



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACION.**

**PREVALENCIA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE
LIMA METROPOLITANA PERIODO OCTUBRE 2012-
2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACION.**

AUTOR: SUASACA CAPACOILA MARYLUZ.

ASESOR: LIC.TM. CAUTIN MARTINEZ NOEMI ESTHER.

LIMA, PERÚ

2017

HOJA DE APROBACIÓN

SUASACA CAPACOILA MARYLUZ.

PREVALENCIA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA PERIODO OCTUBRE 2012- 2014.

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciado en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

LIMA – PERÚ

2017

Se dedica este trabajo:

A mis padres, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor medurable.

**Se agradece por su contribución para
el desarrollo de esta tesis:**

A mi casa de estudios UAP y en especial
a la Escuela Profesional de Tecnología
Médica porque me dieron la oportunidad
de formarme en sus aulas.

Epígrafe:

La riqueza no es lo que tienes. Se trata
de quién eres.

Bob Proctor.

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo retrospectivo-transversal, el objetivo fue determinar la prevalencia de Accidentes Cerebro Vascular en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014. Los resultados muestran que de un total de 471 datos de registros e historias clínicas la prevalencia fue de 299 pacientes presentaron ACV con un 63,5%, mientras que 172 pacientes no presentaron ACV con un 36,5% del total y respecto al tipo de ACV de la muestra fue el ACV isquémico con un 53,8%, seguido de ACV Hemorrágico con un 42,2% y finalmente ACV mixto con un 4,0%, respecto a la edad se dio en el rango de 56 a 70 años con un 49,8%, seguido del rango de 71 a 80 años con un 38,8% y predominio el sexo masculino con un 60.2%, respecto a los antecedentes patológicos fue HTA con un 64,2%, seguido de Diabetes mellitus con un 34,8% y finalmente Dislipidemia con un 1,0%, de acuerdo a la clasificación de IMC, presentaban en peso normal con un 50,2%, seguido de sobrepeso con un 36,1% y finalmente obesidad con un 13,7%. La prevalencia de ACV respecto al grado de instrucción se dio en el nivel primario con un 60,9%, seguido de superior con 21,7% y finalmente nivel secundario con un 17,4%.

Palabras Clave: ACV, Ictus, isquémico, Hemorrágico, Dislipidemia, HTA.

ABSTRACT

The type of study was descriptive retrospective-transversal, the objective was to determine the prevalence of Vascular Brain Accidents in patients attended at a Metropolitan Lima Hospital period October 2012-2014. The results show that of a total of 471 data from registries and clinical histories the prevalence was 299 patients presented stroke with 63.5%, while 172 patients did not present stroke with 36.5% of the total and in relation to the type of LCA of the sample was ischemic stroke with 53.8%, followed by hemorrhagic stroke with 42.2% and finally mixed stroke with 4.0%, regarding age was given in the range of 56 to 70 years with 49.8%, followed by the range of 71 to 80 years with 38.8% and male predominance with 60.2%, compared to the pathological history was HTA with 64.2%, followed by Diabetes mellitus with 34.8% and finally dyslipidemia with 1.0%, according to the classification of BMI, presented in normal weight with 50.2%, followed by overweight with 36.1% and finally obesity with a 13, 7%. The prevalence of stroke in the primary level was 60.9%, followed by a higher level with 21.7% and finally a secondary level with 17.4%.

Key words: stroke, stroke, ischemic, hemorrhagic, dyslipidemia, hypertension.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INDICE	3
LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE FIGURAS	5
INTRODUCCION	6
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Formulación del problema	10
1.2.1. Problema general.....	10
1.2.2. Problemas específicos.....	10
1.3. Objetivos de la investigación	10
1.3.1. Objetivo general	10
1.3.2. Objetivos específicos	11
1.4. Justificación	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1. Bases Teóricas.....	13
2.1.1. Accidente cerebrovascular.....	13
2.1.2. Fisiología del ACV isquémico	13
2.1.3. Factores de riesgo para ACV.....	14
2.1.4. Clasificación accidente cerebrovascular:.....	15
2.2. Antecedentes de la Investigación	16
2.2.1. Antecedentes internacionales.....	16
2.2.2. Antecedentes nacionales.....	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	19
3.1. Diseño del Estudio.....	19
3.2. Población.....	19
3.2.1. Criterios de Inclusión	19
3.2.2. Criterios de Exclusión	19
3.3. Muestra.....	20

3.4. Operacionalización de Variables	20
3.5. Procedimientos y Técnicas	21
3.6. Plan de análisis de datos.....	21
CAPITULO IV: RESULTADOS ESTADISTICOS	22
4.1. Resultados.....	22
4.2. Discusión de Resultados	29
4.3. Conclusiones:	32
4.4. Recomendaciones:	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	41
ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	42

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad de la muestra	22
Tabla 2. Prevalencia de ACV de la muestra	22
Tabla 3. Distribución de la muestra por tipo de ACV	23
Tabla 4. Distribución por grupos etáreos	24
Tabla 5. Distribución de la muestra por sexo	25
Tabla 6. Distribución de la muestra por antecedentes patológicos.....	26
Tabla 7. Distribución de la muestra según Índice de Masa Corporal	27
Tabla 8. Distribución de la muestra por grado de instrucción	28

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de ACV de la muestra	23
Figura 2. Distribución de la muestra por tipo de ACV	24
Figura 3. Distribución de la muestra por grupos etáreos	25
Figura 4. Distribución de la muestra por sexo.....	26
Figura 5. Distribución de la muestra por antecedentes patológicos.....	27
Figura 6. Clasificación de la muestra según Índice de Masa Corporal	28
Figura 7. Distribución de la muestra por grado de instrucción	29

INTRODUCCION

La OMS define por Accidente Cerebro Vascular (ACV) “un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración”. Sus consecuencias dependerán del lugar y el tamaño de la lesión. Cada año, alrededor de seis millones de personas en el mundo mueren a consecuencia de esta, constituyéndose como la patología neurológica más común y primera causa de discapacidad en la población adulta. En Latinoamérica se estima una incidencia de 130 por 100.000 habitantes/año y una prevalencia de 6 por 1.000 habitantes, aumentando con la edad (hasta 25 x 1.000 sobre los 65 años) y se constituye como la 2a causa de muerte general y representa el 9% de todas las muertes en países del sur.

Desde la perspectiva de la rehabilitación, el accidente cerebrovascular es un gran generador de discapacidad, tanto física como cognitiva. De la población que sufre ACV, un 15 a 30% resulta con un deterioro funcional severo a largo plazo, lo que implica un alto grado de dependencia de terceros. Además, se ha establecido como la segunda causa de demencia a nivel mundial o que deja un número cada vez más alto de sobrevivientes con mayor probabilidad de recurrencia. Si a esto se suma una población envejecida, se genera un importante impacto sanitario: más población con déficit funcional, quienes tienen más probabilidad de presentar complicaciones asociadas y que estas sean de mayor gravedad. La rehabilitación es un proceso dirigido a permitir que personas discapacitadas alcancen un nivel funcional óptimo (mental, físico y social), proporcionándoles las herramientas para ello, incluyendo

las medidas dirigidas a compensar pérdidas o limitaciones funcionales y otras dirigidas a facilitar el reajuste social.

Es un proceso complejo, orientado por objetivos y limitado en el tiempo, que trata de conseguir una situación funcional, familiar y social lo más próxima a la que el paciente tenía previo al ACV. De esta forma, los problemas detectados y las medidas que se deciden realizar en cada paciente con ACV deben estructurarse dentro de un programa de rehabilitación específico e individualizado.

CAPITULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El Accidente Cerebro Vascular es la tercera causa de muerte después de la enfermedad coronaria y de todos los tipos de cáncer y la primera causa de invalidez, no sólo en los países desarrollados sino en todo el mundo y una de las causas principales de discapacidad a largo plazo (1 y 3).

La OMS, menciona que se produjeron en todo el mundo 5,7 millones de muertes por accidentes cerebrovasculares; más del 85% correspondían a habitantes de los países de ingresos bajos y medianos, y un tercio a personas menores de 70 años; en el 2011, las enfermedades del corazón y los ACV se presentan en un 35 a 55% de las 800.000 defunciones anuales que se registran en Latinoamérica (2,4).

Según datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el acápite "Estadística de Defunciones según las causas de Muerte", en Cuba durante el año 2011, la ACV ocupó el tercer lugar, además en el 2010 fue la segunda causa de morbilidad neurológica. En las últimas 3 décadas se ha observado un ascenso del número de casos y ha ocasionado el 10 % de las muertes; como promedio, cada año mueren unas 7 900 personas. Su prevalencia es del 5 % en mayores de 50 años (7-10). Asimismo, en Honduras esta enfermedad es la octava causa de muerte a nivel nacional y cuarta causa de muerte en hospitales estatales (11 y 12).

Según datos estadísticos del Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en Paraguay, entre las afecciones cardiovasculares provocadas por la hipertensión arterial (HTA), el ACV se encuentra en segundo lugar Mientras que en Uruguay no existen estudios prospectivos sobre la enfermedad (13).

En Argentina (2006), la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, en las cuales incluye los accidentes cerebrovasculares, fue de 206,4 por 100 000 habitantes (265,4 por 100 000 hombres y 161,8 por 100 000 mujeres), lo que representa 34,2% de las muertes en ese año (14). Datos registrados en el 2007, señalan que la edad constituye el factor de riesgo no modificable más importante para sufrir un accidente cerebrovascular (ACV), se estima que, por cada 10 años consecutivos luego de los 55 años, la incidencia de ACV se duplica en ambos sexos (15y17).

En Chile (2008), el accidente cerebrovascular es la segunda causa de mortalidad y la primera de hospitalización en mayores de 65 años; se estima que tiene una incidencia de 130 por 100.000 habitantes/año, una prevalencia de 6 por 1.000 habitantes y representa el 9% de todas las muertes en este país; esta enfermedad es un gran generador de discapacidad física y cognitiva; el 15 a 30% resulta con un deterioro funcional severo a largo plazo implicando un alto grado de dependencia, ya que a los 3 años de evolución un 49,1% presenta algún grado de discapacidad generando un importante impacto económico y social (19-21). Además, se calcula que el primer episodio de ocurre en 200 por 100.000 habitantes por año, siendo el tipo hemorrágico el más frecuente en los jóvenes y el isquémico en el adulto mayor (18y22).

En el Perú (2004), las enfermedades cerebro vasculares ocuparon el quinto lugar como causa de muerte, con un 4.3% del total de muertes. Según la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA (23,24).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 con respecto a la edad?
- ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 con respecto al sexo?
- ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 con respecto al IMC?
- ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 con respecto a las antecedentes patológicos?
- ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 con respecto al grado de instrucción?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 con respecto a la edad.
- Determinar la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 con respecto al sexo.
- Establecer la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 con respecto al IMC.
- Establecer la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 con respecto a las antecedentes patológicos.
- Determinar la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 con respecto al grado de instrucción.

1.4. Justificación

La Asociación Americana del Corazón (AHA) calcula que cada año aproximadamente 795.000 sufren un primer accidente cerebrovascular o una recurrencia. Los que sobreviven pueden quedar hemipléjicos, sufrir problemas

emocionales o padecer trastornos del habla, la memoria o el juicio. El grado de la lesión o del trastorno depende de cuál haya sido la arteria obstruida y durante cuánto tiempo quedó obstruida. La mayoría ACV se producen en personas mayores de 65 años de edad. Aunque muchos de ellos se producen sin advertencia previa, existen ciertos síntomas físicos que pueden advertirnos que estamos sufriendo un accidente cerebrovascular. Por tal motivo la finalidad de este estudio fue determinar la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014. Con los resultados obtenidos se pretende desarrollar un plan de intervención que nos permita identificar de manera precoz y oportuna los problemas y complicaciones asociados a esta enfermedad creando estrategias dirigidas a disminuir cifras de prevalencia, del mismo modo este trabajo permitirá a otros investigadores desarrollar futuras investigaciones de mayor complejidad tomando como antecedente los resultados obtenidos.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Accidente cerebrovascular

Inicio rápido de síntomas clínicos de disfunción cerebral focal o global, con duración de 24 horas o más y que puede provocar la muerte, con ninguna otra causa aparente más que el origen vascular (25,26).

El ACV afecta el encéfalo como consecuencia de un proceso patológico de los vasos sanguíneos y/o su contenido; ya sea una lesión de la pared vascular, oclusión de la luz por trombos o émbolos, ruptura de los vasos, alteración de la permeabilidad de la pared o incremento de la viscosidad de la sangre; es por ello que el ACV se refiere a todo trastorno en el cual un área del encéfalo se afecta de forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia, estando uno o más vasos sanguíneos cerebrales afectados por un proceso patológico (27,28). (9).

2.1.2. Fisiología del ACV isquémico

La disminución del flujo sanguíneo cerebral por debajo de ciertos valores es un evento que origina una serie de cambios funcionales, bioquímicos y estructurales que culminan en la muerte neuronal irreversible. La reducción del flujo sanguíneo cerebral priva a la neurona de sus principales sustratos energéticos que son el oxígeno y la glucosa ya que disminuye la producción de energía (ATP), falla en las bombas iónicas y estimulación persistente de los receptores de glutamato, excesiva acumulación

intraneuronal de sodio y calcio. Con la isquemia se activan los leucocitos, los cuales producen citocinas pro inflamatorias (factor de necrosis tumoral alfa y la interleucina 1B) que permiten la adhesión de los macrófagos y monocitos al endotelio, los cuales cruzan la pared del vaso e ingresan al parénquima, liberan mediadores inflamatorios y se producen radicales libres; siendo el resultado final, la necrosis que predomina en el centro del infarto y la apoptosis que predomina en el área de penumbra isquémica.

La necrosis se origina por la falla energética; acompañándose de edema celular, edema del núcleo y la mitocondria, lesión del tejido vecino, lisis de la membrana celular e inflamación y disolución de los organelos, mientras que la apoptosis se genera debido a cambios ordenados y estrechamente regulados por la expresión de genes que suprimen o promueven la muerte celular (30).

2.1.3. Factores de riesgo para ACV.

Factores de riesgo no modificables: Edad (la incidencia de ictus se ve duplicada en cada década a partir de los 55 años), sexo, herencia, raza, geografía, clima (11,15).

Factores de riesgo modificables bien establecidos: (11,31).

- Hipertensión arterial.
- Cardiopatías de alto riesgo embolígeno
- Marcadores de ateromatosis
- Diabetes mellitus y accidente isquémico transitorio.

2.1.4. Clasificación accidente cerebrovascular:

Según su naturaleza:

ACV Isquémico: Se presenta en el 85% de los casos. Se produce por una obstrucción del paso de sangre al cerebro, disminución del aporte sanguíneo de forma total o parcial, que puede estar producida por arterioesclerosis, infartos lacunares artropatía de pequeño vaso, Infarto cardioembólico, infarto criptogénico. (31).

La isquemia cerebral global se produce en todo el encéfalo de manera simultánea afectando a ambos hemisferios cerebrales de forma difusa, asociada o no a una lesión del tronco del encéfalo, ocasionando un déficit cognitivo leve hasta el estado vegetativo persistente por necrosis neocortical o muerte cerebral por afectación troncoencefálica (32).

ACV isquémico: según su duración del proceso, se presentará como accidente isquémico transitorio (AIT) o como infarto cerebral, en función de que el déficit isquémico revierta o no antes de 24 horas (28).

Hemorrágico: Se presenta en el 15% de casos. Se produce cuando hay presencia de sangre por una extravasación de sangre, bien en el parénquima o en el interior de los ventrículos cerebrales o en el espacio subaracnoideo (32).

Según su presentación clínica:

Enfermedad cerebrovascular asintomática: Es aquella que todavía no ha dado síntomas cerebrales pero que ha producido algún daño vascular demostrable pero silente.

Enfermedad cerebrovascular sintomática: Es aquella que ha dado síntomas cerebrales, expresándose clínicamente. Dentro de la enfermedad cerebrovascular sintomática encontramos: Disfunción cerebral focal: Engloba los AIT de cualquier localización y los ictus isquémicos o hemorrágicos (cerebral y subaracnoidea). Los ictus, según su perfil temporal, pueden ser de tres tipos. (33)

- Ictus progresivo o en evolución
- Ictus con tendencia a la mejoría
- Ictus estable
- Demencia vascular
- Encefalopatía hipertensiva

2.2. Antecedentes de la Investigación

2.2.1. Antecedentes internacionales

Estudio realizado en Cuba (2008). Factores determinantes del pronóstico en el ictus isquémico. Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo a 128 pacientes ingresados con ictus isquémico en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni de Camagüey, desde julio de 2001 a junio de 2002, con el objetivo de determinar el comportamiento de diferentes variables y su posible influencia en la repercusión funcional de los enfermos que han sufrido esta afección. La edad media de los pacientes fue de 72,5 años, predominó el sexo masculino y el infarto de origen aterotrombótico. La hipertensión arterial representó el factor de riesgo más frecuente. En el análisis bivalente se encontró que los marcadores

pronósticos de repercusión funcional estuvieron relacionados con la edad, el sexo y los factores de riesgo, la latencia de ingreso, la estadía hospitalaria, las complicaciones intrahospitalarias y la gravedad inicial del ictus (34).

Estudio realizado en Cuba (2010). Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el Hospital Julio Trigo López. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal con todos los pacientes fallecidos por enfermedad cerebrovascular (ECV), revisándose las historias clínicas, los protocolos de necropsia y las tarjetas de fallecidos; los resultados se guardaron en registro confeccionado al efecto; se recogieron datos sobre edad, sexo, color de la piel, tipo de ECV y causa directa de muerte. En conclusión, se vio que la mortalidad por ECV es mayor en la forma hemorrágica que en la isquémica; fallecen más hombres y los negros mueren en proporción mucho mayor que los blancos por enfermedad hemorrágica, mientras que las mujeres mueren más por ECV isquémica. La hemorragia fue la causa directa de muerte en más de 90% de los fallecidos por ECV hemorrágica, mientras en la ECV isquémica lo fue la bronconeumonía bacteriana (35).

Estudio realizado en Cuba (2009). Influencia de los factores pronósticos en la recuperación del paciente con enfermedad cerebrovascular. El trabajo tuvo como propósito evaluar el comportamiento de los factores pronósticos en la recuperación del paciente con enfermedad cerebrovascular, en dos áreas de salud del Municipio Matanzas, de mayo del 2007 a enero del 2008. Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo, el universo estuvo constituido por 97 pacientes y la muestra por 33. Inicialmente, se recogió

información sobre variables sociodemográficas; se aplicó el Miniexamen del Estado Mental de Folstein, se calculó el Índice de Barthel y se utilizaron las escalas de Tinetti y la neurológica. Se evaluó al paciente después de 8 semanas, tiempo de duración del tratamiento. El factor de riesgo de mayor relevancia fue la hipertensión arterial, el hemisferio más afectado fue el izquierdo y las alteraciones cognitivas antes de la rehabilitación fue el factor que mayor influencia ejerció en la recuperación, dependencia y alto riesgo de caídas del paciente después de la rehabilitación (36).

2.2.2. Antecedentes nacionales

Estudio realizado en el Perú (2011). Registro de pacientes con accidente cerebro vascular en un hospital público del Perú. Estudio que describe las características de los registros de pacientes con accidente cerebro vascular (ACV), como diagnóstico causante de hospitalización en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre los años 2000 - 2009. Se obtuvieron 2225 registros de pacientes mayores de 18 años, con ACV. De acuerdo con la CIE-10, 1071 tenían el diagnóstico de ACV isquémico, 554 ACV hemorrágico, 183 hemorragia subaracnoidea, 49 isquémico hemorrágico, 10 crisis isquémica transitorias y en 358 no fue posible especificar el tipo. Se registraron 352 muertes (19,6 %), la mayoría en los primeros tres días. La razón hombre/mujer fue 1,09; la edad promedio $64,1 \pm 17,2$ años y la mediana del tiempo de hospitalización fue de nueve días. Las condiciones asociadas más frecuentes fueron hipertensión arterial, fibrilación auricular y diabetes mellitus tipo 2. La mortalidad descrita es la más alta informada en nuestro medio, es constante en todos los grupos de edad y mayor en mujeres (37).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio

Estudio Descriptivo – retrospectivo de Tipo Transversal.

3.2. Población

La población de estudio estuvo constituida por todas las historias clínicas completas de todos los pacientes que acudieron al servicio de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital de Lima Metropolitana. Con confirmación diagnóstica de Accidente Cerebro Vascular en el periodo de octubre del 2012 al 2014. (N=471).

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Registro de datos e Historias clínicas completas de todos los pacientes que acudieron a un Hospital de Lima Metropolitana.
- Datos de pacientes cuyo rango de edades comprenden 45 a 80 años de edad.
- Datos de pacientes de ambos sexos.
- Datos de pacientes con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular.
- Datos de pacientes que fueron atendidos en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el periodo de octubre del 2012 al 2014.

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Datos de pacientes e historias clínicas incompletas
- pacientes que no pertenecen a esta institución.
- Pacientes derivados de otras sedes hospitalarias.

- Pacientes sin confirmación diagnóstica de alguna ACV

3.3. Muestra

Se logro estudiar los datos de un mínimo de 299 datos e Historias clínicas completas de pacientes que acudieron al servicio de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital de Lima Metropolitana. Con confirmación diagnóstica de ACV. Se utilizo el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

3.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
ACV	Enfermedad cerebrovascular	Diagnóstico clínico.	Ordinal	Base de datos
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO
Edad	Tiempo de vida de en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 45 a 80.
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre.	Documento Nacional de Identidad D.N.I)	Binaria	Masculino-femenino
IMC	Relación entre el peso y la altura,	Peso Talla	Ordinal	Normal Sobrepeso Obesidad Delgadez
Patologías asociadas	Daño de características crónicas que se produce en la persona que consume tabaco en exceso.	Ficha de recolección de datos	Discreta	HTA Diabetes mellitus Dislipidemia.
Grado de instrucción,	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Ficha de recolección de datos	Discreta	Primaria Secundaria Superior

Fuente: Elaboración propia

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitó el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la universidad Alas Peruanas al departamento de estadística de un Hospital de Lima Metropolitana. Para poder acceder a la base de datos del servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Del mismo modo el ingreso al archivo clínico con la finalidad de recolectar datos de pacientes con confirmación diagnóstica ACV y recopilar toda esta información mediante la ficha de recolección de datos.

Para garantizar la confidencialidad de los datos registrados estos se colocarán en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación. Cada formulario tendrá un código correspondiente al nombre del participante y será almacenado en una base de datos digital; solo el investigador tendrá acceso a esta información.

3.6. Plan de análisis de datos

Se utilizó la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaran mediante el software SPSS 23, para calcular los diferentes estadígrafos: Medias, Desviación Estándar, para las tablas de frecuencia y análisis de contingencia para los gráficos del sector.

CAPITULO IV: RESULTADOS ESTADISTICOS

4.1. Resultados

Características de la muestra

Edad de la muestra

Tabla 1. Edad de la muestra

Características de la edad	
Muestra	299
Media	62,5
Desviación estándar	±17,50
Edad mínima	45
Edad máxima	80

Fuente: Elaboración propia

La tabla 1 presenta la edad de la muestra formada por 299 pacientes que presentaban accidente cerebro vascular, que fueron atendidos en un hospital de Lima Metropolitana durante el periodo 2012-2014. presentaron una edad promedio de 62,5 años, con una desviación estándar o típica de $\pm 17,50$ años y un rango de edad que iba desde los 45 a los 80 años.

Prevalencia de Accidente Cerebro Vascular de la muestra

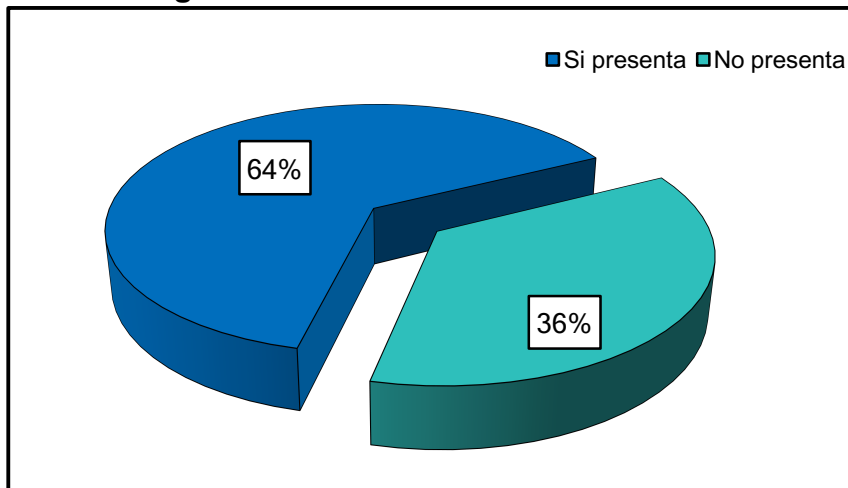
Tabla 2. Prevalencia de ACV de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si presenta	299	63,5	63,5
No presenta	172	36,5	100,0
Total	471	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla 2. presenta la distribución de la muestra respecto a la prevalencia de ACV en pacientes que fueron atendidos en un hospital de Lima Metropolitana. 299 pacientes presentaron ACV con un 63,5%, mientras que 172 pacientes no presentaron ACV con un 36,5% del total.

Figura 1. Prevalencia de ACV de la muestra



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 1

Distribución de la muestra por tipo de accidente cerebro vascular

Tabla 3. Distribución de la muestra por tipo de ACV

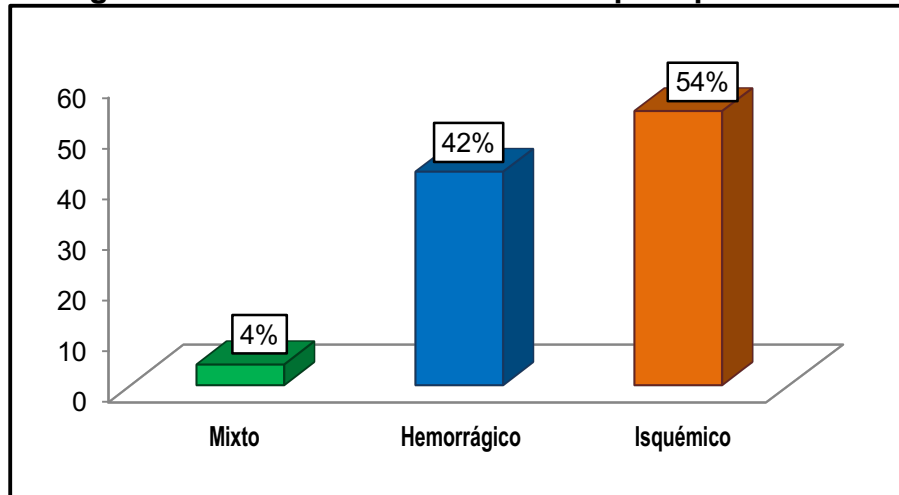
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mixto	12	4,0	4,0
Hemorrágico	126	42,2	46,2
Isquémico	161	53,8	100,0
Total	299	100,0	

Fuente: elaboración propia

En la tabla 3 presenta la distribución de la muestra por tipo de ACV. Solo 12 pacientes del hospital de Lima Metropolitana presentaron ACV mixto; 126 pacientes ACV hemorrágico y 161 pacientes ACV isquémica. Se observa que

la prevalencia de ACV respecto al tipo de ACV muestra fue el ACV isquémico con un 53,8%, seguido de ACV Hemorrágico con un 42,2% y finalmente ACV mixto con un 4,0%.

Figura 2. Distribución de la muestra por tipo de ACV



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 2.

Prevalencia de ACV de la muestra por grupos etáreos

Tabla 4. Distribución por grupos etáreos

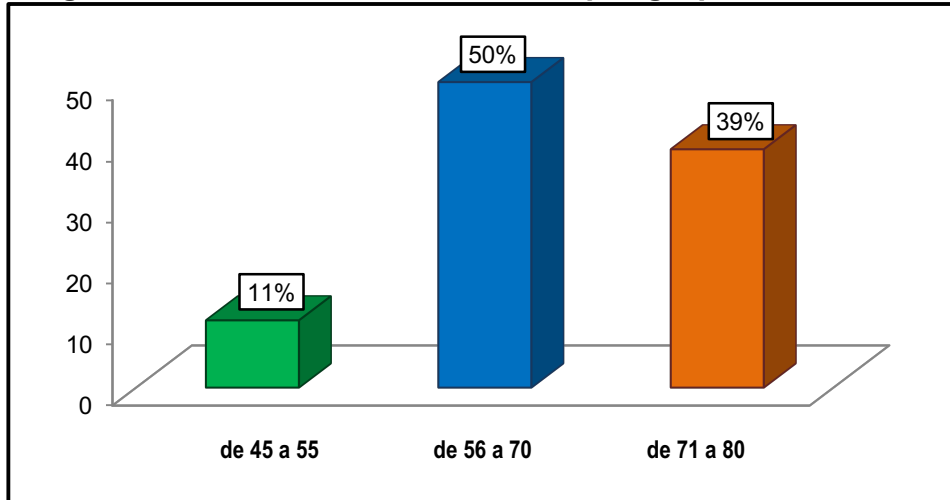
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 45 a 55 años	34	11,4	11,4
de 56 a 70 años	149	49,8	61,2
de 71 a 80 años	116	38,8	100,0
Total	299	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla 4 presenta la distribución de la muestra por grupos etáreos, 34 pacientes de un Hospital de Lima Metropolitana tenían entre 45 y 55 años de edad; 149 pacientes tenían entre 56 y 70 años de edad y 116 tenían entre 71 y 80 años de edad. Se observa que la prevalencia de ACV respecto a la edad

se dio en el rango de 56 a 70 años con un 49,8%, seguido del rango de 71 a 80 años con un 38,8%.

Figura 3. Distribución de la muestra por grupos etáreos



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 3.

Prevalencia de ACV de la muestra por sexo

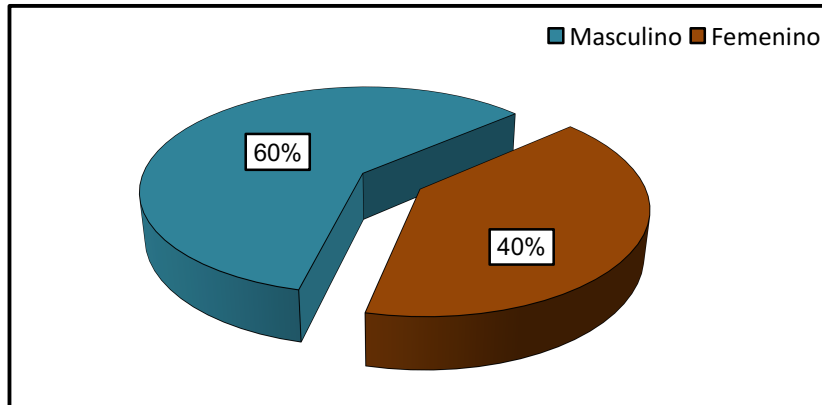
Tabla 5. Distribución de la muestra por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	180	60,2	60,2
Femenino	119	39,8	100,0
Total	299	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla 5 presenta la distribución de la muestra por sexo, 180 pacientes de un Hospital de Lima Metropolitana fueron del sexo masculino y 119 del sexo femenino. Se observa que la prevalencia de ACV respecto al sexo predomina el masculino con un 60.2%.

Figura 4. Distribución de la muestra por sexo



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 4.

Prevalencia de ACV de la muestra por antecedentes patológicos

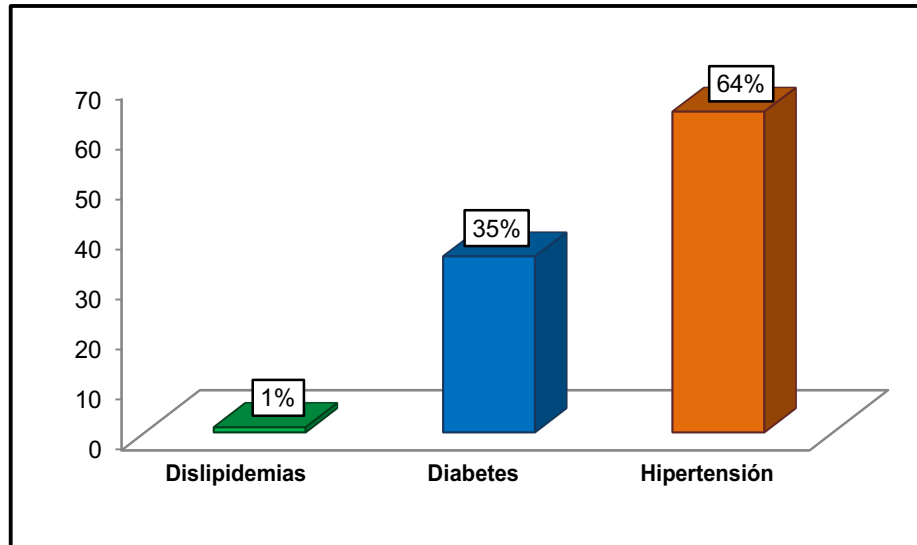
Tabla 6. Distribución de la muestra por antecedentes patológicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dislipidemia	3	1,0	1,0
Diabetes mellitus	104	34,8	35,8
HTA	192	64,2	100,0
Total	299	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla 6 presenta la distribución de la muestra de acuerdo con los antecedentes patológicos. Solo 3 pacientes con ACV de un Hospital de Lima Metropolitana, presentaron dislipidemia; 104 pacientes presentaron diabetes y 192 pacientes presentaron hipertensión. Se observa que la prevalencia de ACV respecto a los antecedentes patológicos fue HTA con un 64,2%, seguido de Diabetes mellitus con un 34,8% y finalmente Dislipidemia con un 1,0%..

Figura 5. Distribución de la muestra por antecedentes patológicos



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 5.

Prevalencia de ACV de la muestra según Índice de Masa Corporal.

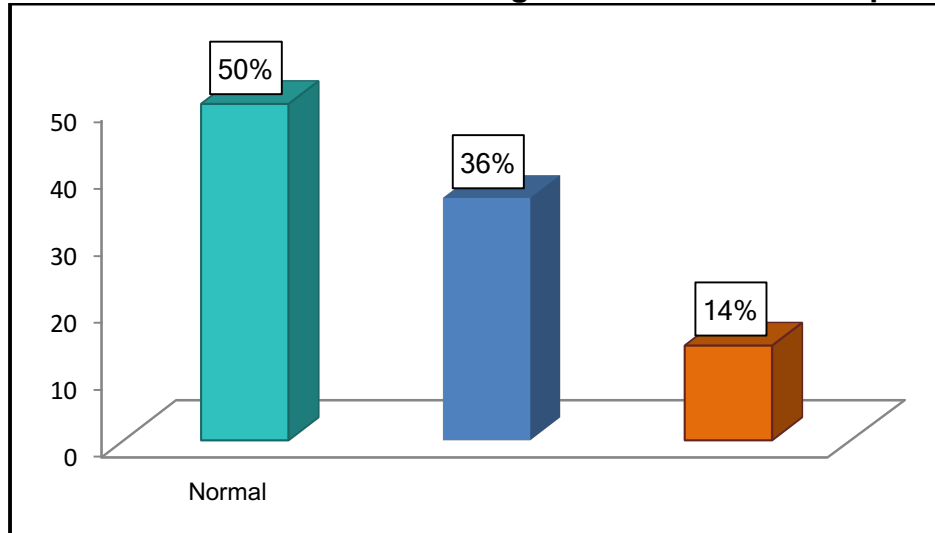
Tabla 7. Distribución de la muestra según Índice de Masa Corporal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	150	50,2	50,2
Sobrepeso	108	36,1	86,3
Obesidad	41	13,7	100,0
Total	299	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla 7 presenta la clasificación de la muestra de acuerdo con el índice de masa corporal. 150 pacientes con ACV de un Hospital de Lima Metropolitana presentaron peso normal; 108 pacientes presentaron sobrepeso y 41 pacientes presentaron obesidad. Se observa que la mayoría de la muestra presentaban en peso normal con un 50,2%, seguido de sobrepeso con un 36,1% y finalmente obesidad con un 13,7%.

Figura 6. Clasificación de la muestra según Índice de Masa Corporal



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 6

Prevalencia de ACV de la muestra por grado de instrucción.

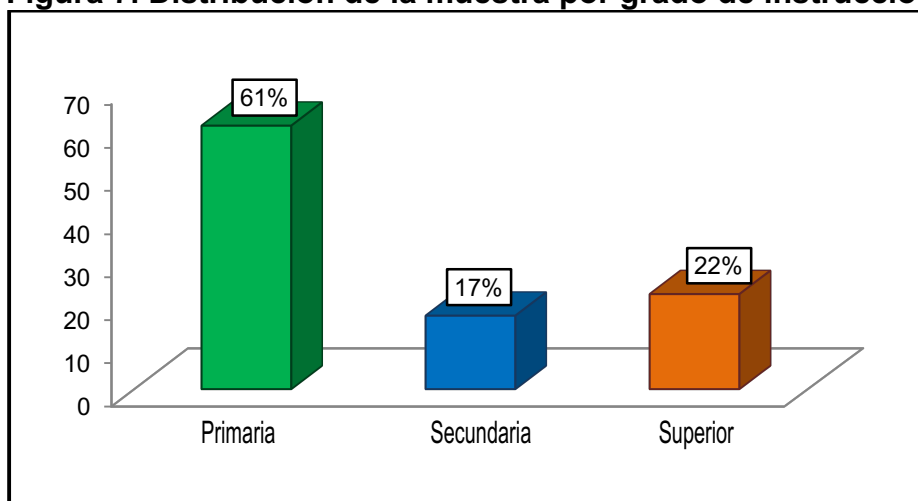
Tabla 8. Distribución de la muestra por grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	182	60,9	60,9
Secundaria	52	17,4	78,3
Superior	65	21,7	100,0
Total	299	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla 8 presenta la distribución de la muestra de acuerdo con el grado de instrucción, 182 pacientes con ACV de un Hospital de Lima Metropolitana cursaron primaria, 52 pacientes secundaria y 65 pacientes superior. Se observa que la prevalencia de ACV respecto al grado de instrucción se dio en el nivel primario con un 60,9%, seguido de superior con 21,7% y finalmente nivel secundario con un 17,4%.

Figura 7. Distribución de la muestra por grado de instrucción



Fuente: elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 7

4.2. Discusión de Resultados

Estudio realizado en Cuba en el año 2008. Factores determinantes del pronóstico en el ictus isquémico. Los resultados muestran que la edad media de los pacientes fue de 72,5 años, predominó el sexo masculino y el infarto de origen aterotrombótico. La hipertensión arterial representó el factor de riesgo más frecuente. En el análisis bivalente se encontró que los marcadores pronósticos de repercusión funcional estuvieron relacionados con la edad, el sexo y los factores de riesgo, la latencia de ingreso, la estadía hospitalaria, las complicaciones intrahospitalarias y la gravedad inicial del ictus. En comparación con los resultados de nuestro estudio La muestra, estuvo formada por 299 pacientes que presentaban accidente cerebro vascular, que fueron atendidos en un hospital de Lima Metropolitana durante el periodo 2012-2014. presentaron una edad promedio de 62,5 años, con una desviación estándar o típica de $\pm 17,50$ años y un rango de edad que iba desde los 45 a

los 80 años y el factor de riesgo fue hipertensión arterial con un 64,2%, seguido de Diabetes mellitus con un 34,8% y finalmente Dislipidemia con un 1,0%.

Estudio realizado en Cuba en el año 2010. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el Hospital Julio Trigo López. Los resultados se guardaron en registro confeccionado al efecto; se recogieron datos sobre edad, sexo, color de la piel, tipo de ECV y causa directa de muerte. En conclusión, se vio que la mortalidad por ECV es mayor en la forma hemorrágica que en la isquémica; fallecen más hombres y los negros mueren en proporción mucho mayor que los blancos por enfermedad hemorrágica, mientras que las mujeres mueren más por ECV isquémica. La hemorragia fue la causa directa de muerte en más de 90% de los fallecidos por ECV hemorrágica, mientras en la ECV isquémica lo fue la bronconeumonía bacteriana. Del mismo modo lo detallan los resultados de nuestro estudio ya que respecto al tipo de ACV de la muestra fue el ACV isquémico con un 53,8%, seguido de ACV Hemorrágico con un 42,2% y finalmente ACV mixto con un 4,0%.

Estudio realizado en Cuba en el año 2009. Influencia de los factores pronósticos en la recuperación del paciente con enfermedad cerebro vascular. se recogió información sobre variables sociodemográficas; se aplicó el Mini examen del Estado Mental de Folstein, se calculó el Índice de Barthel y se utilizaron las escalas de Tinetti y la neurológica. Se evaluó al paciente después de 8 semanas, tiempo de duración del tratamiento. El factor de riesgo de mayor relevancia fue la hipertensión arterial, el hemisferio más afectado fue el izquierdo y las alteraciones cognitivas antes de la rehabilitación fue el factor

que mayor influencia ejerció en la recuperación, dependencia y alto riesgo de caídas del paciente después de la rehabilitación. Estos resultados se asemejan en nuestro estudio ya que la hipertensión arterial es el antecedente más prevalente conjuntamente con el tipo de ACV isquémico.

4.3. Conclusiones:

- Con los resultados obtenidos se logró determinar la prevalencia de Accidente Cerebro Vascular en pacientes que fueron atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana. 299 pacientes presentaron ACV con un 63,5%, mientras que 172 pacientes no presentaron ACV con un 36,5% del total y respecto al tipo de ACV de la muestra fue el ACV isquémico con un 53,8%, seguido de ACV Hemorrágico con un 42,2% y finalmente ACV mixto con un 4,0%.
- La prevalencia de ACV respecto a la edad se dio en el rango de 56 a 70 años con un 49,8%, seguido del rango de 71 a 80 años con un 38,8%.
- La prevalencia de ACV respecto al sexo predomina el masculino con un 60.2%.
- La prevalencia de ACV respecto a los antecedentes patológicos fue HTA con un 64,2%, seguido de Diabetes mellitus con un 34,8% y finalmente Dislipidemia con un 1,0%.
- La prevalencia de ACV respecto a la clasificación de IMC, presentaban en peso normal con un 50,2%, seguido de sobrepeso con un 36,1% y finalmente obesidad con un 13,7%.
- La prevalencia de ACV respecto al grado de instrucción se dio en el nivel primario con un 60,9%, seguido de superior con 21,7% y finalmente nivel secundario con un 17,4%.

4.4. Recomendaciones:

- Se recomienda que el abordaje del paciente con ACV sea de manera holística y multidisciplinaria que incluya medidas para diagnosticar tempranamente el accidente cerebro vascular (ACV), limitar las consecuencias neurológicas del mismo, prevenir y tratar las complicaciones, crear estrategias para prevenir un nuevo episodio, incluyendo modificación de factores de riesgo y terapia antiagregante e hipolipemiente (Prevención secundaria) y promover una efectiva rehabilitación acorde con sus propias características y estilo de vida.
- En imperativo realizar trabajo preventivo promocional en poblaciones de riesgo debido a las grandes repercusiones que tiene el (ACV) para la vida y calidad de vida del paciente, es de vital importancia su reconocimiento temprano y el inicio inmediato de la terapia encaminada a disminuir el impacto del mismo.
- Se recomienda instaurada la lesión empezar con el proceso de rehabilitación ya que está indicado ante ACV estables o establecidos y se ha de iniciar de forma precoz con la finalidad de mejorar función y calidad de vida.
- Se recomienda que el proceso de rehabilitación sea siempre individualizado ya que ningún paciente evoluciona igual que otro ni desde el punto de vista funcional global ni tampoco en sus déficits aislados. Así, siguiendo un criterio más práctico que el esquema temporal, para establecer el plan terapéutico de cada paciente se debe plantear cuatro

objetivos en el tratamiento del ACV estabilizado como prevención y tratamiento de las complicaciones, mantener o recuperar las funciones orgánicas, recuperar las capacidades funcionales perdidas y lograr la adaptación a las funciones residuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas JI, Zurru MC, Patrucco L, Romano M, Riccio PM, Cristiano E. Registro de enfermedad cerebrovascular isquémica. MEDICINA (Buenos Aires) [revista en Internet]* 2006 [acceso 06 de setiembre del 2015]; 66: 547-551.
2. Cáceres M, Argüello R, Castro G, Galeano M, Figueredo Grijalba R. Protocolo de manejo nutricional en pacientes con accidente cerebrovascular. An. Fac. Cienc. Méd. [revista en Internet]* 2011. [acceso 10 de setiembre del 2015]; 4 (1): 45- 54
3. Aidar FJ, Silva AJ, Reis VM, Carneiro A, Carneiro S. Estudio de la calidad de vida en el accidente vascular isquémico y su relación con la actividad física. Rev Neurol [revista en Internet]* 2007[acceso 09 de setiembre del 2015]; 45 (9): 518-522
4. Pérez JG, Álvarez LC, Londoño ÁL. Factores de riesgo relacionados con la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, Armenia, Colombia, 2008. Latreia [revista en Internet]*2011 [acceso 11 de setiembre del 2015]; 24 (1): 26-33 .
5. Medrano J, Boix R, Cerrato E, Ramírez M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: Revisión sistemática de la literatura. Rev Esp Salud Pública [revista en Internet]* 2006[acceso 15 de setiembre del 2015]; 80: 5-15
6. Gómez I. El daño cerebral sobrevenido: Un abordaje transdisciplinar dentro de los servicios sociales. Intervención Psicosocial [revista en Internet]* 2008 [acceso 17 de setiembre del 2015]; 17 (3): 237-244.

7. Bosch R; Robles JA; Aponte B. Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular en la Isla de la Juventud, 2006-2009. Rev Cubana Med Gen Integr. [revista en Internet]* 2010[acceso 17 de setiembre del 2015]; 49(4)337-347
8. González R, Armas L, Gavilla B, Díaz DJ. Enfermedad cerebrovascular en el Policlínico Docente José Antonio Echeverría, de Cárdenas. Rev. Med. Electrón. [revista en Internet]* 2013[acceso 20 de setiembre del 2015]; 35 (1): 11-24.
9. Roiz M, Morales I. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el Hospital Julio Trigo López 2006. Rev Cubana Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]* 2010[acceso 23 de setiembre del 2015]; 9(1)19-26
10. Álvarez A, Rodríguez LH, Quesada AJ, López C .Factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular aguda hipertensiva. Rev cubana med [revista en Internet]* 2006[acceso 21 de setiembre del 2015]; 45 (4).
11. Licon TS, Aguilera MI. Perfil clínico epidemiológico de pacientes con accidente cerebrovascular en el Instituto Hondureño De Seguridad Social. Rev Med Hondur [revista en Internet]* 2009 [acceso 12 de setiembre del 2015]; 77(3): 199-152.
12. Myers GL, Christenson R, Cushman M, Ballantyne CHM, Cooper GR, Pfeiffer CM, et al. Biomarcadores emergentes para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular y del accidente cerebrovascular. Acta Bioquím Clín Latinoam [revista en Internet]* 2010[acceso 15 de setiembre del 2015]; 44 (1): 75-100

13. Hochmann B, Coelho J, Segura J, Galli M, Ketzoian C, Pebet M. Incidencia del accidente cerebrovascular en la ciudad de Rivera, Uruguay. Rev Neurol [revista en Internet]* 2006[acceso 26 de setiembre del 2015]; 43 (2): 78-83.
14. Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García S, Kopitowsk K. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. Rev Panam Salud Publica [revista en Internet]* 2010 [acceso 21 de setiembre del 2015]; 27(4): 237-275.
15. Rojas JI, Zurru MC, Romano M, Patrucco L, Cristiano E. Accidente cerebrovascular isquémico en mayores de 80 años. MEDICINA (Buenos Aires) [revista en Internet]* 2007[acceso 21 de setiembre del 2015]; 67: 701-704
16. Araujo DV, Teich V, Freitas RB, Ouriques SHC. Análisis de Costo-Efectividad de la Trombólisis con Alteplase en el Accidente Vascular Cerebral. Arq Bras Cardiol [revista en Internet]* 2010[acceso 16 de setiembre del 2015]; 95(1): 12-20.
17. Flores IE, Montalvo P, Herrera Lian. Calidad de vida de cuidadores de adultos con accidente cerebrovascular. Av.enferm. [revista en Internet]* 2010[acceso 25 de setiembre del 2015]; 90: 52-60.
18. Montalvo A, Badrán Y, Cavadías C, Medina El, Méndez K, Padilla C, Ruidiaz K. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. (Col.) [revista en Internet]* 2010 [acceso 28 de setiembre del 2015]; 26 (2): 212-222.

19. Moyano Á. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Rev Hosp Clín Univ Chile [revista en Internet]* 2010 [acceso 19 de setiembre del 2015]; 21: 348 – 55.
20. Retamal E, I Castro Á, Espinoza M, Veas E, Retamala J, González J. Características clínicas de enfermedad cerebrovascular aguda y factores asociados a mortalidad en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública: estudio prospectivo. Revista Memoriza.com [revista en Internet]* 2010[acceso 14 de setiembre del 2015]; 6:32-39
21. Álvarez E, Gallegos S, Romero E, Moraga C, López M, Estadella C. Impacto de intervención temprana a cuidadores de pacientes secuestrados de un accidente cerebro vascular. Estudio piloto. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [revista en Internet]*2001[acceso 14 de setiembre del 2015]; 11(2):1-16
22. Luna Matilde, Mcgrath H, Gaviria M. Manifestaciones neuropsiquiátricas en accidentes cerebrovasculares. Rev Chil Neuro-Psiquiat [revista en Internet]*2007[acceso 23 de setiembre del 2015]; 45 (2): 129-140.
23. Ortiz E, Ojeda O, Silva F. Accidente Cerebrovascular en poblaciones situadas a grandes alturas: Revisión y análisis de los factores de riesgo. Rev Ecuat Neurol [revista en Internet]*2008[acceso 12 de setiembre del 2015]; 17(3)
24. Castañeda A, Beltrán G, Casma R, Ruiz P, Málaga G. Registro de pacientes con accidente cerebro vascular en un hospital público del Perú, 2000-2009. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [revista en Internet]*2011[acceso 27 de setiembre del 2015]; 28(4):623-27.

25. Azevêdo F, Araujo DL, Rocha VM. Condición funcional de los pacientes tras un accidente vascular encefálico. Rev Neurol [revista en Internet]*2006[acceso 21 de setiembre del 2015]; 42 (10): 591-595
26. Nunes T, Recalde L, Espínola de Canata M. Características de los accidentes cerebrovasculares (ACV) en niños. Pediatr. (Asunción) [revista en Internet]*2008[acceso 21 de setiembre del 2015]; 35(1): 18-23
27. González A, Campillo R. Morbimortalidad por enfermedad cerebrovascular de tipo isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]*2007[acceso 10 de setiembre del 2015]; 23(4): 1-8.
28. Díez E, Brutto, OÁlvarez J, Muñoz M, Abiusi G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. Rev Neurol [revista en Internet]* 2001[acceso 13 de setiembre del 2015]; 33 (5): 455-464.
29. Silva A, Pirela CT, Álvarez A, Londoño M, Alonso LM. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. (Col.) [revista en Internet]* 2009[acceso 25 de setiembre del 2015]; 25, (1): 73-79.
30. Alfonso L. González F, Coral J. Tratamiento actual del ataque cerebrovascular isquémico (ACV) agudo. Univ. Méd. Bogotá [revista en Internet]* 2008 [acceso 23 de setiembre del 2015]; 49 (4): 467-498.
31. Ruíz N, González P, Suárez C. Abordaje del accidente cerebrovascular. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud [revista en Internet]* 2002[acceso 23 de setiembre del 2015]; 26(4): 93-106.

- 32.** Pérez Sualis P, Sánchez Ruiz M, Núñez Rodríguez M. Manual técnico de auxiliar de geriatría. 2ª. Ed. Sevilla: Editorial Mad. 2003.
- 33.** Solís D, Armas DL, García Gladys, Martínez N. Influencia de los factores pronósticos en la recuperación del paciente con enfermedad cerebrovascular. Rev haban cienc méd [revista en Internet]* 2009[acceso 26 de setiembre del 2015]; 8 (1): 1-5.
- 34.** Flores Flores AA. Factores determinantes del pronóstico en el ictus isquémico. [Tesis doctoral]. España: repositorio de tesis UAB. Universidad Autónoma de Barcelona. 2010.

ANEXO N° 1:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___/___/___

VARIABLES DE ESTUDIO															
1.- Edad: _____ años															
2.- sexo:															
M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>														
3- IMC															
<table border="1"><thead><tr><th>Resultado del IMC</th><th>Estado</th></tr></thead><tbody><tr><td>Menos de 18.49</td><td>Infra Peso</td></tr><tr><td>18.50 a 24.99</td><td>Peso Normal</td></tr><tr><td>25 a 29.99</td><td>Sobre Peso</td></tr><tr><td>30 a 34.99</td><td>Obesidad Leve</td></tr><tr><td>35 a 39.99</td><td>Obesidad Media</td></tr><tr><td>40 o Mas</td><td>Obesidad Mórbida</td></tr></tbody></table> <p>Clasificación de la OMS de acuerdo al IMC</p>		Resultado del IMC	Estado	Menos de 18.49	Infra Peso	18.50 a 24.99	Peso Normal	25 a 29.99	Sobre Peso	30 a 34.99	Obesidad Leve	35 a 39.99	Obesidad Media	40 o Mas	Obesidad Mórbida
Resultado del IMC	Estado														
Menos de 18.49	Infra Peso														
18.50 a 24.99	Peso Normal														
25 a 29.99	Sobre Peso														
30 a 34.99	Obesidad Leve														
35 a 39.99	Obesidad Media														
40 o Mas	Obesidad Mórbida														
4.- Enfermedades asociadas															
<ul style="list-style-type: none">• Diabetes• Hipertensión Arterial• Dislipidemia															
5.- Grado de instrucción															
<ul style="list-style-type: none">• Nivel primario• Nivel secundario• Nivel superior															

ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PREVALENCIA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA PERIODO OCTUBRE 2012-2014.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL Pp. ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS</p> <p>Ps. ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014con respecto a la edad?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014con respecto al sexo?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014con respecto al IMC?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014con respecto a las antecedentes patológicos?</p> <p>Ps. ¿Cuál es la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014con respecto al grado de instrucción?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL Op. Determinar la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014con respecto a la edad.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014con respecto al sexo.</p> <p>Os. Establecer la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014con respecto al IMC.</p> <p>Os. Establecer la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014con respecto a las antecedentes patológicos.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de Accidentes Cerebro Vasculares en pacientes atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014con respecto al grado de instrucción.</p>	Variable principal Accidente Cerebro Vascular.	Isquémico Hemorrágico	Datos y Registro de historia clínica.	<p>DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio Descriptivo retrospectivo de Tipo Transversal.</p> <p>POBLACIÓN: Todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital de Lima Metropolitana periodo octubre 2012-2014 lima. (N=).</p> <p>MUESTRA: Se pretende estudiar a un mínimo 299 historias clínicas durante el periodo descrito. Se utilizará o empleará el Muestreo Probabilístico do Aleatorio Simple.</p>
		Variables Secundarias	Rangos de 35 a 80 años	Ficha de recolección de datos.	
		Edad	Masculino Femenino		
		sexo	Peso Talla		
		IMC	Diabetes Hipertensión Arterial Dislipidemia		
		Enfermedades asociadas	Nivel primario Nivel secundario Nivel superior		
Grado de instrucción					

Fuente: elaboración propia