



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS PACIENTES FRENTE AL
ICTUSISQUÉMICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
NEUROLÓGICAS EN EL AÑO 2018**

**PRESENTADA POR
YADIRA ONELLY PEREZ VILLAJUAN**

**ASESORES
DR. LUIS FELIPE ROJAS CAMA
DR. CARLOS ABANTO ARGOMEDO**

**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2019



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

El autor 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

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS PACIENTES FRENTE AL ICTUS
ISQUÉMICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
NEUROLÓGICAS EN EL AÑO 2018**

**TESIS
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADA POR
YADIRA ONELLY PÉREZ VILLAJUAN**

**ASESORES
DR. LUIS FELIPE ROJAS CAMA
DR. CARLOS ABANTO ARGOMEDO**

**LIMA, PERÚ
2019**

JURADO

Presidente: Aldave Salazar María Raquel, magíster en Medicina

Miembro: Castillo Kohatsu Guillermo, médico Neurólogo

Miembro: Malamud Kessler Caroline, máster propio en el Sueño: Fisiología y
Medicina

A Dios, por guiarme en el camino de la verdad
A mis padres, por ser mi gran ejemplo a seguir
A Manuelita, por enseñarme el amor de Dios con sus acciones
A Bruno, mi compañero eterno, el amor de mi vida

AGRADECIMIENTO

A Carlos Abanto Argomedo, máster en Salud Pública, por la asesoría temática.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA	10
III. RESULTADOS	14
IV. DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACIÓN	33
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivos: Determinar los conocimientos y actitudes respecto al ictus isquémico que tienen los pacientes que acuden por consultorio externo en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima, Perú en el año 2018.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, realizado mediante cuestionario elaborado y validado a través de una prueba piloto; para la selección de la muestra se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de los pacientes atendidos en los consultorios externos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas; para el recojo de información se empleó un formulario estandarizado de recolección de datos que fueron registrados en el programa Excel y para su análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Vs. 21.

Resultados: Se entrevistaron 265 pacientes con edades entre 17 y 85 años (44.12 ± 14.56 años). El 59% (n=128) de la muestra eran mujeres, 41% (n=88) eran hombres. Los conocimientos y las actitudes obtuvieron un nivel medio. Un 21.5% (n=57) tuvo un nivel bajo de conocimiento acerca del ictus isquémico, 57.4% (n=152) tuvo un nivel medio de conocimiento, mientras que un 21.1% (n=56) obtuvo un nivel de conocimiento alto. El síntoma más reconocido con un 38% (n=133) fue la dificultad para hablar o entender palabras. El principal factor de riesgo reconocido por los pacientes fue el hábito de fumar, identificado en 150 casos (50%). Solo 13% (n=31) conocía de la existencia de un medicamento trombolítico para su uso en emergencias. En cuanto a la actitud, un 15.1% (n=40) tomaría actitudes inadecuadas, 74.7% (n=198) tomaría actitudes con nivel medio, mientras que solo el 10.20% (n=27) actuaría correctamente. Se encontró relación entre los conocimientos y actitudes, además que el sexo femenino y el antecedente de familiar con ictus, se asocian con actitudes adecuadas.

Conclusiones: El conocimiento del ictus isquémico y las actitudes alcanzadas fueron de nivel medio. Los resultados obtenidos podrían tener gran impacto en la salud pública.

Palabras clave: Ictus isquémico, conocimientos y actitudes

ABSTRACT

Objectives: To determine the knowledge and attitudes regarding the ischemic stroke that patients who come for an outpatient clinic in the National Institute of Neurological Sciences, Lima, Peru, have in 2018.

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional and prospective study, carried out through a questionnaire developed and validated through a pilot test; for the selection of the sample, a non-probabilistic sampling was carried out for the convenience of the patients seen in the outpatient clinics of the National Institute of Neurological Sciences; For the collection of information, a standardized data collection form was used, which was recorded in the Excel program, and for its statistical analysis the SPSS Vs. 21 program was used.

Results: We interviewed 265 patients aged between 17 and 85 years (44.12 ± 14.56 years). 59% (n = 128) of the sample were women, 41% (n = 88) were men. The knowledge and attitudes obtained a medium level. 21.5% (n = 57) had a low level of knowledge about ischemic stroke, 57.4% (n = 152) had a medium level of knowledge, while 21.1% (n = 56) had a high level of knowledge. The most recognized symptom with 38% (n = 133) was the difficulty in speaking or understanding words. The main risk factor recognized by the patients was the habit of smoking, identified in 150 cases (50%). Only 13% (n = 31) knew the existence of a thrombolytic drug for use in emergencies. Regarding attitude, 15.1% (n = 40) would take inappropriate attitudes, 74.7% (n = 198) would take attitudes with medium level, while only 10.20% (n = 27) would act correctly. A relationship was found between knowledge and attitudes, in addition the female sex and the history of a family member with stroke are associated with appropriate attitudes.

Conclusions: The knowledge of the ischemic stroke and the attitudes reached were of medium level. The results obtained could have a great impact on public health.

Keywords: Ischemic stroke, knowledge and attitudes

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular o también llamado ictus de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el trastorno circulatorio cerebral de rápida evolución que ocasiona una alteración transitoria o definitiva de la función de una o varias partes del encéfalo cuyas consecuencias dependerán tanto del lugar como del tamaño de la lesión (1).

Las enfermedades cerebrovasculares se pueden clasificar en dos grandes grupos en enfermedad cerebrovascular isquémica y en enfermedad cerebrovascular hemorrágica. La primera es producida por consecuencia de la falta de sangre al encéfalo, mientras que la segunda es producida por la salida de sangre debido a la ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro. Se sabe que el 80% de las enfermedades cerebrovasculares son de tipo isquémico, mientras que el 20% son de tipo hemorrágico (2).

La enfermedad cerebrovascular isquémica representa la segunda causa de mortalidad y la tercera causa de discapacidad a nivel mundial, originando así una patología con gran impacto social, económico y sanitario (3). La Organización Mundial de la Salud en el 2011 reportó que el promedio de la incidencia en el mundo del ictus es 200 nuevos casos por cada 100 000 habitantes (4).

El ictus isquémico es una emergencia médica, el cual requiere de un manejo multidisciplinario de servicios de emergencias-urgencias, cuidados críticos, neurología y radiología, los cuales deben estar debidamente organizados teniendo en cuenta un objetivo muy claro: se debe actuar rápido para salvar el cerebro (5).

En cuanto al mecanismo fisiopatológico del ictus isquémico, el tejido del cerebro depende de una apropiada cantidad de oxígeno y glucosa para su idóneo funcionamiento, por ende el detenimiento de este producirá diversas alteraciones funcionales que conllevarán a la muerte celular por mecanismos de necrosis y

apoptosis. Las manifestaciones clínicas están en relación a la arteria afectada y de la extensión de tejido dañado (6). Cuando existe una alteración del encéfalo por una disminución del flujo sanguíneo cerebral (FSC) se produce la isquemia cerebral hasta un nivel suficiente para provocar alteraciones metabólicas y bioquímicas que conllevan a la necrosis celular y alteran el funcionamiento del sistema nervioso. Es focal si la isquemia afecta solo a una región del encéfalo como cuando se obstruye una arteria del cerebro y es global cuando se compromete de forma simultánea todo el encéfalo, por ejemplo un paro cardíaco o una disminución de presión grave, de estas la primera es la forma más frecuente de afectación vascular del cerebro (7).

Los factores que predisponen a padecer de ictus isquémico, se dividen en no modificables y en modificables; dentro de los no modificables tenemos; al género, la edad o la raza, en el género existe un ligero predominio en el sexo masculino y aumenta en frecuencia conforme aumenta la edad; y de los que son modificables, por tanto considerados prevenibles son la HTA, la diabetes, la hiperglicemia, la fibrilación auricular, colesterol elevado, el tabaquismo, la obesidad, el apnea del sueño, etanol, tabaquismo y anticonceptivos (6).

El ictus isquémico o enfermedad cerebrovascular de tipo isquémico de acuerdo a su evolución durante las primeras horas de instauración se divide en dos grupos el ataque isquémico transitorio (AIT), y el infarto cerebral. Y de acuerdo a su clasificación etiológica se divide en 5 grupos, el ictus aterotrombótico, cardioembólico, lacunar, de causa inusual y de causa no determinada (8).

El accidente isquémico transitorio (AIT) es el déficit neurológico que se recupera antes de las primeras 24 horas ocasionadas por la falta de irrigación del cerebro, cuyos síntomas duran menos de 60 minutos y sin que se demuestre alguna evidencia de un infarto por tomografía u otras pruebas de neuroimagen. Esto sucede debido a que el concepto de AIT va a implicar isquemia pero nunca necrosis. Asimismo se debe resaltar que el término transitorio hace referencia a una causa benigna pero no debe dejar de considerarse como un importante signo de alarma que pueda ocasionar un ictus isquémico u alguna complicación cardiovascular por lo que debe considerarse una emergencia médica.

Las manifestaciones clínicas del AIT o TIA dependen de la zona afectada por la isquemia. Cuando se afecta el sistema carotideo, los síntomas reflejan la isquemia del cerebro y del ojo, como amaurosis fugaz, debilidad o acorchamiento contralaterales de la cara, brazo o pierna que se acompañan con alteraciones del lenguaje si está afectado el hemisferio dominante. Y cuando se afecta el territorio vertebrobasilar se manifiestan síntomas vestibulares o cerebrosos, diplopía, deficiencias motoras y sensitivas uni o bilaterales.

De acuerdo a lo descrito se puede concluir que al producirse un ictus, lo más importante es la atención neurológica oportuna. Para ello es esencial que el paciente sepa identificar los síntomas de alarma, y éste sea trasladado con mayor prontitud al hospital, se le otorgue con rapidez el diagnóstico y se le dé inicio precoz del tratamiento.

Como se mencionó líneas arriba, el ictus isquémico se produce por la falta de irrigación a cualquier territorio del encéfalo lo cual produce isquemia y, esto desencadena en infarto (muerte de células cerebrales). Cuando ocurre esta isquemia se produce alteración de la función cerebral y, por lo tanto, los síntomas típicos de un ictus. La zona de tejido isquémico pero que no se ha necrosado se llama zona de penumbra isquémica, y con tratamientos recanalizadores y en el tiempo adecuado es potencialmente salvable (9).

Según su etiología, de acuerdo a la clasificación TOAST (Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment Subtype Classification), la cual divide al ictus isquémico en aterotrombótico, lacunares, cardioembólicos, de causa inhabitual y de causa no determinada.

El ictus aterotrombótico o ictus por arterioesclerosis de grandes vasos se caracteriza por la presencia de arteriosclerosis clínicamente generalizada o la demostración de obstrucción o estenosis en arterias del cerebro congruentes con el estado clínico de la persona.

El ictus cardioembólico se asocia con cardiopatías de tipo embolígenas como la estenosis mitral reumática, trombo intracardiaco, endocarditis, prótesis aórtica o

mitral, fibrilación auricular además de la ausencia de obstrucción o estenosis arterial cerebral significativa agregada.

El ictus de tipo lacunar o ictus por enfermedad arterial de pequeño vaso llamado así por estar acompañado de un síndrome lacunar, y la microateromatosis y la lipohialinosis de las arteriolas perforantes son lo más frecuente en los ictus lacunares.

El ictus de causa inhabitual se produce cuando se ha descartado la presencia de los otros ictus mencionados y suele ocasionarse por una arteriopatía diferente a la aterosclerótica como displasia fibromuscular, enfermedad de Moya-Moya, síndrome de Sneddon, disección arterial o por una enfermedad sistémica.

El ictus de etiología no determinada es cuando la etiología del ictus se desconoce o es criptogénica a pesar de un completo estudio o por un estudio incompleto o insuficiente (10).

Es de gran importancia remarcar que el ictus isquémico no posee un síntoma de alarma única y evidente, como el dolor, ni una causa dominante, como es el caso del infarto de corazón. Sin embargo, para facilitar el mensaje a la población sobre los síntomas de alarma del ictus cerebral, se ha propuesto hacer énfasis en estos cuatro siguientes síntomas cuando se presentan de forma repentina:

1. Debilidad o adormecimiento en un lado del cuerpo
2. Dificultad o pérdida de la visión en uno o ambos ojos.
3. Dificultad para hablar o comprender el lenguaje
5. Inestabilidad cuando se asocian con otro de los síntomas anteriores (11).

El ictus isquémico al ser una emergencia médica requiere de un tratamiento inmediato, esta enfermedad se establece de forma progresiva por lo cual se puede disminuir el tamaño del infarto y las secuelas de éste si se actúa en una ventana terapéutica. La trombólisis intravenosa con activador del plasminógeno tisular recombinante (rt-PA) es un tratamiento de primera línea, eficaz y específico. El cual se encuentra aprobado desde marzo del 2003 por la Agencia Europea del medicamento la utilización del tratamiento con rt-PA en la fase aguda

del ictus. Su administración es por vía intravenosa en dosis 0.9mg kg (máximo 90mg), el 10% de las dosis en un bolo inicial, seguido de una perfusión continua del 90% restante durante 60 min. El beneficio de su uso se basa de los resultados satisfactorios del estudio americano NINDS, en el que la administración de rt-PA dentro de las tres primeras horas desde el inicio de los síntomas incrementaba el porcentaje de pacientes con recuperación completa y disminuía la mortalidad (12). Además, en la actualidad existe una técnica neurointervencionista de trombectomía mecánica cuya ventana se ha ampliado hasta las 24 horas según el ensayo DAWN quienes proponen que este es un tratamiento seguro para reducir la discapacidad e incluso es superior al tratamiento estándar con trombólisis intravenosa (13).

Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados en los últimos años para concientizar a la población sobre este hecho ha sido frustrado, ya que, lamentablemente menos del 15% de los pacientes con diagnóstico de ictus isquémico son los que llegan a beneficiarse del tratamiento trombolítico (14). El tratamiento trombolítico (el activador intravenoso del plasminógeno tisular, IV rt-PA) es el tratamiento de elección considerado seguro y eficaz para los pacientes con ésta patología y debe ser empleado en las primeras 4.5 horas como máximo tras el inicio de los síntomas (15). Además, en la actualidad existe una técnica neurointervencionista de trombectomía mecánica cuya ventana se ha ampliado hasta las 24 horas según el ensayo DAWN (13).

La principal causa por la que los pacientes no acceden a éste tratamiento es porque llegan tardíamente al hospital. Estos retrasos están asociados principalmente con el no reconocimiento de los síntomas de alarma del ictus isquémico y la activación de los sistemas médicos de emergencia (16). Por ello, es imprescindible que la población sepa reconocer los síntomas de alarma, la gravedad del evento, la existencia del tratamiento fibrinolítico y la actitud que debe tomar frente a ello; pero resulta sorprendente saber que a pesar de su prevalencia y gravedad existe un desconocimiento de estos aspectos por parte de la población general (17) y por los pacientes que han sufrido de ictus isquémico; siendo este conocimiento incluso inferior al que tienen con respecto a otras enfermedades como el infarto de miocardio, el cáncer o el SIDA (18).

Muchos estudios que documentan este desconocimiento, refieren que 10% de la población desconoce totalmente la enfermedad y solo 4 de cada 10 personas poseen un adecuado conocimiento de los síntomas de alarma y de los factores predisponentes al ictus isquémico (19).

En el 2016, Sujata D, et al. realizaron una encuesta casa por casa en tres fases a 282 participantes en la India. Junto a un neurólogo y a un neuropsicólogo, los investigadores determinaron qué familias habían sido afectadas por la enfermedad cerebrovascular. Del estudio concluyeron que el conocimiento sobre la enfermedad cerebrovascular prevaleció en el 97% de los participantes y fue significativamente mayor en el grupo de las familias afectadas por ictus. Además, tanto los grupos de las familias afectadas con el ictus isquémico como las familias que no padecieron de la enfermedad cerebrovascular tenían mejor conocimiento de los síntomas de alarma como la pérdida de la conciencia y parálisis, admitiendo que ésta enfermedad era una situación de emergencia que requería hospitalización y que era potencialmente prevenible (20).

En el 2016, Hawkes M, et al. realizaron una revisión de la literatura sobre el conocimiento de la enfermedad cerebrovascular entre las poblaciones de habla hispana en donde se seleccionaron 18 estudios. De este estudio obtuvieron que existe limitado conocimiento de la enfermedad cerebrovascular en los pobladores del habla hispana especialmente en América Latina. Además, concluyeron que existe poca información de la enfermedad cerebrovascular incluso entre los sujetos de riesgo, los pacientes con ictus isquémico previo y los profesionales de la salud. La palabra "ictus", no fue reconocida por la población en riesgo. Obtuvieron también que el acceso a la atención médica y la disponibilidad de neurólogos son subóptimos en muchas regiones (21).

En el 2014, Jiménez M, et al. realizaron un estudio descriptivo, transversal con 112 participantes en el Complejo Hospitalario de Cáceres, España. La captación de participantes se realizó en el día internacional del ictus, en donde mediante un formulario personalizado con preguntas cerradas se preguntaba sobre los conocimientos del término ictus, sobre los síntomas de alarma, los factores de

riesgo y la actitud frente a los síntomas. Encontraron que el 45% no había escuchado nunca el término ictus, y solo lo definió acertadamente el 7.3%. El 8.4% consideró el ictus como una enfermedad grave o muy grave, cuya necesidad de tratamiento era urgente. Con respecto al conocimiento de los síntomas el 50.9% poseía un buen conocimiento, mientras que el 66.1% conocían sobre los factores predisponentes (18).

En el 2014, Nakibuuka J, et al. diseñaron un estudio de tipo descriptivo transversal en la población rural y urbana de Uganda, realizado mediante una encuesta en dónde se evaluaba sobre el nivel de conocimiento y la percepción de la enfermedad cerebrovascular, contaron con 1616 participantes de los que 71.8% eran urbanos, 68.4% eran mujeres con edad promedio de 39 años. Obtuvieron que casi 3/4 no conocían ningún factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular y señales de advertencia o reconocían al cerebro como el órgano afectado. El 85.2% prefería ir al hospital ante un evento de ésta índole mientras menos del 1% prefería acudir a los curanderos. En la regresión logística multivariable, el buen conocimiento de los signos de alarma y los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular se asoció con el nivel de educación terciaria (22).

En el 2010, Jones A, et al. realizaron una revisión de estudios publicados sobre el conocimiento de la ECV, sus factores de riesgo, signos y síntomas, acción e información mediante la búsqueda de bases de datos bibliográficos del 1966 al 2008 en el Reino Unido. Se incluyeron 169 estudios de los cuales 39 fueron incluidos en la revisión. El conocimiento de un factor de riesgo para el ictus varía entre los estudios, que van del 18% al 94% cuando se le hacen preguntas abiertas y del 42% al 97% cuando se le hacen preguntas cerradas. La posibilidad de nombrar un síntoma varió de 25% a 72% cuando se le hicieron preguntas abiertas y de 95% a 100% cuando se le hicieron preguntas cerradas. Cuando se preguntó qué acción tomarían las personas si pensaban que estaban teniendo una enfermedad cerebrovascular, entre el 53% y el 98% respondieron que llamarían a una central de emergencias. Los miembros más antiguos de la población, los grupos de minorías étnicas y los que tenían niveles más bajos de

educación tenían niveles sistemáticamente bajos de conocimiento sobre la enfermedad cerebrovascular (23).

En el 2009, Oró M, et al. evaluaron el conocimiento de la Enfermedad Cerebrovascular Aguda a través de encuestas a 153 personas; en donde consideraron un buen conocimiento de los factores de riesgo asociados a la enfermedad si reconocían más de tres factores de riesgo y se confundían con menos de dos factores distractores. De igual modo, el conocimiento de más de tres síntomas característicos de la Enfermedad Cerebrovascular aguda con un máximo de error se aceptó como un conocimiento óptimo. Se observó en los resultados que un 6.5% no conoce la enfermedad, el término ictus solo fue reconocido por un 26.7% y el término “embolia” fue por un 86.9%. Se considera que existe un buen conocimiento de los factores de riesgo en solo 25 personas que equivalen a 16.3% encuestados. El síntoma más reconocido fue la alteración del habla con un 70.6%. De los encuestados el 68%, en caso de un ictus, avisaría primero al médico de cabecera, si reconocen un accidente isquémico transitorio el 84.5% acudiría primero al médico de cabecera de ellos, el 27% no iría de forma urgente. Además, encontraron en los resultados que los encuestados con estudios universitarios son los que mejor conocen los síntomas, y los que mejor actúan frente a un ictus mientras que los mayores de 65 años son los que peor conocimiento tienen de la enfermedad (24).

En el 2009, Pérez-Lázaro C, et al. diseñaron un estudio prospectivo mediante entrevista a 386 personas, el cual fue realizado a pacientes que acudieron a consultorio de neurología y a sus familiares del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España sobre el conocimiento de la población acerca del ictus y de los factores de riesgo vascular, así como de la actitud ante este. Para su estudio, debido a que la variable principal fue el grado de conocimiento de la patología isquémica cerebral, se crearon nuevas variables para evaluar el buen conocimiento de la enfermedad y de los factores de riesgo vascular y una adecuada actitud ante los síntomas provocados por el ictus, que englobaban las respuestas correctas a las preguntas relacionadas o que abordan dichos aspectos. Estas variables fueron:

Mejor conocimiento común: Indica el conocimiento de los sujetos a la hora de identificar espontáneamente los síntomas y los factores de riesgo.

Actuaciones espontáneas: Da una idea del grado de conocimiento de los individuos sobre la actitud que hay que tomar ante los síntomas de un ictus.

En los resultados observaron que el 45% no reconoce ningún síntoma del Ictus isquémico o respondieron incorrectamente. La pérdida de fuerza en un hemicuerpo fue el síntoma más reconocido con un 86%. El 32% de los entrevistados no tomaría una correcta actitud frente a los síntomas del ictus y, si la patología fuera un ataque isquémico transitorio, un 25% no lo consideraría algo urgente. El 51% no conocen ningún factor predisponente. De los que responden acertadamente, el más mencionado fue la hipertensión arterial (25).

Para poder alcanzar todo el potencial de los tratamientos del ictus isquémico, es decir, el tratamiento trombolítico, la trombectomía y los cuidados realizados en la unidad de ictus, es imprescindible mejorar el conocimiento de la población general, tanto de los factores de riesgo, síntomas del ictus y de la respuesta ante los mismos a través de campañas organizadas y coordinadas por los centros de referencia del ictus, cuyo objetivo es educar y cambiar la actitud ante el ictus y concientizar a la población general y a los sistemas de salud que deben considerarla como una emergencia médica y darle un enfoque similar al infarto de miocardio desde el inicio de los síntomas (12). La forma más eficaz de disminuir la carga del ictus es mediante la prevención primaria y secundaria, incluyendo acciones dirigidas a la comunidad sobre educación en factores de riesgo y la búsqueda oportuna de atención médica en caso de ictus isquémico (26).

Con los argumentos descritos, nuestro estudio está enfocado en dar a conocer el nivel de conocimiento que tienen los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas acerca del ictus y la actitud frente a esta enfermedad, dado que esta información será vital para que las autoridades actuales de salud inicien programas de educación adaptados a la población en general y al ser considerada esta enfermedad como un problema de la salud pública, se pueda crear un Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad Cerebrovascular.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipos y diseño

Observacional-descriptivo, transversal.

2.2 Diseño muestral

Población universo

La población en general

Población de estudio

Pacientes que acudieron a consultorios externos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas durante el mes de setiembre del año 2018.

Tamaño de la población de estudio

Para el cálculo del tamaño muestral, se usó la fórmula para estimar proporciones en poblaciones finitas. Teniendo una población de 6088 pacientes durante el mes de setiembre del 2018, fue necesario extraer una muestra aleatoria. Para tal fin, la muestra tuvo una confianza del 95%; de acuerdo a un estudio previo, se encontró una prevalencia de 21.27% y se asumió un error del 5%. El tamaño de muestra es de 265 pacientes.

Muestreo

El tipo de muestreo realizado fue de tipo no probabilístico.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Paciente atendido en consultorio externo del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
- Edad mayor o igual a 18 años.
- Esté dispuesto a participar del estudio.

Criterios de exclusión

- Paciente con antecedente de deterioro cognitivo o con demencia.
- Paciente con dificultad en la comprensión y en el desarrollo de la encuesta.
- Paciente con idioma diferente al español.
- Paciente que no sepa leer ni escribir.
- Paciente que sea atendido más de una vez en el mes de estudio.

2.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Técnicas de recolección de datos

Se seleccionaron al azar mediante un muestreo sistemático con arranque aleatorio. Se realizó una encuesta a los pacientes que acudieron a consultorio externo durante el mes de setiembre del 2018 en el INCN, se aplicó un cuestionario elaborado en base a artículos indexados e instrumentos anteriores con un lenguaje sencillo y fácil de comprender compuesto con preguntas cerradas, en el que se pudieron aclarar términos o situaciones sin sugerir ningún tipo de respuesta. La encuesta se perfeccionó en base a una prueba piloto que fue realizada a 47 personas cuyo alfa de Cronbach fue de 0.6.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos se basó en la encuesta de diferentes estudios, de los cuales se adaptaron a nuestro medio a través de una encuesta piloto, los estudios fueron los siguientes:

“Conocimiento, actitud y práctica en relación con la enfermedad cerebrovascular: un estudio comunitario de Kolkata, Bengala Occidental” (13).

“Estudio sobre el conocimiento de la población acerca del ictus y de los factores de riesgo vascular” (18).

“Grado de Conocimiento del ictus isquémico entre la población de área rural en la provincia de Lleida” (17).

La encuesta consistió en preguntas acerca de datos sociodemográficos como edad, sexo, lugar de procedencia, nivel de estudios, ocupación y motivo de consulta al INCN. También se consideró importante preguntar si los pacientes habían sufrido ictus (preguntado como “infarto cerebral”) en algún momento de su vida y si tuvieron algún familiar o algún conocido que lo haya padecido. Se realizaron 12 preguntas en total, 7 preguntas fueron de conocimientos mientras que 5 preguntas fueron de actitudes. Dentro de las preguntas de conocimiento se incluyó el conocimiento de los síntomas de alarma, percepción de la gravedad del ictus isquémico, factores de riesgo y consecuencias del ictus isquémico. De las preguntas de actitudes las más importantes fueron sobre la actitud frente al ictus isquémico y frente al accidente isquémico transitorio. Debido a que habían preguntas con respuesta múltiple se calificó la encuesta por pregunta. Habiendo obtenido el puntaje promedio general de la encuesta (6.61 ± 3.13) se clasificó el puntaje en tres niveles según la escala de stanones en puntaje bajo (0 – 3 puntos), medio (4 a 9 puntos) y alto (10 a más puntos).

Las encuestas fueron realizadas por estudiantes de los primeros años de la Facultad Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres debidamente entrenados por la investigadora, diligenciadas en el horario diurno y tarde, generalmente de lunes a viernes y con previa aceptación una vez explicados los objetivos del estudio.

2.4 Procesamiento y análisis de datos

Concluido el trabajo de campo, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables de estudio. Las variables categóricas fueron mostradas mediante frecuencias absolutas y relativas; y las cuantitativas continuas mediante medidas de tendencia central y de dispersión. La asociación entre variables categóricas actitud (conducta adecuada o conducta inadecuada) Vs. conocimiento (óptimo y mínimo) serán evaluadas mediante la prueba Chi cuadrado.

El presente trabajo de investigación utilizó para su análisis de los datos el programa SPSS versión 25, los cálculos fueron realizados con un nivel de

confianza del 95% y con la presentación de los resultados según normas Vancouver.

2.5 Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo tomando en cuenta y respetando los principios éticos de la profesión médica basados en la última versión de la Declaración de Helsinki aprobada en la asamblea número 64 de la Asociación Médica Mundial en octubre del año 2013.

Se mantuvo total confidencialidad de los datos obtenidos y se resguardó la intimidad al no tener en cuenta los nombres completos, documento de identidad en el proceso de recolección de datos, así como el mantenimiento permanente de los principios éticos en la investigación como la constitución política, Ley 1090/2006.

La participación en este estudio fue voluntaria y anónima; los resultados fueron codificados y usados solo para los fines de este estudio.

El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación y refrendado por la Dirección de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres, a la vez el proyecto fue aceptado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

III. RESULTADOS

El estudio fue finalizado recolectando las encuestas de un total de 265 pacientes que acudieron a consultorios externos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, durante el mes de setiembre del 2018.

Tabla 1. Características de la edad de los pacientes que acudieron a consultorios externos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018

Descriptivos	Estadísticos
Media	44.12
95% IC Límite Inferior	42.21
95% IC Límite Superior	46.04
Media recortada al 5%	43.77
Mediana	43.00
Varianza	211.94
Desviación estándar	14.56
Mínimo	18.00
Máximo	85.00
Rango	68.00
Rango intercuartil	23.00
Asimetría	0.32
Curtosis	-0.58

Como lo muestra la tabla 1, en cuanto a las características de la edad se encontró pacientes con un mínimo de 18 años de edad y un máximo 85 años de edad.

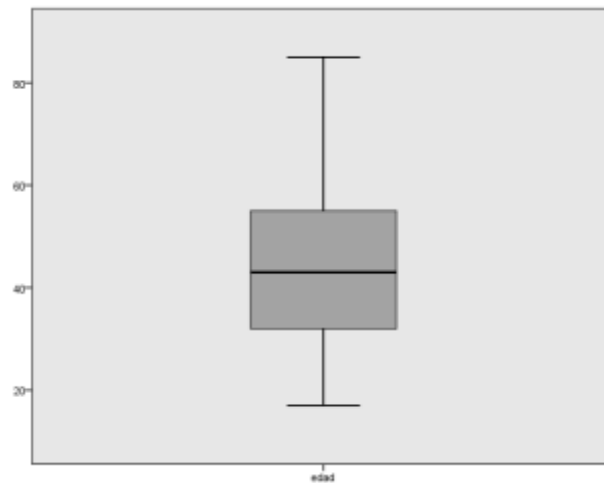
Tabla 2. Prueba de normalidad para la variable edad

Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
0.074	225.00	0.004	0.98	225	0.00

Corrección de significación de Lilliefors

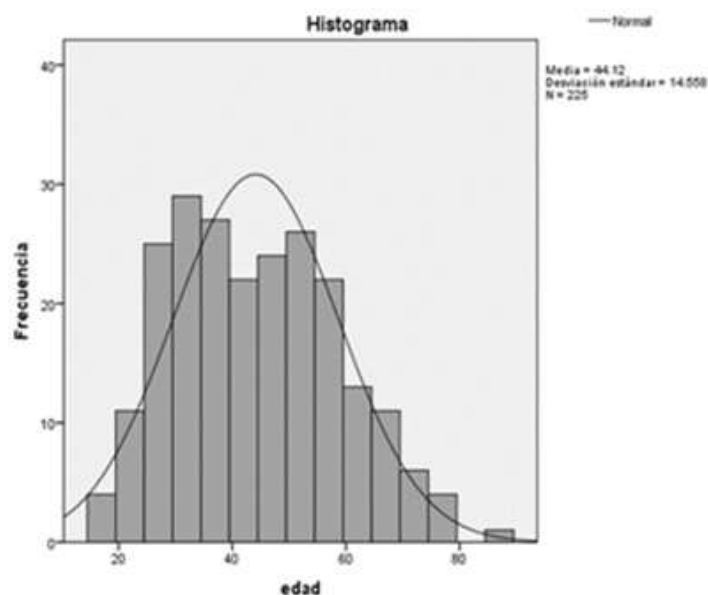
En la tabla 2, se observa la media encontrada fue de 44.12 \pm 14.56 años. La variable edad no mostró distribución normal mediante la prueba Kolmogorov Smirnov ($p=0.004$).

Gráfico N° 1. Diagrama de cajas de la variable edad



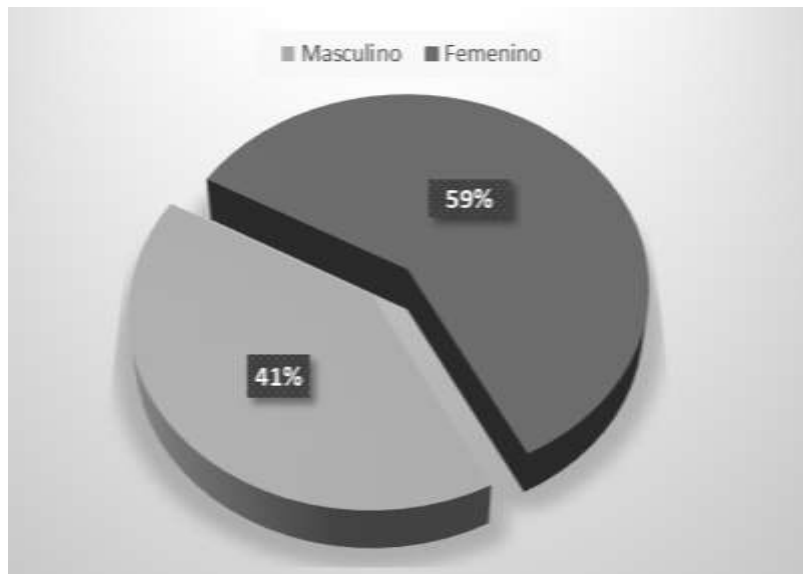
En el gráfico 1, se observa la variable edad presentó una distribución desigual en las divisiones del diagrama de cajas.

Gráfico 2. Histograma de la variable edad



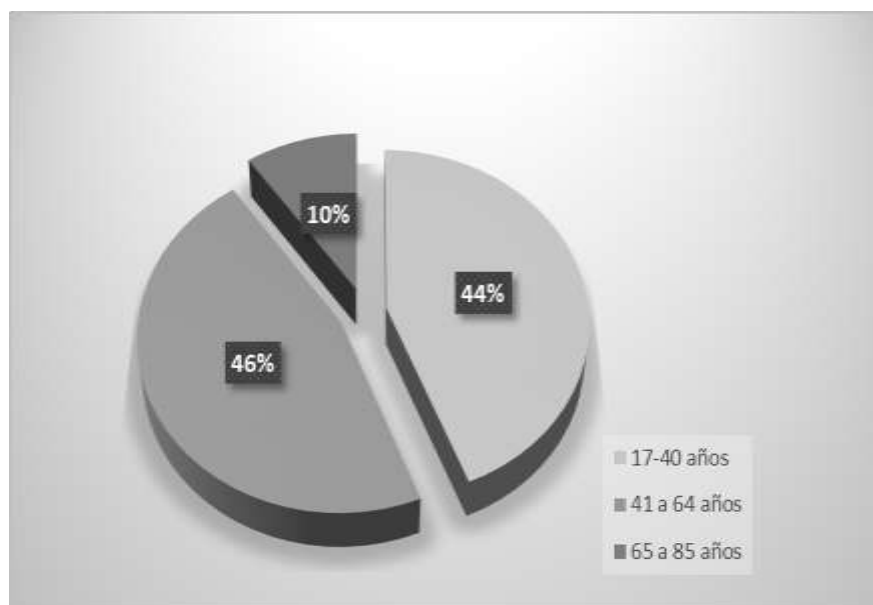
En el gráfico 2, se muestra el histograma el cual presentó desigualdades de participación de las personas, siendo la mayor frecuencia obtenida entre los 25 a 40 años de edad.

Gráfico 3. Sexo de los pacientes que acudieron a consultorio externo del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018



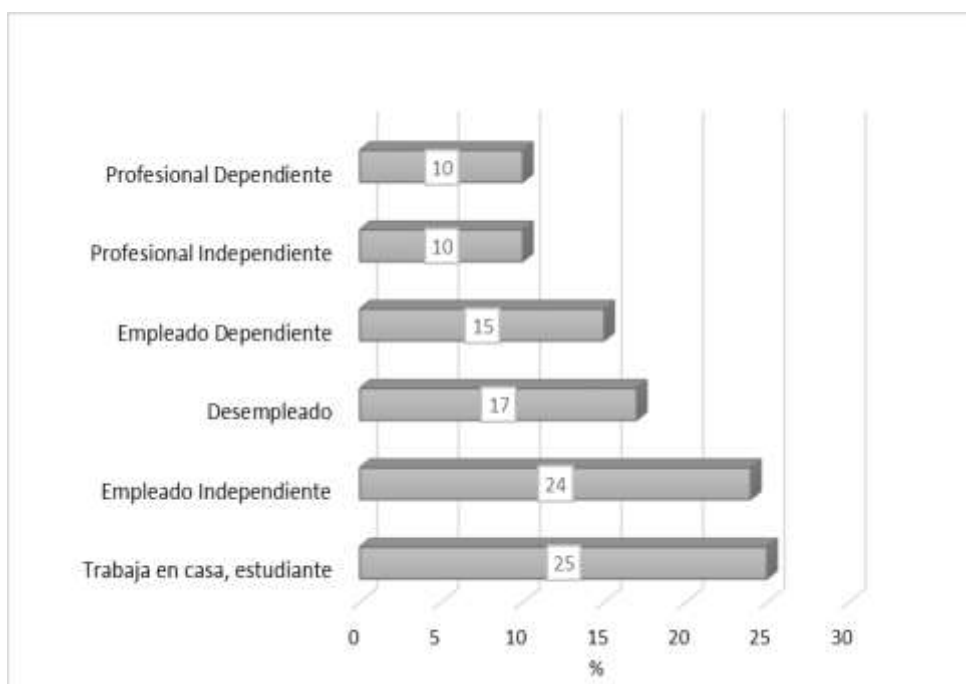
En el gráfico 3, se observa que de los encuestados el 59% (n=128) eran mujeres y el 41% (n=88) eran hombres; se desconoce el sexo de alrededor del 19% de los participantes al no marcar en la ficha.

Gráfico 4. Rangos de edad de los pacientes que acudieron a consultorio externo del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018



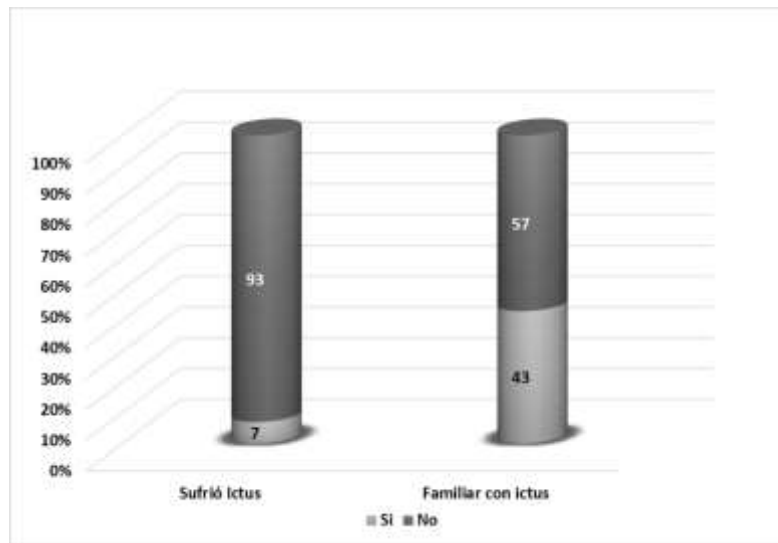
En el gráfico 4, se muestra los rangos de edad muestran que la mayor cantidad de pacientes (46%) se encuentran en el rango de 41 a 64 años de edad (n=104), seguido de 44% de pacientes (n=99) tienen un rango de edad de 17 a 40 años de edad. En un menor porcentaje se encuentra el rango de edad de 65 a 85 años de edad (10%), con 22 pacientes que participaron de nuestro estudio.

Gráfico 5. Situación sociolaboral de los pacientes que acudieron a consultorio externo del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018



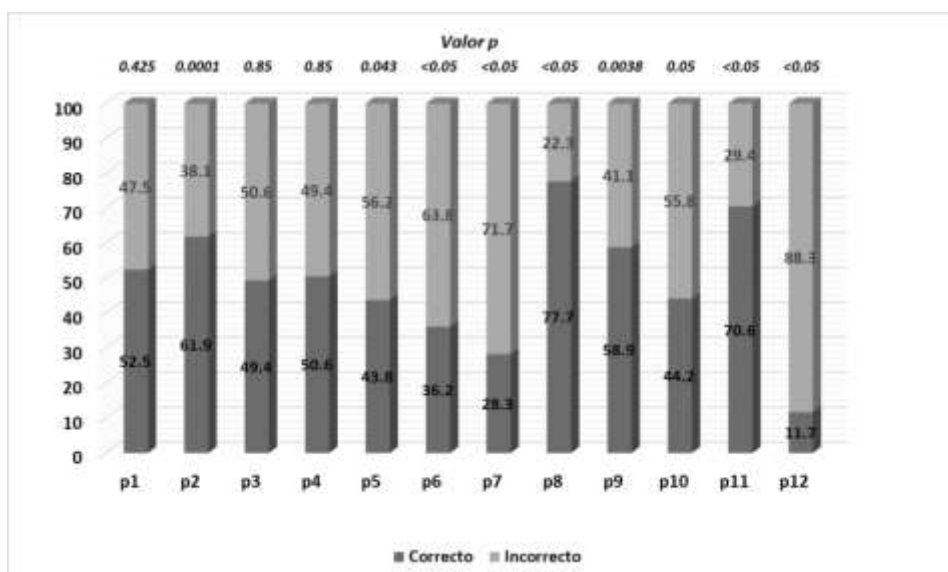
En el gráfico 5, en cuanto a la situación sociolaboral de los pacientes encuestados, el 17% (n=17) se encontraban desempleados, el 10%(n=10) eran entre profesionales independientes y dependientes mientras que el 25% (n=25) trabajaban en casa o eran estudiantes.

Gráfico 6. Antecedentes clínicos de los pacientes que acudieron a consultorios externos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018



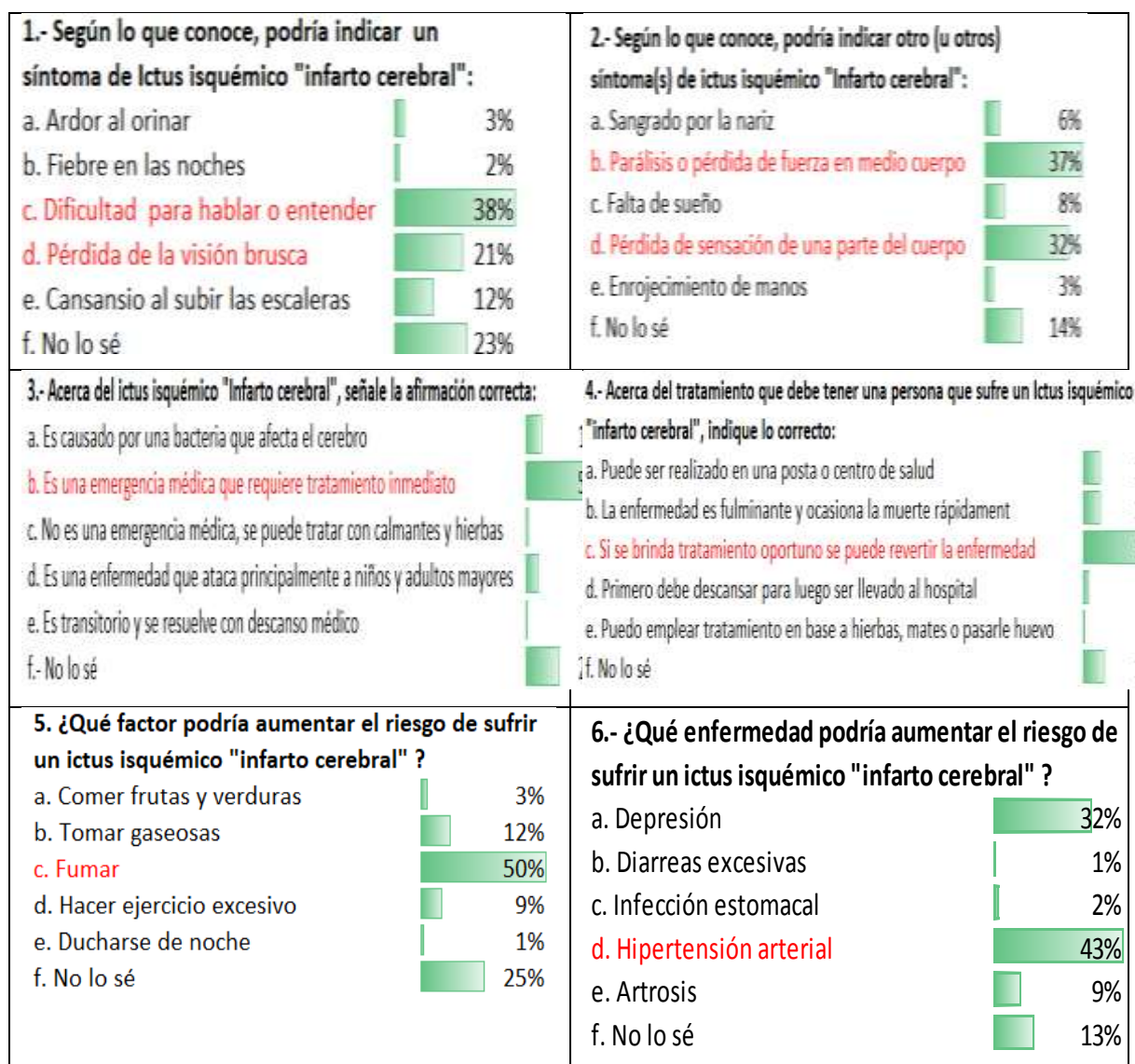
Como lo muestra el gráfico 6, en referencia a el total de los pacientes encuestados que fueron atendidos en los consultorios externos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018, el 7% (n=19) sufrieron en algún momento de su vida de ictus mientras que el 93% (n=236) respondieron no haber sufrido de ictus. De los encuestados, los que tuvieron algún familiar o conocido que haya sufrido de ictus fueron 43% (n=106) y los que no tuvieron ningún familiar o conocido que haya padecido ictus fueron 57 % (n=143).

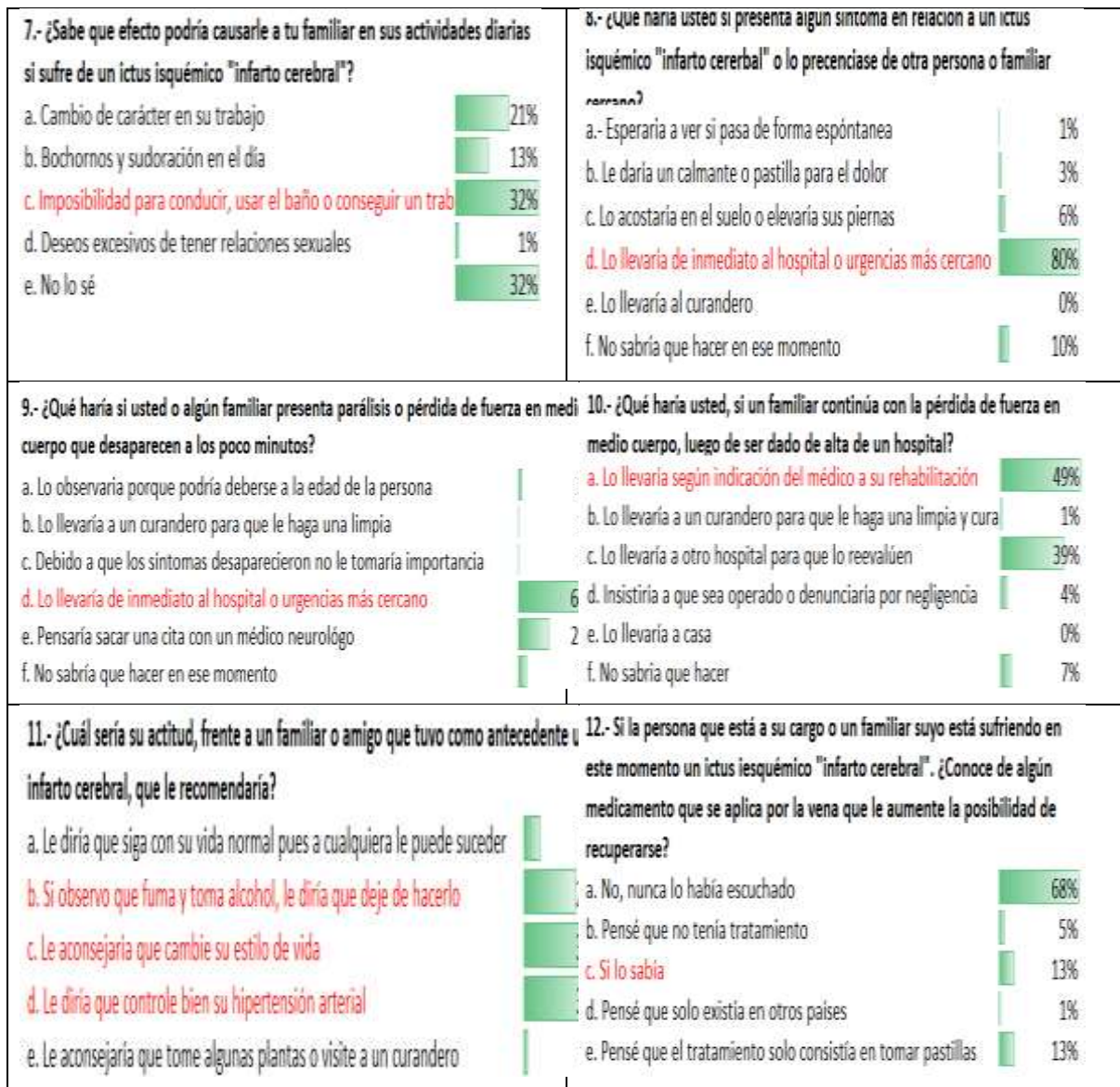
Gráfico 7. Respuestas al cuestionario en pacientes que acudieron a consultorios externos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018



El gráfico 7 muestra las respuestas al cuestionario clasificados como correcto/incorrecto. Los ítems p1, p3 y p4 no presentaron diferencias significativas entre sus respuestas (correcto/incorrecto). El 62% marcaron correctamente la pregunta n°2 (p2), con un p obtenido de 0.0001; a diferencia de la pregunta n° 5 (p5), donde el 56% marcaron incorrectamente, p obtenido de 0.043. Los ítems p6 y p7, el 64% y el 72% marcaron incorrectamente, con p menor a 0.05 en ambos. Los ítems p8, p9 y p11, en su mayoría marcaron correctamente, con un p menor a 0.05. Finalmente, los ítems p10 y p12, en su mayoría marcaron incorrectamente, p obtenido en ambos menor a 0.05.

Gráfico 8. Respuestas al cuestionario en pacientes que acudieron a consultorios externos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018





Así como lo muestra el gráfico 8, en cuanto a las respuestas obtenidas por el cuestionario suministrado a los participantes, se obtuvo que en cuanto al reconocimiento de los síntomas de alarma del ictus isquémico, el síntoma de alarma más citado fue la dificultad para hablar o para entender palabras con un 38% (133 respuestas), seguido de la parálisis o pérdida de fuerza en medio cuerpo con un 37% (141 respuestas) y la pérdida de sensación de una parte del cuerpo con un 32% (131 respuestas) mientras que solo un 21% (75 respuestas) reconoce a la pérdida de la visión brusca como síntoma de alarma. Además, cabe resaltar que alrededor del 19% no era capaz de identificar ningún síntoma de alarma.

Cuando se les pregunta a los encuestados sobre percepción de la gravedad del ictus isquémico el 54% (150 respuestas) respondió que el ictus isquémico “*es una emergencia que requiere tratamiento de inmediato*”, mientras que el 23% de las respuestas (64 respuestas) marcó que no sabía respecto a esta enfermedad.

De los pacientes encuestados acerca del tratamiento del ictus isquémico el 55% (151 respuestas) piensa que “*si se brinda tratamiento oportuno se puede revertir la enfermedad*”; mientras, que el 12% (34 respuestas) piensa erróneamente que este tratamiento se puede recibir en una posta o centro de salud. Además, solo el 13% (31 respuestas) conocía de la existencia de un medicamento trombolítico para su uso en emergencias, mientras que el 68% (165 respuestas) desconocía de la existencia de dicho medicamento.

Los principales factores de riesgo reconocidos por los pacientes fueron el hábito de fumar en el 50% (150 respuestas) y la hipertensión arterial identificada en el 43% (138 respuestas). El 32% (104 respuestas) consideran a la depresión como un factor de riesgo del ictus isquémico.

En relación a la pregunta sobre la consecuencia de sufrir un evento cerebrovascular como el ictus isquémico, solo un 32% (91 respuestas) considera que ésta enfermedad puede repercutir en sus actividades diarias que puede imposibilidad de conducir, conseguir un trabajo o incluso poder ir al baño por sí solo.

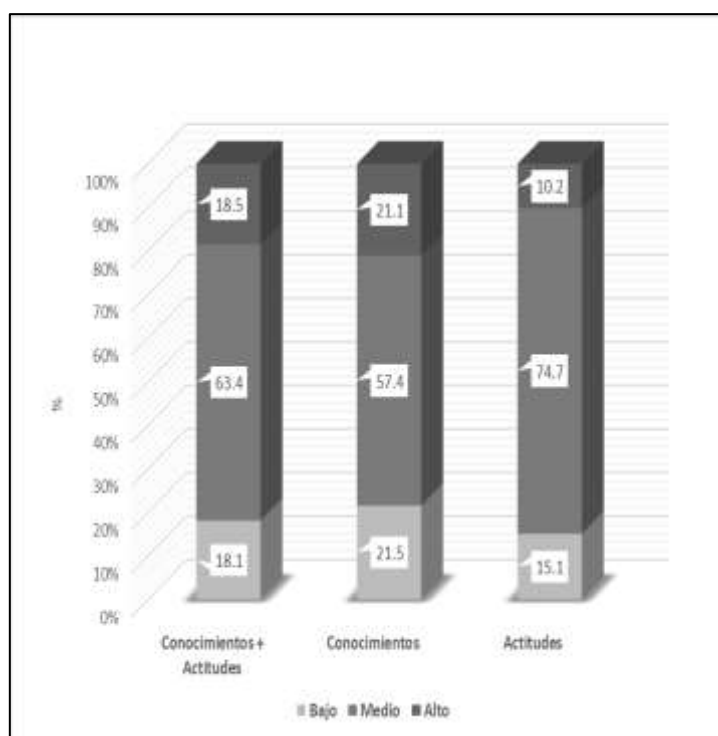
En cuanto a la pregunta número 8 de la encuesta, en la que se pregunta sobre la actitud que se debe seguir en caso de sufrir un ictus o presenciarlo en algún familiar o conocido, el 80% (221 respuestas) lo llevaría de inmediato al hospital o urgencias más cercano, mientras que un 10% (28 respuestas) no sabría qué hacer en ese momento. El 64% (182 respuestas) lo llevaría inmediatamente al hospital o urgencias más cercano en el caso de un accidente isquémico transitorio.

Tabla 3. Estadísticos del puntaje total del cuestionario

Estadísticos Descriptivos	Puntaje Total	Conocimientos	Actitudes
Media	6.61	3.62	2.98
95% IC Inferior	6.23	3.34	2.82
95% IC superior	6.99	3.90	3.14
Media recortada al 5%	6.61	3.58	2.98
Mediana	7.00	4	3
Varianza	9.81	5.3	1.8
Desviación estándar	3.13	2.3	1.34
Mínimo	0.00	0	0
Máximo	14.00	9	7
Rango	14.00	9	7
Rango intercuartil	5.00	3	2
Asimetría	-0.03	0.1	-0.07
Curtosis	-0.66	-0.8	0.07

En la tabla 3, se observa que el promedio alcanzado del puntaje total del cuestionario fue de 6,61 +/- 3.13. La nota mínima fue 0, mientras que la nota máxima fue 14.

Gráfico 9. Nivel de conocimiento y actitud acerca del ictus isquémico de los pacientes que acudieron a consultorios externos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas



Como se muestra en el gráfico 9 en los resultados obtenidos, un 21.5% (n=57) tuvo un nivel bajo de conocimiento acerca del ictus isquémico, 57.4%(n=152) tuvo un nivel medio de conocimiento, mientras que un 21.1% (n=56) obtuvo un nivel de conocimiento alto. En cuanto a la actitud, un 15.1%(n=40) tomaría actitudes inadecuadas, 74.7%(n=198) tomaría actitudes con nivel medio, mientras que solo el 10.20%(n=27) actuaría correctamente.

Tabla 4. Conocimientos y actitudes del ictus según antecedentes de ictus familiar o en el mismo paciente del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Variables		Media ± DE	p*
Familiar con Ictus	Si (n=106)	7.48 ± 3.1	0.001
	No (n=143)	6.07 ± 3.03	
Sufrió Ictus	Si (n=19)	6.16 ± 2.5	0.469
	No (n=236)	6.65 ± 3.21	

* Prueba de Mann Whitney

En la tabla 4, mediante la prueba estadística de Mann Whitney, la cual nos permite apreciar las diferencias de las medias de los puntajes en grupos diferentes, se encontró diferencias significativas en los puntajes de la encuesta que tuvieron algún familiar con ictus (p=0.001), mientras, no resultó significativo para pacientes que hayan tenido ictus (p=0.469).

Tabla 5. Pacientes encuestados con familiares con ictus y su relación con los conocimientos y actitudes del ictus isquémico en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018.

Pregunta (respuesta):	Familiar con Ictus		OR	IC (95%)	p
	Si n (%)	No n (%)			
P1: Indique un síntoma de ictus isquémico (respuesta: <i>Dificultad para hablar y pérdida brusca de la visión</i>)	66 (49.6)	67 (50.4)	1.90	1.1 - 3.1	p=0.011
p3: Acerca del Ictus isquémico señale lo correcto (respuesta: <i>Es una emergencia médica que requiere tratamiento inmediato</i>)	66 (53.2)	58 (46.8)	2.40	1.44 - 4	p=0.001
p6: ¿Qué enfermedad podría aumentar el riesgo de sufrir un ictus isquémico? (respuesta: <i>Hipertensión arterial</i>).	46 (51.1)	44 (48.9)	1.70	1 - 2.9	p=0.028

En la tabla 5, se muestra que las respuestas de la preguntas 1, 3,6 fueron estadísticamente significativas con un $p=0.011$, $p=0.001$ y $p=0.028$ respectivamente. De la pregunta 1 se obtiene que existe una posible relación entre los pacientes encuestados que tienen familiares con ictus y su nivel de conocimientos de los síntomas del ictus isquémico con un $OR=1.90$, $IC=1.1-3.1$. De la pregunta 3 se obtiene que haber tenido algún familiar o conocido que haya sufrido ictus se relaciona con reconocer al ictus como una emergencia médica que requiere tratamiento inmediato, tuvo un $OR=2.40$, $IC=1.44-4$. De la pregunta 6 se obtiene que existe relación estadística en haber tenido familiar con ictus con reconocer los factores de riesgo vasculares como la hipertensión arterial $OR=1.70$ $IC=1-2.9$.

Tabla 6. Análisis bivariado de la asociación entre conocimientos y actitudes de los pacientes que acudieron por consulta externa del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Variable	Actitudes		OR	IC (95%)	P
	Adecuadas n (%)	No adecuadas n (%)			
Conocimientos (Altos)	13(64.8)	43(18.1)	4.20	1.8 - 9.6	p=0.001
Conocimientos (Altos) - Masculino	5(71.4)	14(17.3)	11.90	2.01 - 68	p=0.005
Conocimientos (Altos) - Femenino	8(47.1)	22(19.8)	3.60	1.2 - 10.3	p=0.019
Conocimientos (Altos) - Familiar con Ictus (si)	10(55.6)	19(21.6)	4.50	1.6-13	p=0.005
Conocimientos (Altos) - Familiar con Ictus (no)	3(33.3)	20(14.9)	2.80	0.7-12.3	p=0.159
Conocimientos(Altos)- Nivel Superior de Estudios	8(53.3)	21(25.6)	3.32	1.1-10.2	p=0.036
Conocimientos(Altos)-Nivel Primaria-Secundaria	1(14.3)	13(14.3)	1.00	0.1-8.9	p=0.739

Para conocer la posible relación entre el conocimiento del ictus isquémico y las actitudes que toman los pacientes, se establecieron relaciones bivariadas con la prueba de Chi cuadrado, en la tabla 6 se muestra que se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0.001$). Además, que tanto el sexo masculino y femenino fueron estadísticamente significativos ($p=0.005$) y ($p=0.019$) respectivamente. Teniendo el sexo masculino un $OR=11.90$, $IC=2.01-68$; mientras que el sexo femenino un $OR=3.60$ con $IC=1.2-10.3$. También se encontró que los pacientes con familiares con ictus fueron estadísticamente significativos mientras que los pacientes que tuvieron ictus en algún momento de su vida, no. El nivel de conocimientos también fue asociado a las actitudes en el caso del nivel de instrucción superior con un $OR=3.32$, $IC: 1.1-10.2$, $p=0.036$.

IV. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se valora el nivel de conocimiento que tienen los pacientes en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) acerca del ictus isquémico y la actitud frente a esta enfermedad. El INCN es considerado un centro de referencia a nivel nacional debido a que abarca una gran cantidad de pacientes de todos los sectores de nuestro país, por lo que nos interesaba indagar el conocimiento del ictus isquémico y la actitud frente a ello.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación pone en evidencia el deficiente desconocimiento que tiene la población acerca de los síntomas de alarma y de las actitudes que se deben tomar frente a un ictus isquémico, ya que, se obtuvo que de los encuestados el 30-40% no conocía ningún síntoma y el 60-70% de los pacientes reconoció solo un síntoma de alarma en relación al ictus isquémico. Estos resultados descritos son alarmantes debido a que las personas encuestadas asisten a un instituto de salud y que por ende deberían estar más involucrados con las enfermedades pero sin embargo sus conocimientos y actitudes no son óptimos. Esto se puede deber a que los centros de salud no están cumpliendo su función dado que se está dejando de lado la parte preventiva; ya que mientras los pacientes esperan ser atendidos largas horas para sus consultas deberían ser abordados por el personal de salud con charlas informativas, o incluso se deberían instalar programas audiovisuales con material preventivo de las enfermedades en las salas de espera donde al salir de consulta puedan salir aprendiendo más de su salud. Sería conveniente también en un futuro ampliar este estudio a la población en general como lo hicieron otras investigadoras como Jiménez (18) y Pérez-Lázaro (25), quizás las cifras serían mucho más preocupantes.

En cuanto al síntoma de alarma más reconocido en nuestro estudio fue la dificultad para hablar o entender palabras seguido de la parálisis o pérdida de fuerza en medio cuerpo. Estos síntomas más reconocidos en nuestro estudio quizás pueda deberse a que son los más difundidos y a la vez los más

incapacitantes. Por ejemplo en nuestro medio lo más citado por las personas son la “parálisis” quizás por ello que también se refieren o identifican a la enfermedad de forma incorrecta como “parálisis cerebral”. En el estudio realizado por Díaz en Colombia, mediante entrevista domiciliaria a personas cuyas edades se encontraban entre 17 y 89 años, los síntomas más reconocidos al igual que en nuestro estudio fueron la hemiparesia y las alteraciones en el habla, además se registró incluso un mayor desconocimiento, debido a que un 70.7% no conocía ningún síntoma de alarma, ésta marcada diferencia podrá ser como se mencionó en líneas anteriores por la elección del lugar de estudio (26).

La pérdida de la visión brusca fue el síntoma menos reconocido con solo un 21%, muy por debajo de la dificultad para hablar o entender (38%). Lo mencionado quizás se deba a que la pérdida de visión brusca es uno de los síntomas más infrecuentes en la enfermedad cerebrovascular pero que no deja de ser importante por lo cual es necesario brindar educación para reconocer estos síntomas por parte de la población por ello será de gran importancia que en las campañas informativas hospitalarias posteriores o en la comunidad se difunda más acerca de las alteraciones visuales debido a que estas también son consideradas síntomas de alarma que nos pueden hacer sospechar un ictus.

Una de la principales causas de las llegadas tardías al hospital para recibir tratamiento oportuno contra el ictus, es la falta de percepción de gravedad de esta enfermedad (15), en nuestro estudio se encontró que un poco más de la mitad de los pacientes encuestados (54%) identifica que el ictus isquémico es una emergencia médica que requiere tratamiento de inmediato, mientras que el 55% piensa que si se brinda tratamiento oportuno se puede revertir la enfermedad; sin embargo cuando se les pregunta sobre las consecuencias de sufrir un ictus isquémico, alrededor del 32% no sabe que el evento puede repercutir en sus actividades diarias, lo que se deduce, que los pacientes a pesar que reconocen que es una emergencia y necesita atención oportuna, no poseen una adecuada percepción de las consecuencias graves que puede desencadenar el ictus isquémico para la persona que lo padece. Para poder indagar más sobre la percepción de gravedad del ictus isquémico hubiera sido interesante preguntar sobre qué enfermedad les parece más grave, el infarto de miocardio o el ictus, como en el estudio de Pérez-Lázaro donde un 61% lo considera igual de grave y

casi un 14% lo considera menos grave que el infarto de miocardio (25). Con esta pregunta en nuestro estudio quizás nos hubiera puesto en manifiesto que en realidad no conocen o no le dan la respectiva importancia en cuanto a la gravedad y las secuelas que esto acarrea a que un familiar o uno mismo pueda sufrir de ictus.

En lo referente al conocimiento de los factores de riesgo vascular, en nuestro estudio el 50% no pudo reconocer un factor de riesgo vascular mientras que el 25% marcaron “no lo sé”. Estos resultados son similares al estudio de Díaz donde el 54% no pudo reconocer un factor de riesgo para desencadenar un ictus (26). Esto se debe a que las personas poseen un conocimiento limitado acerca de la enfermedad en comparación con el infarto de miocardio y del VIH/SIDA por ejemplo.

El principal factor de riesgo reconocido por los pacientes encuestados fue el hábito de fumar. Lo mencionado discrepa con la mayoría de trabajos, como el estudio de Pancioli et al. (26) donde la hipertensión arterial es el factor de riesgo más citado (49%). Otro hallazgo similar a la investigación de Pancioli, fue el de Pérez-Lázaro et al. en el 2009, en un estudio realizado en 386 pacientes y familiares de un hospital, donde se usaron preguntas abiertas para indagar acerca de enfermedades que predispongan el ictus; se encontró que el 40% reconoce a la hipertensión arterial como riesgo para sufrir un ictus isquémico, lo que indica, que los pacientes pueden acordarse y detallar la enfermedad a la que hacen referencia (25). Quizás en nuestro estudio no reconocen con más frecuencia la hipertensión arterial porque relacionan a esta patología más con el infarto de miocardio y dejan de lado a la enfermedad cerebrovascular.

Por otro lado, hay que precisar que, dentro de esta pregunta de nuestra encuesta, el 32% seleccionó erróneamente a la depresión como una enfermedad que puede desencadenar un ictus isquémico. Esto puede estar relacionado quizás, a que las personas que sufren depresión pueden estar en relación a presentar desvanecimiento o desmayos y confundir con un ictus isquémico, es necesario mayores estudios para esclarecer estos hallazgos.

Un factor limitante en nuestro cuestionario con respecto a los factores de riesgo vascular fue que solo se preguntaron por los factores de riesgo más frecuentes

como el hábito de fumar, la hipertensión arterial y la obesidad dejándose de lado a factores de riesgo importantes como enfermedades cardíacas, diabetes mellitus y la edad.

De los pacientes encuestados en nuestro estudio, solo 13% conocía de la existencia de un medicamento trombolítico para su uso en emergencias indicado en el ictus isquémico, mientras que el 68% desconocía de la existencia de dicho medicamento. En el estudio realizado por Díaz et al. se menciona que solo 1.4% conocía sobre la existencia de un medicamento trombolítico para su uso en emergencias, esta diferencia con nuestro estudio se puede deber a la forma en que se realizó la pregunta en nuestra encuesta debido a que fue muy sugestiva, en un próximo estudio se plantearía recurrir a preguntas con alternativas múltiples para lograr un resultado más objetivo (26).

Por otro lado, un buen conocimiento del ictus debe incluir no sólo el reconocimiento de los síntomas, sino también cuál es la actitud adecuada ante ellos, así que es importante saber si la gente identifica los síntomas como un motivo de alarma o urgencia. En este sentido, cuando se les pregunta sobre la conducta que adoptaría si un familiar presenta parálisis o pérdida de fuerza en medio cuerpo, en nuestro estudio, el 80% refiere que lo llevaría de inmediato al hospital de urgencias más cercano. Estos resultados son diferentes a lo encontrado en el estudio de Díaz, donde solo el 12% respondió que acudiría a urgencias. Esta diferencia en dicho estudio puede ser debido al uso de un vocablo (accidente cerebro vascular) no muy usado o entendido por la población. En nuestra investigación realizada, se decidió el uso de ictus isquémico, así como, un término muy común usado por los pacientes, como la parálisis o infarto cerebral, por lo que, podría haber aumentado las respuestas correctas en nuestro estudio (26).

Al preguntarles a nuestros pacientes encuestados sobre como actuaría si los síntomas solo durarán unos minutos y se resolvieran totalmente (accidente isquémico transitorio), 64% respondió que de igual forma lo llevaría de inmediato al hospital o urgencias más cercano y el 25% respondió que sacaría una cita con el neurólogo, mientras que en el estudio de Díaz solo el 50% acudiría por emergencias. Esto conlleva a analizar que en nuestra población no reconoce aun bien la presencia del ictus isquémico como una emergencia y tampoco consideran

que el tiempo es importante para un tratamiento oportuno. Se corrobora este hallazgo cuando en las emergencias o consultas externas llegan pacientes con hemiplejias consolidadas y establecidas, incluso con muchos meses de presentación (26).

En nuestro estudio el 7% sufrieron en algún momento de su vida de ictus mientras que el 93% respondieron no haber sufrido de ésta enfermedad. Además, los que tuvieron algún familiar o conocido que haya sufrido de ictus fueron 43% y los que no tuvieron ningún familiar o conocido que haya padecido ictus fueron 57 %. También se encontró que el haber tenido un familiar que haya presentado ictus isquémico, eleva los conocimientos y actitudes de los pacientes en nuestro cuestionario; a diferencia de, si el mismo paciente hubiera sufrido ictus. Por tanto, se deduce, que los familiares aumentan conocimientos y actitudes cuando cuidan o se encargan de un familiar con esta enfermedad. Es clave, por lo tanto, no solo enseñar al paciente acerca de los cuidados o prevención en futuros eventos cerebrales, sino también al familiar. Estos hallazgos difieren con el estudio realizado por Jiménez Gracia et al, en el cual señala que los sobrevivientes al ictus no poseen un gran conocimiento sobre la enfermedad(18).

Se encontró en nuestro trabajo de investigación una relación entre los conocimientos y actitudes, es decir, que los conocimientos adquiridos generan actitudes adecuadas en las personas, más aún si la persona ha tenido un familiar con ictus o si ha tenido un nivel de instrucción superior. Se ha encontrado que el sexo masculino tiende a tener bajos conocimientos en relación a sus actitudes, hasta casi 12 veces más que en las mujeres. Esto se corrobora con el estudio de Oro y colaboradores, en el año 2009, en una investigación donde participaron 153 sujetos, se encontró que las mujeres presentan mejores conocimientos acerca de la sintomatología del ictus, por lo que podría concluirse que los varones tienen a descuidar más su salud que ellas, por lo que es necesario establecer medidas para mejorar los conocimientos y actitudes hacia la enfermedad (24).

Una de nuestras limitaciones fue al elegir a nuestra población, dado que hubiera sido mucho más enriquecedor ampliar nuestro estudio a los familiares que acompañaban a los pacientes, ya que, al momento de realizar las encuestas algunos de éstos se encontraban aún con secuelas de la enfermedad cerebrovascular y los limitaba en responder las preguntas del cuestionario. Tener

en cuenta también que el elegir el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas y al ser un hospital de referencia a nivel nacional, encontramos personas que no sabían leer ni escribir y por ende no podían responder las encuestas por lo que no participaron de nuestro estudio, al preguntarles sobre ésta enfermedad ellos nos refirieron nunca haberla escuchado.

Un dato interesante que nos llamó la atención a todo nuestro equipo de investigadores fue que al revisar las encuestas hubo un paciente que escribió al lado de la pregunta número 8 , en el *qué haría si usted o un familiar presenta algún síntoma de infarto cerebral* este respondió mediante un dibujo “*que se pincharía los dedos para liberar la sangre atrapada*” Esta respuesta es interesante dado que nos lleva a reflexionar que para un próximo estudio el cuestionario podría contener algunas preguntas abiertas que nos permitan interactuar con los pacientes y no solo encasillarlos a resolver preguntas con claves.

Por último, cabe señalar que nuestro estudio no solo fue beneficioso para la aplicación en futuro en campañas, sino que en el momento de realizar las encuestas generó impacto debido a que luego de que las personas respondieran las encuestas se les brindó una breve charla y se les entregó folletos para que éstos puedan llevar la información a sus casas, además, se pudo intercambiar ideas donde se esclareció conceptos y se difundió información acerca de la prevención de ésta enfermedad.

CONCLUSIONES

Los conocimientos y las actitudes de los pacientes frente al ictus isquémico del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018 alcanzaron un nivel medio con un puntaje total de 6.61.

Los conocimientos de los pacientes frente al ictus isquémico en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018 alcanzaron un nivel medio con un 3.62 de puntaje.

Las actitudes de los pacientes frente al ictus isquémico en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018 alcanzaron un nivel medio con 2.98 de puntaje.

Se encontró relación estadística entre los conocimientos y las actitudes.

Se encontró relación estadística entre el sexo y las actitudes.

Se encontró relación estadística entre los conocimientos y las actitudes con el nivel de instrucción superior.

Se encontró relación entre los pacientes que tenían algún familiar o conocido con ictus con el nivel de conocimientos de los síntomas del ictus, con reconocer al ictus como una emergencia médica que requiere tratamiento inmediato y con los factores de riesgo vasculares como la hipertensión arterial.

RECOMENDACIONES

Se deberían realizar estudios más amplios que abarquen a toda la población en general con entrevistas más extensas y detalladas que recojan aspectos no detallados hasta ahora.

Se podría diseñar intervenciones educativas por parte del personal de salud como campañas organizadas y coordinadas por los centros de referencia del ictus cuyo objetivo principal sea educar en cuanto a la detección precoz de los síntomas de alarma del ictus isquémico y la actitud ante ello; y darle un enfoque similar al infarto de miocardio desde el inicio de los síntomas.

Se deberían instalar programas audiovisuales en las salas de espera en los hospitales donde se muestre material preventivo o información acerca de las enfermedades cerebrovasculares.

Al ser considerada esta enfermedad como un problema de la salud pública y con los datos recogidos del presente trabajo de investigación se pueda acudir a las autoridades actuales para que estas puedan crear un Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad Cerebrovascular.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ustrell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. Rev Esp Cardiol. 60(07):753-69. [Internet] 2007. Extraído el 30 de enero del 2016. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es/ictus-diagnostico-tratamiento-las-enfermedades/articulo/13108281/>
2. Caplan LR. Intracranial branch atheromatous disease: a neglected, understudied, and underused concept. Neurology, 39(9):1246-50. [Internet] 1989. Extraído el 15 de febrero del 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2671793>
3. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 380(9859):2095-128. [Internet] 2012. Extraído el 15 de febrero del 2018. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61728-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61728-0/abstract)
4. Felipe Varona J, Manuel Guerra J, Bermejo F. Ictus en el adulto joven. Med Clínica. 122(2):70-4. [Internet] 2004. Extraído el 11 de Julio del 2018. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-ictus-el-adulto-joven-S0025775304741457>
5. Navarrete Navarro P, Pino Sánchez F, Rodríguez Romero R, Murillo Cabezas F, Jiménez Hernández MD. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. Med Intensiva. 32(9):431-43. [Internet] 2008. Extraído el 30 de enero del 2016.

Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-manejo-inicial-del-ictus-isquemico-articulo-S0210569108757206>

6. Leciñana, M. Guía Neurológica 8 Enfermedad Cerebrovascular. 2009; Capítulo 1 .Fisiopatología de la isquemia cerebral:1-15. [Internet] 2009. Extraído el 01 de febrero del 2018. Disponible en:
<https://www.acnweb.org/en/publicaciones/otras-publicaciones/63-guia-neurologica-8.html>
7. Rodríguez Yáñez M. Hipertensión arterial emergente e inflamación en el ictus isquémico agudo. [Internet] 2005 Extraído el 10 de enero de 2019. Disponible en:
<https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/9701>
8. Moustafa RR, Baron J-C. Pathophysiology of ischaemic stroke: insights from imaging, and implications for therapy and drug discovery. Br J Pharmacol. marzo de 2008;153(Suppl 1):S44-54. [Internet] 2008. Extraído el 20 de febrero de 2018. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2268043/>
9. Kim BJ, Kim JS. Ischemic Stroke Subtype Classification: An Asian Viewpoint. J Stroke. enero de 2014;16(1):8-17.[Internet] 2014.Extraído el 25 de febrero de 2018. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3961817/>
10. Navarrete Navarro P, Pino Sánchez F, Rodríguez Romero R, Murillo Cabezas F, Dolores Jiménez Hernández M. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. Med Intensiva 32(9):431-43. [Internet] 2008. Extraído el 13 de Marzo de 2018. Disponible en:
<http://www.medintensiva.org/es-manejo-inicial-del-ictus-isquemico-articulo-S0210569108757206>
11. Oliveira-Filho J, Martins SCO, Pontes-Neto OM, Longo A, Evaristo EF, Carvalho JJF de, et al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part I.

- Arq Neuropsiquiatr. 70(8):621-9. [Internet] 2012. Extraído el 25 de Noviembre del 2017. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22899035>
12. Reeves MJ, Hogan JG, Rafferty AP. Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. *Neurology*. 26 de noviembre de 2002;59(10):1547-52. [Internet] 2002. Extraído el 12 de Noviembre del 2017. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12451195>
13. Gralla Jan, Schroth Gerhard, Remonda Luca, Nedeltchev Krassen, Slotboom Johannes, Brekenfeld Caspar. Mechanical Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 37(12):3019-24. [Internet] 2006. Extraído el 05 de setiembre del 2018. Disponible en:
<https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/01.str.0000248457.55493.85>
14. Romero-Sevilla RM, Portilla-Cuenca JC, Calle-Escobar ML. Evolución y respuesta al tratamiento intravenoso con activador del plasminógeno tisular en relación con el hospital de derivación. Experiencia de una unidad de ictus de referencia. *Rev Neurol*. 54:209-13. [Internet] 2012. Extraído el 10 de febrero del 2016. Disponible en:
<https://medes.com/publication/72780>
15. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med*. 359(13):1317-29. [Internet] 2008. Extraído el 04 de Agosto del 2017. Disponible en:
<https://www.karger.com/Article/FullText/381100>
16. Iglesias Mohedano AM, García Pastor A, García Arratibel A, Sobrino García P, Díaz Otero F, Romero Delgado F, et al. Identificación de los factores que influyen en el retraso intrahospitalario del inicio de trombólisis intravenosa en el ictus agudo en un hospital terciario. *Neurología*. 31(7):452-8. [Internet] 2016. Extraído el 24 de setiembre del 2018. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-identificacion-los-factores-que-influyen-S0213485314002667>

17. Kothari R, Sauerbeck L, Jauch E, Broderick J, Brott T, Khoury J, et al. Patients' awareness of stroke signs, symptoms, and risk factors. *Stroke*. 28(10):1871-5. [Internet] 1997. Extraído el 09 de Octubre del 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9341687>
18. 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*;41(1):15-21. [Internet] 2015. Extraído el 29 de Octubre del 2017. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-conocimiento-actitud-poblacion-general-frente-S2013524615000021>
19. Montaner J, Mauleón A, Vidal C, Molina CA, Álvarez-Sabín J. Ictus un desconocido para la población. *Rev Neurol* 1998. 27(160):943-7. [Internet] 1998. Extraído el 2 de Noviembre del 2017. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/98964>
20. Das S, Hazra A, Ray BK, Ghosal M, Chaudhury A, Banerjee TK, et al. Knowledge, attitude, and practice in relation to stroke: A community-based study from Kolkata, West Bengal, India. *Ann Indian Acad Neurol*. 19(2):221-7. [Internet] 2016. Extraído el 10 de Diciembre del 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4888686/>
21. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med*. 359(13):1317-29. [Internet] 2008. Extraído el 04 de Agosto del 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804656>

22. Nakibuuka J, Sajatovic M, Katabira E, Ddumba E, Byakika-Tusiime J, Furlan AJ. Knowledge and Perception of Stroke: A Population-Based Survey in Uganda [Internet]. International Scholarly Research Notices. 2014. Extraído el 9 de enero de 2019. Disponible en:
<https://www.hindawi.com/journals/isrn/2014/309106/?fbclid=iwar2pwibgupwiujw3bx0voxjsd60smvnbked8zzyjnmhki8ggiftbt4wwy4>
23. Jones SP, Jenkinson AJ, Leathley MJ, Watkins CL. Stroke knowledge and awareness: an integrative review of the evidence. Age Ageing. 39(1):11-22. [Internet] 2010. Extraído el 30 de Diciembre del 2017. Disponible en:
<https://academic.oup.com/ageing/article/39/1/11/40973>
24. Oró M, Sanahuja J, Hernández L, Setó E, Purroy F. Grado de conocimiento del ictus entre población de área rural en la provincia de Lleida. REV NEUROL 2009; 48(10):515-9. [Internet] 2009. Extraído el 05 de enero del 2018. Disponible en:
<https://www.neurologia.com/articulo/2008467>
25. Pérez-Lázaro C, Iñíguez-Martínez C, Tejero-Juste C, Mostacero-Miguel E. Estudio sobre el conocimiento de la población acerca del ictus y de los factores de riesgo vascular. Rev Neurol 2009; 49 (03):113-118. Rev Neurol 2009; 49(03):113-8. [Internet] 2009. Extraído el 15 de enero del 2018. Disponible en:
<https://www.neurologia.com/articulo/2008525>
26. Díaz Cabezas R, Ruano Restrepo MI. Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebro vascular en una población urbana colombiana. Acta Neurológica Colomb. 27(4):195-204. [Internet] 2011. Extraído el 18 de Noviembre del 2016. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-87482011000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

1. Instrumentos de recolección de datos

Conocimiento y actitud de los pacientes frente al Ictus isquémico en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el 2018

Instrucciones: Llenar los espacios en blanco o marcar con una x o círculo la alternativa correcta.

		CÓDIGO ENCUESTA
EDAD : ____	SEXO: (1) HOMBRE (2) MUJER	LUGAR DE PROCEDENCIA(DISTRITO) : _____
NIVEL DE ESTUDIOS : a. Ninguno b. Primaria		c. Secundaria d. Superior
OCUPACIÓN :	a. Empleado dependiente b. Empleado independiente c. Profesional dependiente d. Profesional independiente e. Desempleado f. otros -----	
MOTIVO DE CONSULTA AL INCN :		
A.- ¿Ha Sufrido Alguna Vez de Ictus isquémico (“infarto cerebral “)? SI__ // NO__		
B.- ¿Tiene Usted Algún Familiar o Conocido Que Haya Sufrido de Ictus isquémico (“infarto cerebral “)? Sí__// NO _____		

CONOCIMIENTOS:

- Según lo que conoce, podría indicar un síntoma de Ictus isquémico “ infarto cerebral”** (puede marcar más de una)
 - Ardor al orinar
 - Fiebre en las noches
 - Dificultad para hablar o entender
 - Pérdida de la visión brusca
 - Cansancio al subir las escaleras
 - No lo sé
- Según lo que conoce, podría indicar otro (u otros) síntoma (s) de Ictus isquémico “infarto cerebral”** (puede marcar más de una):
 - Sangrado por la nariz.
 - Parálisis o pérdida de fuerza en medio cuerpo.
 - Falta de sueño.
 - Pérdida de sensación de una parte del cuerpo.
 - Enrojecimiento de manos.
 - No lo sé

- 3. Acerca del Ictus isquémico “infarto cerebral”, señale la afirmación correcta:**
- a. Es causado por una bacteria que afecta el cerebro
 - b. Es una emergencia médica que requiere tratamiento de inmediato
 - c. No es una emergencia médica, se puede tratar con calmantes y hierbas
 - d. Es una enfermedad que ataca principalmente a niños y adultos mayores
 - e. Es transitorio y se resuelve con descanso médico
 - f. No lo sé
- 4. Acerca de tratamiento que debe tener una persona que sufre un Ictus isquémico “infarto cerebral”, indique lo correcto:**
- a. Puede ser realizado en una posta o centro de salud
 - b. La enfermedad es fulminante y ocasiona la muerte rápidamente
 - c. Si se brinda tratamiento oportuno se puede revertir la enfermedad
 - d. Primero debe descansar para luego ser llevado a un hospital
 - e. Puedo emplear tratamiento en base a hierbas, mates o pasarle el huevo
 - f. No lo sé
- 5. ¿Qué factor podría aumentar el riesgo de sufrir un Ictus isquémico “infarto cerebral”?**
- a. Comer frutas y verduras
 - b. Tomar gaseosas
 - c. Fumar
 - d. Hacer ejercicio excesivo
 - e. Ducharse de noche
 - f. No lo sé
- 6. ¿Qué enfermedad podría aumentar el riesgo de sufrir un Ictus isquémico “infarto cerebral”?**
- a. Depresión
 - b. Diarreas excesivas
 - c. Infección estomacal
 - d. Hipertensión arterial
 - e. Obesidad
 - f. No lo sé
- 7. ¿Sabe que efecto podría causarte o causarle a tu familiar en sus actividades diarias si sufre de un Ictus isquémico “infarto cerebral”?**
- a. Cambio de carácter en su trabajo
 - b. Bochornos y sudoración en el día
 - c. Imposibilidad para conducir , usar el baño o conseguir un trabajo
 - d. Deseos excesivos de tener relaciones sexuales
 - e. No lo sé

ACTITUDES

- 8. ¿Qué haría usted si presenta algún síntoma en relación a un Ictus isquémico “infarto cerebral” o lo presenciase de otra persona o familiar cercano?**
- Esperaría a ver si pasa de forma espontánea
 - Le daría algún calmante o pastilla para el dolor
 - Lo acostaría en el suelo y elevaría sus piernas
 - Lo llevaría de inmediato al hospital o urgencias más cercano
 - Lo llevaría a un curandero
 - No sabría qué hacer en ese momento
- 9. ¿Qué haría si usted o algún familiar presenta parálisis o pérdida de fuerza en medio cuerpo que desaparecen a los pocos minutos?**
- Lo observaría porque podría deberse a la edad de la persona
 - Lo llevaría a un curandero para que le hagan una limpia
 - Debido a que los síntomas desaparecieron no le tomaría importancia
 - Lo llevaría de inmediato al hospital o urgencias más cercano
 - Pensaría sacar una cita con un médico neurólogo
 - No sabría qué hacer en ese momento
- 10. ¿Qué haría usted, si un familiar continúa con la pérdida de fuerza en medio cuerpo, luego de ser dado de alta de un hospital?**
- Lo llevaría según indicación del médico a su rehabilitación
 - Lo llevaría a un curandero para que le hagan una limpia y cura
 - Lo llevaría a otro hospital para que lo reevalúen
 - Insistiría a que sea operado o denunciaría por negligencia
 - Lo llevaría a casa
 - No sabría qué hacer
- 11. ¿Cuál sería su actitud, frente a un familiar o amigo que tuvo como antecedente un derrame cerebral, que le recomendaría?**
- Le diría que siga con su vida normal pues a cualquiera le puede suceder
 - Si observo que fuma y toma alcohol, le diría que deje de hacerlo
 - Le aconsejaría que cambie su estilo de vida
 - Le diría que controle bien su hipertensión arterial
 - Le aconsejaría que tome algunas plantas o visite a un curandero
- 12. Si la persona que está a su cargo o un familiar suyo está sufriendo en este momento un Ictus isquémico ¿conoce de algún medicamento que se aplica por la vena que le aumente la posibilidad de recuperarse?**
- No, nunca lo había escuchado
 - Pensé que no tenía tratamiento
 - Sí lo sabía
 - Pensé que solo existía en otros países
 - Pensé que el tratamiento solo consistía en tomar pastillas