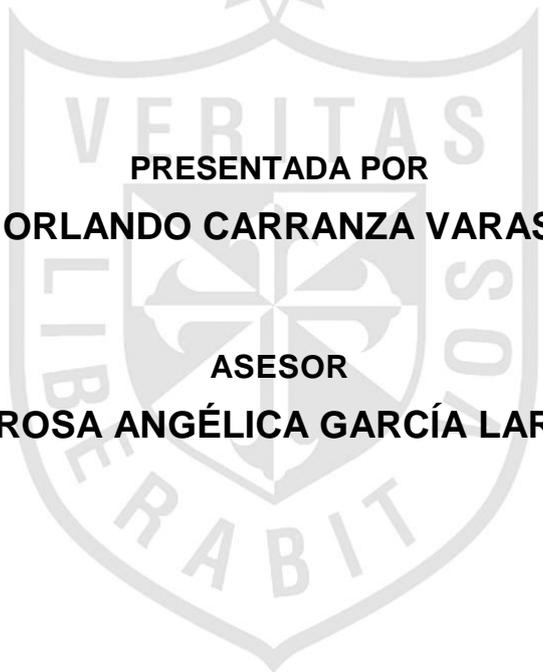




**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PERFIL DEL PACIENTE CON ACCIDENTE  
CEREBROVASCULAR EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA  
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2015**



**PRESENTADA POR  
ORLANDO CARRANZA VARAS  
ASESOR  
ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
NEUROLOGÍA**

**LIMA – PERÚ**

**2018**



**Reconocimiento - Sin obra derivada  
CC BY-ND**

El autor permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PERFIL DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR  
EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA  
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2015**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
NEUROLOGÍA**

**PRESENTADO POR  
ORLANDO CARRANZA VARAS**

**ASESOR  
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA, PERÚ**

**2018**

## ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Índice	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	4
1.4.1 Importancia	4
1.4.2 Viabilidad	5
1.5 Limitaciones	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de términos básicos	20
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>23</b>
3.1 Formulación de la hipótesis	23
3.2 Variables y su operacionalización	24
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>26</b>
4.1 Diseño metodológico	26
4.2 Diseño muestral	26
4.3 Procedimientos de recolección de datos	27
4.4 Procesamiento y análisis de datos	27
4.5 Aspectos éticos	27
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>28</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el accidente cerebro vascular (ACV) es una enfermedad que afecta cada vez más a las personas mayores de 60 años.<sup>1</sup>

Sin embargo, gracias a un mejor entendimiento y estudio de la hipertensión arterial (HTA), considerada como el principal factor de riesgo del ACV, se puede tener, hoy, un mejor manejo de la enfermedad, con el consiguiente descenso significativo del número de reporte de casos.<sup>2</sup>

Básicamente, un ACV ocurre cuando, por alguna razón y de forma repentina se interrumpe el flujo sanguíneo a una zona determinada del encéfalo o cuando un vaso sanguíneo cerebral, por alguna razón, conocida o desconocida, se rompe y ocasiona que la sangre se colectione en los espacios intercelulares en el parénquima cerebral.<sup>3</sup>

Las primeras seis horas desde que se presentaron los síntomas son clave para la oportuna atención médica especializada; de lo contrario, podría suscitarse una isquemia súbita e irreversible en cualquier parte del cerebro, lo que podría devenir en una discapacidad severa o la muerte.

En el Perú, la muerte por ECV ha se ha incrementado en los últimos 40 años, y ha alcanzado el 25% entre los años 2000 y 2006. En los últimos 10 años, no se han

realizado muchos estudios sobre las ECV, al punto que solo se sabe que hay reportes entre el 17 y 25% que padecen esta patología son mayores de 65 años, por lo que no existe un manejo adecuado en los hospitales del país. Si la situación continúa así, se seguirá incrementando la morbimortalidad.<sup>4</sup>

En el Hospital Alberto Sabogal (HASS), en el servicio de Neurología, se viene observando, cada día, la presencia de pacientes más jóvenes con ACV hemorrágicos y además, un incremento de pacientes reinfartados; es decir, que han tenido uno o más eventos de ACV en algún otro momento.

El servicio de Neurología del HASS tiene nueve camas para hospitalización, Usualmente, en una guardia de 24 horas, suelen ingresar de seis a ocho pacientes neurológicos, entre los 40 y 96 años, de los cuales son hospitalizados hasta tres, por lo que en una semana son aproximadamente 20; de estos, cuatro son ACV, ya sea por primera vez o reinfartados. La mayoría son varones y tienen antecedentes de HTA, *diabetes mellitus*, dislipidemia, cardiopatía, fumadores.

Como se puede ver, los pacientes ACV pueden llegar a 80 por mes, solo en este nosocomio, por lo que esta enfermedad debe ser estudiada cada vez con mayor interés.

Los accidentes cerebrovasculares pueden tratarse y prevenirse, si se tuviera información de los factores de riesgo con respecto a la forma de vivir: obesidad, inactividad física, consumo elevado de alcohol, tabaco, drogas ilegales como cocaína y metanfetaminas. También están como causa: la presión arterial alta,

colesterol alto, diabetes, apnea, en el cual el nivel de oxígeno disminuye de forma intermitente durante la noche.

Asimismo, existen otras enfermedades cardiovasculares, como insuficiencia cardíaca, defectos cardíacos, infección cardíaca o ritmo cardíaco anormal, que pueden provocar un ACV.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es el perfil del paciente que egresa del Servicio de Neurología del HASS con el diagnóstico de ACV en el año 2015?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el perfil del paciente que egresa del Servicio de Neurología del HASS con el diagnóstico de ACV en el año 2015.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Determinar el número de casos de ACV en el Servicio de Neurología del HASS en el período de estudio.

Identificar el género y edad de presentación más frecuente en los pacientes con ACV egresados del Servicio de Neurología del HASS.

Caracterizar y cuantificar los diferentes tipos de ACV.

Identificar los factores de riesgo clásico para ACV en los pacientes estudiados.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

Después del infarto agudo al miocardio (IMA), los ACV son una causa importante de morbimortalidad en nuestro país. La gran mayoría de pacientes con ACV, 90% aproximadamente, al final del tratamiento quedan con algún tipo de secuela neurológica, lo que demanda cuidados especializados a nivel familiar, deteriora la calidad de vida del usuario, así como también, a nivel institucional hay una elevación en los costos de hospitalización y recuperación

De ahí la importancia del presente estudio, porque se podría aportar a un mejor entendimiento y reconocimiento de cuál es el perfil de los pacientes con ACV del Servicio de Neurología. Este conocimiento permitiría identificar y modificar ciertos factores de riesgo, con el consiguiente propósito de prevenir o disminuir el número de casos.

La presente investigación permitiría contar con un registro que contenga información sobre la realidad de la patología en los pacientes que acuden al hospital.

### **1.4.2 Viabilidad**

El presente estudio es viable, pues el investigador cuenta con el tiempo para su ejecución.

Asimismo, se cuenta con el permiso institucional y por ser un trabajo retrospectivo, no será necesario contar con una revisión del proyecto por el Comité de Ética de la facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.

### **1.5 Limitaciones**

El presente estudio no puede ser generalizable, porque la muestra no es probabilística, ya que se limita a un número restringido de casos de un servicio.

En nuestro trabajo de investigación solo se evaluará a pacientes hospitalizados en el servicio de Neurología del HASS, durante el año establecido para el estudio.

No se han encontrado muchas referencias bibliográficas en la relación de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico, a pesar de su fuerte relación en el proceso y desarrollo de la enfermedad.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

En el Perú, en 2016, Lorgio J y Oscanoa T publicaron un estudio de casos y controles. El grupo de casos fueron conformados por pacientes diagnosticados con ECV por clínica y tomografía y los controles con patologías distintas. Fueron 160 pacientes: 63,7% fueron del sexo masculino y el 36,25%, femenino. El promedio de colesterol sérico, triglicéridos y LDL en los casos fueron de: 191,4, 130,50 y 120,41 mg/dL y en los controles 210,16, 167,07 y 132,55. El Odds ratio entre los casos y controles de 0,308. Con ello, se muestra que la dislipidemia es un factor de riesgo para ECV.<sup>5</sup>

Vega *et al.* publicaron, en 2016, un estudio de casos y controles para determinar los factores relacionados al ECV en la clínica especializada los Andes de Colombia. Fueron 97 el grupo de casos y 291 pacientes como controles que ingresaron en la fecha especificada. El 56,7% del grupo de casos eran femeninas y 54,6% lo eran del grupo control. Los factores de riesgo asociados a ECV fueron en este orden: tabaquismo, dislipidemia e hipertensión arterial.

En conclusión, los tres factores de riesgo modificables y la edad son los más representativos para evaluar las posibilidades con las que un paciente tiene que presentar un ECV, por lo que, de realizarse un trabajo multidisciplinario, podría tener un mejor control de los mencionados factores de riesgo para inhibir la incidencia y prevalencia de los ECV.<sup>6</sup>

Alfageme R, en 2015, desarrolló un estudio para identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con ACV del HNERM. Fue un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, diseño no experimental.

Se encontró que 49% fueron diagnosticados como ACV hemorrágico y 51%, con ACV isquémico. El tipo más frecuente de ACV isquémico fue el aterotrombótico. El factor de riesgo más importante fue la HTA y en segundo lugar, la *diabetes mellitus*. Los resultados indican que las mujeres tienen 52% en contra de un 48% del sexo masculino en los ACV. El grupo etario más afectado es el que se ubica entre los 60 y los 90 años.

El factor de riesgo más importante ya sea para los ACV isquémicos como hemorrágicos es la HTA. La asociación entre HTA y DM, como factores de riesgo, incrementó hasta en un 30% la posibilidad de ACV tanto hemorrágicos como isquémicos. Existe una ligera predominancia del sexo femenino en los ACV hemorrágicos en pacientes menos de 60 años. Dentro de los diferentes tipos de ACV isquémico, el tipo cardioembólico fue el más frecuente y su principal factor desencadenante fue la fibrilación auricular. Otro de los factores de riesgo más frecuentes en la etiopatología de esta enfermedad son las dislipidemia, que es mucho más habitual en varones que en mujeres y que es un factor de riesgo que se puede modificar de acuerdo a las costumbres dietéticas de las personas.<sup>7</sup>

En 2014, Cabrera J *et al.* realizaron, en Cuba, una revisión bibliográfica de las bases bibliográficas de Cochrane y LILACS de los años 2009 a 2013. El objetivo era describir el comportamiento de los factores de riesgo para ECV. Para ello,

observaron coincidencia con los factores de riesgo clásicos para ECV y los ordenaron por incidencia y prevalencia en el orden siguiente: la edad, hipertensión arterial, la dislipidemia, el tabaquismo, la *diabetes mellitus*, la obesidad y el alcoholismo. Concluyeron que los factores de riesgo más importantes fueron: hipertensión arterial y consumo de tabaco.<sup>8</sup>

Ávila S *et al.*, en México, en 2012, realizaron un estudio retrospectivo y observacional de pacientes del hospital general La Perla. El objetivo era determinar los factores de riesgos más frecuentes asociados a la ECV y la tasa de mortalidad. Se revisaron 80 casos. Se determinó que la prevención primaria de la ECV es el método más seguro y económico para garantizar una mejor calidad de vivir a los pacientes, unido al menor costo económico en salud pública.<sup>9</sup>

De 2012 hasta 2014, en Camagüey, Cuba, Toledo *et al.* realizaron una investigación con 76 pacientes del alta con enfermedad cerebrovascular. El objetivo fue determinar el comportamiento de los factores de riesgo modificables después del primer episodio de ECV. Resultados: prevalece en las edades mayores de 60 años a más del 84% de pacientes, el sexo masculino y el ECV con el mayor porcentaje fue el isquémico. Los factores de riesgo identificados con más prevalencia fueron: hipertensión arterial, el sedentarismo y la *diabetes mellitus* en el siguiente orden de frecuencia: 82,25%; 73,68% y 50%. Concluyeron que controlando esos tres factores de riesgo se reducirá considerablemente la incidencia de los ECV y que esto será posible.<sup>10</sup>

Gómez, J, en el año 2010, elaboró un estudio descriptivo de la enfermedad cerebrovascular isquémica: zona del poniente almeriense. El objetivo fue establecer que las características clínicas, etiológicas, evolutivas y terapéuticas en los pacientes con enfermedad cerebrovascular son similares a las reportadas en la literatura internacional.

Se recolectaron 243 historias clínicas de pacientes ingresados al hospital con diagnóstico de ACV. El 70% corresponden a ACV isquémico, mientras que 30%, a ACV hemorrágico. La HTA y la *diabetes mellitus* fueron los factores de riesgo más importantes. El 64% no tenía antecedente de ictus previo. La disartria, el deterioro cognitivo en algún grado y el déficit motor fue la clínica más frecuente. El 99% de los pacientes tuvieron acceso a la TAC cerebral antes de las seis horas.

Por el tamaño de la muestra y las características de la población estudiada, no se pueden obtener conclusiones definitivas, pero es posible deducir que presentan características clínicas, etiológicas, evolutivas y terapéuticas similares a las reportadas en la literatura internacional. Hay adherencia profesional al protocolo de ictus con cumplimiento de las normas de calidad, indicadores, TAC y anti agregación.<sup>11</sup>

En 2009, Paixao C identificó las discapacidades físicas como consecuencia de un accidente vascular cerebral. Realizó una revisión sistemática a 11 publicaciones. Se halló que la discapacidad motora fue 55%; la disfagia, 36% y la afasia, 9%. Todas tienen un alto potencial en las actividades cotidianas y dependen, en alto grado, de un cuidador.

En conclusión, la supervivencia, tras el derrame, exige orientaciones de enfermería orientadas a disminuir los efectos de las discapacidades, en el usuario.<sup>12</sup>

Olea V elaboró una tesis sobre el perfil del paciente con ACV del complejo asistencial Barros Luco, en Chile, en 2007. Del total de epicrisis revisadas, el ACV fue la patología más frecuente en el Servicio de Neurología del hospital, lo que representa un 55,56%. Del total de casos, un 84,53% corresponden al ACV isquémico y un 11,70%, al hemorrágico, las crisis isquémico transitorias corresponden a un 3,77%. La distribución indica que la mayoría corresponde a sexo masculino con un 52,45%.

El factor de riesgo más común fue la hipertensión La edad de los pacientes fue de 68,26 años, promedio; el rango estaba entre 22 y 96 años. Un 89,81% egresaron en condición de vivos. Finalmente, solo un 31,09% de los pacientes fue derivado a Kinesiología; pero un 47,92% de ellos egresa con un ranking entre 2 y 5; esto es, con incapacidad funcional.<sup>13</sup>

Creiscell C realizó, 2006, una tesis sobre accidente cerebrovascular; características generales y epidemiológicas de los pacientes, en Argentina, en 2006. Se revisaron 54 historias clínicas de pacientes con ACV. Se concluyó que el 100% de pacientes presentan hipertensión arterial como antecedente; el 31,5%, el antecedente del hábito de fumar; el 16,7%, diabetes mellitus; el 33,3%, obesidad; el 35,2%, ACV previo.

Asimismo, se halló que antes del ACV actual, el 14,6% de la población no recibía ninguna medicación. Al resto se les recetó: enalapril (23,6%), furosemida (9%), amiodarona (9%) y acenocumarol (9%). Del total de los medicados, 26,8% no cumplía con el tratamiento; el 85,2% tuvo como hallazgo en la TAC un ACV isquémico y el 14,8%, un ACV hemorrágico. El 66,7% fueron internados en sala y el 33,3%, en UTI.

De los pacientes en UTI, 27,8% no cumplía con la medicación y el 22,2% no se hallaba medicado. Los que estaban en sala, 16,7% no cumplía con la medicación y el 25% no estaba medicado.<sup>14</sup>

Gana J, en 2006, realizó un estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico. Los resultados de la encuesta se utilizaron para obtener un puntaje tanto de un componente físico como mental de la calidad de vida actual de los usuarios y relacionarlo a los factores de riesgo al momento de diagnosticar ACV isquémico.

Se concluyó que los varones tienen mayor puntaje promedio en la encuesta SF-36 V.2 que las mujeres. Solo en los ítem DC (dolor corporal) con una significancia de 0,009, SG (salud general) con una significancia de 0,045 y RE, esto es rol emocional, con una significancia de 0,026.

Las mujeres presentan una disminución en su estilo de vida mayor durante el tercer año de alta hospitalaria, en comparación a los hombres, y se acentuó en el dolor corporal, salud general y rol emocional. En conclusión, un alto porcentaje (86,4%)

de los sujetos que han presentado un ACV isquémico, durante el año 2003, refieren algún grado de secuelas, sean estas a nivel físico y/o mental, e independiente que la relación con sus factores de riesgo al momento del evento isquémico.<sup>15</sup>

Varona, J (2003) desarrolló una investigación sobre ictus en el adulto joven: causas y pronóstico a largo plazo. El objetivo fue conocer factores de incidencia, prevalencia y mortalidad de los ACV en pacientes adulto joven; así mismo, identificar los grupos de riesgo y los factores de riesgo asociados.

La edad media de presentación fue de 36,6 años. El 87% fueron de tipo isquémico, mientras que un 13%, de causa hemorrágica. Los factores de riesgo asociados más importantes fueron HTA, tabaco y dislipidemias.

Dentro de los factores predictores asociados a mayor mortalidad se asocian el sexo masculino, mayor a 35 años y el curso de inicio desfavorable. El ictus en paciente joven fue poco frecuente. El ictus migrañoso y la hipercolesterolemia son factores predictores de menor mortalidad. La edad mayor de 35 años y la presentación de factores de riesgo, aumenta el número de recurrencias.<sup>16</sup>

Valle L, en el año 2000, desarrolló una investigación descriptiva, transversal y retrospectiva, para determinar qué pacientes con diagnóstico de ACV cumplen con los criterios para ser trombolizados en el servicio de Emergencia del HNERM.

Se seleccionaron 300 historias clínicas de pacientes de ambos sexos que habían sido diagnosticados con ACV. El promedio de edad fue entre los 25 y 96 años,

siendo el grupo etario más frecuente el que oscila entre los 86 y 96 años. Los antecedentes patológicos más frecuentes fueron HTA con 50% y *diabetes mellitus* con 9%; 88% fueron ACV isquémico y 12%, ACV hemorrágico.

Estadísticamente el sexo no es una variable significativa, para los pacientes del presente estudio. El grupo etario que mayoritariamente es afectado por esta patología oscila entre 56 a 96 años de edad. La HTA es el factor de riesgo más común encontrado en los pacientes de este estudio. El número de casos de ACV isquémico es predominantemente mayor al número de casos del grupo de ACV hemorrágico.<sup>17</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

### **Accidente cerebro vascular**

Incluye un grupo amplio y heterogéneo de condiciones patológicas, cuya característica común es que hay un daño en la estructura del tejido cerebral, causado básicamente por un desequilibrio entre el aporte y el requerimiento de oxígeno, además de otras sustancias.

Es un accidente súbito, agudo, en el que se produce interrupción total del flujo sanguíneo a una parte del cerebro. La causa puede ser ruptura de un vaso sanguíneo o que tiene un aneurisma como antecedente.

Los factores de riesgo que causan el 91% de todos los ACV en el mundo son:

La hipertensión

Una mala dieta

El incremento de las medidas o de la proporción cintura-cadera

Factores psicosociales

La inactividad física

Consumo de tabaco

Alto consumo de alcohol

Enfermedad cardíaca y diabetes.<sup>18</sup>

Los tipos de ACV pueden ser:

Ictus isquémico o infarto cerebral (disminución del flujo sanguíneo en el cerebro de manera brusca)

Ictus hemorrágico o derrame cerebral (hemorragia originada por la ruptura de un vaso cerebral).<sup>19</sup>

### **Clasificación fisiopatológica**

Esta forma de clasificación es la de mayor utilidad y la más usada para clasificar los ACV, y se basa en el mecanismo fisiopatológico que produce el evento cerebrovascular.

Desde el punto de vista fisiopatológico existen dos formas de ACV: isquémico y hemorrágico.

En el ACV hemorrágico, se produce por la ruptura de un vaso en el encéfalo quedando la sangre contenida dentro de la cavidad craneal; y en el isquémico el problema principal es el flujo insuficiente de sangre debido a una disminución de la

luz, por alguna causa, de los vasos arteriales que irrigan al cerebro, con la consecuente isquemia de la zona afectada del mismo, lo que posteriormente conducirá al infarto cerebral.<sup>20</sup>

### **ACV hemorrágico**

Se dividen en dos tipos: a. Hemorragia Intracerebral (HIC): que se refiere a un acumulo de sangre intraparenquimal cerebral, que puede ser producto de una rotura vascular espontánea.<sup>21</sup> La etiología más común es la HTA, seguido de algún tipo de traumatismo, uso de drogas ilícitas, malformación vascular o angiopatía amiloidea. La sintomatología se presenta de manera temprana y es de acuerdo a la localización del hematoma cerebral.

El paciente presenta un incremento de la presión intracraneal, motivo por el cual luego va a presentar cefalea intensa vómitos y alteración en el nivel de conciencia. En hemorragias de poco volumen de sangrado, esta sintomatología podría no estar presente.

Dentro de las causas más frecuentes tenemos a los TEC, que es la más frecuente, dentro de las causas traumáticas, los aneurismas, que es las más frecuente dentro de las causas no traumáticas, las angiopatías amiloideas y el uso de drogas ilícitas.<sup>21</sup>

## **ACV isquémico**

Es un paro cerebrovascular provocado por un proceso de disminución del riego sanguíneo y consecuente disminución de oxígeno. Ello provoca muerte de parte de la masa encefálica.

Suele aparecer en personas mayores 40 años y un tercio de estos puede terminar en muerte del individuo.

Se divide en:

a. ACV embólico: La mayoría de émbolos son de causa cardíaca y frecuentemente asociados a enfermedades que alteran el ritmo cardíaco; trombos murales; endocarditis bacteriana subaguda; patologías valvulares y enfermedades del septum cardíaco.

b. Dentro de las causas que no son de origen cardíaco tenemos las lesiones vasculares, como por ejemplo de las, arterias carótidas, arterias vertebrales y arterias intracraneales.

Dentro de las ubicaciones más frecuentes de los émbolos tenemos la ACM, la arteria basilar y especialmente su rama la arteria PICA.

c. ACV aterotrombótico: la manifestación clínica está dada por la ubicación de la lesión, es un proceso focal agudo. Un ACV aterotrombótico es aquella en la cual la causa es la estenosis u oclusión de un vaso que puede ser intra o extracerebral. La severidad del cuadro clínico está determinada por el calibre de la arteria obstruida

y su distribución. Tiende a ocurrir durante el periodo del sueño, de ahí la denominación de Ictus del despertar.

Los factores de riesgo a favor de esta causa etiológica son entre otros la edad; mayores de 60 años y haber tenido dos o más factores de riesgo vascular (HTA, DM, dislipidemia).

En cuanto a la clínica, los síntomas neurológicos pueden ser fluctuantes, remiten o progresan de forma gradual.

d. ACV lacunar o enfermedad de pequeño vaso:

Es un infarto de tamaño pequeño, algunas literaturas lo refieren como máximo hasta de 20 milímetros de diámetro, de preferencia en territorio de arteriolas perforantes cerebrales.<sup>22</sup>

La lesión anátomo-patológica más frecuentemente encontrada en los infartos lacunares son la microateromatosis y la lipohialinosis

La clínica se presentará de acuerdo a la ubicación del infarto. Las principales zonas de ubicación son a nivel de las partes más profundas de encéfalo o también de tronco cerebral, en especial en parte del bulbo, núcleo caudado, cápsula interna, tálamo y protuberancia.<sup>23</sup>

e. ACV de causa desconocida o infrecuente:

Es un grupo reducido que representa aproximadamente el 2.9% de los ACV. Con

mayor frecuencia en pacientes jóvenes y representa poco menos de la mitad de los pacientes menores de 50 años, siendo la causa más frecuente la disección arterial.

El paciente presenta dolor intenso a nivel del territorio carotideo o vértebro-basilar, inicialmente para luego instalarse la focalización neurológica.

También existen algunas otras causas que se encuentran asociadas a procesos vasculíticos, como por ejemplo enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide o el lupus, y algunas otras patologías.

### **Clasificación según duración de los síntomas**

#### 1. Ataque Isquémico transitorio (TIA):

Un TIA se define como un déficit neurológico focal de corta duración, que es secundario a una interrupción total o parcial pero temporal que ocurre de forma súbita en la circulación cerebral, en una zona vascular arterial definida, con una recuperación total del déficit neurológico antes de las 24 horas, sin embargo un 70% de casos resuelven antes de la primera hora de instalación.<sup>24</sup>

#### 2. Accidente cerebro vascular propiamente dicho:

También denominados como *stroke* o ictus.

Es una emergencia médica.

Comprende un amplio grupo de entidades clínicas que incluye HIC, HSA, TIA, la crisis isquémica transitoria (CIT).

Básicamente se debe a la interrupción del flujo de sangre en algún territorio

cerebral.

El cuadro clínico neurológico dura más de 24 horas, donde hay una lesión estructural neurológica, de acuerdo a la extensión de la lesión y a la durabilidad del cuadro clínico

## **Epidemiología**

Aproximadamente, el 50% de la demanda de atención intrahospitalaria en neurología se debe a alguna forma de ACV; de este porcentaje, se estima que aproximadamente el 70% sean de tipo isquémico y un aproximado de 30% corresponde al tipo hemorrágico.

Gran parte de estos pacientes van a quedar con algún tipo de secuela neurológica en mayor o en menor grado, al final de su estancia hospitalaria, lo que determina una larga fase de rehabilitación, que comprende tanto la parte física, como la competencia de otras especialidades médicas: cardiología, endocrinología, etc., lo que origina una gran demanda de recursos económicos tanto para la entidades de salud como también para la familia.

Sin embargo, hay algunos estudios que sugieren un mayor número de pacientes hemorrágicos, principalmente debido a malformaciones vasculares y problemas ateroscleróticos Intracerebral. Tal vez esto se deba a diferentes factores tanto genéticos, ambientales así como socioculturales.

En un futuro próximo, muchas personas tendrán cada vez más una enfermedad cerebrovascular, por lo que será una patología muy frecuente después de las

neoplasias y cardiopatías. Tener un estilo de vida saludable y control de otras enfermedades aumentará la esperanza de vida en los países subdesarrollados.<sup>25</sup>

## **Clínica**

La ASANIND, han establecido ya un cuestionario de síntomas para poder identificar rápidamente a un paciente potencialmente en riesgo de un ACV.

Los síntomas de advertencia del ACV incluyen:

Debilidad asimétrica de miembros de un mismo lado del cuerpo que puede ser variable, desde una ligera debilidad hasta la paresia total de un hemicuerpo.

Parálisis facial o asimetría facial sin compromiso de la región frontal, es decir con la preservación de los pliegues frontales.

Alteraciones en el habla y el discurso, que puede ser desde la disartria hasta la afasia.

Confusión mental, es decir alteraciones en el nivel y contenido de conciencia

Pérdida del equilibrio y coordinación, mareos y dificultad para la marcha

Cefalea intensa de causa desconocida

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Hemorragia Intracerebral (HIC):** Sangrado intraparenquimal cerebral, ocasionada por una lesión vascular espontánea.

**Hemorragia Subaracnoidea (HSA):** hemorragia entre la aracnoides y la piamadre, que son las meninges que envuelven el cerebro.

**Accidente cerebro vascular (ACV) isquémico:** lesión que ocurre cuando la arteria que irriga una determinada zona del cerebro se bloquea total o parcialmente ocasionando una disminución en el flujo sanguíneo cerebral.

**ACV lacunar o enfermedad arterial de pequeño vaso:** es un infarto de tamaño pequeño (< a 20 mm) de localización profunda en el encéfalo.

**Isquémica transitoria guda (AIT):** déficit neurológico focal de corta duración, que es secundario a una interrupción total o parcial pero temporal que ocurre de forma súbita en el flujo sanguíneo cerebral, en una zona vascular arterial determinada, con una recuperación total del déficit neurológico antes de las 24 horas, sin embargo un 70% de casos resuelven antes de la primera hora de instalación.<sup>26,27,28</sup>

**Diabetes mellitus:** según el cumplimiento de los criterios clínicos (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso) y de laboratorio (valores diagnósticos de glucemia o mediante la pruebas de intolerancia a la glucosa: ayuna: más de 7mmol/L y a las dos horas más de 11mmol/L, o sea refirió antecedentes de ello, o pacientes que mantienen tratamiento con hipoglucemiantes.<sup>29</sup>

**Hipercolesterolemia:** es el colesterol elevado en sangre. No es una patología; es más bien un desajuste metabólico que puede ser secundario a muchas

enfermedades y puede contribuir a muchas formas de enfermedad, especialmente enfermedad de las arterias coronarias.

**Fibrilación Auricular:** es una enfermedad que se presenta como arritmia cardíaca. El paciente presenta latidos auriculares incoordinados y desorganizados, con un ritmo cardíaco rápido e irregular.

**Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC):** es cuando el débil bombeo del corazón causa una acumulación de líquido en los pulmones y otros tejidos del cuerpo.

**Dislipidemia:** cuando el paciente presenta de altos niveles de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos), los cuales son transportados por las lipoproteínas en la sangre.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de la hipótesis

Por ser descriptivo, no se considera la hipótesis.

### 3.2 Variables y su operacionalización

Variables	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento	Cuantitativa	Años cumplidos	De Razón	1 2 3 4 5 6 7 8	20-30 ( ) 31-40 ( ) 41-50 ( ) 51-60 ( ) 61-70 ( ) 71-80 ( ) 81-90 ( ) >90 ( )	Historia clínica
Sexo	Género de la persona.	Cualitativa	Género	Proporción	Mujer  Hombre		Historia clínica
ACV Isquémico	Cuando una arteria del cerebro se bloquea y ocasiona disminución en el flujo sanguíneo cerebral.	Cualitativa		Nominal			Historia clínica
ACV hemorrágico	Hinchazón de un vaso sanguíneo en el cerebro	Cualitativa		Nominal			Historia clínica

HTA	Incremento de la presión arterial	Cualitativa	PA en mmHg	Ordinal	Normal Leve Moderada Severa	<120/80 120-139/80-89 140-159/90-99 >160/100	Historia clínica
<i>Diabetes mellitus</i>	Elevación de glucosa	Cualitativo	Glicemia en mg/dL		Sí No		Historia clínica
Hipercolesterolemia	Aumento de colesterol en la sangre	Cualitativa	Colesterol en sangre	Nominal	Sí No		
Tabaco	Consumo de cigarrillos	Cuantitativa	Por n.º de cigarrillos	razón	Sí No	1 al día	Historia clínica
Alcoholismo	Consumo de bebidas alcohólicas	Cuantitativa	Por N.º de botellas y días	razón	Sí No		Historia clínica
Obesidad	Presencia de demasiado tejido adiposo en el cuerpo.	Cualitativa	Cálculo de IMC con altura y peso	Nominal	De bajo riesgo  De riesgo moderado  De alto riesgo  Obesidad extrema	IMC de 30 a 34,9 IMC de 35 a 39,9 IMC=>40 IMC=>50	Historia clínica

Fibrilación auricular	Arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica	Cualitativa		Nominal	Sí No		Historia clínica
Insuficiencia cardiaca congestiva	El corazón no bombea sangre	Cualitativa		Nominal	Sí No		Historia clínica

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Diseño metodológico

Es una investigación descriptiva y retrospectiva, transversal, no experimental.

### 4.2 Diseño muestral

**Población universo:** todos los pacientes del servicio de Neurología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (HASS).

**Población de estudio:** pacientes que se confirmó el ACV como diagnóstico en el Servicio de Neurología del HASS.

**Tamaño de la muestra:** pacientes que se confirmó el ACV como diagnóstico en el Servicio de Neurología del HASS y que fueran elegidos a conveniencia: 200.

#### **Criterios de selección**

**Criterios de inclusión:** Pacientes con diagnóstico de ACV, que hayan estado en el Servicio de Neurología del HASS, entre enero y diciembre de 2015.

#### **Criterios de exclusión:**

Pacientes que hayan sido trasladados a otros servicios, antes al egreso.

Historias clínicas extraviadas

Pacientes menores de 20 años

### **4.3 Procesamiento de recolección de datos**

Se revisarán las historias clínicas, después de haber obtenido el permiso institucional. Se procederá a recolectar los datos, los cuales serán recabados de las historias clínicas. Estos se colocarán en la ficha de recolección de datos.

### **4.4 Procesamiento y análisis de los datos**

Las técnicas de procesamiento de datos se realizaron a través de la estadística descriptiva en cuadros estadísticos, haciendo uso del programa EXCEL, seguida de una interpretación de los resultados considerando la historia clínica y epicrisis de cada paciente en relación a los objetivos de la investigación.

### **4.5 Aspectos éticos**

Al ser una investigación descriptiva, transversal y correlacional, solo se realizará la revisión de historias clínicas, respetando en anonimato de los pacientes.

## CRONOGRAMA

Pasos	2018							
	Feb	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ag	Sep	Oct.
Redacción final del proyecto	X							
Recolección de datos		X	X	X	X			
Resultados					X			
Discusión y conclusiones						X		
Páginas preliminares						X		
Redacción final							X	
Presentación informe							X	

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Arboix A, Morcillo C, García L, Oliveres M, Massons J, Targa C. Different vascular risk factor profiles in ischemic stroke subtypes: a study from the Sagrat Cor Hospital of Barcelona Stroke Registry. *Acta Neurol Scand* 102 (4):3-10. [Internet] 2014. Extraído el 24 de octubre de 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=PUctmue>
2. Pérez J. Factores de riesgo relacionados con la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, Armenia, Colombia, 2008.
3. Registro de pacientes con accidente cerebro vascular en un hospital público del Perú, 2000-2009. *Rev. perú. med. exp. Salud pública* v.28 n.4 Lima oct./dic. 2011
4. Velásquez A, Cachay C, Munayco C, Poquioma E, Espinoza R. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. *Ministerio de Salud* 4(5):117-119. [Internet] 2008. Extraído el 23 de noviembre de 2017. Disponible en: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_image\(...\).pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_image(...).pdf)
5. Castillo J, Oscanoa T. Dislipidemia como factor de riesgo para la enfermedad cerebrovascular. *Facultad de medicina – USMP* 4(5):117-123. [Internet] 2016. Extraído el 29 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
6. Vega J, Ramos A, Ibáñez E, Cobo E. Factores asociados al ataque cerebrovascular isquémico. *Latreia* 29(4): 99-105. [Internet] 2016. Extraído el 28 de

octubre de 2017. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

7. Alfageme R. Características epidemiológicas y clínicas del accidente cerebrovascular Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima. 2015.

8. Cabrera J. factores de riesgo y enfermedades cerebrovasculares. Revista cubana 4(5):117-123. [Internet] 2014. Extraído el 29 de octubre de 2017. Disponible en:  
<http://dle.rae.es/?id=PUctmue>

9. Ávila S, Ordoñez C, Ramírez F. Enfermedad cerebrovascular y factores de riesgo en el hospital general La Perla. Medicina Interna 28(4): 73-77. [Internet] 2012. Extraído el 24 de octubre de 2017. Disponible en: <https://goo.gl/pDwhdC>

10. Toledo JM, Toledo E, Quesada L, López D. Comportamiento de los factores modificables después de un primer evento agudo de la enfermedad cerebrovascular. Archivo Medico 20(5):110-112. [Internet] 2016. Extraído el 21 de octubre de 2017. Disponible en:  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_image\(...\).pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_image(...).pdf)

11. Gómez J. Estudio descriptivo de la enfermedad cerebrovascular isquémica: zona del poniente almeriense. Granada. 2010.

12. Paixao C. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. Enfermería Global (15). (Internet) 2009. Extraído

el 06 de febrero de 2018. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000100019&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100019&lang=pt)

13. Olea V. Perfil del paciente con accidente cerebro vascular egresado del complejo asistencial Barros Luco. Chile. [Internet] 2007. Extraído el 03 de febrero de 2018. Disponible en [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/olea\\_v/sources/olea\\_v.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/olea_v/sources/olea_v.pdf)

14. Creiscell C. Accidente cerebrovascular; características generales y epidemiológicas de los pacientes. Argentina. [Internet] 2006. Extraído el 03 de febrero de 2018. Disponible en <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC068935.pdf>

15. Gana J. Estudio de calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico. Chile. [Internet] 2006. Extraído el 03 de febrero de 2018. Disponible en [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/gana\\_j/sources/gana\\_j.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/gana_j/sources/gana_j.pdf)

16. Varona J. Ictus en el paciente adulto joven: etiología y pronóstico a largo plazo. 2003.

17. Valle L. ACV con criterio de trombolisis en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud. Lima. 2000.

18. Unidad Coronaria. El Accidente Cerebrovascular es un ataque cerebral: debemos prevenirlo y tratarlo. Argentina. [Internet]. 2017. Extraído el 03 de febrero de 2018. Disponible en <http://www.ucmq.com/el-accidente-cerebrovascular-es-un-ataque-cerebral-debemos-prevenirlo-y-tratarlo/>
19. Hidalgo C. Infarto cerebral: complicaciones y causas de muerte. Revista Cubana de Medicina Militar 34 (1). [Internet] 2005. Extraído el 20 de noviembre de 2017. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572005000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000100006)
20. Fischer CM. Lacunar stroke and infarcts: a review. Neurology 32:871-876. [Internet] 1982. Extraído el 10 de noviembre de 2017. Disponible en [http://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1972437](http://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1972437)
21. Perfil clínico, epidemiológico y microbiológico de la endocarditis infecciosa en el Hospital "Hermanos Ameijeiras", 2005-2008. Rev cubana med v.48 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2009.
22. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con dislipidemia afiliados al sistema de salud en Colombia. Rev. perú. med. exp. salud publica vol.30 no.2 Lima abr. 2013
23. Enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. Dr. Jaime Eskenazi. Profesor Invitado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Revista DIAGNOSTICO. Simposio-Volumen 42-Numero 3-Mayo a Junio 2003.

24. [sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Valle\\_V\\_L/t\\_completo.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Valle_V_L/t_completo.pdf)

25. Kotsaftis P. Trend in incidence of cardiovascular risk factors in elderly and over-aged stroke patients between 2003 and 2007 in Greece. Arch Gerontol Geriat. 50(3):117-123. [Internet] 2012. Extraído el 29 de octubre de 2017. Disponible en: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_image\(...\).pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_image(...).pdf)

26. La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: <https://www.neurologia.com/articulo/2000568>.

27. ictus en el paciente adulto joven. etiología y pronóstico a largo plazo [biblioteca.ucm.es/tesis/med/ucm-t26848.pdf](http://biblioteca.ucm.es/tesis/med/ucm-t26848.pdf)

28. Puesta al día sobre ACV - Artículos – IntraMed [www.intramed.net/71737](http://www.intramed.net/71737).

29. Lawes C, Bennett A, Lewington S, Rodgers A. Blood pressure and coronary heart disease: a review of the evidence. Semin Vasc Med. 2(4):355-68. [Internet] 2014. Extraído el 10 de octubre de 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=PUctmue>

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>PERFIL DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2015</p>	<p>¿Cuál es el perfil del paciente que egresa del Servicio de Neurología del HASS con el diagnóstico de ACV en el año 2015?</p>	<p>Determinar el perfil del paciente que egresa del Servicio de Neurología del HASS con ACV en el año 2015.</p> <p>Determinar el número de casos de ACV en el Servicio de Neurología del HASS en el período de estudio.</p>	<p>El presente estudio corresponde a un estudio descriptivo y retrospectivo por que detalla el aspecto cuantitativo del tema de investigación, cuyo diseño es transversal, no experimental.</p>	<p>La población que participa en este estudio, corresponde a todos los pacientes que se confirmó el ACV como diagnóstico en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren</p> <p>Las técnicas de procesamiento de datos se realizaran a través de la estadística</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p>

		<p>Identificar el género y edad de presentación más frecuente en los pacientes con ACV egresados del Servicio de Neurología del HASS.</p> <p>Caracterizar y cuantificar los diferentes tipos de ACV.</p> <p>Identificar plenamente los factores de riesgo clásico para ACV en los pacientes estudiados.</p>		<p>descriptiva en cuadros estadísticos, haciendo uso del programa EXCEL. Seguida de una interpretación de los resultados considerando, la historia clínica y epicrisis de cada paciente en relación a los objetivos de la investigación.</p>	
--	--	---	--	--	--

## 2. Instrumentos de recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 1.- Sexo:

- a) Masculino                      b) Femenino

#### 2.- Número de pacientes con ACV según rango etario en años.

- 20-30 ( )
- 31-40 ( )
- 41-50 ( )
- 51-60 ( )
- 61-70 ( )
- 71-80 ( )
- 81-90 ( )
- >90 ( )

#### 3.- Tipo de ACV

- Hemorrágico ( )
- Isquémico ( )

#### 4.- Factores de riesgo

- HTA ( )
- *Diabetes Mellitus* ( )
- Dislipidemia ( )
- Tabaquismo ( )
- Alcoholismo ( )
- Obesidad ( )
- Fibrilación Auricular ( )
- ICC ( )