



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS
ACCIDENTES CEREBROVASCULARES
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2017**

PRESENTADO POR
SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA

ASESORA
GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
INTERNA

LIMA – PERÚ
2018



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS
ACCIDENTES CEREBROVASCULARES
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2017**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**

**PRESENTADO POR
SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA**

**ASESOR
GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	15
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	17
3.1 Formulación de la hipótesis	17
3.2 Variables y su operacionalización	17
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	18
4.1 Tipos y diseño	18
4.2 Diseño muestral	18

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	19
4.4 Procesamiento y análisis de datos	19
4.5 Aspectos éticos	20

CRONOGRAMA	21
-------------------	----

PRESUPUESTO	22
--------------------	----

FUENTES DE INFORMACIÓN	23
-------------------------------	----

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Instrumentos de recolección de datos
3. Consentimiento Director Hospital CLLH

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), determina al accidente cerebrovascular (ACV) es la lesión neurológica local o difusa de inicio súbito, la cual persiste más de 24 horas y de origen vascular ⁽¹⁾.

Los accidentes cerebrovasculares ocupan el primer lugar como origen de invalidez y segundo lugar como causa de mortalidad a nivel mundial, el riesgo aumenta con la edad ⁽¹⁾.

Las causas son hipertensión arterial, tabaco, dislipidemia, sedentarismo, alcoholismo, sobrepeso, diabetes, fibrilación auricular y están presentes en nuestra población, por lo que es importante el control de estos factores para la prevención de esta patología ⁽¹⁾.

El ACV en Asia posee la mortalidad más elevada como en Mongolia 222.6/100 000 personas al año e Indonesia 193.3/100 000 personas al año, le siguen Myanmar y Corea del Norte a comparación de Europa occidental, América o Australasia, debido a la economía en dichos países ⁽²⁾.

En Latinoamérica se informa que incidencia de ACV es 0.89-1.83/1000 y las tasas de prevalencia son 1.7 a 6.5/1000 ⁽³⁾.

Se estima que los pacientes con ACV un 10% a 40% fallecen sin tener evaluación especializada, además se ha reportado disminución de la mortalidad en los últimos periodos ⁽³⁾.

La mortalidad ha disminuido un 7% en naciones desarrolladas, no evidenciándose en naciones subdesarrollados ⁽³⁾.

En el Perú los ACV predomina en áreas urbana 6.8% asimismo un 2.7% área rural en pacientes de 65 años, con un 28.6% y 13.7%, correspondiente a motivo de fallecimiento; por lo que influye en el bienestar social, a nivel económico, familiar y de salud pública ⁽⁴⁾.

Se realizará el siguiente estudio en nuestro Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de nivel II-2, el cual no cuenta registro de estudios que nos determinen las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes atendidos en el servicio de medicina interna, con ello obtendremos un registro que permitirá conocer la realidad de nuestro nosocomio sobre dicha patología.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas del accidente cerebrovascular de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La hoz 2017?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Describir las características clínicas y epidemiológicas del accidente cerebrovascular de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2017.

Objetivos específicos

Identificar el género que se presentó con mayor frecuencia en el accidente cerebrovascular de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2017.

Establecer el rango etario de mayor presentación entre pacientes atendidos por accidente cerebrovascular en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La hoz 2017.

Cuantificar el tiempo promedio de permanencia hospitalario de los pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2017.

Determinar el tipo de accidente cerebrovascular que se presenta en los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2017.

Determinar la presencia de factores de riesgo de los pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2017.

1.4 Justificación

Los ACV son la séptima causa de muerte en nuestro país lo que lo hace una patología frecuente de atención en los servicios de emergencias de nuestros nosocomios. Asimismo, las secuelas como la discapacidad permanente son un alto costo económico, social y en los servicios de salud.

Por lo mencionado es nuestra necesidad estudiar las características clínicas y epidemiológicas de nuestros pacientes atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz ya que permitirá establecer un registro que ayudará a conocer la realidad de los pacientes que son atendidos por ACV.

Los resultados del estudio serán dados a conocer al personal de salud y así poder actuar sobre los factores de riesgos más frecuentes que se presentan en estos pacientes con el fin de poder disminuir secuelas asimismo el impacto social, familiar y para los servicios de salud.

1.5 Viabilidad y factibilidad

Se dispone de autorización para desarrollo este estudio será autofinanciado por el investigador, además se cuenta con especialistas quienes brindaran su apoyo en la realización del estudio. Se tomarán todos los pacientes que cuenten historia clínica, atendidos durante el 2017 y que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.

Este estudio, será autofinanciado por el investigador, además se cuenta con asesores especialistas quienes brindarán apoyo para realizarlo.

Las limitaciones que se tienen serían, que las historias clínicas no cuenten con datos completos, paciente que hayan presentado ACV durante su hospitalización por otra causa y pacientes que tengan cuadro clínico ACV que no tengan estudios tomográficos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Moraima M, et al. (2018), determinaron los agentes de riesgo en el ACV, mediante un trabajo descriptivo y retrospectivo, durante 2015 al 2016 en 218 pacientes. Dicha patología se presentó con más frecuente entre 70 a 79 años, en varones, raza mestiza. Los agentes causantes hallados con 37.7% HTA y 33.02% fumaba. El 40.3% presentó tres o más agentes de riesgo. Concluyeron la asociación de tres o más causas predisponentes favorecen la aparición de ACV⁽⁵⁾.

Ruiz J, et al. (2017), estudiaron las causas, cuadro clínico inicial y pronóstico a corto plazo en mayores de 75 años con EVC isquémico en un trabajo multicéntrico, observacional en 2,444 pacientes, 40.2% eran mayores de 75 años; 7.6% fueron origen isquémico transitorio y 92.4% infarto cerebral. Las causas más frecuentes para infarto cerebral fueron HTA 70%, diabetes 29% y fibrilación auricular 23%. La mortalidad a 30 días fue de 27%, con NIHSS ≥ 18 puntos en mayores de 85 años. Concluyeron el ACV isquémico se encontró en 4 de 10 paciente mayores de 75 años, con aumento de morbilidad y mortalidad⁽⁶⁾.

Narayanaswamy V, et al. (2017), revisaron la epidemiología del ACV en países asiáticos, mediante ensayo descriptivo, encontraron índices de mortalidad más bajos en Japón 43.4/100 000 y Singapur 47.9/100 000. Las tasas más altas en Mongolia 222.6/100 000 e Indonesia 193.3/100 000. La HTA, diabetes mellitus

y hábito de fumar fueron las causas de ACV más comunes. Además, un gran número ha sufrido de eventos cerebrovasculares previos y enfermedad arterial coronaria. Concluyeron el AVC isquémico es más frecuente, excepto en India y Vietnam, donde se observa lo contrario ⁽²⁾.

Nijasri C. (2017), determinó mediante estudio descriptivo la epidemiología del ACV en Tailandia. La prevalencia de ACV en 1.88% entre adultos mayores de 45 años. El ACV es más frecuente en hombres y mayores de 65 años, origen isquémico. La hipertensión, la diabetes, la dislipidemia, el síndrome metabólico con la fibrilación auricular son causas frecuentes de ACV. Concluyó el ACV es una gran obligación de salud en Tailandia ⁽⁷⁾.

Morales C, Aguirre C y Machado J. (2016). Determinaron los agentes predictores de mortalidad ACV durante 2008 a 2011. A través de estudio transversal, en 350 pacientes de estos 9.7% menos de 55 años, 43.4% edades entre 55 a 70 años y 46.9% más de 70 años, el 51.4% fueron mujeres; 57.4% inicio brusco; 78.6% eran isquémicos y el 21.4% hemorrágicos. El cuadro clínico que presentaron alteración motora 80.9%, alteración del habla 43.4%, dolor de cabeza 35.7%, trastornó en pares craneales 28.3%, además antecedente HTA 72.6%, dislipidemia 47.7%, diabetes mellitus 19.7%, fumar 17.4%, enfermedad cardíaca isquémica 9.4%, antecedente de ACV 6% y fibrilación auricular 6%. El 16% de pacientes falleció por ACV; de estos, el 74.6% fueron hemorrágicos ⁽⁸⁾.

Alfageme R. (2015), identificó las características epidemiológicas y clínicas del ACV, estudio descriptivo, en 72 pacientes, de los cuales fue 51.4 % origen hemorrágico y 48.6% origen isquémico. La edad donde se observó con más frecuencia ACV fue 65 años. El ACV origen hemorrágico predominó en sexo femenino de menos de 60 años. La HTA fue frecuente en 61.1%. EL ACV Isquémico cardioembólico 40% relacionado a fibrilación auricular fue el más observado. Concluyó que los factores de riesgo se podrían prevenir y controlar ⁽⁹⁾.

Piloto R, et al. (2015), describieron las características clínicas y epidemiológicas del ACV en 451 pacientes, investigación tipo observacional, descriptivo y transversal, donde prevaleció el ictus isquémico, y en varones de 75 años. Los factores de riesgos asociados predominantes fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus. Las secuelas más frecuentes fueron trastornos de la memoria y dificultad para la marcha. Concluyeron que la abolición de los agentes de riesgos y el diagnóstico debido permiten una mejor recuperación de los pacientes con ACV ⁽¹⁰⁾.

Camejo C, et al. (2015), describió la clínica, factores de riesgo e indicadores de manejo del ACV, estudio descriptivo, prospectivo en 784 pacientes con ACV fueron 75% infartos, 16% hemorragias y 9% AIT. Prevaleció en edades de 60 y 79 años y en varones. Los agentes de riesgo hipertensión 76%, fumar 39%, diabetes 20% y dislipemia 22%. El 16% tenían ya antecedente del mismo y el 8% antecedente un AIT, el 17% tenía diagnóstico de arritmia cardíaca; el 7.5%

tenía anticoagulación previa y el 17% tenía antiagregación. Los días hospitalización fueron 14, mejoró la función motora a los seis meses. Concluyeron el entrenamiento en abordaje, diagnóstico y tratamiento redujo días hospitalización y pronta recuperación ⁽¹¹⁾.

Hsieh F, Chiou H. (2014), mediante estudio descriptivo, determinaron epidemiología de ACV en Taiwán. Encontraron el ACV isquémico es más común. La oclusión de vasos pequeños fue por ACV isquémico. La edad, el sexo, la hipertensión, la hiperlipidemia diabética, la obesidad, la fibrilación auricular y el tabaquismo son factores que aumentan la morbilidad. El tratamiento para el ACV isquémico agudo es la trombólisis; sin embargo, la tasa de esta terapia es aún baja en Taiwán. Concluyeron se debe mejorar el conocimiento, acceso del servicio de salud y manejo del ACV ⁽¹²⁾.

Brea A, et al. (2013), revisaron la epidemiología ACV, mediante ensayo descriptivo encontraron que los ACV ocupa segundo lugar de muerte en general, y el primer lugar en las mujeres. Las causas de ACV predominantes halladas hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y diabetes mellitus. La arteriopatía periférica y la HTA relacionados a eventos aterotrombóticos; la fibrilación auricular asociada a ictus cardioembólicos. La obesidad y HTA a los ACV lacunares. Concluyeron que España no cuenta con un adecuado control de los factores de riesgo ⁽¹³⁾.

Gonzales R, et al. (2013), mediante un estudio descriptivo, comparativo determinó aspectos epidemiológicos del ACV en 2003 y 2011 en 153 pacientes el 66 al primer período y 87 al segundo. El ACV predominó en varones de más 60 años. La hipertensión arterial en ambos grupos fue el más frecuente. El ACV que predominó fue de causa isquémico en 91% en 2003 y 84% en 2011. Concluyeron es insuficiente en el manejo en los servicios ⁽¹⁴⁾.

Ferri C, et al. (2011), investigaron la prevalencia del ACV auto informado, discapacidad relacionada con ACV, dependencia del cuidador en América Latina, China y la India, en un estudio descriptivo, transversal. Determinó la prevalencia entre 6% en Los Ángeles y 6% en la China urbana, India 1.1%, China rural 1.6% y Perú 2.7%. Las secuelas predominantes fueron demencia y depresión. Concluyeron la prevalencia del ACV en centros urbanos de Los Ángeles y China es semejante a los países desarrollados ⁽¹⁵⁾.

2.2 Bases teóricas

Cerebrovascular

Se define como ataque cerebrovascular (ACV) o stroke a las manifestaciones de causa vascular, de cuadro clínico evolutivo, causado por pérdida focal y mayor a 24 horas ⁽¹⁶⁾.

Los ACV son la primera causa de invalidez y tercera causa de muerte por ello se debe actuar en la prevención, en la evaluación y manejo temprano ⁽¹⁶⁾.

Los ACV pueden aparecer como: Ictus isquémico en el 80%, Hemorragia Intracerebral espontánea en el 15% y Hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma en el 5% ⁽¹⁶⁾.

Factores de riesgo asociados ACV

Las causas son no modificables entre ellos la edad, género y factores genéticos; los modificables entre ellos hipertensión arterial, Diabetes, hábito de fumar, obesidad, dislipidemia, síndrome metabólico, arritmias cardíacas, enfermedad coronaria, anticonceptivos orales, drogas psicoactivas ⁽¹⁷⁾.

Y los nuevos factores de riesgo son ateromatosis arco aórtico, aneurisma del septo interauricular, foramen oval permeable, bandas auriculares, flujo lento en cavidades cardíacas, migraña. Estos ocasionan cambios en el endotelio, generando disfunción endotelial ⁽¹⁷⁾.

Factores no modificables

Edad: El ACV puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente después de los 60 años ⁽¹⁷⁾.

Género: Los estrógenos protegen al sexo femenino ACV, cuando llega la menopausia estos se reducen y aumenta la incidencia del ACV igualando la del hombre ⁽¹⁷⁾.

Raza y etnia: Los afrodescendientes, hispanos y asiáticos tienen más predisposición para sufrir un ACV ⁽¹⁷⁾.

Genética: La evidencia clínica muestra que los hijos de padre con antecedente de ACV tienen 1.5 veces más predisposición de padecer un ACV. Asimismo, que tengan genes de la fosfodiesterasa 4 y de la proteína activadora de la lipoxigenasa 5. Además, genes que intervienen en la formación los vasos cerebrales los que causarían defectos y con ello riesgo de ACV origen hemorrágico ⁽¹⁷⁾.

Factores modificables

Hipertensión arterial: Según la evidencia clínica la hipertensión arterial predispone a padecer de ACV ⁽¹⁷⁾.

Hipotensión arterial: Es una causa de ACV, se observa disminución del nivel cognoscitivo, y demencia vascular ⁽¹⁷⁾.

Diabetes: Factor de riesgo para ACV, al debido a lesión endotelial ⁽¹⁷⁾.

Fibrilación auricular: Predispone para el ACV, el cual es más frecuente en edades avanzadas ⁽¹⁷⁾.

Enfermedad coronaria: La existencia de hipertrofia ventricular izquierda y la insuficiencia cardíaca predisponen a padecer ACV ⁽¹⁷⁾.

Otras cardiopatías que aumentan el riesgo de ACV tromboembólico son la cardiomiopatía dilatada, la enfermedad valvular cardíaca, cardiopatías congénitas, el 20 por ciento de los ACV isquémicos asociados a émbolos origen cardíaco y un 40 por ciento relacionado con los ACV criptogénicos en los jóvenes ⁽¹⁷⁾.

Accidentes cerebrovasculares previos: Predispone a un nuevo evento a los dos años siguientes. Aquellos con AIT presentaran ACV en los siguientes tres meses y/o a los dos días posteriores ⁽¹⁷⁾.

Enfermedad vascular aterosclerótica: Factor asociado a los ACV debido a alteración en el metabolismo de los lípidos, activación plaquetaria, trombosis, lesión endotelial y factores genéticos ⁽¹⁷⁾.

Homocisteína: Relacionada con un aumento de predisposición a enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica, ACV y tromboembolismo venoso. Puede aumentar con edad, la menopausia, el hipotiroidismo, enfermedad renal, disminución de vitaminas B6, B12 y folatos ⁽¹⁷⁾.

Fibrinógeno: Determina la viscosidad plasmática y es un reactante de fase aguda. El empleo de cigarrillo incrementa el fibrinógeno ⁽¹⁷⁾.

La proteína C reactiva ultrasensible: Marcador de inflamación vascular

quienes presenten PCR de 1 riesgo leve, de 1 a 3 riesgo moderado, y mayores de 3 como riesgo severo ⁽¹⁷⁾.

Ingesta de alcohol: Se ha evidenciado que consumo moderado de alcohol, reduce predispone a aterosclerosis. No hay estudios claros del beneficio de la ingesta de alcohol en predisposición de ACV ⁽¹⁷⁾.

Alteración de sueño asociados con la respiración y trastorno del ciclo sueño/vigilia (ASV) predispone aproximadamente 60 por ciento ⁽¹⁷⁾.

Isquemia cerebral (IC): Se caracteriza por inicio súbito del déficit neurológico focal, a veces con progresión gradual ⁽¹⁸⁾.

Diagnóstico de IC: La escala de los Institutos Nacionales de la Salud (NIHSS), se basa en 11 criterios con puntaje de entre 0 a 4. Su resultado va de 0 a 39 y según la gravedad: ≤ 4 puntos: déficit leve; 6-15 puntos: déficit moderado; 15-20 puntos: déficit importante; y > 20 puntos: grave ⁽¹⁸⁾.

Tanto la tomografía computarizada (TC) como la imagen resonancia magnética (IRM) son muy sensibles, pero la IRM evidencia IC aun en cuadros agudos y los ubicados en la circulación posterior ⁽¹⁸⁾.

Diagnóstico hemorragia intracerebral: De inicio súbito y el déficit neurológico al inicio, elevación de la presión intracraneal (PIC) con cuadro clínico de dolor

de cabeza, náusea y vómito. La hipertensión intracraneal (HIC) supratentorial puede presentar convulsiones, déficit neurológico ⁽¹⁸⁾.

La TC preferido por su elevada sensibilidad y especificidad, se podrían evidenciar malformación arteriovenosa, y IRM observar cavernomas y el edema perihematoma. La angiografía sugerida en HIC de ubicación no frecuente, y cuando no se determina su causa, principalmente en jóvenes. A veces debe repetirse exámenes entre las 2 y 4 semanas posteriores ⁽¹⁸⁾.

Diagnóstico hemorragia subaracnoidea: Cuadro clínico de cefalea de inicio brusco, asociada de náusea, vómito, fotofobia y déficit neurológico y motor ⁽¹⁸⁾.

La tomografía muestra presencia de hemorragia subaracnoidea a las 12 horas de inicio; en el 93% en las primeras 24 horas y 50% a la semana. Aunque la angiografía cerebral patrón de oro para determinar aneurismas cerebrales, la TC tiene sensibilidad 85% y especificidad 98% ⁽¹⁸⁾.

En la HSA con estudio de imagen negativo para aneurismas solicitar estudios a los 7 a 14 días posteriores, o pesar causa no aneurismática ⁽¹⁸⁾.

La punción lumbar considerarla ante probabilidad de hemorragia subaracnoidea y tomografía normal. El líquido cefalorraquídeo hemático demuestra presencia de hemorragia subaracnoidea ⁽¹⁸⁾.

2.3 Definición de términos básicos

El ataque cerebrovascular (ACV) o Stroke: Manifestaciones de causa vascular, de cuadro clínico evolutivo, causado por pérdida focal y mayor a 24 horas ⁽¹⁶⁾.

Hemorragia intracerebral: Presencia de sangrado en parénquima cerebral no siendo de causas por trauma o intervención quirúrgica, generado por ruptura vascular ⁽¹⁶⁾.

Ictus isquémico: Producido por alteración del torrente sanguíneo secundario a la interrupción o disminución del riego sanguíneo ⁽¹⁶⁾.

Hemorragia subaracnoidea: Existencia de sangrado en el espacio subaracnoideo secundario a ruptura de un aneurisma ⁽¹⁶⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

No aplica por las características del estudio.

3.2 Variables y su operacionalización

Variables	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
SEXO	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	cualitativa	Genero especificado en la historia clínica	Nominal	Femenino =1 Masculino=2	Historia clínica
EDAD	Suma de años cumplidos en el día del ingreso.	cuantitativa	registrado de edad en la historia según su fecha de nacimiento	Ordinal	Años cumplidos 1=15-24 2=25-40 3=40-60 4=>60	DNI
PERMANENCIA HOSPITALARIA	Tiempo de permanencia hospitalaria de los pacientes que egresan	cuantitativa	Número de días hospitalizado considerando la fecha de ingreso y alta	Ordinal	Días hospitalización 1=<3días 2=3-5 días 3=< 7 días 4=>7 días	Historia clínica
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	Afección neurológica focal, inicio súbito, durante más de 24 horas y de probable inicio vascular.	Cualitativa	Reportado mediante estudio tomográfico.	Nominal	Tipo de ACV 1=Isquémico 2=Hemorragia intracerebral 4=Hemorragia subaracnoidea	Informe de tomografía
FACTORES DE RIESGO	Presentación de factor de riesgo asociado a accidente cerebrovascular	cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Presencia Ausencia 1= HTA 2=Diabetes 3=Fibrilación 4=Tabaquismo 5=Alcoholismo 6= Obesidad 7=Sedentaris mo 8= ACV previo 9= Cardipatia 10= Otros	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de casos.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Constituida por todos los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2018.

Población de estudio

Aquellos pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna con diagnóstico de accidente cerebrovascular en el periodo 2018.

Tamaño de la muestra

La población estará constituida por los pacientes hospitalizados con diagnóstico de accidente cerebrovascular admitidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2018.

Muestro o selección de la muestra:

La muestra será todos aquellos pacientes hospitalizados con diagnóstico de accidente cerebrovascular admitidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2018 que cumplan los

criterios de inclusión y exclusión, por ello no se realizará selección de muestra.

Criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de accidente cerebrovascular admitidos en el servicio de medicina del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo 2018.
- Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años.
- Pacientes con historia clínica completa

Criterios de exclusión:

- Pacientes ambulatorios, menores de 18 años, hospitalizados en diferentes servicios que no sean Medicina con datos incompletos en sus historias clínicas.

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Se utilizará para recolección de datos, la evaluación de historial clínico de los pacientes mayores de 15 años atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz con el diagnóstico de accidente cerebrovascular 201

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se utilizará como herramienta para reunir información la ficha elaborada con preguntas para la medición de variables. Se construirá tomando en cuenta la operacionalización de las variables necesarias para la investigación. La

elaboración de operacionalización de variables le otorgara al instrumento los requisitos de seguridad y validez.

El sistema que se usará para la recopilación de datos iniciará con el ingreso al base de datos del hospital Carlos Lanfranco la Hoz, posteriormente se seleccionará los archivos de los pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular que fueron ingresados en el servicio de medicina interna durante el 2017.

Los datos recolectados serán procesados utilizando el programa SPSS 23.0 para su presentación, interpretación y análisis

4.5 Aspectos éticos

Se solicitará permiso al director del hospital para tener acceso a registro de historia clínicas de pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular. Sin embargo, se garantiza el derecho a la privacidad de la información identificándolos únicamente por el número de formulario y el investigador se compromete a manejar la información solo con fines académicos.

CRONOGRAMA

Pasos	2018										
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Redacción final del proyecto de investigación	x										
Aprobación del proyecto de investigación		x									
Recolección de datos			x	x							
Procesamiento y análisis de datos					x						
Elaboración del informe						x	x				
Correcciones del trabajo de investigación								x	x		
Aprobación del trabajo de investigación										x	
Publicación del artículo científico											x

PRESUPUESTO

El presupuesto de todas las actividades e insumos se detalla en el siguiente cuadro:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de Escritorio	250.00
Soporte especializado	500.00
Transcripción	500.00
Impresiones	500.00
Logística	300.00
Refrigerio y movilidad	500.00
Total	2850.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Manual de la OMS para la vigilancia paso a paso de accidentes cerebrovasculares de la OMS: estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2005. Extraído 15 Oct 2017. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf>.
2. Narayanaswamy V , Woo Y , Pandian J, y Navarro J. Stroke Epidemiology in South, East, and South-East Asia: A Review. Journal of Stroke [Internet]. 2017. Extraído 15 Oct 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5647629/>
3. Silva, F et al. Enfermedad cerebrovascular en Colombia. Rev. Col. Cardiol. [Internet]. 2006. Extraído 15 Oct 2017;13 (2):85-89. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v13n2/v13n2a8.pdf>
4. Davalos L, Málaga G. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014. Extraído 15 Oct 2017;31(2):400-1. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n2/a40v31n2.pdf>
5. Moraima M, et al. Comportamiento de factores de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares en Pedras, Maranhão, Brasil. Revista de

- información científica. [Internet]. 2018. Extraído 21 Nov 2018. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79439>
6. Ruiz J, et al. 2017. Enfermedad vascular cerebral isquémica aguda en mayores de 75 años en la primera década del siglo XXI en México. Revista Mexicana de Neurociencia. [Internet]. 2017. extraído 22 Nov 2018. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70749>
 7. Nijasri C. Stroke Epidemiology in Thailand. Journal of Stroke [Internet] 2014. Extraído 15 Oct 2017;16(1):1-7. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3961816/>
 8. Morales C, Aguirre C, Machado J. Factores predictores de mortalidad por accidente cerebrovascular en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira. Colombia: Salud Uninorte. [Internet]. 2016. Extraído 21 Nov 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n1/v32n1a05.pdf>
 9. Alfageme R. Características epidemiológicas y clínicas del accidente cerebrovascular. Lima- Perú: USMP [Internet]; 2015. Extraído 16 Oct 2016. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1212/5/Alfageme_rm.pdf

10. Piloto R, Herrera G, Ramos Y, Mujica D, Gutiérrez M. Caracterización clínica-epidemiológica de la enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. Rev. Ciencias Médicas. [Internet]. 2015. Extraído 16 Oct 2016; 19 (6):996-1005. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2015/rcm156e.pdf>
11. Camejo C, Legnani C, Gaye A, Arcieri B, Brunett F. et al. Unidad de ACV en el Hospital de Clínicas: Comportamiento Clínico-Epidemiológico de los Pacientes con ACV. Arch Med Interna. [Internet] 2015. Extraído 16 Oct 2017; 37(1):30-35. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v37n1/v37n1a06.pdf>
12. Hsieh FI, Chiou HY. Stroke: Morbidity, Risk Factors, and Care in Taiwan. Journal of Stroke [Internet]. 2014. Extraído 15 Oct;16(2):59-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4060269/>
13. Brea A, Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa A. Epidemiology of cerebrovascular disease in Spain. Clin Invest Arterioscl [Internet]. 2013. Extraído 15 Oct 2017. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-epidemiologia-enfermedad-vascular-cerebral-espana-S0214916813001162>
14. González R, Armas L, Gavilla B, Díaz D. Enfermedad cerebrovascular en el Policlínico Docente José Antonio Echeverría, de Cárdenas. Rev Méd

Electrón [Internet]. 2013.Extraído 16 Oct 2017. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n1/tema02.pdf>

15.Ferri C, Schoenborn C, Kalra L, Acosta D, Guerra M, et al. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. J Neurol Neurosurg Psychiatry [Internet]. 2011.Extraído 16 Oct 2017;82:1074-1082. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3171978/>

16.Ministerio de Salud. Protocolo de Manejo Inicial del Ataque Cerebrovascular Isquémico Agudo. Argentina. 2015. Extraído 16 Oct 2017. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2015-11_protocolo-ACV_3Nov2015.pdf

17.Guía Neurológica Enfermedad Cerebrovascular. Factores de riesgo para ACV Colombia. 2012. Extraído 16 Oct 2017. Disponible en:
<http://www.acnweb.org/guia/g8cap3.pdf>

18.Arauz A. Ruíz A. Enfermedad vascular cerebral. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. [Internet]. 2012. Extraído 20 Oct 2017. 55(3): 11-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v55n3/v55n3a3.pdf>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Tipo y diseño metodológico	Población y procesamiento de datos	Instrumentos
Características clínicas y epidemiológica accidentes cerebrovasculares Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2017	¿Cuáles son las Características clínicas y epidemiológica accidentes cerebrovasculares Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2017?	Objetivo general Describir las características clínicas y epidemiológicas del accidente cerebrovascular de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2017	Cuantitativo retrospectivo Transversal de casos	La población pacientes hospitalizados en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el servicio de Medicina Interna en el 2017. Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se procesarán en el programa SPSS 23.0.	Para la recolección de datos se utilizará la ficha de recolección de datos.

		<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar el género que se presentó con mayor frecuencia en el accidente cerebrovascular de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2017.</p> <p>Establecer el rango etario de mayor presentación entre pacientes atendidos por accidente cerebrovascular en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La hoz 2017.</p> <p>Cuantificar el tiempo promedio de permanencia hospitalario de los pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2017.</p> <p>Determinar el tipo de accidente cerebrovascular que se presenta en los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2017.</p> <p>Determinar la presencia de factores</p>			
--	--	---	--	--	--

		de riesgo de los pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2017.			
--	--	---	--	--	--

2. Instrumento de recolección de datos

Nombre y apellido del paciente:

Edad:

Sexo: F M

Nº de historia clínica:

Fecha de ingreso:

Fecha de egreso:

Días de hospitalización:

Factores de riesgo:

Diabetes: si no

Hipertensión arterial: si no

Enfermedad coronaria: si no

Enfermedad vascular aterosclerótica: si no

Accidente cerebrovascular previo: si no

Fibrilación auricular: si no

Otros:

Diagnóstico de ingreso:

Diagnóstico de egreso:

Tipo de accidente cerebrovascular: