



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**FACTORES ASOCIADOS AL ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR EN USUARIOS
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HCHM DE CHILLÁN AÑO
2008.**

AUTORES:

ARIAS I. RODRIGO

BENAVENTE M. PAMELA

MENDOZA M. DANIELA

OCARES T. RUTH

DOCENTE GUÍA:

SRA. ANA PINCHEIRA R.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN-CHILE

2009

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por entregarnos cada día fuerza, coraje, paciencia y valor para sacar adelante nuestro proyecto con el cual se cumple un ciclo importante en nuestras vidas como estudiantes y de la de nuestros seres amados.

A todas aquellas personas que nos apoyaron, entregando interés y orientación en todos los momentos buenos y malos.

Quisiéramos expresar también nuestros sinceros agradecimientos a todas las personas que hicieron posible la realización de esta investigación, especialmente:

- A nuestra docente guía, Sra. Ana Pincheira por el cariño e interés demostrado al orientarnos durante la investigación, así como a los docentes de nuestra escuela.
- Al Departamento de Archivo del HCHMCH, por su ayuda, colaboración, disposición y voluntad a nuestro proyecto.
- A los Enfermeros y personal del Hospital de San Carlos por su colaboración en nuestra prueba piloto.
- A los Señores Luis Echeverría y Raúl Escobar por su colaboración, cariño e interés en nosotros, por sus “tallas” que siempre alegraban los momentos.
- A nuestros compañeros por la ayuda y comprensión prestada.
- Y al compañerismo y amistad que nos unió como grupo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, por guiar mi vida siempre, protegerme y darme sabiduría en estos años de estudio, a mi padres y hermanas por su apoyo, amor incondicional y confianza entregada durante toda esta etapa en mi vida, a mi polola por estar siempre a mi lado apoyándome en todo momento y entregándome su amor, y a mi familia en general. A mis compañeras de tesis por su entrega y dedicación en este trabajo, con el cual además de formar un excelente grupo, formamos una amistad, que estoy seguro perdurará más allá de la universidad.

Rodrigo

Dedico este logro a mi familia, en especial a mis padres y hermano por estar siempre presentes y preocupados por mi bienestar, constituyéndose como guías imprescindible de mi vida, también se lo dedico a las amistades que he construido en esta etapa universitaria ya que han hecho mucho más llevadero y alegre este camino, entre ellos mis amigos de tesis porque cada uno con sus cualidades han aportado a que este proceso lo culminemos con gran satisfacción.

Daniela

A Dios, por su fuerza infinita. A mi madre, por su inmenso amor y apoyo incondicional. A mis amigos, por acompañarme en los momentos difíciles y darme su cariño y comprensión, alegrando día a día mi vida.

Pamela

A Dios por darme todo lo que necesito día a día; a mi familia, mi pololo y amigos por entregarme fuerza, apoyo incondicional y vivir juntos momentos inolvidables.

Ruth

RESUMEN

Estudio analítico de corte transversal, elaborado con el propósito de conocer los factores asociados al tipo de Accidente Cerebrovascular (ACV) en usuarios hospitalizados en el servicio de Medicina del HCHM de Chillán en el año 2008.

La muestra estuvo constituida por 118 usuarios de un universo de 215 usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina en el 2008. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario elaborado para esta investigación, el cual consta de 10 preguntas abarcando todas las variables a investigar. Los datos fueron obtenidos desde fichas clínicas de usuarios, durante la primera quincena de Mayo del 2009. Para el procesamiento se utilizaron los programas Excel e Infostat 2007, realizándose análisis univariado y bivariado, aplicando la prueba estadística de X^2 Pearson y p-value. Los resultados obtenidos indicaron que el ACV Isquémico predominó en un 86%. La hipertensión arterial se presentó en el 83,90% de los usuarios asociándose significativamente con el tipo de ACV con un X^2 de 3,55 y un p-value de 0,05. Lo mismo ocurrió con los antecedentes de evento cardiovascular previo, que se presentaron en el 54% de los usuarios con un X^2 de 3,94 y p-value de 0,04. Además los usuarios mayores de 65 años fueron los que desarrollaron ACV con mayor frecuencia en un 76%. Por otra parte, la dislipidemia y la diabetes mellitus no estaban asociadas al tipo de ACV. También se observó que el sobrepeso y la obesidad presentaron un mayor porcentaje en los usuarios con ACV isquémico.

Se concluyó que los esfuerzos en actividades de promoción y prevención se deben concentrar mayoritariamente en el estricto control de hipertensos, usuarios con antecedentes cardiovasculares previos y mayores de 65 años.

Palabras claves: Factores Asociados, Accidente Cerebrovascular, Hipertensión arterial, Evento Cardiovascular Previo.

ABSTRACT

An analytical study of transverse court. The purpose of this study is to know the factors which are associated with the cerebrovascular accident (CVA) type in hospitalized users in the Medical Unit of HMCH of Chillan in 2008.

The sample was constituted by 118 users from a universe of 215 hospitalized users in the Medical Unit in 2008. It is used for the data collect an inventory that was elaborated for this research and which consists of ten questions, taking all investigated variables into account. The data were obtained from medical records of users during the first two weeks of May of 2009. The Excel and Infostat 2007 programs were used for processing the information, doing an unvaried and bivariated analysis and applying Person's X^2 and p value. The achieved results reported that the ischemic CVA predominated in a 86%. The arterial hypertension is presented by the users in a 83,90%, relating significantly to the type of CVA with the value of X^2 of 3,55 and a p value of 0,05. It happened the same with the backgrounds of a previous cardiovascular event, which were presented in a 54% of the users with the value of X^2 of 3,94 and a p value of 0,04. Besides the users over 65 years old were who developed CVA with a major frequency of a 76%. On the other hand, the dislipidemy and diabetes mellitus were not associated with the CVA type. Furthermore, it is observed that the overweight and the obesity showed a superior percentage in the users with ischemic CVA.

It is concluded that the efforts in activities of promotion and prevention must be concentrated mainly in the strict control of hypertense users with previous cardiovascular background and over 65 years old.

Keywords: Factors which are Associated, Cerebrovascular Accident, Arterial Hypertension, Previous Cardiovascular Event.

INDICE

	PÁG.
Resumen	
<u>1. Introducción</u>	1
1.1 Presentación y Fundamentación del Problema	5
e importancia de la Investigación para la Profesión	6
1.2 Problematización y problematización	7
1.3 Marco Teórico y Marco Empírico	8
1.4 Propósito de la Investigación	33
1.5 Objetivos General y Específicos	34
1.6 Listado de Variables	37
<u>2. Metodología de la Investigación</u>	
2.1 Tipo de Diseño	38
2.2 Universo y Muestra	38
2.3 Unidad de Análisis	38
2.4 Aspectos Éticos	38
2.5 Criterios de exclusión	39
2.6 Recolección de Datos	39
2.7 Descripción del Instrumento Recolector	39
2.8 Prueba Piloto	39
2.9 Procesamiento de los Datos y Prueba estadística	40
<u>3. Análisis</u>	
3.1 Análisis de Resultados	41
3.2 Discusión de los Resultados	53

4. Conclusiones, Sugerencias y Limitaciones	
Conclusiones	58
Sugerencias	62
Limitaciones	63
5. Bibliografía	64
6. Anexos	

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el número de fallecimientos y discapacidades debido a Cardiopatías y Accidentes Cerebrovasculares (ACV) ocasionan la muerte de más de 12 millones de personas anualmente en todo el mundo. ¹

Se trata de una enfermedad que no respeta edad, sexo, raza, ni condición social y en muchas ocasiones, afecta a individuos en las etapas más productivas de su vida. A pesar de esto la mayoría de la gente no es conciente de la gravedad de los factores de riesgos que favorecen su desarrollo, de sus manifestaciones clínicas ni de las opciones de tratamiento que existen en la actualidad.²

Según el Atlas of Heart Disease and Stroke of WHO, el Accidente Cerebrovascular es la tercera causa más común de muerte en países desarrollados, superado sólo por las enfermedades coronarias y el cáncer. Los Accidentes Cerebrovasculares son la segunda causa de muerte en personas mayores de 60 años y la quinta causa de muerte en personas entre 15 y 59 años de edad. En todo el mundo, 3 millones de mujeres y 2,5 millones de hombres mueren cada año por causa de los Accidentes Cerebrovasculares. En los EE.UU., alguien muere de un accidente cerebrovascular cada tres minutos ⁸.

El ACV afecta a todos los estratos socioeconómicos, sin embargo, cerca del 85 % sucede en países con ingresos bajos o moderados como es el caso de Chile ³, donde el ACV agudo isquémico es la causa más frecuente de Enfermedad Cerebrovascular que representa aproximadamente el 65% de todos los eventos cerebrovasculares.⁹

A nivel nacional la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en personas de 20 a 64 años para el año 2004 fue de 51,0 por cada 100.000 habitantes. El ACV fue la segunda causa de muerte luego de las enfermedades isquémicas del corazón en personas de 65 a 79 años en ambos sexos y representó el 10,6% de todas las muertes el año 2005, con una tasa de 297,2 por 100.000 habitantes.

En el caso de las personas mayores de 80 años en el 2005, la tasa de mortalidad por ACV en ambos sexos fue de 1.262,9 por cada 100.000 habitantes, representando la primera causa de muerte en éste grupo etario.⁹

De todos los egresos hospitalarios del 2005, el ACV representó el 1,2% mientras que constituyó el 4,3% de los egresos en mayores de 65 años, que correspondió a la quinta causa de egresos hospitalarios en este grupo de edad.

Por otra parte la tasa de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en Chile en ambos sexos para el año 2006 fue de 49,7 por cada 100.000 habitantes.¹⁰

En relación al ACV, la tasa de mortalidad ajustada por esta causa en ambos sexos en la Región del Bío-Bío en el año 2006 fue de 57,5 por cada 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad observada en el sexo masculino en la VIII Región para el mismo año fue de 61,9 por cada 100.000 habitantes y para el sexo femenino fue de 58,0 por cada 100.000 habitantes.¹⁰

En la provincia de Ñuble las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de muerte, lo que las constituye un importante problema de salud pública. Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades isquémicas del corazón, constituyen la principal causa específica de muerte y las enfermedades Cerebrovasculares se ubican en segundo lugar. Estas enfermedades afectan a todos los grupos sociales y originan un mayor consumo en los servicios de salud, generalmente de alto costo.

Según la cuenta pública 2006 del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, el Accidente Cerebrovascular Isquémico fue la segunda patología AUGE con mayor aporte de FONASA luego de la insuficiencia renal, con un aporte estimado de 397.000.000 (trescientos noventa y siete millones de pesos).¹¹

Estas cifras dan cuenta del proceso de transición demográfica y epidemiológica que ha marcado al país en las últimas décadas, lo que ha determinado una compleja situación de salud, donde coexisten problemas vinculados al subdesarrollo, con aquellos ligados a estilos de vida, condicionantes ambientales y determinantes sociales.⁶

Su tratamiento demanda una gran carga económica para los servicios de salud, razón por la cual, la prevención de esta enfermedad cardiovascular es fundamental para disminuir su incidencia, su prevención se ha fundamentado en los factores de riesgo asociados a esta patología. El concepto de factor de riesgo del ACV se aplica a aquellos signos biológicos y hábitos adquiridos que se han encontrado con mayor frecuencia entre los enfermos cardiovasculares en relación con la población general, permitiendo así la identificación de grupos poblacionales con mayor riesgo de presentar la enfermedad en los próximos años. Gran parte de estos factores de riesgo se debe a los efectos de la globalización mediados por los mensajes comunicacionales que invitan a los individuos a los estilos de vida dañinos para la salud (tabaquismo, consumo de alcohol, dietas poco saludables, entre otros).

Estos factores de riesgo son responsables del 75 % de los ACV en el mundo; no obstante, la importancia de cada factor de riesgo es relativa y puede variar en las diferentes poblaciones. La identificación de estos factores y su distribución en la población es importante, dado que existe evidencia de que al tomar acciones en contra de estos factores, el riesgo de desarrollar un ACV puede ser disminuido significativamente.

En Chile las medidas creadas por el MINSAL para abordar el incremento de las enfermedades cardiovasculares se basan en la prevención y la promoción de estilos de vida saludables. Dentro de este contexto en 1995 el Ministerio de Salud elabora el “Examen de Salud Preventivo del Adulto” (ESPA), que considera el cambio epidemiológico y demográfico de la población chilena, modificando el enfoque hacia la pesquisa de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles de alta prevalencia en población de 20 a 64 años. En 1998 el ESPA se perfecciona como instrumento, incluyendo la pesquisa de factores de riesgo de enfermedades crónicas y de patologías transmisibles, incluida la tuberculosis. El año 2000 el ESPA se focaliza en la detección de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. En 2005 en el marco del régimen de las

garantías explícitas en salud (GES) el ESPA es reformulado como EMP (Examen de Medicina Preventiva) que es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital, con el objetivo de determinar el riesgo de una persona de desarrollar una enfermedad en el futuro, o para identificar en forma oportuna una enfermedad asintomática, como las enfermedades crónicas y para hacer promoción de salud en base a los factores de riesgo cardiovascular (CV) de la persona.

También en 2002 después de 20 años de la implementación de los subprogramas de control y seguimiento de pacientes con hipertensión y diabetes en los consultorios del nivel primario de atención, se presentó el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) el cual vino a constituir la reorientación de estos programas ya existentes, donde el enfoque está basado en el riesgo CV absoluto de la persona, más que en un abordaje separado de cada uno de los factores de riesgo.¹²

Por las razones epidemiológicas señaladas, así como por la vulnerabilidad del ACV a diversas intervenciones médicas probadamente efectivas, tanto preventivas como curativas, esta patología fue incluida en el listado de 56 patologías GES en el año 2006, donde se formuló una Guía Clínica en la cual se aborda el ACV isquémico en acciones relacionadas con la sospecha y confirmación diagnóstica, tratamiento del episodio agudo y estudio etiopatogénico, prevención secundaria, rehabilitación y seguimiento.

Bajo este contexto, y por el rol que nos corresponde como futuros enfermeros en la atención de estos usuarios, el objetivo de nuestro estudio es conocer los factores que se asocian al desarrollo de ACV.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

Los Accidentes Cerebrovasculares (ACVs) representan una gran carga económica para el individuo, su familia y también para la sociedad, esto considerando que la mayoría de las personas que se enferman requerirán atención médica especializada en servicios clínicos de alta complejidad tecnológica. Pero su incidencia puede decrecer en más del 50% mediante una combinación de esfuerzos nacionales sencillos, costo eficaces y medidas individuales encaminadas a reducir los principales factores de riesgo.¹

La mayoría de los beneficios de estas intervenciones combinadas se pueden alcanzar al cabo de cinco años, ya que la progresión de las enfermedades cardiovasculares es relativamente fácil de detener. Si no se toman medidas para mejorar la salud cardiovascular y continúa la tendencia actual, la OMS estima que para el 2020 se perderá en todo el mundo un 25% más de años de vida sana debido a las enfermedades cardiovasculares. La mayor parte de este aumento corresponderá a los países en vías de desarrollo como Chile ¹.

La etiología multifactorial del ACV hace necesario que se desarrollen intervenciones integrales para maximizar los esfuerzos preventivos, dirigidos a los grupos de alto riesgo como lo son: adultos mayores, varones, etc. Los factores de riesgo (FR) tales como la hipertensión arterial (HTA), colesterol elevado, diabetes mellitus (DM), se modifican indirectamente a través de intervenciones en los factores conductuales (dieta y actividad física, entre otros); por lo tanto, los cambios observados sirven de indicadores para evaluar la efectividad de las medidas dirigidas a promover estos cambios. ³⁷

A su vez, el tratamiento multifactorial para prevenir las complicaciones de los ACVs muestra que el impacto sobre la reducción del riesgo es mayor cuando se trata simultáneamente más de un FR. Así mismo, las recomendaciones actuales, ya sea para el tratamiento de la DM, HTA o dislipidemia, consideran los factores de riesgos coexistentes para determinar la indicación terapéutica. ³⁷

Como en Chile son escasos los estudios con respecto a los factores de riesgo de los ACVs, la prevención está basada en estudios realizados en otras partes del mundo, por ello, es de suma importancia conocer cuáles son los factores de riesgo en la población chilena y principalmente en la provincia de Ñuble que es hacia donde está orientada esta investigación, para que la prevención y promoción sobre la población en riesgo tenga un fundamento realista, que refleje las necesidades de la población procedente de esta zona.

Importancia para la Profesión.

Una de las principales acciones de enfermería dentro de su amplio quehacer en salud es la prevención y la promoción, sobre todo en la Atención Primaria, por lo cual, conocer los factores de riesgo del ACV en nuestra realidad local, adquiere una gran importancia para cumplir con mayor eficacia esta tarea, por lo tanto, la importancia de desarrollar esta investigación permitirá abordar a los usuarios en riesgo con una mayor conciencia y enfoque preventivo, disminuyendo así, el riesgo de sufrir una patología cardiovascular.

1.2 PROBLEMA Y PROBLEMATIZACION

Problema.-

¿Cuáles son los factores que se asocian a la presencia de un ACV de tipo isquémico o hemorrágico en usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina del HCHM de Chillán?

Problematización.-

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿La **edad** estará asociada a la presencia del tipo de ACV?
2. ¿El **género** estará asociado a la presencia del tipo de ACV?
3. ¿La **procedencia** urbana o rural estará asociada al tipo de ACV?

II. ANTECEDENTES SALUD DEL PACIENTE

4. ¿El **uso de anticoagulantes** estará asociado a la presencia del tipo de ACV?
5. ¿Los **antecedentes de Diabetes Mellitus** estarán asociados a la presencia del tipo de ACV?
6. ¿Los **antecedentes de Hipertensión**, estarán asociados a la presencia del tipo de ACV?
7. ¿Los **antecedentes de Dislipidemia**, estarán asociados a la presencia del tipo de ACV?
8. ¿Los **antecedentes o eventos cardiovasculares previos** estarán asociados a la presencia del tipo ACV?

III. ESTILOS DE VIDA

9. ¿El **consumo de tabaco** estará asociada a la presencia del tipo de ACV?
10. ¿El **estado nutricional** estará asociado a la presencia del tipo de ACV?

1.3 MARCO TEÓRICO Y MARCO EMPÍRICO

A) MARCO TEÓRICO

La función principal del aparato circulatorio, que está constituido por el corazón y los vasos sanguíneos, es el transporte.

El aparato circulatorio entrega nutrientes y oxígeno a los tejidos, estos son necesarios para realizar los procesos metabólicos; también conduce los desechos generados por el metabolismo celular a los riñones y a otros órganos excretores para su eliminación; y transporta los electrolitos y las hormonas necesarias para que regulen la función corporal. Este proceso de transporte es llevado a cabo con notable precisión de manera que el flujo sanguíneo a cada tejido sea exactamente equiparable a las necesidades de ese tejido. El aparato circulatorio también cumple una función importante en la regulación de la temperatura corporal, que depende del transporte del calor central a la periferia, donde puede disiparse al ambiente externo. Otra función fundamental del aparato circulatorio es el transporte de diversas sustancias inmunológicas que contribuyen a los mecanismos de defensa del organismo.¹

Cuando se produce una alteración del sistema vascular se afecta la homeostasis; sin embargo, es posible prevenir o controlar muchos de estos trastornos. La enfermera(o) debe educar a la población acerca de los factores de riesgo de las alteraciones vasculares periféricas y sobre los cambios en el estilo de vida que pueden disminuir riesgos.²

Accidentes Cerebrovasculares

Los Accidentes Cerebrovasculares se definen como trastornos clínicos habitualmente súbitos derivados de un aporte insuficiente de sangre al SNC.³

También se definen como todos aquellos trastornos en los cuales se daña un área del cerebro en forma permanente o transitoria, a causa de isquemia o

hemorragia y también los padecimientos en los cuales uno o más vasos sanguíneos presentan una alteración primaria por algún proceso patológico.⁴⁰

Existen diferentes tipos de accidentes cerebrovasculares y los podemos clasificar de la siguiente manera:⁴⁰

- 1.- Isquemia Cerebral Transitoria.
- 2.- Déficit Neurológico Isquémico Reversible.
- 3.- A. Vasculares Isquémicos:
 - Embolias arterio-arteriales.
 - Embolias Cardio-Cerebrales.
 - Trombosis In Situ.
 - Vasoespasmo.
- 4.- A. Vasculares Hemorrágicos:
 - Hemorragias Subaracnóideas.
 - Hemorragias Parenquimatosas.
- 5.- Trombosis Venosas.

De todos estos subtipos, sin duda alguna las isquemias son la gran mayoría, ya que representan el 90% y se deben fundamentalmente a enfermedades como la aterotrombosis a nivel de las bifurcaciones de los grandes vasos y más frecuentes son aún las embolias arterio-arteriales y las de origen cardiaco. En segundo lugar, dentro de los ACV, encontramos los accidentes vasculares hemorrágicos.⁴⁰

Se considera **ACV isquémico** a un síndrome de signos clínicos caracterizados por una alteración focal de la función cerebral, de naturaleza no traumática que se desarrolla rápidamente por falta de aporte de flujo sanguíneo cerebral. Si la duración de la sintomatología es menor de 24 horas, entonces se denomina accidente isquémico transitorio (AIT), si la sintomatología perdura más de 24 horas y no hay modificaciones de la sintomatología durante este tiempo

(o 72 horas si se localiza en el sistema vertebrobasilar) se habla de infarto cerebral establecido(ICE).

El comienzo es abrupto. En el ictus o ACV en evolución, la disfunción neurológica unilateral (a menudo con inicio en el miembro superior con extensión progresiva lateral) se extiende sin causar dolor en varias horas o en 1 a 2 días, sin cefalea ni fiebre. La progresión generalmente es escalonada, interrumpida por períodos de estabilización, pero puede ser continua.

Durante las primeras 48 a 72 horas de un ictus progresivo o de un gran ictus establecido, las alteraciones pueden empeorar y puede deteriorarse el nivel de conciencia debido a edema cerebral o, menos frecuentemente, a extensión del infarto. El edema cerebral grave puede originar un desplazamiento potencialmente mortal de las estructuras intracraneales. Sin embargo, a menos que el infarto sea extenso o progresivo, la función suele mejorar pronto, con recuperación posterior gradual de días a meses.⁵

El **ACV hemorrágico** es una colección de sangre dentro del cráneo producido por la rotura de un vaso encefálico y constituye entre el 10 y el 15% del total de los accidentes cerebrovasculares. La hemorragia intracraneal puede ser de variados tipos: hemorragia intraparenquimatosa (HIP), hemorragia subaracnoidea (HSA), hemorragia intraventricular, hemorragia subdural y extradural o epidural. La entidad cerebrovascular hemorrágica no traumática más frecuente es la HIP, diferenciando distintas variantes, dependiendo de donde esté localizada la acumulación hemática del parénquima cerebral, éstas se clasifican en: lóbulos profundos, troncoencefálicas y cerebelosas.⁴

Los síntomas y signos en los Accidentes Cerebrovasculares reflejan el área cerebral dañada y no necesariamente la arteria afectada, por ejemplo: la oclusión de la arteria cerebral media y de la carótida interna puede producir alteraciones neurológicas clínicamente similares. No obstante, las lesiones cerebrovasculares generalmente se ajustan a patrones de perfusión arterial bastante específicos; el conocimiento de estos patrones permite diferenciar el ictus de otras lesiones

cerebrales que producen síntomas agudos.⁵

En los ACVs causados por la hemorragia intracraneal es característico que los síntomas comiencen de forma brusca con cefalea, seguida de déficit neurológico progresivo. Los hematomas extensos localizados en los hemisferios producen hemiparesia; cuando se localizan en la fosa posterior producen síntomas de disfunción cerebelosa (desviación conjugada de la mirada u oftalmoplejía, respiración estertorosa, pupilas puntiformes y coma). La pérdida de conciencia es frecuente, apareciendo en pocos minutos tras el comienzo o desarrollándose gradualmente. También es común la presencia de náuseas, vómitos, delirio y crisis focales o generalizadas. Las hemorragias extensas son mortales en pocos días en más del 50% de los pacientes. En los que sobreviven, el nivel de conciencia se va restaurando y el déficit neurológico disminuye gradualmente a medida que se reabsorbe la sangre extravasada. Generalmente, persiste algún grado de afectación, incluyendo disfasia en las hemorragias en el hemisferio dominante, aunque muchos pacientes presentan una recuperación funcional aceptable, especialmente en el caso de hemorragias en áreas silentes. Los hematomas pequeños pueden producir déficit focal similar a los de los ACV isquémicos.

En los ACV causados por hemorragia subaracnoidea (HSA), los aneurismas pueden ser asintomáticos hasta su rotura, pero la rotura inminente puede asociarse a cefaleas leves. Si la TAC (tomografía axial computarizada) o la RM (resonancia magnética) y la punción lumbar son normales, las cefaleas súbitas y graves no se asocian con hemorragia subaracnoidea posterior, sino más bien, con una cefalea tensional o migrañosa. Sin embargo, cualquier cefalea de comienzo reciente o una alteración en las características de la cefalea previa deben llevar a la exclusión de una HSA aneurismática o de un aneurisma en crecimiento. En unos pocos casos, los aneurismas producen síntomas por compresión de estructuras adyacentes. Una parálisis ocular, una diplopía, un estrabismo o el dolor facial indican afectación seudotumoral del III, IV, V o VI pares craneales.

Cuando el aneurisma se rompe suele existir cefalea aguda y grave. Los pacientes pueden referir sólo cefalea o pueden presentar diferentes grados de déficit neurológico y de alteración de la conciencia. La mezcla de la sangre liberada del aneurisma con el LCR irrita las meninges y aumenta la presión intracraneal, produciendo cefalea, vómitos, mareo y alteraciones en la frecuencia respiratoria y cardíaca. En ocasiones, aparecen convulsiones. Inicialmente no suele haber rigidez de nuca, a menos que exista herniación de las amígdalas cerebelosas. Sin embargo, en 24 horas se desarrollan rigidez de nuca marcada. En los primeros 5 a 10 días puede haber elevación de la temperatura; el paciente suele continuar con cefalea y confusión. Como resultado del sangrado al interior del tejido cerebral y del vasoespasmio y la isquemia asociados, aparecen signos focales (generalmente incluyendo hemiplejía) aproximadamente en el 25% de los casos. Es frecuente que se produzca un nuevo sangrado en los pacientes con aneurismas no tratados quirúrgicamente.⁵

Tratamiento ACV

Los ACVs forman parte de las 56 prioridades de salud de las Garantías GES y dado la evidencia de la eficacia de las UTACs (unidades especializadas en el tratamiento del ACV), la hospitalización del mayor número posible de pacientes con ACV agudo en UTACs debiera ser una garantía explícita en salud (GES) y un avance para Chile. Esto significará conformar equipos profesionales que incluyan médicos neurólogos dedicados y capacitados, enfermeras, kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y psicólogos. El trabajo de este equipo multiprofesional debe proveer un ambiente en el cual las actitudes, tratamientos e intervenciones eficaces, sean administrados a todos los pacientes susceptibles de beneficiarse con ellas. Para asegurar el mejor desenlace funcional posible, el equipo debe actuar de acuerdo a protocolos, guías de práctica clínica, procesos clínicos integrados, sujetos a control de calidad y auditoría.³⁸

Actualmente el tratamiento del ACV está normado a través de la Guía Clínica del GES “Guía Clínica ACV Isquémico del adulto”, dado que este subgrupo representa la mayor carga de enfermedad en términos de discapacidad y muerte en nuestro país. Esta guía contempla el abordaje terapéutico a seguir desde la sospecha diagnóstica hasta la rehabilitación y seguimiento del usuario.

FLUJOGRAMA MANEJO DEL PACIENTE CON ACV/CIT AGUDA (MINSAL) ³⁹

1.-Sospecha de ACV/CIT

- Síntomas neurológicos focales de inicio brusco.
- Usar escala de tamizaje.

2.-Confirmación

- Realizar TAC de encéfalo sin contraste si es agudo.
- RM de encéfalo si no es agudo.

3.-Manejo en urgencia

- Monitorizar signos vitales.
- No bajar la presión arterial.
- Administrar Aspirina 250mg.
- Considerar trombolisis IV.

- Solicitar exámenes (glicemia, recuento glóbulos blancos, rojos y plaquetas, VHS, electrolitos plasmáticos, uremia, creatinina y pruebas de coagulación, electrocardiograma).

4.-Hospitalizar

- Todos los pacientes con ACV agudo.

- Todos pacientes con CIT de alto riesgo de recurrencia.
- Hospitalizar en UTAC o de acuerdo a necesidades del paciente.

5.-Monitorización, evaluación de riesgos y manejo general.

- Monitorización neurológica y general.
- Evaluación del riesgo de disfagia y caídas.
- Manejo de la oxigenación, hidratación, alimentación, presión, glicemia, natremia.
- Prevención TVP (trombosis venosa profunda).

6.-Tratamiento específico

- Aspirina 250mg por 14 días.
- Trombolisis IV y Trombolisis IA.
- No usar heparina IV, SC excepto en Trombosis de los senos venosos cerebrales y disecciones.
- No usar neuroprotectores.
- Terapia hipertensiva.
- Inicio rehabilitación.

7.-Manejo de complicaciones neurológicas y médicas.

- Manejo del edema.
- No usar corticoides.
- Craniectomía descompresiva.

- Tratamiento de la fiebre, hiperglicemia, hipotensión, hipoxemia, hiponatremia.

8.-Estudio etiológico cardiovascular.

- Realizar EEG (electroencefalograma).
- Ecocardiograma TT o TE.
- Estudio vascular de vasos extra e intracraneales con: Ecodoppler color carotídea, Doppler transcraneal, Angio-CT, Angio-RM, Angiografía SD.

9.-Prevención secundaria.

- Antiagregantes plaquetarios: AAS, AAS más Dipiridamol, Clopidogrel.
- Hipotensores: IECAs más Diuréticos.
- Estatinas.
- Anticoagulantes orales.
- Endarterectomía carotídea.
- Rehabilitación.

10.-Alta y seguimiento.

- Planificación del momento del alta.
- Planificar destino al alta.
- Planificar rehabilitación ambulatoria.

11.-Derivación a Neurología ambulatoria.

- Evaluación estado neurológico, funcional, complicaciones, riesgos.
- Control de factores de riesgo, inicio prevención secundaria.
- Solicitud exámenes.

- Inicio rehabilitación.

12.-Seguimiento ambulatorio y rehabilitación:

- Control adherencia a prevención secundaria.
- Evaluación del estado funcional y rehabilitación.

Los usuarios deben ser controlados con la periodicidad clínica que su estado lo requiera en base a sus necesidades y la capacidad funcional de estos.

Factores de riesgo:

Dentro de la gama de factores asociados al ACV, los podemos agrupar en diferentes grupos de factores de riesgo: factores sociodemográficos, antecedentes de salud del paciente y estilos de vida, los cuales se mencionan a continuación:

1.-FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

Edad

La edad se considera como el FR más importante. Con el envejecimiento se producen numerosas alteraciones en el sistema vascular, que junto a la actuación más prolongada en el tiempo de los otros FR van a incrementar el riesgo de ACV. De hecho, el riesgo de desarrollar un ACV se duplica cada década a partir de los 55 años, ocurriendo más de la mitad de los casos en pacientes mayores de 75 años.⁴

Género

Los hombres tienen una mayor incidencia de ACV que las mujeres, con un 25% más, especialmente si es debido a arterioesclerosis, no obstante, la mortalidad es mayor en las mujeres. Éstas presentan una edad de comienzo más precoz y los FR van a presentar un perfil distinto respecto al varón.²

El aumento de enfermedades vasculares posmenopáusicas en las mujeres, ha sido atribuido a una disminución de la circulación de estrógenos y un aumento de los lípidos.¹²

2.-ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE.

Antecedentes de eventos cardiovasculares previos propios del paciente, entre los cuales encontramos:

A.-Cardiopatías:

El émbolo cerebral de origen cardíaco es responsable del 20% de los ACV isquémicos, correspondiendo en la mitad de los casos a pacientes con fibrilación auricular sin valvulopatías asociadas (FANV).⁴

B.-Fibrilación auricular:

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la población general y su prevalencia aumenta con la edad, pasando del 0,3% en menores de 65 años al 11% en mayores de 75 años. Se estima que la cuarta parte de los ACV de los sujetos muy ancianos (más de 80 años) son debido a fibrilación auricular.

La fibrilación auricular se asocia con un incremento del riesgo de ictus entre 3 y 4 veces. Son pacientes de alto riesgo de cardioembolia aquellos que asociada a la fibrilación auricular presentan hipertensión, diabetes, fallo cardíaco, episodios de embolismo previo o son mayores de 75 años.⁴

C.-Infarto agudo al miocardio:

El infarto agudo al miocardio (IAM) es causante de un ACV por embolia o por bajo gasto cardíaco. El infarto cerebral se produce con más frecuencia en los infartos extensos anteroapicales. La incidencia de embolia es mayor en los primeros 1-3 meses.⁴

D.-Miocardiopatía dilatada:

La miocardiopatía con la disminución de la fracción de eyección aumenta de 2 a 3 veces el riesgo de ACV. En general existe un aumento de un 50% del riesgo por

cada descenso en un 10% de la fracción de eyección.

E.-Estenosis Carotidea:

Las placas de ateroma carotideas son con frecuencia la causa de los infartos cerebrales, relacionándose con el 15-20% de los ACV isquémicos.

El riesgo de infarto cerebral es proporcional al grado de reducción de la luz arterial que provoca, considerándose una obstrucción significativa a partir de la reducción del diámetro arterial mayor o igual a 50% de la luz, considerándose intensa si la estenosis es superior al 70% de la luz.

La prevalencia de estenosis carotidea superior al 50% en sujetos mayores de 65 años se sitúa entre el 5-10% de los casos, existiendo una estenosis superior al 80% en aproximadamente un 1% de esa población. El riesgo anual de ACV con estenosis carotidea asintomática es entre 50-99% y se sitúa entre el 1 y 3,4%. En el caso de que el paciente haya presentado un ACV, el riesgo de recurrencia es aún mayor, así por ejemplo en un paciente con estenosis entre un 90 y 99% y un evento previo el riesgo de recurrencia es del 35% anual. Existen, a su vez otros, factores que aumentan el riesgo de ACV: edad igual o superior a 75 años, sexo masculino, si ha existido un ACV previo reciente y especialmente si se presentó semiológica hemisférica y otros datos como que la placa sea heterogénea o ulcerada, entre otros.⁴

F.-Ateroma del arco aórtico:

La ateromatosis del arco aórtico es un FR isquémico, en especial del ACV criptogénico y en particular en sujetos ancianos. El riesgo de ACV depende de las características de la placa de ateroma; así según el tamaño de la placa es mayor el riesgo de ACV y de recurrencia que va del 2,8% en las placas menores de 1mm hasta 11,9% en las mayores a 4mm. También tienen mayor riesgo de ACV las placas móviles, pediculadas, las ulceradas y las no calcificadas.⁴

Hipertensión arterial:

Para la OMS la hipertensión es aquella presión arterial sistólica igual o superior a 140 mm Hg y/o una presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg.

La HTA se puede clasificar según su etiología o según su valor. Atendiendo a su etiología encontramos dos grupos: Primaria o esencial (en la cual no se conoce la/s causa/s que la produce); este tipo es el más frecuente y representa cerca del 95-98% de todos los hipertensos y secundaria (debida a una causa conocida como toxemias grávidas, feocromocitoma, etc.) que representa alrededor del 3-5% de los casos. Según su valor actualmente contamos con la clasificación admitida por la OMS y el JNC VI que tiene también un valor pronóstico.⁴

En general, el tratamiento de la hipertensión se asocia a una reducción del 30% al 40% de la incidencia del ACV, habiendo demostrado su eficacia tanto en prevención primaria como secundaria. Siendo el efecto de reducción del riesgo de ACV efectivo ya durante el primer año de tratamiento.⁴

La hipertensión se relaciona tanto con isquemia como con la hemorragia cerebral. Está presente entre el 35% y el 70% de los pacientes con ACV respectivamente.⁴ Existe una relación continua e independiente de otros FR entre la HTA y ACV de forma que el riesgo de éste se multiplica por dos cada 7,5 mmHg de aumento de la tensión arterial.⁴

Diabetes mellitus:

La diabetes se halla presente entre un 15-33% de los pacientes con ACV. El paciente diabético tiene incrementado el riesgo de ACV entre un 1,8 a casi 6 veces más que un sujeto de su misma edad.⁴

Según la OMS la diabetes es una enfermedad crónica debida a que el páncreas no produce insulina suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente. La insulina es una hormona que regula el nivel de glicemia en la sangre. La hiperglicemia (aumento de la glicemia) es un efecto frecuente de la

diabetes no controlada, que con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos, en particular en los nervios y los vasos sanguíneos.

La diabetes de tipo 1 (antes conocida como diabetes insulino dependiente o de inicio en la infancia) se caracteriza por ausencia de la producción de insulina.

Sin la administración diaria de insulina exógena, este tipo de diabetes lleva rápidamente a la muerte. Sus síntomas, que pueden aparecer bruscamente, consiste en una producción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante, pérdida de peso, alteraciones visuales y fatiga.

La diabetes de tipo 2 (antes conocida como diabetes no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a que el organismo no utiliza eficazmente la insulina. El 90% de los diabéticos del mundo padecen diabetes de tipo 2, que se debe en gran parte a la inactividad física y al peso corporal excesivo. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero menos acentuados. En consecuencia, es posible que la enfermedad sólo se diagnostique varios años después de su inicio, una vez que ya han aparecido sus complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en los adultos, pero ahora también empieza a verse en niños obesos.

Las alteraciones de la tolerancia a la glucosa y de la glicemia en ayunas son trastornos de transición entre la normalidad y la diabetes. Los pacientes con estos trastornos tienen mayor riesgo de progresar hacia la diabetes tipo 2, aunque esto no es inevitable.

Se ha demostrado que el control estricto de la glicemia en pacientes con ACV reduce las complicaciones microvasculares y posiblemente las macrovasculares de la enfermedad. No obstante, no está claro que el control estricto de las glicemias disminuya el riesgo de ACV.⁴

Dislipidemia:

La dislipidemia se refiere a un aumento en las cifras de colesterol y triglicéridos en la sangre.¹² El colesterol se puede obtener directamente de los alimentos o bien, elaborado en el hígado e intestino.¹²

Los triglicéridos derivan de los ácidos grasos que se hallan en el tejido adiposo o la dieta.¹² El colesterol y los triglicéridos intervienen en el transporte, digestión y absorción de las grasas.¹²

La relación entre ACV y dislipidemia no es tan evidente como la existente entre dislipidemia y cardiopatía coronaria. De cualquier forma, aunque no esté del todo aclarado, niveles elevados de colesterol total, de colesterol LDL, de lipoproteína A y triglicéridos, o la presencia de un HDL bajo, se correlacionan con la aparición de ACV, en especial con el aterotrombótico. También se sabe que el tratamiento con estatinas contribuye a la disminución de la placa de ateroma carotídeo.⁴

Uso de anticoagulantes

Los anticoagulantes orales actúan inhibiendo la enzima vitamina K epóxido reductasa y posiblemente la vitamina K reductasa, impidiendo que la vitamina K actúe como cofactor de la formación hepática de diferentes factores de la cascada de la coagulación, (factores II, VII, IX, X y las proteínas C, S y Z) e impidiendo finalmente la formación de trombina.⁴

3.-ESTILOS DE VIDA

Tabaquismo:

El tabaco es un FR principal para la isquemia cerebral, aunque lo es aún más para la hemorragia subaracnoidea. En general, el riesgo de desarrollar un ACV es doble en fumadores.⁴

“Según la OMS, un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno”.

Este riesgo se relaciona con el número de cigarrillos fumados al día; cuanto más se fuma, mayor es el riesgo. La gente que deja de fumar tiene un riesgo menor que el de los fumadores.¹²

El tabaco actúa provocando un daño directo sobre el endotelio, haciendo que la placa de ateroma progrese, aumenta la viscosidad sanguínea, el fibrinógeno y la agregación plaquetaria, también disminuye los niveles de colesterol HDL. El riesgo de ACV va desapareciendo tras dejar el tabaco, siendo nulo a partir del quinto año. La exposición pasiva al tabaco, también aumenta el riesgo de ACV.⁴

Obesidad

La obesidad origina múltiples trastornos sistémicos con importante morbimortalidad, se considera como un factor más de riesgo de enfermedad cardiovascular.⁴¹

TEORÍA DE ENFERMERÍA

Dorothea Elizabeth Orem, una de las autoras teóricas de enfermería más destacadas en Norteamérica. Formuló su concepto de enfermería relativo al autocuidado.

Entre sus teorías se encuentra la Teoría del Autocuidado, en la cual postula que “el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es por tanto, un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería¹⁶

Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano como es, por ejemplo, la regulación endocrina. Por tanto el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos, por ejemplo: en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fase de desarrollo específicas, factores de entorno y niveles de consumo de energía”.¹⁶

Otra de sus teorías es la Teoría del Déficit del Autocuidado, en la que la idea central es que la necesidad del servicio de enfermería se asocia con factores subjetivos (actitud, capacidad, voluntad) que afectan a personas, jóvenes o maduras, cuyas acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales o emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo, y les impide aplicar de forma permanente medidas que controlen o en cierto modo, dirijan los factores que guíen el desarrollo y el buen funcionamiento propio, de las personas a su cargo y/o su rol

en la sociedad.¹⁶

Déficit de autocuidado es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de cuidado, es un concepto abstracto que, al ser expresado en términos de limitaciones de acción, orienta la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor de autocuidado.¹⁶

En este modelo se identifican 5 premisas básicas que describen una teoría general de la enfermería.¹⁶

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
2. La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
3. Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.
4. La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.

El modelo demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico, el/la enfermero/a debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados

dependientes.¹⁶

Basándonos en los antecedentes recopilados para nuestra investigación sobre los Factores que Influyen en la Producción de un Accidente Cerebrovascular, destacamos principalmente aquellas variables de tipo sociodemográficas, antecedentes mórbidos del usuario y estilos de vida; los cuales están estrechamente relacionados con el nivel de autocuidado que llevó el usuario antes de padecer la patología. Fundamentándonos en esta afirmación podemos decir, que el modelo planteado por la teorista Dorothea Orem se ajusta al enfoque deseado para nuestra investigación.

Consideramos que las personas que poseen un déficit de autocuidado, tienen mayor riesgo de padecer complicaciones de su salud, sumados a los factores de riesgo personales o no modificables que hacen que el usuario se encuentre más propenso a padecer un accidente cerebrovascular.

Por otro lado, los individuos que potencian su autocuidado practicando estilos de vida saludables como por ejemplo: alimentación adecuada, realización de actividad física, usuarios que evitan el consumo de tabaco, entre otros, disminuyen la probabilidad de desarrollar un ACV.

La Teoría de D. Orem es aplicable a nuestra investigación, así como ha sido aplicada en múltiples estudios referentes a este campo. Se han publicado numerosos artículos de investigación sobre la inculcación del autocuidado en personas que padecen Diabetes Mellitus. Así mismo existen variadas investigaciones sobre trastornos en enfermos renales terminales, de hemodiálisis, enfermedades para las cuales se han aplicado los conceptos centrales del déficit de autocuidado. La teoría de D. Orem se ha empleado también con frecuencia en procesos de investigación cardiaca.

Las enfermeras(os) de cardiología han investigado desde el nivel de autocuidado de personas que han sufrido un ataque al corazón.

B) MARCO EMPÍRICO

Pablo Lavados, neurólogo de la Clínica Alemana de Santiago S.A., realizó un estudio nacional sobre incidencia de ACV (2002). Después de cinco años de trabajo, este estudio PISCIS, reveló que en Chile la incidencia de ataques cerebrovasculares es de 170 por 100 mil habitantes, lo que es comparable con los resultados obtenidos por otros estudios internacionales.¹⁷

Además, PISCIS evidencia que los patrones de ataques cerebrovasculares y los factores de riesgo entre las poblaciones de países en vías de desarrollo y países desarrollados son bastante similares, lo que sugiere estrategias comunes de manejo y prevención, con particular énfasis en el control de la presión arterial y la diabetes, que constituyen los principales factores de riesgo¹⁷.

Edad

Javier Muñiz y col., (Galicia 1987), realizaron un estudio de casos y controles sobre “factores de riesgo de accidente cerebrovascular agudo”. En el cual se incluyeron 76 enfermos diagnosticados de un ingreso de accidente cerebrovascular y 76 controles apareados individualmente por edad, sexo, hábitat poblacional y fecha de ingreso.

Se pudo observar que para la variable “edad”, el margen de esta última fue muy grande tanto en casos como en controles (26-89 y 26-90, respectivamente), pero más del 75 % de los casos y de los controles y en ambos sexos tienen edades comprendidas entre 50-79 años²¹.

Dr. Marco J. Albert Cabrera, 2001-2005, realizó un estudio de casos y controles sobre “Factores de Riesgo y su asociación con la Enfermedad Cerebrovascular Trombótica”. El cual se realizó mediante un estudio analítico observacional de casos controles pareados 2-1 en el servicio de cuidados progresivos de la Clínica Central Cira García, para esto se revisaron las historias clínicas de los pacientes con el diagnóstico clínico y/o tomográfico de Enfermedad Cerebrovascular (ECV) entre los años 2001 – 2005, para un total de 64 pacientes.³⁴

Se pudo apreciar que para la variable edad, el grupo de edad más frecuente fue el de 65 y más años con 48 casos para un 43.8 % y en el grupo control es de 60 casos para un 46.9%. La edad mínima fue de 36 con un caso que representa el 1.6%. También se obtuvo que la Media fue de 63 y para los casos control de 64, la Mediana fue de 62 y los controles de 63, la Moda fue de 65 y se comportó con igual cifra para los controles, el Rango de 57 y para los controles de 66 años.³⁴

Género

En el mismo estudio se obtuvo que para la variable “sexo” la distribución porcentual de pacientes predominó en el sexo masculino con 47 casos para un 73.4% y en los controles fue también mayor con 96 para un 75%, se observó 17 pacientes del sexo femenino para un 26.6% y en el grupo control 32 para un 25 %.

³⁴

Procedencia

López De Guimaraes y col. Realizaron un estudio de “Prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovascular en dos poblaciones de Huaraz (3100 m sobre el nivel del mar), en el cual se halló que en el total de los factores de riesgo cardiovascular fueron más prevalentes en la población urbana 95% que en la rural 66,7%, y que la prevalencia individual acumulada de los FRC también fue mayor en el área urbana.⁴³

ECNTs. Y ACV

Según la tesis “Registro de la ECV en el Hospital Clínico Universidad de Chile” (Santiago 2004), constataron el diagnóstico de: HTA en 78/155 casos (74,3%) relacionándose con infarto cerebral 63/88 casos (71,6%) y la ECV hemorrágico 15/17 casos (88,2%).¹⁸

Hipertensión arterial

Rojas, Juan y col. (Buenos Aires 2006). En un estudio de Registro de enfermedad cerebrovascular donde se analizaron en forma prospectiva los pacientes ingresados con diagnóstico de ACV isquémico al Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires se demostró que la hipertensión arterial se registró en el 76% de los casos de ACVs, constituyendo esta patología el principal factor de riesgo y esto fue similar a lo reportado en otros registros hospitalarios de Argentina.²⁰

Javier Muñiz y col., (Galicia 1987). En su estudio de casos y controles de factores de riesgo de accidente cerebro vascular agudo, se observa que la presencia de hipertensión arterial se asocia fuertemente con la presentación de ACV con un OR: 4,5 y una prevalencia de HTA del 72% en los casos, confirmando así a la HTA como uno de los factores de riesgo mas importante del ACV²¹.

Aquiles J. y col. (Cuba 2002). En su investigación Factores determinantes del pronóstico en el ictus isquémico, estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo a 128 pacientes ingresados con ictus isquémico en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Amalia Simoni" de Camagüey, desde enero de 2001 a enero de 2002, donde se destacó que la hipertensión arterial estaba presente en 84 de los 128 pacientes lo que corresponde al 65.63 % de los enfermos de ACV, constituyendo el factor de riesgo más relevante²⁴

Arpa Gamez y col. (Cuba 2006). En un estudio observacional prospectivo para corroborar que el síndrome metabólico está asociado como factor de riesgo en la enfermedad cerebrovascular se demostró un alto porcentaje de hipertensos (HTA) en el grupo de pacientes con ACV (73,3 %) en comparación con el otro grupo control (25,8 %). La tensión arterial, tanto sistólica (TAS) como diastólica (TAD) fue significativamente superior en el grupo con ACV que en el control, con valores medios sistólicos de 163,4 mmHg contra 134,2 mmHg y diastólica de 96,1 mmHg contra 82,8 mmHg.²⁵

Por otro lado, Arana Obay y col. (Cuba 2002). Realizó un estudio para establecer la relación entre la hipertensión arterial esencial y la enfermedad cerebrovascular, en 19 consultorios del Médico de la Familia del Policlínico Plaza de la Revolución. La ocurrencia de enfermedad cerebrovascular estuvo representada por el 4,35%, correspondiente a 71 pacientes, con mayor asociación a la hipertensión arterial severa. No resultó significativamente estadística la relación entre enfermedad cerebrovascular e hipertensión arterial.¹⁹

Dislipidemia

Rojas, Juan y col. (Buenos Aires 2006). En su estudio la Dislipidemia fue el segundo factor de riesgo más frecuente estando presente en el 50% de los ACV.²⁰

Otros estudios sugieren que los altos niveles de colesterol podrían estar asociados con infartos isquémicos de etiología atero-trombótica. El MRFIT (Multiple Risk Factors Intervention Trial) con 351,000 hombres de edad media seguidos por seis años, mostró que el riesgo de muerte por ACV isquémico aumentaba con los niveles altos de colesterol. De forma similar el Eastern Stroke and Coronary Heart Disease Study con 70.000 participantes, mostró un riesgo mas bajo para infartos no hemorrágicos en aquellos pacientes con niveles bajos de colesterol. En 1996 Hachinski y cols presentaron un estudio de casos y controles con 180 pacientes en los cuales se encontró una clara asociación entre los niveles altos de colesterol total y LDL con ACV y AIT de tipo aterotrombótico²²

Diabetes Mellitus

La Diabetes mellitus es un factor de riesgo también asociado a la ACV, según la tesis "Registro de la ECV en el Hospital Clínico Universidad de Chile (Santiago 2004)", la presencia de DM se determinó en 31/105 casos (29,52%) de estos se relacionaron a infarto cerebral 27/88 casos (30,7%) y a HIC 4/17 casos (23,53%).¹⁸

Rojas, Juan y col. (Buenos Aires 2006). En su estudio del “Registro de enfermedad cerebrovascular isquémica” la Diabetes estuvo presente en el 16% de los casos, constituyendo el 5° factor de riesgo más importante.²⁰

Pérez Iglesias (Cuba 1998). En un estudio de casos-contróles pareado 1-1 sobre factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular en el Policlínico “Carlos J. Finlay de Camagüey”. En relación con la diabetes mellitus (DM) se encontró una prevalencia de 23,7% en los pacientes con ECV. La DM se presentó en la ECV 7,9 veces más frecuente con OR de 3,45 y $p = 0,003$. Siendo el segundo factor de riesgo más importante de este estudio.²³

Arpa Gamez y col. (Cuba 2006). En su estudio “Síndrome metabólico como factor de riesgo en la enfermedad cerebrovascular”; también la diabetes mellitus (DM) predominó en el grupo de estudio con 39 casos (26,0 %), contra 19 casos (15,8 %) en el otro.²⁵

Cardiopatías y ACV personal Previo

Pérez Iglesias (Cuba 1998). En el estudio “Enfermedad cerebro vascular. Factores de riesgo en un área de salud”. La Cardiopatía isquémica (CI) presentó un OR de 4,5 y una p de 0,0001 confirmándose como antecedentes de riesgo altamente significativos.²³

Rojas, Juan y col. (Buenos Aires 2006). En el estudio de Registro de la Enfermedad cerebrovascular, el ACV previo se encontró en el 34% de los casos, por otro lado la Fibrilación Auricular estaba presente en el 16% de los enfermos de ACV isquémico y la enfermedad coronaria en 14% de los casos.²⁰

Aquiles Juan y col. (Cuba 2004). En el estudio “Factores determinantes del pronóstico en el ictus isquémico en Cuba”, se demostró que uno de los principales factores de riesgo asociados al ACV isquémico es la enfermedad cardiaca en 31,16% y AIT en un 1,56% .²⁴

Arpa Gamez y col. (Cuba 2006). En el estudio de Síndrome metabólico como factor de riesgo en la enfermedad cerebrovascular, La cardiopatía isquémica se observó en el 32,0% (48 casos) de los pacientes con ECV y en el 25,0% (30 casos) sin ella. La ECV constituyó un antecedente personal en 28 enfermos del grupo de estudio (18,7%) y en 15 (12,5%) del control. ²⁵

Nogale Gaete y col. (Santiago de Chile 1997). En otro estudio retrospectivo de los pacientes cuyo diagnóstico principal de egreso del Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT) fue enfermedad cerebrovascular (ECV). Encontraron Cardiopatías presentes en toda la serie 154/450 casos (34,2%), en el grupo de infarto cerebral: 115/233 (49,3%), y en el grupo de HIC: 15/153 (9,8%). Dentro de los tipos de cardiopatías presentes se destacaron: arritmia completa (AC) por fibrilación auricular (FA): 74/450 (16,4%), valvulopatía 14/450 (3,1%), coexistencia de AC por FA y valvulopatía 7/450 (1,56%), infarto agudo al miocardio (IAM) previo 17/450 (3,8%), (76% de ellos asociados a infarto cerebral). Antecedente de episodio de ECV previo: 91/450 (20,2%) de ellos 62/91 (69%) asociado a infarto cerebral. ²⁷

Anticoagulantes

Saxena R, Koudstaal PJ. En el estudio “Anticoagulantes para la prevención de accidentes cerebrovasculares en pacientes con fibrilación auricular no reumática y antecedentes de accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio (Revisión Cochrane traducida)”, los anticoagulantes redujeron las probabilidades de accidente cerebrovascular recurrente en dos tercios OR de 0,36. Las probabilidades de todos los eventos vasculares mostró reducirse casi a la mitad mediante el tratamiento. ³²

Así también, el más reciente de los ensayos clínicos de prevención cardiovascular primaria con aspirina, el llamado Women’s Health Study (WHS) 24, se publicó en marzo de 2005. Se realizó sobre 39.876 mujeres aparentemente sanas, a las que se les administró una dosis de aspirina de 100 mg a días alternos. El 3% de la muestra (1.037) eran diabéticas.

La edad media era de 54,6 años (con una desviación estándar de 7,0). El período medio de seguimiento fue de 10,1 años. El único punto final en que el tratamiento antiagregante demostró beneficio fue el ACV isquémico, con un comportamiento aún mejor en el subgrupo diabético que en la muestra general. El riesgo de hemorragia severa fue mayor en el grupo global de intervención. ⁴⁴

Tabaquismo

En relación al tabaquismo, en el estudio “Factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular aguda hipertensiva” de la Revista Cubana de Medicina, el tabaquismo duplicó el riesgo de padecer ECV. ³¹

Por otra parte Pérez Iglesias y col. (Cuba 1998). En su estudio de casos y controles pareados sobre “Enfermedad cerebrovascular: factores de riesgo en el Policlínico "Carlos J. Finlay de Camagüey”, en donde el 47,42% de los casos eran fumadores, mientras que en los controles lo era el 31,9%. En ambos grupos la mayor frecuencia correspondió a los que fumaban menos de una cajetilla diaria. ²³

Obesidad

Según NEIRA SANCHEZ y col. (Rev Med Hered). Entre los factores de riesgo para ACV, relacionados con el estilo de vida de los pacientes, está la obesidad. ⁴²

1.4 PROPÓSITO LA INVESTIGACIÓN

Conocer los factores asociados al Accidente Cerebro Vascular en usuarios hospitalizados en el servicio de Medicina del HCHM de Chillán año 2008.

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general 1

Conocer los factores sociodemográficos asociados al tipo de ACV (isquémico y hemorrágico) en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán en el año 2008.

Objetivos específicos

- Identificar si existe relación entre la edad y la presencia del tipo de ACV en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008.
- Conocer si existe relación entre el género y la presencia del tipo de ACV en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008.
- Determinar la relación entre la procedencia (Urbana o Rural) y la presencia del tipo de ACV en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008.

Objetivo general 2

Conocer los factores propios del paciente asociados al tipo de ACV (Isquémico y hemorrágico) en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008.

Objetivos específicos

- Determinar si existe relación entre el uso de anticoagulantes o antiagregante plaquetario y la presencia del tipo de ACV en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008. Además de identificar los fármacos más utilizado.

- Conocer si existe relación entre los antecedentes de diabetes mellitus previo al ACV y la presencia del tipo de ACV en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008. Además conocer el valor de glicemia basal de todos los usuarios al momento de ingresar a la Asistencia Pública (AP), conocer el porcentaje de pacientes en tratamiento.
- Determinar si existe relación entre los antecedentes de Hipertensión Arterial previo al ACV y la presencia del tipo de ACV en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008. Además conocer el valor de la presión arterial de todos los usuarios al momento de ingresar a la Asistencia Pública (AP), conocer el porcentaje de pacientes en tratamiento y los fármacos más utilizados.
- Identificar si existe relación entre los antecedentes de Dislipidemia previo al ACV y la presencia del tipo de ACV en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008. Además conocer el valor del colesterol total de todos los usuarios al momento de ingresar a la Asistencia Pública (AP), conocer el porcentaje de pacientes en tratamiento y los fármacos más utilizados.
- Conocer si existe relación entre los antecedentes de Eventos cardiovasculares previo al ACV y la presencia del tipo de ACV en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008.

Objetivo general 3

Identificar los factores del estilo de vida asociado del tipo de ACV (Isquémico y hemorrágico) en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de neurología del HCHM de Chillán año 2008.

Objetivos específicos

- Identificar si existe relación entre el consumo de tabaco y la presencia del tipo de ACV en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008.

- Conocer si existe relación entre el estado nutricional según IMC y la presencia del ACV en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008.

1.6 LISTADO DE VARIABLES

a) Variable dependiente:

- ❖ Tipo de Accidente cerebrovascular.

b) Variables Independientes:

❖ Sociodemográficas.

- Edad.
- Sexo.
- Procedencia.

❖ Antecedentes de salud del Usuario:

- Diabetes Mellitus.
- Hipertensión Arterial.
- Dislipidemia.
- Uso de anticoagulantes previo al ACV
- Antecedentes previos de ACV y/o cardiopatías.

❖ Estilos de Vida:

- Consumo de tabaco.
- Estado nutricional

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

Esta investigación es de tipo analítico, de corte transversal de enero a diciembre del 2008.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

a) Universo

Población total de usuarios que padecieron un Accidente Cerebrovascular en la Provincia de Ñuble y que estuvieron hospitalizados en el Servicio de Medicina del HCHM de Chillán en el año 2008, equivalente a 215 pacientes.

b) Muestra

La muestra fue seleccionada con un intervalo de confianza de un 95% con un error de estimación de un 6%, para 118 Usuarios que padecieron un Accidente Cerebrovascular internados en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán en el 2008.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis de la presente investigación son los usuarios seleccionados al azar con diagnóstico de ACV que estuvieron internados en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán en el año 2008.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para la presente investigación se solicitó autorización previa por la Directora de la Escuela de Enfermería para la aplicación de esta investigación, luego desde su estamento se enviaron cartas al Director del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, con copia a la Jefa Administrativa de Archivo y al Jefe Administrativo de Estadísticas, solicitando autorización para realizar el estudio.

2.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Usuarios que tenían menos del 50% de la información en el cuestionario.

2.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó al Departamento de Estadística del HCHM el registro de “Egresos Medicina 2008 por ACV” que contenía el nombre del usuario, su ficha clínica, diagnóstico y rut. De este listado se seleccionó la muestra y de esta elección se solicitaron las fichas clínicas al Departamento de Archivo del HCHM, desde las cuales se extrajo la información para vaciarla al cuestionario de esta investigación.

2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario elaborado por los autores de la investigación, el cual consta de 10 preguntas relacionadas con la variable dependiente y que abarcan todas las variables independientes a investigar, siendo cada una de estas con respuestas cerradas. De las preguntas, 3 corresponden a características sociodemográficas, 2 a estilos de vida de los usuarios y 5 están relacionadas con los antecedentes de salud de éstos.

Se incluyen además en cada cuestionario el tipo específico de ACV que sufrió el usuario (hemorrágico o isquémico), y su número de ficha para no repetir la muestra e incurrir en sesgos.

2.8.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR DE LOS DATOS: PRUEBA PILOTO

Para validar y certificar la confiabilidad de nuestro cuestionario, se realizó una prueba piloto, la cual fue aplicada en el mes de marzo a usuarios que padecieron ACV, en el Hospital de San Carlos. Tal prueba consistió en revisión de 15 fichas clínicas de usuarios que sufrieron un ACV. Con los resultados de esta prueba se verificó el grado de comprensión del instrumento, confiabilidad de las preguntas, tiempo necesario para su aplicación, para finalmente realizar las correcciones

pertinentes, como eliminación de algunas variables por no poder encontrarlas en las fichas clínicas.

2.9.- PROCESAMIENTO DE DATOS

La información fue procesada de la siguiente manera: se tabularon los datos, en una hoja de cálculo de la planilla Excel 2003, luego se ingresaron al programa Infostat 2007, para realizar un análisis univariado y divariado de las variable, aplicándose el Chi cuadrado Pearson y p-value con significación estadística (menor de 0,05), obteniendo así la descripción de la muestra y luego se vio la asociación de las variables en el cruce de éstas.

III.RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

Los resultados indican que los 118 usuarios con accidente cerebrovascular del HCHMC, el perfil “tipo” se presenta de la siguiente forma:

Cuadro Nº 1: Tipo de Accidente Cerebrovascular en usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina en el año 2008

Variable dependiente	Porcentaje
ACV Isquémico	86,44%
ACV Hemorrágico	13,56%

Fuente: Factores asociados al Accidente Cerebrovascular en usuario hospitalizados en el servicio de Medicina del HCHM de Chillán

Del total de la muestra de este estudio, se obtuvo que un 86,44% de los usuarios padecieron un ACV Isquémico y un 13,56% padecieron un ACV Hemorrágico, apreciándose una relación aproximada de 4 ACV isquémico por cada 1 hemorrágico.

Cuadro Nº 2: Distribución de los usuarios con ACV según características sociodemográficas

Variable Independiente	Porcentaje
1.-Sexo	
Femenino	50%
Masculino	50%
2.-Edad	
41-65 años	25,42%
> 65 años	74,58%
3.-Procedencia	
Urbano	63,56%
Rural	36,44%

Fuente: Ídem

Respecto a las características sociodemográficas, podemos señalar que el perfil del usuario era: de un 50% sexo femenino y un 50% sexo masculino, mayores de 65 años en un 74,59% y de procedencia Urbana en un 63,56%.

Cuadro N° 3: Distribución de los usuarios con ACV según Antecedentes de salud

Categoría	Porcentaje
4.-Uso de anticoagulante	
Usa anticoagulante	47,46%
No usa anticoagulante	52,54%
5.-Hipertensión	
Hipertenso	83,90%
No hipertenso	16,10%
6.-Dislipidemia	
Dislipidémico	21,19%
No Dislipidémico	78,81%
7.-Diabetes	
Diabético	25,42%
No diabético	74,58%
8.-Evento cardiovascular previo	
Con ECV previo	54,24%
Sin ECV previo	45,76%

Fuente: Ídem

Con respecto a los datos obtenidos sobre los antecedentes de salud del usuario estos han demostrado que el 47,46% de los usuarios consumía anticoagulantes, el 83,90% eran hipertensos, el 25,42% eran diabéticos, los dislipidémicos un 21,19% y el 54,24% de los usuarios presentaba antecedentes de eventos cardiovasculares previos al ACV.

Cuadro N° 4: Distribución de los usuarios con ACV según Características del Estilo de Vida

Variable Independiente	Porcentaje
9.-Tabaquismo	
Fuma	19,49%
No fuma	79,66%
Sin información	0,85%
10.-Estado nutricional	
Bajo peso	5,10%
Normal	36,73%
Sobrepeso	41,84%
Obeso	16,32%

Fuente: ídem

Dentro de las características de estilo de vida, el 19,49% de los usuarios fumaba y con respecto al estado nutricional: el 41,84% estaban en sobrepeso y un 16,32% obeso.

3.2. ANÁLISIS ANALÍTICO DE LOS RESULTADOS

Tabla N° 1. Relación entre el tipo de accidente cerebrovascular con la edad

Tipo de ACV	Edad		Total
	41-65 años	> 65 años	
ACV Isquémico	19%	67%	86%
ACV Hemorrágico	6%	8%	14%
Total	25%	75%	100%

Fuente: ídem

($\chi^2=3,28$; g.l.=1; $p=0,07$)

Al relacionar las variables tipo de accidente cerebrovascular y la edad de los usuarios, se destaca que los >65 años con ACV isquémico y Hemorrágico presentan los mayores porcentajes con un 67% y 8% respectivamente.

Se encontró asociación estadística débil, con un $\chi^2=3,28$ y un $p=0,07$, NS, vale decir, que con una muestra mayor, estas variables pueden llegar a tener asociación estadística.

Tabla N° 2. Relación entre el tipo de accidente cerebrovascular con el sexo

Tipo de ACV	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
ACV Isquémico	42%	45%	87%
ACV Hemorrágico	8%	5%	13%
Total	50%	50%	100%

Fuente: ídem

($\chi^2=1,16$; g.l.=1; $p=0,28$)

Al relacionar las variables tipo de accidente cerebrovascular y el sexo de los usuarios, se destaca que el 42% de las mujeres y el 45% de los hombres presentaron ACV Isquémico, no encontrándose asociación estadística entre estas variables, con un $\chi^2=1,16$ y un $p=0,28$ NS.

Tabla N° 3. Relación entre el tipo de accidente cerebrovascular con la procedencia

Tipo de ACV	Procedencia		Total
	Urbano	Rural	
ACV Isquémico	53%	33%	86%
ACV Hemorrágico	11%	3%	14%
Total	64%	36%	100%

Fuente: ídem

($\chi^2=2,50$; g.l.=1; $p=0,11$)

Al relacionar las variables tipo de ACV con procedencia, se aprecia que en los usuarios con ACV un 64% de ellos vive en el área urbana, de los cuales los usuarios con ACV isquémico representan un 53% y el ACV hemorrágico un 11%, con un $\chi^2=2,50$ y un $p=0,11$ NS. Por lo tanto el tipo de ACV es independiente de la procedencia.

Tabla N° 4. Relación entre el tipo de accidente cerebrovascular con uso de anticoagulantes

Tipo de ACV	Anticoagulantes		Total
	Usaba	No usaba	
ACV Isquémico	41%	45%	86%
ACV Hemorrágico	6%	8%	14%
Total	47%	53%	100%

Fuente: ídem

($\chi^2=0,74$; g.l.=1; $p=0,39$)

Al relacionar las variables tipo de ACV con el consumo de anticoagulantes, se observa que un 53% no los consumía y del 47% que los consumía previo al ACV, un 41% de ellos desarrollaron ACV Isquémico y 6% ACV hemorrágico. Por lo cual, no existe asociación entre el tipo de ACV y el consumo de anticoagulantes con un $\chi^2=0,74$ y un $p=0,39$ NS.

Por otra parte los tipos de Anticoagulante o antiagregante plaquetario más usados fueron: Aspirina en un 92,8% y Neosintron en un 7,2%.

Tabla N° 5: Relación entre el tipo de accidente cerebrovascular y Diabetes Mellitus

Tipo de ACV	Diabético		Total
	SÍ	No	
ACV Isquémico	23%	63%	86%
ACV Hemorrágico	2%	12%	14%
Total	25%	75%	100%

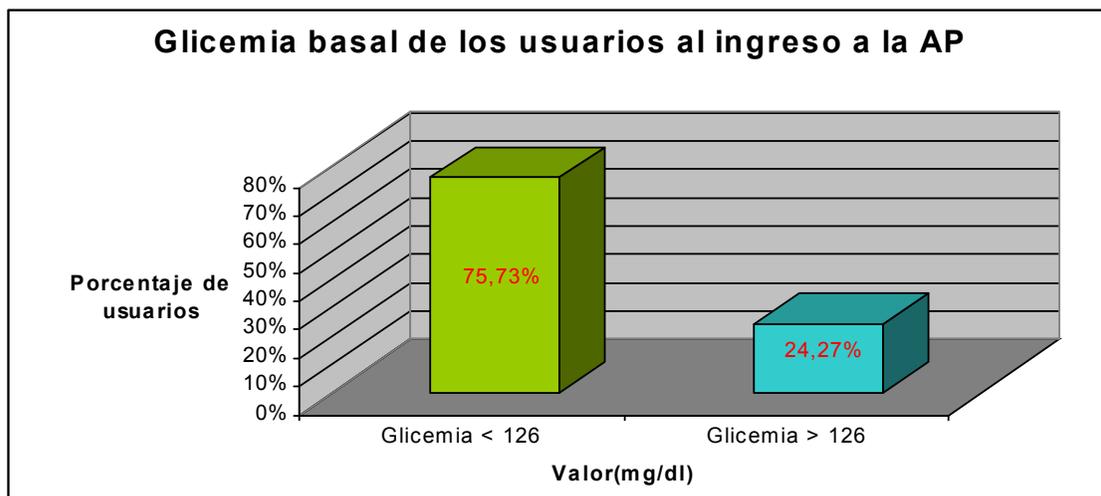
Fuente: ídem

($\chi^2=1,63$; g.l.=1; $p=0,20$)

Al relacionar las variables tipo de ACV y diabetes, se aprecia que del total de los usuarios con ACV, el 63% de los usuarios que presentaron ACV Isquémico no eran diabéticos previo al ACV. Esta misma situación se repite para el 12% de los usuarios que padecieron un ACV Hemorrágico.

Según el análisis anterior se puede afirmar que el ACV (siendo tanto isquémico como hemorrágico) no se asocia a la diabetes con un $\chi^2=1,63$ y $p=0,20$ NS.

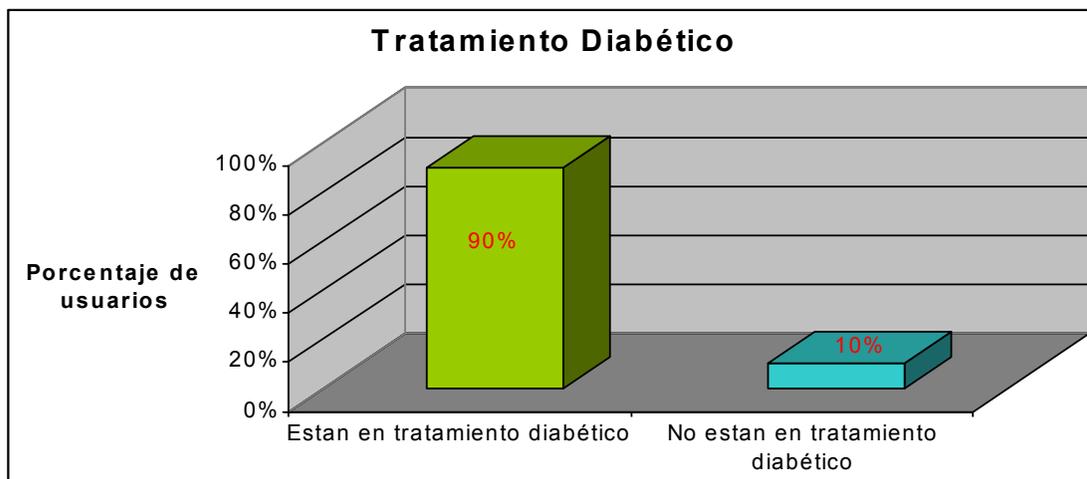
Gráfico N° 1. Distribución de usuarios con ACV según glicemia basal al ingreso a la AP.



Fuente: ídem

Además se encontró que al momento de la hospitalización, del total de usuarios con glicemia basal registrada(n=103), el 24,27% se encontraba \geq a 126 mg/dl.

Gráfico N° 2. Distribución de usuarios con ACV según tratamiento diabético



Fuente: ídem

Por otra parte del total de usuarios que eran diabéticos(n=30) un 90% se encontraba en tratamiento.

Tabla N° 6. Relación entre el tipo de accidente cerebrovascular e Hipertensión arterial

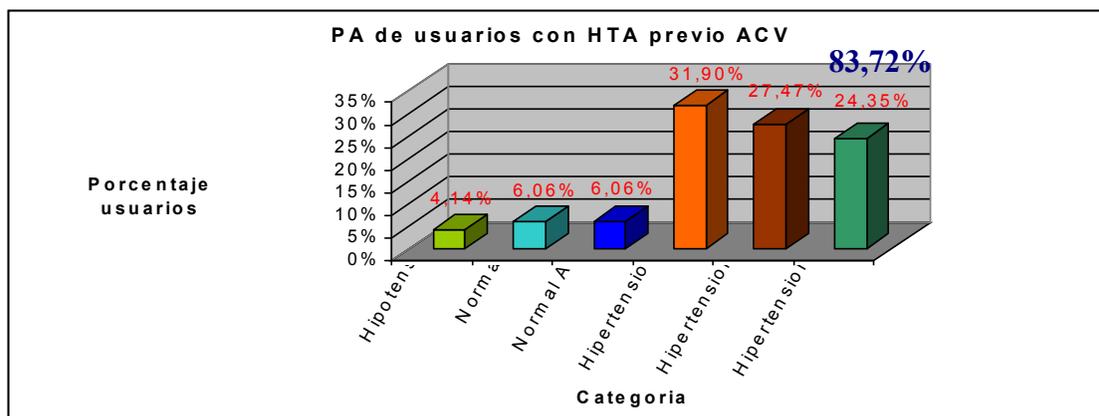
Tipo ACV.	Hipertenso	No hipertenso
ACV Isquémico.	83,8%	100%
ACV Hemorrágico.	16,2%	0%
Total.	100% N:99	100% N:19

Fuente: ídem

($\chi^2=3,55$; g.l.=1; $p=0,05$)

Al relacionar las variables tipo de ACV con hipertensión, se estima que un 83,9% de los usuarios con ACV tenía diagnóstico de hipertensión previo a presentar el ACV. Al analizar la totalidad de los usuarios hipertensos (n=99), se puede apreciar que un 83,8% desarrolló un ACV Isquémico y un 16,2% desarrolló un ACV hemorrágico; siendo este último grupo en su totalidad hipertensos, por lo cual la HTA está asociada al tipo de ACV con un $X^2 = 3,55$ y un $p=0,05$ altamente significativo.

Gráfico N° 3. Distribución de los usuarios con HTA diagnosticada previo al ACV según PA

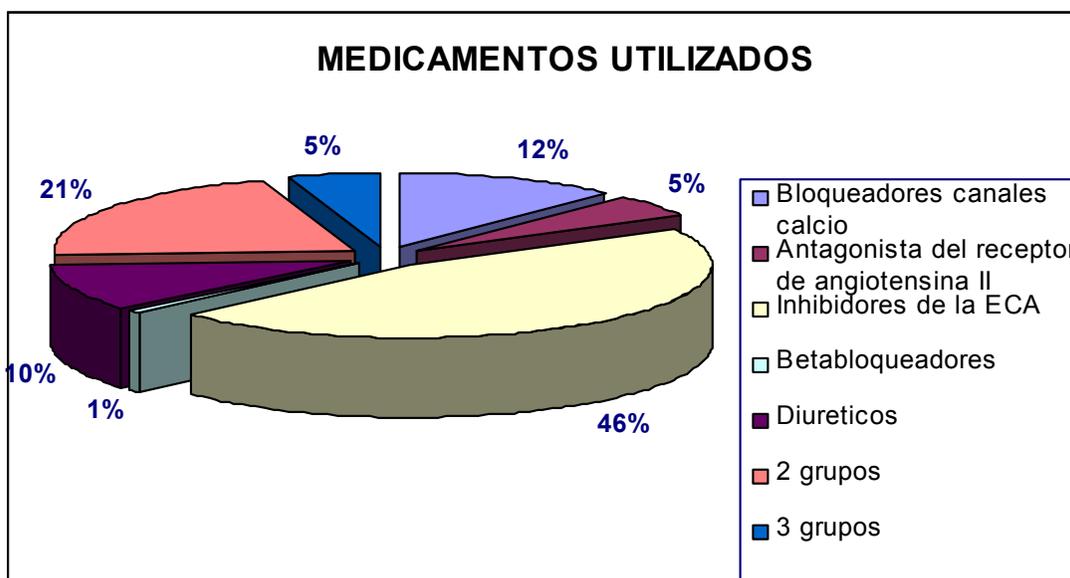


Fuente: ídem

De los usuarios con diagnóstico de HTA la medición de su PA registrada en la Asistencia pública al momento de consultar por el cuadro de ACV, sólo estaban normotensos un 6,06% y se destaca que un 83,72% estaban hipertensos.

De estos usuarios, un 78,8% estaba en tratamiento farmacológico y el porcentaje restante no estaba en tratamiento de ningún tipo.

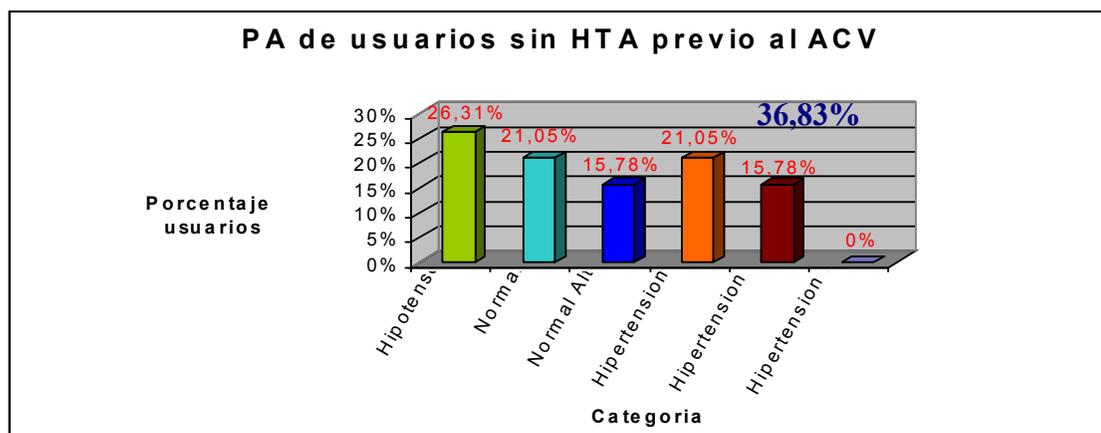
Gráfico N° 4. Distribución de los Fármacos usados en el tratamiento de la HTA



Fuente: ídem

De los usuarios en tratamiento farmacológico, la mayoría consumía medicamentos del grupo inhibidores de la ECA, seguido de los pacientes que consumían fármacos de 2 grupos distintos y bloqueadores de canales de calcio, respectivamente. La minoría consumía betabloqueadores.

Gráfico N° 5. Distribución de los usuarios sin HTA diagnosticada previo al ACV según PA



Fuente: ídem

De los pacientes que no tenían antecedentes de HTA previo al desarrollo del ACV se destaca que la medición de su PA al momento de consultar en la unidad de emergencia revela que 26,31% estaba hipotenso, un 21,05% estaba normotenso y un 15,78% presentó una PA normal alta. Por otra parte un 21,05% y 15,78% de ellos se encontraba en hipertensión etapa 1 y 2 respectivamente, equivalente al 36,83%

Tabla N° 7: Relación entre el tipo de accidente cerebrovascular y Dislipidemia

Tipo de ACV	Dislipidémico		Total
	Sí	No	
ACV Isquémico	18%	68%	86%
ACV Hemorrágico	3%	11%	14%
Total	21%	79%	100%

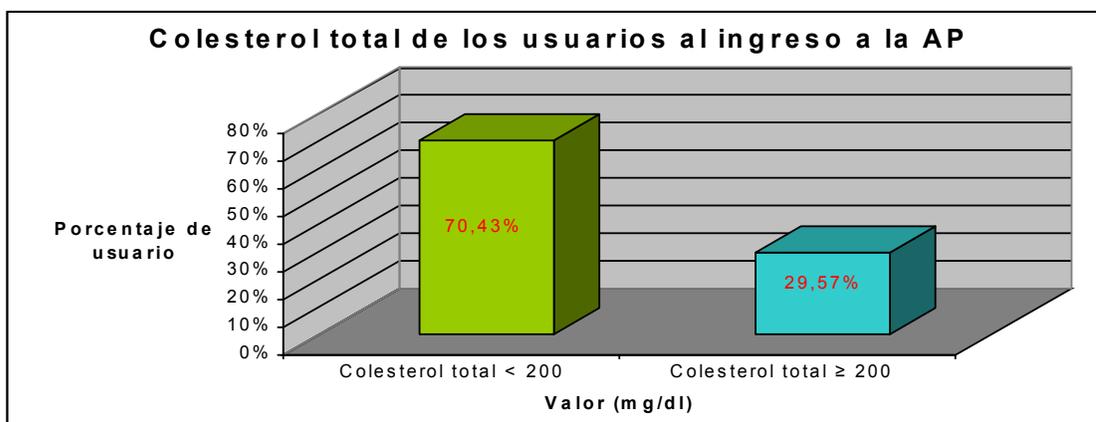
Fuente: ídem

($\chi^2=0,07$; g.l= 1; p= 0,79)

Al relacionar las variables tipo de ACV y dislipidemia se observa que del total de los usuarios, el 68% con ACV isquémico y el 11% de los usuarios con ACV hemorrágico no eran dislipidémicos.

Según el análisis anterior se puede afirmar que el ACV (siendo tanto isquémico como hemorrágico) no se asocia a la dislipidemia con un $\chi^2=0,07$ y $p= 0,79$ NS.

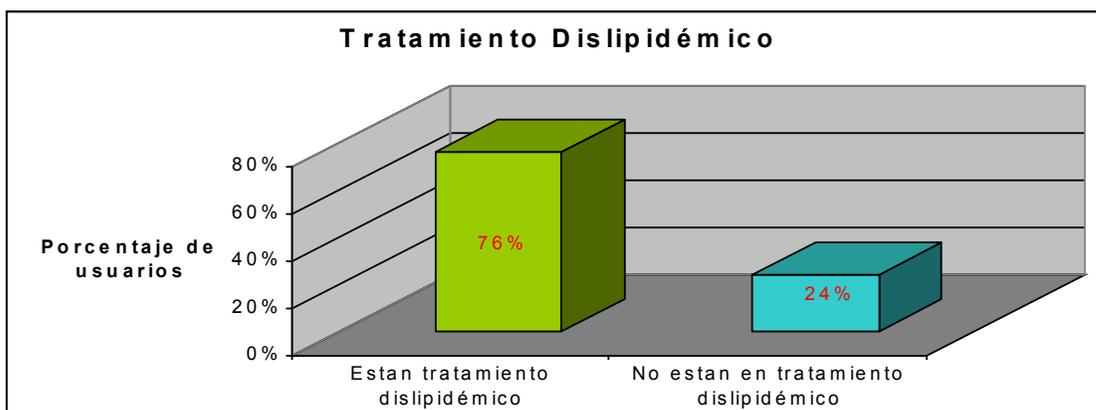
Gráfico N° 6. Distribución de usuarios con ACV según colesterol total al ingreso a la Asistencia Pública



Fuente: Ídem

Además se encontró que de la totalidad de los usuarios con registro de su colesterol total al momento de la hospitalización (n=71) sólo el 29,57% de los usuarios tenían su colesterol sanguíneo total \geq a 200 mg/dl.

Gráfico N° 7. Distribución de los usuarios con ACV según tratamiento de Dislipidemia



Fuente: ídem

Por otra parte del total de usuarios que eran dislipidémicos(n=25) sólo un 76% se encontraba en tratamiento. Siendo las estatinas el fármaco de elección para el tratamiento.

Tabla N° 8: Relación entre el tipo de accidente cerebrovascular y antecedentes previos de evento cardiovascular

Tipo de ACV	Evento cardiovascular previo		Total
	Sí	No	
ACV Isquémico	50%	37%	87%
ACV Hemorrágico	4%	9%	13%
Total	54%	46%	100%

Fuente: ídem

($x^2=3,94$;g.l=1;p=0,04)

Al relacionar las variables tipo de ACV con antecedentes de evento cardiovascular previo, se aprecia que el 54% de los usuarios que presentaron ACV tenían antecedentes previos de evento cardiovascular, los que se distribuyen en un 50% para los usuarios con ACV isquémico y un 4% para el ACV hemorrágico, por lo tanto, los antecedentes previos de evento cardiovascular inciden significativamente en el desarrollo de ACV con un $x^2=3,94$ y $p= 0,04$.

Tabla N° 9: Relación entre el tipo de accidente cerebrovascular y consumo de tabaco

Tipo de ACV	Consumo de Tabaco			Total
	Sí	No	Sin Información	
ACV Isquémico	16%	70%	1%	87%
ACV Hemorrágico	3%	10%	0%	13%
Total	19%	80%	1%	100%

Fuente: ídem

($x^2=0,50$; g.l=2; p=0,78)

Al relacionar las variables tipo de ACV y consumo de tabaco, se observa que el 80% no consumía, de los cuales se distribuye en un 70% y un 10% para el ACV isquémico y hemorrágico respectivamente.

No se observa relación estadísticamente significativa entre las variables, por lo que el tipo de accidente cerebrovascular no se asocia al consumo de tabaco, con un $\chi^2=0,50$ y $p=0,78$ NS.

Tabla N° 10: Relación entre el tipo de accidente cerebrovascular y el estado nutricional

Tipo de ACV	Estado Nutricional				Total
	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obeso	
ACV Isquémico	5%	32%	37%	14%	88%
ACV Hemorrágico	0%	5%	5%	2%	12%
Total	5%	37%	42%	16%	100%

Fuente: ídem

($\chi^2=1,58$; g.l= 4; $p= 0,81$)

Al relacionar las variables tipo de ACV y estado nutricional según IMC, se observa que el 37% y el 5% de los usuarios que sufrieron ACV isquémico y hemorrágico respectivamente presentaban un estado nutricional sobrepeso. Y un 16% de los usuarios se encontraba obeso distribuyéndose en un 14% y 2% para ACV isquémico y hemorrágico respectivamente, con $\chi^2=1,58$ y $p= 0,81$, no observándose asociación estadística entre estas variables.

IV. DISCUSIÓN

1.- Los resultados encontrados en este estudio indicaron que un 86,44% de los usuarios padecieron un ACV Isquémico y un 13,56% un ACV Hemorrágico, resultados similares al artículo que publica F. Chaves⁴⁰, en el que indica que sin duda alguna los ACV Isquémicos son la gran mayoría, ya que representan el 90%, dejando en segundo lugar a los ACV hemorrágicos.

2.- Al analizar la edad podemos decir que el 75% de los usuarios presentaba una edad > 65 años, siendo el 67% ACV Isquémicos y el 8% hemorrágicos, similar a lo que ocurre en el estudio de M. Albert³⁴, en el cual se aprecia que para la variable edad, el grupo de edad más frecuente es el de 65 y más años con 48 casos para un 43.8 % y en el grupo control es de 60 casos para un 46.9%. Así también como se publica en la Revista Medicine⁴, donde se menciona que el riesgo de desarrollar un ACV se duplica cada década a partir de los 55 años, ocurriendo más de la mitad de los casos en pacientes mayores de 75 años.

3.- En relación al sexo podemos decir que la distribución respecto al ACV fue igualitaria, presentándose un 50% en hombres y 50% en mujeres, lo que se contrasta con el estudio de M. Albert³⁴ en el cual se señala que para la variable sexo la distribución porcentual de pacientes predomina el sexo masculino con 47 casos para un 73.4% y en los controles es también mayor con 96 para un 75%. También se diferencia con lo que publica S. de Wit², en el cual se menciona que los hombres tienen una mayor incidencia de ACV que las mujeres, con un 25% más.

Así además nuestros resultados indican que los hombres presentaron un mayor porcentaje de ACV Isquémico que las mujeres, siendo un 45%, versus un 42% de las mujeres. Al analizar el ACV Hemorrágico podemos ver que se diferencia a lo que ocurre con el ACV Isquémico, ya que las mujeres presentaron un

mayor porcentaje, con un 8%, versus un 5%, no encontrándose estudios que relacionen el tipo de ACV con el sexo.

4.- Respecto a los resultados obtenidos en la variable procedencia, se observó que la mayoría de los usuarios procedían del sector Urbano con un 64%, de los cuales el 53% presentó ACV Isquémico y el 11% ACV Hemorrágico. De los procedentes del sector Rural, el 33% presentó ACV Isquémico y el 3% Hemorrágico, similar a lo que ocurre en el estudio de López De Guimaraes y col.⁴³, en el cual el total de los factores de riesgo cardiovascular son más prevalentes en la población urbana 95% que en la Rural 66,7%.

5.- En cuanto al consumo de anticoagulantes previo al ACV, el 47% usaba anticoagulante, de los cuales el 41% presentó ACV Isquémico y el 6% Hemorrágico. Del 53% que no usaba anticoagulantes, el 45% presentó ACV Isquémico y el 8% Hemorrágico, siendo el grupo que no usaba, el que presentó porcentajes de ACV Isquémico mas alto, lo cual se asemeja con el estudio de Ridker y col.⁴⁴, en el cual el tratamiento antiagregante demuestra beneficios sobre el ACV isquémico.

6.- En cuanto a la Diabetes Mellitus los resultados indicaron que del total de la muestra sólo el 25% de los usuarios era diabético previo al ACV, lo que se asocia con los resultados de la tesis de P. Cerda y col.¹⁸, en la cual la presencia de DM está determinada por el 29,52% de los usuarios que sufrieron infarto cerebral. Al igual que los resultados que obtiene Perez Iglesias, Silma y col.²³, con una prevalencia de diabetes en el 23,7% de los usuarios que sufrieron un ACV. Lo que ocurre también en el estudio de A. Arpa y col.²⁵, en el que la Diabetes Mellitus, predomina como factor de riesgo en el 26%.

En relación a lo anterior, nuestro estudio se contrapone con el estudio de J. Rojas y col.²⁰, donde la DM está presente en el 16% de los casos, constituyendo el 5° factor de riesgo más importante.

7.- En relación a los antecedentes previos de hipertensión arterial, se encontró que el 84% de los usuarios eran hipertensos previo al ACV, de estos el 70% desarrolló ACV isquémico y el 14% restante ACV hemorrágico; lo que concuerda con el estudio que realiza J. Rojas y col.²⁰, en el cual el 76% de los ACV isquémicos presentan antecedentes previos de hipertensión arterial, constituyendo esta patología el principal factor de riesgo. De igual manera, el estudio de J. Aquiles y col.²⁴, destaca que la hipertensión se presenta en el 65,63% de los ACV isquémicos. Así mismo, el estudio de A. Gamez y col.²⁵, señala que el 73,3% de los usuarios que presentaron ACV eran hipertensos.

Se encontró que la hipertensión arterial influye significativamente en el desarrollo de ACV, lo que contrasta con el estudio de A. Obay y col.¹⁹, en el cual se señala que no existe relación estadísticamente significativa entre la hipertensión arterial y el ACV.

8.- Para la Dislipidemia se encontró que un 21% de los usuarios eran dislipidémico, donde se distribuye en un 18% para los ACV Isquémico y un 3% para el ACV Hemorrágico, lo que contrasta con los resultados de J. Rojas y col.²⁰, donde la Dislipidemia es el 2º factor de riesgo más importante, estando presente en el 50% de los enfermos de ACV isquémico. Por otra parte en el estudio de E. Neira y col.⁴², al analizar el perfil lipídico se encuentra que el CT está por sobre los 200 mg/dl en un 47% de los enfermos de ACV, estos resultados difieren con lo encontrado en nuestro estudio donde el CT estaba elevado sólo en el 29,57% de los usuarios con ACV.

9.- En cuanto a los antecedentes previos de eventos cardiovasculares, el 54% de los usuarios había presentado un evento CV previo y el 46% restante no. De los usuarios con antecedentes previos, el 50% presentó ACV Isquémico y el 4% Hemorrágico. Respecto a los usuarios sin antecedentes previos, el 37% exhibió ACV Isquémico y el 9% Hemorrágico, similar a lo que ocurre en el estudio de

Pérez y col.²³, en el cual dentro de las ECV previa se encuentra Cardiopatía isquémica (CI) la cual presenta un p-value de 0,0001 confirmándose como antecedentes de riesgo altamente significativos. Así como también, en el estudio de Aquiles Juan y col.²⁴, en el cual se demuestra que uno de los principales factores de riesgo asociados al ACV isquémico es la enfermedad cardiaca en 31,16% y AIT en un 1,56%.

Por otra parte, nuestros resultados se diferencian al estudio de Rojas, Juan y col.²⁰, el cual menciona que, “el ACV previo se encuentra en el 34% de los casos “, estando en menor porcentaje que lo encontrado en nuestro estudio.

10.- En relación al tabaco, un 80% de los usuarios no consumía, de los cuales el 70% presentaba ACV Isquémico y el 10% Hemorrágico. Del 19% de los usuarios que consumía tabaco, el 16% presentaba ACV Isquémico y el 6% Hemorrágico, lo que es similar al estudio de ROJAS, Juan y col.⁴⁵, del cual el 16% de los usuarios consume tabaco, equivalente a lo que ocurrió en nuestro estudio. Por otra parte nuestro estudio se contrasta con el estudio de Silma Pérez Iglesias y col.²³, donde el 47,42% de los casos son fumadores, mientras que en los controles son fumadores el 31,9%, siendo mayor porcentaje que el encontrado en nuestro estudio.

11.- Con respecto al estado nutricional, se observa que del total de usuarios que presentaron ACV Isquémico, el 5% se encontraban bajo peso, el 32% normal, el 37% sobrepeso y el 14% obeso, similar a lo que ocurre en el estudio de ROJAS, Juan I.⁴⁵, en el cual el 18% de los usuarios con ACV Isquémico presenta Obesidad.

En relación a los usuarios que presentaron ACV Hemorrágico, ninguno se encontraba bajo peso, el 5% normal, el 5% sobrepeso y el 2% obeso. Cabe destacar que los mayores porcentajes del total de los pacientes que presentaron un ACV se encontraban en sobrepeso (42%) lo que se contrasta con el estudio de

NEIRA y col.⁴², en el que se menciona que “entre los factores de riesgo para ACV, relacionados con el estilo de vida de los pacientes, está la obesidad, así como también se contrasta con el artículo que publica Young T y col.⁴¹, en el cual se señala que la obesidad origina múltiples trastornos sistémicos y se considera como un factor más de riesgo de enfermedad cardiovascular.

V. CONCLUSIONES

El ACV Isquémico se mostró como el tipo de ACV más prevalente con un 86,66% de los casos, por otro lado el ACV hemorrágico estuvo presente en el 13,56% de los usuarios evaluados.

En cuanto a los factores de riesgo asociados al tipo de ACV, se obtuvo que la edad se distribuyó predominantemente en el grupo etario de 65 y más años con un 74,58% y en un 25,43% en el grupo etario de 41 a 65 años. Si bien ésta variable representó el tercer factor de riesgo más importante en nuestro estudio, no se asoció con el tipo de ACV.

En relación al sexo, este se distribuyó en forma similar para los dos tipos de ACV, con el 50% para el sexo femenino y masculino respectivamente. A su vez, no se encontró asociación estadística con el tipo de ACV, por lo cual el género no influye su desarrollo; lo cual contrasta con todos los estudios revisados para esta investigación que indicaban al sexo masculino como más propenso al desarrollo de ACV.

En relación a la variable procedencia, se observó que el 64% de los usuarios vivían en zonas urbanas, mientras que el 36% restante residía en zonas rurales. No se encontró asociación estadísticamente significativa con el tipo de ACV. Cabe destacar que esperábamos encontrar un mayor porcentaje de usuarios de procedencia rural, ya que consideramos que estos tienen mayor dificultad para acceder a la atención primaria de salud y de ésta forma se dificulta el control de sus patologías crónicas con las consiguientes complicaciones, pudiendo desarrollar eventualmente un ACV.

En relación al uso de anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios, se observó que el 53% de los usuarios no los consumía y el 47% restante sí hacía uso de éstos fármacos, a su vez, este último grupo desarrolló en mayor grado ACV Isquémico. A pesar que esta variable no se asoció significativamente al tipo de ACV, y en contraposición a los resultados de nuestro estudio, destacamos el

hecho que esperábamos que el consumo de estos fármacos incidiera mayormente en el desarrollo de ACV Hemorrágico y constituyera a su vez un factor protector contra los ACV Isquémicos. Finalmente, estos resultados pueden ser atribuidos al hecho de que no todos los usuarios siguen el uso continuo de estos fármacos, por lo cual el tratamiento no cumple su objetivo protector.

Al analizar los antecedentes de diabetes en los usuarios, se observó que el 75% de estos no eran diabéticos, mientras que el 25% restante sí lo era. Cabe destacar que éste grupo presentó mayoritariamente ACV isquémico. Por otro lado el análisis de la glicemia al ingreso a la unidad de urgencia indica que el 24,27% de los usuarios tenían glicemia basal mayor o igual a 126 mg/dl, y del total de usuarios que eran diabéticos un 90% se encontraba en tratamiento farmacológico, lo que revela que no todos los diabéticos se encontraban compensados al momento de presentar el ACV. Finalmente, no se encontró una asociación estadística significativa entre la diabetes y el tipo de ACV.

La HTA se alzó como el factor de riesgo de mayor prevalencia, tanto para los ACV isquémicos como hemorrágicos, pero en este último, se destaca que todos los usuarios que lo desarrollaron eran hipertensos, por lo cual esta patología va a incidir directamente en el tipo de ACV a desarrollar. Se destaca que los pacientes que tenían diagnóstico previo de HTA, solo estaban con tratamiento farmacológico un 78%, pero aun así, de la totalidad de hipertensos un 83,2% presentaba cifras tensionales de PA altas, lo que nos indica que aunque los individuos sepan de su condición de salud, no logran ajustarse a los tratamientos farmacológicos ni a las medidas de tratamiento que promulga el programa CV.

En relación a la dislipidemia se observó que el 79% de los usuarios no era dislipidémico mientras que el 21% restante sí lo era. No hubo asociación estadística con el tipo de ACV, pero igualmente se observa que los usuarios dislipidémicos presentaron en mayor medida ACV Isquémico, dado que la hipercolesterolemia produce lesión arterial y arteroesclerosis. También se destaca que el 76% de los usuarios dislipidémicos se encontraban en

tratamiento farmacológico y el 24% restante que conocía su diagnóstico no estaba en tratamiento, es por ello que el análisis del CT de todos los usuarios del estudio revela que el 29,57% presentaba valores de CT mayores o igual a 200mg/dl.

Al analizar los antecedentes de evento cardiovascular previo, el 54% de los usuarios presentaba alguno de estos antecedentes y el 46% restante no los tenía. Se encontró como el segundo factor de riesgo más predominante por lo cual consideramos que el manejo de los factores de riesgo modificables en pacientes que ya tienen antecedentes previos debe ser más profundo y sistemático por parte del equipo de salud, sobre todo en los centros de atención primaria que atienden a estos usuarios.

Nuestro estudio también revela que el consumo de tabaco se presentó sólo en el 19% de los usuarios y un 80% de estos no lo consumía. Esta variable no se relaciona significativamente con el desarrollo de ACV, lo que se asocia al hecho de que la mayoría de los usuarios eran de edad avanzada y los mayores consumidores de tabaco no se presentan en este grupo etario.

Del análisis del estado nutricional según IMC se destaca que el 42% de los usuarios presentaba sobrepeso y un 16% obesidad. Esta variable no se asocia significativamente con el tipo de ACV, pero los resultados revelan que aquellos usuarios que se encontraban con sobrepeso y obeso desarrollaron mayormente ACV Isquémico. Además, los pacientes con exceso de peso tienen un estado proinflamatorio, protrombótico y un aumento del riesgo de tener complicaciones durante el ingreso hospitalario, por lo que incluso aunque no influyera en el número de casos de ACV, la obesidad podría hacer que la evolución de los pacientes fuera peor.

En cuanto a la teoría de enfermería los conceptos de autocuidado quedan claros al observar algunas variables como el hábito tabáquico, la dislipidemia y la diabetes, los cuales no predominaron en el grupo estudiado, ya que los usuarios presentaron bajo porcentaje de estos factores.

El déficit de autocuidado se observa en los usuarios con patologías crónicas previas al ACV que se encontraban en tratamiento, que de acuerdo a los registros podemos inferir que existía una adherencia deficiente a los tratamientos, esto se evidencia por el hecho de presentar alteraciones sistémicas al momento del ingreso hospitalario, que no se hubiesen desarrollado con una un óptima adherencia a los tratamientos.

Ante esta situación se detectaron las necesidades y limitaciones de acción de los usuarios en cuanto a su salud, situación que debe abordar el profesional de enfermería en conjunto con el equipo de salud de los centros de atención primaria, aplicando medidas de prevención y promoción de salud de los factores de riesgo modificables, así como una adecuada educación y asistencia constante a los controles de salud programados, lo que favorecería a la obtención de una mejor adherencia al tratamiento y estilos de vida saludables, evitando complicaciones sistémicas de estas enfermedades. Por otra parte, resulta importante que la población sin factores de riesgo se realice anualmente los EMP como mecanismo de pesquisa de las ECNTS y factores de riesgo cardiovascular.

VI. SUGERENCIAS

- Efectuar estudios de caso y control, a fin de establecer con mayor exactitud la relación entre las variables que pueden influir en el tipo de ACV en la provincia de Ñuble.
- Aumentar la muestra en estudios posteriores, para confirmar si la edad esta asociada al ACV, ya que este estudio mostró asociación débil entre la edad y el tipo de ACV.
- Verificar, en estudios posteriores, si el consumo estricto y continuo de los anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios, son protectores de los ACV Isquémicos y precursores de los ACV hemorrágicos.
- Confirmar si los estados de PA elevada al momento de presentarse el ACV inciden directamente en su desarrollo y pronóstico.
- Establecer en estudios posteriores, cuáles son los tipos de evento CV previo que más se asocian al desarrollo de ACV.
- Verificar, en estudios posteriores, si los estados de sobrepeso y obesidad están ligados al ACV Isquémico.
- Se sugiere mejorar los registros en fichas clínicas, de los antecedentes del estilo de vida de los usuarios evaluados en la anamnesis.

VII. LIMITACIONES

- Escasas investigaciones en Chile, específicamente en la VIII región y provincia de Ñuble respecto a los factores asociados al tipo de ACV.
- Registro deficiente en ficha médica, información necesaria inexistente, con dificultades para acceder a ella o costaba mucho encontrarla.
- Dificultad en la obtención de fichas clínicas, ya que no siempre estaban disponibles, por diferentes razones.
- Cambio de lugar físico del departamento de Archivo del HCHMCH, por lo cual el personal presentaba mucha carga laboral.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Carol Mattson Porth, 2006, Fisiopatología-salud-enfermedad: un enfoque conceptual, 7° edición, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 449p.
- (2) Susan C. de Wit, 1999, Fundamentos de enfermería medico quirúrgica, 4° edición, Madrid, Ediciones Harcourt, 498p.
- (3) Farreras y Rozman, Medicina interna, 14° Edición, sec. 12 Neurología. Cap. 190 Accidentes Vasculares Cerebrales, concepto.
- (4) Revista Medicine, 2007 febrero, Madrid, España, novena serie n°72, Enfermedades del Sistema Nervioso.
- (5) Manual Merck, 10 edición, sección 14 Neurología, capítulo 174, Enfermedad cerebro vasculares, síndromes hemorrágicos, hemorragia intracraneal.
- (6) Situación de Salud en Ñuble [en línea] <http://www.serviciodesaludnuble.cl/index.php?Destino=hlwrmvgmlx&Sub=61> [17 de octubre de 2008 15:52:34].
- (7) Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires 2008 [en línea] <http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_02/02_05.htm> [12 Oct. 2008 16:46:49]
- (8) The Atlas of Heart Disease and Stroke of WHO 2004 [en línea] <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf> [12 Oct. 2008 16:46:49]

- (9) Republica de Chile, Ministerio de Salud. Guía Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto. Septiembre 2007 [en línea] < <http://74.125.45.104/custom?q=cache:tAdDeOZ0BQMJ:www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/isquemico.pdf+prevalencia+accidente+cerebrovascular+chile&hl=es&ct=clnk&cd=1&client=google-coop-np> > [17 de octubre de 2008 15:58:23].
- (10) Indicadores básicos de Salud 2006 [en línea] < <http://www.minsal.cl/> > [17 de octubre de 2008 17:08:45].
- (11) Cuenta pública 2006 Hospital Clínico Herminia Martín [en línea] <http://www.hospitaldechillan.cl/cta2006/cuenta2006_archivos/frame.htm> [17 de octubre de 2008 17:38:44].
- (12) Bárbara C. Longo y Wilma J.Phipps, 1992, Tratado de enfermería Médico Quirúrgica, traducido de la primera edición, México, McGraw-Hill, 685p.
- (13) Bárbara C. Longo y Wilma J.Phipps, 1992, Tratado de enfermería Médico Quirúrgica, traducido de la primera edición, México, McGraw-Hill, 686p.
- (14) Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood, 1999, Modelos y Teorías en Enfermería, Cuarta Edición, Madrid, Harcourt Brace, 175-186p.
- (15) Protocolos diagnósticos-terapéuticos en patología cerebrovascular. Grupo de estudio de las enfermedades cerebro vasculares de la Sociedad Española de Neurología. En: Álvarez Sabín J, Castillo Sánchez J, Díez Tejedor E, Editores. Barcelona: Uriach; 1999.
- (16) Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood, 1999, Modelos y Teorías en Enfermería, Cuarta Edición, Madrid, Harcourt Brace, 175-186p.

(17) Clínica Alemana de Santiago SA, Primer estudio nacional sobre incidencia de ataques cerebrovasculares, [en línea] 24 de agosto de 2004, disponible en <<http://www.alemana.cl/reader/alemana/pub/v03/S9701Articulos/S0101200508/news6388.html;jsessionid=L5h4hCQGRQXJ6M3m9Z3V7Dr205c26pyCC1FnsGtTvrjgmBFsSZp!1785935327!NONE>> [consulta 13 octubre 2008]

(18) Paulina A. Cerda Cortés, Carmen Pía Recabarren Labbé, 2004. Registro de Enfermedad cerebrovascular en el Hospital clínico Universidad de Chile, Tesis para optar al grado de Licenciado en Kinesiología, Universidad de Chile Facultad de medicina Escuela de kinesiología, Pág. 24-26.

(19) María de la Concepción Orbay Arana, Luis Manuel Fernández Machín, Verónica M. González García, Gilberto Durán Torres, Miriam Hernández Iglesias y Antonio Ruibal León. Ocurrencia de enfermedad cerebrovascular en pacientes hipertensos. [En línea] Rev Cubana Med Gen Integr v.18 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2002 disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500005> [fecha consulta 30 septiembre 2008]

(20) Rojas, Juan I., Zurru, María Cristina, Patrucco, Liliana *et al.* Registro de enfermedad cerebrovascular isquémica. *Medicina (B. Aires)*. [en línea]. Nov. /dic. 2006, vol.66, no.6 p.547-551. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00257680200600060008&lng=es&nrm=iso> [citado 17 Octubre 2008]

(21) Javier Muñiz, Rafael Juanes, Alfonso Cartes-Beivar, Isabel Fovaandez. Fuentes, Susana Lorenzo Gallego y Joaquín Sánchez Herrero. Estudio de caso y controles de factores de riesgo de accidente cerebrovascular agudo. 1987. [en línea] <http://www.seppeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/ARTIKULU/vol101/m1011101.pdf> [consulta: 2008 10 01]

(22) Rivera Ordoñez Carlos Eduardo y Perez Romero Germán Enrique , Estatinas y ACV: conceptos actuales en prevención primaria y secundaria del ataque cerebral, Rev.fac.med.unal vol.54 no.4 Bogotá Oct. 2006 [en línea] Disponible en <<http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v54n4/v54n4a09.html> > [fecha consulta 15 octubre 2008]

(23) Pérez Iglesias, Silma; Maurenza González, Godofredo; Nafeh Abi-Resk, Luis; Romero González, Víctor M, Enfermedad cerebrovascular. factores de riesgo en un área de salud, [en línea], Rev Cubana Med Gen Integr v.14 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 1998. Disponible en < http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251998000200005&script=sci_arttext [fecha consulta 17 octubre de 2008]

(24) Aquiles J. Rodríguez López, Dr. Rafael Pila Pérez, Dr. Rafael Pila Peláez, Ángel R. Vargas Rodríguez, Septiembre 2004, Factores determinantes del pronóstico en el ictus isquémico en Cuba, [en línea], Mapfre medicina, ISSN 1130-5665, Vol. 16, N°. 1, 2005, págs. 15-23, Disponible en <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1221505>> [fecha consulta 15 octubre 2008.]

(25) My. Ángel Arpa Gámez, My. Odalys González Sotolongo, Dr. Vladimir Felinciano Álvarez, Dra. Vivian Ferrer López y Dr. Rodolfo Suárez Iznaga, Síndrome metabólico como factor de riesgo en la enfermedad cerebrovascular [en línea], agosto de 2005, Rev Cubana Med Milit., disponible en <<http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v34n4/mil07405.pdf>> [citado 17 Octubre 2008].

(26) Pitarque, Raúl, Bolzan, Andrés, Gatella, María E. *et al.* Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la población adulta de la ciudad de Olavarría, Buenos Aires. [En línea]. *Rev. Argent. Cardiol.* Nov. /dic. 2006, vol.74, no.6, p.447-452. Disponible en:

<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482006000700006&lng=es&nrm=iso>. [Citado 17 Octubre 2008].

(27) Nogales-Gaete, Jorge, Nunez A, Luis, Arriagada R, Camilo *et al.* Caracterización clínica de 450 pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresada a un hospital público durante 1997. [En línea]. *Rev. Méd. Chile*. Nov. 2000, vol.128, no.11, p.1227-1236. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872000001100007&script=sci_arttext> [citado 17 Octubre 2008]

(28) Hervás A. Factores de riesgo de ictus: Estudio caso-control en una población de la Comunidad Foral de Navarra. *Anales Sis San Navarra*. [En línea]. 2005 Dic; 28(3): 325-334. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272005000500003&script=sci_arttext> [citado 2008 Oct 18].

(29) Pizarro Q, Tito. Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev. chil. pediatr.* [Online]. Feb. 2007, vol.78, no.1, p.76-83. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062007000100011&lng=es&nrm=iso>. [Citado 18 Octubre 2008]

(30) Moreno G, Manuel, Manriquez E, Mónica, GUZMAN B, Sergio *et al.* Cambios en los factores de riesgo metabólicos en pacientes obesos en tratamiento. *Rev. Méd. Chile*, Feb. 2000, vol.128, no.2, p.193-200.

(31) Factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular aguda hipertensiva [en línea] <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475232006000400006&script=sci_arttext&lng=es> [17 de octubre de 2008 22:43]

(32) Saxena R, Koudstaal PJ. Anticoagulantes para la prevención de accidentes cerebrovasculares en pacientes con fibrilación auricular no reumática y antecedentes de accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio (Revisión Cochrane traducida).[en línea]<<http://www.update-software.com/AbstractsES/ab000185-ES.htm>> [18 de octubre de 2008 00:39].

(33) Physical Activity and Stroke Risk A Meta-Analysis [en línea] <<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/34/10/2475> [citado 18 de octubre de 2008 16:44].

(34) Dr. Marco J. Albert Cabrera |,Factores de Riesgo y asociación con Enfermedad Cerebrovascular Trombótica en Clínica Central Cira García años 2001 – 2005 [en línea] Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Publicado: 21/11/2007, disponible en <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/434/1/Factores-de-Riesgo-y-asociacion-con-Enfermedad-Cerebrovascular-Trombotica.html>>, [citado 18 de octubre de 2008].

(35) Terra salud En línea disponible en <<http://salud.terra.es/web/corazon/articulo/muestra1.aspx?ld=1122> > [consulta 28 noviembre de 2008]

(36) Madrid, 13 Nov. (EUROPA PRESS) Disponible en <<http://www.europapress.es/salud/noticia-circunferencia-cintura-mayor-puede-duplicar-riesgo-muerte-prematura-estudio-20081113122312.html>>[Consulta 28 noviembre 2008]

(37) Chile. Ministerio de Salud. 2002. Programa Salud Cardiovascular. Reorientación de los programas de hipertensos y diabéticos. 5-7p

(38)Lavados, Pablo M y Hoppe W, Arnold. Unidades de tratamiento del ataque cerebrovascular (UTAC) en Chile. *Rev. méd. Chile*, nov. 2005, vol.133, no.11, p.1271-1273. ISSN 0034-9887.

(39)Republica de Chile, Ministerio de Salud. Guía Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto. Septiembre 2007.

(40) Dr. Franz Chaves Sell, Accidente vascular cerebral-¿es el accidente vascular cerebral una enfermedad tratable?, *Rev costarric.cardiol* v.2 n.1 San José abr. 2000, ISSN 1409-4142.

(41) Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S,Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328:1230-1235.

(42) Neira Sánchez, Elsa Rosa y Seclen Santisteban, Segundo. Estudio retrospectivo de la ocurrencia de accidente cerebrovascular en pacientes diabéticos. *Rev Med Hered.* [Online]. Abr. /jun. 2000, Vol.11, no.2 [citado 26 Mayo 2009], p.54-61. Disponible en la World Wide Web:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2000000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.

(43) López de Guimaraes, Douglas, Chiriboga García, Madeleine r., Gonzáles Crisóstomo, Georgina P. et al. Prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovascular en dos poblaciones de Huaraz (3 100 m sobre el nivel del mar). *Acta Méd. Peruana.* [Online]. Ene. /abr. 2007, Vol.24, no.1 [citado 31 Mayo 2009], p.18-21. Disponible en la World Wide Web:

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1728-5917.

(44) Ridker PM, Cook NR, Lee IM, Gordon D, Gaziano JM, Manson JE, et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2005; 352:1293-304

IX. ANEXOS
DEFINICION DE VARIABLES Y PREGUNTAS
CORRESPONDIENTES AL CUESTIONARIO.

Variable Dependiente	Definición Nominal	Definición Operacional	Pregunta
ACV	Trastorno clínico habitualmente súbito derivado de un aporte insuficiente de sangre al SNC.	Tipo de ACV confirmado 1.- ACV Isquémico 2.- ACV Hemorrágico	Diagnóstico en ficha médica: _____
Variable independiente	Definición Nominal	Definición Operacional	Pregunta
Edad	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha que se aplica la encuesta de estudio.	40 años o menos: Persona con un rango de edad menor o igual de 40 años. De 41 a 65 años: Persona dentro del rango de edad entre 41 y 65 años. 66 años o más: Persona con rango de edad de 66 o más años.	Edad en la cual presentó el accidente cerebrovascular: Edad: _____ 1) 40 años o menos _____ 2) De 41 a 65 años _____ 3) 66 años o mas _____

Género	Condición determinada cromosómicamente que distingue al hombre de la mujer.	<p>Masculino: Registro de sexo masculino en ficha clínica.</p> <p>Femenino: Registro de sexo femenino en ficha clínica.</p>	<p>Sexo:</p> <p>Femenino _____</p> <p>Masculino _____</p>
Procedencia	Lugar donde actualmente reside la persona.	<p>Urbano: Todo aquel que cuente con 30.000 o más habitantes y posean cuatro de las seis características siguientes: alumbrado público, acueducto, red de alcantarillado, servicios médicos de urgencia, diagnóstico y hospitalización, centro educacional y calles pavimentadas.</p> <p>Rural: Región situada a más de tres kilómetros de una aglomeración urbana y centro de urgencia y hospitalización, y donde la población vive esencialmente de la explotación del suelo.</p> <p>Sin información: No se obtuvieron los antecedentes en ficha clínica.</p>	<p>Procedencia:</p> <p>1) Urbano _____</p> <p>2) Rural _____</p>
Uso de anticoagulantes.	Medicamento que ayuda a evitar la formación de un coágulo. Estos	<p>Sí: Personas con uso de anticoagulante.</p> <p>No: Personas sin uso de anticoagulante.</p>	<p>Usaba anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios previos al ACV:</p> <p>1) Sí _____</p>

	medicamentos impiden que se formen nuevos coágulos o que un coágulo que ya existe aumente de tamaño.		2) No _____
Antecedente de Hipertensión arterial.	Condición médica caracterizada por incremento de las cifras de presión arterial de 140/90 mmHg mantenida en el tiempo.	<p>Sí: Personas con diagnóstico de hipertensión arterial previo al desarrollo del ACV registrado en ficha clínica.</p> <p>.</p> <p>No: Personas sin diagnóstico de hipertensión arterial previo al ACV.</p>	<p>Tiene Hipertensión diagnosticada previo al ACV:</p> <p>1) Sí _____</p> <p>2) No _____</p>
Valores de la presión arterial(PA) normales y anormales	Es la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, tiene dos componentes presión arterial sistólica que corresponde al valor	<p>Hipotensión: valores sistémicos de PA menores a 120/80 mmHg.</p> <p>Presión arterial normal: valores sistémicos sistólicos ≥ 120 o ≤ 139 mmHg y valores sistémicos ≥ 80 o ≤ 89 mmHg.</p> <p>Hipertensión grado 1: valores sistémicos entre</p>	PA mmHg Al momento de presentar el ACV: _____

	máximo de la presión arterial en sístole y presión arterial diastólica que corresponde al valor mínimo de tensión arterial cuando el corazón esa en diástoles.	140/90 mmHg y 159/99 mmHg. Hipertensión grado 2: valores sistémicos entre 160/100-179/109 mmHg. Hipertensión grado 3: valores sistémicos entre > 180/110 mmHg.	
Antecedentes de Diabetes mellitus.	Condición médica caracterizada por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre.	Sí: Personas con diagnóstico de diabetes mellitus previo al desarrollo del ACV registrado en ficha clínica. No: Personas sin diagnóstico de diabetes mellitus previo al ACV.	Tiene Diagnóstico de Diabetes mellitus previo al ACV 1) Sí ____ 2) No ____
Valores de Glicemia normales y anormales	Es la medida de concentración de glucosa en el plasma sanguíneo.	Se considera una glicemia normal valores menores a 126 mg/dl Se considera una glicemia elevada valores \geq 126 mg/dl	Glicemia (mg/dl) al momento que presentó el ACV: _____
Antecedentes de dislipidemia.	Conjunto de patologías caracterizadas por	Sí: Personas con diagnóstico de dislipidemia previo al ACV registrado en ficha clínica.	Presentaba Dislipidemia diagnosticada previo al ACV: 1) Sí ____

	alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que significa un riesgo para la salud.	No: Personas sin diagnóstico de dislipidemia previo al ACV.	2) No ____
Valores del colesterol total normales y anormales	Es la medida de concentración de los lípidos en el plasma sanguíneo.	Se considera colesterol total normal valores < a 200 mg/dl Se considera colesterol total elevado valores ≥ a 200 mg/dl	Colesterol Total al momento de presentar el ACV: _____
Antecedentes personales de evento cardiovascular.	Eventos previos de enfermedad cardiovascular en la historia de salud del usuario.	Si: Usuario presenta antecedentes personales de evento cardiovascular previo al ACV registrado en ficha clínica. No: Usuario no presenta antecedentes personales de evento cardiovascular.	¿ Tiene antecedentes personales previos de evento cardiovascular? 1. Si ____ 2. No ____
Hábito de fumar.	Costumbre que presenta	Sí: usuario que consume uno o más cigarrillos al	Fumaba a lo menos un

	el individuo de consumir 1 o mas cigarrillos en forma habitual.	día registrado en ficha clínica. No: usuario que no consume cigarrillos.	cigarrillo previo a presentar el ACV: 1. Sí _____ 2. No _____
IMC	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo Peso/talla^2 y lo clasifica en bajo peso, normal, sobrepeso, obeso.	IMC: <ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso <18,50 • Normal 18,50 - 24,99 • Sobrepeso $\geq 25,00$ -29,9 • Obeso ≥ 30. 	IMC:

CUESTIONARIO

1. **Numero de ficha:**

2. **Diagnóstico en ficha médica:**

Marcar con una X según corresponda:

1. Edad en la cual presentó el accidente cerebrovascular:

Edad: _____

1) 40 años o menos _____

2) De 41 a 65 años _____

3) 66 años o mas _____

2. Sexo:

Femenino _____

Masculino _____

3. Procedencia:

Domicilio: _____

1) Urbano _____

2) Rural _____

4. Usaba anticoagulantes o antiagregante plaquetario previos al ACV:

1) Sí _____ Cuales: _____

2) No _____

5. Tiene Hipertensión diagnosticada previo al ACV:

1) Sí _____

2) No _____

Estaba en tratamiento por su HTA:

Sí _____ PA mmHg Al momento de presentar el ACV: _____

No _____

Que medicamentos consume para su HTA: _____

6. Presentaba Dislipidemia diagnosticada previo al ACV:

- 1) Sí _____
- 2) No _____

Estaba en tratamiento por su Dislipidemia:

Sí _____ Colesterol Total al momento de presentar el ACV: _____
No _____

Que medicamentos consume para su Dislipidemia:

7. Tienen Diagnostico de Diabetes mellitus previo al ACV

- 3) Sí _____
- 4) No _____

Tipo de DM _____

Estaba en tratamiento por su Diabetes:

Sí _____
No _____

Glicemia (mg/dl) al momento que presentó el ACV: _____

8. ¿Tiene antecedentes personales previos de evento cardiovascular?

- 1. Si _____
- 2. No _____

9. Fumaba a lo menos un cigarrillo previo a presentar el ACV:

- 1. Sí _____
- 2. No _____

10.-IMC:

Bajo peso	
Normal	
Sobrepeso	
Obeso:	

GLOSARIO

ACV: Accidente cerebrovascular.

FR: Factor de riesgo.

CIT: Crisis Isquémica transitoria.

AIT: accidente Isquémico Transitorio.

JNC VI: Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

HTA: Hipertensión arterial.

DM: Diabetes Mellitus.

RCV: Riesgo cardiovascular.

FRC: Factores de riesgo cardiovascular.

ECNTs: Enfermedades crónicas no transmisibles (Ej: HTA,DM).

ECV: Enfermedad Cerebrovascular.

NS: No significativo.

PA: Presión arterial.

CT: Colesterol total.

CV: Cardiovascular.

IMC: Índice Masa Corporal.

OFICIO N° 58/09.

**MAT.: Solicita Autorización.
CHILLAN 24, Marzo 2009.**

A: DR. RODRIGO AVENDAÑO BRANDES.
Director – Hospital clínico Herminda Martín, Chillán.

DE: SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ.
Directora Escuela de Enfermería.

De mi consideración:

Junto con saludarle muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los alumnos de V año de la Escuela de Enfermería de esta casa de estudios superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: **“Factores Asociados al tipo de Accidente Cerebro Vascular en usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina del HCHM de Chillán en el año 2008”**, con el fin de optar así al grado de Licenciado de Enfermería.

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES TESISISTAS:

Rodrigo Arias Ibáñez	16.228.816-4
Pamela Benavente Mercado	16.496.080-3
Daniela Mendoza Molina	16.218.478-4
Ruth Ocares Tapia	16.360.669-0

ACADEMICO GUÍA:

Sra. Ana Pincheira Rodríguez. Enfermera Docente.

PROPÓSITO DE LA TESIS:

Conocer los factores asociados al Accidente Cerebro Vascular en usuarios hospitalizados en el servicio de Medicina del HCHM de Chillán año 2008.

OBJETIVO GENERAL DE LA TESIS:

-Conocer los factores sociodemográficos asociados al tipo de ACV (Isquémico y hemorrágico) en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008.

-Conocer los factores propios del paciente asociados al tipo de ACV (Isquémico y hemorrágico) en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del HCHM de Chillán año 2008.

-Identificar los factores del estilo de vida asociado al tipo de ACV (Isquémico y hemorrágico) en usuarios que estuvieron hospitalizados en el servicio de neurología del HCHM de Chillán año 2008.

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan realizar una revisión de las fichas clínicas de los pacientes con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular, en el departamento de Archivo del centro de salud que usted dirige.

Es propicio señalar, que de otorgar la autorización respectiva, la revisión se realizará durante el mes de Mayo, garantizando a su vez, la confidencialidad y anonimato de los antecedentes recopilados.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con un a favorable acogida, atentamente,

ELENA ESPINOZA LAVOZ.
Directora Escuela de Enfermería.
e-mail: elospino@ubiobio.cl
Fono (042)253085.