

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA
FACULTAD DE MEDICINA



**FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS
PACIENTES FRENTE AL ICTUS EN EL HOSPITAL III YANAHUARA**

Tesis presentada por el Bachiller:
DIEGO HERNAN LAYME CACERES
para optar el título profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

Asesor:
Br. VICTOR FERNANDEZ MACEDO
Médico cirujano
Especialidad: Neurología

AREQUIPA- PERU

2020

A mi familia

Agradecimientos

A mi asesor Víctor Fernández Macedo por su asesoría temática.

A mis jurados por su paciencia y la asesoría brindada

A los pacientes que gustosos participaron en este estudio

INDICE

	Págs.
RESUMEN/ ABSTRACT	2
INTRODUCCION	4
I. MARCO TEORICO	6
II. METODOS	13
III. RESULTADOS	16
IV. DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS	33

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar los factores asociados al conocimiento y actitud frente al ictus en pacientes que acuden al consultorio externo de cardiología y endocrinología del hospital III Yanahuara

METODOLOGIA: Estudio analítico, observacional prospectivo y transversal con una muestra de 352 pacientes que acudieron los consultorios externos de cardiología y endocrinología de hospital III Yanahuara en el mes febrero del año 2020, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia y la herramienta fue un cuestionario supervisado y validado, los datos se procesaron en el programa estadístico spss v.25

RESULTADOS: La edad media fue de 55 años, el 58% fue de sexo Femenino y el 41% del sexo masculino, el 65% de los pacientes tuvo un grado de instrucción superior , 24% secundaria y 10 % primaria , un 53.40%(188) de los pacientes tuvo algún factor de riesgo para desarrollar ictus y fue considerado como paciente de riesgo, solo un 6.8%(24) de los pacientes refirió el antecedente propio de ictus , mientras que el 24.70%(87) refirieron antecedente de ictus en algún familiar .El nivel de conocimientos fue medio en el 64%(227), bajo 21%(74), y alto en el 15% (51) de los pacientes , la actitud que tomaría frente al ictus fue desfavorable en el 43.18% de los pacientes y favorable en el 56.82%. La edad presento asociación inversa débil con el nivel de conocimiento, el grado de instrucción presento una asociación directa moderada con el nivel de conocimiento, el antecedente propio y el antecedente familiar de ictus tuvo asociación con el conocimiento, respecto a la actitud frente al ictus se encontró asociada con el grado de instrucción así como el antecedente familiar de ictus

CONCLUSIONES: El conocimiento y actitud frente al ictus fue de nivel medio, la menor edad, el mayor grado de instrucción y el antecedente familiar de ictus se asociaron con el conocimiento sobre esta patología , el mayor grado de instrucción y el antecedente familiar con la actitud

PALABRAS CLAVE: Conocimiento, Actitud, Ictus, Yanahuara

ABSTRACT

OBJECTIVES: To determine the factors associated with knowledge and attitude towards stroke in patients who attend the external cardiology and endocrinology office of the hospital Yanahuara III

METHODOLOGY: Prospective, cross-sectional, analytical, observational study with a sample of 352 patients who attended the external offices of cardiology and endocrinology of hospital III Yanahuara in the month of February 2020, the sampling was not probabilistic for convenience and the tool was a monitored and validated, questionnaire the data was processed in the statistical program spss v.25

RESULTS: The average age was 55 years, 58% were female and 41% male, 65% of patients had a higher education level, 24% secondary and 10% primary, 53.40 % (188) of the patients had at least one risk factor to develop stroke and was considered as a risk patient, only 6.8% (24) of the patients reported their own history of stroke, while 24.70% (87) reported antecedent of stroke in a relative. The level of knowledge was medium in 64% (227), under 21% (74), and high in 15% (51) of the patients, the attitude they would take in relation to the stroke was unfavorable in 43.18% of patients and favorable in 56.82%. Age presented an inverse association with the level of knowledge, the degree of instruction presented a direct association with the level of knowledge, the history of stroke itself was associated with worse knowledge and the family history of stroke with better knowledge, regarding the attitude towards stroke was found association with the degree of instruction as well as the family history of stroke

CONCLUSIONS: The knowledge and attitude towards strokes was medium, the youngest age, the highest degree of education and the family history of stroke were associated with knowledge about this pathology, the highest degree of education and the family history of stroke with the attitude

KEY WORDS: Knowledge, Attitude, Stroke, Yanahuara

INTRODUCCION

El Ictus /Accidente cerebrovascular (ACV) es la patología neurológica aguda más frecuente y una de las principales causas de discapacidad en el adulto. Esta patología es la segunda causa más común de mortalidad y la tercera causa más común de discapacidad. Los pacientes con un primer evento de ACV tienen una mortalidad de 11,1% (1).

En nuestro medio se observa un desinterés y probable falta de información respecto al Ictus y se percibe una infravaloración acerca de su gravedad pese a su impacto socioeconómico y sanitario. En países en desarrollo, durante las últimas cuatro décadas, la incidencia del ACV se ha incrementado en 100% en los países de bajos y medianos ingresos económicos (2). Un estudio realizado en el 2010 se encontró que en países de ingresos altos la incidencia de ictus isquémico se redujo un 13 %, y la mortalidad un 37 % y la de ictus hemorrágico 19% y 38% respectivamente, En contraste en países de bajo y medianos ingresos la incidencia aumentó un 22 % para el ictus hemorrágico y 6% para el isquémico (3).

En el Perú, se estima que de todas las causas de muertes prematuras, el 15% son causadas por ACV, con una tasa de mortalidad de 143 muertes por 100 000 habitantes (4). La mortalidad hospitalaria general fue de 19,6 % en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre los años 2000 – 2009 (5).

Para el ictus isquémico el tratamiento de reperfusión en fase aguda, trombólisis endovenosa (Rt-PA) y trombectomía mecánica conlleva a un mejor pronóstico a corto y largo plazo (6). La trombólisis endovenosa es efectiva en un periodo ventana que comprende desde el inicio de los signos y síntomas hasta las 4.5 horas en pacientes elegibles (7). Esto conlleva a que sea necesaria una rápida identificación de signos y síntomas y por consiguiente traslado rápido al servicio de urgencias.

Lamentablemente solo entre el 23 a 30% de casos acuden dentro de las tres primeras horas del evento (8). Lo que conlleva a que la mayoría de casos no se beneficien de este tratamiento lo que podría explicar nuestros índices de mortalidad y morbilidad.

Por lo que determinar el nivel de conocimientos y actitud que tiene nuestra población frente al ictus es de vital importancia para el desarrollo de campañas dirigidas a sectores de la población asociados a un conocimiento bajo, una rápida identificación de la enfermedad aumentaría el número de pacientes que acuden a emergencia en el periodo ventana y son elegibles para el tratamiento de reperfusión vascular, pudiendo así tal vez disminuir la morbi-mortalidad de esta patología en nuestro entorno.

En el presente estudio analiza ambas variables e intenta descubrir los factores asociados a dicho conocimiento o actitud, representando un inicio de estudios en esta línea de investigación en nuestra población que puedan juntos sustentar una mejora no solo en las campañas informativas sino en el sistema mismo de salud local

El problema

¿Cuál es la asociación de la edad, sexo, grado de instrucción, antecedente propio o familiar de ictus, ser paciente de riesgo con el conocimiento y actitud frente al ictus?

Hipótesis

La menor edad, el sexo femenino, el mayor grado de instrucción, el antecedente propio o familiar de ictus, ser paciente de riesgo están asociados al conocimiento y actitud frente al ictus

Objetivo Especifico:

-Determinar el conocimiento y la actitud frente al ictus de los pacientes que acuden a consultorio externo de cardiología y endocrinología del hospital III Yanahuara.

-Determinar si las siguientes características: edad, sexo, grado de instrucción, antecedente de ictus propio o familiar y ser paciente de riesgo están asociadas al conocimiento sobre el ictus en pacientes que acuden a consultorio externo de cardiología y endocrinología del hospital III Yanahuara.

-Determinar si las siguientes características: edad, sexo, grado de instrucción, antecedente de ictus propio o familiar y ser paciente de riesgo están asociadas a la actitud frente al ictus en pacientes que acuden a consultorio externo de cardiología y endocrinología del hospital III Yanahuara

CAPITULO I

Marco teórico

1.1 Definición

La enfermedad cerebrovascular es un grupo heterogéneo de condiciones patológicas cuya característica común es la disfunción focal del tejido cerebral por un desequilibrio entre el aporte y los requerimientos de oxígeno y otros substratos. Incluye también las condiciones en las cuales el proceso primario es de naturaleza hemorrágica (16).

1.2 Clasificación

Los ACV pueden ser clasificados por su localización, su tamaño o la fisiopatogenia que los explica. La importancia de clasificarlos radica en la necesidad de planear medidas terapéuticas y preventivas específicas.

Por su patogenia los ACV se clasifican también por el tipo de cambio que producen en el tejido sea este infarto o hemorragia (oclusivo o isquémico y hemorrágico). De todos los ACV, 70% serán isquémicos y solo 30% hemorrágicos (16). Otras fuentes encontraron una distribución global correspondió en 77,3% a eventos isquémicos y en 22,7% a hemorrágicos (17).

En los ACV isquémicos el 20% corresponden a los AIT en el cual no existe daño neuronal permanente. La propuesta actual para definir al AIT establece un tiempo de duración de los síntomas no mayor a 60 min, recuperación espontánea, ad-integrum y estudios de imagen (de preferencia resonancia magnética), sin evidencia de lesión (18).

Según su etiología, de acuerdo a la clasificación TOAST (Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment Subtype Classification), la cual divide al ictus isquémico en aterotrombótico, lacunares, cardioembólicos, de causa inusual y de causa no determinada (14).

El ACV hemorrágico de acuerdo a la localización del sangrado puede ser intracerebral o subaracnoidea (18).

1.3 Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden dividirse en modificables y no modificables entre estos últimos tenemos

La edad: el ACV puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente después de los 60 años

Género: los estrógenos tienen un factor protector en la mujer para ACV, una vez la mujer entra en su fase menopáusica estos disminuyen y se incrementa la incidencia de la ACV en la mujer igualando la del hombre

Raza y etnia: se ha encontrado que las personas afro-descendientes, los hispanos y los asiáticos tienen un mayor riesgo para sufrir una ACV. Igualmente varía la prevalencia de otros factores de riesgo y el tipo de ACV según la raza o etnia

Factor genético: en el estudio de Framingham se ha encontrado que los hijos de pacientes que han sufrido una ACV tienen 1.5 veces mayor riesgo de sufrir un ACV

Entre los factores de riesgo modificables tenemos:

Hipertensión arterial (HTA): diferentes estudios epidemiológicos han mostrado que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para sufrir un ACV

Hipotensión arterial: no solo la HTA es un factor de riesgo, la hipotensión arterial también es un factor de riesgo para ACV, deterioro cognoscitivo y demencia vascular, además de incrementar la mortalidad, efecto conocido como la "U" de la presión arterial

Diabetes: es un factor de riesgo para ACV, tanto para enfermedad macrovascular como microvascular al ocasionar disfunción endotelial, encontrándose entre 15 - 33 por ciento de los pacientes con ACV

Enfermedad vascular aterosclerótica: la edad, la historia familiar, la dislipidemia, el cigarrillo, la hipertensión arterial y la diabetes constituyen los principales factores de riesgo por aterosclerosis para ACV

Enfermedad coronaria: los pacientes con enfermedad coronaria (EC) tienen el doble de riesgo de padecer un ataque cerebrovascular comparados con los que no tienen enfermedad coronaria

Otras enfermedades cardíacas: otros tipos de enfermedades cardíacas que contribuyen al riesgo de ACV trombo embólico incluyen la cardiomiopatía dilatada, la enfermedad valvular cardíaca (prolapso de la válvula mitral, endocarditis y válvulas protésicas), anomalías cardíacas congénitas (foramen oval permeable, defectos como aneurismas del septum interauricular), en total 20 por ciento de los ACV isquémicos son debidos a embolismo cardiogénico. Fuentes potenciales de émbolos cardíacos se han asociados hasta con 40 por ciento de los ACV criptogénicos (o de origen no reconocido) en población juvenil (17).

1.4 Diagnóstico

En pacientes que presenten déficit neurológico focal agudo como debilidad o adormecimiento en un lado del cuerpo, dificultad o pérdida de la visión en uno o ambos ojos, dificultad para hablar o comprender el lenguaje, inestabilidad cuando se asocian con otro de los síntomas anteriores se recomienda usar alguna escala de atención pre hospitalaria como FAST(Face Arm Speech Time), LAPSS(Los Angeles Prehospital Stroke Scale), CPSS(Cincinnati Prehospital Stroke Scale) u otras para establecer la sospecha del diagnóstico de ACVi.

En pacientes con sospecha de ACVi, se recomienda realizar de forma prioritaria una imagen cerebral, tomografía o resonancia magnética (TC o RM). En la mayoría de casos la TC sin contraste es suficiente para determinar el tipo de evento, su localización y decidir el manejo además en los pacientes con ACVi se recomienda aplicar la escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) para evaluar su severidad.

1.5 Tratamiento

El tratamiento de reperfusión en pacientes con ACVi que cumplan criterios de elegibilidad, se recomienda usar rTPA IV inmediatamente dentro de las 4.5 horas del inicio de síntomas Su administración es por vía intravenosa en dosis 0.9mg kg (máximo 90mg), el 10% de las dosis en un bolo inicial, seguido de una perfusión continua del 90% restante durante 60 min.

En pacientes con ACVi por oclusión de vaso grande proximal que cumplan con los criterios de elegibilidad se sugiere realizar tromboectomía mecánica dentro de las 6 horas de inicio de los síntomas, según disponibilidad y capacidad resolutive

En pacientes con sospecha de ACVi con inicio de síntomas entre 6 y 24 horas de duración, se sugiere usar TC o RM con protocolo de perfusión (según disponibilidad) para identificar tejido potencialmente recuperable con terapias mecánicas de reperfusión arterial (19).

La terapéutica administrada depende de la causa del accidente cerebrovascular, para ello se podrán utilizar anticoagulantes, tales como heparina o warfarina (Coumadin), ácido acetilsalicílico (aspirina) o clopidogrel (Plavix). Es de relevante importancia usar además medicamentos para controlar los factores de riesgo tales como hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias.

El principal objetivo del tratamiento después de un accidente cerebrovascular es recuperar la mayor parte de la funcionalidad posible y prevenir accidentes cerebrovasculares futuros, mediante rehabilitación. El pronóstico depende del tipo, de la cantidad de tejido cerebral dañado, cuáles han sido las funciones corporales afectadas y qué tan rápido se administró el tratamiento, lo cual es esencial. La dificultad para moverse, la afasia o la disartria, entre otros síntomas mejoran en las semanas o meses siguientes

Sin embargo, pueden persistir algunas secuelas como problemas físicos, convirtiéndose en una discapacidad secundaria que afecta al movimiento manifestándose como una pérdida de fuerza (ya sea una parálisis o una paresia), pérdida de control de movimiento o falta de coordinación.

El tiempo de rehabilitación que precisará un paciente (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia u otros) va a variar en función de los objetivos de cada caso (20).

Estudios similares al presente trabajo describen el nivel de conocimiento sobre el ictus en sus poblaciones respectivas así tenemos que:

En el año 2009 **C. Pérez-Lázaro, et al.** analizaron el conocimiento que tiene la población del ictus y de los factores de riesgo vascular, así como la actitud ante éste. Para ello realizaron entrevistas a pacientes que acudían a consultas de

neurología y a sus familiares del *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*. Recolectaron 386 entrevistas, 158 mujeres y 228 hombres, con una edad media de 52 años. Encontraron que el 59% no conocen el término ictus, aunque sí reconocen otros, como infarto o embolia. El 45% no conoce ningún síntoma de infarto cerebral o responden incorrectamente. El síntoma más reconocido en un 86% fue la pérdida de fuerza en un hemicuerpo. Un 32% de los entrevistados no tomaría una actitud correcta ante los síntomas del ictus y, si se tratase de un ataque isquémico transitorio, un 25% no lo consideraría urgente. 51% no conocen ningún factor de riesgo vascular.

Por lo que concluyeron que Existe un escaso conocimiento en la población del ictus y los factores de riesgo vascular y que eran necesarias campañas informativas para mejorar el conocimiento y la actitud de la población ante la enfermedad (9).

Otro estudio realizado en el 2009 por M. Oró, et al. Buscaron establecer el grado de conocimiento del ictus (terminología, factores de riesgo, síntomas y actitud) en el área rural de Lleida se aplicó un cuestionario cerrado realizado de forma aleatoria en tres centros de salud sobre un total de 153 sujetos.

Los resultados encontrados fueron que un 6,5% desconoce completamente la enfermedad. Hubo un buen conocimiento de los factores de riesgo en sólo 6,3% de los encuestados. El síntoma más reconocido fue la alteración del habla en un 70,6%. El conocimiento de los síntomas es óptimo en 20,9%.

Si se tratase de un ataque isquémico transitorio, el 84,5% acudiría primero al médico de cabecera; de ellos, el 27% no de forma urgente, encontraron que las personas con estudios universitarios son los que mejor conocen los factores de riesgo y los síntomas, y los que mejor actúan frente a un ictus ($p < 0,05$) y que las personas mayores de 65 años son los que peor conocimiento tienen de la enfermedad su conclusión fue que el conocimiento de las enfermedades insatisfactorio en el área rural de Lleida y que eran necesarias campañas de información a la población (10).

En el 2011 Ricardo Díaz Cabezas, et al. En un estudio descriptivo y transversal buscaron evaluar el grado de conocimiento de síntomas, factores de riesgo y

conducta que se adoptaría frente a un ACV o AIT su población de estudio fueron personas mayores de 50 años entrevistados en centros de salud y sitios públicos de ciudad de Manizales, los cuales debían ser hipertensos y/o diabéticos los cuales dividieron en dos grupos, los que asistían a programas especiales de HTA o DM y los que no, entrevistaron a un total de 213 personas ,

La HTA fue el FR más citado, mientras que la DM lo fue en un porcentaje bajo.

No encontraron diferencias en el grado de conocimiento entre menores y mayores de 65 años, ni entre los que asistían o no a programas especiales. Además ninguno de sus encuestados conocía la existencia del medicamento fibrinolítico. Por lo que concluyeron que Existe un desconocimiento alarmante de síntomas y FR de ACV en la población general, aún en segmentos de ella con mayor riesgo como los hipertensos y diabéticos y recomendaron campañas de información (11).

Otro estudio realizado en el año 2015 por el mismo autor busco evaluar el grado de conocimiento acerca del ACV entre los convivientes de personas en riesgo de un evento cerebrovascular, entrevisto a 218 convivientes encontró que la HTA fue el factor de riesgo más citado, seguido de dislipidemia y tabaquismo, mientras que la DM fue el menos recordado. Además el 82,1% mencionó haber obtenido información acerca del ACV de fuentes no médicas. Solo 1,4% de los encuestados conocía la existencia de un medicamento trombolítico por lo que concluyo que había fallas significativas en el grado de conocimiento que tienen las personas acerca de la enfermedad cerebrovascular, no desde la condición de pacientes sino de convivientes de sujetos en riesgo de un evento cerebrovascular (12).

En el año 2017 Perez-Lazaro, et al. Busco analizar el conocimiento de la enfermedad vascular cerebral en la población del sector III de la provincia de Zaragoza, para lo cual utilizo una encuesta telefónica estructurada recolectando en total 583 encuestas encontró que un 63,5% de los encuestados desconoce los síntomas del ictus, y un 48%, los factores de riesgo vascular. En cuanto a la actitud, un 56% actuaria correctamente frente a un 44% que no. El análisis multivariante mostro que los factores más relacionados con el conocimiento fueron el nivel cultural

y la edad joven. Vivir en un pueblo y sexo femenino se relacionaron con la mejor actitud concluyendo que el conocimiento del ictus es escaso, con una baja percepción de urgencia y que los factores que implican un mejor conocimiento son la edad joven y el nivel cultural alto (13).

En el año 2018 en Lima Perez Villajuan, busco determinar nivel conocimiento y actitud de los pacientes frente al ictus isquémico en el instituto nacional de ciencias neurológicas este estudio encuestó a 265 pacientes, encontró que el síntoma más reconocido con un 38% fue la dificultad para hablar o entender palabras. El 50% identificó el hábito de fumar como factor de riesgo. Solo 13% conocía de la existencia de un medicamento trombolítico para su uso emergencias.

En cuanto a la actitud, un 15.1% tomaría actitudes inadecuadas, 74.7% tomaría actitudes con nivel medio, mientras que solo el 10.20% actuaría correctamente.

Se encontró relación entre los conocimientos y actitudes, además que el sexo femenino y el antecedente de familiar con ictus, se asocian con actitudes adecuadas concluyendo que el conocimiento del ictus isquémico y las actitudes alcanzadas fueron de nivel medio (14).

También en el año 2018 Scherle Matamoros et al, realizaron un estudio en Ecuador de tipo prospectivo, longitudinal, de corte transversal aplicando una entrevista estructurada con preguntas cerradas entrevistaron en total 135 sujetos sin diagnóstico de ictus, seleccionados al azar entre los familiares de pacientes encontrando que el 95,5% admitió tener poco conocimiento sobre el ictus.

Solo el 11,1% señaló de forma correcta las manifestaciones clínicas; el síntoma más reconocido fue el amortiguamiento (59,3%) seguido de los trastornos del habla. El 80,9% identifican el ictus como una condición prevenible. Menos de la mitad de los participantes nombraron adecuadamente los factores de riesgo 48,9%. El 88,2% toma una actitud correcta ante los síntomas concluyendo que el conocimiento de manifestaciones y factores de riesgo era deficiente (15).

CAPITULO II

Metodología

2.1 Ámbito de estudio

El estudio se realizó en los consultorios externos de cardiología y endocrinología del hospital III Yanahuara en el mes febrero del año 2020

2.2 Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes que acudieron al consultorio externo de endocrinología y cardiología y que estuvieran dispuestos a participar del estudio se tuvo una población de 352 pacientes

Unidad de estudio: Paciente con cita para los consultorios de endocrinología y cardiología

Diseño muestral:

El procedimiento de selección muestral fue no probabilístico por conveniencia

Criterios de inclusión

- Paciente en espera o atendido en el consultorio externo de endocrinología o cardiología del hospital III Yanahuara
- Edad mayor o igual a 18 años.
- Paciente que acepte de manera voluntaria a responder el cuestionario y firme el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Paciente que presente deterioro cognitivo que le impida responder el cuestionario
- Paciente cuyo idioma no sea el español
- Paciente que haya respondido el cuestionario anteriormente en el mes de estudio

2.3. Técnicas y procedimientos

Tipo de estudio: según Canales es un estudio analítico, según Altman observacional prospectivo transversal

Nivel investigativo: Relacional

Técnica de recolección de datos

Se realizó una entrevista estructurada a los pacientes que aceptaron participar del estudio, se usó un cuestionario elaborado en base a artículos indexados e instrumentos anteriores con un lenguaje sencillo y fácil de comprender compuesto con preguntas cerradas (de opción múltiple), en el que se pudieron aclarar términos o situaciones sin sugerir ningún tipo de respuesta

Instrumento condiciones y procedimiento de evaluación

Se aplicó el cuestionario (Anexo 3) elaborado a partir de la encuestas de los siguientes estudios:

“Estudio sobre el conocimiento de la población acerca del ictus y de los Factores de riesgo vascular” (9).

“Grado de Conocimiento del ictus isquémico entre la población de área Rural en la provincia de Lleida” (10).

“Conocimiento y actitud de la población general frente al ictus” (21).

Aplicado en el Instituto Nacional De Ciencias Neurológicas en un estudio que midió el nivel de conocimientos y actitud de los pacientes frente al ictus (14).

El cuestionario se perfeccionó en base a una prueba piloto que fue realizada a 47 personas cuyo alfa de Cronbach fue de 0.6.

El cuestionario tiene un lenguaje sencillo y fácil de comprender compuesto con preguntas cerradas con un puntaje total de 14 puntos. Un puntaje máximo para conocimientos de 9 puntos y un puntaje máximo para actitud de 5 puntos

El conocimiento se clasifican en bajo (0 - 2 puntos), medio (3 - 6 puntos), alto (7 – 9 puntos) de los 9 puntos posibles, y la actitud en desfavorable (0-2 puntos) y favorable (3-5 puntos)

El puntaje global del cuestionario se clasifica en tres niveles puntaje bajo (0 – 3 puntos), medio (4 a 9 puntos) y alto (10 a más puntos).

El cuestionario se aplicó de manera supervisada por el autor del presente trabajo

Técnicas de análisis estadístico

Las variables categóricas son mostradas mediante frecuencias absolutas y relativas

Para calcular la asociación entre variables categóricas se usó la prueba de chi cuadrado y si ambas variables implicadas eran ordinales rho de sperman , en las asociaciones que mostraron un resultado estadísticamente significativo se procedio a calcular la V de Cramer para medir la fuerza de asociación que presentaban dichas variables.

Se usó el paquete estadístico SPSS versión 25. Asi como el programa Excel 2013 para la elaboración de los cuadros

CAPITULO III
Resultados

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad, sexo y grado de instrucción

Variable	Valor final	N°	%
Edad	Joven	35	9.94%
	Adulto	172	48.86%
	Adulto mayor	145	41.19%
Sexo	Masculino	147	41.76%
	Femenino	205	58.24%
Grado de instrucción	Primaria	36	10.23%
	Secundaria	86	24.43%
	Superior	230	65.34%

Tabla 2. Distribución de los pacientes según paciente de riesgo, antecedente propio de ictus y antecedente familiar de ictus

Variables	Valor final	N°	%
Paciente de Riesgo	Si	188	53.40%
	No	164	46.60%
Antecedente propio de ictus	Si	24	6.80%
	No	328	93.20%
Antecedente familiar de ictus	Si	87	24.70%
	No	265	75.30%

Tabla 3. Distribución de los pacientes según el nivel de conocimientos sobre el ictus

Variable	Valor final	N°	%
	Bajo	74	21.02%
Nivel de conocimientos sobre el ictus	Medio	227	64.49%
	Alto	51	14.49%

Media= 4.17

Tabla 4. Distribución de los pacientes según actitud frente al ictus

Variable	Valor final	N°	%
	Desfavorable	152	43.18%
Actitud frente al ictus	Favorable	200	56.82%

Media= 2.62

Tabla 5. Análisis de Asociación de la edad, sexo y grado de instrucción con el nivel de conocimiento.

Variable	Nivel de conocimiento	Bajo	Medio	Alto
	N° Total	N° (%)	N° (%)	N° (%)
Edad				
Joven	35	5 (14.29%)	19 (54.29%)	11 (31.43%)
Adulto	172	23 (13.4%)	124 (72.10%)	25 (14.5%)
Adulto mayor	145	46 (31.72%)	84 (57.93%)	15 (10.34%)
Rho= -0.225		p=0.01		
Sexo				
Masculino	147	37 (25.17%)	94 (63.95%)	16 (10.88%)
Femenino	205	37 (18.05%)	133 (64.88%)	35 (17.07%)
X2= 4.34		p=0.114		
Grado de instrucción				
Primaria	36	24 (66.67%)	10 (27.78%)	2 (5.56%)
Secundaria	86	27 (31.40%)	52 (60.47%)	7 (8.14%)
Superior	230	23 (10.00)%	165 (71.74%)	42 (18.26%)
Rho= +0.375		P=0.000		

Tabla 6. Análisis de asociación entre ser paciente de riesgo, antecedente propio de ictus y antecedente familiar de ictus con el nivel de conocimiento.

	Nivel de conocimiento	Bajo	Medio	Alto
Variable	N° Total	N° (%)	N° (%)	N° (%)
Paciente de riesgo				
Si	188	46 (24.47%)	119 (63.30%)	23 (12.23%)
No	164	28 (17.07%)	108 (65.85%)	28 (17.07%)
X²= 3.783		p= 0.151		
Antecedente propio de ictus				
Si	24	9 (37.50%)	10 (41.67%)	5 (20.83%)
No	328	65 (19.82%)	217 (66.16%)	46 (14.02%)
X²=6.112		p=0.047	V cramer= 0.132	
Antecedente familiar de ictus				
Si	87	11 (12.64%)	56 (64.37%)	20 (22.99%)
No	265	63 (23.77%)	171 (64.53%)	31 (11.70%)
X²= 9.622		p=0.008	V cramer=0.165	

Tabla 7. Análisis de asociación de la edad, sexo, grado de instrucción con la actitud frente al ictus.

Variable	Actitud	Desfavorable	Favorable
	N° Total	N° (%)	N° (%)
Edad			
Joven	35	18 (51.43%)	17 (48.57%)
Adulto	172	66 (38.37%)	106 (61.63%)
Adulto mayor	145	68 (46.90%)	77 (53.10%)
	X²=3.407	p=0.182	
Sexo			
Masculino	147	69 (46.94%)	78 (53.06%)
Femenino	205	83 (40.49%)	122 (59.51%)
	X²= 1.452	p=0.228	
Grado de instrucción			
Primaria	36	25 (69.44%)	11 (30.56%)
Secundaria	86	46 (53.49%)	40 (46.51%)
Superior	230	81 (35.22%)	149 (64.78%)
	X²= 19.790	P=0.000	v cramer = 0.237

Tabla 8. Análisis de asociación entre ser paciente de riesgo, antecedente propio de ictus y antecedente familiar de ictus con la actitud frente al ictus.

Variable	Actitud	Desfavorable	Favorable
	N° Total	N° (%)	N° (%)
Paciente de riesgo			
Si	188	87 (46.28%)	101 (53.72%)
No	164	65 (39.63%)	99 (60.37%)
	X2= 1.575	p= 0.209	
Antecedente propio de ictus			
Si	24	13 (54.17%)	11 (45.83%)
No	328	139 (42.38%)	189 (57.62%)
	X2=1.267	p=0.260	
Antecedente familiar de ictus			
Si	87	27 (31.03%)	60 (68.97%)
No	265	125 (47.17%)	140 (52.83%)
	X2= 6.950	p=0.008	V cramer=0.141

CAPITULO IV

Discusión

La edad media de nuestra población de estudio fue de 55 años, la población joven solo represento el 9.94% (35), consistiendo en su mayoría de adultos 48.86% (172) y adultos mayores 41.19% (145)

El sexo femenino fue predominante con un 58 % del total, probablemente debido a una actitud más colaborativa hacia la entrevista, ya que solo 2 pacientes del género femenino se negaron a participar en la entrevista , siendo esta cifra algo más alta en el sexo masculino , aun así los porcentajes de ambos sexos son cercanos

Observamos que la mayoría de nuestra población 65.34%(230) son pacientes con un grado de instrucción superior (técnico o universitario) lo haya completado o no, si lo comparamos con la tasa neta de matrícula a educación superior del departamento de Arequipa en el año 2017 (39.6%) (22). Observamos que está muy por encima de la media poblacional, el mínimo grado de instrucción documentado en el estudio fue 3 grado de primaria

En cuanto a la variable Paciente de Riesgo observamos que la mayoría de nuestra población 53.40%(188) son pacientes de riesgo para padecer ictus, esto debido a la intención en el diseño poblacional sobre los pacientes de cardiología y endocrinología donde la hipertensión arterial y la diabetes son patologías muy frecuentes.

Probablemente debido a lo anteriormente mencionado se pudo hallar a 24(6.80%) pacientes que afirmaban haber padecido ictus, sin este enfoque poblacional este número podría haber sido menor dificultando el análisis estadístico, también se encontró que 87 (24.70%) pacientes referían tener un antecedente familiar de ictus mientras que 265 (75.30%) no referían este antecedente familiar.

En cuanto al conocimiento sobre al ictus se encontró una media de 4.17 puntos, teniendo la mayoría un 64.49% de los pacientes un conocimiento medio (puntaje de 3-6), solo un 14.5 % tuvo un conocimiento alto de la enfermedad y un 21.02% un conocimiento bajo, estos resultados son similares a los encontrados por Perez

Villajuan en el instituto nacional de ciencias neurológicas 2018 (14). Sin embargo los estudios realizados por M. Oró, et al en Lleida 2009 (10) y Perez-Lazaro, en Zaragoza 2009 (9) y 2017(13). Manifiestan una conocimiento deficiente respecto al ictus, estas diferencias podrían deberse a que el instrumento aplicado en dichos trabajos se basó un cuestionario compuesto por preguntas abiertas, pero en el presente trabajo el cuestionario consta de preguntas cerradas (opción múltiple) que tienden a sobreestimar el nivel de conocimiento real, pese a esto observamos que el 75% de los pacientes obtiene un puntaje menor a 5 de 9 puntos totales en conocimiento, siendo la mayoría de estos puntajes medios muy próximos al límite inferior

En cuanto a la distribución del puntaje obtenido en actitud se encontró una media de 2.62 puntos

Se observa que el 43.18%(152) de los pacientes tendría una actitud desfavorable frente al ictus, mientras que solo el 56.82%(200) una actitud favorable lo que pone de manifiesto la gran proporción de personas que no actuaría correctamente frente a la enfermedad , en el estudio realizado por Scherle Matamoros et al en Ecuador 2018 se encontró que el 88.2% de los encuestados tomaría una actitud correcta, , esta diferencia podría deberse que en dicho trabajo la población de estudio fue familiares de pacientes con ictus y como veremos más adelante este factor está asociado a una actitud favorable, los resultados del presente trabajo se asemejan bastante a los encontrados por Perez lazaro 2017(13) que encontró que el 56% actuaría correctamente frente a un 44% que no.

La media de la calificación global del cuestionario tanto de conocimientos como actitud la obtenemos al sumar la media de ambas variables siendo 6.79 puntos según la escala de medición global del instrumento en bajo (0 – 3 puntos), medio (4 a 9 puntos) y alto (10 a más puntos) vemos que el conocimiento y actitud frente al ictus en nuestra población de estudio son de nivel medio.

En el análisis bivariado entre edad y nivel de conocimiento sobre el ictus se observa que el 31.43% de los jóvenes obtuvieron un puntaje alto mientras que solo el 10.34%

de los adultos mayores obtuvieron dicho puntaje, para evaluar la relación en entre dichas variables realizó el cálculo de la rho de sperman obteniendo $\rho = -0.225$ correlacion inversa $p = 0.000$, es decir que a mayor edad el nivel de conocimientos disminuye, esta asociación dependiendo de la fuente se consideraría como una correlación negativa entre débil (23) a moderada (24).

El análisis de asociación entre sexo y nivel de conocimientos se obtuvo un $X^2 = 4.34$ $p = 0.114$ siendo este resultado estadísticamente no significativo, por lo que en el presente estudio no se encontró asociación entre el sexo y el nivel de conocimiento

Al relacionar el grado de instrucción y el nivel de conocimiento se observó que el 71.74% de los paciente con grado superior obtuvieron un nivel de conocimiento medio , mientras que el 66.67% con grado primario obtuvo un nivel bajo de conocimiento, al medir la asociación entre las variables por medio de la rho de sperman se obtuvo $\rho = +0.375$ $p = 0.000$, correlación positiva moderada, por lo que en el presente trabajo se encontró que a mayor el grado de instrucción el nivel de conocimiento es más alto y viceversa

El 63.30 % de los pacientes considerados de riesgo obtuvo un nivel de conocimiento medio, asimismo un pocentaje similar 65.85% de los pacientes que no eran de riesgo obtuvo este mismo nivel de conocimiento. En análisis de la asociación entre las variables se obtuvo un $X^2 = 3.783$ $p = 0.151$ no siendo significativos estadísticamente, por lo que no se encontró asociación entre el ser un paciente de riesgo con el nivel de conocimiento de esta patología

El antecedente propio de ictus y el nivel de conocimiento obtuvo un $X^2 = 6.112$ $p = 0.047$ V de cramer $= 0.132$, al analizar los porcentajes de cada grupo (tabla 6) se aprecia que el nivel conocimiento predominante en los pacientes con antecedente de ictus es predominantemente medio y bajo , sin embargo en los pacientes que no tienen antecedente de ictus el nivel de conocimientos predominante es el medio, interpretando el resultado se puede decir que el tener el antecedente propio de ictus se asocia a un conocimiento bajo de la enfermedad, esto con una fuerza de asociación baja , sin embargo habría que tener en cuenta que el p valor es muy cercano al límite 0.05 , y que son pocos los pacientes con el antecedente de ictus

24(6.82%), añadido a que en este análisis bivalente no se toma en cuenta la posible interferencia de alguna variable externa por lo que dicho resultado debería ser analizado de manera más exhaustiva en futuros estudios

Al analizar el antecedente familiar de ictus con el nivel de conocimiento se observa que el 22.99% de pacientes que tuvieron dicho antecedente familiar obtuvieron un nivel de conocimientos alto, frente a un 11.70% que no tenía dicho antecedente familiar. Al medir la asociación se obtuvo $X^2=9.622$ $p=0.008$, encontrado asociación entre dichas variables, por lo que el tener un antecedente familiar de ictus se asocia a un conocimiento alto, con una fuerza de asociación baja (V cramer= 0.165)

En el análisis de entre la edad y la actitud se encontró que el 38.37% de los adultos tendría una actitud desfavorable frente a un 61.63% que tendría una actitud favorable, en el grupo Joven y adulto mayor los porcentajes de actitud favorable y desfavorable fueron similares, al intentar ver si existe asociación entre dichas variables se encontró un $X^2=3.407$ $p=0.182$, por lo que la edad no presenta asociación con la actitud frente al ictus

En cuanto al sexo y la actitud se observa que un 46.94% de los pacientes de sexo masculino tendría una actitud desfavorable, un porcentaje similar 40.49% del sexo femenino tendría actitud desfavorable al calcular el $X^2=1.452$ $p=0.228$, no se encuentra asociación entre el sexo y la actitud frente al ictus

Sin embargo el grado de instrucción y la actitud frente al ictus si muestran un resultado estadísticamente significativo $X^2=19.790$ $p=0.000$, un 64.78% de pacientes con grado superior tomaría una actitud favorable frente a un 69.44% de los pacientes con grado primario que tomaría una actitud desfavorable. Al medir la fuerza de esta asociación obtenemos una V de Cramer = 0.237, para interpretar dicho valor se tomó en cuenta lo mencionado por Pedro López-Roldán en METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL CUANTITATIVA (25). Indica que el valor V de cramer teórico de asociación perfecta es el 1, sin embargo en la realidad el resultado v de cramer máximo es 0.6 representado este valor la asociación perfecta empírica, nos recomienda tener una interpretación empírica del valor V de cramer, por lo que en el presente trabajo se encontró asociación entre

el grado de instrucción y la actitud frente al ictus, con una fuerza de asociación media

El ser un paciente de riesgo no mostro asociación con la actitud frente al ictus $X^2=1.575$ $p=0.209$, así tampoco lo hizo el antecedente propio de ictus obteniendo $X^2=1.267$ $p=0.260$, por lo que podemos decir que el ser un paciente de riesgo o tener el antecedente propio de ictus no se asociación a una mejor actitud.

En el análisis entre el antecedente familiar de ictus y la actitud se observó que el 68.97% de los pacientes con el antecedente familiar de ictus tendría una actitud favorable mientras que el 47.17% de los pacientes sin este antecedente familiar tendría una actitud desfavorable frente a la enfermedad. Al medir la asociación se obtuvo $X^2=6.950$ $p=0.008$, por lo que el antecedente familiar de ictus está asociado a la actitud que se tomaría frente a esta enfermedad, con una fuerza de asociación baja (v cramer =0.141)

CONCLUSIONES

El conocimiento y la actitud de los participantes frente al ictus fueron de nivel medio.

La menor edad, el mayor grado de instrucción, el antecedente propio y el antecedente familiar de ictus se asociaron con el conocimiento sobre la enfermedad

El mayor grado de instrucción y el antecedente familiar de ictus se asociaron con la actitud frente a la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Como vimos el ámbito poblacional es reducido por lo que se recomienda la realización de más estudios con una línea de investigación similar a poblaciones más grandes lo que nos daría un panorama global de conocimiento y actitudes frente al ictus en la población Arequipeña, en dichos estudios se recomienda el uso de un muestreo probabilístico así como la incorporación en el instrumento de preguntas abiertas y cerradas para una mejor valoración de las variables.

Se recomienda en dichos estudios priorizar a los familiares cercanos de pacientes de riesgo o con el antecedente de ictus, ya que serán ellos los que deberán valorar las manifestaciones de la enfermedad así como tener una actitud favorable para el tratamiento óptimo

Se pueden desarrollar campañas dirigidas a mejorar el nivel de conocimiento y actitud frente al ictus en la población en general y sobre todo en aquellos sectores poblacionales que mostraron asociación con un conocimiento bajo y con una actitud desfavorable.

También se recomienda campañas dirigidas intrahospitalarias a los pacientes hospitalizados por ictus así como a sus familiares

Nuestro país al encontrarse en vías de desarrollo no cuenta con la cobertura del tratamiento óptimo para toda la población por lo que se recomienda priorizar campañas enfocadas en la prevención y control de los factores de riesgo modificables para poder disminuir la incidencia de esta enfermedad.

La atención oportuna y rápida es prioritaria en esta enfermedad y esto solo se puede conseguir con sistema de salud bien estructurado y que cuente con el material adecuado para el tratamiento por lo que se recomienda la creación, en hospitales de alta densidad poblacional, de una unidad especialidad en el diagnóstico y tratamiento del ictus

BIBLIOGRAFIA

1. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 380(9859):2095-128. [Internet] 2012. Consultado el 17 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245604>
2. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad .desatendida .LF Davalos. *Scielo* [Internet] 2014. Consultado el 12 de enero del 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200040
3. Krishnamurthi RV, Feigin VL, Forouzanfar MH, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Glob Health*. 1(5):e259-81. [Internet] 2013. Consultado el 10 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25104492>
4. Hernández-Vásquez A, Díaz-Seijas D, Espinoza-Alva D, Vilcarromero S. Análisis espacial de la mortalidad distrital por enfermedades cardiovasculares en las provincias de Lima y Callao. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 33(1):185-6. doi: 10.17843/rpmesp.2016.331.2022 [Internet] 2016. Consultado el 12 de enero del 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n1/a31v33n1.pdf>
5. Castañeda-Guarderas A, Beltrán-Ale G, Casma-Bustamante R, Ruiz-Grosso P, Málaga G. Registro de pacientes con accidente cerebro vascular en un hospital público del Perú, 2000-2009. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 28(4):623-7. [Internet] 2011. Consultado el 10 de enero del 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000400008
6. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 333(24):1581-7. [Internet] 1995. Consultado el 10 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7477192>

7. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. [Internet] 2019. Consultado el 12 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>

8. Málaga G, De La Cruz-Saldaña T, Busta-Flores P, Carbajal A, Santiago-Mariaca K. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. Acta Med Peru. 35(1):51-4. [Internet] 2018. Consultado el 20 de diciembre del 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172018000100008&lng=es&nrm=iso

9. Pérez-Lázaro C, Iñíguez-Martínez C, Santos-Lasaosa S, Alberti-González O, Martínez-Martínez L, Tejero-Juste C, Mostacero-Miguel E. Estudio sobre el conocimiento de la población acerca del ictus y de los factores de riesgo vascular. Rev Neurol 49 (03):113-118. [Internet] 2009. Consultado el 20 de diciembre del 2019. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2008525>

10. M. Oró , J. Sanahuja-Montesinos , L. Hernández , E. Setó , F. Purroy . Grado de conocimiento del ictus entre población de área rural en la provincia de Lleida .Revista Neurología vol. 48, núm. 10, p. 515-519. [Internet] 2019.Consultado el 20 de diciembre del 2019. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/handle/10459.1/63437>

11. Diaz Cabezas, Ricardo Y Ruano Restrepo, Mario Iván. Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebro vascular en una población urbana colombiana. Acta Neurol Colomb. vol.27, n.4 [Internet] 2011. Consultado el 05 de enero del 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482011000400002

12. Ricardo Díaz Cabezas. Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en convivientes de personas en riesgo Acta

Neurologica Colombiana [Internet] 2015. Consultado el 02 de enero del 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n1/v31n1a03.pdf>

13. Perez-Lazaro C, Santos-Lasaosa S, Velazquez-Benito A, Bellosta-Diago E, Tejero-Juste C, Iniguez-Martinez C. Conocimiento de la enfermedad vascular cerebral en la población de Zaragoza. Rev Neurol 64: 17-26. [Internet] 2017. Consultado el 20 de diciembre del 2019. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2016177>

14. Perez Villajuan .Conocimiento Y Actitud de los pacientes frente Al Ictus isquémico Instituto Nacional De Ciencias Neurológicas En El Año 2018.Usmp [Internet] 2019. Consultado el 12 de enero del 2020. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/4520>

15. Claudio E. Scherle Matamoros,Dannys Rivero Rodríguez, Álvaro Corral San José,Daniella Di Capua Sacoto, et al. Conocimiento Acerca Del Ictus Isquémico En Ecuatorianos.Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 27, No 3. [Internet] 2018. Consultado el 12 de enero del 2020 .Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2019/04/2631-2581-rneuro-27-03-00044.pdf>

16. Munoz Collazos, Mario. Enfermedades cerebrovasculares (ECV). Acta Neurol Colomb. vol.26, n.2 [Internet] 2010. Consultado el 10 de enero del 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482010000200002

17 Jorge Ignacio Celis Mejía, Dora Lilia Hernández, Luz Mey King Chio. Factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular. Guía neurológica 8 [Internet] .Consultado el 15 de enero del 2020. Disponible en: <http://www.acnweb.org/guia/g8cap3.pdf>

18. Antonio Arauza , Angélica Ruíz-Franco .Enfermedad vascular cerebral. Artículo de revisión Vol. 55, N.o 3. Mayo-Junio. [Internet] 2012. Consultado el 15 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un123c.pdf>

19. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del Ataque Cerebrovascular Isquémico: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud [Internet] 2018.

Consultado el 16 de enero del 2020. Disponible en:
[http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC Ataque Cerebrovascular vers co_rta.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Ataque_Cerebrovascular_vers_co_rta.pdf)

20. Posadas Ruiz. Factores De Riesgo Asociados A Accidente Cerebrovascular En El Hospital Edgardo. Rebagliati Martins. Universidad Ricardo Palma. [Internet] 2016. Consultado el 10 de enero del 2020. Disponible en <http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/handle/urp/1154>

21. Jiménez Gracia MA, Amarilla Donoso J, Güesta Guerra E, Leno Diaz C, Portilla Cuenca JC. Conocimiento y actitud de la población general frente al ictus. Rev Científica Soc Esp Enferm Neurológica;41(1):15-21. [Internet] 2015. Consultado el 25 de enero del 2020. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanolaenfermeria-319-articulo-conocimiento-actitud-poblacion-general-frente-S201352461500021>

22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de educación por departamentos 2007-2017[Internet] 2018.Consultado el 01 de marzo del 2020. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1529/libro.pdf

23. Reguant-Álvarez, M., Vilà-Baños, R., y Torrado-Fonseca, M. La relación entre dos variables según la escala de medición con SPSS. REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 11(2), 45–60. [Internet] 2018. Consultado el 01 de marzo del 2020. Disponible en: <http://doi.org/10.1344/reire2018.11.221733>

24. Mónica Alejandra Mondragón Barrera. Uso de la correlación de spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. Mov.cient.Vol.8 (1): 98-104[Internet] 2014. Consultado el 02 de marzo del 2020. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5156978>

25. Pedro López-Roldán, Sandra Fachelli. Metodología de la investigación social cuantitativa. Diposit digital de documents uab. Universitat Autònoma de Barcelona [Internet] 2015. Consultado el 02 de marzo del 2020, Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/129382/>

ANEXO 1. Definición operacional de variables

Variable asociada	Indicador	Valor final	Escala
Edad	18-29 años 30-59 años 60 -93 años	Joven Adulto Adulto mayor	Ordinal
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal
Grado de instrucción	Máximo grado educativo obtenido	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Ordinal
Antecedente propio de ictus	Antecedente de padecimiento propio de ictus	Si No	Nominal
Antecedente familiar de ictus	Antecedente de padecimiento de algún familiar de ictus	Si No	Nominal
Paciente de riesgo	Paciente con: -Presión alta -Diabetes -Colesterol alto -Arritmia cardiaca -Antecedente de infarto de corazón	Si No	Nominal

VARIABLES DE SUPERVISIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
Nivel de conocimiento sobre el ictus	Puntaje obtenido 0 - 2 puntos. 3 - 6 puntos. 7 - 9 puntos	Bajo Medio Alto	Ordinal
Actitud frente al ictus	Puntaje obtenido 0 - 2 puntos. 3 - 5 puntos.	Desfavorable Favorable	Nominal

ANEXO 2

Consentimiento informado:

La presente investigación es conducida por Diego Layme Caceres de la Universidad Nacional de San Agustín. La meta de este estudio es Determinar el nivel de conocimiento y actitud respecto al ictus en pacientes del hospital Yanahuara

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Firma:

ANEXO 3

Instrumento de recolección de datos

EDAD: ____

CÓDIGO ENCUESTA:

SEXO: a. Masculino
b. Femenino

GRADO DE INSTRUCCION: a. Ninguno b. Primaria c. Secundaria d. Superior

¿Ha tenido o tiene alguna de estas enfermedades?

Infarto de corazón, Presión alta, Arritmia de corazón Diabetes, Colesterol alto,

a-SI b- NO

¿Ha sufrido usted ictus o infarto cerebral?

a- SI b- NO

¿Tiene algun familiar que haya sufrido alguna vez ictus “infarto cerebral “ ?

a-SI b- NO

CONOCIMIENTOS:

1. Según lo que conoce, podría indicar un síntoma de Ictus “infarto cerebral” (puede marcar más de una)

- a. Ardor al orinar
- b. Fiebre en las noches
- c. Dificultad para hablar o entender
- d. Pérdida de la visión brusca
- e. Cansancio al subir las escaleras
- f. No lo sé

2. Según lo que conoce, podría indicar otro (u otros) síntoma (s) de Ictus “infarto cerebral” (puede marcar más de una):

- a. Sangrado por la nariz.
- b. Parálisis o pérdida de fuerza en medio cuerpo.
- c. Falta de sueño.
- d. Pérdida de sensación de una parte del cuerpo.
- e. Enrojecimiento de manos.
- f. No lo sé

3. Acerca del Ictus “infarto cerebral”, señale la afirmación correcta:

- a. Es causado por una bacteria que afecta el cerebro
- b. Es una emergencia médica que requiere tratamiento de inmediato
- c. No es una emergencia médica, se puede tratar con calmantes y hiervas
- d. Es una enfermedad que ataca principalmente a niños y adultos mayores
- e. Es transitorio y se resuelve con descanso médico
- f. No lo sé

4. Acerca de tratamiento que debe tener una persona que sufre un Ictus isquémico “infarto cerebral”, indique lo correcto:

- a. Puede ser realizado en una posta o centro de salud
- b. La enfermedad es fulminante y ocasiona la muerte rápidamente
- c. Si se brinda tratamiento oportuno se puede revertir la enfermedad
- d. Primero debe descansar para luego ser llevado a un hospital
- e. Puedo emplear tratamiento en base a hierbas, mates o pasarle el huevo
- f. No lo sé

5. ¿Qué factor podría aumentar el riesgo de sufrir un Ictus “infarto cerebral”?

- a. Comer frutas y verduras
- b. Tomar gaseosas
- c. Fumar
- d. Hacer ejercicio excesivo
- e. Ducharse de noche
- f. No lo sé

6. ¿Qué enfermedad podría aumentar el riesgo de sufrir un Ictus “infarto cerebral”?

- a. Depresión
- b. Diarreas excesivas
- c. Infección estomacal
- d. Hipertensión arterial
- e. Artrosis
- f. No lo sé

7. ¿Sabe que efecto podría causarte o causarle a tu familiar en sus actividades diarias si sufre de un Ictus “infarto cerebral”?

- a. Cambio de carácter en su trabajo
- b. Bochornos y sudoración en el día
- c. Imposibilidad para conducir, usar el baño o conseguir un trabajo
- d. Deseos excesivos de tener relaciones sexuales
- e. No lo sé

ACTITUDES

8. ¿Qué haría usted si presenta algún síntoma en relación a un Ictus “infarto cerebral” o lo presenciase de otra persona o familiar cercano?

- a. Esperaría a ver si pasa de forma espontánea
- b. Le daría algún calmante o pastilla para el dolor
- c. Lo acostaría en el suelo y elevaría sus piernas
- d. Lo llevaría de inmediato al hospital o urgencias más cercano
- e. Lo llevaría a un curandero
- f. No sabría qué hacer en ese momento

9. ¿Qué haría si usted o algún familiar presenta parálisis o pérdida de fuerza en medio cuerpo que desaparecen a los pocos minutos?

- a. Lo observaría porque podría deberse a la edad de la persona
- b. Lo llevaría a un curandero para que le hagan una limpia
- c. Debido a que los síntomas desaparecieron no le tomaría importancia
- d. Lo llevaría de inmediato al hospital o urgencias más cercano
- e. Pensaría sacar una cita con un médico neurólogo
- f. No sabría qué hacer en ese momento

10. ¿Qué haría usted, si un familiar continúa con la pérdida de fuerza en medio cuerpo, luego de ser dado de alta de un hospital?

- a. Lo llevaría según indicación del médico a su rehabilitación
- b. Lo llevaría a un curandero para que le hagan una limpia y cura
- c. Lo llevaría a otro hospital para que lo reevalúen
- d. Insistiría a que sea operado o denunciaría por negligencia
- e. Lo llevaría a casa
- f. No sabría qué hacer

11. ¿Cuál sería su actitud, frente a un familiar o amigo que tuvo como antecedente un derrame cerebral, que le recomendaría?

- a. Le diría que siga con su vida normal pues a cualquiera le puede suceder
- b. Si observo que fuma y toma alcohol, le diría que deje de hacerlo
- c. Le aconsejaría que este tranquilo, que practique técnicas de relajación (Yoga)
- d. Le diría que controle bien su hipertensión arterial
- e. Le aconsejaría que tome algunas plantas o visite a un curandero

12. Si la persona que está a su cargo o un familiar suyo está sufriendo en este momento un Ictus isquémico ¿conoce de algún medicamento que se aplica por la vena que le aumente la posibilidad de recuperarse?

- a. No, nunca lo había escuchado
- b. Pensé que no tenía tratamiento
- c. Sí lo sabía
- d. Pensé que solo existía en otros países
- e. Pensé que el tratamiento solo consistía en tomar pastillas