



Universidad  
Nacional  
de Loja

# Universidad Nacional de Loja

Facultad de Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

## Conocimiento sobre Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano y Miraflores

Trabajo de Titulación previo, a la  
obtención del título de Médica  
General

**AUTORA:**

Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo

**DIRECTORA:**

Dra. Mg.Sc. María Esther Reyes Rodríguez

**Loja- Ecuador**

**2024**

## Certificación

Loja,9 de Febrero del 2024

Dra.Mg.Sc. María Esther Reyes Rodríguez

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

### **CERTIFICO:**

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Integración Curricular denominado: **“Conocimiento sobre Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano y Miraflores”** previo a la obtención del título de **Médico General**, de autoría de la estudiante **Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo**, con **cédula de identidad Nro. 1104038359** una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:  
**MARIA ESTHER REYES  
RODRIGUEZ**

Dra.Mg.Sc. María Esther Reyes Rodríguez

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

## **Autoría**

Yo, **Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo**, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación “**Conocimiento sobre Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano y Miraflores**” y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

**Firma:**

**Cedula de identidad:** 1104038359

**Fecha:** 9 de Febrero del 2024

**Correo electrónico:** [paulina.siguenza@unl.edu.ec](mailto:paulina.siguenza@unl.edu.ec)

**Teléfono:** 0968155424

## **Carta de autorización**

Yo, **Paulina Del Carmen Sigüenza Vallejo**, declaro ser autora del Trabajo de Titulación denominado: “**Conocimiento sobre Enfermedad Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano y Miraflores**”, como requisito para optar por el título de **Medico General**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, suscribo, en la ciudad de Loja, al noveno día del mes de Febrero del dos mil veinticuatro.

**Firma:**

**Autor:** Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo

**Cédula de identidad:** 1104038359

**Dirección:** Barrio Balcón Lojano, Calles Paracas y Moctezuma

**Correo electrónico:** [paulina.siguenza@unl.edu.ec](mailto:paulina.siguenza@unl.edu.ec)

**Teléfono:** 0968155424

DATOS COMPLEMENTARIOS:

**Directora de Trabajo de Titulación:** Dra.Mg.Sc. María Esther Reyes Rodríguez

## **Dedicatoria**

A mis padres Gloria y Víctor, a mis hermanas, por ser los pilares fundamentales y un gran ejemplo en cada etapa de mi vida, por ser fuente de amor, comprensión, fe, y a cada uno de los integrantes de mi familia que supieron apoyarme en esta mi vida universitaria.

A mi esposo e hijo, quienes fueron el impulso e inspiración cada día para seguir adelante, celebrando mis triunfos y ayudándome a levantar en mis fracasos.

*Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo*

## **Agradecimiento**

A la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Medicina y a los docentes de dicha facultad, por las enseñanzas brindadas durante mis años de formación.

A la Dra. M g .S c . María Esther Reyes Rodríguez, por brindarme su ayuda y aportar con sus conocimientos y experiencia en la elaboración del presente trabajo de titulación.

*Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo*

# Índice

<b>Portada</b> .....	i
<b>Certificación</b> .....	ii
<b>Autoría</b> .....	iii
<b>Carta de autorización</b> .....	iv
<b>Dedicatoria</b> .....	v
<b>Agradecimiento</b> .....	vi
<b>Índice</b> .....	vii
Índice de tablas.....	x
Índice de anexos.....	xi
<b>1.Título</b> .....	1
<b>2.Resumen</b> .....	2
Abstract.....	3
<b>3.Introducción</b> .....	4
<b>4.Marco teòrico</b> .....	7
4.1. Definición ECV.....	6
4.2. Epidemiología.....	6
4.3. Clasificación ECV.....	7
4.3.1.ECV isquémico.....	7
4.3.1.1.Fisiopatología.....	8
4.3.1.2. Manifestaciones clínicas.....	8

4.3.1.3.Etiología.....	8
4.3.2.ECV Hemorrágico.....	9
4.3.2.1. Hemorragia intraparenquimatosa.....	10
4.3.2.2. Hemorragia Subaracnoidea.....	10
4.4. Factores de Riesgo del ACV.....	10
4.4.1. Factores de riesgo modificables.....	11
4.4.2. Factores de riesgo no modificables.....	11
4.4.3. Otros factores de riesgo.....	12
4.5. Diagnóstico del ACV.....	12
4.5.1. Criterios de sospecha en el ictus.....	12
4.5.2. Exploración física y parámetros biológicos.....	13
4.5.2.1. Exploración neurológica.....	13
4.5.3. Las pruebas de laboratorio.....	13
4.5.4. Pruebas complementarias.....	14
4.6. Tratamiento del ACV.....	14
4.6.1. Medidas primarias.....	14
4.6.2. Medidas Secundarias.....	15
4.6.2.1. Medidas Prehospitalarias.....	15
4.6.2.2. Medidas Hospitalarias.....	15
<b>5. Metodología.....</b>	<b>19</b>
<b>6. Resultados.....</b>	<b>21</b>



**7. Discusión.....25**

**8. Conclusiones.....27**

**9. Recomendaciones.....28**

**10. Bibliografía.....29**

**11. Anexos.....34**

## Índice de tablas

### Tablas de resultados

<b>Tabla 1.</b> Prevalencia de sexo y edad en relación a los grupos etarios en los moradores de los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja en el periodo Octubre 2021- Septiembre 2022.....	<b>21</b>
<b>Tabla 2.</b> Prevalencia de factores de riesgo relacionados con ACV en moradores de los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja en el periodo Octubre 2021- Septiembre 2022.....	<b>22</b>
<b>Tabla 3.</b> Estilos de vida y su relación con el accidente cerebrovascular en moradores de los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja en el periodo Octubre 2021-Septiembre del 2022.....	<b>22</b>
<b>Tabla 4.</b> Conocimientos y actitudes sobre accidente cerebrovascular en moradores de los Barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja en el periodo Octubre 2021 – Septiembre 2022.....	<b>23</b>
<b>Tabla 5.</b> Resultados obtenidos posterior a la charla relacionada con ACV impartida a los moradores de los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja en el periodo Octubre 2021-Septiembre del 2022.....	<b>24</b>

## Índice de anexos

<b>Anexo 1:</b> Oficio de Aprobación y Pertinencia de tema de Trabajo de Titulación.....	<b>34</b>
<b>Anexo 2:</b> Oficio de Asignación de Director de Trabajo de Titulación.....	<b>35</b>
<b>Anexo 3:</b> Autorización de recolección de datos.....	<b>36</b>
<b>Anexo 4:</b> Certificado de inglés.....	<b>37</b>
<b>Anexo 5:</b> Consentimiento informado.....	<b>38</b>
<b>Anexo 6:</b> Ficha de recolección de datos (Pretest).....	<b>39</b>
<b>Anexo 7:</b> Ficha de recolección de datos (Postest).....	<b>42</b>

## **1. Título**

Conocimiento sobre Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano Y Miraflores

## 2. Resumen

El Accidente Cerebrovascular (ACV) constituye una de las principales causas de muerte a nivel mundial presentando un elevado costo socioeconómico y de salud además por sus secuelas invalidantes, su elevada mortalidad cobra importancia el establecer acciones de prevención inmediatas ya que esta patología está vinculada a hábitos, estilo de vida y factores de riesgo susceptibles de ser identificados tempranamente, para intervenir en su prevención y control. El presente trabajo de titulación tuvo como objetivo, evaluar el grado de conocimiento, reconocimiento precoz y medidas a adoptar frente al desarrollo de un ACV en pacientes con factores de riesgo en edades de 18 a 75 años que residan en los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de corte transversal, prospectivo y descriptivo, la población objeto de estudio estuvo integrada por 145 pacientes. Se obtuvieron resultados en los que predominaron los pacientes mayores de 65 años con el 25,5% (n=37), del sexo femenino 65,5% (n=95), el factor de riesgo más prevalente fue la hipertensión arterial, 58,6 % (n=85) el 54,5% (n= 79) desconoce la sintomatología inicial del ACV, 55,9% (n=81) ignora sobre cuáles son los principales factores de riesgos del ACV, así como las medidas primarias de prevenciones. En conclusión, los adultos mayores de 65 años de edad del sexo femenino, constituyeron las variables más prevalentes siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo más frecuente, existe un desconocimiento sobre el ACV, en relación a su sintomatología inicial, factores de riesgo y las medidas primarias de prevención. Se generó mayor conciencia en la población participante luego de impartir las charlas de medidas primarias de prevención.

**Palabras clave:** *enfermedad cerebrovascular; signos de alarma, prevalencia; prevención primaria.*

## Abstract

Cerebrovascular Accident (CVA) is one of the main causes of death worldwide, presenting a high socioeconomic and health cost, in addition to its disabling consequences. Its high mortality makes it important to establish immediate prevention actions since this pathology is linked to habits, lifestyle and risk factors that can be identified early, to intervene in their prevention and control. The objective of this degree work was to evaluate the degree of knowledge, early recognition and measures to be adopted against the development of a stroke in patients with risk factors between the ages of 18 and 75 who reside in the Balcon Lojano and Miraflores neighborhoods of the city of Loja. A quantitative, cross-sectional, prospective and descriptive study was carried out; the population under study was made up of 145 patients. Results were obtained in which patients over 65 years of age predominated with 25.5% (n=37), females 65.5% (n=95), the most prevalent risk factor was high blood pressure, 58,6 .4% (n=85) 54.5% (n= 79) do not know the initial symptoms of stroke, 55.9% (n=81) do not know what the main risk factors for stroke are, as well as the measures primary preventions. In conclusion, female adults over 65 years of age constituted the most prevalent variables, with high blood pressure being the most frequent risk factor. There is a lack of knowledge about stroke in relation to its initial symptoms, risk factors and the primary prevention measures. Greater awareness was generated in the participating population after giving the talks on primary prevention measures.

**Keywords:** *cerebrovascular disease; warning signs, prevalence; primary prevention*

### 3.Introducción

La Organización Mundial de la Salud afirma que el Accidente Cerebrovascular (ACV) en el año 2020 constituyó la segunda causa de muerte, aproximadamente el 11% de muertes totales en el mundo. En relación a la incidencia promedio mundial es de 200 casos por cada 100 000 habitantes cada año, y una prevalencia de 600 casos por cada 100 000 habitantes. Bender (2019)

En revisiones de estudios realizados por Murillo & Hernández (2020) se ha detectado que la incidencia mundial de los ACV aumenta significativamente por encima de los 35 años y se triplica en los individuos mayores de 85 años. Cada 53 segundos ocurre un evento de ACV y una muerte cada 3,3 minutos.

En lo referente a nuestro país dado que Ecuador es un país en vías de desarrollo y debido a la escasez de estudios neuroepidemiológicos, se desconoce el comportamiento de esta condición en nuestra población. En relación a datos actuales obtenidos en el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC,2020) en el año 2019 se registraron 4607 muertes, y por su parte en 2020 el registro fue de 5102 muertes debido a ACV (CIE-10: I60-I69).

Esta patología sé vinculada a hábitos de vida y factores de riesgo susceptibles de ser identificados tempranamente, para intervenir en su prevención y control, su identificación permite disminuir su incidencia y mortalidad, así como las graves secuelas y problemas que ocasiona.

Ante lo anteriormente expuesto, el presente trabajo tiene como finalidad brindar información sobre el ACV, su sintomatología inicial y modificación de los principales factores de riesgo asociados, con lo que se pretende enfocar este trabajo más a la prevención, manejo y terapéutica adecuada que al tratamiento de sus secuelas.

Bajo este contexto, en la siguiente investigación se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es la capacidad de la población residente en los Barrios Balcón Lojano y Miraflores en edades comprendidas entre 18 a 75 años con factores de riesgo predisponentes para ACV, de identificar su etiología, síntomas, factores de riesgo y forma de prevenirlo?

Para estas inquietudes se planteó como Objetivo general: Evaluar el grado de conocimiento, reconocimiento precoz y medidas a adoptar frente al desarrollo de un Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo en edades de 18 a 75 años que residan en los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja, y como Objetivos específicos: Determinar la prevalencia de edad, sexo y factores de riesgo relacionados con el ACV en este grupo de población. Identificar si la población reconoce los signos, síntomas, factores de riesgo y acciones a tomar frente a la presencia de un ACV. Informar a las personas investigadas como reconocer el posible desarrollo de un accidente cerebrovascular, donde acudir y las estrategias de prevención primaria existente.

En base a las líneas de prioridades de investigación en salud 2013-2017 propuestas por la Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana, se realizó el presente proyecto, que se enfoca en la sexta línea de investigación “Enfermedades Cardiovasculares” en la Región Sur del Ecuador o Región Siete” de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.



## **4. Marco Teórico**

### **Accidente cerebrovascular (ACV)**

#### **4.1. Definición**

La enfermedad cerebrovascular comprende varios trastornos que afectan a los vasos de la circulación cerebral. Es un síndrome que incluye un grupo de enfermedades heterogéneas con un punto en común: una alteración en la vasculatura del sistema nervioso central, que lleva a un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y los requerimientos de oxígeno, cuya consecuencia es una disfunción focal del tejido cerebral. (Norris, 2019).

La ECV se define como una deficiencia neurológica repentina atribuible a una causa vascular focal. Por esta razón, la definición es clínica y para reforzar el diagnóstico se utilizan los resultados de varios estudios como los de imagen encefálica.

#### **4.2. Epidemiología**

Según datos de la OMS (2020) el accidente cerebro vascular constituye la segunda causa de muerte en el mundo representando el 11% del total de muertes a nivel mundial. La incidencia promedio mundial es de 200 casos por cada 100 000 habitantes cada año, y una prevalencia de 600 casos por cada 100 000 habitantes. Están muy relacionadas con el envejecimiento poblacional, fenómeno que es particularmente evidente en los países desarrollados, con una tendencia similar en los países de bajos y medianos ingresos, en los que se considera que el número de personas de 80 años y más se duplicará entre 2010 y 2050. Los estudios de incidencia muestran que las enfermedades cerebrovasculares han declinado en los países de altos ingresos en más de un 40 % en las pasadas cuatro décadas, pero en el mismo período se han duplicado en los países de bajos y medianos ingresos. El grupo etario de más de 70 años sobresale con la cifra más alta de fallecidos por ACV a nivel mundial. Si se estima que en la actualidad 7,7 % y 1,6 % de la población mundial superan los 65 y 80 años, respectivamente, con una proyección de incremento a 15,6 % y 4,1 % para el año 2050, se puede inferir por qué es un reto para el sistema de salud. El Pacífico occidental es la región con mayor número de defunciones por ACV, seguido de Asia sudoriental y Europa. Las regiones con menores cifras de decesos por esta causa fueron África, las Américas y el Mediterráneo oriental. Los estudios de mortalidad demuestran que existen alrededor de 62 millones de supervivientes de ictus en el mundo y de estos, más de la tercera parte viven con

discapacidad. Bender (2019). En lo referente a nuestro país, la Enfermedad cerebrovasculares (ECV) están entre las principales causas de muerte, en Ecuador. Representa el 4,4% de 41 077 decesos registrados en el 2020. Además, es una de las patologías que registró un exceso de muertes, entre 2019 y 2020. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), hubo 495 decesos más en los dos años. Así, en el 2019 hubo 4 607; mientras que en 2020 fueron 5102. (INEC,2020)

### **4.3. Clasificación**

Para clasificar la ECV se toma en cuenta primordialmente el mecanismo por el cual se produce la falta de irrigación sanguínea hacia el encéfalo. Las enfermedades cerebrovasculares se dividen en aquellas en las que una insuficiencia del aporte sanguíneo causa una lesión isquémica y aquellas en las que una hemorragia en el parénquima (hemorragia intracerebral o hemorragia intramedular) o bien en el espacio entre las cubiertas pial y aracnoidea del encéfalo o la médula espinal (hemorragia subaracnoidea) causa una lesión neurológica directa, conduce a lesión isquémica secundaria o bien actúa como una lesión ocupante de espacio (Goldman L.2021)

**4.3.1.ACV isquémico:** Se produce por una alteración del aporte sanguíneo al encéfalo. La lesión puede ser focal (relacionada con oclusión de una única arteria), multifocal (relacionada con oclusión de varias arterias) o difusa (se produce en el seno de un colapso cardiovascular completo, como en la fibrilación ventricular, la disociación electromecánica y la asistolia) (Goldman L., 2021) Al hablar de isquemia cerebral focal se consideran dos tipos de isquemia: el AIT y el infarto cerebral. (Barinagarrementeria, 2017). La definición de ictus isquémico es muerte celular encefálica, medular o retiniana atribuible a isquemia con evidencia clínica, neuropatológica o en neuroimagen de lesión permanente. El accidente isquémico transitorio (AIT) se define como un episodio breve de disfunción neurológica resultante de isquemia cerebral focal sin evidencia de una lesión tisular correspondiente. (Goldman L.2021). Los AIT suelen durar pocos minutos, habitualmente menos de 1 h, pero lo más común es menos de 10 min. (Barinagarrementeria, 2017). El riesgo de apoplejía después de una TIA es de casi 10 a 15% en los primeros tres meses y la mayor parte de los episodios se manifiestan durante los primeros dos días. (Loscalzo, 2019)

**4.3.1.1. Fisiopatología.** La oclusión repentina de un vaso intracraneal reduce el flujo

sanguíneo en la región encefálica que irriga. Las consecuencias del riego reducido dependen de la circulación colateral. La interrupción completa de circulación cerebral causa la muerte del tejido encefálico en 4 a 10 min; cuando ésta es menor de 16 a 18 mL/100 g de tejido por minuto, se produce un infarto en unos 60 min, y si la irrigación es menor de 20 mL/100 g de tejido por minuto aparece isquemia sin infarto, a menos que se prolongue durante varios horas o días. Si la irrigación se reanuda antes de que haya infarto significativo, el individuo experimenta únicamente síntomas pasajeros, como es el caso de la TIA. Otro concepto importante es la penumbra isquémica que se define como la presencia de tejido isquémico, pero disfuncionalmente reversible, que rodea a una zona central de infarto. Si no se producen cambios en la irrigación, finalmente la penumbra isquémica culminará en un infarto y por este motivo el objetivo de la revascularización es salvar la penumbra isquémica. La isquemia produce necrosis al privar a las neuronas de glucosa, que a su vez impide la producción de ATP en las mitocondrias. Sin este compuesto fosfatado, las bombas iónicas de la membrana dejan de funcionar y las neuronas se despolarizan, con lo que aumenta la concentración intracelular de calcio. La despolarización también provoca la liberación de glutamato en las terminaciones sinápticas y el exceso de esta sustancia fuera de la célula es neurotóxico, puesto que activa los receptores posinápticos de glutamato, lo que aumenta la penetración de calcio a la neurona. La degradación de lípidos de la membrana y la disfunción mitocondrial producen radicales libres. Estos últimos provocan la destrucción catalítica de las membranas y probablemente dañan otras funciones vitales de las células. La isquemia moderada, como la que se observa en la zona de penumbra isquémica, favorece la muerte por apoptosis, donde las células se destruyen días o semanas después. La fiebre acentúa de manera dramática la isquemia, al igual que la hiperglucemia [glucosa >11.1 mmol/L(200 mg/100mL)], lo que justifica suprimir la hipertermia y evitar la hiperglucemia en la medida de lo posible. (J. Larry Jameson, 2019)

*4.3.1.2. Etiología.* Según Farreras (Farreras, 2020) el ACV isquémico se clasifica en los siguientes subtipos: arteriosclerótico de gran vaso, Cardioembólico, arteriosclerótico de pequeño vaso, Secundario a otras causas. La aterotrombosis debida a aterosclerosis es la causa más frecuente de AIT o ictus relacionados con enfermedad estenótica oclusiva en una única arteria. La isquemia puede producirse cuando la estenosis progresiva en la zona de una placa aterosclerótica conduce a deterioro hemodinámico, afectando al tejido encefálico distal. En ocasiones, la

hemorragia en la placa puede llevar a una oclusión arterial abrupta, y a veces el trombo que se ha formado en una placa ulcerada puede embolizar y ocluir una arteria distal (Goldman L.2021) La ECV cardioembólico representa un tercio de las ECV isquémicos y puede ser secundario a un nutrido grupo de enfermedades cardíacas (Farreras, 2020). Los émbolos provenientes del corazón causan alrededor de 20% de las apoplejías isquémicas. La apoplejía que es consecuencia de una cardiopatía se debe casi siempre a la embolia del material trombótico que se formó en la pared auricular o ventricular o en las válvulas de la mitad izquierda del corazón. Los trombos se desprenden y se convierten en émbolos que viajan por la circulación arterial. Algunas veces el trombo se fragmenta o lisa momentáneamente y provoca una TIA. Por el contrario, cuando la oclusión arterial se prolonga, produce apoplejía. En casi todo el mundo, las causas principales de enfermedad cardioembólica las constituyen la fibrilación auricular no reumática (llamada a menudo no valvular), el infarto del miocardio, las prótesis valvulares, la cardiopatía reumática y la miocardiopatía isquémica. (J. Larry Jameson, 2019) El ACV arteriosclerótica de pequeño vaso (infarto lacunar) son áreas necróticas de menos de 15 mm ubicadas en el territorio de arterias perforantes de 100 a 400 mm de diámetro que irrigan la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales, los núcleos grises subcorticales, el diencéfalo o el tronco cerebral. Representan el 20% de AVC isquémicos y la anomalía arterial subyacente más frecuente es una placa de micro ateroma asentada en el origen o tercio proximal del vaso perforante. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus son las causas de infarto lacunar más frecuentes, y es excepcional el origen secundario a émbolos cardíacos y arteriales, enfermedades hematológicas o vasculopatías diversas (Farreras, 2020) El ACV secundario a otras causas puede asociarse a un largo listado etiológico, especialmente en adultos jóvenes sin factores de riesgo vascular. Destacan por su relativa frecuencia la disección arterial, la displasia fibromuscular y el síndrome antifosfolípídico.

**4.3.2.ECV Hemorrágica.** Aproximadamente un 20% de todos los ictus se deben a hemorragia intracraneal espontánea, de los cuales cerca de tres cuartos están causados por hemorragia intracerebral y un cuarto por hemorragia subaracnoidea. (Goldman L., 2021) La incidencia global es de 10-30/100 000 habitantes, con un claro aumento relacionado con la edad y una mayor frecuencia en varones. Constituye el 10%-15% del total de las enfermedades cerebrovasculares agudas, y alcanza el 30% en los países asiáticos. (Farreras, 2020)

**4.3.2.1. Hemorragia intraparenquimatosa.** Se define como una colección de sangre dentro

del parénquima cerebral producida por una rotura vascular no traumática, puede abrirse al sistema ventricular o al espacio subaracnoideo. (Sola G., 2020). La HIC causa un daño mecánico directo sobre las estructuras cerebrales, si bien otros factores también contribuyen al agravamiento clínico del paciente; entre ellos destaca el incremento de metaloproteinasas, glutamato, citocinas, heme y hierro. Estos factores contribuyen a la formación de edema, apoptosis, necrosis y a la aparición de células inflamatorias (Farreras, 2020) La etiología puede ser (70%) relacionada con la HTA o con angiopatía amiloide. La hemorragia secundaria es menos frecuente se presenta en pacientes más jóvenes. La localización preferente es lobar y está en relación con fármacos antiagregantes o anticoagulantes, malformaciones vasculares (MAV o cavernosas), coagulopatías o abuso de drogas. (Sola G., 2020)

*4.3.2.2. Hemorragia Subaracnoidea (HSA).* Supone la aparición brusca de sangre en el espacio subaracnoideo. Los procesos causantes de HSA son los siguientes, con sus porcentajes aproximados:

- Aneurismas: > 70 %
- Malformaciones vasculares: 5%
- Hipertensión arterial: 5-10%
- Tumores: excepcional
- Discrasia sanguínea y anticoagulantes: 5%
- Idiopáticas: 10-20%

De acuerdo con la edad, en los jóvenes la causa más frecuente de HSA es la malformación vascular, mientras que en la edad media es el aneurisma y en la edad avanzada la hipertensión arterial-arteriosclerosis. (Allan H., 2017)

#### **4.4. Factores de Riesgo del ACV**

Según la American Stroke Association (ASA), (2021) existen factores de riesgo modificables y no modificables que aumentan la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular.

##### ***4.4.1. Factores de riesgo modificables:***

- La Hipertensión arterial mal controlada, por lo cual es necesario llevar un control cuidadoso y

apegarse al tratamiento en caso de cursar con la enfermedad

- El tabaquismo, pues la nicotina y el monóxido de carbono de los cigarrillos altera el sistema cardiovascular. Además, la combinación de tabaquismo y anticonceptivos orales conlleva un riesgo aún mayor.
- La diabetes, por lo cual es importante tratarla en caso de que esté presente o evitar su aparición con una dieta saludable.
- Dieta poco saludable, por lo que debemos optar por alimentos que mejoren nuestra salud cardíaca y cerebral. Se ha visto que consumir cinco o más porciones de frutas y vegetales al día reduce el riesgo de ictus.
- La inactividad, por lo que debemos incluir al menos 30 minutos de actividad física la mayoría de los días.
- El sobrepeso y obesidad; se ha visto que disminuir tan poco como 5 a 10 libras reduce el riesgo cardiovascular.
- Los niveles de colesterol elevado, pues permite el desarrollo de trombos.
- Las enfermedades arteriales, ya que el desarrollo de aterosclerosis permite la aparición de trombos y émbolos que pueden llegar al cerebro.
- La fibrilación auricular aumenta cinco veces el riesgo, pues se pueden formar trombos que lleguen al cerebro.
- Cardiopatías, sobre todo enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca.
- La anemia drepanocítica, pues los glóbulos rojos transportan menos oxígeno y tienden a formar trombos.

#### ***4.4.2 Factores de riesgo no modificables:***

- Edad: El riesgo de ictus se dobla cada diez años después de los 55.
- Historia familiar de accidente cerebrovascular: Padres, abuelos o hermanos, especialmente antes de los 65 años.
- Raza: Los afroamericanos tienen un riesgo mucho más elevado, sobre todo por su mayor riesgo de padecer hipertensión arterial, diabetes y obesidad.

- Sexo: Las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir ictus debido a situaciones como el embarazo, historia de preeclampsia/eclampsia y diabetes gestacional, uso de anticonceptivos orales y terapia hormonal postmenopáusicas.
- Accidente cerebrovascular previo: El riesgo se incrementa con la existencia de episodios previos y también por ataques isquémicos transitorios

#### ***4.4.3. Otros factores de riesgo.***

- Factores socioeconómicos: El ictus es más común entre las personas con ingresos bajos. Se cree que esto se debe a la mayor prevalencia de obesidad y tabaquismo y al acceso limitado a una atención médica de calidad.
- Abuso de alcohol y drogas
- Hábitos de sueño: Se ha visto que las personas con sueño de buena calidad tienen menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares e ictus.

### **4.5. Diagnóstico del ECV**

**4.5.1. Criterios clínicos:** El National Institute of Neurological Disorders and Stroke americano (NINDS, 2020) establece cinco signos/síntomas que deben advertirnos de la presencia de ictus:

- Pérdida de fuerza repentina en la cara, brazo o pierna, especialmente si es en un sólo lado del cuerpo.
- Confusión repentina, problemas en el habla o la comprensión de lo que le dicen.
- Pérdida repentina de visión en uno o en ambos ojos.
- Dificultad repentina para caminar, mareos, o pérdida del equilibrio o de la coordinación.
- Dolor de cabeza fuerte, repentino, sin causa conocida.

La Australia's National Stroke Foundation (Foundation, 2020) añade un sexto síntoma:

- Disfagia, constituye una consecuencia común del accidente cerebro vascular con una incidencia de 27% a 64%, se asocia a un mayor riesgo de neumonía por aspiración, desnutrición y deshidratación.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) amplía los cinco signos propuestos por el NINDS con uno más: (Social., 2018)

- Trastorno de la sensibilidad, sensación de “acorchamiento u hormiguillo” de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco

**4.5.2. Exploración física y parámetros biológicos:** El examen físico inicial ha de incluir una valoración de las funciones vitales: función respiratoria, ritmo cardíaco, PA, temperatura y si es factible, glucemia y saturación de oxígeno. (Scielo, 2020)

**4.5.2.1. Exploración neurológica.:** Evaluación breve pero rigurosa de las funciones neurológicas, valorando los siguientes aspectos (Scielo, 2020)

- Nivel de consciencia (se puede utilizar la escala de Glasgow).
- Orientación en espacio y tiempo.
- Lenguaje, se valorará la comprensión, la respuesta a órdenes sencillas y la expresión. Se indicará al paciente que nombre objetos como un lápiz o un reloj y luego que indique para qué sirven
- Pares craneales: su alteración es frecuente en las lesiones de tronco.
- Desviación oculocefálica: es un signo localizador. En las lesiones hemisféricas el paciente mira hacia el lado de la lesión encefálica mientras que en las lesiones de tronco la desviación es hacia el lado hemipléjico, es decir, contraria a la lesión encefálica.
- Déficit motor: generalmente uni y contralateral a la lesión cerebral. Puede ser completa (plejia) o incompleta (paresia). Se caracteriza por pérdida de fuerza, alteración del tono y signo de Babinski
- Déficit sensitivo: habitualmente contralateral a la lesión encefálica.
- Alteraciones cerebelosas: tales como ataxia, incoordinación e hipotonía.

**4.5.3. Las pruebas de laboratorio.** Pueden ayudar a excluir trastornos que pueden simular, complicar o conducir a un ictus isquémico agudo. Las pruebas que deben realizarse en todos los pacientes con sospecha de ictus isquémico son hemograma completo y recuento plaquetario, tiempo de protrombina/índice normalizado internacional (INR), tiempo de tromboplastina parcial activado, nivel de glucosa sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de función renal, nivel de troponina y saturación de oxígeno. (Scielo, 2020)



**4.5.4. Pruebas complementarias:** Debe realizarse un electrocardiograma urgente, y el paciente debe enviarse a TC o RM encefálica tan pronto como esté lo suficientemente estable. En pacientes seleccionados están indicadas pruebas adicionales. Por ejemplo, en las mujeres en edad fértil debe realizarse una prueba de embarazo. Si se sospecha abuso de drogas o alcohol, deben realizarse detección sistemática toxicológica y niveles de alcohol en sangre. En los pacientes que pueden estar recibiendo un inhibidor de la trombina directa o un inhibidor del factor Xa, puede ser útil el tiempo de trombina o el tiempo de coagulación (Goldman L., 2021)

#### **4.6. Tratamiento del ACV**

**4.6.1 Medidas primarias.** Dado que más del 75% de los ictus son primeros episodios, la prevención primaria del ictus es de importancia primordial. Llevar un estilo de vida sano (no fumar, seguir una dieta baja en sodio y rica en frutas y verduras, realizar al menos 30 min de actividad física diaria moderada o intensa, tener un índice de masa corporal por debajo de 25 kg/m<sup>2</sup> y consumir no más de una bebida alcohólica al día para mujeres y una o dos para hombres) se asocia con un riesgo de un primer ictus un 80% más bajo en comparación con las personas que no siguen este estilo de vida. El efecto es gradual, y el beneficio aumenta dependiendo del número de pautas de estilo de vida sana que sigue el individuo. No existen pruebas de que el tratamiento profiláctico con ácido acetilsalicílico u otros fármacos antiagregantes plaquetarios reduzca el riesgo de ictus en los individuos de bajo riesgo. (Amelia K.Boehme, 2020) Los factores de riesgo susceptibles de tratamiento son hipertensión, diabetes, fibrilación auricular y estenosis carotídea. El tratamiento de la hipertensión reduce el riesgo de ictus. Se recomienda la detección sistemática regular de la presión arterial y el tratamiento de la hipertensión con el objetivo de mantenerla por debajo de 140/90 mmHg. En pacientes con diabetes se recomienda el tratamiento de la presión arterial y el uso de una estatina para reducir el riesgo de un primer ictus. Las estatinas también se recomiendan para prevenir un primer ictus isquémico en pacientes con cardiopatía coronaria. Aunque las complicaciones microvasculares de la diabetes se reducen con un control glucémico adecuado (nivel objetivo de hemoglobina glucosilada < 7%), no existen pruebas de que el control estricto reduzca el riesgo de ictus ni los episodios cardíacos coronarios. Los pacientes que tienen fibrilación auricular tienen un riesgo elevado de embolia y se benefician del tratamiento con warfarina o un nuevo anticoagulante oral. La anticoagulación oral indicada para la prevención del ictus en pacientes con una válvula

cardíaca protésica mecánica (Dawn O. Kleindorfer, 2021). Las píldoras anticonceptivas (particularmente las que contienen estrógenos) pueden elevar su riesgo de coágulos de sangre. Los coágulos son más probables en mujeres que también fuman y que tienen más de 35 años. (MedilinePlus, 2021)

#### ***4.6.2. Medidas Secundarias***

4.6.2.1. Medidas Prehospitalarias. El primer eslabón tiene por objetivo un reconocimiento rápido y eficaz de los síntomas de ictus por parte de los equipos prehospitalarios. Ante la sospecha de ictus agudo, se debe activar el Código Ictus (CI). El CI es un protocolo de atención rápida cuyo objetivo fundamental es facilitar el acceso, en el menor tiempo posible, a los tratamientos de reperfusión. Por ello, se requiere una red de ictus que permita que todos los pacientes puedan ser atendidos en el centro más adecuado en función de su complejidad, mediante la colaboración entre hospitales de distintos niveles y los sistemas de emergencias extrahospitalarias. (E. Sanjuana, 2020.) Según la guía española de intervención primaria del ictus (Social., 2018) el CI es un procedimiento de actuación prehospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, con la consiguiente priorización de cuidado y traslado inmediato a un centro capacitado.

##### ***4.6.2.2. Medidas Hospitalarias.***

Dentro de las medidas generales considerar:

- La primera medida a tomar es comprobar el adecuado funcionamiento de las funciones cardiorrespiratorias (ABC)
- Asegurar una vía aérea permeable y mantener una adecuada ventilación y circulación. También se deben tomar medidas para evitar las broncoaspiraciones.
- Si es necesario, se cogerá una vía periférica en el brazo no parético.
- Se evitará la administración de líquidos o sólidos por vía oral salvo en aquellas situaciones en las que se necesite administrar fármacos. (Social., 2018)

**Ictus Isquémico:** Una vez corroborado el diagnóstico clínico de apoplejía es importante emprender una estrategia ordenada para la valoración y el tratamiento iniciales. El objetivo

primario es evitar o revertir el daño encefálico. Las prioridades de atención son la ventilación (libre tránsito de aire por vías respiratorias), la respiración, la circulación y el tratamiento de la hipoglucemia o hiperglucemia, si se identifican. También se debe practicar como método de urgencia una CT de la cabeza, sin medio de contraste, para diferenciar entre las apoplejías isquémica y hemorrágica. (Villanueva, 2018) Medidas generales:

- Reposo relativo durante las primeras 24-48 horas, ligeramente incorporado. (Villanueva, 2018)
- No descender la T.A. a no ser que sobrepase cifras de 220/120 mmHg. Debe procurarse en tales casos un descenso lento de T.A. con fármacos por vía oral (IECA de elección: captopril 12.5 mg/12h, enalapril 5 mg/24h). Solo en caso de emergencias hipertensivas (insuficiencia renal o insuficiencia cardiaca grave) utilizaremos la vía IV (labetalol 20 mg en 2-4 minutos, repitiendo dosis/20 min hasta un máximo de 200-300 mg/día). El descenso brusco de la Tensión Arterial puede tener consecuencias desastrosas, aumentando el área de necrosis por el descenso de la presión de perfusión. (Íguez-VillatoroaD.Rodríguez-Lunaa M.Rubiera., 2020)
- Valorar el grado de alteración de la deglución. Evitar sobre todo los líquidos (utilizar espesante) colocando una sonda nasogástrica en caso de riesgo de broncoaspiración.
- Interconsultar a logopedia si la disfagia es severa (Íguez-VillatoroaD.Rodríguez- Luna M.Rubiera., 2020)
- Evitar el suero glucosado (recomendado) durante las primeras 24-36 horas de evolución del ictus (salvo si existe hipoglucemia < 80mg%).
- Determinación de glucemia a la llegada a urgencias/UI. Registro cada 4-6 h las primeras 72 h (o 48 h en no diabéticos normoglucémicos.  $\geq 180$  mg/dl tratamiento con insulina (según pauta) en < 1 h de la detección. (Íguez-VillatoroaD.Rodríguez-Lunaa M.Rubiera., 2020)
- Evitar el tratamiento con esteroides., utilizar Heparina de bajo peso molecular como profilaxis de trombosis venosa profunda (TVP) con dosis entre 2500-5000 ui/24h subcutáneas. Los ensayos clínicos demuestran un claro beneficio respecto a placebo (reducción en torno al 80 % de TVP). (Villanueva, 2018)
- Evitar la hipertermia (>37.5 °C) con medidas físicas y farmacológicas (metamizol 2 g/8h iv y/o paracetamol 500 mg/6h VO , así como tratando las infecciones intercurrentes.

(Villanueva, 2018)

- **Aterotrombótico:** Con estenosis carotídea < 70% antiagregación. Se recomienda, AAS 500 mg/día (evitar si antecedentes de ulcus). No existe consenso acerca de la dosis ideal por una falta de comparabilidad de los resultados. La aspirina se ha demostrado efectiva en estudios que incluían AIT o ictus menor (escasa repercusión funcional), pero no con ictus extensos. Ticlopidina 250 mg/12h (si ulcus o estenosis severas no quirúrgicas). La ticlopidina se ha mostrado más eficaz que la aspirina en la prevención de recurrencias tras AIT o ictus menor. Clopidogrel 75 mg/24h., presenta menos efectos secundarios. En la actualidad se considera a este fármaco como una buena opción en pacientes que repiten ictus/AIT estando en tratamiento con AAS o bien en pacientes con antecedentes ulcerosos o de sangrado gastrointestinal. Triflusal 300mg/8-24. Con estenosis carotídea >70%: endarterectomía + antiagregación\* (AAS, ticlopidina o triflusal). (Villanueva, 2018)

**Ictus Hemorrágico.** Los objetivos iniciales del tratamiento son minimizar la lesión encefálica primaria aguda en los pacientes de alto grado con disminución del nivel de conciencia, tratar las complicaciones secundarias y prevenir el resangrado. La mortalidad tras una hemorragia subaracnoidea es considerablemente más baja cuando los pacientes son tratados en grandes centros regionales de alto volumen con acceso a cuidados intervencionistas cualificados y cuidados neurointensivos especializados. La lesión encefálica primaria grave relacionada con los efectos agudos de la hemorragia es la principal causa de muerte y discapacidad tras una hemorragia subaracnoidea, y el tratamiento intensivo puede reducir tanto la morbilidad como la mortalidad. En los pacientes de alto grado, la preocupación inmediata en el servicio de urgencias es reducir la presión intracraneal (PIC) y prevenir la lesión cerebral hipóxico-isquémica secundaria. Los pacientes con deterioro de la capacidad para proteger las vías respiratorias deben intubarse, y administrar oxígeno suplementario si es necesario. La hipotensión debe tratarse agresivamente con líquidos y vasopresores para mantener una presión arterial media de 90 mmHg. En los pacientes estuporosos o comatosos con sangre subaracnoidea extensa, hemorragia intraventricular, hidrocefalia obstructiva aguda o edema cerebral global, la hipertensión intracraneal debe tratarse empíricamente con 1 g/kg de manitol al 20% antes de la colocación urgente de un drenaje ventricular externo. Si es necesario, pueden administrarse dosis repetidas de manitol o 0,5-2 ml de salino hipertónico al 23,4% cada hora según se precise para reducir la PIC a menos de 20 mmHg o para revertir los signos de herniación transtentorial, con control

cuidadoso del sodio y la osmolaridad sérica y el estado del volumen. (Goldman L., 2021)

Dentro de las medidas a adoptar para el tratamiento de Ictus Hemorrágico, se recomienda: (Villanueva, 2018)

- Reposo absoluto durante 7-15 días según la extensión de la hemorragia.
- No descender la T.A. a no ser que sobrepase cifras TA sistólica de 190 mmHg. durante las primeras 24-48 horas. Después mantener un control estricto de TA.
- Vigilar la deglución como en el ictus isquémico.
- Analgésicos con cefalea (metamizol 2g/8h IV) y antieméticos si náuseas o vómitos (metoclopramida iv).
- Evitar los corticoides: no se han demostrado eficaces y pueden aumentar las complicaciones.
- En caso de deterioro neurológico algunos autores recomiendan el uso de agentes osmóticos IV (Manitol al 10 ó 20%), aunque se ha sugerido que pueden aumentar el hematoma por su efecto de rebote (aumento de TA posterior).
- No está justificado el uso sistemático de antiepilépticos, debiendo utilizarse sólo si aparecen crisis epilépticas.
- No existen criterios definidos para el drenaje quirúrgico de hematomas, puede plantearse en hematomas lobares en los que aparece deterioro neurológico, no mejora la recuperación funcional, aunque si desciende la mortalidad. En hemorragias cerebelosas puede plantearse en caso de hidrocefalia o deterioroneurológico.

## **5. Metodología**

### **5.1. Área de estudio**

La presente investigación se realizó en el barrio Balcón Lojano sus coordenadas geográficas son latitud 3.9971779286832416, longitud 79.2096907746645 y el barrio Miraflores con latitud 3.999859048630002 ,longitud -79. 21195514971069.Los barrios mencionados pertenecen a la parroquia Sucre en el área urbana de la ciudad de Loja, al occidente de la ciudad.

### **5.2. Procedimiento**

**5.2.1. Enfoque metodológico:** El presente estudio se efectuó mediante un enfoque metodológico cuantitativo.

#### **5.2.2. Técnicas:**

La recopilación de información se realizó a través de una ficha de recolección de datos (anexo 2). Esta ficha contenía los principales parámetros que fueron medibles en la presente investigación. Se explicó al paciente el objetivo del presente estudio y se solicitó su autorización a través del llenado del consentimiento informado (anexo 1). Mediante entrevista domiciliar se aplicó el cuestionario con la finalidad de poder captar a los pacientes con factores de riesgo. Inicialmente a cada paciente se les midió sus signos vitales, además se calculó el índice de masa corporal lo cual me permitió categorizar al paciente en base a su peso, las preguntas realizadas me permitieron obtener datos para medir los dos primeros objetivos. En base a las respuestas otorgadas, clasifiqué a los usuarios según la presencia de factores de riesgo y nivel de conocimientos sobre ACV.Posteriormente,brindé explicación sobre todo lo concerniente al desarrollo del ACV haciendo énfasis en el cuidado preventivo, así como el reconocimiento de los signos de alarma .Para el cumplimiento del tercer objetivo, una vez explicada toda la información pertinente apliqué un segundo cuestionario a través de la ficha de recolección de datos (anexo 3) la misma que me permitió evaluar si el usuario fue capaz de comprender la información brindada.

**5.2.3. Tipo de diseño:** Se realizó una investigación de carácter descriptivo de corte transversal, y prospectivo.

**5.2.4. Unidad de estudio,** el universo estuvo conformado por los moradores de los Barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja, con una población total de 350 personas.

**5.2.5. Muestra y tamaño de la muestra,** la muestra quedo constituida por 145 participantes

Se calculó la muestra con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 3%, teniendo como resultado el universo de 145 participantes, fue necesario determinar una muestra probabilística estratificada para lo cual se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^a \times p \times q}{d^a \times (N - 1) + Z^a \times p \times q}$$

Dónde:

**n:** tamaño de la muestra

**N:** tamaño de la población = 350

**Z:** nivel de confianza. = 95% ( $Z_a = 1,96$ )

**p:** probabilidad de éxito ( $5\% = 0,05$ )

**q:** probabilidad de fracaso = ( $1-p = 1-0,05 = 0,95$ )

**d:** Error máximo = 3 % ( $0,03$ )

**5.2.6. Tipo de muestreo.** La investigación se llevó a cabo a través de un tipo de muestreo estratificado.

#### **5.2.7. Criterios de inclusión.**

- Mayores de 18 años hasta 75 años.
- Personas que presenten factores predisponentes para ACV
- Personas que acepten voluntariamente participar en el estudio

#### **5.2.8. Criterios de exclusión**

- Personas con evidencia de deterioro cognitivo o problemas mentales que no faciliten la encuesta.
- Personas sin la capacidad de comunicarse por medio del lenguaje o de forma correcta.

### **5.3. Procesamiento y análisis de datos**

- **Plan de tabulación y análisis de datos**, se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2016.
- **Presentación de información**, los resultados se presentaron en tablas simples utilizando el programa Microsoft OfficeWord 2022.

## 6. Resultados

### Resultados para el primer objetivo

Prevalencia de edad, sexo y factores de riesgo relacionados con Accidente Cerebrovascular en moradores de los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja

*Tabla 1. Prevalencia de sexo y edad en relación a los grupos etarios en moradores de los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja en el periodo Octubre 2021-Septiembre del 2022.*

Grupos de Edad	f	%	Sexo	f	%
De 18 a 24	3	2,1%	Femenino	95	65,5%
De 25 a 29	8	5,5%	Masculino	50	34,5%
De 30 a 34	5	3,4%	<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100 %</b>
De 35 a 39	10	6,9%			
De 40 a 44	10	6,9%			
De 45 a 49	11	7,6%			
De 50 a 54	20	13,8%			
De 55 a 59	22	15,2%			
De 60 a 65	19	13,1%			
De 65 a más	37	25,5%			
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100%</b>			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaborado: Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo

**Análisis:** Del total de participantes en el presente estudio se evidenció que el grupo etario mayor a 65 años constituyó el grupo más frecuente, representando el 25,5% (n=37) del total de participantes. Analizando la variable sexo, encontramos predominantemente mujeres 65,5% (n=95)



**Tabla 2. Prevalencia de factores de riesgo relacionados con accidente cerebrovascular en moradores de los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja en el periodo Octubre 2021-Septiembre del 2022.**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	
Hipertensión arterial	85	58,6	%
Diabetes	22	15,17	%
Dislipidemias	20	13,79	%
Obesidad	14	9,6	%
Otros	4	2,7	%
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos  
Elaborado: Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo

**Análisis:** Dentro de los factores de riesgo para ACV se encontró hipertensión arterial en el 58,6% (n=85) de los pacientes en estudio, diabetes mellitus en el 15,1% (n= 22) y dislipidemias en el 13,79 %,14 paciente presentaron obesidad y además 2,7% (n= 4) presentaron otras patologías como es el caso de hipotiroidismo y cardiopatías.

**Tabla 3. Estilos de vida y su relación con el accidente cerebrovascular en moradores de los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja en el periodo Octubre 2021-Septiembre del 2022.**

<b>Estilos de vida</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	
Tratamiento farmacológico			
Si	91	62,8	%
No	54	37,2	%
Controles de salud			
Ocasionalmente	87	60	%
Frecuentemente	37	25	%
Nunca	21	14,5	%
Sedentarismo	128	88,3	%
Dieta mal controlada	97	66,9	%
Consumo de alcohol	34	23,4	%
Consumo de tabaco	10	6,9	%
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Ficha de recolección de datos  
Elaborado: Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo

**Análisis:** En lo referente a los estilos de vida ,54 paciente (37%) no cuentan con tratamiento farmacológico establecido para su patología, de los 145 pacientes el 87% acuden a controles de salud de forma ocasional y el 14,5 % nunca acuden a controles médicos. Se evidencia además que el 88,3% (n= 128) no realizan actividad física y el 66,9% no tiene un control adecuado de su dieta, en relación al consumo de alcohol 34 pacientes manifiestan consumir alcohol de manera ocasional y por su parte 6,9% consumen tabaco de manera habitual.

### Resultados para el segundo objetivo

Identificar si la población reconoce los signos, síntomas, factores de riesgo y acciones a tomar frente a la presencia de un ACV.

**TABLA 4. Conocimiento y actitudes sobre accidente cerebrovascular en moradores de los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja en el periodo Octubre 2021-Septiembre del 2022,**

<b>Opciones que podrían generar ECV</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
No lo sé	81	55,9 %
Diabetes	54	37,3 %
Hipertensión	45	31 %
Estrés	33	22,8 %
<b>Sintomatología de la ECV</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
No lo sé	79	54,5 %
Alteraciones visuales	42	28,96 %
Dificultad para hablar	30	20,7 %
Asimetría facial	27	18,6 %
<b>Donde acudir si sospecha inicio de ECV</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
No lo se	98	67,6 %
<b>Tiempo ideal de tratamiento</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
No lo sé	106	73,1 %
<b>Ha recibido alguna capacitación sobre ECV</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
No	128	88,3 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaborado: Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo

**Análisis:** En relación a los niveles de conocimiento el 55,9% desconoce las principales causas del ACV, pero el 37,3% y el 31 % atribuyen su causa a la diabetes e hipertensión respectivamente, 54,5% (n= 79) no es capaz de reconocer los principales signos de alarma. Analizando el nivel de actitudes a considerar frente a la presencia de un posible ACV en su mayoría fue bajo siendo así que el 67,6% no sabría dónde acudir para su atención y el 73,1 % no está familiarizado entre cual sería el tiempo ideal para iniciar un tratamiento oportuno. Finalmente, del total de pacientes 128, nunca han recibido una capacitación sobre medidas preventivas para ACV,

### Resultados del tercer objetivo

Informar a las personas investigadas como reconocer el posible desarrollo de un ACV, donde acudir y las estrategias de prevención primaria existentes para favorecer la disminución de la enfermedad a través de la educación

**TABLA 5. Resultados obtenidos posterior a la charla relacionada con ACV impartida a los moradores de los barrios Balcón Lojano y Miraflores de la ciudad de Loja en el periodo Octubre 2021-Septiembre del 2022,**

<b>Causas que generan ECV</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Todas	141	96,55 %
Hipertensión	4	2,069 %
Diabetes	1	0,69 %
<b>Sintomatología de ECV</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Todas	145	100 %
<b>Donde acudir ante sospecha de ECV</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Emergencia	145	100 %
<b>Tiempo ideal para inicio de tratamiento</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
< 4 horas	145	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos  
Elaborado: Paulina del Carmen Sigüenza V.

**Análisis:** Posterior a las charlas impartidas el 100% de los participantes fueron capaces de reconocer las causas, sintomatología, así como actitudes iniciales a considerar frente al ACV.

## 7. Discusión

El Accidente Cerebrovascular (ACV) es una causa importante de mortalidad y discapacidad en Latinoamérica y la falta de educación de la comunidad en cuanto a prevención, reconocimiento y manejo puede contribuir a agravar esa realidad.

El presente estudio muestra una prevalencia de la enfermedad en la población femenina (65,5%) con un promedio de edad a partir de los 65 años. Los resultados son similares a los observados en diversos estudios internacionales, donde la incidencia de ACV se incrementa notoriamente con la edad y a partir de los 45 años la probabilidad de sufrirlo se duplican, se hace referencia al estudio realizado por Guerra en la ciudad de Villa Clara-Cuba, (Guerra, 2022) el estudio mostró mayor frecuencia de los individuos entre los 60 y 69 años de edad y del sexo femenino 36, 30%. Por otra parte en la ciudad de Lima Perú en un estudio realizado por Diaz Canchos (Canchos, 2018) se puede evidenciar que la prevalencia según el sexo, fue ligeramente superior en el grupo de los varones con un 53.4% (n=94) en comparación al de las mujeres con un 46.6% (n= 82).

En relación a los factores de riesgo la hipertensión arterial que instituyó el 72,4%, fue el factor que más predominó, constituye la principal causa para enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus y la dislipidemia, también estuvieron entre las primeras condiciones de riesgo, sin embargo; los datos observados en esta investigación, se contraponen al estudio realizado por la Universidad de Évora Portugal (Fialho, 2019) en el que se observa 243 referencias a factores de riesgo y el tabaquismo con 56,5% (n=96) la hipertensión 20,2% (n=49) y la hipercolesterolemia 20,2% (N=49) son los más referidos. Los hallazgos encontrados en los dos estudios analizados, nos permiten hacer un comparativo en relación a los hábitos de las personas, considerando el país de procedencia ya que como se puede evidenciar en el caso de lo estudiado en Portugal el tabaquismo constituye el principal factor de riesgo a diferencia de lo que sucede en nuestro país.

La población de estudio posee en su mayoría un nivel de conocimiento bajo acerca de los signos de alarma, etiología y actitudes frente al accidente cerebrovascular, estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos por Diaz Cabezas en la Universidad de Caldas Colombia (Diaz C., 2019) y Canales en Chile (Canales, 2020) en donde el 57% y 63% de su población de

estudio, respectivamente, poseen un bajo nivel de conocimiento sobre el ACV. Los estudios realizados en España por Jiménez y Ramírez fueron diferentes a los obtenidos en Latinoamérica en donde se encontró un nivel más alto de conocimiento por parte de la población con un porcentaje de más del 50% de la población, esta discrepancia en los resultados se debe principalmente a la diferencia de los sistemas de salud y educación de los países mencionados.

En Ecuador no existen investigaciones que hayan abordado este tópico en particular y solo se podrá comparar los resultados del presente trabajo con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2023) que reportan que el ACV sigue siendo la tercera causa de muerte en nuestro país registrándose un ligero descenso en el 2023 que fue de 4970 en comparación con los 5099 en el 2022, además se reporta una ligera prevalencia en el sexo masculino. Según datos de los países que han implementado dentro de sus políticas de salud, la prevención primaria a través de educación, se evidencia una reducción de los factores de riesgo cardiovascular, por lo que es importante seguir trabajando para educar a la población ya que como se manifestó el ACV es altamente prevenible.

## 8. Conclusiones

- Entre las variables de la población estudiada el sexo femenino fue más prevalente, el grupo etario más frecuente fue entre los 60 y 69 años, la hipertensión arterial fue el factor de riesgo predominante.
- Existe un alto grado de desconocimiento por parte de la población estudiada en relación a la sintomatología, factores de riesgo y actitudes a considerar frente al accidente cerebrovascular.
- La información brindada a los pacientes ayudó a concientizar sobre la importancia de mantener hábitos y estilos de vida saludables con la finalidad de disminuir factores de riesgo relacionados con el accidente cerebrovascular. Además, los participantes fueron capaces de reconocer signos de alarma, así como aptitudes y medidas primarias a adoptar frente al desarrollo del accidente cerebrovascular.

## 9. Recomendaciones

- A las unidades operativas del primer nivel de atención del Ministerio de salud Pública en especial a los centros de salud encargados de los barrios en estudio, sugerimos emprender campañas de concientización e información con la temática de enfermedad cerebrovascular, tanto para pacientes como para familiares, con la finalidad de reducir el tiempo de identificación y atención de dicha patología.
- Sugerimos la realización de futuras investigaciones en relación al presente estudio, con la finalidad de identificar el comportamiento de esta patología, la información recolectada será clave para generar nuevas acciones preventivas encaminadas al mantenimiento de hábitos de vida saludables, así como también establecer relaciones de adherencia a tratamientos.
- A los centros de salud encargados de los pacientes en estudio, proponemos, hacer énfasis en el manejo de la HTA ya que esta constituye el principal factor de riesgo del evento cerebrovascular. En este contexto sugerimos la creación de estrategias como es la creación del Club de hipertensos con la finalidad de educar sobre los beneficios de la adherencia al tratamiento farmacológico, controles médicos frecuentes, así como cambios en los estilos de vida con el fin de disminuir otros factores de riesgo asociados.

## 10. Bibliografía

- (AHA), A. H. (2018). Heart Disease and Stroke. *Circulation*, 137(12), e67-e492.doi:  
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.00000000000000558>
- (ASA), A. S. (2021). *Risk Factors Under Your Control*. Obtenido de <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors/risk-factors-under-your-control>
- Allan H., R. A. (2017). *ADAMS Y VICTOR PRINCIPIOS DE NEUROLOGÍA* (10 ed.). McGraw Hill.
- Amelia K.Boehme, M. (2020). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *CirculationResearch*.  
doi:<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>
- Bargiela, C. A.-M. (2019). Accidente cerebro vascular. *Revista de la sociedad de medicina interna en Buenos Aires*.
- Barinagarrementeria, F. D. (2017). *Neurología elemental* (2 ed.). México: ELSEVIER. Benitez.K. (5 de Julio de 2021). *Repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja*. Obtenido de [https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24118/1/KevinMartin\\_Benitez](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24118/1/KevinMartin_Benitez).
- Bermeo a., M. S. (2017). *Líneas de investigación. Carrera de Medicina. Facultad de Salud Humana*. Universidad Nacional de Loja, Loja.
- Busto, J. E. (2019). Cerebrovascular diseases as health problem. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*. Doi:  
<https://orcid.org/0000-0002-0422-2562>
- Daniel Moreno-Zambrano, D. S. (2016). Enfermedad Cerebrovascular en el Ecuador: Análisis de los Últimos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 24(1-3). Obtenido de <http://revecuatneurol.com/wp->



content/uploads/2017/05/Enfermedad- cerebrovascular-ecuador-analisis-  
mortalidad.pdf

Dawn O. Kleindorfer, M. F.-H. (24 de Mayo de 2021). 2021 Guideline for the  
Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic  
Attack: A Guideline From the American Heart Association/American  
Stroke Association. *Stroke*, 364-467.  
doi:<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>

E. Sanjuana, O. B. (3 de Noviembre de 2020). Manejo del ictus agudo.  
Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus.  
*ELSEVIER*. doi:[https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-  
resumen-manejo-del-ictus-agudo-tratamientos-S0213485320302917](https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-manejo-del-ictus-agudo-tratamientos-S0213485320302917)

Farreras, R. C. (2020). *Medicina Interna* (19 ed., Vol. 2). Barcelona: ELSERVIER.

Foundation, A. N. (2020). *Guidelines for Stroke Management*.

Obtenido de

<https://app.magicapp.org/#/guideline/QnoKGn/section/j2>

wOWL

García, J. G. (2018). La Enfermedad Cerebrovascular en Ecuador. *Revista  
Ecuatoriana de Neurología*, 27(1). Obtenido de

[http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v27n1/2631-2581-rneuro-27-01-  
00007.pdf](http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v27n1/2631-2581-rneuro-27-01-00007.pdf)

Goldman L., S. I. (2021). *Tratado de medicina interna* (26 ed., Vol. 2).

ELSEVIER. Iíguez-Villatoroa D. Rodríguez-Lunaa M. Rubiera. (2020).

Management of acute stroke. Specific nursing care and treatments in the stroke  
unit. *SCIENCEDIREC*

INEC. (2020). *Estadísticas Vitales*. Obtenido de

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

[inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2020/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/)

[2021-06-10\\_Principales\\_resultados\\_EDG\\_2020\\_final.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf)

- J. Larry Jameson, A. S. (2019). *Harrison Principios de medicina interna*. McGraw-HillInteramericana de España.
- Javeriana, U. (2020). *Normas APA. Septima edición*. Cali.
- Jeyaraj D., S. L. (18 de Octubre de 2018). Prevention of stroke: a global perspective. *Ninth International Congress on Peer Review and Scientific Publication*. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31269-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31269-8)
- Loscalzo, J. F. (2019). *Harrison Principios de Medicina Interna* (20 ed., Vol. 2). McGrawHill.
- Maria Emilia Clémen, L. M. (2018). Incidencia de enfermedad cerebrovascular en adultos: estudio epidemiológico prospectivo basado en población cautiva en Argentina. *Neurología Argentina*, 8-15. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-incidencia-enfermedad-cerebrovascular-adultos-estudio-S1853002817300721>
- MedilinePlus. (28 de 1 de 2021). *MedilinePlus*. Obtenido de Factores de riesgo accidentecerebrovascular: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000341.htm>
- Murillo Bonilla LM, Lizola Hernández J, Lepe Cameros L, Ruiz Sandoval JL, Chiquete E, León Jiménez C, et al. Factores predictivos de discapacidad funcional y muerte a 30 días en sujetos con infarto cerebral agudo: resultados del Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascular Cerebral (Estudio RENAMEVASC). *Rev Mex Neuroci*[Internet]. 2011 [citado 02/03/2020];12(2):68-75. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44430>
- NICE. (2019). Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. *National Institute for Health and Care*

*Excellence*. Obtenido de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128>  
(Canchos, 2018)

NINDS, N. I. (2020). *Stroke*. Obtenido de  
[https://www.ninds.nih.gov/sites/default/files/stroke\\_hope\\_through\\_research\\_february\\_2020\\_508c.pdf](https://www.ninds.nih.gov/sites/default/files/stroke_hope_through_research_february_2020_508c.pdf)

Norris, T. L. (2019). *Porth.Fisiopatología Ed.10º*. Wolters Kluwer.

OMS. (15 de Agosto de 2018). *OMS*. Obtenido de ENFERMEDADES  
CARDIOVASCULARES: [https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1)

OMS. (9 de Diciembre de 2020). *Las 10 principales causas de defunción*.  
Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Peñañiel, M. E. (2018). 9 factores de riesgo (modificables y no) de accidente  
cerebrovascular. *ELSERVIER*, 7-12. Obtenido de  
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/factores-de-riesgo-ictus-accidente-cerebrovascular>

Salud, O. M. (09 de Diciembre de 2020). *The top 10 causes of death*.  
Obtenido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Scielo. (Marzo de 2020). Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del  
accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro  
Social del Perú(EsSalud). 37(1).  
doi:<http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

Social., M. d. (12 de 2018). Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes  
con Ictusen Atención primaria. Madrid, España.

Sociedad Española de Neurología. (2020). Atlas del ictus. *Sociedad Española de  
neurología*, 5. Obtenido de  
[https://www.sen.es/images/2020/atlas/Atlas\\_del\\_Ictus\\_de\\_Espana\\_version](https://www.sen.es/images/2020/atlas/Atlas_del_Ictus_de_Espana_version)

\_web.pdf

Sola G., P. P. (11 de Abril de 2020). *Unidad de Neurocirugía del Dr. García de Sola.*

Obtenido de <https://neurorgs.net/docencia/2020-tema-v-aspectos-quirurgicos-de-las-hemorragias-intracraneales/>

Villanueva, P. (2018). Protocolo de tratamiento de Ictus. *Área Médica .Servicio de Medicina Interna.*(s.f.).

INEC. (Septiembre de 2023). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.* Obtenido de

[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2022/Principales\\_resultados\\_EDG\\_2022.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2022/Principales_resultados_EDG_2022.pdf)

MSP. (29 de Septiembre de 2023). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/ecuador-es-referente-de-la-federacion-mundial-del-corazon-por-sus-aciertos-en-la-implementacion-de-la-estrategia-hearts/>

PAHO. (10 de Mayo de 2022). *Organizacion Panamericana de la Salud.* Obtenido de <https://journal.paho.org/en/special-issues/hearts-americas>

## 11.Anexos

### 11.1 Anexo 1: Oficio Aprobación y Pertinencia de Tema de Trabajo de Titulación



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

Oficio Nro. 01163-D-CMH-FSH-UNL  
Loja, 25 de Enero de 2022

Srta. Paulina del Carmen Siguenza Vallejo  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
Ciudad.

De mi consideración:

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado:  
**“Conocimiento sobre Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano Y Miraflores”** de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito el 19 de Enero de 2022, por la Dra. Maria E. Reyes, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido, **se considera aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA VERÓNICA  
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c. - Archivo.  
TVCP/NOT

## 11.2 Anexo 2: Oficio Asignación de Director de Trabajo de Titulación



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

Oficio Nro. 0168-D-CMH-FSH-UNL  
Loja, 26 de Enero de 2022

Dra. Maria E. Reyes  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Directora de tesis del tema: **"Conocimiento sobre Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano Y Miraflores"**, autoría de la Srta. Paulina del Carmen Siguenza Vallejo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo, Estudiante,  
TVCPINOT

### 11.3 Anexo 3: Oficio de autorización para la recolección de datos



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

Oficio Nro. 0208-D-CMH-FSH-UNL  
Loja, 28 de Enero de 2022

Srta. Paulina del Carmen Siguenza Vallejo  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
Ciudad.-

De mi consideración:

Una vez cumplida con toda la documentación para el desarrollo de su proyecto de investigación titulado: **“Conocimiento sobre Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano Y Miraflores”**, se autoriza para que proceda con la recolección de los datos mediante consentimiento informado a los residentes de los barrios Balcón Lojano y Miraflores.

Atentamente,



Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo.  
TVCPINOT

## 11.4 Anexo 4: Certificación de Ingles

Loja, 18 de septiembre 2023

Mgr.

Edgar M. Castillo C.

**MAGÍSTER EN PEDAGOGÍA PARA LA ENSEÑANZA DEL IDIOMA INGLÉS  
COMO LENGUA EXTRANJERA**

**Certifica. -**

Haber traducido de español a inglés el resumen del trabajo de integración curricular:  
**Conocimientos sobre accidente cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo  
pertenecientes a los Barrios Balcon Lojano y Miraflores**, de la autoría de la estudiante  
Paulina del Carmen Siguenza Vallejo, C.L: 1104038359.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo la interesada hacer uso  
del presente documento cuando lo considere conveniente.



Edgar M. Castillo C.

**EFL TEACHER**

*Nro. Reg. Senecyt: 1811-07-783748*



## 11.5 Anexo 5 : Consentimiento informado



Yo \_\_\_\_\_ portador de la

C.I. \_\_\_\_\_ he sido invitado a participar en la investigación denominada “Conocimiento sobre Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano y Miraflores” he sido informado del propósito del estudio y la importancia del mismo por la estudiante Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

**Tesista:**

Paulina del Carmen Sigüenza Vallejo

Número de cédula :1104038359

## 11.6 Anexo 6 : Ficha de recolección de datos



**Universidad Nacional  
De Loja  
Facultad De La Salud  
Humana  
Carrera De Medicina  
Humana**

### **“Conocimiento del Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano y Miraflores”**

Con el fin de saber sobre el grado conocimiento del ACV, agradezco su colaboración contestando con sinceridad y honestidad a las siguientes preguntas, con ello contribuirá a que la institución y la comunidad tenga en cuenta que la información frente a el ACV es importante y que cada estudiante, familiar o paciente debe saber cómo actuar en esta situación. Por favor conteste las siguientes preguntas. Se garantiza la confidencialidad de la información suministrada.

Fecha:

Nombre del

paciente:

Número de

Cédula:

<b>Sexo</b>	Masculino	<input type="checkbox"/>					Femenino																																									
<b>Edad</b>																																																
<b>Peso</b>																																																
<b>Estatura</b>																																																
<b>Sufre usted de</b>	Hipertensión	Diabetes	Dislipidemias	Obesidad	Cardiopatías	Otras:																																										
<b>¿Actualmente se encuentra en tratamiento para la enfermedad que padece?</b>																																																
<b>Consumes usted:</b>	<table border="0"> <tr> <td><b>Alcohol</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>Todos los días</td> <td>Ocasionalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>Todos los días</td> <td>Ocasionalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7"><b>Tabaco</b></td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>Todos los días</td> <td>Ocasionalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>Todos los días</td> <td>Ocasionalmente</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						<b>Alcohol</b>							Si	No	Todos los días	Ocasionalmente				Si	No	Todos los días	Ocasionalmente				<b>Tabaco</b>							Si	No	Todos los días	Ocasionalmente				Si	No	Todos los días	Ocasionalmente			
<b>Alcohol</b>																																																
Si	No	Todos los días	Ocasionalmente																																													
Si	No	Todos los días	Ocasionalmente																																													
<b>Tabaco</b>																																																
Si	No	Todos los días	Ocasionalmente																																													
Si	No	Todos los días	Ocasionalmente																																													
<b>Hace usted ejercicio</b>	SI Cuántas horas al día		No Cuántos días a la semana																																													
<b>¿Qué tipo de dieta consume?</b>	Controlada			No Controlada																																												
<b>¿Realiza controles de su salud?</b>	Frecuentemente Ocasionalmente Nunca																																															
<b>¿Conoce usted que es un accidente cerebrovascular?</b>																																																

Mucho	Poco	Nada
<b>¿Tiene usted antecedentes familiares de ACV?</b>		
Abuelos		
Padres		
Otros		
<b>¿Qué opciones cree que podrían generar la presencia de un ACV?</b>		
Alcohol	Drogas	Fumar
Hipertensión arterial	Diabetes	Colesterol alto
Sedentarismo	Estrés	Obesidad
Vejez	Todas	Ninguna

**¿Cuáles cree que son signos/síntomas de un Accidente cerebrovascular?**

Asimetría facial (comisura labial desviada o párpado caído)

Debilidad o entumecimiento de las extremidades

Dificultad para hablar

Pérdida de la visión de uno o ambos ojos

Dolor de cabeza de forma repentina Mareo

Vómitos

Alteración de la conciencia

Todos

No lo se

Otros

**¿Conoce alguna complicación del ACV?**

Si

No

¿Cuál?

**¿Sabe usted donde acudir idealmente en caso de sospecha de un ACV?**

Directo a un servicio de urgencia Ir al

neurólogo

No lo se

**¿Cuál considera que es el tiempo ideal para el tratamiento del ACV?**

Dentro de las primeras 4 horas

Dentro de las primeras 24 horas No

lo se

**¿Ha recibido usted alguna capacitación o charla sobre como detectar de forma temprana un accidente cerebro vascular?**

Si

No

De qué manera obtuvo la información

**Gracias por su colaboración**

## 11.7 Anexo 7: Ficha de recolección de datos. (Postest)



**Universidad Nacional  
De Loja  
Facultad De La Salud  
Humana  
Carrera De Medicina  
Humana**

### **“Conocimiento del Accidente Cerebrovascular en pacientes con factores de riesgo pertenecientes a los Barrios Balcón Lojano y Miraflores”**

Con el fin de saber sobre el grado conocimiento del ACV, agradezco su colaboración contestando con sinceridad y honestidad a las siguientes preguntas, con ello contribuirá a que la institución y la comunidad tenga en cuenta que la información frente a el ACV es importante y que cada estudiante, familiar o paciente debe saber cómo debe actuar en esta situación. Por favor contesta las siguientes preguntas. Se garantiza la confidencialidad de la información suministrada.

Fecha:

Nombre del

paciente:

Número de

cédula:

<b>¿Conoce usted que es un accidente cerebrovascular?</b>		
Nada	Poco	Mucho
<b>¿Qué opciones cree que podrían generar la presencia de un ACV?</b>		
Alcohol	Drogas	Fumar
Hipertensión arterial	Diabetes	Colesterol alto
Sedentarismo	Estrés	Obesidad
Vejez	Todas	Ninguna
<b>¿Cuáles cree que son signos/síntomas de un Accidente cerebrovascular?</b>		
Asimetría facial (comisura labial desviada o párpado caído)		
Debilidad o entumecimiento de las extremidades		

<p>Dificultad para hablar  Pérdida de la visión de uno ambos ojos  Dolor de cabeza de forma repentina  Mareo  Vómitos  Alteración de la conciencia  Todos  No lo se  Otros</p>
<p><b>¿Sabe usted donde acudir idealmente en caso de sospecha de un ACV?</b>  Directo a un servicio de urgencia  Ir al neurólogo  No lo se</p>
<p><b>¿Cuál considera que es el tiempo ideal para el tratamiento del ACV?</b>  Dentro de las primeras 4 horas  Dentro de las primeras 24 horas  No lo se</p>
<p><b>¿Cuál considera que es una medida primaria adecuada para disminuir el factor de riesgo para el desarrollo de ACV?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controles continuos de salud.</li> <li>2. Consumo de dieta equilibrada, disminuida en sal y agua en cantidades adecuadas.</li> <li>3. Realizar ejercicios o actividades como caminatas mínimo 30 min. al día todos los días.</li> <li>4. Asistir a consulta solo cuando se siente mal.</li> <li>5. Comer de todo en cantidades abundantes para evitar enfermar, sobre todo carbohidratos y fritos.</li> <li>6. El ejercicio no se aconseja podría agravar su enfermedad</li> </ol>

**Muchas gracias por su colaboración**

