Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

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

FACTORES ASOCIADOS A ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL SAN CARLOS.

Autores:

- FERRETTI H., CLAUDIA
- FIGUEROA A., ANDREA
- GAMONAL A., CHRIS
- SILVA R., FRANCISCO

DOCENTE GUÍA:

- Pincheira Rodríguez, Ana. Magíster en Epidemiología

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN-CHILE

2010

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

INDICE

I.- Introducción Pág.

1.1- Introducción……..…1

1.2.- Presentación y fundamentación del problema……3

1.3.- Problematización……5

1.4.- Marco teórico, teoría de enfermería y marco empírico…..7

1.5.- Propósito de la investigación……...28

1.6.- Objetivos generales y específicos……..29

1.7.- Listado de variables……..32

II.- Metodología de la investigación

2.1.- Tipo de diseño……..33

2.2.- Universo y muestra ……..33

2.3.- Unidad de análisis……33

2.4.- Aspectos éticos…… 33

2.5.- Criterios de inclusión……...34

2.6.- Recolección de datos……..34

2.7.- Descripción del instrumento recolector……34

2.8.- Descripción de Prueba Piloto……34

2.9.- Procesamiento de datos……..35

III.- Análisis

3.1 Análisis de los resultados……36

3.2 Análisis de la asociación del ACV con FR……39

3.3 Análisis de la asociación del ACV con dos FR……47

3.4 Discusión de los resultados……50

IV.- Conclusión, Sugerencias y Limitaciones……...56

V.- Bibliografía……...60

VI.- Anexos……..66

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares corresponden a uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Según *"The Atlas of Heart Disease and Stroke"*, se estima que 6.000.000 de personas mueren de accidentes cerebrovasculares (ACV) cada año[1], constituyendo la segunda causa de muerte en el mundo, siendo unas de las principales causa de invalidez del adulto [7]. La mayoría de estas defunciones se producen en los países en vías de desarrollo [1].

A nivel mundial, como factor de riesgo (FR) de ACV se encuentra la hipertensión arterial con un 62%, seguido de colesterol con un 18%. Además, destaca la Diabetes Mellitus (DM), el tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, obesidad y sedentarismo. [3].

Chile, por ser también un país en vías de desarrollo, presenta altas cifras de mortalidad por esta enfermedad, afectando a un 9% (7.698 personas) de todas las muertes del año 2005 [31], hospitalizándose 19.805 personas con el diagnóstico de ACV [3]. La tasa de mortalidad por ACV observada en el país fue de un 48,4 por cada 100.000 habitantes. [28]

En la región del Bío – Bío, el ACV fue la segunda causa de muerte, representando el 6% (644 personas) de las defunciones totales [31]. La tasa de mortalidad en el año 2004 fue de 59.5 por cada 100.000 habitantes. [28]

En el año 2008, en la Provincia de Ñuble, se registraron 2945 defunciones, de los cuales 12,5 % (350 personas) fueron personas diagnosticadas de ACV [4]. La tasa de mortalidad en el año 2004 fue de un 76,6 por cada 100.000 habitantes. Es importante señalar que la tasa observada en la provincia de Ñuble, es la más alta de las provincias de la Región del Bío Bío, e incluso supera significativamente a la tasa de mortalidad nacional, por esta enfermedad. [28]

Para abordar la problemática acerca de los FR, en Chile se han implementado estrategias de intervención a nivel de: prevención, recuperación y rehabilitación. En primera instancia, como medida de tamizaje encontramos el Examen de Medicina Preventiva (EMP), cuyo fin es la pesquisa de FR, esto

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

permite al equipo de salud tomar decisiones terapéuticas con el propósito de prevenir o tratar un Evento Cardiovascular (ECV) a través de la consejería para modificar aspectos del estilo de vida, cuidados especiales en las personas con diabetes, medicamentos para controlar la presión arterial o los niveles de colesterol, y otras medidas en aquellos que han tenido un ACV. Por otro lado, como medida de recuperación de la salud, existen los controles de salud de crónicos, enfocados a llevar un seguimiento de las Enfermedades No Transmisibles (ENTs) con el fin de disminuir o eliminar FR modificables, y no llegar de este modo a algo tan catastrófico como la implicancia que tiene un ACV en el entorno social del usuario. Hasta el año 2008 las personas que estaban participando y recibieron atención a nivel primario a través del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) corresponden a 79.706 personas, de los cuales un 25 % son mujeres y un 17% hombres mayores de 65 años. [5]

Otra medida tomada en Chile está enfocada a las personas que sufrieron un ACV, debido a que su recuperación y posterior rehabilitación posee un alto costo. Para ello, se creó el Plan “Acceso Universal de Garantías Explícitas” (AUGE), en el año 2002.

Por lo anteriormente señalado, se hace necesario tener conocimiento de los FR asociados al ACV, con el fin de ayudar a evitar un episodio de ACV, interviniendo directamente en un cambio de hábito en los estilos de vida por parte del profesional de enfermería.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

1.2 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El desafío que se plantea para el Sector Salud en la actualidad es distinto a aquel de la primera mitad del siglo XX, ya que, el problema fundamental en ese entonces lo constituían las enfermedades transmisibles y la salud materno – infantil. Sin embargo, al comienzo del siglo XXI, existe un incremento de enfermedades propias de la vejez y un importante aumento de los problemas de salud mental; además se observa una alta incidencia de enfermedades degenerativas y ENTs como: HTA, DM, Dislipidemia, que son factores asociados al ACV, y que al potenciarse con otros factores como: tabaquismo, alcohol, obesidad, aumentan considerablemente el riesgo de padecer esta enfermedad.

Estudios epidemiológicos han demostrado una asociación causal entre los FR y los eventos cardiovasculares como el ACV. La mayoría de las enfermedades cardiovasculares comparten FR; de ahí que la reducción en uno o más de ellos puede prevenir más de una enfermedad cardiovascular. La etiología multicausal hace necesaria las intervenciones multifactoriales para maximizar los esfuerzos preventivos [(29)].

Considerando que esta enfermedad conlleva una alta carga biopsicosocial, además de secuelas de larga data y/o irrecuperables en algunos usuarios, el equipo de salud debe crear intervenciones estratégicas centradas en promover la salud y prevenir un ACV a través de la disminución o eliminación de FR asociados al ACV.

A nivel internacional, existen numerosos estudios cuantitativos que identifican los FR asociados al ACV, los cuales por sus características generalizables se aplican a la realidad chilena. Sin embargo, existen estudios que demuestran que los FR pueden variar de una zona geográfica a otra [(5)]. Es por esto, que se hace imprescindible identificar los FR que se asocian a la realidad local de la comunidad de San Carlos, pero con un enfoque distinto al biomédico, puesto que no se pretende identificar los mecanismos de producción, sino jerarquizar cuáles FR son más relevantes, para que así el profesional de

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

enfermería pueda basarse en sus propias investigaciones y, por ende, logre educar tanto al usuario como a su familia, para la toma de conciencia y prevención de la enfermedad.

Por lo anteriormente expuesto, el enfoque de la presente investigación es identificar los FR que se asocian al ACV, teniendo como base teórica este estudio para que profesionales y estudiantes de enfermería intervengan en los FR para prevenir esta enfermedad.

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA PROFESIÓN

La enfermería es “Ciencia y Arte”; la primera, referida a un cuerpo de conocimientos respaldado por la Metodología Científica, y arte en cuanto a la pericia de aplicar la ciencia en el quehacer de la profesión.

Al investigar en este estudio los FR asociados al ACV se pretende contribuir a la ampliación del marco empírico para respaldar futuras investigaciones sobre la gestión del cuidado de Enfermería en la prevención de ACV. Por otra parte, la importancia de esta investigación radica en la utilidad para el campo clínico en el que se desempeñen estos estudiantes como futuros profesionales de la salud, puesto que, el profesional de Enfermería, en todos los niveles de atención, tiene la capacidad de prevenir un episodio cerebrovascular, enfatizando la importancia de la educación y/o de los programas de prevención abocados a esta patología; además, de incorporar a la familia y a su entorno más cercano en la toma de conciencia de la importancia de eliminar o disminuir FR que son causantes de ACV, favoreciendo la rehabilitación del individuo enfermo y prevención de un nuevo episodio que afecte a todo el sistema familiar.

Para cumplir con el objetivo del estudio, se necesita conocer los FR causantes directos de ACV, ya que, éstos serán los indicadores necesarios para poder efectuar las diferentes intervenciones.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

1.3 PROBLEMATIZACIÓN

1. Problema

¿Qué factores se asocian a la incidencia de accidente cerebrovascular en usuarios hospitalizados del Servicio de Medicina del Hospital de San Carlos, durante el año 2010?

2. Problematización

I. No Modificables

¿Qué factores **personales** influirán en la incidencia de ACV?

1. ¿Influirá la ***edad*** en la incidencia de ACV?
2. ¿Influirá el ***sexo*** en la incidencia de ACV?
3. ¿Influirán los ***antecedentes personales previos de Evento Cardiovascular (ECV)*** en la incidencia de un nuevo evento cerebrovascular?

II. Modificables

¿Qué **estilos de vida** influirán en la incidencia de ACV?

4. ¿Influirá el ***estado nutricional*** en la incidencia de ACV
5. ¿Influirá el ***tabaquismo*** en la incidencia de ACV?
6. ¿Influirá el ***alcohol*** en la incidencia de ACV?

¿Qué **factores sociodemográficos** influirán en la incidencia de ACV?

7. ¿Influirá la ***procedencia*** en la incidencia de ACV?
8. ¿Influirá la ***previsión*** en la incidencia de ACV?

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

¿Qué **antecedentes de Salud** influirán en la incidencia de ACV?

9. ¿Influirá la ***HTA*** en la incidencia de ACV?
10. ¿Influirá la ***Dislipidemia*** en la incidencia de ACV?
11. ¿Influirá la ***DM*** en la incidencia de ACV?

¿Qué **antecedente de atención de salud previa hospitalización** influirá en la incidencia de ACV?

12. ¿Influirá la ***asistencia a controles de Programa de salud Cardiovascular (PSCV)*** en la incidencia de ACV?

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

1.4 MARCO TEÓRICO

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)

Corresponden a la aparición de trastornos focales neurológicos, de presentación brusca y curso regresivo, debido a un proceso patológico de los vasos arteriales que irrigan las estructuras cerebrales [(6)].

La función de la circulación cerebral es asegurar un aporte adecuado de oxígeno y metabolitos, especialmente glucosa, para mantener el delicado y activo metabolismo del sistema nervioso. Este se basa, fundamentalmente, en la degradación aeróbica de la glucosa, consumiendo el 20% total de oxígeno captado por el cuerpo. Las neuronas sólo son capaces de sobrevivir tres a cinco minutos privadas de aporte de oxígeno y luego se dañan irreparablemente. Es por este mecanismo que la obstrucción de una arteria provoca daño neurológico [(6)].

La irrigación cerebral se efectúa por tres troncos arteriales principales: las dos arterias carótidas, derecha e izquierda, y la arteria basilar, cada una de las cuales aporta, aproximadamente, un tercio del volumen sanguíneo. Estos tres grandes vasos arteriales se interconectan a nivel del cerebro en el polígono de Willis, que es básicamente un sistema de redistribución de flujo, aunque no siempre puede cumplir sus funciones, pues es imperfecto en aproximadamente la mitad de las personas. Las lesiones en el territorio carotídeo producirán signos sólo el lado opuesto del cuerpo. En cambio las lesiones en el territorio de la arteria basilar producirán, con alta frecuencia, signos bilaterales [(6)].

Las principales alteraciones que le pueden ocurrir a un vaso sanguíneo pueden ser dos: que se obstruya pudiendo determinar una isquemia distal o que se rompa, produciéndose una hemorragia. De aquí surge la clasificación de la ACV en tres tipos [(7)].

1. **Isquémico**

- Aterotrombótica
- Lacunar

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

- Cardio – embólica

2. Hemorrágica

- Intraparenquimatosa
- Subaracnoideas

3. Ataque isquémico transitorio (TIA)

1. Accidente Cerebro Vascular Isquémico

Corresponde a un síndrome clínico producido por el déficit absoluto o relativo de irrigación sanguínea de una o varias áreas del cerebro o del tallo encefálico[8].

Una obstrucción arterial no tiene como consecuencia necesaria una isquemia del territorio encefálico que irriga. El que se produzca una isquemia, su extensión y localización, depende de la interacción de los factores modificadores de la isquemia encefálica como Circulación Colateral, Velocidad de oclusión del vaso Hipertensión Arterial, Oxemia, Glicemia y temperatura, siendo la Hipertensión arterial el principal factor de riesgo modificable de ACV isquémico, estando presente en aproximadamente la mitad de los casos [11].

2. Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico

El concepto de hemorragia cerebral corresponde a un sangramiento de localización profunda y poco delimitado, que infiltra los tejidos y tractos y que, por extensión, alcanza muchas veces los ventrículos y/o espacios subaracnoideos.

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de hemorragia cerebral, presente en un porcentaje que fluctúa entre 72 a 94% de los casos de hemorragia cerebral primaria [9].

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

El ACV hemorrágico tiene el peor pronóstico de todos los ACV, con menos del 40% de los pacientes sobreviviendo el primer año. La mayor parte de los AC hemorrágico son primarios, sin una causa clara, sino más bien una combinación de factores (hipertensión, edad) [(2)] .

3. Ataque Isquémico Transitorio (TIA)

Consiste en signos de déficit focal neurológico, cuyas características sobresalientes son la brevedad de su duración, habitualmente de minutos y siempre inferior a 24 horas, su desaparición sin secuelas y su tendencia a ser repetitivos. Su causa más frecuente son pequeños émbolos blandos formados por agrupación de plaquetas sanguíneas que, desprendidas habitualmente desde una placa arterioesclerótica en las arterias carótidas o basilar, avanzan hasta obstruir una arteria cerebral de menor calibre. Provocan anoxia que, por su brevedad, no alcanza a producir infarto, para luego fragmentarse y dejar nuevamente la arteria permeable. La importancia de su reconocimiento estriba en que el examen del paciente entre los episodios es totalmente normal, desde el punto de vista neurológico, y en que el 40% de los casos de trombosis cerebral han tenido síntomas previos de isquemia cerebral transitoria. Tienen, pues, un significado pronóstico y permiten establecer de forma oportuna un tratamiento preventivo [(6)].

FACTORES DE RIESGO DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

Como se mencionó anteriormente, la causa principal del ACV es la Hipertensión y la Dislipidemia y consecuentemente aquellos factores de riesgo que se han asociado a la misma parecen tener influencia en la presencia de patología vascular cerebral. Según el orden estipulado en las variables a estudiar en la presente investigación, se mencionan a continuación tales factores.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

1. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

a) Personales

- Edad: La presencia de la patología vascular cerebral depende de la edad, dándose especialmente a partir de los 40 años [12]. El riesgo de desarrollar 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 [13].

- Sexo: La patología cerebral vascular predomina en los varones a excepción de los pacientes en edad joven, donde la frecuencia se iguala [12].

- Antecedentes personales previos de ECV: Dentro de las cardiopatías el émbolo cerebral de origen cardiaco es responsable del 20% de los ictus isquémicos (ACV), correspondiendo en la mitad de los casos a pacientes con fibrilación auricular sin valvulopatías asociadas. [13] Entre éstos encontramos los siguientes:

  a) *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 cardiaco, episodios de embolismo previo o son mayores de 75 años. [13]

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

b) *Infarto agudo al miocardio:* El IAM es causante de ictus por embolia o por bajo gasto cardiaco. 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. [13]

c) *Miocardiopatía dilatada:* La miocadiopatía, con la disminución de la fracción de eyección, aumenta de 2 a 3 veces el riesgo de ictus. En general, existe un aumento de un 50% del riesgo por cada descenso en un 10% de la fracción de eyección. [13]

d) *Enfermedad valvular cardiaca:* Es también causa de ictus. La valvulopatía mitral reumática es la que más riesgo de infarto presenta. Del 11% de las estenosis mitrales reumáticas, el 35% se asocia a fibrilación auricular, tiene embolia y sin tratamiento; la recurrencia de la embolia cerebral ocurre en el 30-65% de los casos, especialmente en el primer año [13]

e) *Estenosis Carotídea:* Las placas de ateroma carotideas son, con frecuencia, la causa de los infartos cerebrales, relacionándose con el 15-20% de los ictus 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 ictus con estenosis carotidea asintomática es entre 50-99% y se sitúa entre el 1 y 3,4%[13].

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

f) *Ateroma del arco aórtico:* La ateromatosis del arco aórtico es un FR isquémico, en especial del ictus y en particular en sujetos ancianos. El riesgo de ictus depende de las características de la placa de ateroma; así según el tamaño de la placa es mayor el riesgo de ictus 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 ictus las placas móviles, pediculadas, las ulceradas y las no calcificadas. [13]

g) *Antecedentes de ACV previo:* El ACV recurrente es frecuente, aproximadamente un 25% de las personas que se recuperan del primer episodio tienen otro dentro de 5 años. El riesgo de sufrir una incapacitación severa o muerte por un ACV aumenta con cada ACV recurrente. El riesgo de sufrir otro episodio de ACV es mayor inmediatamente después de sufrir uno de estos episodios, y disminuye con el curso del tiempo. Aproximadamente, un 3% de los pacientes que sufren un ACV tendrá otro ACV dentro de 30 días de sufrir el primero. Una tercera parte de los ACV recurrentes ocurrirá dentro de los primeros 2 años de ocurrir el primer ACV [8].

2. FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

a) Estilos de vida

- Estado Nutricional: La obesidad se define como un IMC > 30 Kg. /mt^2, en menores de 65 años. En cambio, si la persona es adulto mayor se considera obesidad si el IMC es $\geq$ a 32. Existe una asociación progresiva con el ACV en relación con el incremento del IMC. En general, se ha demostrado que las personas con obesidad presentan 2.3 veces más riesgo de presentar isquemia cerebral. No se ha demostrado relación con la hemorragia cerebral. En prevención primaria como en secundaria se

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

debe recomendar la pérdida de peso en todos aquellos pacientes con sobrepeso [13].

- Tabaquismo: Se define como el hábito que presenta el individuo de consumir uno o más cigarrillos en forma habitual. El tabaco es un factor de riesgo principal para la isquemia cerebral, aunque lo es aún más para la hemorragia subaracnoidea. En general, el riesgo de ACV es de un 50% en fumadores. El tabaco actúa provocando un daño directo en el endotelio, haciendo que la placa de ateroma progrese, aumenta la viscosidad sanguínea, el fibrinógeno y la agregación plaquetaria, también disminuye los niveles de lipoproteínas de alto peso molecular (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. En la actualidad se recomienda el abandono del hábito de fumar como medida de prevención primaria y animar a los pacientes con ACV o TIA que han fumado en el último año a que dejen el tabaco. Además se ha demostrado que las terapias sustitutivas del tabaco pueden ayudar en este fin [13].

- Alcohol: el consumo excesivo de alcohol por encima de 60 grs. /día se asocia a un riesgo mayor de ACV, presentando 5.8 veces más riesgo de presentar hemorragia subaracnoidea. No obstante, el consumo moderado, 20 – 30 grs. /día, equivalente a dos vasos de vino al día, se considera un factor protector.

  El efecto deletéreo del alcohol con relación al ACV parece ser debido a varios mecanismos: provocar hipercoagulabilidad, HTA, reducir el flujo cerebral, e inducir fibrilación auricular, entre otros.

  En la actualidad se debe recomendar la disminución de este hábito (a dos o menos bebidas alcohólicas en el varón y uno en la mujer) en los que consumen alcohol. Los pacientes muy bebedores con ACV o TIA deberían también eliminar o reducir el consumo de alcohol [13].

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

b) Sociodemográficos

- Procedencia: Existen evidencias claras de distribución geográfica del ACV dentro de un territorio delimitado. España, que ocupa una posición intermedia en el conjunto de los países desarrollados en cuanto a la mortalidad por ACV, presenta grandes variaciones geográficas, con regiones en el norte con tasas de 70/100.000, entre las más bajas del mundo, y regiones en el sur con tasas de 180/100.000, próximas a las de Portugal, Rusia o países centroeuropeos, que son los de mayor mortalidad, aunque no se conocen bien las razones [14]. En Chile no se encuentran datos estadísticos en la revisión bibliográfica.

- Previsión: el nivel socioeconómico influye directamente en la incidencia de ACV y proporcionalmente relacionada con el poder adquisitivo para la compra de alimentos. En la actualidad, más del 80% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares se producen en los países de ingresos económicos más bajos y medios; en los países más desarrollados, en cambio, la mortalidad por dicha enfermedad está descendiendo debido a la mejora de asistencia sanitaria. Sin embargo, existe una transición epidemiológica nutricional, en la cual se sustituye la dieta tradicional por otra más variada y rica en ácidos grasos e hidratos de carbono. Para valorar el estrato económico en los usuarios que han sufrido ACV es necesario basarse netamente en la previsión de los pacientes hospitalizados, indicador que determina el ingreso económico de las personas [15]. En Chile no se encuentran datos estadísticos en la revisión bibliográfica.

  - Fondo Nacional de Salud (FONASA): Es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

FONASA, como a aquella que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Según el ingreso económico, FONASA distribuye a las personas en cuatro grupos; A, B, C y D. Para efectos de esta investigación se estudiará cómo el Nivel Socio económico influye en la incidencia de ACV, agrupando las letras A y B de FONASA, como el estrato socio económico más bajo, y las letras C y D como el estrato socio económico más alto, de los usuarios que imponen en el Sistema Público de Salud [32] .(ver tabla Nº1)

Tabla Nº1: Clasificación de Fonasa según Ingreso socioeconómico

FONASA A	Personas indigentes y beneficiarias de programas sociales como: 1. Pensión Asistencial de Invalidez (PASIS) 2. Programa de Reparación y Ayuda Integral de Salud y Derechos (PRAIS) 3. Subsidios Familiares y otros.
FONASA B	$ 159.000
FONASA C	$159.001 - $232.140
FONASA D	> $232.140

c) Antecedentes de Salud

- HTA: es el principal factor de riesgo de la patología vascular cerebral. Su simple control ha supuesto la disminución estadísticamente significativa de recidivas en pacientes con accidentes isquémicos reversibles.
  La presencia de ACV se ha relacionado de modo significativo con el nivel tensional, dependiendo de la producción de arteriosclerosis y favoreciendo la rotura previamente debilitadas por la misma de la circulación cerebral.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Dicho riesgo se ha mostrado relacionado, tanto con valores alto de presión sistólica, como los propios de la tensión diastólica [12].

Para la OMS la hipertensión es aquella presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg., aunque estas cifras han cambiado y hoy se cuenta con nuevas subformas de HTA.

La HTA se puede clasificar según su etiología o según su valor. (Ver tabla Nº2).

Atendiendo a su etiología encontramos dos grupos:

- Primaria o esencial (en la cual no se conoce una causa o causas que la producen; este tipo es el más frecuente y representa cerca del 95-98% de todos los hipertensos)
- Secundaria (debida a una causa conocida como toxemias grávidas, feocromocitoma, neuropatías, entre otras) que representa alrededor del 3-5% de los casos. Según su valor actualmente se cuenta con la clasificación admitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI) que tiene también un valor pronóstico.

En general, el tratamiento de la HTA (hipotensores, diuréticos, estilos de vida saludable y actividad física) 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.

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. [13]

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. [13] Para conocer esta relación se hace necesario conocer la clasificación de la Presión Arterial de acuerdo a la

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

magnitud, según la cual los hipertensos se clasifican en tres etapas, que tienen implicancias en el pronóstico y el manejo.

Tabla Nº2: Etapas de la Hipertensión

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	%
Etapa 1	140 – 159	90 – 99	69.8
Etapa 2	160 – 179	100 – 109	22.6
Etapa 3	≥ 180	≥ 110	7.6

En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada el año 2003 a 3.619 personas mayores de 17 años, se encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 33,4%, siendo en la mujer de 30,8% y de 36,7% en el hombre, con una prevalencia en personas sobre 65 años de 74,6% en hombres, y de 81,8% en mujeres. Sólo el 59,8% de los hipertensos conocía su diagnóstico, siendo significativamente mayor el conocimiento en la mujer que en el hombre (74,7% versus 46,8%, respectivamente).

- Dislipidemia: Son criterios para diagnosticar dislipidemia un usuario con Colesterol total ≥ a 200mg/dL o colesterol LDL ≥ a 130mg/dL o colesterol HDL< de 40 mg /dL y triglicéridos (TGC) ≥ a 150 mg/dL. Aunque ha sido un tema controvertido, en los últimos años se han acumulado evidencias que señalan que niveles elevados de colesterol lipoproteínas de bajo peso molecular (LDL) y/o aumento del colesterol total favorece la presentación de determinados ACV, sobretodo los relacionados con lesiones ateromatosas en carótidas extracraneales. Además, se ha comprobado que la disminución LDL con estatinas disminuye la incidencia de ACV en poblaciones de alto riesgo cardiovascular [13].

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

- DM: Según la OMS la diabetes es una enfermedad crónica producida debido a que el páncreas no produce insulina suficiente o porque el organismo no la puede utilizar eficazmente. 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.

  Se ha demostrado que el control estricto de la glicemia en pacientes con ACV reduce las complicaciones microvasculares y posiblemente las macrovaculares de la enfermedad. No obstante, no está claro que el control estricto de las glicemias disminuya el riesgo de ACV [13]

d) Atención previa hospitalización

- Asistencia a controles de PSCV: En Chile existen medidas preventivas creadas por el Ministerio de Salud (MINSAL) para abordar el incremento de enfermedades cardiovasculares, basadas en la prevención y promoción. Dentro de este contexto nació el EMP, que es un plan de tamizaje 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 cardiovascular en 10 años. [10] Además existe el PSCV, para el control y seguimiento de los usuarios portadores de enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de éstos se incorpora también talleres educativos para reforzar el tratamiento. A nivel internacional, en Murcia y Valencia, España, el 9 de mayo de 2003 se presentó un artículo en la II Jornada de Enfermería Neurológica donde se define que el papel fundamental de la atención primaria es evitar que se produzca el primer episodio de accidente cerebro vascular [16].

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

TEORÍA DE ENFERMERÍA

BETTY NEUMAN

Betty Neuman (Ohio EE.UU., 1924) ha sido unas de las grandes teoristas contemporáneas de enfermería en todo el mundo. Finalizó sus estudios básicos de enfermería en 1947 en el actual "General Hospital". Dentro de sus posteriores estudios destaca la Licenciatura de Psicología y Salud Pública (1957), Maestría en Salud Mental (1966), Doctorado en Psicología Clínica (1985). Publicó su modelo por primera vez en 1972 (Neuman & Young), el cual es la base de la apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y que ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera" (El Paradigma de la Transformación). Si aplicamos la Teoría de Sistemas a la persona se puede decir que cada persona es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y del desarrollo. En este paradigma la visión de la salud es que está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.

Actualmente este modelo lo utilizan profesionales y estudiantes de todo el mundo como marco conceptual en trabajos de investigación y tesis de pregrado, ya que por ser holístico, se centra en las singularidades del cliente dentro de su entorno, dirigiéndose hacia la prevención y proporcionando colaboración con otras disciplinas.

MODELO DE SISTEMAS

El modelo de sistemas de Neuman está basado en la Teoría General de Sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos en interacción entre ellos y el entorno. Dentro del modelo, Neuman sintetiza el conocimiento a partir de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas y sus experiencias como enfermera, especialmente en el campo de la salud mental [(17)].

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Otras teorías incluidas en el modelo destacan:

- Teoría de La Gestalt: que describe la homeostasis como un proceso a partir del cual un organismo mantiene un equilibrio, y en consecuencia, la salud cuando las condiciones varían.
- Marx: las propiedades de las partes dependen, en cierta medida, de los conjuntos más grandes en los sistemas dinámicamente organizados.
- Selye: indica que el stress consiste en la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. El estrés aumenta la necesidad de reajuste. Esta demanda no es específica, requiere la adaptación al problema, independiente de la naturaleza del sistema.

Neuman refleja el interés de la enfermería en las personas sanas y enfermas como sistemas holísticos y en las influencias ambientales sobre la salud. El profesional de enfermería esta idealmente capacitado para reconocer elementos estresantes en el cliente, proponer metas en conjunto e identificar intervenciones eficientes, ya sea en el nivel primario y/o secundario [(17)].

El cliente, como sistema, puede definirse como una persona, familia, grupo, comunidad u objeto en estudio [(18)].

Los elementos estresantes son estímulos productores de tensión que se generan dentro de los límites del “sistema usuario”. Pueden ser:

- *Fuerzas intrapersonales* que tienen lugar en el interior del individuo, como el desgaste psicológico o depresión.
- *Fuerzas interpersonales* que tienen lugar entre uno o más individuos, como los conflictos en las relaciones de parejas.
- *Fuerzas extrapersonales* que se dan en el exterior del individuo como: las circunstancias económicas, mala adherencia al tratamiento, familia disfuncional, estilo de vida deficiente, entre otras.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

¿Por qué es útil la Teoría de Sistemas en este proyecto de Tesis?

Neuman cree que el profesional de enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad. Considera que la enfermería es una "profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés". Tomando en cuenta esta teoría, los FR asociados al ACV, serían elementos estresantes productores de la enfermedad y que van a provocar un desequilibrio tanto en sistema-usuario, como en el sistema-familia.

Lo señalado anteriormente, concuerda con el propósito de la investigación en curso. Basándose en el modelo de Neuman se pretende: conocer los factores asociados al ACV en usuarios hospitalizados en Servicio Medicina de HSC.

El cliente no puede ser aislado de su entorno para aplicar una intervención cerrada y centrada en él como un individuo. Como considera la teoría de Neuman, el cliente es un sistema, que a la vez está inmerso en otro sistema que es su familia.

El conocimiento científico indica que el FR que más se asocia al ACV es la presencia de HTA, condición que disminuiría considerablemente con el bajo aporte de sodio (sal) en la alimentación; sin embargo, en un individuo que comparte actividades de la vida diaria como almorzar en familia, sería irrazonable educarle en disminuir el aporte de sal, si su entorno acostumbra el uso desmedido de este mineral. Lo anterior, se puede generalizar a todos los FR asociados al ACV.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

MARCO EMPIRICO

ACV: A nivel nacional destaca el estudio realizado en la Universidad de Chile por Verónica Olea y Col.[30] "Perfil del paciente con ACV egresado del complejo asistencial Barros Luco entre Enero y Junio, 2007" en el que se revela que de los 265 casos registrados en el período de estudio, los infartos se clasifican según diagnóstico clínico de egreso en ACV de origen isquémico con 224 casos (84,53%), ACV de origen hemorrágico con 31 casos (11,70%) y TIA que corresponden a 10 casos (3,77%).

Edad: A nivel Internacional se destaca el estudio efectuado en Cuba, entre enero de 2004 y diciembre de 2005 por José Antonio Veiga Zamora y col. denominado "Enfermedad cerebrovascular, comportamiento de la mortalidad", quien realizó el estudio en la Unidad de Terapia Intensiva "Hospital Miguel Enríquez", cuyo objetivo era describir el comportamiento de la mortalidad por ACV en hipertensos, llevando a cabo una investigación retrospectiva de 65 hipertensos que fallecieron en dicho hospital con diagnóstico de ACV. Los datos se obtuvieron mediante la interrogación del Banco de Datos de Autopsias, a través del Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP)[19]. Los resultados permitieron inferir, que la mitad de los casos evaluados estuvieron comprendidos en el grupo de edad de 75 a 89 años. Este resultado coincide con otros estudios poblacionales los que han mostrado que la incidencia de ACV incrementa con el paso de los años; en personas mayores de 85 años. [19]

Otro estudio a nivel internacional realizado en Cuba entre los años 2001 – 2005, es el del Dr. Marco Albert Cabrera: "Factores de Riesgo y asociación con Enfermedad Cerebrovascular Trombótica", en el que realiza un estudio analítico observacional de casos control pareados 2-1 en el servicio de cuidados progresivos de la Clínica Central Cira García en la ciudad de la Habana, Cuba, para esto se revisaron las historias clínicas de los pacientes con el diagnóstico clínico y/o tomográfico de ECV, en el que se concluye que la edad mas frecuente

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

fue de 65 y más años, correspondiendo a un 43.8 % (48 casos) y en el grupo control es de un 46.9% (60 casos). [20]

En el estudio realizado en Dijon, Francia, el año 2004 por Yannick Béjot y col. cuyo título es "Changes in risk factors and preventive treatments by stroke subtypes over 20 years: A population-based study", arrojó que del total de la muestra de 3617, la edad promedio de inicio del AVE es de 66 años en 1985 a 71.1 años en el 2004 con un (p=0.01) para hombres y de 67.8 años a 75.6 años (p=0.02) para mujeres, concluyendo que existe asociación entre la edad y el ACV. [21]

Sexo: Del estudio realizado en Cuba, entre enero de 2004 y diciembre de 2005 por el Dr. José Veiga Zamora, se obtuvo un ligero predominio del sexo femenino con un 55.4% (36 casos), por lo que presentan una mayor incidencia de ACV. [19].

En la investigación realizada en Cuba entre los años 2001 – 2005, por el del Dr. Albert Cabrera la enfermedad cerebrovascular trombótica es más frecuente en el sexo masculino. [20]

Antecedentes personales previos de ECV: A nivel regional se han desarrollado estudios relacionados con el ACV, destacando el realizado en Chillán, 2009 por Rodrigo Arias y col. "Factores Asociados al Accidente Cerebrovascular en usuarios hospitalizados en el servicio de medicina del HCHMCH año 2008", en el que se señala que el 54% de los usuarios que presentaron ACV tenían antecedentes previos de ECV, 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. [10]

La investigación de tipo prospectivo, efectuada en Barcelona, 2000 por Arboix A, Morcillo C. y colaboradores sobre "Different vascular risk factor predictors in ischemic stroke subtypes: a study from the Sagrat Cor Hospital of Barcelona Stroke Registry", expone que del total (1473 usuarios) de la muestra, un 27 %

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

corresponde a personas con antecedentes de Fibrilación Auricular. Dentro de los factores predictores de un Ictus Aterotrombótico se encuentra antecedentes previos de un AIT (OR = 1,61). En el caso de ictus Cardioembólico, la fibrilación auricular (OR = 22.24) y la Enfermedad Valvular Cardiaca (OR = 10,97) son factores de riesgo en un ACV. [22]

Estado nutricional: Estudio llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina, entre los años 2003 a 2005, efectuado por Juan Rojas y col. cuyo titulo corresponde a "Registro de enfermedad cerebrovascular isquémica", en el cual se analizaron en forma prospectiva los pacientes ingresados con diagnóstico de ACV isquémico al Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires. La muestra total estaba conformada por 379 pacientes de los cuales un 18% presentaba obesidad al presentar el ACV. [23]

Tabaquismo: Se puede apreciar en el estudio realizado en Cuba entre los años 2001 – 2005, por el Dr. Marco Albert Cabrera donde especifica que esta variable es de vital importancia, ya que se concluye que un 73.4% (47 casos) son fumadores, con un chi cuadrado elevado de 18.3, una $p < 0.01$ y un Odds Ratio de 4.04, lo que indica que existen 4 veces más de presentar un ACV de los que no fuman. [20]

Otro estudio realizado en Cuba, durante el año 1993, por Silma Pérez Iglesia, "Enfermedad cerebrovascular, factores de riesgo en un área de salud", en el cual se realizó un estudio de casos-controles pareado 1-1 sobre FR de ACV en el área del Policlínico "Carlos J. Finlay" de Camagüey, durante el año 1992. Según los resultados de esta investigación los que fumaban eran 47,42% y 31,9 % en los grupos caso y control respectivamente, con un OR de 2,1, lo que señala que existen 2 veces más de presentar un ACV de los que no fuman. [24]

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Alcohol: Esta variable puede ser un factor de riesgo o protector al momento de presentar o no un ACV, esto depende del consumo diario que realice la persona. Es así como un estudio de caso y control realizado en el barrio de Manhattan, New York, Estados Unidos, entre 1993 y 1997, por RL Sacco, "Una copita diaria: efecto protector contra el accidente cerebral isquémico", cuya muestra final fue de 677 personas con un primer ACV isquémico. Este estudio arrojó que un consumo máximo de 2 tragos al día, tiene un efecto protector significativo contra los ACV isquémicos, no importando la edad y el sexo. En cambio, se observó un aumento estadísticamente significativo del riesgo de sufrir un ACV isquémico en personas que consumían 7 bebidas o más diariamente (razón de posibilidades, 2,97; IC 95%: 1,05 a 8,29). [25]

En el estudio anteriormente mencionado, realizado en Cuba entre los años 2001 – 2005, por el Dr. Albert, se observa que el alcoholismo se presenta como dato en el 59.4% (38 casos) con un chi cuadrado de 15.7, una $p < 0.01$ y un Odds Ratio de 3.4, en el ACV trombótico, siendo un FR para presentar dicha enfermedad, ya que, hay 3 veces más de presentar ACV que aquellas personas que no consumen alcohol. [20]

Procedencia: No se han encontrado estudios relacionados con esta variable.

Previsión: No se han encontrado estudios relacionados con esta variable.

HTA: En el estudio regional, realizado en Chillán, 2009 por Rodrigo Arias y col. al asociar las variables tipo de ACV con hipertensión, se aprecia que un 84% de los usuarios con ACV tenía diagnóstico de hipertensión previo a presentar el ACV. Al analizar la totalidad de los hipertensos, se puede apreciar que un 83,8% de los usuarios desarrolló un ACV Isquémico y un 16,2% desarrolló un ACV hemorrágico; pero estos últimos, eran 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. [10]

El estudio LIFE, realizado en Madrid, España durante el 2005 por JR Kizer, "Stroke reduction in hypertensive adults with cardiac hypertrophy randomized to

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

losartan versus atenolol" en que procesó a 4605 pacientes que utilizaban losartan y 4588 pacientes en tratamiento con atenolol mostró una reducción del riesgo de ACV fatal y no fatal en un 25% comparado con los que tomaban atenolol, diferencia estadísticamente significativa. [26]

El estudio efectuado en Cuba, entre enero de 2004 y diciembre de 2005, por el Dr. José Veiga Zamora, en el cual se obtuvo como resultado que en los pacientes que sólo presentaban HTA predominaron los eventos hemorrágicos con un 48.6%. [19]

Dislipidemia: En el estudio realizado en Lima, Perú, durante abril y junio de 2000 por Neira Sánchez, en la cual demostró que existe mayor prevalencia de presentar un ACV en los diabéticos con colesterol mayor a 200 mg/dl con un 67%, LDL mayores a 130 mg/dl con un 71% y HDL menores a 40 mg/dl con un 76%.[27]

En el estudio realizado en Dijon, Francia, durante 2004 por Yannick Béjot y col. arrojó que durante los 20 años, el predominio de dislipidemia aumentó con un OR=1.09,con un riesgo de 1 vez más de presentar un ACV que aquellas personas que no tienen dislipidemia. [21]

Diabetes Mellitus (DM): La investigación realizada en Lima, Perú, durante abril a junio de 2000, por Neira Sánchez y col. Un estudio descriptivo y retrospectivo sobre "la ocurrencia de ACV en pacientes diabéticos" en la cual participaron 270 pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia cuyo diagnóstico al alta fue ACV entre los años 1990 a 1996. Con respecto al estudio realizado, se puede observar que la presentación de ACV en los diabéticos hombres es mayor en edades más jóvenes que en mujeres (58.5 años vs. 61.6 años), además de obtener resultados significativos con respecto a la HTA donde se demostró que existe un 53% de accidentes que presentan un diagnóstico previo de HTA. La frecuencia de presentar un ACV en pacientes diabéticos es mayor que en los no diabéticos, con un 27% y un 15% respectivamente. El tipo de ACV mas frecuente es el de tipo isquémico con un 83% en la población diabética. [27]

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

En el estudio anteriormente mencionado, realizado en Dijon, Francia, durante el 2004 por Yannick Béjot y col. se concluyó que durante los 20 años aquellos pacientes con diabetes OR=1.04 y $p < 0.01$, tienen más riesgo de presentar un ACV. [21]

Asistencia a controles de PSCV: No se han encontrado estudios relacionados con este FR.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

1.5 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Conocer los factores asociados al Accidente Cerebrovascular en los usuarios hospitalizados en el Servicio Medicina del Hospital San Carlos.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

1.6 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo General I

1. Conocer los FR propios del usuario asociados al ACV hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

Objetivos Específicos I

No Modificables

a) Personales

- Identificar la relación que existe entre la presencia de ACV y **edad** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

- Conocer la relación que existe entre la presencia de ACV y el **sexo** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

- Determinar la relación que existe entre la presencia de ACV y los **antecedentes personales previos de ECV** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

Modificables

a) Estilos de vida

- Determinar la relación que existe entre la presencia de ACV y **estado nutricional** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

- Identificar la relación que existe entre la presencia de ACV y **tabaquismo** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

- Determinar la relación que existe entre la presencia de ACV y **alcohol** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

b) Sociodemográficos

- Conocer la relación que existe entre la presencia de ACV y la **procedencia** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

- Identificar la relación que existe entre la presencia de ACV y la **previsión** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

c) Antecedentes de Salud

- Identificar la relación que existe entre la presencia de ACV y **HTA** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

- Determinar la relación que existe entre la presencia de ACV y **Dislipidemia** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

- Determinar la relación que existe entre la presencia de ACV y **DM** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

d) Identificar el factor asociado a la **atención de salud previo a la hospitalización.**

- Determinar la relación que existe entre la presencia de ACV y la **asistencia a los controles de PSCV** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

Objetivo General II

1. Conocer la relación existente entre el ACV y dos factores de riesgo en usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

Objetivos Específicos II

- Determinar la relación que existe entre la presencia de **ACV, HTA y edad** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

- Determinar la relación que existe entre la presencia de **ACV, HTA y antecedentes previos de ECV** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

- Determinar la relación que existe entre la presencia de **ACV, HTA y asistencia a controles de PSCV** en los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina de HSC durante el año 2009.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

1.7 LISTADO DE VARIABLES

I. Dependiente

- Accidente Cerebro Vascular

II. Independientes

No Modificables

a) Personales

- Edad
- Sexo
- Antecedentes personales previos de ECV

Modificables

b) Estilos de vida

- Estado Nutricional
- Tabaquismo
- Alcohol

c) Sociodemográficos

- Procedencia
- Previsión

e) Antecedentes de Salud

- Hipertensión Arterial
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus

f) Atención de salud previa hospitalización

- Asistencia a controles de PSCV.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio de tipo analítico, retrospectivo, de corte transversal, no experimental.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

a) Universo

Población total de 142 usuarios que padecieron ACV en servicio de Medicina del HSC desde Enero - Diciembre, 2009.

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 ACV en el Servicio de Medicina del HSC.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Corresponderá al usuario con diagnóstico confirmado de ACV.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para la presente investigación se solicitará autorización, a través de la Directora de la Escuela de Enfermería, Señora María Elena Espinoza Lavoz, para la aplicación del instrumento recolector de información. Se enviará carta al Director del HSC Don Mirko Guzmán Gajardo, con copia a: la Enfermera Supervisora del Hospital, Sra. Soledad Landeros, al jefe administrativo de archivo, Sra. Ester Castillo, y al jefe administrativo de Estadísticas, Don Oscar Zapata. Además, se pedirá autorización para realizar la prueba piloto al Director del Hospital de Mulchén, Don Pedro Martínez Espinoza.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Usuarios de servicio de medicina que estuvieron hospitalizados con ACV confirmado, de ambos sexos, sin diferenciación de edad.

2.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recogerán datos de las fichas clínicas de cada usuario elegido en el período de enero a diciembre 2009, completando un cuestionario confeccionado por los autores de la investigación.

2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR

Para la recolección de los datos se utilizará un cuestionario elaborado por los autores de la investigación, el cual consta de 12 preguntas cerradas, dicotómicas y politómicas abarcando todas las variables a investigar. Se dividen en:

- 3 de Antecedentes personales no modificables
- 3 de estilos de vida del usuario
- 2 sociodemográficos
- 3 de antecedentes de salud
- 1 de atención de salud previa a la hospitalización

En cada cuestionario, se incluirán: el tipo específico de ACV que sufrió el usuario (hemorrágico, isquémico, TIA), y su número de ficha para no repetir la muestra y caer en sesgos. (anexo2)

2.8.- PRUEBA PILOTO

La prueba piloto consistió en la revisión de 10 fichas médicas de usuarios que presentaron ACV en el servicio de medicina del Hospital de Mulchén. Con los resultados de esta prueba se verificó el grado de comprensión del instrumento, confiabilidad de las preguntas, tiempo necesario para su aplicación con el fin de realizar las correcciones pertinentes, como la eliminación de algunas variables por no encontrarlas en las fichas.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.9.- PROCESAMIENTO DE DATOS

La información recolectada se ingresará a un programa estadístico Info Stat 2002 y se realizará análisis multivariado para realizar asociación chi cuadrado con p-value 0.05 significativo.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

III. ANÁLISIS

3.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

La población en estudio está conformado por 118 usuarios con ACV del servicio de medicina del HSC. Los resultados indican que el perfil del usuario tipo se caracteriza de la siguiente forma:

CUADRO Nº1: Categorización general de la muestra, variable dependiente: ACV isquémico, Hemorrágico y TIA.

CATEGORÍA	PORCENTAJE
ACV Isquémico	89,8%
ACV Hemorrágico	3,4%
TIA	6,8%

Fuente: Factores asociados al Accidente Cerebrovascular en usuario hospitalizados en el servicio de Medicina del HSC.

Del total de los usuarios con diagnóstico confirmado de ACV, el 89,8% corresponde a isquémico, el 6,8% a TIA y el 3,4% a hemorrágico.

CUADRO Nº2: Categorización de factores no modificables.

1. Edad	**PORCENTAJE**
De 40 a menos años	1,7%
De 41 a 64 años	25,4%
De 65 a más años	72,9%
2. Sexo	
Masculino	55,1%
Femenino	44,9%

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

3. Antecedentes Personales previos de ECV	
Si	60,2%
No	39%
Sin registro	0,8%
3.1 Tipos de Antecedentes de ECV	
Sin antecedentes	39 %
AC x FA	20,3%
IAM	5,1%
Miocardiopatía Dilatada	20,3%
Enfermedad Vascular	4,2%
Estenosis Carotidea	0,8%
AVE o TIA	30,5%
4. Estado Nutricional	
Bajo peso	6,8%
Normal	43,2%
Sobrepeso	28,8%
Obeso	16,9%
Sin registro	4,2%
5. Tabaquismo	
Si	9,3%
No	85,6%
Sin registro	5,1%
6. Alcohol	
Si	28 %
No	67,8%
Sin registro	4,2%
7. Procedencia	
Urbano	40,7%

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Rural	59,3%
8. Previsión	
Fonasa A y B	89,8%
Fonasa C y D	10,2%
9. HTA	
Si	94,1%
No	5,1%
Sin registro	0,8%
10. Dislipidemia	
Si	39,8%
No	58,5%
Sin registro	1,7%
11. DM	
Si	35,6%
No	63,6%
Sin registro	0,8%
12. Asistencia a controles de PSCV	
Si	68,6%
No	31,4%

Fuente: IDEM

En relación a la tabla anterior se aprecia que el 72,9% de los usuarios con diagnóstico confirmado de ACV era mayor o igual a 65 años; 55,1% correspondió a sexo masculino, 60,2% presentó antecedentes personales previos de ECV, en los cuales se destaca AVEs o TIA antiguo con un 30,5%, un 43,2% presentó estado nutricional normal, un 85,6% no fumaba, mientras que un 67,8% no consumía alcohol, un 59,3% tenía procedencia rural, mientras que un 89,8% pertenecía a Fonasa A y B, un 94,1% presentaba HTA, un 58,5% no tenía diagnóstico confirmado de dislipidemia, un 63,6% no presentaba DM, y finalmente un 68,6% asistía a controles del PSCV, previo al ACV.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

3.2. ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN DEL ACV CON LOS FR.

3.2.1 ANTECEDENTES PERSONALES

Tabla Nº 1: Relación entre tipo de ACV y edad

DIAGNOSTICO	EDAD			TOTAL
	40 a menos años	41 a 64 años	65 a más años	
Isquémico	0,8% (1)	**22,9% (27)**	**66,1% (78)**	89,8%
Hemorrágico	0%	0%	3,4% (4)	3,4%
TIA	0,8%(1)	2,5% (3)	3,4% (4)	6,8%
TOTAL	1,7%	25,4%	72,9%	100% (n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =8,39; g.l.=4; p=0,07 N.S)

Al relacionar la variable tipo de ACV con edad se aprecia que el 89% (22,9% y 66,1%) de los casos corresponde ACV Isquémico en edades de 41 años y más.

Cabe destacar el alto porcentaje (85%) en estos grupos etarios, evidenciado con x2=8,39 y p=0,07 N.S.

Tabla Nº 2: Relación entre tipo de ACV y sexo

Diagnóstico	SEXO		TOTAL
	Masculino	Femenino	
Isquémico	**48,3% (57)**	**41,5% (49)**	89,8%
Hemorrágico	1,7% (2)	1,7% (2)	3,4
TIA	5,1% (6)	1,7% (2)	6,8
TOTAL	55,1	44,9%	100% (n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =1,39; g.l.=2; p=0,4971 N.S)

Al cruzar la variable tipo de ACV con sexo se observa que los usuarios de sexo masculino presentaron mayoritariamente un ACV isquémico con un 48,3% continuando el usuario de sexo femenino con ACV isquémico con un 41,52%. Cabe destacar que el porcentaje entre sexo femenino y masculino se distribuye de

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

forma equitativa, con una asociación estadística débil con x^2 =1,39 y p=0,4971, N.S.

Tabla Nº 3: Relación entre tipo de ACV y antecedentes personales previos a un ECV.

DIAGNOSTICO	ANTECEDENTES DE ECV			TOTAL
	Si	No	Sin Registro (S/R)	
Isquémico	**55,9% (66)**	**33,1%(39)**	0,8% (1)	89,8%
Hemorrágico	1,7% (2)	1,7% (2)	0%	3,4%
TIA	2,5% (3)	4,2% (5)	0%	6,8%
TOTAL	60,2%	39%	0,8%	100% (n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =2,3325; g.l.=4; p=0,6749 N.S)

En la tabla anterior se aprecia que al relacionar la variable tipo de ACV con los antecedentes personales previos de ECV un 55,9% de los usuarios tenía antecedentes personales previos de ECV, mientras que el 33,1% de los usuarios, con igual diagnóstico, no presentó antecedentes de ECV.

No se encontró asociación estadística significativa, con un x^2 =2,3325; p=0,6749 N.S.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

3.2.2 ESTILOS DE VIDA

Tabla Nº 4: Relación entre tipo de ACV y estado nutricional

DIAGNOSTICO	ESTADO NUTRICIONAL					TOTAL
	BP	N	S	O	S/R	
Isquémico	6,8%(8)	**38,3% (45)**	**25,4% (30)**	15,3%(18)	4,2%(5)	89,8%
Hemorrágico	0%	2,5%(3)	0,8%(1)	0%	0%	3,4%
TIA	0%	2,5%(3)	2,5%(3)	1,7%(2)	0%	6,8%
TOTAL	6,8%	43,2%	28,8%	16,9%	4,2%	100% (n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =3,7047; g.l.=8; p=0,8827 N.S)

Al relacionar la variable tipo de ACV con el estado nutricional se aprecia que un 38,3% de los usuarios con ACV isquémico tenía estado nutricional normal, seguido de un 25,4% de usuarios con sobrepeso, con una estrecha diferencia entre ambos porcentajes.

No se encontró asociación estadística significativa, con un x^2 =3,7047, p=0,8827.

Tabla Nº 5: Relación entre tipo de ACV y Tabaquismo

DIAGNOSTICO	Tabaquismo			TOTAL
	Si	No	S/R	
Isquémico	8,5% (10)	**76,3% (90)**	5,1% (6)	89,8%
Hemorrágico	0%	3,4% (4)	0%	3,4%
TIA	0,9% (1)	5,9% (7)	0%	6,8%
TOTAL	9,3%	85,6%	5,1%	100%(n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =1,2465; g.l.=4; p=0,8704 N.S)

Al cruzar la variable tipo de ACV con Tabaquismo se observa que principalmente el 76,3% de los usuarios no fumaba al momento de presentar un ACV de tipo isquémico.

No existe asociación estadística significativa, evidenciado por un x^2=1,2465 y p=0,8704 N.S.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Tabla Nº 6: Relación entre tipo de ACV y Consumo de Alcohol

DIAGNOSTICO	ALCOHOL			TOTAL
	Si	No	S/R	
Isquémico	**24,6% (29)**	**61% (72)**	4,2% (5)	89,8%
Hemorrágico	0,8% (1)	**2,5% (3)**	0%	3,4%
TIA	2,5% (3)	**4,2% (5)**	0%	6,8%
TOTAL	28%	67,8%	4,2%	100% (n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =0,9166; g.l.=4; p=0,9222 N.S)

En la tabla, se aprecia que al relacionar la variable tipo de ACV con consumo de alcohol un 24,6% de los usuarios que presentaron un ACV isquémico consumía alcohol, siendo mayor el porcentaje de usuarios que no bebía alcohol previo al evento en los tres tipos de ACV, con un 61% de los casos en ACV isquémico, 2,5% en Hemorrágico y 4,2% en TIA.

No existe asociación estadística significativa, evidenciado por un x^2= 0,9166 y p=0,9222 N.S.

3.2.3 ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla Nº7: Relación entre tipo de ACV y procedencia

Diagnóstico	PROCEDENCIA		TOTAL
	Urbano	Rural	
Isquémico	**35,6% (42)**	**54,2% (64)**	89,8%
Hemorrágico	1,7% (2)	1,7%(2)	3,4%
TIA	3,4% (4)	3,4%(4)	6,8%
TOTAL	40,7%	59,3%	100%(n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =0,48; g.l.=2; p=0,7872 N.S)

Al relacionar la variable tipo de ACV con la procedencia se aprecia que un 35,6% de los usuarios que sufrieron ACV isquémico tenían procedencia urbana, mientras que la cifra es mayor en los usuarios con ACV isquémico de procedencia rural, en un 54,2%.

No existe asociación estadística, con un x^2 =0,48 y un p=0,7872 N.S

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Tabla Nº 8: Relación entre tipo de ACV y previsión.

DIAGNOSTICO	PREVISION		TOTAL
	FONASA A y B	FONASA C Y D	
Isquémico	**82,2% (97)**	**7,6% (9)**	89,8%
Hemorrágico	1,7% (2)	1,7% (2)	3,4%
TIA	5,9%(7)	0,8% (1)	6,8%
TOTAL	89,8 (106)	10,2% (12)	100(n=118)

Fuente: IDEM (x^2 = 7,3; g.l.= 2; p= 0,02)

Al cruzar el diagnóstico con la previsión, se observa que existe una desviación importante, puesto que los usuarios con ACV isquémico que se encuentran en FONASA A y B (< $159.001) corresponden a un 82,2% del total de la muestra en relación a los usuarios con el mismo diagnóstico que están en FONASA C y D (> $159.000), y que corresponden al 7,2%.

Existe asociación estadística altamente significativa con un x^2 = 7,3 y un p= 0,02.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

3.2.4 ANTECEDENTES DE SALUD

Tabla Nº 9: Relación entre tipo de ACV y etapas de la HTA

DIAGNOSTICO	ETAPAS HTA					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
Isquémico	12,7%(15)	24,6%(29)	20,3%(24)	**28,8%(34)**	3,4%(4)	89,8%
Hemorrágico	0%(0)	0,8%(1)	0,8%(1)	0,8%(1)	0,8%(1)	3,4%
TIA	4,2%(5)	0,8% (1)	0,8% (1)	0,8% (1)	0%	6,8%
TOTAL	16,9%	26,2%	21,9%	30,4%	4,2%	100%(118)

Fuente: IDEM (x^2 =17,3903; g.l.=8; p=0,02)

Módulo de las variables independientes de Tabla Nº 9

I: < 140- <90 mmHg.
II: 140-159/90-99 mmHg.
III: 160-179/100-109 mmHg.
IV: >180->110
V: Sin Registro

Al relacionar la variable tipo de ACV con HTA se pude evidenciar que el 28,8% de los usuarios que presentaron un ACV isquémico tenían una presión arterial mayor a 180/110 mmHg. Con una asociación estadística altamente significativa, evidenciado por un x^2 = 17,3903, p=0,02.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Tabla Nº 10: Relación entre tipo de ACV y dislipidemia

DIAGNOSTICO	DISLIPIDEMIA			TOTAL
	Si	No	S/R	
Isquémico	**39% (46)**	**49,2% (58)**	1,7% (2)	89,8%
Hemorrágico	0%	**3,4%(4)**	0%	3,4%
TIA	0,8% (1)	**5,9% (7)**	0%	6,8%
TOTAL	39,8%	58,5%	1,7%	100%(n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =6,2464; g.l.=4; p=0,1815 N.S)

Al cruzar la variable tipo de ACV con dislipidemia se encontró que el 39% de los usuarios que sufrieron ACV isquémico presentaron diagnóstico de dislipidemia, siendo mayor el porcentaje de los usuarios que no tenían confirmada esta patología, en los tres tipos de ACV, con un 49,2%, en ACV isquémico, 3,4% en Hemorrágico y 5,9% en TIA.

No se encontró asociación estadística, demostrado por un x^2 =6,246, p=0,1815 N.S.

Tabla Nº 11: Relación entre tipo de ACV y DM

DIAGNOSTICO	DM			TOTAL
	Si	No	S/R	
Isquémico	**33,1% (39)**	**55,9% (66)**	0,8% (1)	89,8%
Hemorrágico	0,8% (1)	**2,5% (3)**	0%	3,4%
TIA	1,7% (2)	**5,9% (7)**	0%	6,8%
TOTAL	35,6%	64,3%	0,8%	100%(n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =0,8095; g.l.= 4; p=0,9372 N.S)

En la tabla anterior se observa que al relacionar la variable tipo de ACV con DM el 33,1% de los usuarios que sufrieron ACV isquémico presentaron diagnóstico de DM, siendo mayor el porcentaje de los usuarios que no tenían confirmada esta patología, en los tres tipos de ACV, con un 55,9%, en ACV isquémico, 2,5% en Hemorrágico y 5,9% en TIA.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

No se encontró asociación estadística significativa, con un x^2 =0,8095 y un p=0,9372 N.S.

3.2.5 ANTECEDENTES DE SALUD PREVIA HOSPITALIZACIÓN.

Tabla Nº12: Relación entre tipo de ACV y asistencia a controles de PSCV

DIAGNÓSTICO	Asistencia a controles de PSCV		TOTAL
	Si	No	
Isquémico	**61,9%(73)**	**28% (33)**	89.8%
Hemorrágico	**2,5%(3)**	0,8% (1)	3,4%
TIA	**4,2%(5)**	2,5% (3)	6,8%
TOTAL	68,6%	31,4%	100% (n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =0,2178; g.l.=2; p=0,8968 N.S)

Al relacionar la variable tipo de ACV con la asistencia a controles de PSCV se encontró que el 61,9% de los usuarios que sufrieron ACV isquémico asistían a atenciones programadas de salud, mientras que el 28% no asistía a controles de PSCV. Además, se destaca que los usuarios que presentaron los otros dos diagnósticos de ACV asistían a su atención regular de salud, con un 2,5% en Hemorrágicos y un 4,2% en el caso de los TIA.

No existe asociación estadística significativa, con un x^2 =0,2178 y un p=0,8968 N.S.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

3.3 ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN DEL ACV CON DOS FR.

Tabla Nº13: Relación entre tipo de ACV, HTA y edad

DIAGNOSTICO	Edad - HTA					
	I	II	III	IV	V	TOTAL
Isquémico	0%	**22,8% (27)**	**62,7% (74)**	3,4% (4)	0,8% (1)	89,8%
Hemorrágico	0%	0%	**2,5% (3)**	0,8% (1)	0%	3,3%
TIA	0,8% (1)	2,5% (3)	**3,4% (4)**	0%	0%	6,8%
TOTAL	0,8%	25,3%	68,6%	4,2%	0,8%	100% (n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =20,2; g.l.=8; p=0,009)

Módulo de variables independientes de Tabla Nº 13

I= 40 años o menos sin HTA	**IV=** 65 a más años sin HTA
II= 41 a 64 años con HTA	**V=** sin registro
III= 65 a más años con HTA	

En la tabla Nº 13, se aprecia que al relacionar la variable tipo de ACV con edad y HTA el 85,5% (22,8% y 62,7) de los usuarios con ACV isquémico tenían sobre 41 años sumado a antecedentes de HTA. Además, destacan los usuarios con diagnóstico de ACV hemorrágico y TIA que tuvieron predominio de edad mayor o igual a 65 años sumado a antecedentes de HTA, con un 2,5% y un 3,4%, respectivamente.

Existe una asociación estadística altamente significativa, con un x^2 =20,2 y un p=0,009.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Tabla Nº14: Relación entre tipo de ACV con HTA y antecedentes previos de ECV.

DIAGNOSTICO	HTA – Antecedentes previos de ECV					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
Isquémico	**52,5% (62)**	**33% (39)**	3,4% (4)	0%	0,8% (1)	89,8%
Hemorrágico	**1,7% (2)**	0,8% (1)	0%	0,8% (1)	0%	3,4%
TIA	2,5% (3)	3,4% (4)	0%	0,8% (1)	0%	6,8%
TOTAL	56,7%	37,2%	3,4%	1,6º%	0,8%	100% (118)

Fuente: IDEM (x2 =21,8; g.l=8; p=0,0053)

Módulo de variables independientes de Tabla Nº 14

I= Usuarios con HTA con antecedentes personales previos de ECV. **II=** Usuarios con HTA sin antecedentes personales previos de ECV. **III=** Usuarios sin HTA con antecedentes personales previos de ECV.	**IV=** Sin antecedentes personales previos de ECV. **V=** Sin registro

En esta tabla al cruzar la variable tipo de ACV con HTA y antecedentes previos de ECV se aprecia que el 52,5% de los usuarios con ACV isquémico eran hipertensos y tenían antecedentes previos de ECV, mientras que el 33% de los usuarios con ACV isquémicos e hipertensos no presentaban antecedentes previos de ECV. Cabe destacar que el 1,7 de los ACV hemorrágicos también son hipertensos que tenían antecedentes de ECV.

Existe una asociación estadística significativa, con un x^2 =21,8, y un p=0,0053.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Tabla Nº15: Relación entre tipo de ACV con HTA y asistencia a controles de PSCV.

DIAGNOSTICO	HTA – Asistencia a controles de PSCV					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
Isquémico	**61,8% (73)**	**23,7% (28)**	0%	3,3% (4)	0,8% (1)	89,8%
Hemorrágico	**1,7% (2)**	0,8% (1)	0,8% (1)	0%	0%	3,4%
TIA	**4,2% (5)**	1,7% (2)	0	0,8% (1)	0	6,8%
TOTAL	67,7%	26,2%	0,8%	4,1%	0,8%	100% (n=118)

Fuente: IDEM (x^2 =30,3; g.l.=8; p=0,0002)

Módulo de variables independientes Tabla Nº 15

I= Usuarios con HTA que asisten a control de PSCV **II=** Usuarios con HTA que no asisten a control de PSCV **III=** Usuarios sin HTA que asisten a control de PSCV	**IV=** Usuarios sin HTA que asisten a control de PSCV **V=** Sin registro

Al cruzar la variable tipo de ACV con HTA y la asistencia a los controles de PSCV se aprecia que el 61,8% de los usuarios con ACV isquémico e hipertensos asistían a controles de PSCV, mientras que el 23,7% de los usuarios con ACV isquémicos e hipertensos no asistían periódicamente a controles. Cabe destacar que el 1,7 de los ACV hemorrágicos y el 4,2% de los TIA también son hipertensos con asistencia regular del PSCV.

Existe una asociación estadística altamente significativa, con un x^2 =30,3 y un p=0,0002.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

3.4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- Los resultados obtenidos en relación a la variable dependiente dan cuenta que la mayoría de los ACV estudiados son de tipo isquémico, con un 89,8%, seguido de TIA y ACV hemorrágico, con un 6,8% y 3,4% respectivamente, lo que concuerda con el estudio PISCIS de Pablo Lavados [30], donde los patrones de ACV 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. Otro estudio que avala los resultados obtenidos en la presente investigación es el de Verónica Olea y Col.[30] de la Universidad de Chile, año 2007, en el que se revela que de los 265 casos registrados en el período de estudio, los infartos se clasifican según diagnóstico clínico de egreso en ACV de origen isquémico con 224 casos (84,53%), ACV de origen hemorrágico con 31 casos (11,70%) y TIA que corresponden a 10 casos (3,77%).
- Al analizar la variable edad se obtiene que el 1,7% corresponde a usuarios de 40 años y menos, el 25,4% a usuarios entre 41 y 64 años y el 72,9% corresponde a usuarios mayores o igual a 65 años, resultados que concuerdan con el estudio internacional realizado en Cuba por J. Veiga Zamora y col[19], en donde aproximadamente la mitad de los casos evaluados estuvieron comprendidos en el grupo de edad de adultos mayores. Otro estudio que avala lo anterior corresponde al realizado por Marco Albert Cabrera [20] en el que se menciona que la edad más frecuente fue la de 65 a más años, correspondiente a un 43,8% (48 casos). Por lo anteriormente descrito, se observa que a mayor edad aumenta el riesgo de presentar un ACV de tipo isquémico.
- Respecto a la variable sexo, los resultados obtenidos arrojaron que de los usuarios que presentaron ACV un 55,1% correspondió a sexo masculino y un 44,9% a femenino. Lo anterior coincide con el estudio realizado por el

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Dr. Albert Cabrera[20], en el cual se menciona que el ACV isquémico es más frecuente en el sexo masculino.

- En cuanto a la variable de antecedentes personales previos de ECV se puede ver que la mayoría de los usuarios presentaban antecedentes previos con un 60,2%, destacando AVEs antiguos en un 30,5%, miocardiopatía dilata en un 20,3%, cifra que se repite en el caso de arritmia completa con fibrilación auricular (AC x FA), mientras que los usuarios sin antecedentes correspondieron al 39%, resultados similares a los que se hallan en la investigación de Rodrigo Arias y col.[10], en la cual el 54% de los usuarios que presentaron ACV tenían antecedentes personales previos de ECV. Por lo tanto, se infiere que la incidencia de un ACV se ve altamente aumentada con uno o más antecedentes previos del usuario.
- En relación a la variable estado nutricional, se observó que la mayoría de los usuarios tenían un estado normal en un 43,2% y un 28,8% de los usuarios tenia sobrepeso, y en menor porcentaje se encuentran los obesos con un 16,9%, lo cual se contradice con el estudio de Juan Rojas y col. [23] en donde el 18% de los casos presentaba obesidad al momento de tener un ACV. De acuerdo a la Teoría de Sistemas, se puede relacionar que la familia es un sistema importante para mantener un estado nutricional normal, según los hábitos alimenticios que ésta tenga. Llama la atención que la mayoría de los usuarios tuviera un estado nutricional normal, pero que igualmente hayan presentado un tipo de ACV. Para el quehacer de enfermería es importante el porcentaje de obesos, por mínimo que éste sea, ya que tienen riesgo mayor de presentar un evento cardiovascular, y es ahí donde se debe realizar la prevención de esta enfermedad.
- Al analizar la variable tabaquismo se evidenció que un 85,6% no fumaba al momento de presentar un ACV, lo cual se contradice con la investigación del Dr. Albert Cabrera[20], en donde el 73,4% eran fumadores. Lo obtenido en este estudio se puede reflejar por el hecho que estos usuarios son de grupo etáreo de edad avanzada y el consumo de tabaco se da

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

mayoritariamente en la población adulta joven, sin dejar de lado que una persona que fuma en sus primeros años de edad provoca un daño a futuro, adelgazando las paredes del endotelio. De acuerdo a la Teoría de Enfermería, en la que se basa este estudio, el sistema familia también puede influir, tanto positiva como negativamente en este hábito, dependiendo las costumbres de la familia. En este caso se puede inferir que el sistema del usuario influye positivamente en el no consumo de tabaco.

- En cuanto a la variable consumo de alcohol, se obtuvo que el 67,8% de los usuarios no consumía alcohol al momento de presentar un ACV, resultados que se contrarrestan con lo dicho por el Dr. Albert Cabrera[20], según el cual, el 59,4% consumía alcohol. Se sabe que el consumo de alcohol es más frecuente en los usuarios de menos edad, sin embargo el daño permanece en el tiempo, por lo que en el grupo etáreo de edad avanzada, existirá daño si presentaba el hábito alcohólico en edad adulto joven y cuyas consecuencias podrían provocar hipercoagulabilidad, HTA, reducción del flujo cerebral, fibrilación auricular, entre otros, aumentando así el riesgo de presentar un ACV.
- De acuerdo a la variable procedencia, se encontró que el 40,7% era de procedencia urbana, mientras que un 59,3% tenían procedencia rural. No se encontraron estudios que avalen la relación existente entre ACV y procedencia del usuario.
- En relación a la variable previsión, se obtuvo que la mayoría de los usuarios pertenecen a Fonasa A y B, respaldado con un 89,8%, mientras que el 10,2% corresponde a Fonasa C y D. Para efectos de este estudio la previsión refleja el nivel socioeconómico de la población estudiada, por lo que se concluye que los usuarios con tramo A y B que son indigentes, beneficiarios de programa como PASIS, PRAIS, y que tiene ingresos económicos menor o igual a $159.000 tienen menos acceso a estilos de vida saludables, por lo que a menor estrato socioeconómico aumenta el

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

riesgo de la incidencia de ACV, a diferencia de los usuarios con tramo C y D que ganan sobre $159.000, que tuvieron menos incidencia de ACV. No hay evidencia de estudios que relacionen la variable dependiente con la previsión del usuario.

- En cuanto a la variable HTA, un 94,1% de los casos estudiados tenía antecedentes de HTA, lo que se corrobora con el estudio realizado en Chillán por Rodrigo Arias y col. [10], en el cual se aprecia que un 84% tenía diagnóstico de HTA previo a presentar el ACV.

  De acuerdo a la teoría de Betty Neuman el sistema familia podría influir considerablemente en la disminución o aumento de este mineral, de acuerdo a los hábitos alimenticios que tenga tanto el usuario como su entorno más cercano, por lo que se deduce que el sistema familia no influye positivamente en la disminución de este factor de riesgo, en el caso de esta investigación.
- Al analizar la variable dislipidemia, la mayoría de los usuarios no tenían diagnosticada esta enfermedad, con un 58,5%, lo cual no concuerda con el estudio realizado por Yannick Béjot y col. [21], quien expone que las personas que presentaron dislipidemia tienen una vez más riesgo de presentar un ACV que las que no tienen esta patología.
- En relación a la variable DM, los resultados arrojaron que la mayoría de los usuarios en estudio no presentaron dicha enfermedad, evidenciado con un 63,6%, lo que se contrapone con la investigación realizada en Francia por Yannick Béjot y col. [21], donde se concluye que las personas que tienen DM tienen una vez más riesgo de presentar un ACV que las que no tienen esta patología.
- Respecto a la variable asistencia a los controles de PSCV, se obtuvo que el 68,6% de los usuarios asistían a PSCV previo a presentar el ACV. No existen estudios que avalen la relación entre la variable dependiente y la asistencia a controles de PSCV.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

- En cuanto a la asociación de la variable dependiente con HTA y edad se obtuvo que el 62,7% de los usuarios con ACV isquémico tenían sobre 65 años sumado a antecedentes de HTA, lo cual es de suma importancia para el presente estudio, ya que se infiere que la HTA es el FR más importante en sujetos de edad avanzada para presentar un ACV. Según esto es aplicable la Teoría de Sistemas de Betty Neuman, es decir, el actuar directamente en el sistema familia, fomentando un rol protagónico especialmente en el cuidado de adultos mayores hipertensos. No se encontraron estudios con cruce de tres variables que avalen lo anterior.
- En cuanto a la asociación de la variable dependiente con HTA y antecedentes personales previos de ECV se aprecia que el 52,5% de los usuarios con ACV isquémico eran hipertensos y tenían antecedentes previos de ECV, mientras que el 33% de los usuarios con ACV isquémicos e hipertensos no presentaban antecedentes previos de ECV. El antecedente de ECV más frecuente es un AVE o TIA antiguo, por lo que tanto el usuario, su familia y el equipo de salud multidisciplinario, especialmente el profesional de enfermería debería concentrar los esfuerzos para que las personas que ya presentan un antecedente previo de ECV o alguna cardiopatía asociada, disminuyan el riesgo de presentar otro episodio a futuro.
- En cuanto a la asociación de la variable dependiente con HTA y la asistencia a los controles de PSCV se aprecia que el 61,8% de los usuarios con ACV isquémico e hipertensos asistían a controles de PSCV, mientras que el 23,7% de los usuarios con ACV isquémicos e hipertensos no asistían periódicamente a controles. Esto evidencia que algo está fallando para que estos pacientes hipertensos, con sus controles al día, presenten de todas formas un episodio cerebrovascular. Existen muchas hipótesis para respaldar esto, todas estas deducibles, como: insuficiente redes de apoyo, sistema familiar disfuncional, insatisfacción usuaria en la atención de salud otorgada, alteraciones mentales del usuario, déficit de educación en los

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

controles de salud, etcétera. Cualquiera sea la causa que está interfiriendo en el correcto cuidado de estos usuarios, el profesional de enfermería debe intervenir en los controles de salud enfatizando la importancia del autocuidado y, si es posible, actuando directamente en la familia, así por ejemplo, que en los controles de salud del usuario en lo posible éste sea acompañado de un familiar, ya que, el usuario pertenece a un sistema familiar con costumbres y estilos de vida, que si no se modifican en todos los miembros de la familia, el resultado en salud probablemente no será el más óptimo. Por lo anterior, es muy importante el rol del profesional de enfermería, con el fin de que la resolución sea en el nivel primario de atención sin tener que lamentar haber llegado al nivel secundario o terciario. No se encontraron estudios con cruce de tres variables que avalen lo anterior.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

4.1 Conclusiones

- Del total de la muestra, el ACV más incidente fue el de tipo isquémico con un 89,8% seguido de un 6,8% de TIA y un escaso 3,4% de hemorrágicos.
- En relación a la variable edad el 1,7% corresponde a usuarios con 40 o menos años, el 25,4% entre 41 a 64 años y el 72,9% sobre 65 años. Al asociar edad con la variable dependiente, es posible concluir que existe un 89% de usuarios mayores de 41 años que presentaron un ACV isquémico.
- En cuanto a la variable sexo, un 55,1% corresponde a sexo masculino, mientras que un 44,9% a femenino. Al asociar la variable sexo con ACV se concluye que de los usuarios con ACV la mayoría eran de sexo masculino con un 48,3% y con un 41,5% en femenino, cifras que se dan en forma equitativa para ACV isquémico.
- En relación a los antecedentes personales previos de ECV un 60,2% tenía antecedentes, mientras que un 39% no presentaba antecedentes de ECV. Al asociar esta variable con ACV se concluye que un 55,9% de los ACV isquémicos tenía antecedentes previos de ECV. Por otra parte, los usuarios con ACV isquémico que no presentaron antecedentes previos de ECV correspondieron al 33,1%.
- En cuanto a la variable estado nutricional un 6,8% presentó bajo peso, seguido de un 43,2% con estado nutricional normal, un 28,8% con sobrepeso y un 16,9% con obesidad. Al asociar esta variable con ACV se logra concluir que predominó el estado nutricional normal y sobrepeso en los usuarios que padecieron un ACV isquémico, con un 38,3% y un 25,4%, respectivamente.
- Respecto a la variable tabaquismo, un 9,3% fumaba, mientras que un 85,6% no tenía este hábito. Al asociar esta variable con ACV se concluye

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

que los usuarios con ACV isquémico que no fumaban corresponde al 76,3%, mientras que los que tenían el hábito tabáquico fue de 8,5.

- De acuerdo a la variable consumo de alcohol, un 28% de los usuarios bebía alcohol, mientras que un 67,8% no tenía este hábito. Al asociar esta variable con ACV se evidencia que un 24,6% de los usuarios con ACV isquémico bebía alcohol, contra un 61% que no lo hacía.
- En cuanto a los datos obtenidos para procedencia, un 40,7% tenía procedencia urbana, y un 59,3% rural. Al asociar esta variable con ACV se concluye que la mayoría de los usuarios que presentaron un ACV isquémico provenían del área rural, representado con 54,2%. En el caso de ACV hemorrágico y TIA las cifras se distribuyen equitativamente, tanto para procedencia urbana y rural con un 1,7% para Hemorrágico y un 3,4% para TIA.
- En el caso de la variable previsión un 89,8% corresponde a Fonasa A y B y un 10,2% a Fonasa C y D. Al asociar esta variable con ACV se concluye que la mayoría de los usuarios que tuvieron un ACV isquémico se distribuían en FONASA A y B en un 82,2% y un 7,6% para los usuarios que pertenecían a FONASA C Y D.
- Acerca de la variable HTA un 94,1% presentaba HTA y un 5,1% no tenía antecedentes de esta patología. Al asociar la variable dependiente con etapas de la HTA se concluye que el 28,8% de los usuarios que padecieron un ACV isquémico eran hipertensos con cifras >180 - >110. Además, cabe destacar que la mayoría de los usuarios que presentaron diagnóstico de TIA no presentaban antecedentes de HTA, reflejado con un 4,2%.
- En cuanto a la dislipidemia, un 39,8% presentó diagnóstico de dislipidemia, mientras que un 58,5% no lo presentaba. Al asociar esta variable con ACV se concluye que la mayoría de los usuarios que tuvieron un ACV isquémico no presentó diagnóstico de dislipidemia, reflejado con un 49,2%.
- En relación a la DM, un 35,6% presentaba esta patología, mientras que un 63,6% no la presentaba. Al asociar esta variable con ACV se concluye que

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

la mayoría de los usuarios que tuvieron un ACV isquémico no presentó DM, con un 55,9%.

- De acuerdo a la variable asistencia a los controles de PSCV, un 68,6% asistía a controles de PSCV, mientras que un 31,4% no asistía. Al asociar esta variable con ACV, se concluye que la mayoría de los usuarios que presentaron un ACV isquémico asistían a PSCV, evidenciado con un 61,9%, cifra menor presentada en los usuarios con ACV que no asistían a controles programados de salud, con un 28%.

4.2 SUGERENCIAS

- Que el profesional de Enfermería sea aún más específico en la anamnesis de los usuarios al momento del ingreso hospitalario, en relación a los estilos de vida que estos mantienen, para en un futuro determinar las posibles causas del ACV, y educar oportunamente a la familia y comunidad, como así también facilitar futuras investigaciones.

- Integrar, en futuras investigaciones relacionadas con este tema, el cruce de tres variables, teniendo en cuenta que el sinergismo de dos FR independientes potencia la producción del ACV, demostrando que los usuarios estudiados no presentan FR aislados, sino presentan un cúmulo de factores que determinan esta enfermedad.

- Realizar, en futuras investigaciones, el estudio de los FR asociados al ACV en el nivel de Atención Primaria de Salud, de esta manera encontrar registros más específicos de estilos de vida saludable e incluir variables que pueden ser significativas tales como: la actividad física, el consumo de ACO.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

- Sería interesante que en estudios futuros se indagaran los FR asociados al ACV en el sector Privado de Salud, debido a que todos los usuarios de esta investigación pertenecen al sector público, de esta manera se puede determinar si el nivel socioeconómico se relaciona con la aparición del ACV.

- Se sugiere a los Profesionales de Enfermería de los niveles Secundario y Terciario de Salud, establecer un protocolo de educación a la familia del usuario hospitalizado por un ACV, para que éstos conozcan los FR de un ACV y que, seguramente comparten con el usuario por ser parte de un sistema familia, como es el caso de las variables de estilo saludable.

4.3 LIMITACIONES

- A consecuencia del Terremoto de Febrero de 2010, las fichas médicas almacenadas en el Archivo del SOME quedaron inaccesibles; durante un periodo no determinado se ocuparon hojas de evolución médicas sueltas, las que en el momento de recolección de datos no estaban aún incluidas en las fichas, por lo tanto el universo-muestra se redujo considerablemente.

- Tanto en el ingreso médico como en el de enfermería, los registros de los estilos de vida saludable estaban incompletos, y como consecuencia de ello, hubo que eliminar algunas variables.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

V. BIBLIOGRAFÍA

1. MACKAY, Judith y MENSAH, George. The Atlas of Hearth Disease and Stroke [en línea]. World Health Organization Edition. <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/> [Consulta 17 diciembre 2009]

2. LAVADOS G. Enfermedad Cerebrovascular Hemorrágica. En: NOGALES L., DONOSO S., VERDUGO N. (Eds). Tratado de Neurología Clínica, Santiago, Chile. 2005. pp 251 – 256.

3. GOBIERNO DE CHILE. Guía Clínicas MINSAL N°37 [en línea]. Ministerio de Salud. 2007. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/isquemico.pdf> [Consulta 17 diciembre 2009]

4. SERVICIO DE SALUD ÑUBLE. Principales causas de muertes 2008 [en línea]. Chillán. Servicio de Salud Ñuble. <http://www.serviciodesaludñuble.cl/vista/contenidos/Graf_Defunciones.jpg > [Consulta 17 diciembre 2009]

5. SERVICIO DE SALUD ÑUBLE. Población en control programa de salud cardiovascular. Dirección de estadística SSÑ.

6. PUMARINO, Hugo. Elementos de Patología General. Fisiopatología y Clínica Médica. 3° edición. Editorial Andrés Bello. 1978. Santiago, Chile. 472p.

7. ROPPER, H y H. BROWN Robert. Principios de Neurología de Adams y Víctor. Editorial Mc. Graw Hill. 8ª edición. 2006. México. Capítulo 28- 30.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

8. NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE (NINDS). Accidente Cerebrovascular: “Esperanza en la Investigación" [en línea] < http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente_cerebrovascular.htm> [consulta: 10 septiembre 2009]

9. JIMÉNEZ O., JIMÉNEZ P. Accidentes Cerebrovasculares Hemorrágicos [en línea]<http://www.med.ufro.cl/Recursos/neurologia/doc/c14b.pdf> [consulta: 3 de Octubre de 2009]

10. ARIAS, Rodrigo,”et al”. Factores Asociados al Accidente Cerebrovascular en Usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina del HCHM de Chillán. Licenciatura en Enfermería. Chillán, Chile. Universidad del Bío Bío, 2009. pp. 8-31.

11. BEERS, Mark y col. Trastornos neurológicos. En su: Manual de Merck 11ª ed., Alemania, Editorial Elsevier, 2007. pp. 1968 – 1979.

12. ACARIN T, Nolasc y GUIU Matías, J. Enfermedades vasculares del sistema nervioso central: Diagnóstico y tratamiento. Ediciones Doyma. Barcelona, España. 1989.

13. ROMERO B., AGUILERA J.M., CASTELA A. Enfermedades del Sistema Nervioso. Revista Medicine, 2007: 9ª (72): pp. 4581-4622.

14. RODRÍGUEZ Artalejo, F “et al”. Enfermedad cerebrovascular e hipertensión arterial. En: GALVÉZ Alva, Rafael “et al”. (Eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª Edición. Piedrola Gil Barcelona. 2002. p 790.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

15. CORELLA, D. Y ORDOVÁS, José. Genes, dieta y enfermedades cardiovasculares. Investigación y Ciencia. 374: 74 – 83, 2007.

16. NAVARRO MOYA F.J., "et al". El paciente con ACV: La Perspectiva de Atención Primaria. Enfermería Global. [en línea]. Murcia, España. <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/613/639> [Consulta: 24 septiembre 2009]

17. MARRINER Tomey, Ann y RAILE Allgood, Martha. Modelos y teorías de enfermería. 6° Edición. Madrid. España, Editorial E lsevier mosby. 2007.828p.

18. NEUMAN. B..The Neuman System Model. En: MARRINER Tomey, Ann y RAILE Allgood, Martha. Modelos y teorías de enfermería. 6° Edición. Madrid. España, Editorial Elsevier mosby. 2007.828p.

19. VEIGA Zamora, José A y col. Enfermedad cerebrovascular: Comportamiento de la mortalidad [en línea]. La Habana, Cuba. http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1188/1/Enfermedad-cerebrovascular-Comportamiento-de-la-mortalidad-.html [Consulta: 09 de octubre 2009]

20. ALBERT Cabrera, Marco J. Factores de Riesgo y asociación con Enfermedad Cerebrovascular Trombótica en Clínica Central Cira García años 2001–2005 [en línea] <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/434/1/Factores-de-Riesgo-y-asociacion-con-Enfermedad-Cerebrovascular-Trombotica.html> [Consulta: 9 de octubre de 2009].

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

21. BÉJOT, Yannick “et al”. Risk factors and preventive treatments by stroke subtypes over 20 years: A population-based study [en línea]. Dijon, Francia.<http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T06-4X8BV57-2&_user=1578731&_coverDate=12%2F15%2F2009&_alid=1132032505&_rdoc=15&_fmt=high&_orig=search&_cdi=4854&_sort=r&_st=4&_docanchor=&_ct=40735&_acct=C000053849&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1578731&md5=6959d3b71caa1ffdaa667a027c1a48c7 >[11 de octubre 2009]

22. Revista Panamericana de la Salud. Washington DC. EUA. 14 (4)

23. ROJAS, Juan I. “et al”. Registro de enfermedad cerebrovascular isquémica. [En línea]. Buenos Aires, Argentina. <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802006000600008&lng=es&nrm=iso>. [Consulta: 09 de octubre 2009]

24. PÉREZ Iglesias, Silma, “et al”. Enfermedad cerebrovascular. factores de riesgo en un área de salud. [en línea]. Camagüey, Cuba. Revista Cubana Medicina General Integral< http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v14n2/mgi05298.pdf> [citado 11 de octubre de 2009].

25. Sacco RL, “et al”. Una copita diaria: Efecto protector contra el Accidente cerebral Isquémico. Revista Panamericana de Salud Pública. 5(2) pp. 123-124. Febrero 1999.

26. Kizer JR, Dahlof B et al. Stroke reduction in hypertensive adults with cardiac hypertrophy randomized to losartan versus atenolol. The Life Study. Hipertensión. Madrid, España.45; pp. 46-52. 2005

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

27. NEIRA Sánchez, Elsa R. SECLEN Santisteban, Segundo .Estudio retrospectivo de la ocurrencia de accidente cerebrovascular en pacientes diabéticos 2000. [en línea]< http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/11-2/v11n2ao3.pdf>, [citado 9 de octubre de 2009].

28. MINISTERIO DE SALUD. Vigilancia de enfermedades no transmisibles en la región del Bío Bío. Santiago, Chile. Región del Bío Bío y Servicios de Salud. <http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/TallerVENT2007/11_VENTenSEREMI_VIII.pdf> [consulta: 13 de julio 2010]

29. DR. GONZÁLEZ S, Carlos. Programa de Salud Cardiovascular [en línea] <http://74.125.47.132/search?q=cache:_ZZmQk31VKIJ:www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/progcardiovasc.pdf+programa+salud+cardiovascualr&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl> [consulta: 16 de diciembre 2009]

30. VERÓNICA OLEA “et al”. “Perfil del paciente con ACV egresado del complejo asistencial Barros Luco entre Enero y Junio, 2007” [en línea] <http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/olea_v/sources/olea_v.pdf> [consulta: 15 de abril de 2010]

31. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Principales causas de muertes en Chile por regiones [en línea]. Santiago, Chile, Región del Bío Bío. <http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/pdf/causas_de_muerte_regiones%202003.PDF> [consulta:13 de julio de 2010]

32. FONDO NACIONAL DE SALUD. ¿Qué es FONASA? [en línea]. Santiago, Chile. <http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fona

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

sa.cl/prontus_fonasa/site/edic/base/port/que_es_fonasa.html> [consulta: 13 de julio de 2010]

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile