



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD
CEREBROVASCULAR DE LA POBLACIÓN EN RIESGO ATENDIDA
EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA Y ENDOCRINOLOGÍA
EN UN HOSPITAL III-1 LAMBAYEQUE PERÚ 2019**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

NÉSTOR JUAN ALBURUQUEQUE ESTRADA

EDWIN JUNIOR HUAMÁN SÁNCHEZ

ASESOR

DR. JUAN ALBERTO LEGUÍA CERNA

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD
CEREBROVASCULAR DE LA POBLACIÓN EN RIESGO ATENDIDA
EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA Y ENDOCRINOLOGÍA
EN UN HOSPITAL III-1 LAMBAYEQUE PERÚ 2019**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

NÉSTOR JUAN ALBURUQUEQUE ESTRADA

EDWIN JUNIOR HUAMÁN SÁNCHEZ

ASESOR

DR. JUAN ALBERTO LEGUÍA CERNA,

CHICLAYO, PERÚ

2021

DEDICATORIA

A Dios y a nuestras familias.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Alberto Leguía Cerna, médico especialista en Geriátría, por su asesoría.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Dedicatoria	II
Agradecimientos	III
Índice	IV
Resumen	V
Abstract	VII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	3
III. RESULTADOS	8
IV. DISCUSIÓN	13
V. CONCLUSIONES	16
VI. RECOMENDACIONES	17
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	18
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Determinar el conocimiento de la población en riesgo sobre signos de alarma y factores de riesgo de la Enfermedad Cerebrovascular (ECV) y su intención de solicitar asistencia médica frente a síntomas de un ECV agudo, en pacientes que acude a consulta externa (cardiología y endocrinología) en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2019. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Con una población de 1126 pacientes, se obtuvo una muestra de 287, se realizó muestreo no probabilístico consecutivo. Para la recolección de datos se utilizaron los instrumentos “SAFAR ECV” y “STAT” para los conocimientos y actitudes respectivamente. Para el análisis se utilizó descriptivos univariado y análisis bivariado (con χ^2 y exacta de Fisher) por el programa STATA. **Resultados:** Se obtuvo en mayor frecuencia un nivel de conocimiento y actitudes medios (45 % y 44 % respectivamente). El nivel de actitud se asoció a la presencia de HTA y el nivel de conocimientos con el sexo. Se encontró asociación entre nivel de conocimientos y actitudes ($p=0,03$). **Conclusiones:** La población en riesgo posee un nivel medio de conocimientos y actitudes.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, trastornos cerebrovasculares, conocimientos, actitudes y práctica en salud (**Fuente:** DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge of the risk population about warning signs and risk factors of Cerebrovascular Accident (CVA) and their intention to request medical assistance for symptoms of an acute CVA, in consulting patients (cardiology and endocrinology) at the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital in the year 2019.

Material y metodos: Observational, descriptive, cross-sectional study. Population: 1126 patients, a sample of 287 was obtained, consecutive non-probabilistic sampling was performed. Data collection: using "SAFAR ECV" and "STAT" instruments for knowledge and attitudes respectively. Data analysis: descriptive univariate and bivariate analysis (Chi2 / Fisher exact) are described by the STATA software. **Results:** Respondents had middle levels of knowledges and attitudes (45 % and 44 % respectively). Better attitudes were associated with high blood pressure and better knowledge were associated with gender. The level of knowledge and attitudes were associated ($p=0.03$). **Conclusions:** The risk population have a middle level of ECV's knowledges and attitudes.

Keywords: Stroke, cerebrovascular disorders, knowledge, attitudes and health practice (**Source:** DeCS-BIREME).

I. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) engloba un conjunto de enfermedades, que pueden ser clasificadas de diversa forma (arterial o venosa, isquémica o hemorrágica, o por etiología), que suelen presentarse de forma súbita, con déficit neurológico focal (alteraciones del lenguaje, visuales, motoras o sensitivas) y otros síntomas acompañantes: cefalea, náuseas, vómitos, vértigo, compromiso de nervios craneales, ataxia, nistagmos, fotofobia, síncope, convulsiones o signos meníngeos (1–5). Esta enfermedad se encuentra asociada a múltiples factores de riesgo (FR), no modificables: edad, sexo, raza, herencia; y modificables o erradicables: hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, diabetes mellitus (DM), fibrilación auricular (FA), tabaquismo y alcoholismo. Dentro de los FR modificables, los de mayor importancia en nuestro contexto hospitalario son: DM, HTA y FA (aquellos pacientes que cuenten con alguno de estos 3 FR serán considerados “población en riesgo”) (1,2,6–8).

La ECV presenta, además, una considerable prevalencia y mortalidad. La última actualización brindada por la OMS (2018) indica que es la segunda causa de defunción en el mundo (6 M aprox. en 2016) (2,9). En el Perú, ocupa la séptima posición (4137 en 2014), reportando una prevalencia de 6,8 % en la zona urbana y 2,7 % en la zona rural (en adultos mayores), donde representan el 28,6 y 13,7 % de la mortalidad, respectivamente (10,11). En Lambayeque las enfermedades del sistema circulatorio (incluida ECV) se ubican en la segunda posición como causa de mortalidad (1118 en 2012), lo mismo sucede a nivel de la provincia de Chiclayo (793 en 2012) (12). La Guía Stroke 2018 de la American Stroke/Heart Association (ASA/AHA) establece: “El reconocimiento temprano de los síntomas de ECV (por parte de la población) es esencial para buscar atención oportuna. Desafortunadamente, el conocimiento de las señales de advertencia de ECV y los FR ... sigue siendo pobre. Los afroamericanos y los hispanos tienen una conciencia de ECV más baja que la población general, por ende, un mayor riesgo de retrasos prehospitalarios en la búsqueda de atención” (13).

Olaniyi y col. (2013) analizan datos de más de 200 000 pacientes mostrando que el uso de servicios médicos de emergencia (EMS) por pacientes con ECV se ha asociado a tratamiento oportuno, reducción de la mortalidad y mejor pronóstico por tanto se recomienda intervenciones de concientización pública sobre ECV, sobre todo, dirigidas por edad, sexo o minoría racial/étnica, además (14). Sin embargo, solo 60 % de todos los pacientes con ECV usan EMS (15,16). Ojike y col. (2016) en EE. UU. determinaron que el conocimiento de los síntomas principales de la enfermedad cerebrovascular y la intención de solicitar ayuda son más bajos en las poblaciones afroamericanas, hispanas y en hombres (16). En España, se reportó un conocimiento bajo o inadecuado en la mayoría de los estudios (17–21). En Latinoamérica (Colombia y Argentina), los estudios mostraron que más del 50 % de la población tiene un nivel bajo de conocimientos (22,23). En Perú, Pérez Yadira realizó un estudio donde se entrevistaron 265 pacientes, el 21,5 % tuvo un nivel bajo de conocimiento, 57,4 % un nivel medio y 21,1 % un nivel alto. En cuanto a la actitud, un 15,1 % bajo, 74,7 % medio y 10,20 % alto (24).

Nuestro objetivo fue determinar el conocimiento sobre signos de alarma y factores de riesgo de la ECV (mediante SAFAR ECV) y la intención de solicitar asistencia médica frente a síntomas de un ECV agudo (mediante STAT), en pacientes que acudan a consulta externa (cardiología y endocrinología) en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el 2019.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño metodológico

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

Diseño muestral

Población universo

Pacientes mayores de edad con hipertensión arterial, diabetes mellitus o fibrilación auricular.

Población de estudio

Pacientes mayores de edad con hipertensión arterial, diabetes mellitus o fibrilación auricular que acudan por consulta externa de los servicios de cardiología y endocrinología en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) en el periodo de junio-agosto de 2019.

Tamaño de la población de estudio

Teniendo un tamaño poblacional de 1126 personas (fuente: base de datos de pacientes asegurados ESSALUD HNAAA, oficina de Inteligencia Sanitaria; pacientes con HTA, DM o FA atendidos en junio-agosto en el año 2018), con una proporción esperada de 50 % y un nivel de confianza del 95 %, se obtuvo un tamaño de muestra de 287 con una precisión del 5 %; para la obtención de esta muestra se utilizó el software estadístico EPIDAT 3.1.

Muestreo o selección de la muestra

Para la selección de la muestra de estudio, se realizó un muestreo no probabilístico, consecutivo.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Personas mayores de edad con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus o fibrilación auricular que es atendido por consulta externa de los servicios de cardiología y endocrinología en el HNAAA en los meses de junio- agosto de 2019.

Criterios de exclusión

Personas con imposibilidad comunicativa física, clínica o psicológica.

Personas que completaron de forma equívoca o incompleta el consentimiento informado o instrumento.

Personas que no cumplieron con el criterio de concordancia del instrumento.

Personas cuyos datos no pudieron ser verificados en el portal web de EsSalud.

Procedimientos de recolección de datos

La recolección se realizó con 2 encuestadores, los mismos que acudieron 3 días a la semana durante los meses de junio-agosto del año 2019 a las áreas de consulta externa de los servicios de cardiología y endocrinología del HNAAA, en horarios de 8 a 10 am, obteniendo como mínimo 4 participantes al día por cada encuestador. Los

pacientes con las enfermedades de interés para nuestra investigación fueron seleccionados mediante la primera sección del instrumento, tomando en cuenta que la población en la que se realizó el estudio se encuentra capacidad de reconocer y recordar correctamente la enfermedad que padece, la fidelidad de esta información no supuso ningún problema. El instrumento consta de dos cuestionarios: SAFAR CVA/ECV (“Signs Alarm and Risk Factor CVA”) y STAT (“Stroke Action Test”), algunos pacientes, principalmente adultos mayores, presentaron dificultad en la lectura de los cuestionarios, por tanto, se optó, solo en estos casos, por cambiar la técnica de encuesta a entrevista (heteroaplicada). Cada voluntario recibió, al finalizar su participación, un lapicero, un infograma y una charla informativa en agradecimiento.

Sobre el instrumento: Diego Caruso y colaboradores realizaron la adaptación cultural de los instrumentos STAT y SAFAR ECV de la ASA para su aplicación en Latinoamérica. El instrumento STAT, mostrando un Alfa de Cronbach (α) = 0,92 para el test inicial y un α = 0,93 para el re- test; a su vez no hubo diferencias en el promedio de respuestas correctas entre el test y re- test ($p = 0,86$), en lo concerniente al instrumento SAFAR ECV (“Signos de alarma y factores de riesgo de ECV”) no se obtuvieron diferencias significativas entre el test y re- test, con un coeficiente de Kuder Richardson (KR) = 0,91; por tanto ambos instrumentos comprenden tanto fiabilidad como viabilidad para su correcta aplicación. STAT y SAFAR ECV cuentan con 15 y 17 ítems respectivamente. SAFAR ECV posee 12 ítems sobre datos clínico-epidemiológicos, 5 ítems sobre conocimientos: 3 para síntomas y 2 para FR (con 52 subtemas para la puntuación); STAT tiene 15 ítems que describen las formas más comunes de presentación de un ECV agudo. Adicionalmente el instrumento SAFAR ECV cuenta con 2 subtemas repetidos (sedentarismo en FR y síncope en signos de alarma), si ambos subtemas fueron respondidos de igual forma se cumple el criterio de concordancia del instrumento (caso contrario se excluirá, disminuyendo la probabilidad de incluir cuestionarios respondidos al azar). Siguiendo la guía para la aplicación de los instrumentos: El puntaje total del STAT fue obtenido de los 15 ítems, basado en la escala Likert (llamar o acudir a emergencia = 4, llamar o acudir a

consultorio del médico personal = 3, esperar una hora en casa, luego decidir = 2, esperar un día en casa, luego decidir = 1). Los resultados del cuestionario SAFAR fueron evaluados independientemente según cada subtema (respuesta correcta = 1, respuesta incorrecta = 0). Se realizó una prueba piloto para asegurar que no existan errores de interpretación en las preguntas por parte de nuestra población y asegurar que el lenguaje utilizado sea correcto y coherente; además de permitir a los encuestadores familiarizarse con el instrumento. Adicionalmente, se aplicó una prueba de Estanones cuyos valores coincidieron con los brindados por la guía del instrumento (puntos de corte: conocimientos = 36- 31, actitudes = 59- 48).

Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se codificaron y fueron ingresados en una base de Microsoft Excel 2016, los cuales fueron verificados en dos oportunidades. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico STATA MP (por sus siglas en inglés: Software for statistics and data science), en su versión 15.0 para Windows. Se utilizaron medidas de estadística descriptiva:

Para el análisis univariado: Se presentaron frecuencias absolutas, y relativas para las variables cualitativas.

Para el análisis inferencial (bivariado): Para dos variables cualitativas, de acuerdo con el porcentaje de los valores esperados, si son menores o iguales 5, se utilizó Exacta de Fisher cuando superó el 20 % y Chi² cuando fue menor. Para este estudio se consideró como valor estadísticamente significativo, un valor de p menor de 0,05.

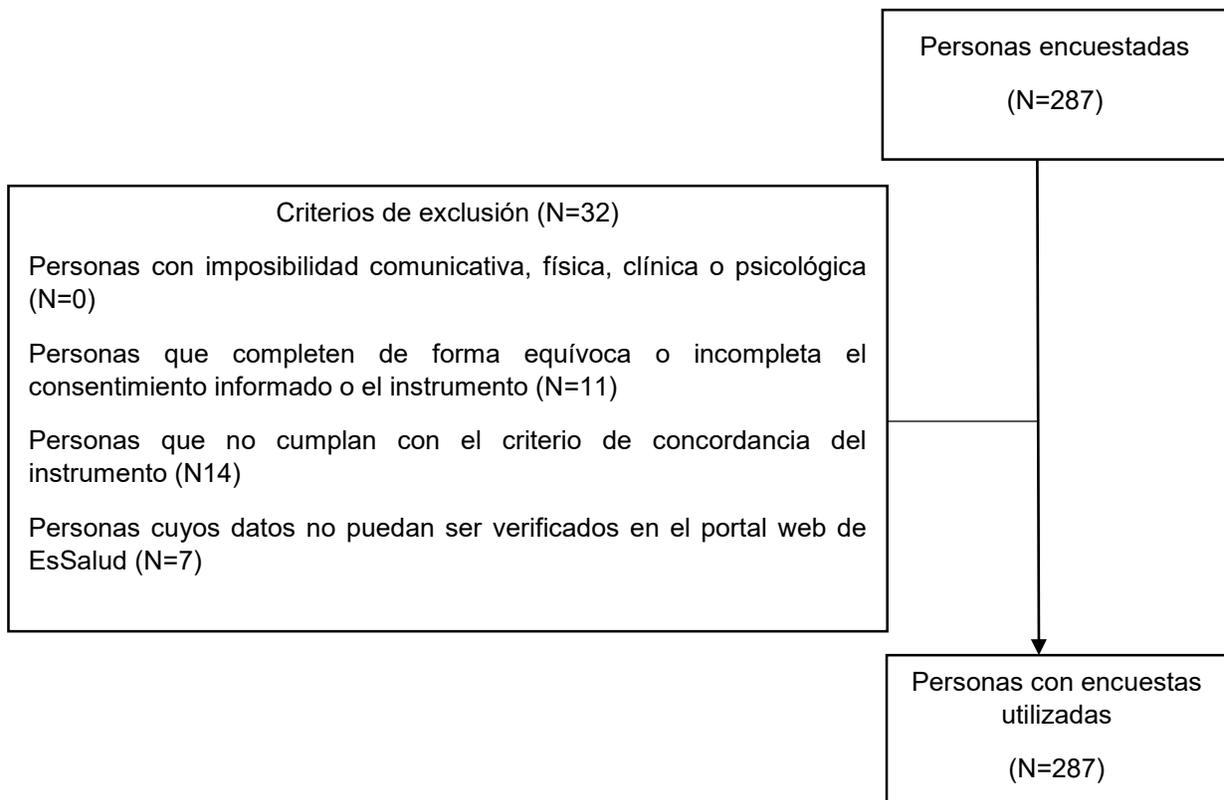


Figura 1. Criterios de exclusión y número de personas encuestadas.

Aspectos éticos

El estudio contó con la participación de seres humanos, dentro de ellos grupos vulnerables (adultos mayores). La participación en el estudio fue voluntaria, manteniendo la confidencialidad, contando con el consentimiento informado en todos los casos, sin riesgos potenciales para los participantes. Explicando a los participantes la finalidad de la investigación y la importancia de su participación. Para asegurar la confidencialidad de la información a cada paciente se le asignará un código único de identificación, la base de datos será de uso privado por los investigadores, con la posterior eliminación, pasado 3 años de realizada la investigación. La presente investigación cuenta con la aprobación del comité de ética del HNAAA. Cada participante recibió un lapicero, un infograma y una charla informativa en agradecimiento a su contribución.

III. RESULTADOS

El estudio fue finalizado con un total de 255 pacientes que acudieron a consultorios externos del HNAAA, durante los meses de junio-agosto del 2019.

Entre las características epidemiológicas de los encuestados encontramos predominantemente mujeres (73 %), en el nivel educativo la mayoría de los encuestados poseen estudios superiores (80 %). Otros datos de interés en las características epidemiológicas son: Adultos mayores que representan un 22 %, encuestados con antecedente personal de ECV (5 %) o antecedente familiar de ECV (35 %).

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes con factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular que acuden a consulta externa de los servicios de cardiología y endocrinología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en los meses de junio-agosto del año 2019.

Variables	n.º	%
Edad		
Adulto	198	77,65
Adulto mayor	57	22,35
Sexo		
Mujer	186	72,94
Hombre	69	27,06
Nivel educativo		
Universitario	109	42,75
Superior no universitario	72	28,24
Secundaria	32	12,54
Post universitario	26	10,20
Primaria	14	05,49
Ninguno	02	00,78

Antecedente personal de ECV

No	242	94,90
Sí	13	05,10

Familiar con ECV

No	165	64,71
Sí	90	35,29
Total	255	100,0

Dentro de los factores de riesgo para ECV se encontró hipertensión arterial en el 82 % de los pacientes en estudio, diabetes mellitus en el 26% y fibrilación auricular en el 11%. Adicionalmente de los 210 pacientes con HTA, 3 pacientes (1,4 %) indicaron no seguir tratamiento antihipertensivo; y de los 187 pacientes con DM, 1 paciente (0,5 %) indicó no llevar tratamiento.

Tabla 2. Frecuencia de factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular en pacientes que acuden a consulta externa de los servicios de cardiología y endocrinología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en los meses de junio-agosto del año 2019.

Variables	n.º	%
Diabetes Mellitus		
No	187	73,33
Sí	68	26,67
Hipertensión Arterial		
No	45	17,65
Sí	210	82,35
Fibrilación Auricular		
No	226	88,63
Sí	29	11,37
Total	255	100,0

Los niveles adecuados de conocimientos y actitudes se encontraron en el 17 % y 15 % de los encuestados respectivamente, el restante 73 % y 75 % presentaron conocimientos y actitudes inadecuadas.

Adicionalmente, en el análisis de los datos relacionados al nivel de conocimiento se encontró que la edad y el nivel de conocimientos fueron independientes entre sí. Empero, sí se evidenció una asociación entre el nivel de conocimientos y el sexo ($p=0,019$), donde predominó el nivel de conocimiento medio en hombre (59 %) y el nivel de conocimiento bajo en la mujer (40 %). No se encontraron diferencias significativas en el nivel de conocimientos entre los diferentes niveles de educación y ningún paciente sin instrucción educativa alcanzó un nivel de conocimientos alto, así mismo, la proporción de conocimiento alto fue mayor entre los niveles superiores de educación. La presencia de antecedente personal o familiar de ECV no se asoció al nivel de conocimientos, los pacientes con ECV presentaron en su mayoría un bajo nivel de conocimientos (46 %). No se identificó asociación entre el nivel de conocimientos y la presencia de factores de riesgo (HTA, DM, FA). En los pacientes con HTA y DM predominó el nivel medio de conocimientos con 45 % y 51% respectivamente, en los pacientes con FA predominaron los niveles bajo y medio de conocimientos, ambos con 44 %.

Tabla 3. Conocimientos y actitudes sobre enfermedad cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo que acuden a consulta externa de los servicios de cardiología y endocrinología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en los meses de junio-agosto del año 2019.

Variables	n°	%
Nivel de Conocimientos		
Inadecuado: Bajo	96	37,65
Inadecuado: Medio	115	45,10

Adecuado: Alto	44	17,25
Nivel de Actitudes		
Inadecuada: Bajo	109	42,75
Inadecuada: Medio	113	44,31
Adecuada: Alto	33	12,94
Total	255	100,0

Entre otros resultados, no se encontró asociación entre la edad y el nivel de actitudes de los pacientes. El nivel de actitudes en su mayoría fue bajo para los hombres (46 %) y medio para las mujeres (46 %), sin embargo, estas variables no estuvieron asociadas. Las actitudes fueron independientes del nivel de educación, todos los pacientes sin instrucción académica obtuvieron un nivel bajo de actitud. Se evidenció que el 100 % de los pacientes con ECV poseían un nivel de actitud inadecuada (61 % bajo y 39 % medio), por tanto, ningún paciente con ECV presentó una actitud adecuada. Los pacientes que tienen un familiar con ECV presentaron una actitud media y los que no tienen un familiar con ECV presentaron una actitud baja, empero, no se encontró asociación entre el nivel de actitudes y la presencia de ECV en el paciente o familiar. No se encontró asociación entre el nivel de actitudes y la presencia de DM o FA.

Se encontró asociación entre el nivel de conocimiento y el nivel de actitudes de los encuestados (Chi2: $p < 0,05$). Resaltando que un nivel alto de actitudes, fueron alcanzados en su mayoría por encuestados con nivel bajo de conocimientos.

Tabla 4. Comparación de los niveles de actitudes y los niveles de conocimientos sobre a enfermedad cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo que acuden a consulta externa de los servicios de cardiología y endocrinología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en los meses de junio-agosto del año 2019

Nivel de conocimientos	Nivel de actitudes			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Bajo	34	46	16	96
Medio	59	48	8	115
Alto	16	19	9	44
Total	109	113	33	255

p = 0,037 chi2 = 0.01

IV. DISCUSIÓN

La población de estudio posee en su mayoría un nivel de conocimiento medio (45 %), seguido de un conocimiento bajo (37 %), y en menor proporción un nivel alto (17 %). Estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos en los estudios realizados por Pérez Villajuan en Lima-Perú y Domínguez en Argentina (57 % y 63 % nivel medio, 21 % nivel bajo, 21 % y 11 % nivel alto) (22, 24), en esta similitud puede explicarse debido al contexto social similar (nivel de complejidad hospitalaria parecido). Los resultados obtenidos de estudios realizados en España por Jiménez y Ramírez fueron diferentes a los obtenidos en Latinoamérica: Jiménez encontró que más del 50 % de la población poseía un nivel alto de conocimientos, Mientras Ramírez mostró que el 40 % de la población tenía un nivel adecuado de conocimientos (19, 20), esta discrepancia en los resultados se debe principalmente a la diferencia de los sistemas de salud y educación de los países mencionados.

En cuanto a las actitudes nuestro estudio presentó actitudes adecuadas en el 12 % de la población, otro estudio realizado en Perú por Pérez Villajuan evidenció que el 10 % de la población tenía actitudes adecuadas (24). Sin embargo, al igual que sucedió con el nivel de conocimientos, resultados diferentes fueron hallados en España por Pérez Lázaro que observó, en 2 estudios, que el 32 %, en el primer estudio, y el 56 %, en el segundo, de la población tuvo una actitud correcta (17,21).

La asociación hallada entre conocimientos y actitudes, en nuestro estudio y otros realizados en Lima y España (19 y 24), es importante, pues da pie a nuevas investigaciones con la finalidad de probar que: si se aumenta el nivel de conocimientos, aumentaría también el nivel de actitudes o viceversa. De ser esto cierto, las acciones de salud enfocadas al fortalecimiento de los conocimientos sobre ECV, influirán positivamente en las actitudes frente a la enfermedad, a su vez, el fortalecimiento de las actitudes tendrá el mismo efecto sobre el nivel de conocimientos.

Pérez en Perú encontró asociación entre el antecedente personal o familiar de ECV y el nivel de conocimiento (24), Ramírez en España además de evidenciar dicha asociación encontró también asociación entre la presencia de FR (HTA, DM) y el nivel de conocimientos, así como asociación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento (19). En nuestro estudio no se evidenció dichas asociaciones, en el caso de la asociación entre la presencia de ECV y el nivel de conocimientos nuestros resultados fueron muy similares en porcentaje a los encontrados en los estudios referenciados, sin embargo, los pacientes con ECV representaron solo el 5 % de la muestra (13 pacientes), los cuales no fueron suficientes para determinar si existía una diferencia significativa con la población en general. En nuestro estudio al igual que en los realizados en Lima y España, se evidenciaron niveles más bajos de conocimientos en los pacientes con ECV en comparación con la población general (19, 24). Al igual que Pérez en Lima evidenciamos una asociación entre el sexo y el nivel de conocimientos, mismo que no se evidenció en otros estudios de diversos países, la presencia de un nivel de conocimientos medio en varones y bajo en mujeres podría ser explicado por la coyuntura social presente en nuestro país, donde las mujeres generalmente no podían acceder a una educación adecuada (17-24).

En la bibliografía es muy limitada la información de los factores asociados a las actitudes frente al ECV, nuestro estudio evidenció una asociación entre el nivel de actitud y la presencia de HTA, sería recomendable realizar la ampliación de investigaciones evocadas a identificar factores asociados al nivel de actitud frente al ECV.

Finalmente debemos resaltar que nuestro estudio al igual que las demás investigaciones realizadas en Latinoamérica (Pérez en Lima, Domínguez en Argentina y Díaz en Colombia) (22-24) se desarrollaron en medios hospitalarios, a diferencia de los estudios realizados en España y EE. UU. que fueron desarrollados en poblaciones (16-21). Esto limita la validez externa de nuestro estudio y dificulta su comparación con estudios que analizan poblaciones más extensas. Es recomendable ampliar la

población de estudio de nuevas investigaciones en Latinoamérica con la finalidad de tener un reflejo más real y confiable del verdadero nivel de conocimientos y actitudes de la población general, sobre todo de la población en riesgo y población con antecedente familiar y personal de ECV. Otra limitación considerable es una uniformidad de criterios en cuanto a la evaluación de los conocimientos y actitudes, pues a pesar de que la AHA/ASA brinda herramientas orientadas a este fin (las mismas que utilizamos en el presente estudio), la mayoría de las investigaciones utilizan un instrumento de recolección de datos de autoría independiente, esto dificulta la comparación entre los resultados obtenidos en diferentes estudios, pudiendo provocar un sesgo en la naturaleza de la medición. Por tanto, sería recomendable uniformizar criterios en base a los instrumentos a utilizar en futuras investigaciones, teniendo como guía a las recomendaciones de entidades expertas en el tema (AHA/ASA en América o SEC en Europa).

V. CONCLUSIONES

La mayor parte de la población en riesgo tiene un nivel intermedio de conocimientos, los conocimientos son significativamente mejores en varones respecto a mujeres.

La mayor parte de la población en riesgo tiene una actitud inadecuada frente a un ECV agudo.

VI. RECOMENDACIONES

Sugerimos a los departamentos de cardiología y endocrinología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo a emprender compañías de concientización e información, de forma remota, con la temática de Enfermedad Cerebrovascular esperando mejorar los indicadores de conocimiento y actitudes en su población; bajo la premisa de reducir el tiempo de identificación y atención de dicha patología.

Invitamos a la realización de futuras investigaciones, con la finalidad de identificar el impacto real de los conocimientos y actitudes sobre la demora en la atención de emergencia en poblaciones latinoamericanas, así como ampliar las poblaciones de estudio a la población general.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Harrison T. R., Resnick W. R., Wintrobe M. M., Thorn G. W., Adams R. D., Beeson P. B., et al. Principles of Internal Medicine. Vol. 2. 18.^a ed. New York, USA: McGraw-Hill Interamericana; 2012. págs. 3270- 3399.
2. Farreras Valentí P., Von Domarus A., Rozman C., Cardellach López F., Agustí A., Bayés de Luna A., et al. Medicina interna. Vol. 2. 17.^a ed. Barcelona, España: ElSevier; 2012. págs. 1334- 1346.
3. Arauz A, Ruíz-Franco A. Enfermedad vascular cerebral. Rev Fac Med [Internet] 2012 [citado 26 de marzo de 2018];55(3):11-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v55n3/v55n3a3.pdf>
4. Edward C Jauch, Sami Al Kasab, Brian Stettler. Ischemic Stroke Clinical Presentation [Medscape]. Departamento de Bioingeniería, Universidad de Clemson, Estado de Carolina del Norte: Helmi L Lutsep; marzo 28 de 2019 [citado 20 de julio de 2019]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1916852-clinical#showall>
5. Liebeskind D. Hemorrhagic Stroke Clinical Presentation [Medscape]. Departamento de Neurología, Universidad de California, Los Ángeles: Andrew K Chang; abril 22 de 2019 [citado 28 de julio de 2019]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1916662-clinical#showall>
6. Posadas-Ruiz L. Factores de riesgo asociados a accidente cerebrovascular: un problema de salud pública. Rev Fac Med Hum [Internet] 2017 [citado 4 de abril de 2018];17(3):98-9. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v17.n3.1201>
7. Astorga-Castillo JL, Carrillo-Ñañes L. Aspectos clinico epidemiológicos de la Enfermedad Cerebrovascular. Servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza [Tesis para optar por el título de Médico Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres] [Tesis en Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005 [citado 28 de marzo de 2018]. Recuperado a partir de: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1889/Astorga_cj.pdf?sequence=1

- Romero B, Aguilera JM, Castela A. Enfermedad cerebrovascular. *Medicine* [Internet]. 2007 [citado 28 de marzo de 2018]; 9(72):4581-8. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0211-3449\(07\)75416-4](https://doi.org/10.1016/S0211-3449(07)75416-4)
8. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado 6 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
 9. Ministerio de Salud. Principales causas de mortalidad por sexo, Perú [Internet]. Ministerio de Salud - Oficina General de Tecnologías de la Información. 2014 [citado 6 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/mortalidad/macros.asp?00>
 10. Long F, Davalos, Germán Málaga. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. *Rev Per Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 20 de abril de 2018];31(2):400-1. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n2/a40v31n2.pdf>
 11. Uriarte Nuñez CF, Peña Sánchez ER. Análisis de la situación de salud - ASIS GERESA Lambayeque [Internet]. 1.^a ed. Lambayeque; 2013 [citado 7 abril 2018]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_lambayeque.pdf
 12. Powers W, Rabinstein A, Ackerson T, Adeoye O, Bambakidis N, Becker K et al, American Heart Association, American Stroke Association. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA Journals*. marzo de 2018;49(3):266. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.000000000000158>
 13. Ekundayo OJ, Saver JL, Fonarow GC, Schwamm LH, Xian Y, Zhao X, et al. Patterns of Emergency Medical Services Use and Its Association With Timely Stroke Treatment: Findings From Get With the Guidelines-Stroke. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* [Internet]. 2013 [citado 8 de abril de 2018];6(3):262-9. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000089>
 14. Mochari-Greenberger H, Xian Y, Hellkamp AS, Schulte PJ, Bhatt DL, Fonarow GC, et al. Racial/Ethnic and Sex Differences in Emergency Medical Services Transport

- Among Hospitalized US Stroke Patients: Analysis of the National Get With The Guidelines–Stroke Registry. *J Am Hear Assoc* [Internet]. 2015 [citado 8 de abril de 2018];4(8):10. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002099>
15. Ojike N, Azizi S, Ravenell J, Ogedegbe G, Rogers A, Jean- Louis G et al. Racial Disparity in Stroke Awareness in the US: An Analysis of the 2014 National Health Interview Survey. *J Neurol Neurophysiol* [Internet]. 2016 [citado 15 de abril de 2018];07(02):10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966617/>
16. Pérez-Lázaro C, Santos-Lasaosa S, Velázquez-Benito A, Bellosta-Diago E, Tejero-Juste C, Iñiguez-Martínez C. Conocimiento de la enfermedad vascular cerebral en la población de Zaragoza. *Rev Neurol* [Internet]. 2017 [citado 15 de abril de 2018];64(1):10. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.6401.2016177>
17. Ramírez Moreno JM, Alonso-González R, Peral Pacheco D, Millán-Nuñez MV, Roa-Montero A, Constantino-Silva AB, et al. Impacto del nivel socioeconómico en el conocimiento del ictus de la población general: un gradiente de desigualdad social. *Neurología* [Internet]. enero de 2016 [citado 10 de abril de 2018];31(1):24-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.06.004>
18. Ramírez Moreno JM. Factores pronósticos asociados al conocimiento y percepción de gravedad de la enfermedad cerebrovascular en la población general de Extremadura [Tesis Doctoral] [Tesis en Internet]. [Extremadura - España]: Universidad de Extremadura; 2015 [citado 7 de mayo de 2018]. Recuperado a partir de: <https://pdfs.semanticscholar.org/58b3/bb71bb03f1654cdd5fab8664e96f01833bd1.pdf>
19. Jiménez Gracia MA, Amarilla Donoso J, Güesta Guerra E, Leno Diaz C, Portilla Cuenca JC. Conocimiento y actitud de la población general frente al ictus. *Rev Científica Soc Esp Enferm Neurológica* [Internet]. 2015 [citado 28 de marzo de 2018];41(1):15-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sedene.2015.01.001>
20. Pérez-Lázaro, Iñiguez-Martínez, Santos-Lasaosa, Alberti-González, Martínez-Martínez, Tejero-Juste, et al. Estudio sobre el conocimiento de la población acerca

del ictus y de los factores de riesgo vascular. Rev Neurol [Internet]. 2009 [citado 29 de marzo de 2018];49(3):113-8. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.4903.2008525>

21. Díaz R. Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en convivientes de personas en riesgo. Acta Neurológica Colomb [Internet]. 2015 [citado 29 de marzo de 2018];31(1):12-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n1/v31n1a03.pdf>
22. Domínguez Joana, Lemos Romina, Vizaguirre Roxana. Conocimiento de la población sobre Accidentes Cerebro Vasculares [Tesis en Internet]. [Argentina]: Universidad Nacional de Cuyo; 2013 [citado 8 de marzo de 2018]. Recuperado a partir de: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5915/dominguez.pdf
23. Pérez Villajuan YO. Conocimiento y actitud de los pacientes frente al ictus isquémico en el instituto nacional de ciencias neurológicas en el año 2018 [Internet] [Tesis para optar al título de médico cirujano] [Tesis en Internet]. [Lima, Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2018 [citado 17 de septiembre de 2019]. Recuperado a partir de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/4520/1/perez_vyo.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario SAFAR ECV (Signos de alarma y factores de riesgo de Ecv)

01. Datos demográficos

Edad:

Sexo:

02. ¿Qué nivel educativo más alto cursa o cursó?

Ninguno

Primario

Secundario

Superior no universitario

Universitario

Post universitario

Educación especial

03. ¿Cuándo fue la última vez que le tomaron la presión arterial?

Menos de 6 meses

Menos de un año

Entre 1 y 2 años

Más de 2 años

No sabe o no contesta

04. ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía presión alta?

Si

No

No sabe o no contesta

05. ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para controlar su presión arterial?

Sí

No

No sabe o no contesta

06. ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía diabetes o azúcar alta en la sangre?

Sí

No

No sabe o no contesta

07. ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su diabetes/azúcar en sangre?

Sí

No

No sabe o no contesta

08. ¿Cuándo fue la última vez que le midieron glucemia/azúcar con análisis de sangre?

Menos de 6 meses
 Menos de un año
 Entre 1 y 2 años
 Más de 2 años
 Nunca se la midió
 No sabe o no contesta

Sí
 No
 No sabe o no contesta

10. ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su fibrilación auricular?

Sí
 No
 No sabe o no contesta

09. ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía fibrilación auricular?

11. A continuación, dígame que enfermedades o conductas cree que aumentan el riesgo de tener un ataque cerebral, embolia, ECV, derrame cerebral o hemiplejía

12. De la siguiente lista, dígame que enfermedades o conductas considera usted que en general, para cualquier persona, aumentan el riesgo de padecer un ataque cerebral, embolia, ECV, derrame cerebral o hemiplejía (S=sí; n = no; ns=no sabe)

01. Colesterol elevado		13. El estrés	
02. Formación de Coágulos/trombosis		14. Tomar mate	
03. Golpes en la cabeza		15. El alcoholismo	
04. Las adicciones a drogas		16. Tomar café	
05. La obesidad		17. Hipertensión arterial	
06. Ingesta elevada de sal		18. Diabetes	
07. Los aneurismas cerebrales (dilatación de una arteria del		19. Mala alimentación (comer con mucha grasa)	
08. El sedentarismo		20. Aterosclerosis	
09. Tomar sol		21. Tomar té	
10. Enfermedades cardíacas		22. Lesiones en piel	

11. Enfermedades genéticas		23. Arritmias	
12. Fumar		24. Sedentarismo	

13. A continuación, dígame los síntomas con los que usted crea que puede presentarse un ataque cerebral, embolia, ECV, derrame cerebral o hemiplejía:

14. De la siguiente lista, dígame cuales pueden ser síntomas de un ataque cerebral, embolia, ECV, derrame cerebral o hemiplejía (S=sí; n = no; ns=no sabe)

01. Dificultades para mover partes del cuerpo		13. Pérdida de conocimiento	
02. Palpitaciones		14. Hipertensión arterial	
03. Alteración de la visión		15. Hormigueos	
04. Vómitos		16. Torpeza en manos o pies	
05. Fatiga		17. Sudoración o transpiración	
06. Pérdida de memoria		18. Adormecimiento de cara o cuerpo	
07. Dificultad para hablar		19. Mareos o vértigo	
08. Dolor de cabeza		20. Sensación de ahogo	
09. Desmayo		21. Calambres	
10. Parálisis		22. Cólicos	
11. Dolor muscular		23. Fiebre	
12. Dolor de pecho		24. Gritos incontrolables	

15. ¿Sabe cuál es el mecanismo o por que se produce el ataque cerebral, embolia, ECV, derrame cerebral o hemiplejía?

Si

No

No sabe o no contesta

16. ¿Tuvo usted un ataque cerebral, embolia, ECV, derrame cerebral o hemiplejía

Sí

No

No sabe o no contesta

17. ¿Algún familiar cercano tuvo un ataque cerebral, embolia, ECV, derrame cerebral o hemiplejía?

Sí

No

No sabe o no contesta

Cuestionario STAT (Stroke Action Test)

Si esto le sucediera a usted o a una persona adulta amiga o familiar ¿Que haría? (Elija una de las opciones para cada situación marcando con una "X" el casillero correspondiente)

1. Mientras estaba caminando, repentinamente presenta dificultad para ver en uno o ambos ojos.	Llamar o acudir a Emergencias	Llamar o acudir al consultorio del médico personal.	Esperar una hora en casa, luego decidir	Esperar un día en casa, luego decidir
2. Ella (Él) de golpe se volvió torpe, no podía sacar las llaves de su cartera.	Llamar o acudir a Emergencias	Llamar o acudir al consultorio del médico personal	Esperar una hora en casa, luego decidir	Esperar un día en casa, luego decidir
3. Mientras usted y su pareja estaban mirando TV, ella(él) dijo que comenzó a ver doble. Le dijo que la habitación estaba girando y que sentía mareada(o). No parecía borracha. Ella (Él) le agarró del brazo y lo sostuvo firmemente.	Llamar o acudir a Emergencias	Llamar o acudir al consultorio del médico personal	Esperar una hora en casa, luego decidir	Esperar un día en casa, luego decidir
4. Mientras descansa, percibe un adormecimiento repentino de una pierna.	Llamar o acudir a Emergencias	Llamar o acudir al consultorio del médico personal	Esperar una hora en casa, luego decidir	Esperar un día en casa, luego decidir
5. Por unos minutos, usted, escuchaba como si las personas estuvieran hablando algún idioma extranjero. No podía comprenderlos, y parecía que ellos tampoco le entendían.	Llamar o acudir a Emergencias	Llamar o acudir al consultorio del médico personal	Esperar una hora en casa, luego decidir	Esperar un día en casa, luego decidir
6. Las articulaciones de sus dedos estaban doloridas y luego se le endurecieron los dedos y no podía abrir la mano.	Llamar o acudir a Emergencias	Llamar o acudir al consultorio del médico personal	Esperar una hora en casa, luego decidir	Esperar un día en casa, luego decidir
7. Atendió el teléfono y se dio cuenta de que hablaba como borracho(a). No podía hablar claramente a pesar de esforzarse mucho. No había tomado alcohol.	Llamar o acudir a Emergencias	Llamar o acudir al consultorio del médico personal	Esperar una hora en casa, luego decidir	Esperar un día en casa, luego decidir

<p>8. Sintió un hormigueo en su pierna izquierda mientras estaba sentado(a) mirando TV. Fue extraño, como si su pierna estuviera quedándose dormida. Trató de frotar y sacudir la pierna, pero el problema no pasó.</p>	<p>Llamar o acudir a Emergencias</p>	<p>Llamar o acudir al consultorio del médico personal</p>	<p>Esperar una hora en casa, luego decidir</p>	<p>Esperar un día en casa, luego decidir</p>
<p>9. Vio que ella(él) estaba tratando de comer y se le caía la comida por el lado derecho de la boca. Eso nunca había sucedido.</p>	<p>Llamar o acudir a Emergencias</p>	<p>Llamar o acudir al consultorio del médico personal</p>	<p>Esperar una hora en casa, luego decidir</p>	<p>Esperar un día en casa, luego decidir</p>
<p>10. Mientras realiza ejercicio con un amigo(a), de repente, se empieza a sentir desorientado, no puede recordar dónde se encuentra, ni reconocer a la persona que está realizando ejercicio con usted.</p>	<p>Llamar o acudir a Emergencias</p>	<p>Llamar o acudir al consultorio del médico personal</p>	<p>Esperar una hora en casa, luego decidir</p>	<p>Esperar un día en casa, luego decidir</p>
<p>11. Repentinamente no puede alcanzar su maleta porque no puede hacer que su brazo derecho se mueva. Comienza a babear por un lado de la boca. Cuando trata de llamar a su pareja para pedirle ayuda, las palabras no salen bien.</p>	<p>Llamar o acudir a Emergencias</p>	<p>Llamar al consultorio del médico personal.</p>	<p>Esperar una hora en casa, luego decidir</p>	<p>Esperar un día en casa, luego decidir</p>
<p>12. Mientras está comiendo, siente dolor de cabeza intenso, repentino, que le impide continuar comiendo, no se explica a qué se debe tan intenso dolor.</p>	<p>Llamar o acudir a Emergencias</p>	<p>Llamar al consultorio del médico personal.</p>	<p>Esperar una hora en casa, luego decidir</p>	<p>Esperar un día en casa, luego decidir</p>
<p>13. Se dio cuenta de que ella(él) se tapaba y destapaba los ojos y parpadeaba. Le dijo “no puedo ver”. Unos minutos después todo volvió a la normalidad.</p>	<p>Llamar o acudir a Emergencias</p>	<p>Llamar al consultorio del médico personal.</p>	<p>Esperar una hora en casa, luego decidir</p>	<p>Esperar un día en casa, luego decidir</p>

<p>14. De repente, su brazo izquierdo no se movía.</p>	<p>Llamar o acudir a Emergencias</p>	<p>Llamar al consultorio del médico personal.</p>	<p>Esperar una hora en casa, luego decidir</p>	<p>Esperar un día en casa, luego decidir</p>
<p>15. Cuando está corriendo, sin razón, cae al piso, intenta reincorporarse, lo logra con mucha dificultad, pues siente que tiene la fuerza, pero le es imposible coordinar el movimiento de todo su cuerpo al mismo tiempo. Siente que pierde el equilibrio.</p>	<p>Llamar o acudir a Emergencias</p>	<p>Llamar al consultorio del médico personal.</p>	<p>Esperar una hora en casa, luego decidir</p>	<p>Esperar un día en casa, luego decidir</p>

Anexo 2: Consentimiento informado

Ficha de consentimiento informado

Estudio: “Conocimientos de la población en riesgo sobre signos de alarma y factores de riesgo de ECV y su intención de solicitar asistencia médica frente a síntomas de un ECV agudo”.

Información al paciente: En el presente estudio se evaluará el conocimiento de los pacientes en riesgo de enfermedad cerebro vascular mediante una entrevista; asimismo se evaluarán las acciones a realizar frente a esta eventualidad mediante un cuestionario.

Propósito del estudio: Promover campañas educativas donde se brinde la información necesaria a la población para el reconocimiento oportuno y medidas correctas a tomar frente a la aparición de signos de alarma de esta enfermedad.

Procedimientos del estudio: Si usted acepta participar, deberá responder una entrevista donde se han consignado datos personales, antecedentes nocivos, datos laboratoriales, antecedentes de enfermedades crónicas tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus o fibrilación auricular, signos y síntomas de alarma de la enfermedad cerebro vascular y un cuestionario sobre actitud frente a esta eventualidad.

Beneficios: Se le obsequiará un bolígrafo y un infograma donde puede ampliar sus conocimientos sobre ECV, asimismo finalizado el estudio, se promoverán medidas preventivas y campañas educativas, cuyo propósito será un actuar precoz y eficiente frente a la aparición de un evento cerebro vascular, disminuyendo la mortalidad y el índice de secuelas y complicaciones que acarrea la enfermedad en el paciente.

Riesgos: ninguno.

Confidencialidad: Sólo los investigadores saben que usted está participando de éste estudio, la información brindada por su persona solo será utilizada con fines de investigación y será eliminada pasado 3 años de la finalización del estudio.

Personas para contactar: Si tiene dudas con respecto a los derechos y deberes que tiene por su participación en este estudio, puede comunicarse con cualquiera de los estudiantes responsables de la Investigación: Est. Med. Néstor Juan Alburuque Estrada (Telf:958648061) y Edwin Junior Huamán Sánchez (Telf:945384193) asesorados por los Dr(s). Juan Leguía Cerna y César Vélez López.

Firma del consentimiento: Usted entiende que su participación en el estudio es VOLUNTARIA. En cualquier momento usted puede retirar su consentimiento a participar en el estudio, sin ninguna repercusión negativa. Al firmar este consentimiento usted acepta permitir al investigador recolectar y utilizar su información.

Yo he leído la información brindada en el texto anterior y voluntariamente acepto participar en el estudio respondiendo al llenado de la entrevista y cuestionario y permitiendo a los investigadores usar mi información.

Nombre o DNI y firma de persona que permite consentimiento

.....

Nombre, DNI o firma

Firma del investigador

.....

Firma