



“Conocimiento sobre el Accidente Cerebro Vascular en la población de Santa Cruz de La Palma”

Trabajo Fin de Grado

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Grado en Enfermería

SEDE LA PALMA

Autor: María Alejandra Pérez Rodríguez

Tutor: Álvaro Bermejo Hernández.

2017-2018

Resumen:

La enfermedad cerebrovascular, también denominada accidente cerebro vascular o ictus, son todas aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular, modificando de forma transitoria o permanente las funciones de una determinada región del encéfalo. Se trata de una urgencia médica que requiere una intervención inmediata ya que cuanto más tiempo dure la interrupción del flujo sanguíneo, mayor será el daño. El retraso en la llegada a los servicios de urgencia empeora su pronóstico, ya que se pierde la oportunidad de recibir un tratamiento inmediato y así poder sobrevivir a las secuelas. Las principales razones de este retraso son la falta de conocimiento de los síntomas, la negativa a reconocer la enfermedad, y la esperanza de que los síntomas se resuelvan. Además, su etiología es influida por la presencia de determinados factores de riesgo, siendo responsables de una parte muy importante de las enfermedades cerebrovasculares en la población general.

Por todos estos motivos, el conocimiento de la población sobre el accidente cerebro vascular es esencial para su prevención y tratamiento, pues si la población en general conoce sus factores de riesgo, manifestaciones clínicas iniciales y la conducta a seguir en este tipo de urgencia, influirá en la reducción del impacto que produce.

Palabras Claves:

Conocimiento, Población, Enfermedades Cerebrovasculares, Factores de Riesgo, Manifestaciones Clínicas, Actuación.

Abstract:

The cerebrovascular disease, also called cerebrovascular accident or stroke, are all those brain disorders secondary to a vascular disorder, transiently or permanently modifying the functions of a certain region of the brain. It is a medical emergency that requires immediate intervention because the longer the interruption of blood flow lasts, the greater the damage. The delay in the arrival to the emergency services worsens their prognosis, since the opportunity to receive an immediate treatment is lost and thus to be able to survive the sequels. The main reasons for this delay are the lack of knowledge of the symptoms, the refusal to recognize the disease, and the hope that the symptoms will be resolved. Also, its etiology is influenced by the presence of certain risk factors, being responsible for a very important part of cerebrovascular diseases in the general population.

For all these reasons, the knowledge of the population about stroke is essential for its prevention and treatment, because if the population in general knows its risk factors, initial clinical manifestations and the behavior to be followed in this type of emergency, it will influence in reducing the impact it produces.

Key Words:

Knowledge, Population, Vascular brain disease, Risk factors, Clinical manifestations, Performance.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Concepto de las Enfermedades Cerebrovasculares.....	2
1.3 Clasificación.....	2
1.4 Presentación Clínica.....	5
1.5 Factores de Riesgo.....	8
1.6 Situación Actual del Tema.....	12
1.7 Justificación del Trabajo.....	14
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
4. METODOLOGÍA.....	17
4.1 Diseño de Investigación.....	17
4.2 Población y Muestra.....	18
4.3 Variables.....	19
4.4 Instrumento de Medida.....	20
4.5 Método de Recogida de Información.....	21
4.6 Análisis Estadístico.....	21
4.7 Consideraciones éticas.....	21
5. CRONOGRAMA.....	22
6. PRESUPUESTO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	26

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 Introducción:

El sistema nervioso puede dividirse en dos elementos: sistema nervioso central (SNC), constituido por encéfalo y médula, y sistema nervioso periférico. Nos olvidaremos del sistema nervioso periférico para centrarnos en el SNC, y de éste último contemplaremos solo una de sus divisiones, el encéfalo. Éste se divide en tres partes: telencéfalo (hemisferios cerebrales frontal, parietal, temporal y occipital, ganglios basales y sistema límbico), diencefalo (tálamo, subtálamo, hipotálamo-hipófisis y glándula pineal) y troncoencéfalo (mesencéfalo, protuberancia, bulbo raquídeo y cerebelo). (1)

Se considera cerebro a todo el encéfalo, éste se aloja en la cavidad craneal que lo protege, con su cubierta ósea, del medio externo, y está envuelto por unas membranas meníngeas y bañado por líquido cefalorraquídeo. Se trata de un órgano único por el hecho de que las neuronas dependen de un aporte sanguíneo continuo, siendo su metabolismo aerobio. Esto significa que la producción de energía necesita un aporte continuo de oxígeno y glucosa provisto a las neuronas por la sangre arterial, ya que se requiere esta energía para mantener tanto la estructura como la función neuronal. (2, 3)

El encéfalo es irrigado por cuatro grandes arterias, que emergiendo desde la arteria aorta ascienden por el cuello hasta penetrar en el cráneo. Por la porción anterior del cuello ascienden las arterias carótidas comunes, y por la porción posterior ascienden las arterias vertebrales que hacen parte de su recorrido ascendente protegidas dentro de las vértebras cervicales. Las arterias carótidas comunes se dividen en dos ramas, la carótida externa, que nutrirá fundamentalmente estructuras extracraneales (cavidad oral, faringe, músculos cervicales, etc.) y la carótida interna, que penetrando en el cráneo aportará sangre a la mayor parte de la porción anterior del encéfalo. Las arterias vertebrales entran en la cavidad craneal uniéndose y formando un tronco común que conocemos como arteria basilar, que irrigará el cerebelo y el tronco cerebral. Las arterias carótidas internas y la arteria basilar se dividen a su vez en ramas de calibre cada vez más pequeño que, distribuyéndose por toda la superficie cerebral, discurren por el espacio subaracnoideo y penetran en el tejido encefálico asegurando la nutrición del mismo. (3)

Además, es el órgano que mayor cantidad de energía consume, recibe el 20% del gasto cardíaco y consume el 25% de O₂ y glucosa disponibles. Por su falta de sistemas de almacenamiento de sustratos energéticos, el cerebro humano es absolutamente dependiente del aporte continuado de sangre: bastan 10 segundos de interrupción del flujo sanguíneo para que un humano pierda la consciencia; después de 20 segundos cesa la actividad eléctrica, y al cabo de unos pocos minutos se manifiestan déficits neurológicos que pueden persistir durante toda la vida del individuo o incluso ocasionarle la muerte. El cerebro se protege frente a estas situaciones mediante determinados mecanismos anatómicos y funcionales que tienden a preservar el flujo sanguíneo en territorios deficitarios a partir de la irrigación de territorios perfundidos normalmente. Únicamente cuando se saturan estos sistemas de seguridad empieza a desarrollarse el daño cerebral. (4)

1.2 Concepto de las Enfermedades Cerebrovasculares:

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV), también denominada accidente cerebro vascular (ACV) o ictus, son todas aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular. En términos más clínicos, y según los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por Accidente Cerebro Vascular (ACV) “un síndrome clínico de desarrollo rápido, debido a una perturbación focal de la función cerebral con origen vascular y más de 24 horas de duración”. Otra denominación para este cuadro es el término de ictus, que en latín significa golpe, porque su presentación suele ser súbita y violenta. Por lo tanto se denomina ictus o Accidente Cerebro Vascular, al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo. (5, 6)

1.3 Clasificación:

Las enfermedades cerebrovasculares se clasifican en diversos subtipos siguiendo criterios clínicos, topográficos, patogénicos, diagnósticos y pronósticos. En líneas generales, pueden dividirse en dos grandes grupos según su mecanismo de producción: la isquemia cerebral y la hemorragia intracraneal. Los ictus isquémicos representan entre el 80 y el 85% de todos los ictus, mientras que el 15-20% restante obedecen a una hemorragia. (5)

El ictus isquémico es la consecuencia del cese o disminución brusca del aporte de oxígeno a un área del cerebro, ya sea por trombosis in situ, embolismo o hipoperfusión relativa. Una vez que se ocluye un vaso sanguíneo o disminuye de manera crítica el aporte de oxígeno, se desencadena un conjunto de procesos que van a llevar, si no se revierten, a la muerte celular ya sea por necrosis o por apoptosis. (7)

A su vez, dentro de la isquemia cerebral se puede distinguir entre:

- La isquemia cerebral global, tiene su origen en un descenso del flujo sanguíneo de todo el encéfalo. Afecta a los hemisferios cerebrales de forma difusa, con o sin lesión asociada del tronco del encéfalo y/o cerebelo. Además, puede provocar síndromes cerebrales focales de los denominados territorios frontera, déficit cognitivos, un estado vegetativo persistente o la muerte cerebral.
- La isquemia cerebral focal, que afecta a una sola zona del encéfalo, y según la duración del proceso isquémico, se distinguen dos tipos de isquemia:
 - Accidentes Isquémicos Transitorios (AIT) cuyos síntomas neurológicos tienen una duración de menos de 24 horas sin evidencia de lesión en neuroimagen.
 - Infartos cerebrales en los que la alteración del aporte circulatorio produce un déficit neurológico que persiste más de 24 horas, en el que se evidencia lesión en neuroimagen indicando la presencia de necrosis tisular. (8)

Además, en función de la etiopatogenia, el ictus isquémico se clasifica como:

- Infarto Aterotrombótico, infarto generalmente de tamaño medio o grande, provocada por una oclusión o estenosis $\geq 50\%$ en una arteria extracraneal o intracraneal de gran calibre, o bien de estenosis $< 50\%$ cuando hay dos o más factores de riesgo vascular (edad > 50 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo o hipercolesterolemia), en ausencia de otra etiología.
- Infarto Cardioembólico: infarto de tamaño medio o grande, provocada las siguientes cardiopatías embolígenas: presencia de un trombo o un tumor intracardiaco, estenosis mitral reumática, prótesis aórtica o mitral, endocarditis, fibrilación auricular, enfermedad del nodo sinusal, aneurisma ventricular izquierdo o acinesia después de un infarto agudo de miocardio, infarto agudo de miocardio, o presencia de hipocinesia cardíaca global o discinesia.

- Infarto Lacunar, infarto de pequeño tamaño en el territorio de una arteria perforante cerebral, que habitualmente ocasiona un síndrome lacunar (hemiparesia pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo-motor, ataxia-hemiparesia o disartria-mano torpe) en un paciente con antecedente personal de hipertensión arterial u otros factores de riesgo vascular, en ausencia de otra etiología.
- Infarto Cerebral de causa inhabitual, en el que se ha descartado el origen aterotrombótico, cardioembólico o lacunar y se ha identificado una causa menos frecuente. Se suele producir por enfermedades sistémicas (infección, neoplasia, alteraciones metabólicas, de la coagulación...) o por otras enfermedades como: disección arterial, displasia fibromuscular, malformación arteriovenosa, trombosis venosa cerebral, migraña, etc.
- Infarto Cerebral de origen indeterminado, en el que, tras un estudio diagnóstico, se han descartado los subtipos aterotrombótico, cardioembólico, lacunar y de causa inhabitual, o bien se han identificado varias posibles etiologías. (7,8)

Asimismo, el Ictus Hemorrágico se produce por la rotura de un vaso sanguíneo, que da lugar a una hemorragia o derrame cerebral. Dependiendo de si esto sucede en el espesor del parénquima cerebral o en los espacios de fuera del mismo como resultado de la rotura de los grandes vasos de la base del cráneo, se distinguirán: (14)

- Hemorragia Intracerebral: es provocada por la ruptura de un vaso sanguíneo y la extravasación de sangre en el parénquima, lo que conlleva la formación de un hematoma, con una disrupción mecánica y ruptura de los vasos vecinos. Esto va a provocar el crecimiento del hematoma y finalmente va a conducir a la pérdida de función neuronal, siendo la causa más frecuente la hipertensión arterial. Otras causas incluyen la angiopatía amiloide, malformaciones vasculares, fármacos, tóxicos, diátesis hemorrágicas y tumores. Según la topografía, podemos clasificarlas en: lobar, profunda (ganglios basales, capsular o talámica), troncoencefálica y cerebelosa. La presentación clínica depende de la localización y el volumen del sangrado.

- Hemorragia Subaracnoidea, es la extravasación de sangre primaria y directamente al espacio subaracnoideo. La causa más frecuente es la rotura de un aneurisma, y típicamente provoca cefalea brusca e intensa, signos meníngeos y alteración del nivel de conciencia. Se detecta en la TC craneal, aunque en algunos casos es necesario realizar una punción lumbar para demostrar la existencia de sangre a nivel subaracnoideo cuando la TC craneal es normal. (7,8,9)

Los signos y síntomas de una hemorragia cerebral pueden ser indistinguibles a los de un ictus isquémico, aunque en la hemorragia cerebral son más frecuentes la disminución de la conciencia y la cefalea intensa. El diagnóstico definitivo requiere, sin embargo, una prueba de neuroimagen que confirme o descarte la presencia de sangre. (8)

1.4 Presentación Clínica:

Las enfermedades cerebrovasculares pueden presentarse de cuatro formas clínicas distintas:

- Asintomática, hallazgos en pruebas de neuroimagen (estenosis carotidea, infartos silentes, leucoaraiosis).
- Disfunción cerebral focal, en forma de accidente isquémico transitorio o ictus (infarto o hemorragia cerebral).
- Demencia vascular, secundaria a múltiples isquemias cerebrales.
- Encefalopatía hipertensiva, en el contexto de una emergencia hipertensiva con predominante y grave afectación cerebral. (10)

Los efectos de un accidente cerebrovascular pueden ser leves o graves, y pasajeros o permanentes. Algunos pacientes se restablecen rápidamente y otros quedan con secuelas que necesitan rehabilitación. Ante la aparición de un ictus, el tiempo es crucial, tratándose de una urgencia médica que requiere una intervención inmediata ya que cuanto más tiempo dure la interrupción del flujo sanguíneo, mayor será el daño. Por lo que la actuación en el momento en el que empezaron a manifestarse los primeros síntomas, ayudara a comenzar el tratamiento de forma rápida. Las 4 primeras horas son importantísimas para realizar el tratamiento, ya que en las mismas se reducen las secuelas y la mortalidad. (11)

Los síntomas concretos de un accidente cerebrovascular dependen del área cerebral afectada y pueden aparecer diferentes síntomas a la vez, o solamente uno en función de dicha área. Se debe sospechar de esta patología ante la aparición brusca de uno o varios de los siguientes síntomas:

- Pérdida de fuerza, afecta un lado del cuerpo o de la cara, siendo el síntoma más común. Se trata de una disminución repentina de la fuerza motora. La debilidad asociada al ictus puede ser de una sola extremidad (monoparesia), de las dos extremidades de un lado del cuerpo (hemiparesia), o producir parálisis completa en una extremidad (monoplejía) o de ambas extremidades de un lado del cuerpo (hemiplejía). En algunas ocasiones se puede producir debilidad en ambas piernas (paraparesia) o parálisis completa en ambas piernas (paraplejía).
- Pérdida de visión en un ojo o parcial en los dos, la pérdida visual de medio campo visual que afecta a ambos ojos, puede ser completa o parcial.
- Dificultad para hablar, entender o articular lenguaje, produciéndose una alteración del lenguaje espontáneo, en cuanto a fluidez y estructuración gramatical, durante la conversación, o bien alteraciones de la comprensión, nominación o repetición en el habla, pudiendo introducir involuntariamente elementos anormales o parafasias, o trastornos en la lectura y/o escritura. Podemos diferenciar:
 - Disartria: defecto en la articulación del lenguaje que afecta a la inteligibilidad del discurso.
 - Afasia: es la dificultad para procesar el lenguaje, ya sea en la producción y/o en la comprensión del habla. Suele aparecer en las lesiones del hemisferio izquierdo.
- Pérdida de sensibilidad en la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo. Se trata de la parestesia, es la sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento, etc. Normalmente aparece asociada con debilidad en la misma región. Además, puede ocurrir una disminución de la sensibilidad táctil, térmica y/o dolorosa, se denomina hipoestesia, o la ausencia completa de todas las formas de sensibilidad en la zona afectada.

También puede aparecer extinción sensitiva, que es la incapacidad para percibir estímulos simultáneos en ambos lados del cuerpo en ausencia de hipoestesia táctil o dolorosa franca.

- Inestabilidad, desequilibrio e incapacidad para caminar, presenta manifestaciones de irregularidad en el ritmo, la amplitud y la fuerza de los movimientos, que se hacen imprecisos y descoordinados (asinergia). Las dos manifestaciones clínicas fundamentales de las alteraciones del equilibrio son:
 - El vértigo, sensación ilusoria de movimiento del cuerpo o del entorno.
 - La ataxia, descoordinación o pérdida de la precisión del movimiento en ausencia de debilidad muscular.
- Dolor de cabeza de aparición intensa y repentina, no habitual. Se suele asociar a la hemorragia cerebral aunque no es patognomónico. (8)

Asimismo, los factores que determinan la gravedad de los signos y síntomas son: la zona del encéfalo afectada, la extensión de la zona isquémica, la rapidez con la que se logra restablecer el flujo sanguíneo y la capacidad de las zonas intactas del cerebro de suplir las funciones de las zonas lesionadas. (11)

Es necesario, el conocimiento de la clínica de los accidentes cerebrovasculares para poder reconocerla en el momento que se presenta, por lo tanto, las seis señales de alarma que indican que se está produciendo un ictus son las siguientes:

- Pérdida de fuerza en cara, brazo y/o pierna de inicio brusco.
- Trastorno de sensibilidad, adormecimiento cara, brazo y/o pierna.
- Pérdida súbita de visión.
- Confusión repentina o alteración repentina del habla o la comprensión.
- Dolor de cabeza de inicio brusco.
- Sensación de vértigo, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas. (11)

Todas estas manifestaciones clínicas deben tenerse en cuenta y darle la importancia correspondiente ya que una evaluación urgente y tratamiento inmediato, implican una disminución de la recurrencia, mortalidad, discapacidad, estancia hospitalaria y costes derivados del mismo. (4)

¿Qué hacer si comienzan a manifestarse los signos y síntomas del ACV?

- Avisar de inmediato al 112 o acudir directamente al hospital de referencia si la ambulancia se va a retrasar.
- Avisar a un familiar que me acompañe.
- Anotar la hora de inicio de los síntomas.(3)

¿Qué no hacer si comienzan a manifestarse los signos y síntomas del ACV?

- Esperar a que se pasen espontáneamente.
- Tomar medicamentos.
- No avisar a nadie.
- Avisar al médico de cabecera al día siguiente o días posteriores. (3)

1.5 Factores de Riesgo:

Las enfermedades cerebrovasculares además de su elevada frecuencia, son responsables de una alta mortalidad y morbilidad, condicionando en muchos de los supervivientes secuelas invalidantes de por vida. Su etiología es multifactorial, influida notablemente por la presencia de determinados factores de riesgo vascular, adjudicándoles en conjunto algo más de un 90% del riesgo atribuible para la manifestación de los ictus. Por ello, uno de los aspectos esenciales en el abordaje de la patología vascular cerebral y objetivo sanitario de máxima importancia se basa en la prevención, lo que exige la identificación y control de los factores de riesgo. (7, 12)

La carga de enfermedad que un factor de riesgo genera en la población depende de su prevalencia, de la intensidad de la asociación de dicho factor con la enfermedad y de su valor predictivo. Estos factores de riesgo son los responsables de una parte muy importante de las enfermedades cerebrovasculares en la población general. Además, los factores de riesgo se potencian entre sí y se presentan frecuentemente asociados. (5)

Los factores de riesgo se han clasificado como modificables, potencialmente modificables y no modificables. Es importante detectar pacientes con factores modificables ya que, aunque éstos no se puedan tratar, identifica sujetos de alto riesgo en los que la coexistencia de factores modificables exige su control enérgico, y son candidatos a otras terapéuticas preventivas. Por lo tanto, se distinguen dentro de los factores modificables más comunes: (7)

- **Hipertensión Arterial**, la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante tanto para la isquemia como la hemorragia cerebral, encontrándose en casi el 70% de los pacientes con ictus. El riesgo de ictus se incrementa de forma proporcional con la presión arterial, tanto en varones como en mujeres, y en todos los grupos de edad. El riesgo se duplica por cada 7,5 mmHg de incremento en la presión diastólica. El tratamiento de la HTA sistólica y diastólica se asocia con una reducción del 42% en el riesgo de sufrir un ictus.
- **Enfermedades cardiacas**, el 15-20% de los ictus isquémicos son de origen cardioembólico, representando la fibrilación auricular (FA) casi el 50% de todos los casos, siendo una patología frecuente cuya prevalencia aumenta con la edad, y que puede generar coágulos en las cavidades cardiacas, que posteriormente son embolizados a la circulación sistémica. Constituye la causa más frecuente de ictus de origen cardioembólico y se asocia a un aumento de 4 o 5 veces el riesgo de ictus isquémico. La presencia de FA conlleva que el paciente deba seguir un tratamiento preventivo, en forma de antiagregación o de anticoagulación en función de su riesgo. Otras causas son el infarto agudo de miocardio, la miocardiopatía dilatada, los aneurismas del tabique auricular, el foramen oval permeable, la endocarditis bacteriana, tumores cardiacos, endocarditis trombóticas no bacterianas, etc. (12,13)
- **Diabetes**, además de aumentar la susceptibilidad a padecer aterosclerosis, en los hombres con diabetes el riesgo de ictus aumenta entre 2,5 y 4,1 veces y, en las mujeres, entre 3,6 y 5,8 veces. También existe un aumento estadístico de incidencia de ictus en personas con glucemia basal alterada o tolerancia alterada a la glucosa. (13)

- **Dislipemia**, existe una clara relación entre niveles elevados de colesterol plasmático y mortalidad cardiovascular global, pero en cuanto al aumento del ictus la asociación no es tan clara. Respecto al efecto del aumento de triglicéridos se han encontrado datos contradictorios. Sin embargo, estudios de intervención que utilizan fármacos inhibidores de la HMG-CoA reductasa (Estatinas) para reducir los niveles de colesterol sí han demostrado una disminución en la aparición de ictus. El objetivo terapéutico en prevención es conseguir un cLDL < 100 mg/dl. En pacientes con diabetes o recurrencia de eventos cardiovasculares se puede considerar como objetivo cLDL <70-80 mg/dl, tras valorar de forma individualizada los beneficios y riesgos. (13)
- **Tabaquismo**, constituye también un importante factor de riesgo tanto para la isquemia como la hemorragia cerebral. Además, los fumadores tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir un ictus que los no fumadores. El riesgo se incrementa de forma proporcional al número de cigarrillos día y es mayor para las mujeres respecto a los varones. El riesgo para los fumadores de <20 cigarrillos/día es de 3,3 % comparado con los no fumadores, mientras que en los fumadores de > 20 cigarrillos/ día el riesgo es de 5,66%. El tabaco aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno y otros factores de la coagulación, aumenta la agregabilidad plaquetar y el hematocrito, disminuye los niveles de HDL-colesterol, aumenta la presión arterial y lesiona el endotelio, contribuyendo a la progresión de la aterosclerosis.
- **Obesidad**, se ha identificado una relación una asociación entre obesidad y mayor riesgo de ictus, siendo el patrón de obesidad central, caracterizado por los depósitos de grasa abdominales, se asocia más estrechamente con el riesgo de aterosclerosis e ictus.
- **Dieta**, algunos hábitos dietéticos se relacionan con el riesgo de ictus, como el consumo excesivo de sal, que aumenta la presión arterial. Una dieta saludable y equilibrada puede prevenir el ictus, evitando así el consumo de grasas saturadas, y consumir cantidades adecuadas de vegetales y fruta que ayudaran a disminuir los episodios vasculares.
- **Sedentarismo**, Existe una significativa relación inversa entre actividad física y riesgo de ictus (isquémico y hemorrágico), tanto en varones como en mujeres. El ejercicio físico aumenta la sensibilidad a la insulina, reduce la agregación plaquetar, reduce el peso y la presión sanguínea.

La mayoría de las guías para la prevención del ictus recomiendan realizar ejercicio físico de intensidad moderada a diario (caminar a buen paso durante 30 minutos), y evitar la actividad física enérgica que se realiza de forma esporádica.

- **Alcohol y Drogas**, el consumo de alcohol tiene un efecto dosis dependiente sobre el riesgo de ictus hemorrágico y en la isquemia cerebral el alcohol podría tener un efecto protector a dosis bajas medias, a través del incremento de los niveles de HDL-colesterol y la disminución de la agregación plaquetar y los niveles de fibrinógeno. Sin embargo, el alcohol a dosis elevadas aumenta el riesgo de ictus isquémico al provocar hipertensión arterial, alteraciones de la coagulación, arritmias cardíacas y disminución del flujo sanguíneo cerebral. Asimismo en el consumo de drogas es una causa cada vez más frecuente de ictus en adolescentes y adultos jóvenes. La cocaína y sobretodo sus alcaloides se asocian con elevado riesgo de ictus isquémico y hemorrágico. (12)

Por consiguiente los factores de riesgo no modificables o marcadores de riesgo son:

- **Edad**, aunque el ictus puede acontecer incluso en fases fetales, el 95% de ellos se dan a partir de los 45 años, dos tercios de ellos en mayores de 65 años. Es más, la incidencia se duplica cada década a partir de los 55 años.
- **Sexo**, la influencia del sexo va a variar con la edad. En general los hombres van a tener un riesgo de ictus isquémico un 19% mayor que las mujeres. Esto se hace más patente entre los sujetos de mediana y avanzada edad. Tal diferencia, en cambio, desaparece en los individuos muy jóvenes, donde intervienen los riesgos asociados al embarazo, parto y puerperio y el uso de anticonceptivos, así como en los de edad muy avanzada.
- **Raza**, aunque la diferente prevalencia de los distintos factores de riesgo puede justificar en parte las diferencias raciales en la incidencia de ictus, no explica por completo estas variaciones. Así, la incidencia es mayor en sujetos de raza negra, y también en los de raza hispana latinoamericana que en pacientes caucásicos, con diferencias que afectan también a las distintas etiologías. (7)
- **Antecedentes familiares**, este hecho está relacionado bien con la transmisión de una mayor susceptibilidad genética o bien a compartir los mismos factores culturales, sociales y ambientales. (7, 14)

1.6 Situación Actual del Tema:

El conocimiento de las manifestaciones clínicas y terapéuticas de las enfermedades vasculares cerebrales o ictus 100 años antes de aprobarse la trombólisis en 1995, el primer tratamiento útil para el ictus isquémico, es escaso. A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, los ictus eran una enfermedad impredecible y extremadamente grave, pero los escasos documentos existentes al respecto y el poco interés existente en aquellos momentos por dicha patología justifican el hecho de que se conozca muy mal la historia natural de dicha entidad en aquella época. (15)

En este momento, el accidente cerebrovascular es un proceso vascular agudo que constituye un problema individual y de salud pública de primer orden, tanto a nivel mundial como en el ámbito nacional por su elevada frecuencia, y por el impacto que origina tanto en el paciente como en su familia y en la sociedad. (16)

A pesar de esto, el conocimiento del ictus como enfermedad, sus causas y sus posibles consecuencias es escaso. A modo de ejemplo, en el año 2007 en un estudio realizado por Palomeras-Soler et al., solo un 14% de los pacientes estudiados conocía bien la enfermedad y adoptaba las medidas adecuadas cuando esta se presentaba. Sin embargo, hasta un 21% de las personas encuestadas actuaría de modo conservador esperando la resolución espontánea de los síntomas. Por ello, el desconocimiento generalizado de las manifestaciones iniciales del ictus y su potencial gravedad, así como la trascendencia de instaurar un tratamiento precoz desde el primer momento conducen a un retraso en el acceso a los recursos sanitarios y por lo tanto es necesario seguir informando y formando tanto a la población general y continuar investigando en estas áreas con el fin de desterrar definitivamente estas actitudes. (17)

Asimismo, existe un 80% de los casos de ictus, que está relacionado con un determinado estilo de vida y con la presencia de determinados factores de riesgo, por lo que serían susceptibles de prevención mediante la adquisición de hábitos de vida saludables y el control de los principales factores de riesgo modificables. También, se sabe que hasta un 40% de pacientes que ha sufrido un ictus previo presenta un riesgo de padecer otro a los 5 años, habitualmente, con más secuelas y mayor riesgo de mortalidad. (16)

Por ello, las enfermedades cerebrovasculares son una identidad de gran prevalencia con un enorme impacto socio económico, representando según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la segunda causa global de mortalidad a nivel mundial, tras la cardiopatía isquémica, con un total de 5,7 millones de muertes (9,7% de las defunciones totales), aunque su importancia relativa varía en función del sexo, ya que es la primera causa de muerte en las mujeres, mientras que es la tercera en los hombres, tras la cardiopatía isquémica y el cáncer. (10,17)

La tasa cruda de incidencia del primer episodio de ictus es en el grupo de edad de 45 a 84 años que se sitúa entre 100 y 600 casos por 100.000 habitantes/año. Estas tasas difieren en los distintos países de modo significativo, de manera que son relativamente bajas en Francia (238 casos por 100.000) o Alemania (310 casos por 100.000) y altas en Suecia (484 casos por 100.000) o Rusia (627 por 100.000). La tasa de mortalidad anual en países desarrollados oscila entre 7 (Estados Unidos, Canadá) y 25 (Portugal, Checoslovaquia) muertes por ictus por cada 100.000 habitantes/año. (10)

En Canarias, constituye la segunda comunidad autónoma de toda España, por detrás de Madrid, con menor tasa ajustada de muertes cerebrovasculares (25,33 por 100.00 hombres, y 19,66 por 100.000 mujeres), para una tasa nacional de 35,1 en hombres y 27,74 en mujeres por 100.000, según los últimos datos publicados correspondientes al año 2011. (13)

Asimismo, en España, la enfermedad vascular cerebral ha constituido la segunda causa de muerte global y la primera en mujeres y es, además, la segunda causa de demencia tras la enfermedad de Alzheimer. En nuestro país es una de las primeras causas de discapacidad y dependencia permanente en adultos, suponiendo, por todo ello, un gran coste sanitario tanto desde el punto de vista del evento agudo como de sus consecuencias posteriores. Se estima que a los 6 meses del ictus, el 26,1% de los pacientes han fallecido, el 41,5% están independientes y el 32,4% son dependientes, estimándose de forma global que entre los supervivientes del ictus el 44% quedan con una dependencia funcional. (13, 17)

Según datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 811.746 mayores de 65 años presentan una dependencia causada por enfermedades cerebrovasculares, de un total de 1.113.626 personas con dependencia, lo que supone un 73%. De ellos, un tercio tienen dependencia moderada, el 50% dependencia grave, y el 16% dependencia muy grave. Los ancianos dependientes suponen el 17% del total de mayores. (5)

Además, se estima que el gasto sanitario por ictus equivale al 3-4% del gasto sanitario global de países desarrollados. Por consiguiente, en España estiman que el gasto en el primer año de un accidente cerebrovascular oscila entre 5.000 y 9.000 € aproximadamente, achacable principalmente a gastos hospitalarios, mientras que en el segundo y tercer año puede situarse entre los 2.000 y 3.000€ principalmente por gastos en rehabilitación, medicamentos y pruebas complementarias. (13)

Por todos estos motivos, la OMS estableció, en el año 2005, la “Estrategia para la Vigilancia de Accidentes Cerebrovasculares” con el objetivo de incrementar el conocimiento epidemiológico sobre la enfermedad, crear redes internacionales de investigación, promover una mayor concienciación de la población ante este problema de salud y determinar las prioridades de cada país en la prevención y tratamiento de las ECV, en el contexto de planes nacionales integrados. (16)

Por tanto, podemos ir haciéndonos una idea de que aquellas medidas que logren disminuir la incidencia de esta enfermedad o atenuar sus consecuencias, tendrán un importante impacto sobre la calidad de vida de la población, sobre la salud pública y también sobre la economía sanitaria. (13, 17)

1.7 Justificación del Trabajo.

La enfermedad cerebrovascular (ECV), representa el 90% de las enfermedades neurológicas y constituye la tercera causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados; en España, es la tercera causa de mortalidad, primera de discapacidad grave y segunda de demencia. Las tres cuartas partes de los ictus afectan a pacientes mayores de 65 años, y debido a las previsiones de población en las que España será en el 2050 una de las poblaciones más envejecidas del mundo, se prevé un incremento de la incidencia de esta patología en los próximos años. (18, 19, 20)

Esta patología representa una emergencia médica debido a que los mecanismos lesionales que se desencadenan una vez ocurrida la isquemia o la hemorragia cerebral progresan muy rápidamente y es corto el periodo durante el que los tratamientos aplicados pueden tener eficacia. Esto implica que es una patología tiempo-dependiente, de tal forma que por cada 30 minutos de retraso en el tratamiento, disminuye un 10% de las opciones de recuperación funcional del paciente. (14)

Aunque los datos epidemiológicos demuestren que los tiempos de llegada han mejorado, estudios recientes han proporcionado pruebas de que el retraso en la llegada a los servicios de atención médica, continúa afectando a los pacientes con ictus, y muchos de ellos pierden la oportunidad de recibir tratamiento y así sobrevivir a las secuelas. Las principales razones de este retraso son la falta de conocimiento de los síntomas, la negativa a reconocer la enfermedad, y la esperanza de que los síntomas puedan resolverse espontáneamente. (21)

Asimismo, está demostrado que el control de los factores de riesgo y la reducción en el tiempo de llegada al hospital son aspectos esenciales en la prevención y tratamiento del ictus. Así se sabe, hoy día, que hasta un 80% de los casos están relacionados con un determinado estilo de vida y con la presencia de determinados factores de riesgo, por lo que serían susceptibles de prevención mediante la adquisición de hábitos de vida saludables y el control de los principales factores de riesgo modificables. (16,20)

Para conseguir estos objetivos es imprescindible un adecuado conocimiento de lo que significa el ictus, y sobre sus signos y síntomas de presentación. Por ello, se elaboran campañas informativas orientadas a la población general para aumentar su conocimiento sobre los factores de riesgo, facilitar la identificación de los signos y síntomas de alarma y fomentar entre los pacientes el concepto del ictus como urgencia neurológica. (20)

Por lo tanto, será adecuado conocimiento de lo que significa los accidentes cerebrovasculares en los distintos eslabones de la cadena sanitaria, el primero de los cuales lo constituye la población general. De poco sirve que los hospitales dispongan de las más modernas técnicas de diagnóstico y tratamiento, si el paciente llega con retraso al servicio de urgencias. De la misma forma, si no se conoce cuáles son los factores de riesgo del ictus ni la importancia de su control, tampoco se podrá conseguir una adecuada prevención. (20)

El ictus requiere horas en su desarrollo y este tiempo, denominado ventana terapéutica, ofrece la posibilidad de prevenir o minimizar el infarto cerebral. Podemos definir hoy día, que actuar de forma anticipada ha demostrado la mejoría de su pronóstico, si son aplicadas en las primeras horas desde el inicio del cuadro. Por ello, es necesario saber si la población conoce como debe de actuar, y así reducir el impacto que produce el ictus (discapacidad y mortalidad) y proporcionar una intervención precoz, coordinada y de calidad en su primera fase. (16,22)

Finalmente, se ha optado por este tema para realizar el proyecto de investigación, con el fin de determinar el grado de conocimiento de la población en general sobre la terminología, factores de riesgo, identificar sus signos y síntomas, y la actitud en este tipo de urgencias neurológicas que precisan una intervención diagnóstica y terapéutica inmediata. Además, esta información será útil como guía y para la elaboración de campañas informativas pudiendo así difundir mensajes claros, sencillos y de impacto a la comunidad con relación al ictus.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

El accidente cerebro vascular (ACV) es la causa más importante de mortalidad, invalidez o discapacidad a largo plazo y la segunda causa de demencia. Por ello, la prevención de las enfermedades cerebrovasculares es fundamental ya que origina limitación funcional entre las personas que no fallecen, lo que se traduce en una importante fragilidad y empeoramiento del estado vital de la persona, generando un grado variable de dependencia y alteraciones en el entorno familiar y social. Además, es importante el coste social secundario a la pérdida de empleo productivo y a la necesidad de asistencia sanitaria de manera permanente. (5,16)

El conocimiento de la población sobre las enfermedades cerebrovasculares es esencial para su prevención y tratamiento, el desconocimiento generalizado sobre sus factores de riesgo, sus manifestaciones clínicas iniciales y su gravedad, así como la trascendencia de instaurar un tratamiento precoz desde el primer momento, conducen a un retraso en el acceso a los recursos sanitarios. Es por ello que se hace necesario seguir informando y formando a la población general, y continuar investigando en estas áreas con el fin de desterrar definitivamente actitudes erróneas. (17)

Por estos motivos, al no encontrarse en Canarias un estudio que evalué el conocimiento de la población en general sobre el accidente cerebrovascular, surgen las siguientes preguntas en relación con el problema de investigación, en torno al cual gira el este proyecto:

- ¿Conoce la población en general el concepto de accidente cerebro vascular (ACV), identificar sus signos y síntomas, sus factores de riesgo y la conducta a seguir cuando se manifiesta?
- ¿Es necesario un proyecto de intervención educativa en la población general sobre el accidente cerebro vascular (ACV)?

3. OBJETIVOS.

❖ Objetivo General:

- Establecer el grado de conocimiento del accidente cerebro vascular (ACV) (terminología, factores de riesgo, síntomas y actitud) de la población en el área de SC de la Palma entre 18 a 75 años.

❖ Objetivos Específicos:

- Determinar si la población sabe identificar los signos y síntomas del ACV.
- Conocer el grado de conocimiento de la población en cuanto a la conducta a seguir cuando aparecen signos o síntomas ACV.
- Conocer el grado de conocimiento de la población sobre los factores de riesgo que pueden provocar la aparición ACV.
- Indagar si la población ha sido informada o ha obtenido información sobre el accidente cerebro vascular ACV.

4. METODOLOGÍA.

4.1 Diseño de Investigación:

En cuanto al diseño, se realizará una investigación de carácter cualitativo, descriptivo y transversal, a través de un cuestionario (Anexo 1) que será validado antes de realizar el estudio de investigación y de carácter anónimo, para establecer el grado de conocimiento de la población sobre la terminología, signos y síntomas, factores de riesgo y actitud ante un accidente cerebro vascular.

La captación de personas para realizar el estudio se llevará a cabo en la plaza España y en la plaza de la Alameda de Santa Cruz de La Palma, donde se situarán los profesionales, facilitando la información sobre el objetivo del estudio y la realización del cuestionario.

Una vez recogido los datos obtenidos en los cuestionarios, se determinará el grado de conocimiento de la población acerca del accidente cerebro vascular. Por lo tanto, los datos obtenidos se expondrán en revistas científicas o foros científicos, y planteando, en el caso de que fuera necesario, una intervención educativa a la población en general, impartiendo charlas o talleres con la finalidad de mejorar los conocimientos sobre las enfermedades cerebrovasculares.

4.2 Población y Muestra:

La población diana de este proyecto de investigación serán habitantes, entre 18 a 75 años, de Santa Cruz de La Palma.

El tamaño de la muestra se calculará con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. Para ello, utilizaremos la siguiente fórmula para poder calcular el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * (1-p)}{(N-1) * e^2 + Z^2 * p * (1-p)}$$

- Siendo **n** el tamaño de la muestra
- **N**, el número total de habitantes entre 18 a 75 años en Santa Cruz de La Palma, sabiendo que según el Instituto Nacional de Estadística la población en Santa Cruz de La Palma entre 18 a 75 años es de 12.630 habitantes.
- **Z** es el valor del nivel de confianza deseado, usando un valor determinado que viene dado por la forma que tiene la distribución de Gauss que es del 95%. Nivel de confianza del 95%, Z= 1,96.
- **e**, es el margen de error máximo admitido 5%.
- **p**, la proporción de individuos que poseen la característica de estudio. Como no disponemos de estudios anteriores tomaremos que la población se distribuye a partes iguales entre la población que tiene conocimientos sobre el ACV y la población que no tiene conocimientos sobre ello, ya que es la opción más segura. Por lo tanto la p es igual a 0.5.

El tamaño de la muestra requerido para nuestro estudio, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error máximo al 5% será un valor de 373 habitantes.

Por consiguiente, este estudio recogerá una población compuesta por 373 habitantes en el municipio de Santa Cruz de La Palma, comprendidos entre los 18 a 75 años. Asimismo, deberán cumplir los siguientes criterios de selección:

Los criterios de inclusión son:

- Mayor de 18 años y menor de 75 años.
- Capacidades cognitivas conservadas.
- Personas que aceptan participar libremente y de forma voluntaria en estudio de investigación.
- Residir en Santa Cruz de La Palma y que estén empadronados en este municipio.

Los criterios de exclusión son:

- Menor de 18 años y mayor de 75 años.
- Deterioro cognitivo.
- Que presenten alguna dificultad en la comprensión y cumplimiento del cuestionario.
- No residir en Santa Cruz de La Palma y no estar empadronados en este municipio.

4.3 Variables:

Las variables que se utilizarán en el proyecto de investigación son las siguientes:

Variables Independientes:

- Edad (años).
- Sexo (hombre o mujer).
- Nivel de estudios, que se clasificarán en: Sin estudios, Estudios Primarios (Educación Primaria o EGB), Estudios Secundarios (E.S.O o BUP) y Nivel de Estudios Superiores (Bachillerato, Universidad, etc.).

Variables Dependientes:

- Nivel de conocimiento sobre el ACV, se evaluará los conocimientos de la población sobre la terminología, signos y síntomas, factores de riesgo y la actitud del ictus mediante un cuestionario.
- Identificar familiar, amigo o él mismo haber padecido un ACV
- Padecimiento de factores de riesgo que desencadenan al ACV
- Nivel de gravedad que la población considera que supone un ACV
- Fuentes de información de la población sobre el ACV.

4.4 Instrumento de Medida:

Como instrumento de medida utilizaremos un cuestionario de elaboración propia y que será validado por expertos en la materia y en metodología de investigación, antes de realizar el estudio. Dicho cuestionario es autoadministrado y, como norma general, se requiere de unos diez minutos para ser realizado.

El cuestionario consta de 17 preguntas cerradas cuyo objetivo es conocer el grado de conocimiento de la población sobre el ACV, sus signos y síntomas, factores de riesgo y la actitud tras su aparición. Además, de incluir antes de comenzar el cuestionario un apartado donde deberán rellenar datos sobre su edad, sexo y nivel de estudio.

Los 17 ítems se agrupan en:

- Conocimiento sobre la terminología del ACV con 3 preguntas. En la primera pregunta con cuatro opciones de respuesta, y en las otras dos preguntas existirán cuatro opciones de respuesta y una única opción correcta.
- Conocimiento sobre los signos y síntomas del ACV, reflejándose en una pregunta del cuestionario, una lista de siete opciones correctas y seis incorrectas, interpretándose si señalan más de cuatro opciones correctas que sabrían identificar los signos y síntomas del Ictus.
- Conocimiento sobre la conducta a seguir cuando se manifiestan signos y síntomas del ACV, mediante 3 preguntas con cuatro opciones de respuesta y una única opción correcta.
- Conocimiento sobre los factores de riesgo del ACV con 4 preguntas, con respuestas de tres opciones Si, No o No lo sé.
- Identificar si el paciente presenta factores de riesgo que desencadene en un ACV, una pregunta con múltiple opción de respuesta, a elegir las que cree necesarias.
- Identificar en la población si ha padecido algún familiar, amigo o él mismo ACV, mediante dos preguntas con dos respuestas Si o No.

- Identificar si la población ha obtenido información sobre el ACV mediante una respuesta Si/No y si la respuesta es afirmativa deberán señalar en la lista de la siguiente pregunta la fuente donde la han obtenido
- Conocer el grado de gravedad que tiene el ACV para la población, mediante una escala, siendo 1 menor gravedad y hasta 10 la máxima gravedad.

4.5 Método de Recogida de Información:

Una vez validado el cuestionario, se enviará en primer lugar, una carta de autorización (Anexo 2) al Ayuntamiento de Santa Cruz de La Palma para permitir la localización del estudio en la plaza España y en la plaza de la Alameda.

Asimismo, teniendo dicha autorización dos enfermeros con conocimientos sobre los accidentes cerebrovasculares, para así poder aclarar cualquier duda, se dirigirán a las localizaciones del estudio para llevar a cabo el proyecto de investigación mediante un cuestionario de carácter anónimo y voluntario. En los primeros 15 días, se situarán en la plaza España y los otros restantes en la plaza de la Alameda.

Finalmente, elaborados los cuestionarios necesarios para el estudio serán analizados, permitiendo hacer un informe final sobre los datos obtenidos en el estudio.

4.6 Análisis Estadístico:

Una vez elaborados los cuestionarios por parte de los habitantes de Santa Cruz de La Palma, se llevará a cabo un análisis estadístico descriptivo sobre las variables antes mencionadas, utilizando en las variables cuantitativas las medidas estadísticas de tendencia central (Media, Mediana, y Moda) y medidas de dispersión (Intervalo de confianza, varianza y desviación típica). Asimismo, en las variables cualitativas serán descritas mediante la distribución de frecuencias de cada una de las categorías, indicando tanto la frecuencia absoluta como el porcentaje. Los datos de analizarán utilizando el software SPSS 22.0 para Windows.

4.7 Consideraciones éticas:

Teniendo en cuenta la Ley de Protección de Datos se garantizará el anonimato del participante y se respetará la voluntariedad de participar en el estudio.

5. CRONOGRAMA

El periodo de duración del estudio de investigación será aproximadamente de 8 meses, reflejado en la siguiente tabla:

ACTIVIDADES	2018				2019		
	Sep.	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Abr
Validación de Encuesta	X						
Solicitud de Autorización del Ayuntamiento de Santa Cruz de La Palma.		X					
Recogida de Datos			X				
Análisis y tratamiento estadístico de los datos.				X	X		
Resultados y Conclusiones.					X	X	
Distribución de los Resultados.							X

6. PRESUPUESTO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

El presupuesto para el proyecto de investigación se refleja en la siguiente tabla:

Concepto	Precio
Recursos Humanos	
Personal Sanitario (2 Enfermeros)	500 euros por profesional
Experto en estadística	500 euros
Recursos Materiales	
Paquete de 500 folios A4	5 euros
Impresión de cuestionarios	100 euros
Paquetes de Bolígrafo	5 euros
Grapas y grapadora	5 euros
TOTAL: 1.615 euros	

BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Acosta Ramírez, P; Alegría Barrero, E; Antolín Serna, T; et al. *Atención Hospitalaria del Paciente con Ictus*. [Internet] Madrid: Medical & Marketing Communications; 2015 [Consultado de 9 de Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.amn-web.com/wp-content/uploads/2016/12/manual-de-enfermeria-pacientes-con-ictus.pdf>
- (2) Wade, JPH. Aspectos Clínicos del Ictus. *Neurología para fisioterapeutas*. [Libro en Internet] 4ª Edición. Editorial Médica Panamericana; 1989. p. 203. [Consultado de 9 de Marzo 2018]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xHEhB0YtBfgC&oi=fnd&pg=PA203&ots=Z4L8K5-Tnh&sig=O1eQyju5JSyeMnvPyZMqNjoOkPE#v=onepage&q&f=false>
- (3) Castellví, E; Carneado Ruiz, J; Claramonte Clausell, B; et al. *Guía de información al paciente con Ictus*. [Internet] 1ª Edición. Valencia; Generalitat. Conselleria de Sanidad; 2007. [Consultado de 9 de Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.svneurologia.org/libroictusdefinitivo.pdf>
- (4) Castelló Ruiz, María, et al. *Estudio del potencial efecto Neuroprotector de Fitoestrógenos en el ictus isquémico de rata*. [Internet] Universitat de València, 2010. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/52155>
- (5) Matías-Guiu, J, et al. *Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud*. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. [Consultado de 9 de Marzo 2018] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
- (6) Moyano, Á. *El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador*. *Rev Hosp Clín Univ Chile* [Revista en Internet] 2010 [Consultado de 9 de Marzo 2018] vol. 21, p. 348-55. Disponible en: https://www.ull.es/view/institucional/bbtk/Lista_referencias_Vancouver/es
- (7) García Ruiz, Rafael, et al. *Demora prehospitalaria en ictus. Factores relacionados con la atención precoz y repercusión funcional*. [Internet] Murcia: 2018. [Consultado de 13 de Marzo 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/2802>
- (8) San Juan Menéndez, E, et al. *Análisis de la aplicación de los criterios de activación del Código ictus en Cataluña*. [Internet] Girona: 2014. [Consultado de 13 de Marzo 2018]. Disponible en: <https://dugi-doc.udg.edu/handle/10256/10060>
- (9) Vigil González, Y. *Evolución de la atención al ictus en el Hospital Universitario Central de Asturias*. [Internet] Oviedo: 2015. [Consultado de 13 de Marzo 2018]. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/31207/7/Vigil.pdf>
- (10) Varona Arche, J. *Ictus en el paciente adulto joven: etiología y pronóstico a largo plazo*. [Internet] Madrid: 2003. [Consultado de 13 de Marzo 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Varona2/publication/39159019_Ictus_en_el_paciente_adulto_joven_etiologia_y_pronostico_a_largo_plazo/links/0c960515e6d3e4d55a000000.pdf

- (11) Extremera, PC; Ruiz, AC. Enfermería y la detección precoz de síntomas depresivos en el envejecimiento. *Salud, alimentación y sexualidad en el envejecimiento* [Libro en Internet] Volumen I. ASUNIVEP. p. 36431. [Consultado de 22 de Marzo 2018]. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/sexualidadenvejecimiento.pdf#page=364>
- (12) Martínez-Vila, E; Irimia, P. Factores de riesgo del ictus. *En Anales del sistema sanitario de Navarra*. [Internet] Volumen 23. ANALES Sis San Navarra: 2000. p. 25-31 [Consultado de 22 de Marzo 2018]. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/6726/5335>
- (13) Dirección General de Programas Asistenciales. *Guía de atención al Ictus*. [Internet] Canarias. [Consultado de 26 de Marzo 2018]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e0db5d49-42f9-11e4-8972-271aa1fcf7bb/Guia_ICTUS.pdf
- (14) Ugarte Castro, E. "El código ictus". *Importancia de la rápida y correcta asistencia y cuidados en los pacientes con ictus*. . [Internet] Rioja: 2014. [Consultado de 26 de Marzo 2018]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001074.pdf
- (15) Arboix, A.; Fábregas, M. G.; Martí-Vilalta, J. L. *Los ictus a finales del siglo XIX y principios del siglo XX: una aproximación clínica y terapéutica*. . [Internet] Barcelona: 2013. [Consultado de 3 de Abril 2018]. Disponible en: http://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV1N120136_11ES.pdf
- (16) Jiménez Hernández, M^a, et al. *Plan Andaluz de Atención al Ictus 2011-2014*. . [Internet] Consejería de Salud, 2011. [Consultado de 3 de Abril 2018]. Disponible en: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/203>
- (17) Casado Menéndez, Ignacio, et al. *Beneficios de la atención en unidades de ictus: Análisis por subgrupos de pacientes*. [Internet] 2013. [Consultado de 3 de Abril 2018]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4112/1/TESIS417-131216.pdf>
- (18) Ruíz-Giménez, N; González Ruano, P; Suárez, C. *Abordaje del accidente cerebrovascular*. Inf Ter Sist Nac Salud [Revista en Internet] Madrid; 2002 [Consultado de 10 de Abril 2018] 26 (4). Disponible en: https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200204_1.pdf
- (19) Bardají Fandos, T. *Revisión actualizada sobre enfermedad cerebrovascular: estudio de un caso*. Nursing [Revista en Internet] 2007 [Consultado de 10 de Abril 2018] 21 (3), p. 45-57, 2003. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/43345>
- (20) GÁLLEGO, J., et al. *El ictus en el siglo XXI: Tratamiento de urgencia*. *En Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. [Internet] Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2008. p. 15-29. 2003 [Consultado de 10 de Abril 2018]. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/1981>

(21) Ramírez Moreno, JM. *Factores pronósticos asociados al conocimiento y percepción de gravedad de la enfermedad cerebrovascular en la población general de Extremadura*. [Internet] Extremadura. Departamento de Ciencias Biomédicas, 2015 [Consultado de 10 de Abril 2018]. Disponible en: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3193/TDUEX_2015_Ramirez_Moreno.pdf?sequence=1

(22) Código Ictus Castilla–La Mancha. *Estrategia de reperusión en el Ictus 2015*. [Internet] Consejería Sanidad y Asuntos Sociales. 2015. [Consultado de 10 de Abril 2018]. Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150626/codigo_ictus_clm_2015_docfinal_100615.pdf

ANEXOS.

Anexo 1: Cuestionario

Conocimiento sobre el Accidente Cerebro Vascular en la población.

Este cuestionario nos ayudará a conocer si la población en general requiere formación frente al accidente cerebro vascular (ACV) ya sea mediante: Charlas, Radio o programas de televisión.

¿Qué tendré que hacer en el cuestionario?

Rellenar el cuestionario con 17 preguntas, que aparece en la siguiente página, marcando con una X las respuestas que considere. Como norma general el rellenar la encuesta no le supondrá más de diez minutos.

¿Qué criterios debo cumplir para poder participar en la elaboración del cuestionario?

- Tener entre 18 a 75 años.
- Residir y estar empadronado en Santa Cruz de La Palma.

¿Es confidencial la información?

Este cuestionario es de carácter anónimo, es decir, no se le preguntará datos personales. Se garantiza la protección de sus datos en consonancia con lo dictado en la Ley Orgánica 15/1599 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99.

¿Qué beneficios obtendré por realizar el cuestionario?

La información que se obtenga en este cuestionario nos ayudará a realizar un estudio de investigación, que consiste en conocer los conocimientos sobre los factores de riesgo, manifestaciones clínicas y manejo del ACV en la población general de Santa Cruz de La Palma entre 18 a 75 años, siendo esta información útil para la elaboración de campañas informativas a la comunidad en relación al ACV.

Una vez leído la información que aparece anteriormente, puede comenzar a realizar el cuestionario.

Cuestionario: Conocimiento sobre el Accidente Cerebro Vascular en la población.

Edad: _____

Sexo: Masculino / Femenino

Señale con una X su nivel de estudios:

Sin estudios.	
Estudios primarios. (Educación Primaria o EGB).	
Estudios secundarios. (E.S.O o BUP)	
Estudios superiores. (Ballicherato, Universidad)	

1) ¿Qué sabe usted sobre los **accidentes cerebros vasculares (AVC)**?

- Muy poco.
- Poco.
- Tengo una idea clara.
- Sabría dar una explicación.

2) Señale con una X la respuesta correcta:

- Se define ACV al trastorno brusco del flujo sanguíneo del corazón y cerebro que altera de forma transitoria o permanente a todo el organismo.
- Se define ACV al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro.
- Se define ACV al trastorno cerebral que es provocado por un “golpe” que altera de forma transitoria o permanente la función del cerebro.
- Se define ACV al trastorno brusco del flujo sanguíneo del corazón que altera de forma transitoria o permanente la función del corazón.

3) ¿Cuál es el órgano que se ve afectado tras un ACV?

- Cerebro y Corazón.
- Corazón.
- Pulmones.
- Cerebro.

4) Identifique con una X en la siguiente lista los signos y síntomas del ACV:

Pérdida de fuerza en cara, brazo y/o pierna de inicio brusco.	
Dolor en el pecho.	
Fiebre.	
Adormecimiento cara, brazo y/o pierna.	
Dolor Abdominal.	
Pérdida de Visión.	
Alteración repentina del habla o la comprensión.	
Palpitaciones.	
Dolor de Cabeza.	
Dificultad para respirar.	
Sensación de vértigo o de inestabilidad.	
Pérdida de sensibilidad.	
Diarrea	

5) ¿Qué haría si manifiesta alguno de los signos y síntomas del ACV durante unos minutos y desaparecieran posteriormente?

- Acudiría a mi médico de cabecera al día siguiente o en los días posteriores.
- Acudiría al servicio de Urgencias de un Hospital.
- Esperaría a que se volvieran a repetir los signos y síntomas.
- No sabría qué hacer.

6) ¿Y sí, esos signos y síntomas del ACV no desaparecieran?

- Acudiría a su médico de cabecera al día siguiente.
- Acudiría al servicio de Urgencia de un Hospital.
- Esperaría a que desaparecieran los signos y síntomas, y en el caso de que no lo hicieran acudiría al servicio de Urgencias de un Hospital.
- No sabría qué hacer.

7) ¿Qué actitud tomaría si algún familiar manifiesta los signos y síntomas del ACV?

- Le recomendaría que fuera a su médico de cabecera al día siguiente.
- Llamaría al 112 o lo acompañaría al servicio de urgencias de un Hospital.
- Esperaría a que desaparecieran los signos y síntomas, y en el caso de que no lo hagan acudiría al servicio de Urgencias de un Hospital.
- No sabría qué hacer.

- 8) ¿Cree usted que los accidentes cerebrovascular (ACV) son prevenibles?
- Sí.
- No.
- No lo sé.
- 9) ¿Cree usted que existe alguna relación entre la hipertensión arterial y el desarrollo del ACV?
- Sí.
- No.
- No lo sé.
- 10) ¿Cree usted que existe alguna relación entre las enfermedades cardíacas y el desarrollo del ACV?
- Sí.
- No.
- No lo sé.
- 11) ¿Cree usted que existe alguna relación entre los malos hábitos de vida (sedentarismo, fumar, beber alcohol, consumir drogas o la mala alimentación) y el desarrollo del ACV?
- Sí.
- No.
- No lo sé.
- 12) ¿Ha padecido usted ACV?
- Sí.
- No.
- 13) ¿Ha conocido entre sus familiares y/o amigos alguien que haya padecido ACV?
- Sí.
- No.

14) ¿Ha recibido información sobre el concepto de accidente cerebrovascular (ACV), sus signos y síntomas, factores de riesgo y la actitud que hay que tomar?

Sí.

No.

15) En el caso de que sea afirmativo, señale con una X las fuentes de información sobre el ACV:

Televisión	
Prensa	
Revistas/Libros/ Folletos	
Charlas informativas o Talleres	
Su médico de cabecera o enfermero	

16) Señale con una X, si presenta alguna de las siguientes enfermedades:

Hipertensión Arterial	
Diabetes	
Colesterol	
Enfermedades Cardiacas	
Obesidad	
Antecedentes Familiares de ACV.	

17) En una escala del 1 al 10, ¿qué gravedad considera que tiene el ACV? Siendo el 1 menor gravedad y el 10 la máxima gravedad.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

¡Muchas gracias por participar!

Anexo 2: Carta de solicitud de permiso al Ayuntamiento.

AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, María Alejandra Pérez Rodríguez, me dirijo a usted con la intención de infórmale acerca del trabajo de investigación “Conocimiento sobre el Accidente Cerebro Vascular en la población general de Santa Cruz de La Palma”, que voy a llevar a cabo bajo la supervisión de Álvaro Bermejo Hernández, profesor asociado Universidad de La Laguna en el Grado en Enfermería Sede La Palma. Este estudio determinará el grado de conocimiento que tiene la población general de Santa Cruz de La Palma entre 18 a 75 años, mediante un cuestionario, sobre las manifestaciones clínicas, factores de riesgo y conducta a seguir ante un accidente cerebro vascular (ACV), ya que es esencial para su prevención y tratamiento, pues si la población en general tiene conocimientos adecuados, influirá en la reducción del impacto que produce esta enfermedad.

El estudio se pretende llevar a cabo durante el mes de Noviembre de 2018, siendo en los primeros 15 días en la Plaza España enfrente del Ayuntamiento de Santa Cruz de La Palma y los otros restantes en la plaza de la Alameda, por este motivo solicitamos su autorización para llevar a cabo la recogida de datos en estas localizaciones. Además, si es posible, concedernos mesas, sillas y una carpa para favorecer la realización del estudio.

Para una información más detallada puede contactar conmigo en el correo electrónico: alejandrapererez9@hotmail.com. Sin otro particular y no sin antes darle las gracias por su tiempo, me despido y quedando a la espera de su respuesta.

Reciba un cordial saludo,

María Alejandra Pérez Rodríguez

Universidad de La Laguna.