

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES
SOBRE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, 2022**



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

PRESENTADO POR

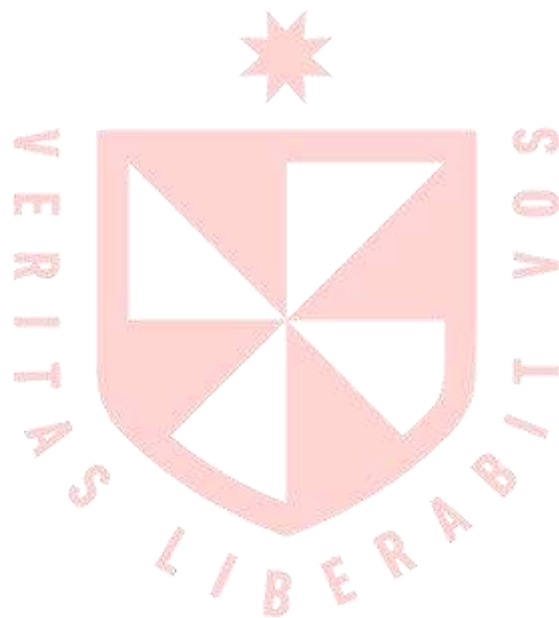
DAVID ALEJANDRO CISNEROS NARVAEZ

ASESOR

DELFIN DIODORO GAVILANO BULEJE

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES
SOBRE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, 2022**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA

PRESENTADO POR

DAVID ALEJANDRO CISNEROS NARVAEZ

ASESOR:

DELFIN DIODORO GAVILANO BULEJE

LIMA, PERÚ

2024

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.1 Descripción del problema
- 1.2 Formulación del problema
- 1.3 Objetivos
- 1.4 Justificación
- 1.5 Viabilidad y factibilidad

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

- 2.1 Antecedentes
- 2.2 Bases teóricas
- 2.3 Definición de términos básicos

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

- 3.1 Formulación de la hipótesis
- 3.2 Variables y su operacionalización

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

- 4.1 Tipos y diseño
- 4.2 Diseño muestral
- 4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos
- 4.4 Procesamiento y análisis de datos
- 4.5 Aspectos éticos

CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

FUENTES DE INFORMACIÓN

ANEXOS

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HOSPITAL NACIONAL ALAR

AUTOR

DAVID ALEJANDRO CISNEROS NARVAEZ

RECuento de palabras

5367 Words

RECuento de caracteres

30923 Characters

RECuento de páginas

29 Pages

Tamaño del archivo

62.5KB

Fecha de entrega

Jun 10, 2024 2:51 PM GMT-5

Fecha del informe

Jun 10, 2024 2:51 PM GMT-5

● **7% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material citado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

En el panorama mundial , el accidente cerebrovascular(ACV) es la principal causa de mortalidad, presentando una prevalencia de 6,5 millones de muertes (1).En el 2017 se encontró como las cinco principales causas de años de vida ajustados por discapacidad junto trastornos neonatales, la cardiopatía isquémica, infecciones respiratorias inferiores y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.(2) Es considerada la segunda causa principal de discapacidad, en el 2016 presentó una incidencia de 13,7 millones .(3)

En los último treinta años la carga del accidente cerebrovascular ha aumentado considerablemente a pesar de los avances científicos afectando no solo a países desarrollados sino a los de ingresos bajos y medios ,identificándose varios factores contribuyentes como el envejecimiento de la población, el crecimiento de la población y una mayor carga de enfermedades cardiovasculares, cambios en los patrones de enfermedad, rápidos cambios sociodemográficos y de estilo de vida y atención médica .(4).

A nivel de Latinoamérica en países con contextos similares al Perú. , como Brasil se ha encontrado que la tasa de incidencia ha disminuido desde 1995 hasta el 2013 , reportándose un valor de 90,9 por 100 000 habitantes (5).Al igual que en Chile donde se ha reportado una tasa de 121,7 por 100 000 habitantes (6).Por lo tanto, se infiere que el ACV es un problema de salud pública en esta región.

Diversas investigaciones señalan que existe información limitada sobre el accidente cerebrovascular, sus factores de riesgo y conocimiento relacionado ,pues las investigaciones son escasas a pesar que hay una alta carga de accidentes cerebrovasculares, manifestando la importancia de una información adecuada y conciencia sobre esta enfermedad en los pacientes. (7) En el Perú existe limitada vigilancia de esta condición, sin embargo estudios como el de

Bernabé O. et al señalan que hay una tasa de incidencia representativa , entre los factores de riesgo se encuentra la edad y el género masculino.(8)

De acuerdo a las estadísticas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza se ha reportado en Emergencia hasta el último trimestre del 2018 ,183 casos de ACV y un promedio de 1647días de hospitalización de estos paciente. Esta prevalencia se ha mantenido en el servicio de Neurología en el período 2022.

En base a lo expuesto en los párrafos anteriores este estudio pretende identificar los factores asociados con el conocimiento y actitudes sobre accidente cerebro vascular en el Hospital Nacional arzobispo Loayza, 2022

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados al conocimiento y actitudes sobre accidente cerebro vascular en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

-Identificar los factores asociados con el conocimiento y actitudes sobre accidente cerebro vascular en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022?

1.3.2. Objetivos específicos

-Determinar los conocimientos y actitudes sobre accidente cerebro vascular en el Hospital Nacional arzobispo Loayza, 2022

-Determinar los factores sociodemográficos asociados con el conocimiento y actitudes sobre accidente cerebro vascular en el Hospital Nacional arzobispo Loayza, 2022

-Determinar los factores clínicos asociados con el conocimiento y actitudes sobre accidente cerebro vascular en el Hospital Nacional arzobispo Loayza, 2022

-Determinar los factores conductuales asociados con el conocimiento y actitudes sobre accidente cerebro vascular en el Hospital Nacional arzobispo Loayza, 2022

1.4 Justificación

Esta investigación es primordial, porque beneficiaría a muchos pacientes, pues permitirá incrementar la información sobre los conocimientos y actitudes sobre ACV en los pacientes ,permitiendo el aporte de evidencia relacionada a la identificación de síntomas y signos de ACV, ya que la literatura refiere que los sujetos con mayor riesgo de accidente cerebrovascular son aquellos con menor conocimiento de factores de riesgo de esta patología.

El estudio tiene justificación práctica pues permitirá a los profesionales de salud establecer estrategias para aumentar la disposición a participar en comportamientos preventivos y señales de advertencia de accidentes cerebrovasculares en los pacientes con el fin de disminuir la morbimortalidad

Por otro lado beneficiará a la población pues es necesario aumentar la comprensión en general sobre la importancia del manejo del accidente cerebrovascular.

1.5 Viabilidad y factibilidad

Es viable ya que es un estudio que se realizará en un hospital donde se tienen las facilidades de permiso, siendo factible debido a que se cuentan con las facilidades de permiso y no requiere de un apoyo financiero externo.

1.5 Limitaciones

La principal limitación es el sesgo de memoria generado ante las respuestas obtenidas por la población de estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Woldetsadik, F et al en el 2022, en Etiopía, buscaron evaluar el conocimiento y las prácticas de prevención sobre accidente cerebrovascular. Fue un estudio transversal donde se evaluó a 393 pacientes hipertensos mediante un muestreo aleatorio sistemático. Se encontró que el 40,7% presentaron conocimiento adecuado, un 51,7% buenas prácticas. El nivel de educación superior, conocer a alguien que presentó ACV, realizar actividad física se asoció con el conocimiento adecuado. Concluyendo que la mayoría presentó prácticas y conocimientos adecuados sobre ACV(7).

Saade, S. et al en el 2022, en El Líbano buscó determinar el nivel de conciencia del ictus en adultos. Se realizó un estudio de tipo transversal que incluyó a 410 adultos mediante los cuestionarios Stroke Knowledge Test (SKT) y el Stroke Action Test (STAT).El 48,5% mostró un bajo nivel de conocimiento, el hábito de fumar se asoció a un nivel bajo mientras que tener estudios superiores y antecedente de diabetes mellitus se asociaron a un nivel alto .Concluyendo que el nivel de conocimiento fue bajo en relación a los factores de riesgo(9).

En el 2021, Saadatnia, M. en un estudio realizado en Irán de tipo transversal plantearon evaluar el conocimiento sobre el accidente cerebrovascular, %)evaluando a 630 acompañantes de pacientes hospitalizados no ,cardiovasculares. Se encontró que el estrés (75,8%)y la hipertensión(873,7%) fueron factores de riesgo reconocidos, el 45,3% indicó que la visión borrosa y el habla irrelevante en 34,6% fueron signos menos identificados, el 44,2% de los señaló que el tratamiento debe iniciarse dentro de las primeras 3 horas. Concluyeron que la residencia urbana, el alto nivel de educación y conocimiento de antecedentes de ictus se asociaron a un mayor nivel de conciencia del ictus(10).

En el 2021, Mubarak, A en Arabia Saudita, realizaron un estudio transversal en adultos planteando como objetivo evaluar el conocimiento y la conciencia sobre el accidente cerebrovascular utilizando como instrumento un cuestionario en línea. El estudio incluyó a 3456 donde el 56,4% fue de sexo femenino. Los hallazgos encontraron que el 61,7% de los participantes eran conscientes del accidente cerebrovascular. Los que tenían entre 15 y 39 años tenían buenos conocimientos. Los participantes masculinos tenían un mejor conocimiento que las mujeres. El factor de riesgo más identificado fue el 'estilo de vida no saludable' (84,5%) y el menos identificado fue la 'epilepsia' (34,8%). El síntoma más identificado fue el 'habla arrastrada' (57,5%) y el menos identificado fue el 'mareo' (36,2%). Aproximadamente el 86,6% de los participantes estuvo de acuerdo en que el accidente cerebrovascular era una emergencia médica. Concluyendo que los participantes reconocen que el ictus es una emergencia médica existe un gran vacío en el conocimiento de los signos y síntomas de alerta del ictus(11).

En 2020, Soto-Cámara, R et al diseñaron una investigación, en España de tipo transversal, que tuvo como objetivo determinar el conocimiento sobre signos de alarma y factores de riesgo, actitudes ante la sospecha del evento, y factores asociados en pacientes con ictus donde se incluyó como muestra 529 pacientes con ictus ingresados consecutivamente en el Hospital Universitario de Burgos. Los resultados indicaron que un mayor nivel educativo o antecedentes de ictus previo se asociaron con un mayor conocimiento de señales de alarma y la respuesta correcta a un posible ictus. Concluyendo que el conocimiento en los pacientes hospitalizados era bajo y los factores predictores de aumento de conocimiento o reacciones ante un accidente cerebrovascular fueron nivel educativo medio o superior previo y un ictus previo(12).

En el 2020 Pu, C en un estudio realizado en África tuvieron como objetivo determinar el conocimiento de los síntomas del accidente cerebrovascular en pacientes que ingresaron en hospitales dentro de las 72 horas posteriores a un evento de accidente cerebrovascular confirmado. La muestra incluyó a 110 pacientes con accidente cerebrovascular por primera vez que habían sido

admitidos en uno de los tres hospitales docentes terciarios en un muestreo por conglomerados. Entre los el 30,9% de los pacientes con ictus señaló estar en riesgo antes del evento, ambos grupos presentaron desconocimiento de los signos de advertencia; el 1,3% de la población identificaban como signo de ictus a la debilidad repentina en la cara, el brazo; el 66 % del grupo de estudio y el 85 % del grupo control presentaron predisposición para la prevención de la hipertensión arterial(13).

Khalil, H et al en el 2020 realizaron una investigación observacional mediante una encuesta comunitaria dirigida a adultos de 50 años a través de entrevistas cara a cara utilizando un cuestionario, la muestra estuvo conformada por 390 participantes donde los resultados indicaron que el 68 % pudo recordar espontáneamente al menos un síntoma de accidente cerebrovascular, con mayor frecuencia dolor de cabeza (29,2 %), hemiparesia (25,4 %) y mareos (19,5 %). Además, el 85,4% recordó espontáneamente al menos 1 factor de riesgo, con mayor frecuencia hipertensión (48,2%), tabaquismo (20,5%) y estrés (43,1%). Ante la sospecha de ictus el 57,69% llamaría a una ambulancia. Concluyendo que el nivel educativo y conocer a un paciente con ictus fueron predictores para recordar más síntomas y factores de riesgo de ictus, encontrándose asociación significativa entre respuestas adecuadas y la identificación de más síntomas de accidente cerebrovascular, no obstante hubo asociación inversamente con presentar diabetes(14).

Krishnamurthi, R. et al en el en Nueva Zelanda realizaron una encuesta telefónica nacional para cuantificar el nivel de conciencia de la comunidad sobre el ictus, en una muestra aleatoria estratificada de 400 adultos. Los resultados indicaron que el 1,5% de los participantes mencionaron el accidente cerebrovascular como una de las principales causas de muerte. Los signos y síntomas de accidente cerebrovascular identificados más frecuentes fueron dificultad repentina del habla (94 %) y debilidad repentina unilateral (92 %). Asimismo el nivel educativo superior, los mayores ingresos y la experiencia

personal de ictus fueron factores predictivos. Concluyendo que el ictus no fue reconocido como una causa importante de muerte. Aunque la identificación de los factores de riesgo de accidente cerebrovascular fue alta con indicaciones, la conciencia fue baja sin indicaciones, particularmente entre aquellos con menor educación e ingresos(15).

Sadighi, A. et al., en 2018, realizaron un estudio, que tuvo como objetivo evaluar el conocimiento público de las señales de advertencia y los factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares en una zona rural del centro de Pensilvania, para lo cual emplearon aplicaron un cuestionario estructurado en 163 asistentes a una feria de salud. Entre sus hallazgos encontraron que el 85,3 % seleccionó ≥ 3 (de 4) signos de advertencia de accidente cerebrovascular correctos La identificación de ≥ 1 (de 3) señales de advertencia de accidente cerebrovascular incorrectas fue significativamente menor entre los encuestados con educación de posgrado en comparación con otros grupos alfabetizados. Llegaron a la conclusión que el reconocimiento de los signos de advertencia de accidente cerebrovascular por parte de los encuestados fue favorable, donde la mayoría reconoció al menos tres señales de advertencia de accidente cerebrovascular sin un efecto significativo de la edad y la alfabetización (16).

Farrag, M et al en el 2018 en su investigación realizada en Egipto tuvieron como objetivo evaluar los factores relacionados al conocimiento, conciencia y respuesta al accidente cerebrovascular agudo (ACV). Fue un estudio transversal descriptivo que evaluó a 1154 participantes de 4 gobernaciones utilizando un cuestionario en árabe, Entre los resultados se encontró que los participantes en

su mayoría presentaron un bajo nivel de conciencia sobre el accidente cerebrovascular , asimismo entre los predictores significativos de un nivel alto de conciencia sobre ACV se encontró al nivel educativo, ingresos económicos altos , presentar antecedentes de riesgo y tener un conocido con ACV. Concluyendo que la población en Egipto presenta una baja conciencia en relación a esta enfermedad(17).

Alluqmani, M et al en el 2020, en Arabia Saudita tuvieron como objetivo evaluar la conciencia social sobre el ictus isquémico entre los ciudadanos. Se aplicó un estudio transversal, prospectivo evaluando una muestra de 519 participantes. Los resultados indicaron que la mayoría tuvo una definición correcta del accidente cerebrovascular (57,4%), el 42,6 % reconoció más de dos signos mientras que el 32,8% reconoció más de cuatro, el 23,1% tenía conocimiento de medicamentos anticoagulantes. Concluyendo que hay nivel significativo bajo relacionado a conocimientos sobre accidentes cerebrovasculares , el género y los antecedentes familiares fueron predictores para el conocimiento de los signos de ictus(18).

En el 2015, Alaqeel, A. en Arabia Saudita, tuvieron como objetivo evaluar el nivel de conciencia sobre el accidente cerebrovascular en la población. Fue un estudio transversal que utilizó una encuesta validada de 11 preguntas en 2862 personas. Los resultados indicaron que los participantes que definieron correctamente el ictus fue un 64%; el 49,9% indicó que recibían esa información de los medios de comunicación. Por otra parte el 21,7% señaló correctamente más de 5 factores de riesgo .Concluyendo que hay un déficit alarmante en el nivel de concienciación sobre el ictus en la población saudí(19).

En el 2022 Alkhotani, A et al en Arabia Saudita, plantearon como objetivo identificar los factores asociados con la llegada tardía al hospital de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo en Makkah. El estudio presentó un diseño transversal de tipo prospectivo en 98 pacientes. La edad promedio fue

de 60.4 años, de los cuales el 55% se presentaron temprano. Entre los factores asociados a la llegada tardía se encontraron al nivel educativo bajo, el grado de desempleo, asimismo se observó una relación significativa entre el momento de presentación y el conocimiento del ictus. Concluyendo que es importante aumentar la conciencia pública para minimizar el tiempo entre el inicio del accidente cerebrovascular y la presentación en la sala de emergencias(20).

Al Khathaami, A en el 2018; tuvieron como objetivo determinar los factores asociados con los retrasos de los pacientes con accidente cerebrovascular en Arabia Saudita. Fue una encuesta transversal dirigido a 227 pacientes y familiares para explorar los factores asociados con el retraso en la llegada. Los resultados indicaron que la edad promedio de los pacientes fue 60.4; mientras que el 56,4 % se presentó al hospital después de las 4,5 h del inicio del ictus. Concluyendo que la mayoría de evaluados acudieron tardíamente; los factores relacionados fueron el escaso conocimiento, difícil acceso y la no utilización de ambulancias(21).

Pérez L.et al en el 2017; en España, plantearon analizar el conocimiento de la población de sobre el ictus. Se evaluó a 583 personas. Los resultados indicaron que un 63,5% tenía desconocimiento de los síntomas, un 48% no conocía factores de riesgo, un 9% identificó al menos 2 síntomas . Concluyendo que la muestra estudiada presentó un conocimiento bajo y la edad joven y nivel educación superior son factores asociados a un conocimiento alto (22).

Pérez V, en el 2018 en Lima buscó determinar nivel conocimiento y actitud frente al ictus isquémico de pacientes en un hospital . La muestra estuvo conformada por 265 personas. Los resultados indicaron que un 38% indicó como síntoma más frecuente dificultad en hablar o entender palabras, entre los factores de riesgo ,la mitad señaló el hábito de fumar, el 13% tenía conocimiento de un fármaco trombolítico en caso de emergencias. Con respecto a la actitud, el 74,7% presentó nivel medio. Concluyó que hay relación entre conocimientos y

actitudes, el género femenino y el antecedente de familiar con ictus se relacionó con una adecuada actitud(23).

2.2 Bases teóricas

Accidente cerebrovascular

Es una lesión neurológica de tipo agudo, donde la mayoría se relaciona a un infarto isquémico y lo restante a una hemorragia cerebral. La fisiopatología indica que la sustancia gris se ve afectada, hay dilatación de vasos sanguíneos y presencia de hemorragias petequiales. La formación de un émbolo puede bloquear una de las arterias principales causando un infarto por la obstrucción de la barrera hematoencefálica.(24)

Epidemiología

A nivel mundial se ha encontrado una incidencia de ACV : isquemia(62%), hemorragia intracerebral (28 %), hemorragia subaracnoidea (10%).De estos los de tipo hemorrágicos son menos incidentes en países de ingresos altos.(1).En países como EE.UU tienen una proporción de 87 a 13 entre isquemia y eventos hemorrágicos, el riesgo se incrementa a partir de los 25 años en un 25%,asimismo el sexo femenino es más propenso.(25)

Con respecto a países con más riesgo de padecer esta patología podemos mencionar a los que se encuentran en el este de Asia, Europa central y del este.(2).En América el sureste de los Estados Unidos (a veces denominado "cinturón de accidentes cerebrovasculares") es más prevalente e incidente que en el resto del país.(26)

Fisiopatología del accidente cerebrovascular

Hay varios procesos fisiopatológicos que involucran el flujo sanguíneo del cerebro:

1. Intrínseco al vaso, en casos de trombosis venosa ,aterosclerosis, dilatación aneurismática o trombosis venosa.
2. Origen remoto, cuando un émbolo de circulación extracraneal se aloja en la circulación intracraneal.
3. Flujo sanguíneo inadecuado , pues aumenta la viscosidad de la sangre.
4. Ruptura de una arteria intracraneal

El infarto cerebral isquémico puede ser provocado por los tres primeros procesos descritos, asimismo el cuarto proceso origina un accidente cerebrovascular hemorrágico.

Clasificación

Se pueden clasificar de acuerdo a su patogenia y variaciones en el tejido como: ACV isquémico y ACV hemorrágico. Siendo los isquémicos más frecuentes en un 70% (27). Sin embargo se ha encontrado también que pueden representar un 77,3%. (28)

Los ACV de tipo isquémicos, un 20% son AIT y se caracterizan por no presentar daño neuronal permanente. Actualmente para su diagnóstico se considera recuperación espontánea, duración sintomática menor a 1 hora, adintegrum y en la resonancia magnética no se evidencia lesiones (27)

Con respecto al ictus isquémico la Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment Subtype Classification lo divide en : aterotrombótico, cardioembólicos, lacunares, de causa inusual y no determinada (14). De acuerdo a la localización del sangrado puede ser subaracnoidea o intracerebral o (27)

Diagnóstico

El protocolo es variable pues en el caso de pacientes con adormecimiento, unilateral , pérdida de visión , problemas para hablar cuando se asocian con

otro de los síntomas anteriores se recomienda usar alguna escala de atención pre hospitalaria como FAST(Face Arm Speech Time), para establecer la sospecha del diagnóstico de ACV

La imagenología como tomografía , resonancia magnética es fundamental en el caso de pacientes con diagnóstico presuntivo de ACV , siendo en la mayoría de casos la Tomografía sin contraste suficiente para establecer la localización y el manejo.

Duración de los síntomas e infarto

La duración de los síntomas isquémicos no distingue de manera confiable si un evento isquémico sintomático resultará en un infarto isquémico, un ataque transitorio definido clásicamente con síntomas que duran tan solo unos pocos minutos puede asociarse con un infarto , mientras que un episodio que dura muchas horas puede no mostrar signos de infarto . En pacientes con síntomas prolongados sin desarrollo de infarto, se debe plantear la preocupación por una etiología no isquémica del episodio (29).Algunos informes sugieren que una mayor duración del AIT definido clásicamente (<24 horas de duración) se asocia con una mayor probabilidad de infarto en DWI, pero la asociación no es absoluta.(30)

2.3 Definición de términos básicos

Accidente cerebrovascular: Se origina por ruptura de un vaso o isquemia fundamentado en evidencias clínicas

Factores asociados: Características sociodemográficos, conductuales y clínicos que se asocian al nivel de conocimiento y actitudes sobre ACV

Conocimiento sobre ACV: Información referente a la patología de accidente cerebro vascular

Actitudes sobre ACV : Acciones que presenta el paciente con respecto a la prevención y frente al ACV

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

Ha: Los factores sociodemográficos, clínicos y conductuales se encuentran asociados con el conocimiento y actitudes sobre accidente cerebro vascular en el Hospital Nacional arzobispo Loayza, 2022

Ho: Los factores sociodemográficos , clínicos y conductuales no se encuentran asociados con el conocimiento y actitudes sobre accidente cerebrovascular en el Hospital Nacional arzobispo Loayza, 2022

3.2 Variables y su operacionalización

Variable independiente: Factores sociodemográficos, clínicos y conductuales

Variable dependiente: Conocimientos y actitudes sobre accidente cerebrovascular

Variable		Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición
Factores sociodemográficos	Edad	Tiempo vivido en años	cuantitativa	Edad en años	Razón
	Sexo	Diferenciación sexual desde el nacimiento	cualitativa	-Femenino -Masculino	Nominal
	Procedencia	Lugar donde se ubica su domicilio	Cualitativa	Rural -Urbano	Nominal
	Nivel educación	Grado de educación máximo alcanzado	Cualitativa	-Primaria -Secundaria -Superior técnica -Superior universitaria	Nominal
Factores Clínicos	Comorbilidades	Antecedentes clínicos que afectan al paciente	Cualitativa	-Hipertensión arterial -Diabetes	Nominal
	Actividad física	Participantes que realizaron actividad física moderada, incluida la caminata	Cuantitativa	Inactivos :<a150 min por semana Activos :>a 150 min por semana	Nominal
Factores conductuales	Consumo habitual de alcohol	Una persona que bebe alcohol regularmente (más de 6 días a la semana).	cualitativa	Más de 6 días de la semana Menor a 6 días a la semana	Nominal

	Contacto con persona con ACV	Relación con persona que haya sufrido ACV	Cualitativa	Sí No	Nominal
--	------------------------------	---	-------------	----------	---------

Conocimientos sobre ACV	Generales	Conocimientos generales sobre ACV	cualitativa	Tipo de enfermedad Tratamiento Conceptos erróneos	Nominal
	Signos de alarma	Manifestaciones clínicas en el paciente sobre el ACV	cualitativa	Aparición repentina de problemas de habla Aparición repentina de pérdida de memoria Aparición repentina de visión doble	Nominal
	Factores de riesgo	Factores relacionados a padecer ACV	cualitativa	HTA, diabetes, hiperlipidemia , consumo de alcohol, tabaquismo	Nominal
Actitudes sobre ACV	Prácticas de prevención		Cualitativa	Seguimiento clínico, disminución consumo de sal , consumo de frutas , verduras	Nominal
	Prácticas frente al ACV		Cualitativa	Acudir a un hospital Llamar a la central de emergencia	Nominal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Tipos y diseño

El enfoque del estudio es cuantitativo, pues se utilizarán modelos matemáticos

El tipo de investigación es de alcance analítico , pues busca establecer los factores que se asocian al conocimiento y actitudes sobre ACV; es transversal pues la recolección de datos se realizará en un momento determinado; es prospectivo pues se utilizará fuentes primarias y será realizado en el presente año.

4.2. Diseño muestral

Población: Pacientes con accidente cerebro vascular que asisten al Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2022

Criterios de selección:

Inclusión:

-Pacientes que acuden a consulta externa o se encuentren internados en el HNAL atendidos por el servicio de Neurología.

Exclusión:

- Pacientes que no deseen participar del estudio
- Pacientes en estado crítico, con enfermedad mental grave de base o que no podían proporcionar la información necesaria por sí mismos.

Muestra:

El tamaño de la muestra se determinará utilizando la fórmula de proporción poblacional única con el supuesto de un nivel de confianza del 95 % y un error marginal del 10 % (d).

Con el supuesto de una proporción del 50% de pacientes que tienen buenos conocimientos y actitudes de ACV .

<p>Cálculo del tamaño muestral:</p> $N = Z_{\alpha}^2 \frac{p(1-p)}{\delta^2}$ <p>N: tamaño muestral; Z_α: nivel de confianza; p: proporción poblacional; δ: precisión de la estimación.</p>	<p>Corrección para muestra finita:</p> $N_c = \frac{N}{1 + \frac{N}{PT}}$ <p>N_c: tamaño muestral corregido; N: tamaño muestral calculado; PT: tamaño de la población.</p>
--	--

Donde n = el tamaño de muestra requerido para el estudio.

d² = margen de error de muestreo tolerable comúnmente utilizado 0,05.

Z = es 1,96 para el 95%.

El tamaño de muestra requerido es de 424, con una tasa de no respuesta del 10%.

Se utilizará un muestreo aleatorio simple para seleccionar a todos los participantes elegibles del estudio.

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Los datos se recolectarán mediante un cuestionario estructurado previamente validado en un estudio similar. (8) que contiene características sociodemográficas, clínicas y de estilo de vida, elementos de conocimiento sobre

accidentes cerebrovasculares y elementos de prácticas de prevención de accidentes cerebrovasculares.

En la sección de conocimientos constará de 16 preguntas que evalúan conocimientos generales, signos de alarma y factores de riesgo relacionados con el conocimiento del accidente cerebrovascular con tres posibles respuestas: "Sí" o "No"; "No sé;" y puntuaciones de 1 o 0 respectivamente. Los participantes que respondan correctamente a 16 preguntas relacionadas con el conocimiento de los accidentes cerebrovasculares, con una puntuación igual o superior al valor medio, se definieron como con un conocimiento adecuado de los accidentes cerebrovasculares (8).

En la sección de actitudes constará de 9 preguntas con tres posibles respuestas: " Sí" o " No"; "No sé;" y puntúa 1 o 0 respectivamente. Se considerará que los participantes que respondieron correctamente 9 preguntas o obtuvieron una puntuación mayor o igual que la puntuación media tendrán una buena práctica de prevención de accidentes cerebrovasculares (8).

Se realizará previamente una prueba piloto en el 10% del tamaño de la muestra de pacientes que acuden al HNAL, con el fin de evaluar su confiabilidad
Los datos serán recogidos por el investigador principal

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos serán codificados en Excel y procesados en SPSS versión 26.0. Las estadísticas descriptivas se presentarán en porcentaje y frecuencia. El análisis estadístico mediante regresión logística binaria se realizará para determinar las variables candidatas para la regresión logística multivariable en el valor de $p < 0,05$. Luego, las variables que tenían un valor de $p < 0,05$ al 95 % en la regresión logística multivariable serán estadísticamente significativas.

4.5 Aspectos éticos

Corresponde el acatamiento de los cuatro principios de la ética en investigación: se obtendrán los factores asociados como una base científica y colocación como un nivel de evidencia aceptable (beneficiencia), no se divulgarán los datos de los pacientes ni el número de sus historias clínicas (no maleficiencia), se considerarán los criterios de selección de manera uniforme (justicia), se respetará el derecho del paciente por seguir participando en el estudio (autonomía).

CRONOGRAMA

Fases	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Revisión de antecedentes e ideación del plan de tesis	x	x			
Aprobación del plan		x	x		
Trabajo de campo			x	x	
Ordenamiento de información				x	
Análisis y discusión				x	
Redacción del informe de tesis					x
Sustentación					x
Publicación del artículo científico					

PRESUPUESTO

Este trabajo será financiado por el investigador principal del estudio, para lo cual se usarán algunos de los siguientes materiales:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	300
Soporte especializado	250
Empastado de la tesis	120
Impresiones	300
Logística	200
Refrigerio y movilidad	100
Total	1270

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Krishnamurthi RV, Ikeda T, Feigin VL. Global, Regional and Country-Specific Burden of Ischaemic Stroke, Intracerebral Haemorrhage and Subarachnoid Haemorrhage: A Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Neuroepidemiology*. 2020;54(2):171-9.
2. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 10 de noviembre de 2018;392(10159):1859-922.
3. Saini, V., Guada, L., & Yavagal, D. R. Global Epidemiology of Stroke and Access to Acute Ischemic Stroke Interventions. *Neurology*. 2021,97(20 Suppl 2), S6–S16. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000012781>
4. Duncan PW, Bushnell C, Sissine M, Coleman S, Lutz BJ, Johnson AM, et al. Comprehensive Stroke Care and Outcomes: Time for a Paradigm Shift. *Stroke*. enero de 2021;52(1):385-93.
5. Cabral NL, Cougo-Pinto PT, Magalhaes PSC, Longo AL, Moro CHC, Amaral CH, et al. Trends of Stroke Incidence from 1995 to 2013 in Joinville, Brazil. *NED*. 2016;46(4):273-81.
6. Lavados PM, Hoffmeister L, Moraga AM, Vejar A, Vidal C, Gajardo C, et al. Incidence, risk factors, prognosis, and health-related quality of life after stroke in a low-resource community in Chile (ÑANDU): a prospective population-based study. *The Lancet Global Health*. 1 de marzo de 2021;9(3): e340-51.
7. Woldetsadik FK, Kassa T, Bilchut WH, Kibret AK, Guadie YG, Eriku GA. Stroke Related Knowledge, Prevention Practices and Associated Factors Among Hypertensive Patients at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia, 2021. *Front Neurol*. 2022;13:839879.

8. Bernabé-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 20 de diciembre de 2021;38:399-405.

8. Canchos Ccahuay MA. Factores relacionados a accidente cerebrovascular en pacientes atendidos por emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - 2018. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2019 [citado 28 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10368>

9. Saade S, Hallit S, Salameh P, Hosseini H. Knowledge and Response to Stroke Among Lebanese Adults: A Population-Based Survey. Front Public Health. 2022;10:891073.

10. Saadatnia M, Hajiannejad N, Yazdabadi A, Tajmirriahi M, Nasr M. Public Stroke Knowledge, Awareness, and Response to Acute Stroke in Isfahan Iran: What is Less or Misinterpreted in Developing Countries. J Stroke Cerebrovasc Dis. junio de 2021;30(6):105670.

11. Mubaraki AA, Alqahtani AS, Almalki AA, Almalki AH, Alamri HM, Aburass MK, et al. Public knowledge and awareness of stroke among adult population in Taif city, Saudi Arabia. Neurosciences (Riyadh). octubre de 2021;26(4):339-45.

12. Soto-Cámara R, González-Bernal JJ, González-Santos J, Aguilar-Parra JM, Trigueros R, López-Liria R. Knowledge on Signs and Risk Factors in Stroke Patients. *J Clin Med*. 7 de agosto de 2020;9(8):E2557.
13. Pu C, Guo JY, Yu-Hua-Yeh null, Sankara P. Comparison of knowledge on stroke for stroke patients and the general population in Burkina Faso: a cross-sectional study. *AIMS Public Health*. 2020;7(4):723-35.
14. Khalil HM, Lahoud N. Knowledge of Stroke Warning Signs, Risk Factors, and Response to Stroke among Lebanese Older Adults in Beirut. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. mayo de 2020;29(5):104716.
15. Krishnamurthi RV, Barker-Collo S, Barber PA, Tippet LJ, Dalrymple-Alford JC, Tunnage B, et al. Community Knowledge and Awareness of Stroke in New Zealand. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. marzo de 2020;29(3):104589.
16. 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*. noviembre de 2018;10(2):4-10.
17. 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*. 15 de enero de 2018;384:46-9.
18. Alluqmani MM, Almshhen NR, Alotaibi RA, Aljardi OY, Zahid HM. Public Awareness of Ischemic Stroke in Medina city, Kingdom of Saudi Arabia. *Neurosciences (Riyadh)*. abril de 2021;26(2):134-40.
19. Alaqeel A, AlAmmari A, AlSyefi N, Al-Hussain F, Mohammad Y. Stroke awareness in the Saudi community living in Riyadh: prompt public health measures must be implemented. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. marzo de 2014;23(3):500-4.

20. Alkhotani AM, Almasoudi A, Alzahrani J, Alkhotani E, Kalkatawi M, Alkhotani A. Factors associated with delayed hospital presentation for patients with acute stroke in Makkah: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 26 de agosto de 2022;101(34):e30075.
21. Al Khathaami AM, Mohammad YO, Alibrahim FS, Jradi HA. Factors associated with late arrival of acute stroke patients to emergency department in Saudi Arabia. *SAGE Open Med*. 2018;6:2050312118776719.
22. Perez-Lazaro C, Santos-Lasaosa S, Velazquez-Benito A, Bellosta-Diago E, Tejero-Juste C, Iniguez-Martinez C. [Knowledge of cerebrovascular disease in the population of Zaragoza]. *Rev Neurol*. 1 de enero de 2017;64(1):17-26.
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]. Universidad de San Martín de Porres; 2019 [citado 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4520>
24. Caplan LR. Intracranial branch atheromatous disease: a neglected, understudied, and underused concept. *Neurology*. septiembre de 1989;39(9):1246-50.
25. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 22 de febrero de 2022;145(8):e153-639.
26. Lanska DJ. Geographic distribution of stroke mortality in the United States: 1939-1941 to 1979-1981. *Neurology*. septiembre de 1993;43(9):1839-51.
27. Muñoz Collazos M. Enfermedades cerebrovasculares (ECV). *Acta Neurológica Colombiana*. junio de 2010;26(2):59-61.
28. Mejía JIC, Hernández DL, Chio LMK. FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. :14.
29. Toole JF. The Willis lecture: transient ischemic attacks, scientific method, and new realities. *Stroke*. enero de 1991;22(1):99-104.

30. Ay H, Koroshetz WJ, Benner T, Vangel MG, Wu O, Schwamm LH, et al. Transient ischemic attack with infarction: a unique syndrome? *Ann Neurol.* mayo de 2005;57(5):679-86.