóvenes sobre el accidente cerebrovascular. A través de los niños de las escuelas de la ciudad de Évora (Portugal), se pidió la participación de las figuras parentales. Los aspectos éticos fueron respetados. Se usó un cuestionario de auto relleno devuelto pasado una semana. Como resultados se obtuvo que, la edad media de los participantes del estudio fue de 42.25 años (DP=5.00). El comportamiento de riesgo más referido para el accidente cerebrovascular es el tabaquismo (56.5%), siguiendo la hipertensión (28.8%) y la hipercolesterolemia (28.8%). Las principales fuentes de información son la televisión (93,2%) y los amigos (89,4%). En la ayuda inmediata, las actitudes de los participantes serían en la

mayoría incorrectas, existiendo un desfase entre el conocimiento y la respectiva actuación. Se concluyó que existe déficit de alfabetización en salud, y que es urgente el desarrollo de proyectos que informen y ejemplifiquen, los riesgos de los comportamientos (16).

En el 2016, se realizó un estudio observacional prospectivo, que tuvo como objetivo evaluar el proceso de la búsqueda de atención médica, a través del conocimiento sobre los síntomas, las características sociodemográficas, clínicas y tiempo para actuar ante un ECV de 161 pacientes con ese diagnóstico atendidos en hospitales holandeses. Se utilizó un cuestionario semiestructurado para evaluar el conocimiento, reconocimiento e interpretación de los síntomas del accidente cerebrovascular y acciones de respuesta. Como resultados obtuvo que la media de tiempo entre el inicio de síntomas y la llamada de emergencia fue de 30 minutos. La edad promedio fue de 72 años y el 53% eran hombres. El 52% indicó que reconoció la debilidad de una extremidad como signo de alarma y el 35% reconoció a la asimetría facial. Sólo el 10% reconoció los 3 signos de alarma principales. Como conclusión obtuvo que el tiempo entre el inicio de síntomas y la llamada de emergencia era menor si se reconocían la debilidad de una extremidad y la pérdida de conocimiento (17).

En el 2018, se realizó un estudio descriptivo, transversal cuyo objetivo fue describir el conocimiento sobre “ECV” en la población urbana de Belo Horizonte-Brasil. En este estudio se invitó a los participantes a

visualizar un video donde se mostraba una persona con signos de “ECV” y luego fueron entrevistados mediante un cuestionario semiestructurado para evaluar su conocimiento. Como resultado obtuvo que el 56.1% de los participantes reconocieron que la persona del video estaba padeciendo una “ECV”. El sexo femenino y el tener contacto con una persona que haya tenido “ECV” fueron factores asociados al conocimiento de los signos de “ECV”. Las manifestaciones clínicas más identificadas fueron la “debilidad” con 34.7% y la “dificultad para hablar” con el 31.6%. El principal factor de riesgo identificado fue “la dieta no balanceada” con un 43.3% y la hipertensión con un 33.7%. Además, el 66.8% indicó que ante un caso de “ECV” llamaría a emergencias y el 17.8% indicó que llevarían al paciente de frente al hospital. Este estudio obtuvo de conclusiones que el nivel de conocimientos sobre “ECV” es bajo en la población estudiada (18).

1.1.2. Nacionales

En el 2017, se desarrolló un estudio no experimental, analítico de tipo casos y controles, de corte transversal que incluyó como población de estudio pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica que acudían al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante ese año. Tenía como objetivo identificar los factores que determinan el tiempo de llegada al servicio de emergencia de dicho nosocomio durante el año 2017.

Obtuvo como resultados que el principal factor determinante de la llegada temprana al servicio de emergencia fue el reconocimiento de signos de alarma por el mismo paciente o su contacto (OR: 109.650; IC 95%: 22.78-527.83; $p < 0.001$), seguido de haber tenido una "ECV" previa (OR: 6.3; IC 95%: 1.961 - 20.238; $p = 0.001$).

Obtuvo como conclusión que el principal factor protector para la llegada oportuna es el reconocimiento de signos de alarma por el paciente o su contacto (19).

En el 2018, se ejecutó un estudio de tipo observacional, analítico y a la vez retrospectivo, buscándose lograr identificar los factores de riesgo asociados a accidente cerebrovascular isquémico trombótico en el Servicio de Neurología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2016. Obteniéndose como resultados que, la edad avanzada tuvo un OR 4,8; sexo masculino OR 1,616; la hipertensión arterial OR 9,205; dislipidemia OR 5,771; el tabaquismo OR 4,072; diabetes OR 3,78 e IMC alto OR 3,124. Demostrándose que existe asociación estadísticamente significativa. En el multivariado, la edad avanzada disminuyó su OR 2,698 $p = 0,083$ al igual que el sexo masculino OR 0,587 $p = 0,359$. Las demás variables, hipertensión arterial OR 9,966; diabetes OR 9,754; dislipidemia OR 11,983; tabaquismo OR 8,131 e IMC alto OR 4,461 aumentaron su OR presentando una asociación estadísticamente significativa. Concluyéndose, que la hipertensión arterial y dislipidemia son los principales factores de riesgo asociados a ACV isquémico trombótico,

por lo que se hace énfasis en su control y seguimiento del paciente (20).

En el año 2019, se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal y mixto, cuyo objetivo fue identificar los principales factores asociados al retraso en el diagnóstico de pacientes con eventos cerebrovasculares en el Hospital Regional de Ayacucho en el periodo enero 2017 a diciembre del 2018. Obteniéndose como resultados, que, de las 311 historias, 205 correspondieron a ECV, los cuales tenían un promedio de 69.02 años, con un predominio femenino de 50.7%; el tiempo de llegada promedio desde el inicio de síntomas hasta acudir al Hospital, fue de 38.71 horas, donde se obtuvo una demora promedio de 14.06 horas desde la llegada al hospital hasta la realización de tomografía cerebral; el principal antecedente patológico encontrado fue la HTA (51.2%) seguida de ECV anterior (9.8%) y diabetes mellitus (9.3%). Concluyéndose que, el factor más importante relacionado al retraso de diagnóstico extrahospitalario es la llegada a hospital donde se encontró un promedio de 38.71 horas con una relación de 0.776, y el intrahospitalario es la realización tardía de tomografía con un promedio de 14.06 horas y una relación de 0.638 (21).

En otro estudio realizado en el año 2017, de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, cuyo objetivo fue determinar el perfil clínico epidemiológico en pacientes adultos con enfermedad

cerebrovascular atendidos en la Unidad de Ictus en el hospital Belén de Trujillo en el periodo Enero del 2010 –Diciembre del 2013. Obteniéndose como resultados que, de las 303 historias clínicas analizadas el 50,16% corresponden al sexo masculino; el 73,26% fue diagnosticado de ECV Isquémico, de los cuales el 56,3% son del subtipo trombótico. La edad promedio para el ECV fue de 69 años; así como los días de estancia hospitalaria promedio fueron de 8 días. El 65% de los pacientes presentó dislipidemia y el 54,12% hipertensión arterial; asimismo el 15,1% presentó al menos un episodio previo de ECV. El déficit motor se encontró en el 90.7% de los casos y solo el 1,32% de los pacientes fallecieron. Concluyéndose que, el perfil clínico epidemiológico de los pacientes en la Unidad de Ictus es en su mayoría varones, con déficit motor y edad promedio de 68 años; diagnosticados con ECV Isquémico trombótico, presentando HTA o dislipidemia, sin episodio previo de ECV, con una estancia hospitalaria de 8 días promedio (22).

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Definición de la Enfermedad cerebrovascular

El último concepto actualizado el 2013 por la Asociación Americana del Corazón (identificada por sus iniciales en inglés como AHA) y la Asociación Americana de la enfermedad cerebrovascular” (identificada por sus iniciales en inglés como ASA) definen a la ECV como la muerte de células cerebrales, de la médula espinal o de la retina, que lo atribuyen a la isquemia o ruptura de un vaso, basado

en evidencia patológica, imagenológica u otra evidencia objetiva de lesión isquémica focal de una distribución vascular definida; o evidencia clínica basada en síntomas que persisten más de 24 horas o hasta la muerte, mientras se excluyan otras etiologías (23).

El accidente cerebrovascular se considera mejor como un síndrome resultante de varias enfermedades diferentes, todas las cuales causan una interrupción repentina del suministro de sangre a una parte particular del cerebro. Aproximadamente el 80% son causadas por isquemia cerebral primaria que resulta en infarto; El 20% son causadas por hemorragia cerebral. De estos últimos, tres cuartas partes son consecuencia de hemorragia intracerebral y una cuarta parte de hemorragia subaracnoidea. Incluso subtipos como el ictus isquémico y la hemorragia intracerebral tienen múltiples patologías, que pueden tener diferentes perfiles de factores de riesgo y diferentes tratamientos (24).

1.2.2. Clasificación

_Enfermedad cerebrovascular hemorrágica: es aquel tipo de ECV que se produce al romperse una arteria produciendo una colección focal de sangre dentro del parénquima cerebral o del sistema ventricular, el cual no es causado por un trauma. Sus síntomas suelen ser diagnosticadas por inspección, donde el principal es la cefalea (23).

_Enfermedad cerebrovascular isquémica: es la causa más frecuente de ECV. Su fisiopatología se explica con la obstrucción de una arteria

cerebral, de la medula espinal o una arteria de la retina, que tiene como consecuencia la isquemia del área que dependía vascularmente (23). Los síntomas persisten más de 24 h, caso contrario será considerado como un accidente isquémico transitorio (TIA) (23).

Para determinar la etiología de la ECV de tipo isquémico, se emplea la clasificación del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología, que considera 5 etiologías (25):

- Ictus aterotrombótico.
- Cardioembólico.
- Ictus por afección de pequeño vaso.
- Ictus de etiología infrecuente.
- Ictus de etiología indeterminada:
 - Ictus de causa desconocida tras estudio completo.
 - Ictus de causa indeterminada por estudio incompleto.
 - Ictus de causa indeterminada por coexistencia de 2 o más causas.

1.2.3. Factores de riesgo y medidas preventivas

La mayoría de los estudios epidemiológicos (particularmente los prospectivos, que proporcionan los datos más sólidos) no se pueden distinguir tipos de accidente cerebrovascular causado por hemorragia

del causado por infarto, y mucho menos diferenciar los subtipos isquémicos (24).

Los factores de riesgo de accidente cerebrovascular pueden clasificarse como modificables y no modificables. La edad, el sexo, los antecedentes familiares y la raza / etnia son factores de riesgo no modificables; mientras que la hipertensión, el tabaquismo, la dieta y la inactividad física se encuentran entre algunos de los factores de riesgo modificables identificados. Se aplican diferentes factores de riesgo a una población africana en el desarrollo de un accidente cerebrovascular. Los países podrían verse cada vez más afectada por una alta carga de accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades vasculares debido a las transiciones de salud en consonancia con los patrones sociales, económicos y demográficos en constante cambio. Además, los pobres se ven cada vez más afectados por el accidente cerebrovascular, lo que puede atribuirse a la exposición cambiante de la población a los factores de riesgo y la incapacidad de afrontar el alto costo de la atención del accidente cerebrovascular. Sin embargo, solo se dispone de pocos datos sobre los factores de riesgo específicos del contexto para priorizar las intervenciones para reducir la carga de accidentes cerebrovasculares (26).

1.2.3.1. Factores de riesgo no modificables:

_Edad: Es un factor de riesgo cardiovascular y con el avance de esta, el peligro de padecer ECV es mayor (5). La edad es el factor de riesgo más importante tanto para el infarto cerebral como para la

hemorragia intracerebral primaria. El riesgo de accidente cerebrovascular en las personas de 75 a 84 años es 25 veces mayor que en las de 45 a 54 años (27).

_Género: el género masculino es un factor de riesgo de accidente cerebrovascular, pero más mujeres sufren de accidente cerebrovascular debido a su mayor esperanza de vida y la importancia de la edad como factor de riesgo (24).

_Bajo peso al nacer: El riesgo de padecer una ECV puede ser el doble en pacientes que nacieron con menos de 2500 gramos comparados con los que nacen con peso normal (5).

_Raza o etnia: La raza negra y los hispanos/latinoamericanos tienen mayor incidencia de ECV que la raza blanca (5). La diferencia puede deberse a que la población negra tiene mayor prevalencia de enfermedades relacionadas al síndrome metabólico (5).

_Factores genéticos: El riesgo de padecer de ECV es mayor en personas con antecedentes familiares de ECV. El estudio Framingham reveló que el tener un padre con ECV menor de 65 años incrementa el riesgo hasta 3 veces. En caso que la ECV se relacione a patologías genéticas, deben realizarse estudios preventivos, como por ejemplo en la enfermedad poliquística renal autosómica dominante o en la displasia fibromuscular cervical para la búsqueda de aneurismas cerebrales (5).

1.2.3.2. Factores de riesgo modificables:

_Inactividad física: Los hombres que realizan actividad física tienen 25% menos riesgo de ECV y las mujeres 30% menos. La actividad física disminuye la presión arterial, controla la glicemia y el peso (5). La AHA y ASA recomiendan como mínimo 40 minutos de actividad física por 3 a 4 días por semana lo cual mejora la presión arterial y el perfil lipídico (Clase I; nivel de evidencia B) (5).

_Dislipidemia: Se ha demostrado la relación entre el nivel de colesterol total y el riesgo de padecer ECV por lo que se recomienda el uso de estatinas en pacientes con gran riesgo cardiovascular (Clase I; nivel de evidencia A).

_Dieta y nutrición: Las dietas bajas en sodio, con abundantes frutas y verduras reducen el riesgo de ECV (5). Por lo que se recomienda disminuir la ingesta de sodio a menos de 1500 mg/ día, incrementar la ingesta de potasio a 4700 mg/día (5). Además, también se recomienda la dieta mediterránea DASH que contiene mayor cantidad de frutas y verduras y baja cantidad de grasas saturadas (5).

_Hipertensión: Es el factor de riesgo principal y mejor estudiado, por lo que la disminución de la presión arterial es la medida más efectiva para prevenir la ECV es el control de la misma (5). Se sugiere el control periódico de la presión arterial para un tratamiento farmacológico adecuado y oportuno asociado a cambios de estilo de vida. La auto medición de la presión arterial mejora su control (5). Además, el aumento de la presión arterial es un factor de riesgo importante de accidente cerebrovascular y está asociado de forma

fuerte e independiente con el accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico. La relación entre la presión arterial diastólica y el accidente cerebrovascular subsiguiente es loglineal en todo el rango normal, y no parece haber un umbral (al menos no por encima del rango normal de presión arterial) por debajo del cual el riesgo de accidente cerebrovascular se estabiliza. El riesgo de accidente cerebrovascular casi se duplica con cada aumento de 7.5 mm Hg en la presión arterial diastólica. La presión arterial sistólica también es un factor de riesgo de accidente cerebrovascular. La naturaleza causal de la relación está fuertemente respaldada por los resultados de ensayos controlados aleatorios que muestran que el accidente cerebrovascular se puede prevenir reduciendo la presión arterial, incluso a niveles "normales" (24).

_Obesidad y distribución de grasa corporal: Se asocia a la hipertensión, la enfermedad cardiovascular, con la diabetes mellitus y con la ECV (5). Asimismo, el aumento del colesterol total y el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad son factores de riesgo importantes para la cardiopatía isquémica (CI), pero la relación con el accidente cerebrovascular parece más débil (24).

_Diabetes Mellitus: Favorece el riesgo de aterosclerosis produciendo el doble de probabilidades de padecer de ECV (5). Por lo que se recomienda el uso de estatinas y el control de la presión arterial en estos pacientes (5). El control glicémico no ha demostrado reducir el riesgo de ECV (5).

_Tabaquismo: Las personas fumadoras tienen el doble de riesgo de sufrir de ECV, por lo que se recomienda la consejería para que el paciente deje de fumar asociado a terapia farmacológica (5).

_Fibrilación auricular: Incrementa el riesgo de ECV 4 a 5 veces (5), por lo que requieren de terapia anticoagulante o antiagregante de acuerdo a la evaluación clínica (5).

1.2.4. Signos y síntomas de alarma de la enfermedad cerebrovascular:

La ECV tiene signos de alarma que deben ser conocidos por la población con factores de riesgo, los cuales pueden resumirse en el acrónimo FAST por sus siglas en inglés (28):

F= face: asimetría facial (28).

A= arm: hemiparesia de un miembro superior (28).

S= speech: afasia, disartria o habla incoherente (28).

T= time: tiempo oportuno para realizar la llamada de emergencia.

Se consideran otros síntomas también como (28):

_Déficit sensitivo motriz de un hemicuerpo.

_Confusión brusca, trastorno del lenguaje o entender el habla.

_Dificultad brusca para mirar en un solo o ambos ojos.

_Dificultad brusca para caminar por mareos, pérdida de equilibrio o coordinación.

_Cefalea severa brusca sin causa conocida.

La Universidad Autónoma de México, propuso el acrónimo HEROE para población hispanohablante donde se incluyen síntomas de territorio vascular posterior comparado con FAST que sólo incluye síntomas del territorio vascular anterior (7):

Habla: Incoherente, extraña o dificultosa.

Extremidades: Parálisis, adormecimiento o debilidad.

Rostro: Paralizado, adormecido o desviado.

Ojo: Cegado o paralizado.

Emergencia: Llamada de emergencia en caso de presentar súbitamente 1 o más manifestaciones.

1.2.5. Características clínicas

_Infarto frente a hemorragia: clínicamente, es imposible distinguir de forma fiable el infarto cerebral de la hemorragia intracerebral; esto solo se puede lograr con CT o MRI del cerebro. Por el contrario, la hemorragia subaracnoidea suele distinguirse fácilmente por su presentación con cefalea de inicio súbito (trueno) y signos de meningismo con rigidez del cuello. Debido a que el tratamiento de la hemorragia cerebral difiere notablemente del infarto, se requieren imágenes cerebrales urgentes en todos los pacientes con accidente cerebrovascular (24).

_Localización de la lesión: las consecuencias neurológicas de un ictus dependen de la región del cerebro afectada. La localización requiere conocimiento de la anatomía arterial cerebral y la ubicación de diferentes funciones dentro del cerebro. Los accidentes

cerebrovasculares del territorio isquémico se pueden dividir en accidentes cerebrovasculares de circulación anterior y posterior (24).

El accidente cerebrovascular de circulación anterior se localiza en el territorio de las arterias carótidas, que irrigan las arterias cerebrales anteriores y media. El infarto de la arteria cerebral anterior puede ser asintomático o causar debilidad, principalmente en la pierna. El accidente cerebrovascular de la arteria cerebral media puede causar hemiparesia (peor en el brazo si hay un infarto cortical, o afectar el brazo, la cara y la pierna por igual si afecta las estructuras subcorticales), pérdida hemisensorial, hemianopsia (por la afectación de la radiación óptica), disfasia (si está en el hemisferio dominante), falta de atención (visual y sensorial) y negligencia. La primera rama de la arteria carótida interna es la arteria oftálmica y, por lo tanto, los émbolos de una estenosis carotídea pueden causar isquemia retiniana. Esto generalmente se presenta con amaurosis fugaz, una "cortina" que desciende desde arriba, lo que lleva a una pérdida transitoria completa de la visión (24).

Accidente cerebrovascular de circulación posterior: la circulación posterior comprende las dos arterias vertebrales y la arteria basilar. La arteria basilar termina en la arteria cerebral posterior. El infarto de la arteria cerebral posterior produce hemianopsia por afectación de la corteza occipital. La circulación posterior irriga el tronco encefálico y el cerebelo, por lo que el infarto puede provocar hemiparesia o pérdida hemisensorial (por afectación de los tractos descendente y ascendente), ataxia o afectación de los núcleos de los pares

craneales (p. Ej., Vértigo, anomalías en los movimientos oculares, parálisis facial, debilidad de la lengua, disfagia). La isquemia basilar puede resultar en debilidad bilateral o pérdida sensorial, o pérdida bilateral (completa) de la visión (24).

Accidente cerebrovascular lacunar: muchos infartos lacunares son asintomáticos, pero son sintomáticos si afectan las fibras descendentes o ascendentes clínicamente elocuentes en la sustancia blanca o en la sustancia gris profunda. Más comúnmente, los síntomas ocurren como resultado de un infarto en la rama posterior de la cápsula interna, que afecta el tracto corticoespinal. Esto conduce a un accidente cerebrovascular motor puro (hemiparesia que afecta a la cara, el brazo y la pierna). Otros síndromes lacunares incluyen accidente cerebrovascular sensorial puro, accidente cerebrovascular sensoriomotor, disartria torpe de la mano (leve debilidad y torpeza de la mano con dificultad para hablar) y hemiparesia atáxica (ataxia y generalmente hemiparesia leve que afecta el mismo lado). Dado que no afectan a la corteza, los accidentes cerebrovasculares lacunares no se presentan con características como negligencia o disfasia (24).

1.2.6. Manejo de la ECV

1.2.6.1. Prehospitalario

- a. Se recomienda la educación de la población en general sobre los signos de alarma de ECV” para la activación oportuna del sistema de emergencia (6).

- b. Existen diversas herramientas para el reconocimiento de la ECV de forma pre hospitalaria las cuales son la escala prehospitalaria de Cincinnati (CPSS), la escala prehospitalaria de Los Ángeles (LAPSS), la de reconocimiento de ECV en salas de emergencia (ROSIER) y la escala FAST (face =cara, arm= brazo, speech=habla y time= tiempo). La escala que tiene mayor sensibilidad es la FAST (6).
- c. El personal de salud debe tener conocimiento de la llegada de un paciente con probable ECV para el manejo oportuno (6).

1.2.6.2. Hospitalario: Deben existir protocolos de atención para que los pacientes con ECV isquémico reciban tratamiento antes de las 4.5 horas de inicio de síntomas (6). El tratamiento puede ser médico mediante fibrinólisis o puede realizarse por trombectomía mecánica (6).

Una revisión sistemática sobre la incidencia de ECV reveló que en el término de cuatro décadas (1970-2008) la incidencia ha disminuido 42% en países desarrollados mientras que ha aumentado más del 100% en países de bajos y medianos ingresos por lo que, de continuar esta tendencia, la carga global del ECV se tornará grave para las economías de estos últimos países (29). Sobre todo, si actualmente la economía mundial se ha visto perjudicada por la pandemia.

1.3. Definición de términos básicos

Acción a ser tomada en el contexto de la enfermedad cerebrovascular: Primera acción que se realiza ante los síntomas de ECV.

Comorbilidades: Es un fenómeno clínico frecuente asociado al envejecimiento y en el que se distinguen relaciones de diverso nivel patogénico entre una enfermedad protagonista y otra u otras satélites (30).

Conocimiento de la existencia de tratamiento para la enfermedad cerebro vascular: Información que tiene una persona acerca del manejo hospitalario de la ECV.

Conocimiento del tiempo máximo en el que se puede emplear el tratamiento en la ECV: Información que tiene una persona acerca del tiempo máximo para empezar el tratamiento en la ECV.

Definición de enfermedad cerebrovascular: Definida como la muerte de células cerebrales, de la médula espinal o de la retina, atribuible a la isquemia o ruptura de un vaso, basado en evidencia patológica, imagenológica u otro hallazgo objetivo de lesión isquémica focal de una distribución vascular definida; o evidencia clínica basada en síntomas que persisten más de 24 horas o hasta la muerte, mientras se excluyan otras etiologías (23).

Edad: Años transcurridos desde el nacimiento según carnet de identidad.

Factores de riesgo: Es cualquier rasgo o exposición de una persona que aumente su probabilidad de padecer una enfermedad o lesión (27).

Dislipidemia: el antecedente de aumento patológico de los niveles de colesterol o triglicéridos en sangre respondidos por el paciente

Hábitos nocivos: Actividades que perjudican la salud de una persona.

Nivel educativo: Nivel de educación más alto que una persona ha concluido.

Medidas preventivas: Es el control de la propia salud. Comprende una gran gama de intervenciones sociales y ambientales derivadas a favorecer y cuidar la salud y la calidad de vida individuales a través de la prevención y solución de las causas principales de los problemas de salud (31).

Reconocimiento de síntomas de la ECV: Condición en la cual el paciente reconoce una percepción anómala relacionada a la ECV.

Sexo: Conjunto de rasgos funcionales y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la hipótesis:

No corresponde por ser un estudio de tipo descriptivo.

2.2. Variables y su operacionalización:

Variable independiente.

- Características sociodemográficas:
 - Edad.
 - Sexo.
 - Nivel educativo.
- Características clínicas:
 - Hábitos nocivos.
 - Comorbilidades.
- Definición de ACV
- Factores de riesgo.
- Medidas preventivas de enfermedad cerebrovascular.
- Conocimiento de la existencia de tratamiento para la enfermedad cerebro vascular.
- Conocimiento del tiempo máximo en el que se puede emplear el tratamiento en la ECV.

Variable dependiente

- Reconocimiento de síntomas de la ECV.
- Acción a ser tomada en el contexto de la enfermedad cerebrovascular.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLES INDEPENDIENTES							
Edad	Años transcurridos desde el nacimiento según carnet de identidad.	Cuantitativo	Años	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Joven • Adulto • Adulto mayor 	1: 18-29 años 2: 30-59 años 3: >60 años	DNI Encuesta
Sexo	Conjunto de rasgos funcionales y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Cualitativo	Género	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	1: Masculino 2: Femenino	DNI Encuesta
Nivel educativo	Nivel de educación más alto que una persona ha concluido.	Cualitativo	Último grado académico alcanzado	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior técnico o universitario 	1: ningún estudio 2: 1-6 3: 1-5 4: estudio universitario o técnico superior incompletos o completos.	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLES INDEPENDIENTES							
Hábitos nocivos	<p>Actividades que perjudican la salud de una persona.</p> <p>Tabaquismo: Adicción al consumo de tabaco.</p>	Cualitativa	Número de cigarrillos al día.	Nominal	OMS <ul style="list-style-type: none"> No fumador Fumador leve. Fumador moderado Fumador severo 	<p>1: Persona que no fuma.</p> <p>2: <5 cigarrillos al día.</p> <p>3: 6-15 cigarrillos al día.</p> <p>4: >16 cigarrillos al día.</p>	Encuesta
	<p>Consumo de alcohol: ingesta de bebidas alcohólicas que puede llegar a dependencia total.</p>		Frecuencia de consumo de alcohol.		MARCONI <ul style="list-style-type: none"> Abstinentes total. Bebedor excepcional u ocasional. Bebedor moderado Bebedor excesivo. Bebedor patológico o alcohólico. 	<p>1: no bebe alcohol</p> <p>2: bebe en situaciones especiales <5 veces al año.</p> <p>3: <12 estados de embriaguez al año.</p> <p>4: >12 estados de embriaguez al año.</p> <p>5: persona que presente signos y síntomas de dependencia de alcohol (físico o psíquico) independientemente de la frecuencia.</p>	

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLES INDEPENDIENTES							
Comorbilidades	Es un fenómeno clínico frecuente asociado al envejecimiento y en el que se distinguen relaciones de diverso nivel patogénico entre una enfermedad protagonista y otra u otras satélites (30)	Cualitativa	-	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> •Hipertensión arterial •Fibrilación auricular •Diabetes mellitus •Enfermedad renal crónica •Dislipidemias •Enfermedad cerebrovascular previa •Obesidad 	1: diagnóstico de HTA en los últimos tres meses. 2: paciente con diagnóstico de arritmia cardíaca en tratamiento. 3: diagnóstico de DM en los últimos tres meses. 4: paciente con una TFG <60 ml/min/1.73m ² SC ó daño renal >3 meses. 5: aumento patológico de colesterol o triglicéridos. 6: Antecedente de ACV, es decir, con perturbación focal de la función cerebral de origen vascular.	Historia Clínica / Encuesta
Definición de enfermedad cerebrovascular	Definida como la muerte de células cerebrales, de la médula espinal o de la retina, que se atribuyen a la isquemia o ruptura de un vaso, basado en evidencia patológica, imagenológica u otro hallazgo objetivo de lesión isquémica focal de una distribución vascular establecida (OMS)	Cualitativa	-	Nominal	1. Adecuado 2. Regular 3. Inadecuado	1: Muy parecido al concepto de la OMS. 2: Sólo considera la sintomatología como definición. 3: Concepto muy diferente al de la OMS.	Encuesta (evaluada por el investigador).

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE							
Factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular	Es un rasgo o exposición de una persona que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (27), en este caso de sufrir de ECV.	Cualitativa	Conocimiento sobre los factores de riesgo del infarto o derrame cerebral	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes mellitus • Fibrilación auricular • Enfermedad renal crónica • Dislipidemias • Infarto cerebral previo • Tabaquismo • Consumo de alcohol • Sobrepeso y obesidad • Sedentarismo (falta de ejercicio) • Inadecuada alimentación • Consumo de drogas • Migraña • Dormir pocas horas • Estrés emocional • Antecedentes familiares de infarto cerebral • La tercera edad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial 2. Diabetes mellitus 3. Fibrilación auricular 4. Enfermedad renal crónica 5. Dislipidemias 6. Infarto cerebral previo 7. Tabaquismo 8. Consumo de alcohol 9. Sobrepeso y obesidad 10. Sedentarismo (falta de ejercicio) 11. Inadecuada alimentación 12. Consumo de drogas 13. Migraña 14. Dormir pocas horas 15. Estrés emocional 16. Antecedentes familiares de infarto cerebral 17. La tercera edad 	Encuesta.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE							
Medidas preventivas de enfermedad cerebro vascular	Es el control de la propia salud para evitar adquirir la ECV.	Cualitativa	Conoce cómo evitar el infarto o derrame cerebral	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la presión arterial • Manejo de la diabetes mellitus • Tratamiento médico • Dejar de fumar • No consumir bebidas alcohólicas en exceso • Realizar ejercicio diario • No consumir drogas • Tener una dieta saludable • Dormir >6 a 8 horas/día • Controlar nuestro peso 	<p>El entrevistado puede elegir más de una opción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo de la presión arterial 2. Manejo de la diabetes mellitus 3. Tratamiento médico 4. Dejar de fumar 5. No consumir bebidas alcohólicas en exceso 6. Realizar ejercicio diario 7. No consumir drogas 8. Tener una dieta saludable 9. Dormir >6 a 8 horas/día 10. Controlar nuestro peso 	Encuesta.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE							
Conocimiento de la existencia de tratamiento para la enfermedad cerebro vascular	Información que tiene una persona acerca del manejo hospitalario de la ECV.	Cualitativa	Conocimiento de existencia de tratamiento.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. No existe tratamiento para el infarto cerebral. 2. Si existe tratamiento, pero desconoce como funciona. 3. Si existe tratamiento: es la trombólisis o destrucción del coágulo. 4. Otro tratamiento 	<p>El entrevistado elige sólo una opción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Considera que el infarto cerebral es incurable 2. No entiende cómo funciona el tratamiento 3. Esta informado del tratamiento trombolítico y en cómo funciona 4. Considera que existen otros tratamientos a parte del médico, como medicina alternativa o desarrollo de actividades físicas. 	Aplicación de encuesta.
Conocimiento del tiempo maximo en el que se puede emplear el tratamiento en la ECV	<p>Recomendación de la AHA Y ASA:</p> <p>Se recomienda hasta 4.5 horas después del inicio de los síntomas para que una persona con infarto cerebral reciba tratamiento y no tenga secuelas.</p>	Cualitativa	Conocimiento del tiempo máximo para iniciar tratamiento.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conoce 2. Desconoce. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esta informado del tiempo en que hay que iniciar tratamiento 2. Desconoce el tiempo en que se debe iniciar tratamiento 	

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE							
Contacto previo con personas que sufrieron de enfermedad cerebro vascular	Relación que ha tenido la persona con otra que haya sufrido de ECV.	Cualitativa	Contacto previo con algún familiar, vecino o conocido que haya sufrido de enfermedad cerebrovascular.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ningún familiar, vecino o amigo • Un familiar que vive con Ud. En casa • Un familiar que no vive con Ud. En casa • Un vecino o amigo 	<p>El entrevistado elige sólo una opción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún familiar, vecino o amigo 2. Un familiar que vive con Ud. En casa 3. Un familiar que no vive con Ud. En casa 4. Un vecino o amigo 	Aplicación de encuesta.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE							
Reconocimiento de síntomas de la ECV.	Manifestaciones clínicas de la ECV percibidas por una persona	Cualitativa	Conocimiento sobre síntomas de un derrame o infarto cerebral	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Asimetría facial • Debilidad o imposibilidad para mover uno de los brazos • Dificultad para hablar • Debilidad o imposibilidad para mover una de las piernas • Dolor de cabeza intenso • Problemas con la memoria, desorientación • Mareo • Dolor de pecho • Dificultad para respirar • Taquicardia • Pérdida de la visión • Náuseas y vómitos • Pérdida de la conciencia • Inestabilidad para caminar o caer 	El entrevistado puede elegir más de una opción: <ol style="list-style-type: none"> 1. Asimetría facial 2. Debilidad o imposibilidad para mover uno de los brazos 3. Dificultad para hablar 4. Debilidad o imposibilidad para mover una de las piernas 5. Dolor de cabeza intenso 6. Problemas con la memoria, desorientación 7. Mareo 8. Dolor de pecho 9. Dificultad para respirar 10. Taquicardia 11. Pérdida de la visión 12. Náuseas y vómitos 13. Pérdida de la conciencia 14. Inestabilidad para caminar o caer 	Aplicación de encuesta.
			Nivel de reconocimiento de síntomas de la ECV (acorde al acrónimo F.A.S.T)	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno 2. Regular 3. Malo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es capaz de citar tres o más síntomas correctos y máximo un distractor. 2. Selecciona dos síntomas correctos y máximo dos distractores. 3. No escoge ningún síntoma 	

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE							
Acción a ser tomada en el contexto de la enfermedad cerebro vascular	Primera acción que se realiza ante los síntomas de ECV.	Cualitativa	Acción a tomar ante un accidente cerebrovascular	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Llamo a emergencias y solicito una ambulancia • Acompaño a la persona al centro de salud más cercano • Llevo a la persona al hospital más cercano • Espero a que la persona se sienta mejor en casa • Otro: _____ 	<p>El entrevistado elige sólo una opción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Llamo a emergencias y solicito una ambulancia 2. Acompaño a la persona al centro de salud más cercano 3. Llevo a la persona al hospital más cercano 4. Espero a que la persona se sienta mejor en casa 5. Otro: _____ 	Aplicación de encuesta.
			Conocimiento del número telefónico de SAMU	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Desconoce • Conoce 	<p>0: Desconoce 1: Conoce</p>	
			Conocimiento del número telefónico de los bomberos.		<ul style="list-style-type: none"> • Desconoce • Conoce 	<p>0: Desconoce 1: Conoce</p>	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño

Tipo de estudio: Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo.

Según la intervención del investigador: observacional.

Según el número de mediciones: transversal.

Según la planificación de la toma de datos: prospectivo.

Área: Atención del adulto y adulto mayor.

Línea de Investigación: Enfermedades cerebrovasculares.

3.2. Diseño muestral:

3.2.1. Población de estudio:

Se incluyó a los pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus que fueron atendidos en el Hospital Regional de Loreto durante el mes de octubre del 2020.

3.2.2. Tamaño de la población de estudio:

Tamaño muestral: Se determinó el tamaño de muestra considerando la población total de pacientes con hipertensión arterial asciende a 2.363 y el total de pacientes con diabetes mellitus asciende a 1.883, según los datos obtenidos en la oficina de epidemiología del Hospital Regional de Loreto en el mes de diciembre del 2019.

Se estimó una muestra de 132 pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus respectivamente, es decir 264, con un nivel de confianza al 95% y un porcentaje poblacional previsto de que el 10% tenga conocimientos sobre ECV según los antecedentes. Se usó la calculadora de tamaño muestral GRANMO versión 7.12 del Programa de investigación en inflamación y en enfermedades cardiovasculares del Instituto Municipal de Investigación médica de Barcelona, España. El cual es un software o programa informático de libre difusión dirigido a profesionales de la medicina, de la epidemiología y de otras ciencias biomédicas interesadas en realizar sus propios cálculos de tamaño de la muestra.

Para el cálculo se aceptó un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral. Se precisaron 132 sujetos para detectar una diferencia igual o superior a 0.1 unidades. Se asumió que la proporción en el grupo de referencia era del 0.1. Además, se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 35%. Por otro lado, se halló una muestra por proporciones, observada respecto a una de referencia.

Proporciones : Observada respecto a una de referencia

Riesgo Alfa: 0.05 0.10 Otro

Tipo de contraste: unilateral bilateral

Riesgo Beta: 0.20 0.10 0.05 0.15 Otro

Proporción de referencia poblacional:

Diferencia mínima a detectar (unidades de proporción entre -1 y 1):

Proporción prevista de pérdidas de seguimiento:

calcula Limpia resultados Limpia todo Selecciona todo

imprimir

28/12/2020 17:37:34 Observada respecto a una de referencia (Proporciones)

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan **132** sujetos para detectar una diferencia igual o superior a 0.1 unidades. Se asume que la proporción en el grupo de referencia es del 0.1. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 35%

Proporciones

- Dos proporciones independientes
- Observada respecto a una de referencia**
- Medidas apareadas (repetidas en un grupo)
- Bioequivalencia
- Estimación poblacional
- Odds ratio (Estudios de Casos-Controles)
- Riesgo relativo (Estudios de Cohorte)
- Potencia de un contraste

Medias

Otras

3.2.3. Muestreo o selección de la muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo con los pacientes que acudieron a su control periódico en consultorio externo de cardiología y endocrinología del Hospital Regional de Loreto durante octubre del 2020.

3.2.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes con más de 18 años con diagnóstico previo de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial que acudieron a su control periódico en consultorio externo de cardiología y endocrinología del Hospital Regional de Loreto durante octubre del 2020.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no de su consentimiento para participar del estudio.
- Pacientes con alteraciones cognitivas.
- Pacientes mayores de 65 años

3.3. Procedimiento de recolección de datos

El método para la toma de datos correspondió a la encuesta tipo entrevista que fue realizada por el tesista o encuestador, asimismo, la información que brindaba el paciente se vaciaba de manera simultánea a un cuestionario diseñado para tal fin (anexo 1).

En la primera hoja del cuestionario encontramos **la primera parte** el cual contiene los datos generales, constituidos por las características sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo (preguntas que van de la “a”- “c”), las cuales, fueron respondidas por el participante y el investigador tenía que anotarlas. En la misma hoja encontramos también dos preguntas sobre las variables clínicas como hábitos nocivos (tabaquismo, consumo de alcohol, otros) y comorbilidades (HTA, DM, fibrilación auricular, ERC, dislipidemias, ECV previo, otros) (preguntas “d”- “e”) que el paciente decía padecer y eran anotadas por el investigador. Por último, encontramos **la segunda parte** que contiene la definición que cada paciente respondía sobre ECV.

En la segunda hoja encontramos **la tercera parte** respecto a los síntomas de la enfermedad cerebrovascular en donde se encuentra una lista de síntomas como: asimetría facial, debilidad o imposibilidad para mover uno de los brazos, dificultad para hablar, debilidad o imposibilidad para mover una de las piernas, dolor de cabeza intenso, problemas con la memoria, desorientación, mareo, dolor de pecho, dificultad para respirar, taquicardia, pérdida de la visión, náuseas y vómitos, pérdida de la conciencia, inestabilidad para caminar o haberse caído bruscamente, otro; en donde el paciente tuvo que responder las que conocía y entonces eran marcadas inmediatamente por el investigador acorde a lo que el paciente mencionaba. Encontramos también **la cuarta parte** respecto a los factores de riesgo en donde también se encuentra una lista de ellas como: HTA, DM, fibrilación auricular, ERC, dislipidemias, ECV previo, tabaquismo, consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, inadecuada alimentación, consumo de droga migraña, dormir pocas horas, estrés emocional, antecedentes familiares de infarto cerebral, la tercera edad en donde el paciente de igual manera respondió las que consideró conocer, y eran inmediatamente anotadas

En la tercera hoja encontramos **la quinta parte** en donde se aborda las medidas preventivas de la enfermedad cerebrovascular (manejo de la presión arterial, manejo de la diabetes mellitus, tomar pastillas para la hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia, dejar de fumar, no consumir bebidas alcohólicas en exceso, realizar ejercicio diario, no

consumir drogas, tener una dieta saludable, dormir temprano, controlar nuestro peso, otro), las cuáles también fueron respondidas por el paciente, las que considere pertinente. Por último, encontramos **la sexta parte** que contiene la acción a tomar en el contexto de la enfermedad cerebrovascular (llamar a emergencias y solicitar una ambulancia, acompañar a la persona al centro de salud más cercano, llevar a la persona al hospital más cercano, esperar a que la persona se sienta mejor en casa, otro), en la cual el paciente sólo tuvo que elegir una opción.

Para finalizar, en la última hoja de la encuesta encontraremos **la séptima parte** respecto al conocimiento del número de emergencia del servicio de atención móvil de urgencia (SAMU) y de los Bomberos que el paciente debió responder si los conoce o no. En **la octava parte** encontramos el conocimiento de la existencia de tratamiento para la enfermedad cerebrovascular en la cual el paciente sólo tuvo que elegir una opción (no existe tratamiento para el infarto cerebral; sí existe tratamiento, pero desconozco como funciona; sí existe tratamiento: es la trombólisis o destrucción del coagulo; otro). Como **novena parte** se encuentra el conocimiento del tiempo máximo en el que se puede emplear el tratamiento, en la que se le preguntó al paciente si conoce o no, de tal manera que, si conoce, se le tuvo que preguntar el tiempo que supone ser.

Por último, en **la décima parte** se indaga sobre el contacto previo con personas que sufrieron de enfermedad cerebrovascular, en donde el

paciente optó por responder si los tuvo o no, cosa que, si los tuvo, se le preguntó si fue un familiar que vivió o no en su casa, así como un vecino o amigo.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

El recojo de datos se realizó mediante un cuestionario; que fueron vaciados en una base de datos de Microsoft Excel. Cada grupo de variables contaba con un valor numérico específico para su fácil identificación; después fue analizado mediante el programa STATA 14.0. Finalmente, se utilizó medidas de tendencia central, distribución de frecuencias absolutas y relativas.

3.5. Aspectos éticos

Este estudio fue desarrollado de manera confidencial y anónima, cumpliendo la Declaración de Helsinki, como se detalla a continuación:

- El instrumento utilizado fue previamente aprobado por expertos para su respectiva validación.
- Se conservó el anonimato, por lo cual la ficha de recojo de datos no manifiesta la identificación del paciente, sino un código alfa numérico pre establecido.
- Se solicitó el permiso correspondiente del comité de ética del “Hospital Regional de Loreto”, dejando como constancia N°020 – CIEI – HRL – 2020, determinando al estudio con “Riesgo Mínimo”, con código de inscripción: ID – 30 – CIEI – 2020. Autorizando su aplicación dentro del establecimiento de salud.

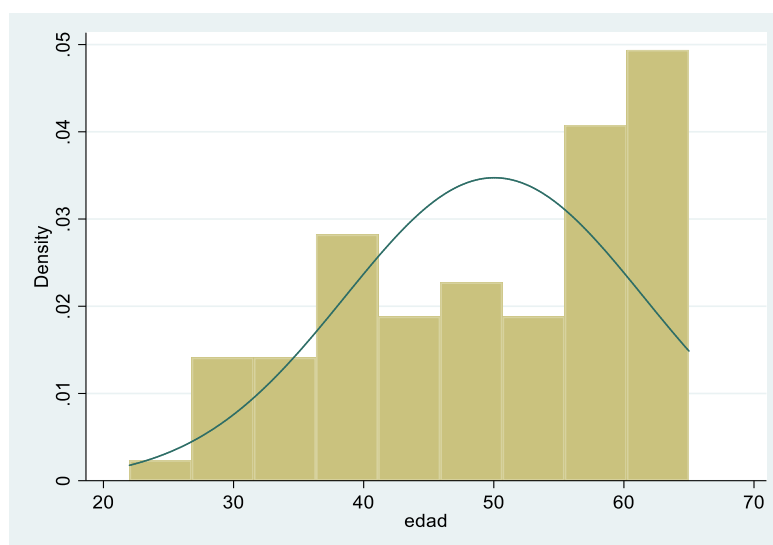
CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 1. Pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de acuerdo a su edad en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.

	Mediana	Rango edad
Edad	52	22-65

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1. Curva de distribución de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de acuerdo a su edad en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre 2020.



Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 1 se aprecia que la mediana de edades encontradas entre los pacientes fue de 52 años comprendidas en el rango Intercuartílico (p25-p75) de edades entre los 40 – 60 años ya que la curva de la distribución de edades que se observa en gráfico n°1 no conserva la normalidad razón que justifica el empleo de esta medida de tendencia central.

Tabla 2. Pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de acuerdo al sexo y nivel educativo en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.

Sexo	N	%
Hombres	100	37.45
Mujeres	164	62.55
Nivel educativo	N	%
Analfabeto	8	3.00
Primaria	55	20.60
Secundaria	133	49.81
Superior	71	26.59
Total	264	100.00

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 2 nos muestra las siguientes dos variables sociodemográficas (sexo y nivel educativo), en donde la mayor cantidad de pacientes correspondió al de mujeres, con un 62.55% y al nivel secundaria como grado académico más representativo, 49.81%.

Tabla 3. Pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de acuerdo al consumo de cigarrillos y alcohol en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.

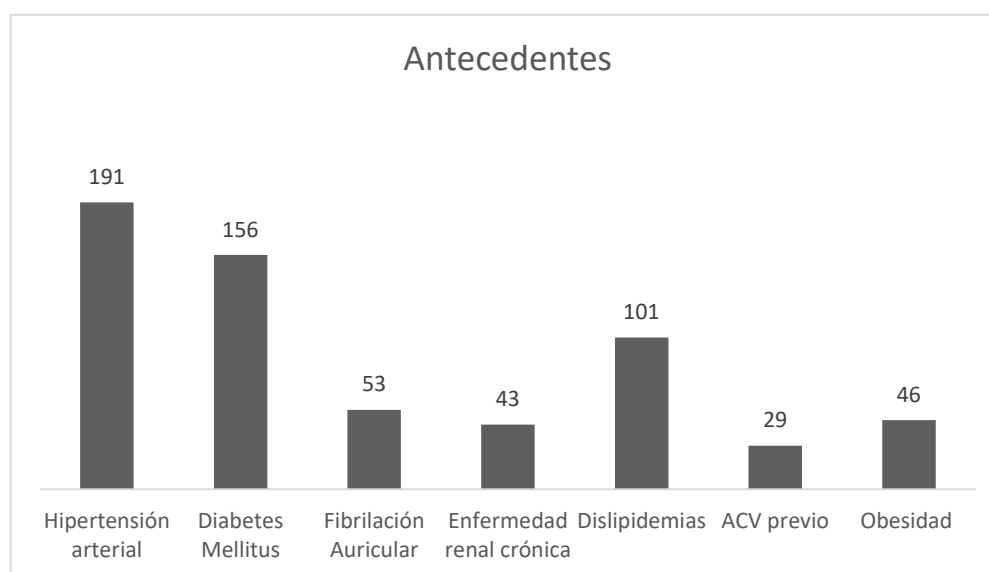
Consumo de cigarrillos	N	%
No fuma	257	96.25
<5 cigarrillos/día	8	3.00
6-15 cigarrillos/día	2	0.75
>16 cigarrillos/día	0	0
Consumo de alcohol	N	%
no bebe alcohol	201	75.28
<5 veces/año	60	22.47
<12 estados embriaguez/año	3	1.12

>12 estados embriaguez/año dependiente al alcohol	1	0.37
	2	0.75
Total	264	100.00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3 podemos apreciar que los pacientes que no fuman corresponde al 96.25% y los que no beben o consumen alcohol <5 veces al año al 97.75%.

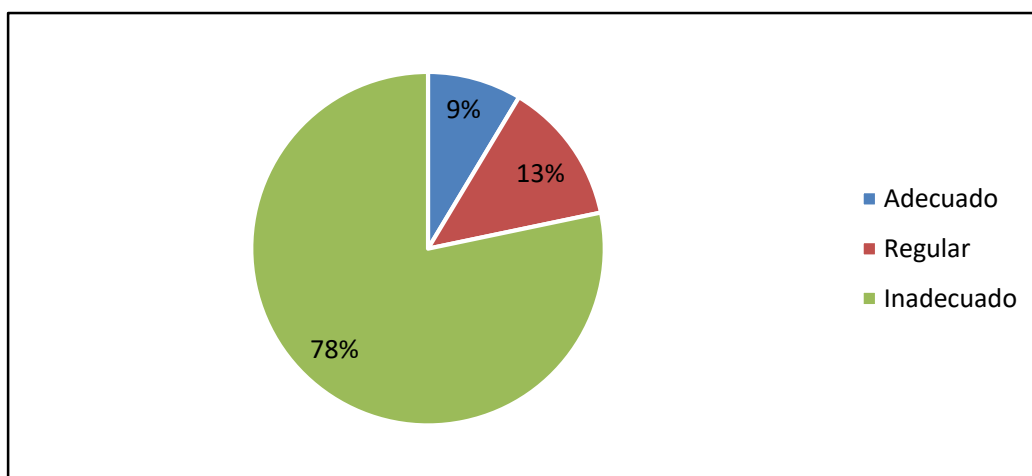
Tabla 4. Comorbilidades en pacientes que acudieron a los consultorios de endocrinología y cardiología en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 4 nos muestra que la mayoría de pacientes que acudieron a consultorios externos de cardiología y endocrinología tenían como comorbilidades importantes a la hipertensión arterial (191) y a la diabetes mellitus (156).

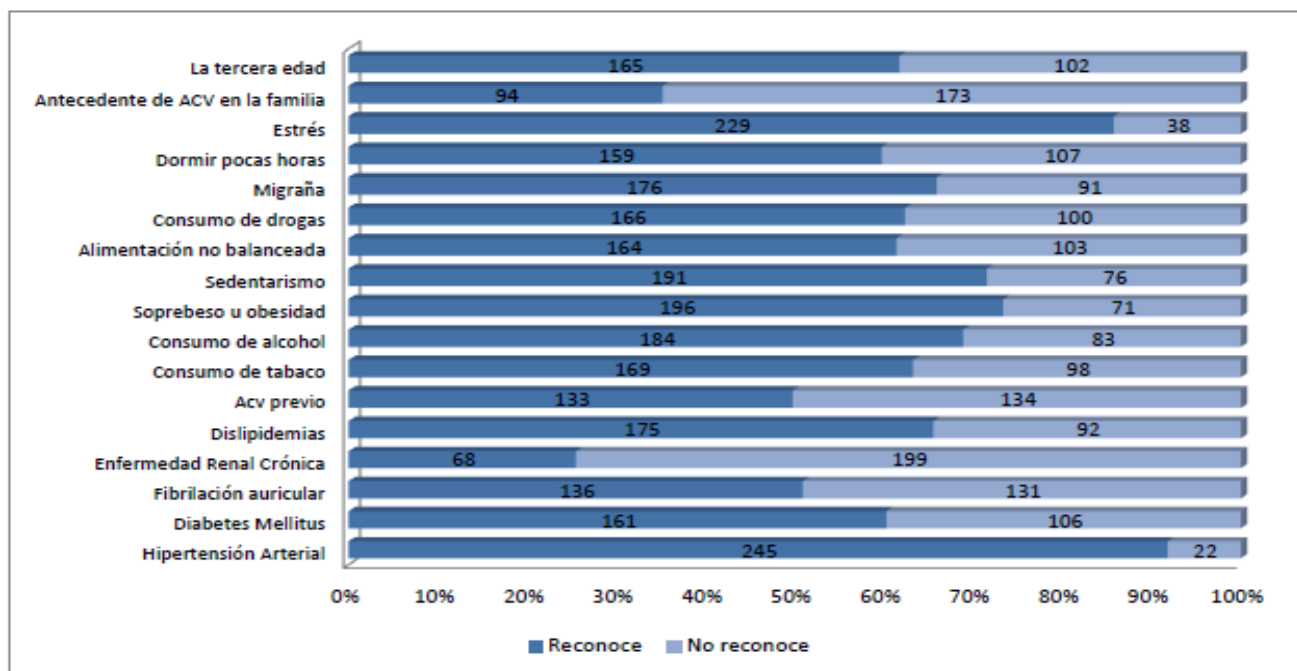
Gráfico 2. Nivel de conocimiento de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus sobre la definición de enfermedad cerebrovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 2 se observa que el 78% de los entrevistados tiene una definición inadecuada acerca de la enfermedad cerebrovascular; mientras que sólo el 9% conoce sobre la enfermedad.

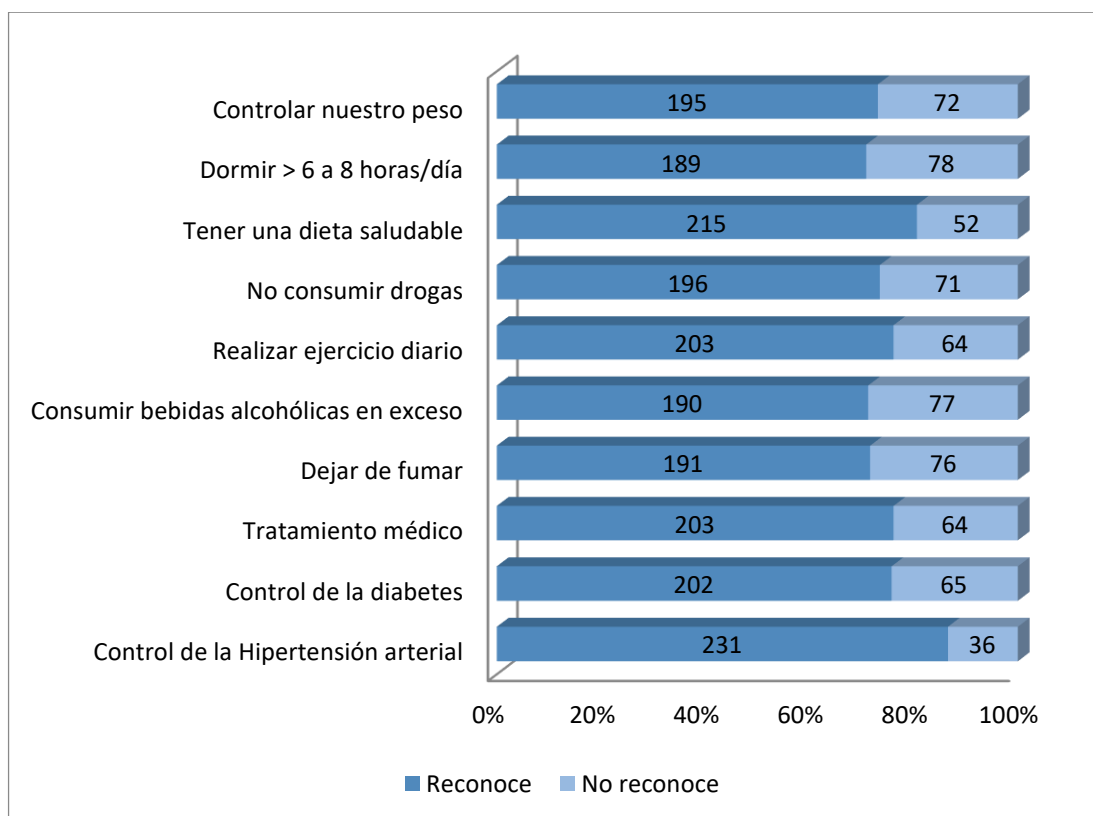
Gráfico 3. Reconocimiento de factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 3 nos muestra que la mayoría de pacientes entrevistados reconocen como factores de riesgo para desarrollar ECV a casi todos los enlistados siendo la hipertensión arterial la que sobresale (245 personas) que representa a más del 90% seguida del estrés (229 personas), representando a más del 80% de los casos.

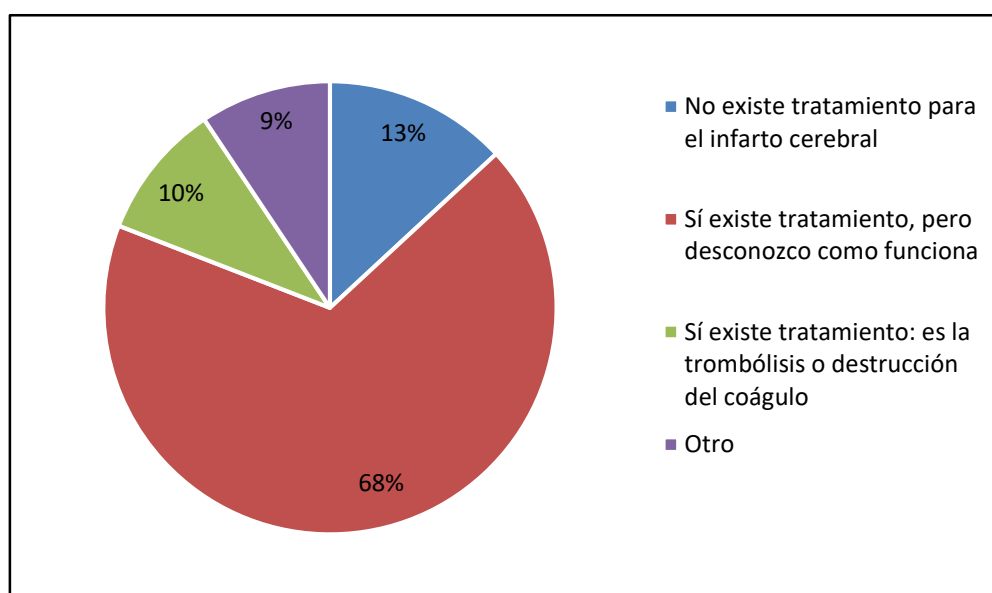
Gráfico 4. Reconocimiento de medidas de prevención para evitar la enfermedad cerebrovascular en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 4 nos muestra que la mayoría de pacientes entrevistados reconocen como medidas de prevención para evitar ECV a casi todos los enlistados, siendo el control de la hipertensión arterial como la más importante (231 personas) representando a aproximadamente el 90%, seguida de tener una dieta saludable (215 personas) representando a aproximadamente 80% de los casos.

Gráfico 5. Conocimiento de la existencia de tratamiento para la enfermedad cerebrovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 5 podemos apreciar que el 68% de los entrevistados considera que sí existe tratamiento para el ECV, pero desconocen cómo funciona.

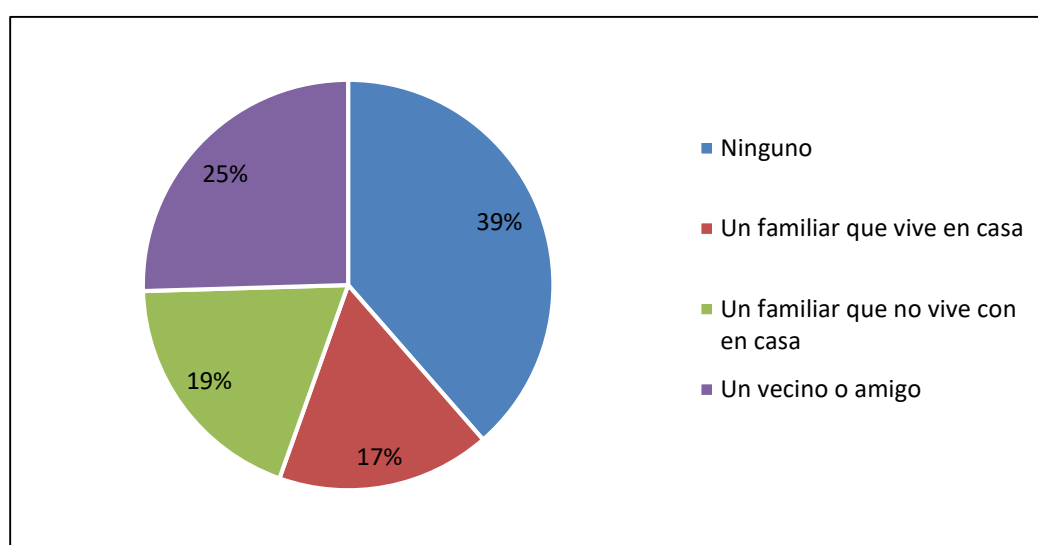
Tabla 5. Conocimiento del tiempo máximo en el que se puede emplear el tratamiento en la ECV en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.

Tiempo de tratamiento	N	%
Conoce	2	0.75
Desconoce	262	99.25

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5 se aprecia que el 99% de los entrevistados desconoce el tiempo máximo en el que hay que iniciar el tratamiento para la ECV.

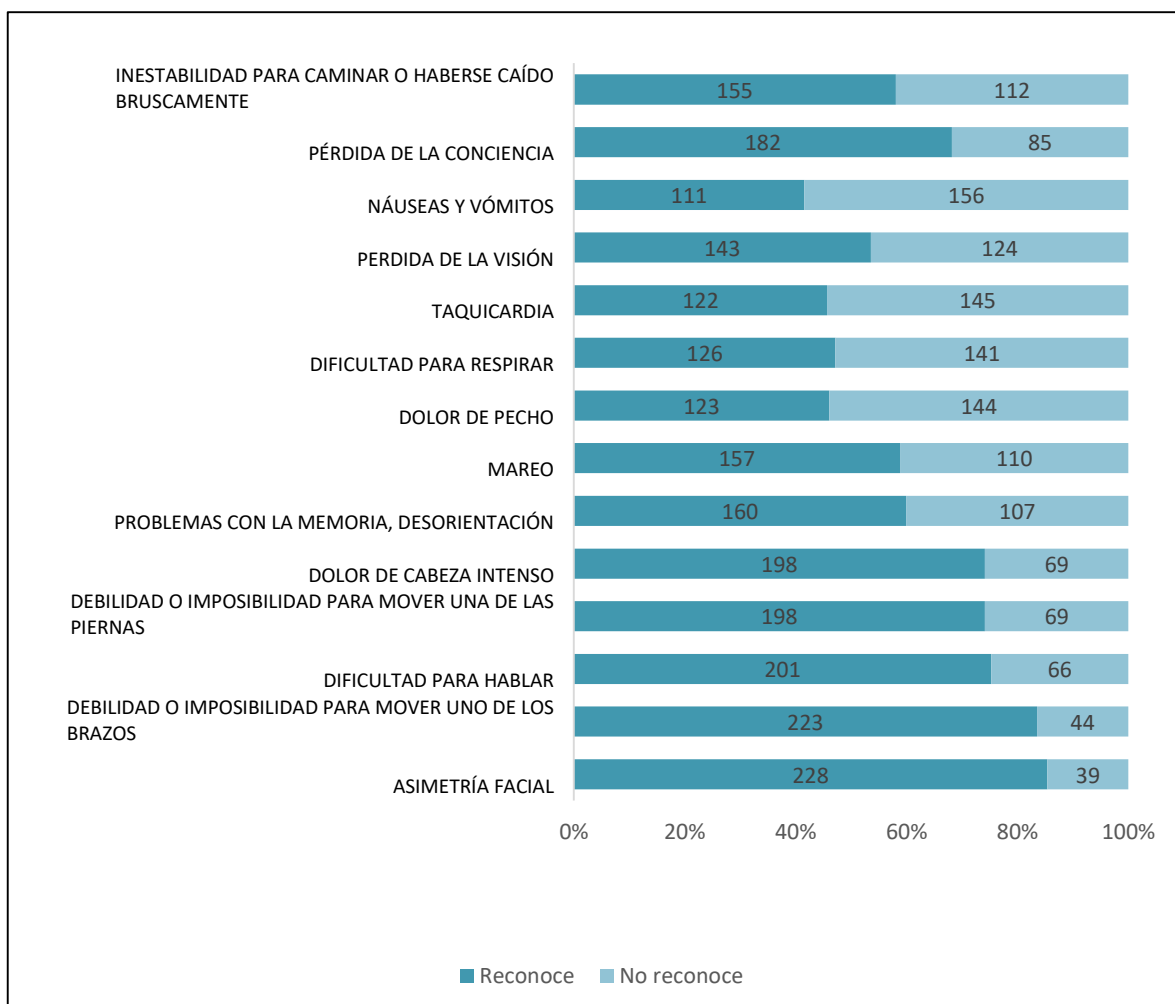
Gráfico 6. Contacto previo con personas que sufrieron de enfermedad cerebrovascular en pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 6 se observa que el 39% de los entrevistados no tuvo ningún familiar, vecino o conocido que haya sufrido de ECV y sólo el 25% tuvo algún vecino o amigo con ECV.

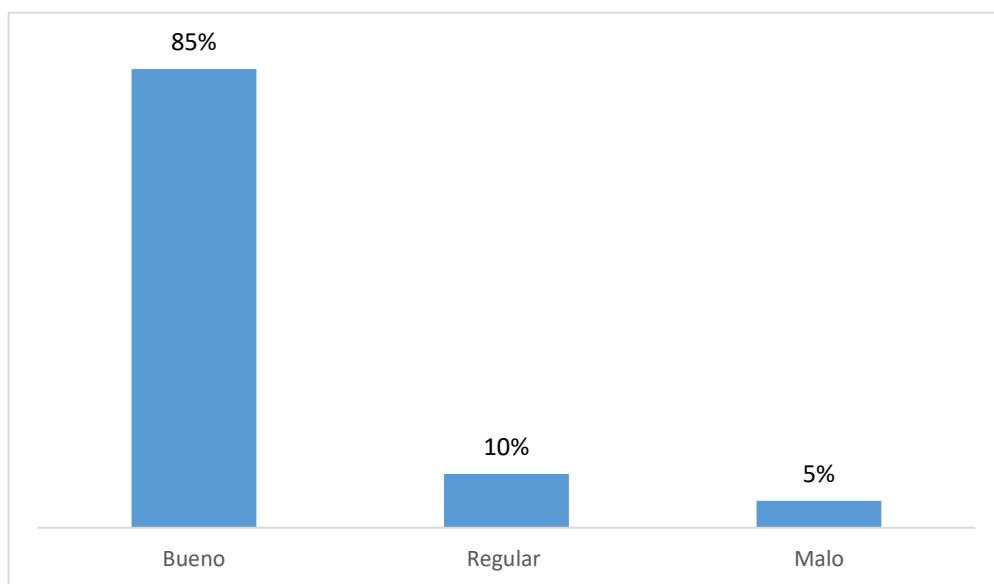
Gráfico 7. Reconocimiento de síntomas de la enfermedad cerebrovascular en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 7 podemos apreciar que la mayoría de pacientes entrevistados reconocen los síntomas de la ECV, siendo la asimetría facial en primer lugar (228 pacientes) con más del 80% de casos y en segundo lugar a la debilidad o imposibilidad para mover uno de los brazos (223 pacientes), representando a aproximadamente el 80% de los casos.

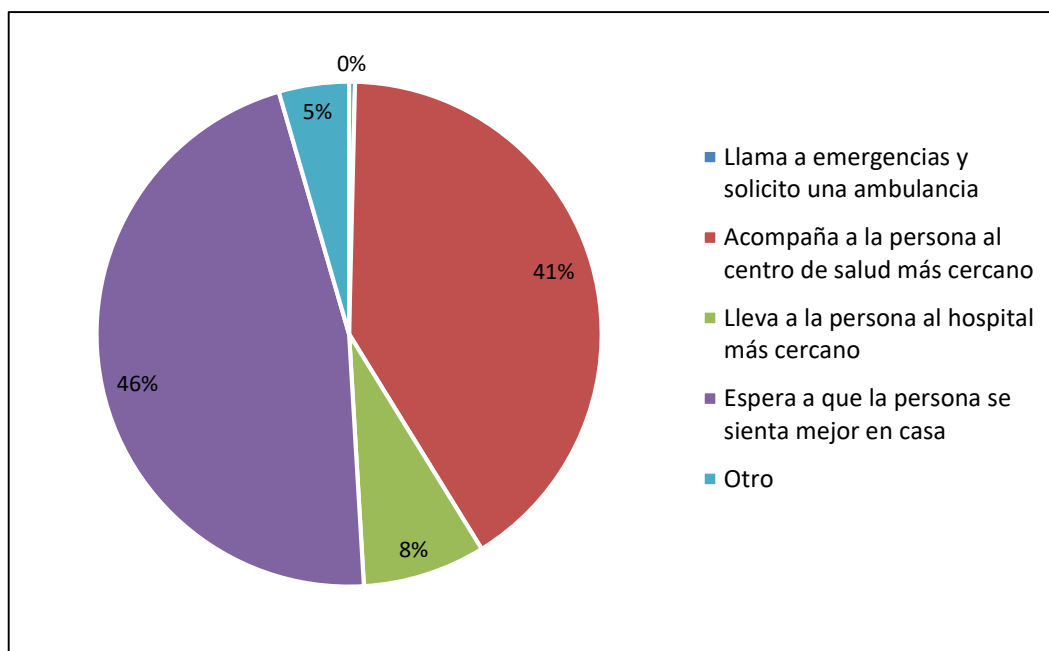
Gráfico 7-A Nivel de reconocimiento de síntomas de la ECV en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto – Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 7-A podemos apreciar que el 85% de las personas entrevistadas tienen un nivel de reconocimiento bueno.

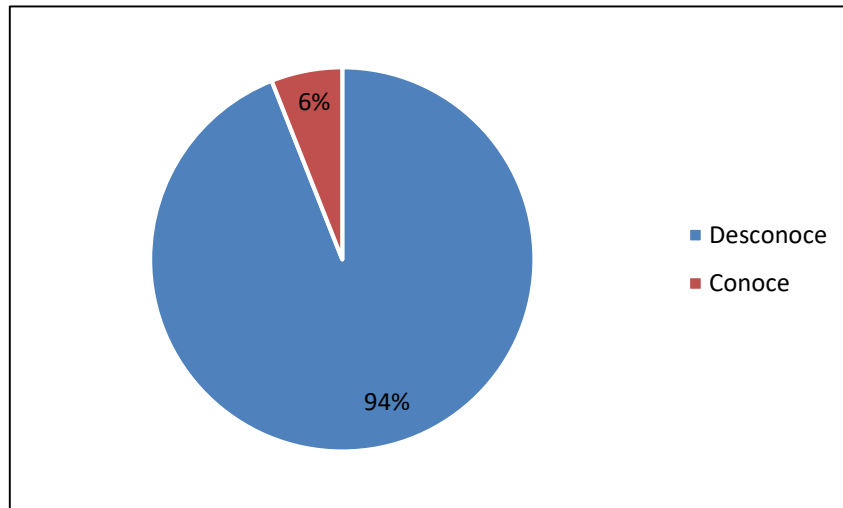
Gráfico 8. Actitud de los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus ante un derrame cerebral en un hospital de nivel III de Loreto – Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

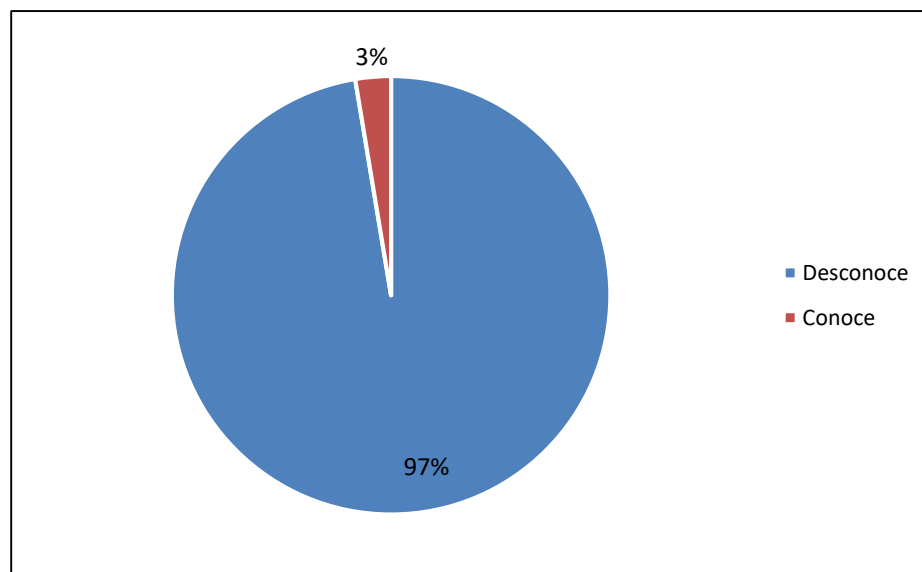
En el gráfico 8 se observa que, en primer lugar, ante un derrame cerebral las personas esperarían a que la persona que lo esté sufriendo se calme y se sienta mejor en casa (46%) y sólo el 41% acompañaría a la persona, pero a al centro de salud más cercano.

Gráfico 9-A. Conocimiento del número SAMU en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto - Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 9-B. Conocimiento del número de bomberos en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, en un hospital de nivel III de Loreto – Perú durante el mes de octubre, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

En los gráficos 9-A y 9-B observamos que el 94 % y el 97% de las personas entrevistadas desconocen el número de SAMU y bomberos respectivamente.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En cuanto al objetivo general, en donde se evalúa el nivel de reconocimiento de síntomas de enfermedad cerebrovascular y acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020; se demostró que el 85% tiene un reconocimiento bueno de los síntomas, además un 46% espera que las personas se calmen y se sientan mejor en su casa y solo el 41% espera que alguien los acompañe a un centro de salud más cercano. Ello a comparación con Meira et al., quienes afirmaron que, la actitud del 66.8% ante un caso de "ECV", sería llamar a emergencias y el 17.8% indicó que llevarían al paciente de frente al hospital (18). Asimismo, Santana et al., afirmaron que, las actitudes de los participantes fueron en su mayoría incorrectas, existiendo un desfase entre el conocimiento y la respectiva actuación (16).

De acuerdo al primer objetivo específico, se describieron como características sociodemográficas y características clínicas de la población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020; en las que se obtuvo que, la mayor cantidad de pacientes correspondió al de mujeres adultas, con un 62.55% y al nivel secundaria como grado académico más representativo, 49.81%. Además, 96.25% de los pacientes no fuman y los que no beben o consumen alcohol <5 veces al año al 97.75%. Esto difiere de Rivalles, quien obtuvo que la mayoría de pacientes con riesgo fueron varones con un 50.16% de los casos (22). De igual manera con De la Garza et al., en donde el hombre muestra mayor tendencia, con más afectación en personas más jóvenes (13). Sin embargo,

Calderon obtuvo que, la mayoría de los pacientes fueron mujeres con un 50.7% de los casos (21). De igual forma Rodríguez et al., afirmaron que, la mayoría de pacientes con riesgo de enfermedad cerebrovascular fueron mujeres con un 68.4% de los casos (14). Finalmente, con respecto a las características clínicas en nuestro estudio un 85% de las personas entrevistadas tienen un nivel de reconocimiento bueno sobre los síntomas, siendo la asimetría facial en primer lugar con más del 80% de casos y en segundo lugar a la debilidad o imposibilidad para mover uno de los brazos representando a aproximadamente el 80% de los casos. Esto último en contraste con Zock E et al. en donde el 52% indicó que reconoció la debilidad de una extremidad como signo de alarma y el 35% reconoció a la asimetría facial. Sólo el 10% reconoció los 3 signos de alarma principales (17). Por otro lado, Meira F et al. obtuvieron que las manifestaciones clínicas más identificadas fueron la “debilidad” con 34.7% y la “dificultad para hablar” con el 31.6%. Es decir que la mayoría de pacientes mostró algún grado de compromiso motor como lo manifiesta Rivalles en donde el déficit motor se encontró en el 90.7% de los casos (22).

De acuerdo al segundo objetivo específico, se determinó el conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020; obteniéndose que, las comorbilidades más preponderantes son hipertensión arterial y la diabetes mellitus. El 78% no posee una definición adecuada de dicha enfermedad obteniéndose que la mayoría de pacientes entrevistados reconocen como factores de riesgo para desarrollar ECV a la hipertensión arterial que sobresale con más del 90% de los casos seguida

del estrés representando a más del 80% de los casos. Además, la mayoría reconoce como medidas de prevención para evitar ECV al control de la hipertensión arterial en aproximadamente el 90%, seguida de tener una dieta saludable en casi el 80% de los casos. No obstante; Meira F et al. tuvieron como factor de riesgo principal a la dieta no balanceada con un 43.3% y la hipertensión con un 33.7% (18), muy diferente al resultado que se obtuvo en nuestro estudio. De la misma forma con Santana et al., en donde identificaron como los riesgos más predominantes al tabaquismo (56.5%), siguiendo la hipertensión (28.8%) y el hipercolesterolemia (28.8%) (16). Casi similar conforme a Rivalles, donde el 65% de los pacientes presentó dislipidemia, sobrepasando a los pacientes que tenían hipertensión arterial que correspondieron al 54,12%; asimismo el 15,1% presentó al menos un episodio previo de ECV (22). Calderon afirmó que, los factores de riesgo más preponderantes fueron la HTA (51.2%) seguida de ECV anterior (9.8%) y diabetes mellitus (9.3%) (21). Además, Posadas manifestó que, la hipertensión arterial y dislipidemia son los principales factores de riesgo asociados a ACV isquémico trombótico (20). Igualmente, Surihan et al., afirmaron que, los factores de riesgo modificables más prevalentes son la hipertensión no controlada seguida de la diabetes no controlada (15).

De acuerdo al tercer objetivo específico, se determinó el conocimiento sobre el tiempo máximo y el tratamiento oportuno de enfermedad cerebrovascular como parte de la acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020; manifestándose que, el 68% de los entrevistados considera que sí existe tratamiento para el ECV, pero desconocen cómo funciona y el 99% desconoce el tiempo máximo en el que

hay que iniciar el tratamiento para ello. No obstante, Zock E et al. obtuvo que la media de tiempo entre el inicio de síntomas y la llamada de emergencia fue de 30 minutos (17). Calderon, por otra parte obtuvo que, el tratamiento de la ECV se manifiesta a nivel extrahospitalario e intrahospitalario (21).

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

En cuanto al nivel de reconocimiento de síntomas de enfermedad cerebrovascular isquémica y acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020; se logró identificar que, el reconocimiento de esta enfermedad es porcentualmente representativo respecto al hecho de tener un mal reconocimiento o reconocerlo de manera intermedia. La mayoría de pacientes logra identificar a los principales factores de riesgo, reconocen adecuadamente las medidas de prevención, pese a no haber tenido algún familiar, vecino o conocido que haya sufrido de ECV; pero son pocas las personas que afrontan la enfermedad con buena actitud, y si lo hacen se equivocan al momento de buscar ayuda vía telefónica o acudir al lugar correcto de atención médica ante una emergencia, en este caso a un centro de salud de III nivel.

La mayor prevalencia de pacientes de ECV del presente estudio fueron mujeres adultas, pertenecieron al nivel secundaria como grado académico más representativo; es la asimetría facial en primer lugar y en segundo lugar a la debilidad o imposibilidad para mover uno de los brazos dentro de las características clínicas más importantes. Además, la mayoría no fuma ni consume alcohol. Esto último hace suponer que muchas de las respuestas no se reflejaban con la realidad local en donde se hizo el estudio, quizás por recelo a ser juzgados o temor.

El conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020; en la mayoría de las

percepciones de los pacientes, fueron adecuadas; no obstante, consideraron al estrés como un riesgo latente para ocasionar un ictus. Por otra parte; se manifestó que, las comorbilidades más preponderantes son hipertensión arterial y a la diabetes mellitus.

En cuanto al conocimiento sobre el tiempo máximo y el tratamiento oportuno de enfermedad cerebrovascular como parte de la acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020; se manifestó que, la mayoría sí conoce sobre la existencia de tratamiento del ECV, sin embargo, no saben cómo este se lleva a cabo y casi todos desconocen el tiempo en que hay iniciarlo. Es decir, no adoptan una actitud adecuada respecto al tratamiento.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

Desarrollar charlas, talleres de sensibilización o estrategias de afrontamiento para los pacientes con riesgo cardiovascular y así, replantear las políticas educativas y de comunicación suministrada a esta población para que puedan evidenciar las acciones a tomar en caso puedan tener algún síntoma.

Realizar un mayor esfuerzo de capacitación al personal de salud (médicos, enfermeras y terapeutas) en aspectos de prevención primaria y secundaria con el fin de transmitir a los pacientes un conocimiento apropiado e instruirlos a tomar una conducta correcta al momento de sufrir un ataque de ECV.

Desarrollar intervenciones utilizando infografías acerca del tiempo máximo y el tratamiento oportuno de enfermedad cerebrovascular en población con riesgo cardiovascular, para que, se pueda evidenciar los tratamientos más idóneos para cada uno. Sobre todo, en apoyo de los médicos tratantes al momento de la atención.

Capacitar sobre el manejo inicial ante un probable caso de enfermedad cerebrovascular al personal que no forma parte del sistema de salud como el serenazgo u otro personal para el llamado de atenciones de emergencia.

CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 1;380(9859):2095–128.
2. Organización Mundial de la Salud. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Vol. 38, Organización Mundial de la Salud. 2018. 208–211 p.
3. Organización Mundial de la Salud. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Vol. 13, Organización Mundial de la Salud. 2011. 143–163 p.
4. Malaga G, De La Cruz-Saldaña T, Busta-Flores P, Carbajal A, Santiago-Mariaca K. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica Stroke in Peru: current status and prospects for clinical research. *Acta Med Peru [Internet]*. 2018;35(1):51–5. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n1/a08v35n1.pdf>
5. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. *Stroke*. 2014;45(12):3754–832.
6. Powers W, Rabinstein A, Ackerson T, Adeoye O, Bambakidis N, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for

the Early Management of Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 2019;50(12):344–418.

7. Aguirre-Garza GE, Mata-Sanchez R, Cavazos- Cavazos LM, Reyes-Escobedo A, Castillo-Cavazos LG. Presentación de la nemotecnia “HEROE” para la identificación temprana de enfermedad vascular cerebral diseñada y dirigida para su uso en la población hispanohablante. *Med Interna (Bucur)* [Internet]. 2012;14(51):145–9. Available from: www.elsevier.es

8. Sadighi A, Groody A, Wasko L, Hornak J, Zand R. Recognition of Stroke Warning Signs and Risk Factors Among Rural Population in Central Pennsylvania. *J Vasc Interv Neurol* [Internet]. 2018;10(2):4–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30746002>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6350869>

9. Seremwe F, Kaseke F, Chikwanha TM, Chikwasha V. Factors associated with hospital arrival time after the onset of stroke symptoms: A cross-sectional study at two teaching hospitals in Harare, Zimbabwe. *Malawi Med J*. 2017;29(2):171–6.

10. Oh GJ, Moon J, Lee YM, Park HK, Park KS, Yun YW, et al. Public awareness of stroke and its predicting factors in Korea: A national public telephone survey, 2012 and 2014. *J Korean Med Sci*. 2016;31(11):1703–10.

11. Donkor ES, Owolabi MO, Bampoh P, Aspelund T, Gudnason V. Community awareness of stroke in Accra, Ghana. *BMC Public Health* [Internet]. 2014;14(1):1–7. Available from: [BMC Public Health](#)
12. Farrag MA, Oraby MI, Ghali AA, Ragab OA, Nasreldein A, Shehata GA, et al. Public stroke knowledge, awareness, and response to acute stroke: Multi-center study from 4 Egyptian governorates. *J Neurol Sci* [Internet]. 2018;384(October 2017):46–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.11.003>
13. De la Garza, R., Maldonado, J., Mendoza, P., & Sánchez, L. Incidencia de enfermedad cerebrovascular en un servicio de Medicina Interna. *Med Int Méx.*, 2018; 34(6): 874-880. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n6/0186-4866-mim-34-06-874.pdf>
14. Rodríguez, O., Pérez, L., Carvajal, N., Jaime, L., Ferrer, V., & Ballate, O. Factores de riesgo asociados a la enfermedad cerebrovascular en pacientes del Policlínico “Marta Abreu”. *Acta Médica del Centro*, 2018; 12(2): 148-155. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec182e.pdf>
15. Surihan, A.; Saeed, M.; Khalid, S.; Saeed, R.; Ali, M.; Abdullah, S.; Omar, A.; Theyab, S.; Abdualaziz, S.; Khalid, M.; Abdullah, M. Epidemiology and Risk Factors of Stroke. *Arch Pharma Pract*, 2019; 10(4): 60-66. Obtenido de <https://archivepp.com/storage/models/article/eYEUzMH0AlqKUFGMfA>

Tjgl7IK6UIbX6WtW8laVYkardfSM547oPwNcKvtReb/epidemiology-and-risk-factors-of-stroke.pdf

16. Santana, M., José, M., Mendonça, M., Garção, E., Matos, M., & Ferreira, M. Conocimiento de adultos jóvenes sobre el accidente cerebrovascular en una ciudad del sur de Portugal. *Enfermería Global*. 2019; (56), 423-434. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n56/1695-6141-eg-18-56-423.pdf>
17. Zock E, Kerkhoff H, Kleyweg RP, van Bavel-Ta TBV, Scott S, Kruyt ND, et al. Help seeking behavior and onset-to-alarm time in patients with acute stroke: Sub-study of the preventive antibiotics in stroke study. *BMC Neurol* [Internet]. 2016;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12883-016-0749-2>
18. Meira F, Magalhães D, Da Silva LS, Silva ACME, Silva GS. Knowledge about Stroke in Belo Horizonte, Brazil: A Community-Based Study Using an Innovative Video Approach. *Cerebrovasc Dis Extra*. 2018;8(2):60–9.
19. Miranda Pariona AJ. Factores determinantes en el tiempo de llegada de pacientes con enfermedad cerebro vascular isquemica al servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion, año 2017 [Internet]. Vol. 23, Universidad privada San Juan Bautista. Universidad privada San Juan Bautista; 2018. Available from: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1504>

20. Posadas, L. Factores de riesgo asociados a accidente cerebrovascular en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2016. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2018. Obtenido de <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1154/FACTORES%20DE%20RIESGO%20ASOCIADOS%20A%20ACCIDENTE%20CEREBROVASCULAR%20EN%20EL%20HOSPITAL%20EDGARDO%20REBAGLIATI%20MARTIN%5B364%5D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Calderon, L. Factores asociados al retraso de diagnóstico en pacientes con eventos cerebrovasculares en el Hospital Regional De Ayacucho. 2018. Puno: Universidad Nacional Del Altiplano. Obtenido de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9702/Calderon_Mena_Lilian_Noemi.pdf?sequence=3&isAllowed=y
22. Rivalles, R. Perfil clínico epidemiológico en pacientes adultos con enfermedad cerebrovascular en una unidad de ictus. 2017. Trujillo: Universidad Nacional De Trujillo. Obtenido de http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8459/Rivallesalvarez_R.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*. 2013;44(7):2064–89.

24. Markus, H. Stroke: causes and clinical features. *Medicine*, 2004; 32(10), 57-61. Obtenido de <https://scihub.do/https://doi.org/10.1383/medc.32.10.57.51491>
25. Díez-Tejedor E, Del Brutto O, Álvarez-Sabín J, Muñoz M, Abiusi G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *Rev Neurol*. 2001;33(5):455–64.
26. Fekadu, G., Chelkeba, L., & Kebede, A. Risk factors, clinical presentations and predictors of stroke among adult patients admitted to stroke unit of Jimma university medical center, south west Ethiopia: prospective observational study. *BMC Neurology*, 2019; 19(187), 1-11.
27. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo [Internet]. [cited 2020 Jan 1]. Available from: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
28. American Stroke Association. Stroke Symptoms [Internet]. About Stroke. 2019 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms>
29. Feigin VI, Lawes Cm, Bennett Da, Barker-Collo SI, Parag V. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol*. 2009;8: 355–369
30. Aspiazu MÁB, Shunchao K, Xueqing L. La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. *Rev Habanera Ciencias Medicas*. 2017;16(1):12–22.

31. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la promoción de la salud? [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

ANEXOS

ANEXO N°1: Instrumento de recolección de datos

FICHA N°

I. "DATOS GENERALES":

- a) "Edad": _____
- b) "Sexo": "Femenino" (___) "Masculino" (___)
- c) "Nivel educativo"
- a. Analfabeto
 - b. Primaria incompleta
 - c. Primaria completa
 - d. Secundaria incompleta
 - e. Secundaria completa
 - f. Superior incompleta
 - g. Superior completa
- d) "Hábitos nocivos":

"Tabaquismo"	"Sí"	"¿Cuántos cigarros consume al día usualmente?" _____	"No"
"Consumo de alcohol"	Sí	"¿Cuán frecuente consume bebidas alcohólicas?": _____	"No"
"Otros": _____	"Sí"		"No"

e) "Comorbilidades del encuestado":

"Hipertensión arterial"	"Sí"		"No"	
"Diabetes mellitus"	"Sí"		"No"	
"Fibrilación auricular"	"Sí"		"No"	
"Enfermedad renal crónica"	"Sí"		"No"	
"Dislipidemias"	"Sí"		"No"	
"Enfermedad cerebrovascular previa"	"Sí"		"No"	
"Otros": _____	"Sí"		"No"	

II. "DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"

¿Ud. sabe qué es la enfermedad cerebrovascular conocido como derrame o infarto cerebral?

- III. "SINTOMAS DE ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"
¿Podría nombrar síntomas de un derrame o infarto cerebral?

"Asimetría facial"	
"Debilidad o imposibilidad para mover uno de los brazos"	
"Dificultad para hablar"	
"Debilidad o imposibilidad para mover una de las piernas"	
"Dolor de cabeza intenso"	
"Problemas con la memoria, desorientación"	
"Mareo"	
"Dolor de pecho"	
"Dificultad para respirar"	
"Taquicardia"	
"Pérdida de la visión"	
"Náuseas y vómitos"	
"Pérdida de la conciencia"	
"Inestabilidad para caminar o haberse caído bruscamente"	
"Otro": _____	

- IV. "FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"
¿Ud. Podría nombrar los factores de riesgo del infarto o derrame cerebral?

"Hipertensión arterial"	
"Diabetes mellitus"	
"Fibrilación auricular"	
"Enfermedad renal crónica"	
"Dislipidemias"	
"Infarto cerebral previo"	
"Tabaquismo"	
"Consumo de alcohol"	
"Sobrepeso y obesidad"	
"Sedentarismo (falta de ejercicio)"	
"Inadecuada alimentación"	
"Consumo de drogas"	
"Migraña"	
"Dormir pocas horas"	
"Estrés emocional"	
"Antecedentes familiares de infarto cerebral"	
"La tercera edad"	

V. "MEDIDAS PREVENTIVAS DE ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"

¿Sabe cómo evitar el infarto o derrame cerebral?

Puede marcar varias opciones

"Manejo de la presión arterial"	Sí	No
"Manejo de la diabetes mellitus"	"Sí"	"No"
"Tomar pastillas para la hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia"	"Sí"	"No"
"Dejar de fumar"	"Sí"	"No"
"No consumir bebidas alcohólicas en exceso"	"Sí"	"No"
"Realizar ejercicio diario"	"Sí"	"No"
"No consumir drogas"	"Sí"	"No"
"Tener una dieta saludable"	"Sí"	"No"
"Dormir temprano"	"Sí"	"No"
"Controlar nuestro peso"	"Sí"	"No"
"Otro": _____	"Sí"	"No"
	"Sí"	"No"
	"Sí"	"No"
	"Sí"	"No"
	"Sí"	"No"

VI. "ACCION A SER TOMADA EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"

¿Sabe cómo actuar ante un infarto o un derrame cerebral?

Solo puede seleccionar una opción:

"Llamó a emergencias y solicito una ambulancia"	
"Acompaño a la persona al centro de salud más cercano"	
"Llevo a la persona al hospital más cercano"	
"Espero a que la persona se sienta mejor en casa"	
"Otro": _____ _____	

VII. "CONOCIMIENTO DE NUMERO DE EMERGENCIA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA (SAMU) Y DE LOS BOMBEROS"

"¿Cuál es el número de SAMU?": _____

"¿Cuál es el número de los bomberos?": _____

VIII. "CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"

Solo puede seleccionar una opción:

"No existe tratamiento para el infarto cerebral"	
"Sí existe tratamiento, pero desconozco como funciona"	
"Sí existe tratamiento: es la trombólisis o destrucción del coagulo".	
"Otro: Sí existe tratamiento y es": _____	

IX. "CONOCIMIENTO DEL TIEMPO MAXIMO EN EL QUE SE PUEDE EMPLEAR EL TRATAMIENTO"

¿Ud. Sabe cuánto tiempo como máximo debe pasar para que una persona con infarto cerebral reciba tratamiento y no tenga secuelas?

"Sí" () "Horas": _____	"No" ()
-------------------------------	----------

X. "CONTACTO PREVIO CON PERSONAS QUE SUFRIERON DE ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"

"Conoce algún familiar, vecino o conocido que haya sufrido de enfermedad cerebro vascular"		
"Sí" ()		"No" ()
"Si la respuesta es Sí, ¿quién?"		
"Un familiar que vive con Ud. En casa" ()	"Un familiar que no vive con Ud. En casa"()	"Un vecino o amigo" ()

ANEXO N° 2: Consentimiento informado.

Investigador: Gianmarco Ramirez Ortiz

Título: RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA Y ACCIÓN A TOMAR EN POBLACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LORETO - PERÚ, 2020

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio en el que se pretende describir su nivel de reconocimiento con respecto a los síntomas de la “enfermedad cerebrovascular” y las actitudes que usted tomaría con respecto a la población con riesgo cardiovascular. Es decir, qué medidas preventivas adoptaría usted.

Para cumplir esta meta se necesitará que complete adecuadamente lo que le solicita el documento.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se espera que lo termine rápido y así no perjudique el resto de sus quehaceres

Riesgos: Su participación en este estudio no representa algún tipo de riesgo para su salud física y mental.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio ni tampoco recibirá algún tipo de pago.

Confidencialidad: Sus datos no serán expuestos, serán almacenados con códigos y no con nombres.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, podrá en cualquier momento retirarse de éste. Si tiene alguna duda puede llamar a Gianmarco Ramirez Ortiz al teléfono +51 999 700 571.

Si usted tiene dudas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido maltratado durante el desarrollo de este estudio podrá contactar al Comité Institucional de Ética del Hospital Regional de Loreto.

Consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

DNI:

Fecha:

Testigo

DNI:

Fecha:

ANEXO N° 3: Matriz de consistencia.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE “ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR” Y ACCIÓN A TOMAR EN POBLACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LORETO - PERÚ, 2020	GENERAL ¿Cuál será el nivel de reconocimiento de síntomas de “enfermedad cerebrovascular” y la acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020?	GENERAL Describir el nivel de reconocimiento de síntomas de “enfermedad cerebrovascular” y acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020.	TIPO DE ESTUDIO: descriptivo Según la intervención del investigador: observacional.	POBLACIÓN Comprendida por los pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus que se atienden en el Hospital Regional de Loreto durante el mes de octubre del 2020.	Las técnicas de recojo de datos será la encuesta tipo entrevista, previamente validada por expertos que será realizada por la tesista, la información obtenida se vaciará en un cuestionario diseñado para tal fin (Anexo 1).
	ESPECÍFICOS P1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y características clínicas de la población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020? P2: ¿Cuál será el nivel de conocimiento acerca de las medidas preventivas y los factores de riesgo sobre la enfermedad cerebrovascular en la población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020? P3: ¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre el tiempo máximo y el tratamiento oportuno de enfermedad cerebrovascular como parte de la acción a tomar en la población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020?	ESPECÍFICOS O1: Describir las características sociodemográficas y características clínicas de la población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020. O2: Determinar el conocimiento de medidas preventivas y factores de riesgo de “enfermedad cerebrovascular” en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020. O3: Determinar el conocimiento sobre el tiempo máximo y el tratamiento oportuno de enfermedad cerebrovascular como parte de la acción a tomar en población con riesgo cardiovascular en un hospital de nivel III de Loreto - Perú, 2020.	Según el número de mediciones: transversal. Según la planificación de la toma de datos: prospectivo. Área: Atención del adulto y adulto mayor. Línea de Investigación: Enfermedades cerebrovasculares	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS El recojo de datos se realizará mediante un cuestionario; que serán vaciados en una base de datos de Microsoft Excel. Realizándose el análisis estadístico mediante el programa STATA 14.0. Para cada una de las variables de estudio se realizará análisis mediante distribución de datos y frecuencias expresadas en porcentajes. Se utilizarán medidas de tendencia central, distribución de frecuencias absolutas y relativas.	

ANEXO N° 4: Constancia del Comité Institucional de ética en Investigación del HRL.

 **HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"**

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 020- CIEI – HRL – 2020

La Directora del Hospital Regional Loreto, a través de de la Oficina de Apoyo a la Docencia é Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI), HACE CONSTAR que el presente Proyecto de investigación, consignado líneas a bajo, fue **APROBADO**, en cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud (INS), acorde con las prioridades Regionales de Investigación, Balance Riesgo/beneficio y Confiabilidad de los datos, entre otros. Siendo catalogado como: **ESTUDIO CON RIESGO MÍNIMO**, según detalle:

Título del Proyecto : RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA Y ACCIÓN A TOMAR EN POBLACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LORETO, 2020

Código de Inscripción : ID-30-CIEI-2020

Modalidad de investigación : INSTITUCIONAL

Investigador (es) : GIANMARCO RAMIREZ ORTIZ

Cualquier eventualidad durante su ejecución, los Investigadores reportaran de acuerdo a Normas y plazos establecidos, asimismo emitirán el informe final socializando los RESULTADOS obtenidos. El presente documento tiene vigencia hasta 14 de febrero de 2021. **El trámite para su renovación sera minimo 30 dias antes de su vencimiento.**

Punchana, 05 de Octubre del 2020

 
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"
M.C. MERQY PANDURO GARCIA
C.M.P. 31847 - R.N.E. 35429
DIRECTORA GENERAL

MPG / REMA / JVV / CJRA / HAC / rocio

ANEXO N° 5: Revisión de instrumento por expertos.

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, Jorge Luis Baulón Ríos con DNI N° 06917774,
especialista en Medicina Inten,
ostento el grado de MAGISTER en Docencia Universitaria
y ejerzo la carrera profesional en MEDICINA INTERNA.

Por medio de la presente hago constar que he revisado, con fines de validación, el instrumento del anteproyecto: RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA Y ACCIÓN A TOMAR EN POBLACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LORETO, 2020.

Luego de hacer las verificaciones pertinentes, apruebo en calidad de validador.

Iquitos, 05 de octubre de 2020.



Jorge Luis Baulón Ríos
MÉDICO INTERNISTA
C.M.P. 26449 R.N.E. 44472

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, FREDY Wilson SOSA VERANO con DNI N° 05407458
especialista en NEUROLOGIA
ostento el grado de MEDICO
y ejerzo la carrera profesional en MEDICINA - NEUROLOGIA

Por medio de la presente hago constar que he revisado, con fines de validación, el instrumento del anteproyecto: RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA Y ACCIÓN A TOMAR EN POBLACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LORETO, 2020.

Luego de hacer las verificaciones pertinentes, apruebo en calidad de validador.


Fredy W. Sosa Verano
NEURÓLOGO
CMP 46056 RNE 033329

Iquitos, 05 de octubre de 2020.

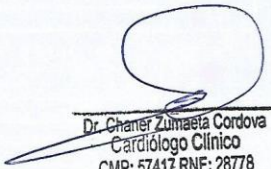
CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, Charler Zumeta Cordova con DNI N° 42426677
especialista en Cardiología.
ostento el grado de Médico
y ejerzo la carrera profesional en Cardiología.

Por medio de la presente hago constar que he revisado, con fines de validación, el instrumento del anteproyecto: RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA Y ACCIÓN A TOMAR EN POBLACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE NIVEL III DE LORETO, 2020.

Luego de hacer las verificaciones pertinentes, apruebo en calidad de validador.

Iquitos, 05 de octubre de 2020.


Dr. Charler Zumeta Cordova
Cardiólogo Clínico
CMP: 57417 RNE: 28778