

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS
DEL ACV EN EL HOSPITAL CARRIÓN-HUANCAYO
2017-2018

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR : Chipana Núñez Italo Celino
ASESOR : Dr. Miguel Mercado Rey
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
INSTITUCIONAL : Salud y Gestión de la Salud
FECHA DE INICIO Y CULMINACIÓN
DE DA INVESTIGACIÓN : marzo de 2020 - febrero de 2021

Huancayo-Perú
2021

DEDICATORIA

A Dios y a mis padres, por el apoyo incondicional que me brindaron, el cual me permitió llegar a esta etapa tan importante de mi formación profesional y personal. A los docentes de la Universidad Peruana Los Andes, quienes compartieron sus conocimientos y experiencias para contribuir en mi formación académico profesional.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por protegerme en el camino y darme la fuerza para superar obstáculos, dificultades en la vida y en mi formación profesional. A la Universidad Peruana Los Andes, mi alma mater de mi formación profesional en la Carrera de Medicina Humana. Agradezco a los docentes que aportaron en las diferentes etapas de la realización de mi tesis.

PRESENTACIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de muerte y discapacidad en el Perú y en todo el mundo. De estos, se informó en el 2018 que la tasa de mortalidad para los pacientes con el primer evento de Accidente Cerebrovascular, con mortalidad de 11,1%, y durante el primer mes de seguimiento fue de 8,5%. De estos, el 63% de los casos isquémicos y el 80% de los casos hemorrágicos ocurren en países de ingresos bajos y medianos. (1)

En Perú, se estima que el 15% de todas las muertes prematuras son causadas por la ACV teniendo una mortalidad de 143 muertes por 100000 habitantes. (2) Los daños causados por esta afección no solo se miden en términos de mortalidad, sino que pueden tener un impacto significativo en las poblaciones, los centros de salud y la discapacidad después de un evento de ACV (1)

La problemática nacional en todo el sector médico, y atención de salud es muy compleja. En la fase aguda, es difícil de diagnosticar y tratar, siendo todo un desafío. La terapia trombolítico endovenoso (Rt-PA), reperusión en etapa aguda, y trombectomía mecánica, reduce los síntomas del incidente y mejoran el pronóstico

a corto y largo plazo. No obstante, estos tratamientos necesitan del diagnóstico precoz y su atención correspondiente, debido a que el tratamiento precoz durante las tres primeras horas, proporciona mejores beneficios. (3-4)

En nuestro país, el tratamiento de los pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular se retrasa debido a la falta de entendimiento de dicha patología, la atención de los pacientes con diagnóstico de ACV es retrasada, no solo por falta de conocimiento sobre dicha patología, sino por circunstancias únicas del sistema de atención en salud. (1)

La prevención primaria del ACV es primordial y esencial dentro de países con ingresos medianos a bajos, como el nuestro, considerando que hasta en el 91% casos isquémicos y 87% de los casos hemorrágicos suceden en personas con factores de riesgo modificables. (5) Sin embargo, el tratamiento en la fase aguda, la prevención secundaria y la posterior rehabilitación de los accidentes cerebrovasculares, son fases de la atención médica, muy limitada en el mayor porcentaje de Unidades prestadoras de servicios en salud (1)

CONTENIDO

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
PRESENTACION.....	iv
Contenido.....	vii
Resumen.....	9
Abstract.....	11
CAPÍTULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
Descripción de la realidad problemática.....	13
Delimitación del problema.....	15
Formulación del problema.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	18
Justificación Social	18
Justificación Teórica:	18
Justificación Metodológica.....	19
OBJETIVOS	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos	20
CAPITULO II.....	21
MARCO TEORICO.....	21
Antecedentes.....	21

	Pág.
Base teórica.....	24
Marco conceptual.....	27
CAPITULO III.....	28
HIPOTESIS.....	29
Hipótesis general.....	29
Variables	29
CAPITULO IV.....	31
METODOLOGIA.....	31
Método de investigación.....	31
Tipo de investigación.....	31
Nivel de la investigación.....	32
Diseño de la investigación.....	32
Población y muestra.....	33
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	34
Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	35
Aspectos éticos de la investigación.....	35
CAPITULO V	36
RESULTADOS.....	36
Descripción de Resultados.....	36
Contrastación de Hipótesis.....	41
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	42
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	48

	Pág.
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
ANEXOS.....	54
Matriz de operacionalización de variables.....	54
Presupuesto de Plan.....	55
Cronograma de Actividades.....	56
Ficha de recolección de datos.....	57

RESUMEN

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las afecciones de mayor importancia de muerte y discapacidad en nuestro País y todo el mundo. Por lo cual el diagnóstico, así como el tratamiento precoz dentro de las 3 primeras horas es un desafío. **Objetivos:** El objetivo de este estudio fue determinar las características clínico-epidemiológico con ACV del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo en el periodo 2017-2018 **Materiales y Métodos:** Se efectuó un estudio descriptivo retrospectivo de tipo de registros médicos, se usaron Historias Clínicas correspondientes de los pacientes del servicio de Emergencia diagnosticados con Accidente Cerebrovascular en el periodo 2017-2018. **Resultados:** El ACV isquémico fue más frecuente que el hemorrágico, presentados más en varones que en mujeres, el antecedente de mayor importancia y frecuencia es la hipertensión arterial. En los informes de TEM S/C ACV la zona de lesión fue ACM 55/110(50%), ACP 31/110(28.2%), ACA

24/110(21.8%). **Conclusiones:** Es más frecuente la presentación del ACV Isquémico que el hemorrágico con una relación 2 a 1, La relación Varón Mujer es de 6 a 5, El antecedente más frecuente del fue la Hipertensión Arterial. Las características clínicas del ACV más frecuentes fueron hemiparesia y alteración del lenguaje. La arteria involucrada más frecuentemente en el ACV fue la Arteria cerebral Media.

Palabras clave: ACV, Características clínicas, Características epidemiológicas.

ABSTRACT

Introduction: Cerebrovascular accident (CVA) is one of the most important diseases of death and disability in our Country and around the world. Therefore, the diagnosis, as well as the early treatment within the first 3 hours, is a challenge. **Objectives:** The objective of this study was to determine the clinical-epidemiological characteristics with stroke at the Daniel Alcides Carrión Huancayo Regional Teaching Clinical Surgical Hospital in the period 2017-2018. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study of the type of medical records was carried out, using corresponding Clinical Records of the Emergency service patients diagnosed with Stroke in the period 2017-2018. **Results:** Ischemic stroke was more frequent than hemorrhagic stroke, presenting more in men than in women, the most important and frequent antecedent was arterial hypertension. In the TEM S / C CVA reports the area of injury was ACM 55/110 (50%), ACP 31/110 (28.2%), ACA 24/110 (21.8%).

Conclusions: Ischemic stroke is more frequent than hemorrhagic stroke with a ratio of 2 to 1, the ratio of male to female is 6 to 5, the most frequent antecedent was Arterial Hypertension. The most frequent clinical characteristics of stroke were hemiparesis and language impairment. The artery most frequently involved in stroke was the Middle Cerebral Artery.

Keywords: ACV, Clinical characteristics, Epidemiological characteristics.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2019, el accidente cerebro vascular (ACV) correspondió a la segunda causa de muerte, siendo responsable de 11% del total de muertes aproximadamente y la primera en discapacidad mundialmente (6), una enfermedad que sigue afectando predominantemente a personas mayores de 60 años. A nivel mundial en 2016 se presentó más de 6 millones de muertes por ACV, de las cuales 3 250 217 fueron mujeres, en tanto 2 990 394 varones, lo que convirtió al ACV junto con la cardiopatía isquémica como causa principal y de mayor importancia de mortandad en el transcurso de los últimos 15 años. (7)

En los Estados Unidos ocurren alrededor de 795 000 accidentes cerebrovasculares al año. Y cada 40 segundos, alguno tiene un derrame cerebral y, en promedio, cada 4 minutos, alguien muere de un derrame cerebral. Teniendo a las

mujeres con un mayor riesgo de presentar accidente cerebrovascular durante su vida que los hombres (8)

No obstante, gracias a un mayor conocimiento y comprensión de la hipertensión arterial (HTA), que se considerada como el factor de riesgo modificable principal del ACV, se logra conseguir, hoy, un adecuado abordaje de dicha patología, resultando con una disminución significativa de la incidencia entre el año 1999 y 2010 (accidente cerebrovascular disminuido en 13%, accidente cerebrovascular hemorrágico disminuido en 19%). (8)

El ACV ocurre cuando hay una alteración circulatoria a nivel cerebral que causa trastorno definitivo o transitorio del desempeño del encéfalo en una o varias de sus partes, habiendo dos tipos de ACV según la índole del trauma. El Accidente Cerebrovascular isquémico es causado por la deficiencia de suministro de sangre a una determinada región del parénquima encefálico, en tanto que el ACV hemorrágico es causado al rompimiento de un vaso sanguíneo encefálico con extravasación de sangre fuera del lecho vascular. (9)

La correcta valoración del origen del ACV, su pato-fisiología y topografía vascular establecerá el abordaje para su tratamiento apropiado y, como resultado, un pronóstico mejor. El diagnóstico y tratamiento dentro de las seis horas posteriores al inicio de los síntomas, reduce significativamente la discapacidad acortando la estancia hospitalaria (9)

El (ACV) es una de las más importantes causas de muerte y discapacidad en el Perú, se calcula que el 15% de todas las muertes prematuras son ocasionadas por el ACV. Como consecuencia la muerte por ACV en Perú se acentuó durante 40 años, alcanzado el 25% entre el periodo de años de 2000 y 2006. Se conoce la

existencia de informes entre el 17 y 25% que adolecen dicha patología tienen edad mayor a 65 años, como resultado, la morbilidad y mortalidad seguirán aumentando debido a la falta de un tratamiento adecuado en los hospitales nacionales. (1)

El accidente cerebrovascular tiene un pronóstico favorable si se diagnostica y se trata oportunamente dentro de su etapa aguda, Al no existir información de sus características epidemiológicas y clínicas en nuestro medio, dificulta su diagnóstico y tratamiento oportuno causando secuelas neurológicas irreversibles. (3-4)

En el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, se evidencia día a día, la existencia de pacientes mucho más jóvenes y adultos mayores diagnosticados de ACV, asimismo un aumento de pacientes reinfartados; en otras palabras, que tuvieron uno o más acontecimientos de ACV en alguna otra ocasión.

También existen otras afecciones cardiovasculares que pueden provocar un accidente cerebrovascular, como insuficiencia cardíaca, defectos cardíacos, infecciones o arritmias, las cuales pueden causar ACV.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Este estudio se realizó en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, Perú durante el periodo 2017 - 2018. Se estudió las características clínico-epidemiológicas del ACV en pacientes diagnosticados de Accidente Cerebrovascular en el servicio de Emergencia. Este tema corresponde a como número 1 en la prioridad nacional (Enfermedades cardiovasculares) “Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021”. (10)

1.3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Según el Ministerio de Salud (MINSA) en el 2015 informó que el ACV es la décima causa (2%) de la carga de morbilidad en el Perú, con 116,385 personas que pierden una edad saludable y contribuyen con el 5% de la morbilidad en los mayores de 60 años. La mortalidad estimada por accidente cerebrovascular es de 0,26 por 1000 personas, con una incidencia de 1 en 1000, con una media en duración de 7 años, desde los 15 años. (11)

El ACV puede causar la muerte hasta de 19.7% intrahospitalaria y al control de 1 año posterior del primer acontecimiento, una mortalidad adicional próxima al 20%. El 50% de ACV tienen una gravedad de moderada a grave y la organización de servicios de salud tiene una reducida capacidad para ofrecer el tratamiento de rehabilitación precoz adecuada; como resultado tiene un desfavorable pronóstico en cuanto a su recuperación. Cerca del 90% de estos acontecimientos se relacionan a factores de riesgo modificables en la cual la prevención es vital. (1)

Al no disponer de información sobre las características clínico-epidemiológico del ACV en nuestro medio, nos planteamos las siguientes interrogantes:

1.3.1. Problema General

- ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas del ACV de los pacientes del Área de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo con el diagnóstico de ACV en el periodo 2017-2018?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la distribución por grupo etario y sexo del paciente diagnosticado con accidente cerebrovascular en el Área de Emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018?
- ¿Cuáles son las comorbilidades del accidente cerebrovascular en el paciente diagnosticado con accidente cerebrovascular en el Área de Emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018?
- ¿Cuáles son las características clínicas del paciente diagnosticado con accidente cerebrovascular diagnosticado con accidente cerebrovascular en el Área de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018?
- ¿Cuáles son las características de la glicemia y hematológica del paciente diagnosticado con accidente cerebrovascular en el Área de Emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018?
- ¿Cuáles son las Arterias comprometidas frecuentemente en el accidente cerebrovascular del paciente diagnosticado en el Área de Emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018?

1.4.JUSTIFICACIÓN

1.4.1. Social

Las tasas de accidentes cerebrovasculares aumentan en un 100% en los países en desarrollo, siendo la causa principal de discapacidad neurológica a nivel mundial. Durante los últimos 40 años, la incidencia aumento en los países con ingresos bajos y medianos. En el año 2014 en Perú, se informó la prevalencia en áreas urbanas en 6,8 % y en áreas rurales de 2,7% (12)

Este padecimiento relacionado con todas las edades, es la séptima razón de años desaprovechado debido a discapacidad y segunda en los grupos de edad mayor a 60 años; perjudicando a países de ingresos económicos elevados así como en los de vía en crecimiento.(9) Por consiguiente, identificar las características clínico epidemiológico del ACV permitirá promover su prevención, diagnóstico y tratamiento eficaz, aportando a disminuir la muerte causada por dicha patología, y de ese modo las secuelas potenciales que disminuyen la calidad de vida del paciente.

1.4.2. Teórica

Entre las dificultades concernientes con el abordaje inicial del ACV existe la carencia de un apropiado y diagnóstico precoz. En los pacientes procedentes de sector urbano y rural del Perú, no son oportunamente diagnosticados.

En el grupo de pacientes ingresados que acude a un hospital, solo el 23-30% fueron tratados dentro de las primeras 3 horas, por lo que la mayoría de pacientes perdió la oportunidad de recibir tratamiento trombolítico. Si bien la distancia y el transporte influencia, la falta de información sobre los riesgos y señales de alerta que se muestran en nuestro entorno juega un papel fundamental en la falta de urgencia y urgencia de los individuos, la familia. (12)

De ahí el valor de este estudio, para contribuir a una mejor comprensión y reconocimiento del ACV. Esta investigación permitirá disponer con un registro que contiene datos sobre las características clínico epidemiológico del ACV que van al hospital.

1.4.3. Metodológica

El presente trabajo se describió las características clínicas y epidemiológicas del ACV en nuestro medio respecto a los aspectos clínicos, de laboratorio e imágenes.

1.5.OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

- Determinar las características epidemiológicas y clínicas del paciente diagnosticado con accidente cerebrovascular del Área de Emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión de Junín durante el periodo 2017 – 2018
-

1.5.2. Objetivos Específicos

- Conocer la distribución por grupo etario y sexo de los pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular del Área de Emergencia en el hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018
- Identificar las comorbilidades del paciente diagnosticado con accidente cerebrovascular Área de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018
- Describir las características clínicas del paciente diagnosticado con accidente cerebrovascular en el Área de Emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018
- Mencionar las características de la glicemia y hematológica del paciente diagnosticado con accidente cerebrovascular en el Área de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018
- Nombrar las Arterias comprometidas frecuentemente en el accidente cerebrovascular del paciente diagnosticado en el Área de Emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

INTERNACIONALES

Ortiz P. et al (2008) concluyeron que, el accidente cerebrovascular en particular el tipo isquémico, muestra una mayor prevalencia en los residentes que se encuentran a mayor altitud que aquellos en áreas ubicadas a nivel del mar. La hipoxia hipo bórica es un factor de riesgo importante en los residentes expuestos a esta. Afectando a los residentes aparentemente saludables y jóvenes sin riesgo previo. Asociando más de 10 veces de riesgo de presentar un ACV en altura comparado con los residentes en menor altitud o nivel del mar. (13)

González F. et al (2017) concluyeron que el factor de riesgo principal de accidente cerebrovascular fue la hipertensión y que 20% de los pacientes con un primer episodio de accidente cerebrovascular isquémico tenían afasia. (14)

González. R. et al (2015) concluyó que eliminar los factores de riesgos y diagnosticar precozmente permite confieren una mejor recuperación de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. (15)

González R. et al (2016) concluyeron que el acceso a prevención primaria es necesario, pero no suficiente para asegurar una prevención adecuada sobre el ACV. Y recomendar a toda la población el efectuar actividad física aeróbica mínimo 40 minutos al día entre 3 a 4 días por semana. Asimismo, sugirieron un constante seguimiento de la presión arterial y manejo apropiado en pacientes con hipertensión considerando los cambios en el modo de vida y manejo farmacológico. (16)

Fang Li. Et al (2017) concluyeron que las enfermedades vasculares especialmente la arterioesclerosis prematura es el principal factor de riesgo para accidente cerebrovascular isquémico en el adulto joven de la población norte de china. (17)

NACIONALES

Alfageme R. (2015) concluyó que el ACV posee una edad media de 65.2, teniendo para ACV Isquémico 75 años y ACV Hemorrágico de 57.2 La Hipertensión Arterial como antecedente de importancia se presenta tanto en ACV Hemorrágico como Isquémico. La relación de HTA y DM se presenta en ambos ACV que van de 10 - 30% estando frecuentemente en mujeres mayores a 60 años. Los ACV Hemorrágicos más frecuente en mujeres menores de 60 años. (18)

Huamán M. (2018) concluyó que la HTA y dislipidemia son los factores de

riesgo principalmente relacionados al ACV isquémico trombótico, así que se hace hincapié en su vigilancia y seguimiento del paciente. (19)

Julcarima V. (2017) concluyó que los pacientes con ACV e HTA tiene una relación significativa, Los pacientes del sexo femenino con ACV e HTA presentan una asociación significativa mayor al del sexo masculino con ACV. El ACV isquémico se presenta con más frecuencia que el ACV hemorrágico. (20)

Rivalles R. (2017) concluyó que el rasgo clínico epidemiológico de los pacientes en la Unidad de Stroke en la mayoría son varones, presentando deficiencia motora y promedio de 68 años de edad; diagnosticados con ACV Isquémico trombótico, presentando Hipertensión Arterial o dislipidemia, sin evento previo de ACV, con una estadía intrahospitalaria promedio de 8 días. (21)

Romero C. et al (2019) concluyeron al no ser dominante el hemisferio derecho del cerebro, se ve más afectado, por lo cual se evidencia mayor frecuencia de diestros comparando con los ambidiestros, con una relación de 3 a 1. Sin embargo, la frecuencia fue mayor por los ambidiestros en residente de grandes alturas que los que habitan a nivel del mar. Se encontró frecuencia de ACV isquémico y hemorrágico similar, con población en mayor de 60 años y antecedente de hipertensión arterial. (22)

Romero C. et al (2020) concluyeron que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para el primer evento de accidente cerebrovascular, tanto en altura como en nivel de mar, presentándose la diabetes y fibrilación auricular con mayor frecuencia a nivel del mar y altura. (23)

2.2. BASES TEORICAS DEL ACV

2.2.1. DEFINICION DE ACV

El Accidente cerebral vascular (ACV) es una Patología caracterizada por desarrollo progresivo rápido de síntomas y/o signos relacionados generalmente a un padecimiento neurológico focal, y en algunos casos global, en el contexto de los pacientes con coma, pérdida de función cerebral, con los síntomas perdurando más de 24 horas, sin otra razón aparente que la etiología vascular. (24)

2.2.2. EPIDEMIOLOGIA

El accidente cerebrovascular (ACV) corresponde a uno de los motivos más importantes de muerte y discapacidad en el Perú y mundialmente. A nivel mundial, se describe que los pacientes con un primer episodio de ACV presenta una mortalidad de 11.1%, y de 8.5% al primer mes de control. Un dato a destacar es que el 63% de casos isquémicos y el 80% de casos hemorrágicos suceden en países de medianos y bajos ingresos. (1)

2.2.3. DIAGNOSTICO

El examen neurológico debe ratificar la presunción de una focalidad neurológica y permitir efectuar la orientación sobre de la topografía del ACV. Esta información, a la vez con el examen general, los datos de los análisis de laboratorio, el EKG y radiografía de tórax, permiten enfocar un acercamiento diagnóstico sobre la probable causa del ACV (soplo carotídeo, fibrilación auricular en el EKG, cardiomegalia, otros.). (9)

Durante las primeras horas de un ACV, la Tomografía Computarizada Cerebral puede estar sin alteraciones o evidenciar precozmente signos de infarto que serán de bastante utilidad para estimar la amplitud del infarto y establecer un manejo fibrinolítico.

En un estudio dúplex/Doppler de troncos supra aórticos (DTSA) y transcraneal (DTC) en todos los pacientes que sufrieron ACV isquémico. El estudio carotídeo permite determinar la causa aterotrombótica del ACV isquémico y estimar tratamientos preventivos especial como una endarterectomía carotídea. La resonancia magnética craneal (RM-C) tiene como resultado ser muy eficaz en el manejo del ACV, no sólo porque favorece a ratificar y ubicar topográficamente los ACV, sino además por su beneficio en su tratamiento precoz. (9)

2.2.4. TRATAMIENTO

La utilización de métodos diagnósticos y terapéuticos protocolizados durante las primeras 6 h al inicio de la sintomatología, disminuye de modo significativo la incapacidad, acortando la estancia intrahospitalaria. El manejo del ACV se fundamenta en 2 temas: el tratamiento en fase agudo y la prevención de recaídas. El tratamiento en la fase aguda del ACV se puede subdividir 2 partes: medidas en general y el tratamiento recanalizador. (9)

Medidas generales:

La hipoxemia, la HTA grave o hipotensión, la hiperglicemia, la hipertermia, la deshidratación y desnutrición son factores los cuales influyen

desfavorablemente en el pronóstico del ACV al ocasionar gran daño neuronal. La supervisión de funciones vitales, el manejo y la identificación temprana de estas complicaciones, así mismo la movilización oportuna, son las medidas incorporadas en todas las guías y recomendaciones del manejo del ACV. (9)

Terapias recanalizadoras: trombólisis

Trombólisis endovenosa

La meta del abordaje trombolítico es conseguir la restitución oportunamente precoz de la reperfusión arterial y preservación el tejido neuronal el cual fue lesionado de manera reversible en la zona de penumbra, a través de un agente relativamente seguro para beneficiar el pronóstico del paciente.

El Tratamiento trombolítico intravenoso con r-TPA colocad durante las primeras tres horas desde el comienzo del ACV, ya que obtiene un 54,8% de los pacientes tratados sean independiente al tercer mes, teniendo una incidencia de hemorragias con sintomatología del 7,3%, siendo inferior al resultado a nivel global, evidenciado en ensayos clínicos (8,6%). (9)

Trombólisis intraarterial

El manejo intraarterial con prourocinasa en el cierre de la arteria cerebral media demostró su eficiencia y seguridad cuando es aplicado durante las primeras seis horas desde el inicio de la sintomatología. Dentro los nuevos enfoques se pueden incorporar una terapia combinada, con

manejo inicial con r-TPA endovenoso intrahospitalario, consecutivamente de la derivación oportuna al Establecimiento de tratamiento de ACV para efectuar una angiografía y estimar si podría beneficiarse de fibrinólisis intraarterial si no se efectuó la recanalización. (9)

Antiagregación y anticoagulación en fase aguda

La administración de aspirina inmediatamente después a las primeras cuarenta y ocho horas del establecimiento del ACV, disminuye la muerte y recurrencia. Se sugiere siempre la profilaxis de la trombosis venosa con heparinas de bajo peso molecular. (9)

Terapias Nuevas

Inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa

Los inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa, impide la vía final común en la agregación plaquetaria y disminuyen también la descarga de factor tisular, activando la producción de trombina. (9)

Prolongación de la ventana terapéutica con trombolíticos nuevos: desmoteplasa

La mayor parte de pacientes con ACV no puede beneficiarse al tratamiento fibrinolítico con r-TPA por superar el límite de tres horas. La desmoteplasa es una molécula activadora de plasmina, pero con mayor afinidad hacia la fibrina, y, en consecuencia, un bajo riesgo de hemorragias distantes al trombo. (9)

Tratamiento preventivo

Clopidogrel

El clopidogrel es adecuado en pacientes con un riesgo muy elevado vascular o intolerancia al AAS. (9)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- **Accidente cerebral vascular (ACV):** Patología sindrómica caracterizada por el acelerado desarrollo de sintomatología correspondientes generalmente a una lesión neurológica focal, y varias veces globalmente en los pacientes en coma, perjuicio de función cerebral, con sintomatología durando más de las 24 horas, sin otra razón aparente de causa vascular. (18)
- **Accidente cerebral vascular isquémico:** Patología sindrómica clínica que se distingue por sintomatología y/o signos locales que progresa rápidamente, algunas veces perdiendo globalmente de la función cerebral, durando más de veinticuatro horas. (18)

CAPITULO III

HIPOTESIS

3.1 HIPOTESIS GENERAL

No aplica por la característica del estudio.

3.2 VARIABLES

- **Accidente cerebral vascular (ACV):** Patología sindrómica caracterizada por el acelerado desarrollo de sintomatología correspondientes generalmente a una lesión neurológica focal, y varias veces globalmente en los pacientes en coma, perjuicio de función cerebral, con sintomatología durando más de las 24 horas, sin otra razón aparente de causa vascular. (18)
- **Accidente cerebral vascular isquémico:** Patología sindrómica clínica que se distingue por sintomatología y/o signos locales que progresa

rápidamente, algunas veces perdiendo globalmente de la función cerebral, durando más de veinticuatro horas. (18)

- **Accidente cerebrovascular hemorrágico:** El accidente cerebrovascular hemorrágico sucede en ocasiones donde se producen la pérdida de sangre o una lesión en un vaso sanguíneo a nivel cerebral. (18)

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 METODO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo Cualitativo, Estudio Transversal Observacional Descriptivo Retrospectivo. - No se establece relaciones causales, los datos se obtuvieron de hechos que ya sucedieron, solo se describió buscando detallar las propiedades y características de las personas que participaron en la investigación. (25)

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

SEGÚN PROPÓSITO: Pura o básica para aumentar el conocimiento. (26)

SEGÚN NUMERO DE MEDICIONES DE VARIABLES: Transversal. - Los datos de cada individuo representaron un momento durante el tiempo y

espacio. No se estableció relaciones causales debido a que el factor y patología se recogieron al mismo tiempo. (26)

SEGÚN MOMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Retrospectivo. - Los datos se recogieron de registros o entrevistas sobre hechos acontecidos. (26)

SEGÚN MANIPULACIÓN DE VARIABLE: Observacional. - El factor del estudio no pudo ser controlado por el investigador. Se limitó a observar y medir. (26)

SEGÚN NUMERO DE VARIABLES: Descriptivo. - El factor del estudio Es una variable. El investigador se limitó a medir y observar una variable. (26)

4.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

TIPO DESCRIPTIVO. – Se basó en la identificación de un acontecimiento, fenómeno, sujeto o población, con la finalidad de poder establecer su organización o conducta. Los resultados la investigación se encuentra en un nivel intermedio en cuanto a la extensión del entendimiento se refiere (26)

4.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional descriptivo transversal

M ——— O

M = Representa la muestra del estudio

O = Representa la observación o medición

4.5 POBLACION Y MUESTRA

La población de la investigación es una fracción finita de la población objetivo a la que se tiene acceso y de la cual se extrajo la muestra modelo (25). En esta investigación los datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el Área de Emergencia con diagnóstico confirmado de ACV en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2017-2018.

Para la determinación de la muestra se utilizó la fórmula para determinar el tamaño de la muestra en poblaciones finitas. El marco muestra fue de 151 pacientes diagnosticados con ACV en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2017-2018. Obteniéndose una muestra de 110, en esta ocasión los elementos fueron escogidos en base de criterios y juicios preestablecidos por el investigador. (25)

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

N: 151

k: 1,96

e: 5%

p: 0,5

q: 0,5

n: 110

Criterios de inclusión:

- Pacientes que tienen diagnóstico confirmado de ACV a través de sintomatología y diagnóstico por imágenes (TEM) del Área de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2017-2018

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas extraviadas
- Pacientes con historia clínica incompleta según datos requeridos para investigación.
- Pacientes a quienes se le haya descartado el diagnóstico de ACV

4.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos requeridos para la investigación se obtuvieron de las historias clínicas, después de haber obtenido el permiso institucional correspondiente del Hospital Daniel Alcides Carrión. Recolectando los datos de los pacientes ingresados al Área de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión con Diagnóstico de ACV en el periodo 2017-2018 en una ficha de datos elaborada por el autor de la investigación, Excluyendo aquellos que no cumplan los criterios de inclusión.

4.7 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La Técnica fue el análisis documental, mediante el análisis de historias

clínicas. La ejecución de esta técnica conllevó a la obtención de información, la cual se guardó en un medio material de modo que los registros puedan ser recuperados, procesados, para su posterior análisis e interpretación. A dicho sostén se le denomina instrumento. La cual fue la ficha de recolección de datos (25)

Los datos extraídos a través de la hoja de recolección de datos se organizaron en una base de datos en Excel 2019 y se analizó los resultados, para su interpretación en cuadros en relación con la historia clínica.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACION

La presente investigación está sujeta a las normas éticas según el artículo 42 del código de ética del Colegio Médico del Perú, teniendo en cuenta los principios para la investigación médica según la declaración de Helsinki. Al tratarse de un estudio retrospectivo, la revisión de historias clínicas no incurrió en ningún riesgo físico ni psicológico para el paciente. Por ello el estudio cumple con los principios éticos y morales correspondiente para su ejecución. Toda información obtenida de las historias clínicas se empleada solo por el investigador manteniendo así la salvaguarda y confidencialidad de los individuos en el estudio.

Así mismo, la investigación cumple con los criterios establecidos en el reglamento del comité de ética e investigación de la Universidad Peruana los Andes, el cual refiere que, para desarrollar la investigación, debe ser evaluada por el comité de ética de la Universidad, así como los permisos institucionales del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión correspondiente para dicha investigación.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 DESCRIPCION DE RESULTADOS

El Área de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico-Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" Huancayo- Junín, se contó un total de 110 pacientes diagnosticados con ACV, de los cuales 50 son mujeres (45,5%) y 60 (54,5%) varones, siendo el grupo etario de 71 a 80 años son el 37.27% que representa las 41 personas, el grupo de 50 a 60 años son el 26,36% que representa las 29 personas, el grupo de 61 a 70 años son el 23,64% que representa las 26 personas, el grupo de 81 a 90 años son el 8,2% que representa las 9 personas y los mayores

de 90 años son el 4,5% que representa las 5 personas de la muestra total. (Tabla N°1)

De los 110 pacientes diagnosticados con ACV 72 (65.45%) fueron ACV ISQUEMICO y 38 (34.55%) fueron ACV HEMORRAGICO, observándose un mayor predominio del evento isquémico teniendo una relación de 2 a 1 con respecto al evento hemorrágico. (Tabla N°1)

Los antecedentes que tuvieron los pacientes diagnosticados con ACV, fueron Hipertensión Arterial presente en 27 (24.5%) pacientes, ACV previo en 11 (10%), Diabetes 9 (8.18%), Dislipidemia 1 (0.9%) y otros 62 (56.4%). (Tabla N°1)

Tabla 1
Características Epidemiológicas del paciente diagnosticado con ACV en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-2018

	ACV
	n, % (n=110)
Sexo	
Varón	60(54,5)
Mujer	50(45,5)
Edad	
(50-60)	29(26,4)
(61-70)	26(23,6)
(71-80)	41(37,3)
(81-90)	9(8,2)
(>90)	5(4,5)
Antecedentes	
Diabetes	9(8,18)
H. Arterial	27(24,5)
ACV Previo	11(10)
Dislipidemia	1(0,9)
Otros	62(56,4)
ACV	

Isquémico	72(65,5)
Hemorrágico	38(34,5)

ACV (Accidente Cerebro Vascular),
HTA (Hipertensión Arterial). (9)

+ Fuente: Ficha de recolección de datos

n=110

Las características Clínicas de los pacientes diagnosticados con ACV al ingreso al servicio de Emergencia fueron Presión Arterial al ingreso de los pacientes diagnosticados con ACV fue Presión Arterial Normal en 54 (48.1%), Presión Arterial Nivel 2 en 30 (0.9%) (27.3%), Presión Arterial Nivel 1 en 25 (22.7%), Presión Arterial elevada en 1 (0.9%). La escala coma de Glasgow al ingreso fue, Moderado en 74 (67.3%), Grave 26 (23.6%) y Leve en 10 (9.1%) (Tabla N°2)

Tabla 2
Características del examen físico al ingreso del paciente diagnosticado con ACV en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-2018

	ACV
	n, % (n=110)
Presión Arterial	
Normal <120/80mmHg	54(49,1)
Elevada 120-129/80 mmHg	1(0,9)
HTA Grado I 130-139/80-90mmHg	25(22,7)
HTA Grado II >140/>90 mmHg	30(27,3)
SCG	
Leve (13-15)	10(9,1)
Moderado (9-12)	74(67,3)
Grave (<9)	26(23,6)

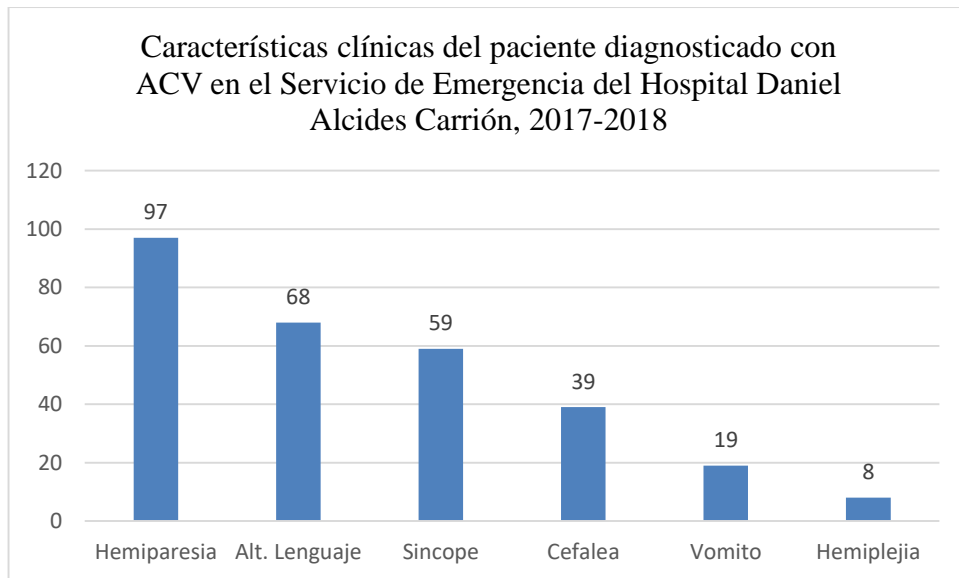
HTA (Hipertensión Arterial), SCG (Escala coma de Glasgow) (9)

Fuente: Ficha de recolección de datos

n=110

Las características del paciente diagnosticado con ACV al ingreso al servicio de emergencia, fueron hemiparesia en 97(88.18%), alteración de lenguaje en 68(61.81%), Sincope en 59(53.63%), Cefalea en 39(35.45%), Vomito en 19(17.27%), Hemiplejia en 8(7.27%), (Gráfico N°1).

Gráfico 1



Fuente: Ficha de recolección de datos

n=110

Las características de laboratorio del paciente diagnosticado con ACV fueron Glicemia Normal en 109(99.1%), Hiperglicemia en 1(0.9%), Leucocitos en rango normal en 83(75.5%), Leucocitosis en 23(20.9%) y Leucopenia en 4(3.6%) (Tabla N°3)

Tabla 3
Resultados bioquímicos del paciente diagnosticado con ACV en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-2018

	ACV
	n, % (n=110)
Glicemia	
Normal <200mg/dl	109(99,1)
Hiperglicemia >200mg/dl	1(0,9)
Leucocitos	
Leucopenia <4,5 mil/m ³	4(3,6)
Normal 4,5-10 mil/m ³	83(75,5)
Leucocitosis >10 mil/m ³	23(20,9)

Fuente: Ficha de recolección de datos

n=110

En los informes de TEM S/C de los pacientes diagnosticados con ACV la zona de lesión relacionado a las arterias fue ACM 55(50%), ACP 31(28.2%), ACA 24(21.8%). (Tabla N°4)

Tabla 4
Arteria Lesionada en el ACV en la TEM S/C del paciente diagnosticado con ACV en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-2018

Zona de Lesión	ACV
	n, % (n=110)
ACM	55(50)
ACA	24(21,8)
ACP	31(28,2)

ACM (Arteria cerebral media) ACA (Arteria cerebral anterior)
ACP (Arteria cerebral posterior).

Fuente: Ficha de recolección de datos

n=110

5.2 CONTRASTACION DE HIPOTESIS

La Hipótesis no aplica por la característica del estudio.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados demostraron que el ACV más frecuente fue el isquémico que el hemorrágico con una relación de 2 a 1. Relacionándose con los estudios de Alfajeme R. (18) Huamán M (19), teniendo un grupo en varones mayor que en mujeres, siendo más frecuente en el grupo etario de 50 a 90 años. Y estudio de Ortiz P. et al (13), donde se evidencia una mayor frecuencia de ACV isquémico sobre el hemorrágico en la población de grandes alturas 2.500 msnm, debido a la hipoxia hipo bárica y aclimatación.

De manera similar con el estudio realizado por Romero C. y Diaz L. (23,24)

donde se evidenció mayor frecuencia del ACV isquémico sobre el hemorrágico, en el poblador de altura, y con edad en los pacientes mayor a 60 años 85.7% de la muestra, la cual es un factor de riesgo importante posterior a los 55 años, incrementado la incidencia de ACV con el tiempo,

Relacionándose así con varios estudios como el realizado por Huamán M (19), donde mencionaron que la edad avanzada (mayores a 60 años) presenta una asociación significativamente estadística con el ACV, también con el estudio realizado por Alfageme R. (18), donde se mencionó que la edad media del paciente con ACV fue de 65.2. Similar los resultados obtenidos en este estudio con mayor presentación del ACV en mayores de 70 años.

Se evidenció que el antecedente más importante en frecuencia y relacionado con el ACV fue la hipertensión arterial presente en 27 de los 110 pacientes, seguido de ACV previo y diabetes, correlacionándose con los estudios de Alfageme R. (18), Huamán M (19), Julcarima, V (20), Rivalles R (21). donde mencionan la HTA como un factor de riesgo con significancia asociada al ACV. Y con el estudio de Romero C. y Diaz L. (23,24) donde se encontró que 38 pacientes 95%, tenían como antecedente hipertensión arterial, seguido de 19 pacientes con antecedente de diabetes.

Las características clínicas del ACV al ingreso al servicio de emergencia fueron de una presión normal en 49.1% seguido de Hipertensión arterial Grado II en 30%, con una Escala Coma de Glasgow de Moderada en 74%. Relacionándose con los estudios descritos de Huamán M (18), Julcarima, V (20), Rivalles R (21).

Las características clínicas del ACV hemiparesia, alteración del lenguaje y síncope en 23(20.39%), hemiparesia y alteración de lenguaje en 22(20%), Hemiparesia, cefalea, alteración de lenguaje y síncope en 18(16.4%) Relacionándose con los estudios ya mencionados Gonzales F. et al (14) donde menciona la hemiparesia como uno de los síntomas más frecuentes, así como la alteración del lenguaje y trastorno en la memoria.

La arteria más frecuentemente involucrada en el ACV fue la Arteria cerebral Media con 50%, Arteria cerebral Posterior 28.2%, relacionándose con el estudio de Romero C. y Diaz L. (23) donde se evidenció mayor frecuencia de localización del ACV en los ganglios basales, seguido de la región temporo-parietal, los cuales son irrigados por ramas de la Arteria cerebral Media.

CONCLUSIONES

- 1.** Se concluye que la presentación del ACV en pobladores a gran altitud es más frecuente el tipo Isquémico comparado con el Hemorrágico teniendo una relación 2 a 1, en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-2018, debido a un mayor riesgo de presentar trombosis espontánea por la hipoxia hipo bárica.
- 2.** El grupo etario en pobladores de gran altitud que presentaron ACV es más frecuentemente entre 71 a 80 años que fueron el 37.3% de los pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Daniel

Alcides Carrión, 2017-2018.

3. Es más frecuente el ACV en Varones (60) 54,5% que en Mujeres (50) 45,5% con una relación 6 a 5, en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-2018.
4. El antecedente más frecuente en pacientes con ACV fue la Hipertensión Arterial en (24.5%) de los pacientes, seguido de ACV previo (10%) y diabetes (8.18%), en pobladores que habitan en gran altitud, que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-2018 con diagnóstico de ACV.
5. La mayoría de pacientes con ACV, el 67.3% presentó una Escala coma Glasgow moderado al ingreso en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-2018.
6. Las características clínicas más frecuentes que se presentó en el ACV fue la Hemiparesia en 88.18%, seguido de la alteración del lenguaje 61.81%, en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-2018.
7. La glicemia se presentó dentro de los valores normales en el 99.1% de los pacientes diagnosticados con ACV, en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-2018.
8. La arteria frecuentemente más involucrada en el ACV ISQUEMICO fue la Arteria cerebral Media, seguida de la Arteria cerebral Posterior, en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017-

2018.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar investigaciones tipo cohorte, prospectivo, para una mejor evaluación de la clínica del ACV y su relación en pobladores que residen a gran altitud.
2. Incorporar los resultados del estudio a la Práctica Clínica para la atención primaria y secundaria del paciente con ACV, brindando así un tratamiento oportuno evitando complicaciones en el futuro y recidivas.
3. Fomentar la prevención primaria del ACV a través del control y seguimiento de

la presión arterial, glicemia, y factores de riesgo modificables. Y la concientización sobre el ACV.

4. Efectuar estudios posteriores donde puedan evaluarse el EKG, hemograma completo, Trastornos en la coagulación para el pronóstico del paciente con ACV en gran altura.
5. Brindar mayor atención e importancia en el control de la HTA a través de la prevención primaria y secundario, Debido a que la HTA es el principal factor de riesgo del Accidente Cerebrovascular.
6. El llenado de las historias clínicas debe ser integro. Registrándose la ocupación, antecedentes, hábitos nocivos (fumar, beber licor), peso, talla Tiempo de enfermedad, ACV previo, EKG, que son variables importantes para los análisis de otras investigaciones futuras sobre el ACV.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Málaga G, De La Cruz-Saldaña T, Busta-Flores P, Carbajal A, Santiago-Mariaca K. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. *Acta médica Perú*. 2018; 35 (1): 51–4.
2. Hernández-Vásquez A, Díaz-Seijas D, Espinoza-Alva D, Vilcarromero S. Análisis espacial de la mortalidad distrital por enfermedades cardiovasculares en las provincias de Lima y Callao. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica*. 2016; 33 (1): 185.
3. National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 1995;333(24):1581–7.
4. Wahlgren N, Ahmed N, Dávalos A, Ford GA, Grond M, Hacke W, et al. Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. *Lancet*. 2007;369(9558):275–82.
5. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*. 2016;388(10046):761–75.
6. The top 10 causes of death [Internet]. World Health Organization. [citado

12 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

7. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Accidente Cerebrovascular. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. 2017 Oct [citado 12 de septiembre de 2020];3(12):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/12/factografico-de-salud-diciembre-2017.pdf>
8. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the American heart association. *Circulation*. 2017;135(10):e146–603.
9. Ustrell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. *Rev. Esp. Cardiol*. 2007;60(7):753–69.
10. Ivan71cr. Plan General de Salud 2015-2021 [Internet]. Fdocuments.ec. Unknow; 2016 [citado el septiembre de 2018]. Disponible en: <https://fdocuments.ec/document/plan-general-de-salud-2015-2021.html>
11. Atamari-Anahui, N., Alva-Díaz, C., Vera-Monge, V. y Taype-Rondan, A. (2019). Tendencia de mortalidad por enfermedad cerebrovascular registrada por el Ministerio de Salud de Perú, 2005-2015. *Neurología argentina*, 11 (4), 202-209.
12. Davalos LF, Málaga G. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2014;31(2).

13. Esteban Ortiz Prado, Dr. Oscar Ojeda P, Dr. Francisco Silva P. Accidente Cerebrovascular en poblaciones situadas a grandes alturas: Revisión y análisis de los factores de riesgo. *Rev. Ecuat. Neurol.* 17(2008):1–3.
14. González Mc F, Lavados G P, Olavarría I V. Incidencia poblacional, características epidemiológicas y desenlace funcional de pacientes con ataque cerebrovascular isquémico y afasia. *Rev. méd. Chile.* febrero de 2017;145(2):194-200.
15. Piloto González R, Miranda H, Luis G, Aguila R, Caridad Y de la, González M, et al. Caracterización clínica-epidemiológica de la enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. *Rev. Ciencias Médicas* 2015;19(6):
16. Gonzales Piña R, Landinez Martínez DA. Epidemiología, etiología y clasificación de la enfermedad vascular cerebral. *Arch Med (Manizales).* 2016;16(2):495–507.
17. Li F, Yang L, Yang R, Xu W, Chen F-P, Li N, et al. Ischemic stroke in young adults of northern China: Characteristics and risk factors for recurrence. *Eur Neurol.* 2017;77(3–4):115–22
18. Alfageme Niembro Prieto RM. Características epidemiológicas y clínicas del accidente cerebrovascular. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2014-2015. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.; 2015.
19. Ruiz P, Edelmira L. Factores de riesgo asociados a accidente cerebrovascular en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Universidad Ricardo Palma. 2016.

20. Julcarima Malpartida V. Patologías asociadas a enfermedad cerebrovascular en pacientes hospitalizados en las Clínicas Maison de Santé en el periodo 2014 - 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
21. Alvarez R, Renato R. Perfil clínico epidemiológico en pacientes adultos con enfermedad cerebrovascular en una unidad de Ictus. Universidad Nacional de Trujillo. 2017
22. Romero Córdova JA, Díaz Lazo AV. Accidente cerebro vascular y dominancia cerebral en pobladores que habitan a gran altitud. Rev. Perú Cienc Salud. 2019;1(3):111–8.
23. Romero Cordova J, Diaz Lazo A. Factores de riesgo para primer episodio de accidente cerebro vascular encefálico a diferentes niveles de altitud. revista de salud udh [Internet]. 2020; 2 (4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37711/rpcs.2020.2.4.224>
24. Accidente Cerebro Vascular [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.smiba.org.ar/revista/vol_02/02_05.htm
25. Fidiás G Arias. El proyecto de investigación introducción a la metodología científica. Vol1. 6th ed. Caracas – Venezuela: EPISTEME; 2012.
26. Metodología en investigación clínica. Tipos de estudios [Internet]. Docplayer.es. [citado el 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/20756502-Metodologia-en-investigacion-clinica-tipos-de-estudios.html>

ANEXOS

Matriz de Operacionalización de variables

ADMINISTRACION DEL PLAN

Presupuesto

Variables	Definicion	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de Medicion	Categorías	Valores de las Categorías	Medio de Verificación
ACV	Síndrome clínico de afección neurológica focal o global, con los síntomas que dure más de 24 horas, sin otra razón aparente que la causa vascular	Cualitativa		Nominal			Historia Clínica
ACV ISQUEMICO	Cuando una arteria del cerebro se bloquea y ocasiona disminución en el flujo sanguíneo cerebral.	Cualitativa		Nominal			Historia Clínica
ACV HEMORRAGICO	Hinchazón de un vaso sanguíneo en el cerebro	Cualitativa		Nominal			Historia Clínica

Servicios

Servicio	Cantidad	Unidad	Precio	Total
Internet	200	Horas	S/ 1,00	S/ 200,00
Fotocopias	300	Hojas	S/ 0,10	S/ 300,00
Anillados	2	Anillados	S/ 2,50	S/ 5,00
Impresión	50	Hojas	S/ 0,20	S/ 10,00
Movilidad	6	Pasajes	S/ 1,60	S/ 9,60
Total:				S/ 524,60

Bienes / Materiales

Bien/Material	Cantidad	Unidad	Precio	Total
Papel Bond A4	1	Millar	S/ 15,00	S/ 15,00
Lapiceros	4	Unidad	S/ 1,20	S/ 4,80
Cartucho de tinta	2	Cartucho	S/ 60,00	S/ 120,00
Folder manila	12	Unidad	S/ 0,70	S/ 8,40
USB	1	Unidad	S/ 35,00	S/ 35,00
Total:				S/ 183,20

CRONOGRAMA DE EJECUCION

Por meses: (Marzo 2020 – Febrero 2021)

Actividad	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
Revisión bibliográfica	x	x										
Entrega del primer informe			x									
Recolección de datos				x	x							
Entrega del segundo informe					x							
Interpretación de resultados						x	x					
Entrega del tercer informe								x				
Elaboración del informe final de investigación									x	x	x	
Entrega del informe final de investigación												x

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DEL

**ACV EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION 2018
JUNIN**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Historia Clínica N° **Numero de ficha**.....
DNI° **Fecha de ingreso**.....

1.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

- Apellidos y Nombres:
- Edad: (años)
31-40 () 41-50 () 51-60 () 61-70 ()
71-80 () 81-90 () >90 ()
Sexo: V(); M()

- Procedencia:
 - Distrito:..... Provincia:
 - Zona Urbana: () Zona rural: ()

2.- EXAMEN FÍSICO AL INGRESO:

- PA: FC: FR: T°: SatO₂:
- Glasgow..... (AO= RV= RM=)
- Babinski: Bilateral() Unilateral () No()

3.- ANTECEDENTES: -

- Diabetes () HTA () Fibrilación auric.()
- ACV () Dislipidemia () Tabaquismo ()
- Coagulopatía () Cardiopatías () Antiagregantes ()
- Otros: Ninguno ()

4.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Hemiparesia Derecha ()

- Hemiplejia Derecha ()
- Desviación comisura labial ()
- Nauseas ()
- Vómitos ()
- Cefalea ()
- Sincope ()
- Vértigo o inestabilidad ()
- Alteración del lenguaje-Afasia ()
- Perdida control esfínteres ()
- Alteración estado conciencia ()

5.- EXAMENES AUXILIARES: -

- Glicemia..... Leucocitos:Plaquetas.....
- TEM S/C:
 - Territorio: A. Cerebral Media () A. Cerebral Anterior ()
 - A. Cerebral Posterior () A. Vertebro Basilar()
 - Difuso()

6.- Tipo de ACV

- Hemorrágico ()
- Isquémico ()