

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**TRABAJO DE TITULACION ESPECIAL
PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAGISTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS**

TEMA

**“ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO EN
PACIENTES HIPERTENSOS, DISEÑO EDUCATIVO DEL
MANEJO DE ESTOS PACIENTES.”**

AUTORA

DRA. TANYA ELIZABETH CASTRO ABAD

TUTORA

DRA. MÓNICA ALEXANDRA ALTAMIRANO GÓMEZ

AÑO 2016

GUAYAQUIL - ECUADOR

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO “ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO EN PACIENTES HIPERTENSOS, DISEÑO EDUCATIVO DEL MANEJO DE ESTOS PACIENTES ”		
TUTORA: Dra. TANYA ELIZABETH CASTRO ABAD	TUTORA: Dra. Mónica Alexandra Altamirano Gómez. REVISORA: Dra. Jacqueline Elizabeth Velasteguí Eguez.	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS	
CARRERA: MAESTRIA EN EMERGENCIAS MEDICAS		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 13 de Diciembre del 2016	N° DE PÁGS.: 43	
ÁREA TEMÁTICA: SALUD		
PALABRAS CLAVES: Hipertensión, Accidente cerebro vascular isquémico		
El Accidente Cerebrovascular Isquémico es un grave problema de Salud en el mundo, siendo la hipertensión arterial uno de los factores de riesgo modificables más importantes. Esta investigación se realizó en pacientes con hipertensión arterial y que ingresaron con Accidente cerebro vascular isquémico al área de Observación del Servicio de Emergencia del hospital General de II Nivel Teófilo Dávila de Machala. El objetivo es analizar que la hipertensión es uno de los principales factores de riesgo que desencadena en Accidente Cerebro Vascular isquémico. La metodología a usar es un estudio Retrospectivo, Cuantitativo, Descriptivo, Correlacional no Experimental, los datos se recolectaron a través del análisis y revisión de las historias clínicas de pacientes hospitalizados en Emergencia, que cumplían criterios de inclusión en período de Enero a Junio del 2016. Los Resultados. 114 pacientes hipertensos de los cuales 19 pacientes (16.7%) ingresaron con ACV isquémico. Conclusiones se observó la hipertensión como antecedente personal (97.4%) con una significancia estadística $p < 0.009$, el análisis de correlación la hipertensión arterial se considera que si tiene relación como un factor de riesgo para el desarrollo de un accidente cerebro vascular isquémico. Recomendaciones se estableció un plan educativo con charlas a pacientes hipertensos para reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida. PALABRAS CLAVE: Hipertensión, accidente cerebro vascular isquémico		
N° DE REGISTRO(en base de datos):	N°	DE CLASIFICACIÓN: N°
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR: DRA.TANYA ELIZABETH CASTRO ABAD	Teléfono: 0991170165	E-mail: dra.t.castro@hotmail.com
CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN	Nombre: Secretaria de la Escuela de Graduados. Teléfono: 2288086 E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante Dra. **TANYA ELIZABETH CASTRO ABAD**, del Programa de Maestría de **EMERGENCIAS MEDICAS**, nombrado por el Decano de la Facultad de Medicina **CERTIFICO**: que he analizado el trabajo de titulación especial, como requisito para obtener el titulado de Magíster en **EMERGENCIAS MEDICAS**, titulado **“ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO EN PACIENTES HIPERTENSOS, DISEÑO EDUCATIVO DEL MANEJO DE ESTOS PACIENTES”**, la cual cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente



Dra. Mónica Alexandra Altamirano Gómez.

TUTORA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar doy gracias a Dios por todas sus bendiciones, a mis padres a mis hijos y a mi esposo, que ayudaron a la culminación de esta meta.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia y de manera especial a mis hijos Mario y Cheryl, son la fuerza que me impulsa cada día a superarme y vencer obstáculos.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”



FIRMA

Dra. Tanya Elizabeth Castro Abad.

ABREVIATURAS

HTA: Hipertensión Arterial

ACV: Accidente cerebrovascular.

PAS: Presión Arterial Sistémica

PAD. Presión Arterial Diastólica.

DMT2: Diabetes Mellitus Tipo 2.

INDICE

RESUMEN.....	XI
INTRODUCCION	1
Delimitación del Problema:.....	2
Formulación del problema:.....	3
Justificación:.....	3
Objeto de Estudio:	4
Campo de Acción o de investigación:.....	4
Objetivo general:.....	4
Objetivos Específicos:	4
Novedad Científica:.....	5
Capítulo 1.....	6
MARCO TEORICO	6
1.1 TEORIAS GENERALES:.....	6
1.2 TEORIAS SUSTANTIVAS	9
1.3 REFERENTE EMPÍRICOS.....	18
Capítulo 2.....	22
MARCO METODOLÓGICO	22
2.1 Metodología:	22
2.2 Métodos:	22
2.3 Hipótesis:.....	22
2.4 Universo y muestra:.....	22
2.5 Operacionalización de Variables: Cuadro de Operacionalización de Variables	23
2.6 Gestión de Datos:.....	24
2.7 Criterios Éticos de la Investigación:.....	24

Capítulo 3.....	26
RESULTADOS.....	26
3.1. Antecedentes de la población de estudio.....	26
3.2 Estudio de Campo	26
Capítulo 4.....	36
DISCUSIÓN.....	36
4.1 Contrastación empírica.....	36
4.2 Limitaciones.....	36
4.3 Líneas de investigación	37
4.4 Aspectos relevantes	37
Capítulo 5.....	40
PROPUESTA.....	40
Objetivos específicos.....	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
Conclusiones.....	42
Recomendaciones.....	43
Referencias bibliográficas.....	44
ANEXOS	49

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Estadísticas descriptivas de Población de estudio	27
Tabla 2 Análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos en ACVisquémico.....	28
Tabla 3 Clasificación de la Presión Arterial en ACV isquémico	29
Tabla 4 Análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos en ACVisquémico.....	30
Tabla 5 Resultados de Correlaciones de spearman.....	32
Tabla 6 Resultado De La Regresion con correlaciones no paramétricas de Spearman	33
Tabla 7 Resultado de Correlación chi Cuadrado de Pearson	34
Tabla 8 Correlaciones Bivariantes de Pearson.....	35

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Árbol del Problema	50
Anexo 2 Figuras.....	51
Anexo 3 Plantilla para levantamiento de Datos.....	52
Anexo 4 Autorización del Responsable de Docencia e Investigación del hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.....	53
Anexo 5 Tema de la Charla Educativa Medidas Preventivas para minimizar el riesgo de Accidente Cerebro Vascular en pacientes Hipertensos.....	54
Anexo 6 Literatura para los pacientes.....	55
Anexo 7 Hoja de Antiplagio	58

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO EN PACIENTES HIPERTENSOS, DISEÑO EDUCATIVO DEL MANEJO DE ESTOS PACIENTES

RESUMEN

El Accidente Cerebrovascular Isquémico es un grave problema de Salud en el mundo, siendo la hipertensión arterial uno de los factores de riesgo modificables más importantes. Esta investigación se realizó en pacientes con hipertensión arterial y que ingresaron con Accidente cerebro vascular isquémico el área de Observación del Servicio de Emergencia del hospital General de II Nivel Teófilo Dávila de Machala. El objetivo es analizar que la hipertensión es uno de los principales factores de riesgo que desencadena en Accidente Cerebro Vascular isquémico. La metodología a usar es un estudio Retrospectivo, Cuantitativo, Descriptivo, Correlacional no Experimental, los datos se recolectaron a través del análisis y revisión de las historias clínicas de pacientes hospitalizados en Emergencia, que cumplían criterios de inclusión en período de Enero a Junio del 2016. Los Resultados. 114 pacientes hipertensos de los cuales 19 pacientes (16.7%) ingresaron con ACV isquémico. Conclusiones se observó la hipertensión como antecedente personal (97.4%) con una significancia estadística $p < 0.009$, el análisis de correlación la hipertensión arterial se considera que si tiene relación como un factor de riesgo para el desarrollo de un accidente cerebro vascular isquémico. Recomendaciones se estableció un plan educativo con charlas a pacientes hipertensos para reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión
Accidente cerebro vascular isquémico

ISCHEMIC STROKE IN HYPERTENSIVE PATIENTS, EDUCATIONAL DESIGN MANAGEMENT OF THESE PATIENTS

ABSTRACT

Ischemic Stroke is a serious health problem in the world, with hypertension one of the factors most important modifiable risk. This research was conducted in patients with hypertension and admitted with ischemic vascular accident brain Observation area Emergency Service General Hospital II Level Teófilo Davila of Machala. The aim is to analyze that hypertension is a major risk factor in triggering ischemic cerebrovascular accident Vascular. The methodology used is a retrospective study, quantitative, descriptive, not experimental correlational data were collected through analysis and review of medical records of patients hospitalized in Emergency, which met the criteria for inclusion in period January to June 2016. The results 114 hypertensive patients of which 19 patients (16.7%) were admitted with ischemic stroke. Conclusions and personal history of hypertension (97.4%) with statistical significance $p < 0.009$ was observed, the correlation analysis is considered hypertension if you have relationship as a risk factor for the development of ischemic vascular brain accident. Recommendations an educational plan was established with hypertensive talks to reduce morbidity and mortality and improve quality of life patients.

KEYWORDS: Hypertension

Ischemic brain vascular accident

INTRODUCCION

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Accidente cerebral vascular se define como el desarrollo de diferentes signos clínicos de la función cerebral, con síntomas que persisten 24 horas o más, que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular. Las causas más importantes son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol.”.(OMS 2013). El Accidente cerebro vascular se presenta en un 85% de origen isquémico y 15% hemorrágico, subaracnoideas o parenquimatosas, Según las últimas definiciones propuestas recientemente clasifican a todos los infartos cerebrales como Apoplejías independientemente de la duración de los síntomas, siendo la principal causa de discapacidad neurológica en los adultos, 200.000 muertes cada año en Estados Unidos. Se puede reducir la morbi- mortalidad mediante la prevención e intervención urgente de los factores de riesgo modificables. (HARRINSON, 2013)

La Hipertensión arterial es el aumento crónico de la presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg, la causa se desconoce en 80 a 95 % de los casos hipertensión esencial. (HARRINSON, 2013) Con antecedente hereditaria. (Marbán, 2015) Casi todos los pacientes permanecen asintomáticos convirtiéndose en el enemigo silencioso. La hipertensión grave puede causar visión borrosa, mareo o cefalea. Las causas de hipertensión secundaria debido al uso de fármacos, como anticonceptivos orales, glucocorticoides, descongestionantes, eritropoyetina, antiinflamatorios no esteroideos o por estenosis de la arteria renal, coartación de la aorta, también a feocromocitoma e hiperaldosteronismo. (HARRINSON, 2013) La hipertensión es un problema de salud pública mundial. Contribuye a desarrollar cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras.

Afecta desproporcionadamente a las poblaciones de países de ingresos bajos ,medianos y en los que los sistemas de salud son débiles.(OMS 2013) En el Ecuador el Instituto Nacional

de Estadísticas y Censos en el año 2013 las enfermedades hipertensivas, es la segunda causa de muerte en femeninas y tercera en masculinos, las enfermedades cerebrovasculares ocupó el cuarto lugar en femeninas y quinto lugar en masculinas de las causas de muertes más frecuentes.(Jhon Usiña 2013)

El propósito de esta investigación es establecer que los accidentes cerebro vasculares isquémicos tienen como factor de riesgo la hipertensión arterial en los pacientes ingresados a Emergencia del hospital Teófilo Dávila, durante el primer semestre del 2016 la misma que nos ayudará a actualizar conocimientos y disminuir los riesgos modificables que la provocan, se analizarán a todos las historias clínicas de los pacientes hipertensos hospitalizados y de éstos los que ingresaron con diagnóstico de accidente cerebro vascular isquémico. Este estudio es retrospectivo, cuantitativo, descriptivo, correlacional, no experimental; se establecerá que el factor de riesgo causal es la hipertensión arterial en el accidente cerebro vascular isquémico, se comparará con las estadísticas internacionales, se determinará los resultados satisfactorios, esperando que sirva de base para estudio de futuras investigaciones comparativas.

Delimitación del Problema:

Debido a muchos factores de riesgo que influyen en el incremento significativo de atención de pacientes adultos hipertensos hospitalizados en el área de observación del servicio de emergencia del hospital General, de la ciudad de Machala como enfermedad de base o acompañado de otras comorbilidades y principalmente como consecuencia el accidente cerebro vascular isquémico.

Entre los factores que se identificó fueron: el factor biológico como la edad, sexo; el factor genético donde incide la hipertensión arterial, el factor socioeconómico, donde incide el hábito al consumo de alcohol y tabaquismo, el sedentarismo, el abandono al tratamiento antihipertensivo y finalmente el factor dietético con malos hábitos alimenticios consumo de

dieta hipercalórica rica en grasa saturada, lo que ocasiona mayor incremento de hipertensión arterial y como consecuencia el accidente cerebrovascular isquémico y a su vez el riesgo de gravedad de los pacientes con secuelas de discapacidad, demencia, dependiente del cuidado de terceros y en otras ocasiones la muerte.

Por lo que es necesario proponer un plan educativo para los pacientes hipertensos a través de charlas que orienten a cambios en estilos de vida saludable, adherencia al tratamiento, intervenir en factores de riesgo modificables y apoyo familiar.

Formulación del problema:

¿De qué manera la hipertensión arterial es el factor asociado con el desarrollo de accidente cerebro vascular isquémico en pacientes adultos hipertensos?

Justificación:

El lugar donde se realizó el presente estudio se observó incremento de ingreso de pacientes hipertensos asociados a otras comorbilidades entre ellas el accidente cerebro vascular isquémico, debido a que no acuden oportunamente a los controles en subcentros de salud de atención primaria, la mayoría son auto referidos, siendo la hipertensión arterial, el principal factor de riesgo modificable, y la segunda causa de muerte y la primera de invalidez en nuestro país, se presenta como enfermedad de base o como antecedente familiar, el no apego adherente al tratamiento antihipertensivo, el sedentarismo, los malos hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, el tabaquismo, tanto es así que acuden con varias complicaciones entre éstas el accidente cerebro vascular isquémico.

Además que es de gran interés de parte de la institución que se realicen estudios estadísticos de Accidente cerebro vascular isquémico en pacientes hipertensos y es necesario tomar medidas con la finalidad de proporcionar material complementario para estudio y vigilancia de accidentes cerebrovasculares isquémicos y para ello se requiere planificación de estrategias que contribuyan a la disminución de las altas tasas en enfermedades de tipo

cerebrovascular isquémicos, para lo cual se necesita de la implementación de acciones sociales, principalmente de prevención de la hipertensión arterial.

Los beneficiarios serán los pacientes hipertensos, su contribución está en función de delimitar con evidencia la correlación entre la causa con el efecto. Por lo tanto se justifica plenamente la realización del presente trabajo de investigación.

Objeto de Estudio:

El objeto del estudio es el accidente cerebro vascular isquémico en emergencia.

Campo de Acción o de investigación:

Lo constituyen los pacientes hipertensos hospitalizados en emergencia.

Objetivo general:

Determinar si la hipertensión arterial y que otros factores de riesgo se encuentran más frecuentes asociados a accidente cerebro vascular isquémico en los pacientes ingresados al área de emergencia de Hospital General Teófilo Dávila durante el período de enero a junio del año 2106, mediante la revisión estadística de las historias clínicas, realizado una sola vez, la información es recopilada en hoja de recolección de datos en excel, por la necesidad de conocer datos actuales sobre esta patología, realizándolo con ética y confidencialidad. Y así poder compartir con el hospital los resultados y recomendaciones

Objetivos Específicos:

- Determinar el accidente cerebro vascular isquémico en pacientes hipertensos atendidos en emergencia del hospital de la ciudad de Machala.
- Caracterizar los factores de riesgo como la edad, sexo valor de la presión arterial, antecedentes patológicos personales familiares hábitos: tabaquismo, alcoholismo, obesidad, sedentarismo, dieta rica en grasa en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico.
- Diseñar un plan de Charlas Educativas a los pacientes hipertensos hospitalizados en emergencia y proporcionar ayuda literaria con la finalidad de mejorar cambios en los estilos

de vida saludable, como dieta, ejercicios, educación sobre su tratamiento médico y apoyo familiar.

Novedad Científica:

La novedad científica de este estudio es el resultado de la correlación que existe entre la hipertensión arterial como factor de riesgo desencadenante de accidente cerebro vascular isquémico, el mismo que es modificable mejorando los controles de hipertensión arterial, evitando las complicaciones a futuro y servirá de evidencia para desarrollar nuevos estudios científicos en esta enfermedad.

Capítulo 1

MARCO TEORICO

1.1 TEORIAS GENERALES:

1.1.1 Definición de hipertensión Arterial

Se define a la hipertensión arterial como una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg de acuerdo la guía de práctica clínica sobre hipertensión arterial publicada en 2013 por la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). (Mancia et al. 2013). De acuerdo al Programa Nacional de Educación para la Hipertensión Arterial en el séptimo informe completo del Comité Nacional Conjunto, propuesta realizada para proporcionar una aproximación basada en la evidencia para la prevención detección, evaluación y manejo de la hipertensión arterial. Se define hipertensión resistente como el fracaso en conseguir el objetivo de control de la Presión Arterial en pacientes que cumplen tratamiento con tres fármacos a dosis plenas más un diurético. Pueden presentarse varias causas de hipertensión resistente. (Chobanian et al. 2003).

El objetivo terapéutico de mantener las cifras de tensión arterial entre 140/90 mmHg y 150/90 mmHg en pacientes mayores de 60 años de edad.(Morales-salinas et al. 2015)

1.1.2 Epidemiología

La hipertensión afecta ya a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares la OMS en el mundo busca unir a los esfuerzos de todos los Estados Miembros para elaborar y aplicar políticas dirigidas a reducir la mortalidad y la discapacidad que causan las enfermedades no transmisibles. La prevención y el control de la hipertensión son bases para ello.(OMS 2013). En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total el 51 % de las cerebrovasculares. (Herrera 2015).

1.1.3 Clasificación de la Presión Arterial

Las personas mayores de 50 años con presiones arteriales sistólicas (PAS) mayores a 140 mmHg y presiones diastólicas (PAD) a partir de 115/75 mmHg constituyen un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular el mismo que se duplica por cada incremento de 20/10 mmHg; los normotensos de 50 años tendrán un 90% de riesgo de desarrollar hipertensión a lo largo de su vida; los individuos pre hipertensos (PAS 120-139, ó PAD 80-89 mmHg) necesitarán medidas de promoción de salud en su estilo de vida (Chobanian et al. 2003) La presión arterial tomada sentado en más de una consulta en adultos mayores de 18 años está basada en la media de dos o más medidas adecuadas.

La pre hipertensión no es enfermedad, es una designación para identificar a los individuos con alto riesgo de desarrollar Hipertensión arterial, así pacientes y médicos estén atentos al riesgo y preparados para actuar o retrasar el desarrollo de la enfermedad y no son candidatos de tratamiento farmacológica, basado en sus niveles de Presión Arterial y deberían llevar estilos de vida saludables para reducir el riesgo de presentar hipertensión arterial en el futuro. Los pre hipertensos deberían ser considerados a una terapia farmacológica si el intento fallara la modificación de estilos de vida en la reducción de su presión arterial hasta 130/80 mmHg.

El JNC 7 sugiere que todas las personas con hipertensión arterial (Estadios 1 y 2) deben recibir tratamiento. El objetivo de valores de presión arterial para los hipertensos sin otras comorbilidades es de <140/90 mmHg y para los pre hipertensos sin comorbilidades asociadas es reducir la Presión Arterial hasta lo normal con modificación de estilos de vida.(Chobanian et al. 2003) De acuerdo a la guía de Hipertensión del 2013 La misma clasificación es utilizada para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos (fig. 1)

1.1.4 Complicaciones Cerebrales

La hipertensión arterial está relacionada con la incidencia del Accidente cerebro vascular isquémico, con el riesgo de daño cerebral asintomático detectado por Imagenología como la Resonancia Magnética cerebral, especialmente en ancianos, los tipos más comunes de lesión cerebral son las hiperintensidades de sustancia blanca, que se encuentran en la gran mayoría de los ancianos con HTA de gravedad variable, los infartos silentes son pequeños y profundos (infartos lacunares) y cuya frecuencia varía del 10 al 30%. Las hiperintensidades de la sustancia blanca y los infartos silentes se asocian a mayor riesgo de ictus, deterioro cognitivo y demencia. (Mancia et al. 2013) El riesgo de complicaciones clínicas de la enfermedad cerebrovascular incluyendo ictus isquémico, ocurren en individuos con pre-hipertensión o Hipertensión Arterial en estadio , su incidencia se reduce sustancialmente tratando la hipertensión arterial.(Chobanian et al. 2003)

1.1.5 Tratamiento

El objetivo de salud pública con la terapia antihipertensiva es lograr la reducción de la morbilidad y mortalidad de sus complicaciones dentro de éstas el accidente cerebro vascular isquémico. La adopción de estilos de vida saludables por parte de todas las personas es fundamental para la prevención y retraso de la incidencia de hipertensión. La disminución del peso en unos 4.5 Kg reduce la Presión Arterial y/o previene la misma en una alta proporción de obesidad, lo ideal es mantener el peso corporal normal. La presión arterial se beneficia del plan dietético DASH (Dietary Approaches to Stop Hipertensión) que consiste en una dieta rica en vegetales, frutas y bajos en grasas saturadas y totales dietas ricas en potasio y contenido cálcico.

El sodio en la dieta debería disminuir a no más de 100 mmol es decir 2.4 gr de sodio al día. una dieta DASH de 1.600 mg de sodio tiene un efecto similar a un tratamiento en monoterapia, además de realizar actividad física regular aeróbica, tales como caminar rápido

al menos 30 minutos al día mínimo 5 días de la semana, limitarse el consumo de alcohol a no más de 1 oz

(30 ml) de etanol, que equivale a dos copas por día en la mayoría de los varones, y a no más de 0.5 oz de etanol (una copa) al día en mujeres y personas de bajo peso una copa tiene 12 Oz de cerveza, 5 oz de vino y 1.5 oz de un licor de 80 grados, se recomienda abandonar el consumo del tabaco. De esta manera las modificaciones del estilo de vida mejoran la eficacia de los tratamientos antihipertensivos y disminuyen el riesgo cerebro y cardiovascular la combinación de dos o más de éstos puede conseguir aún mejores resultados.

En cuanto al tratamiento Farmacológico se cuenta con varios fármacos para bajar la Presión arterial. Más de dos tercios de hipertensos no pueden ser controlados con un solo fármaco y requerirán dos o más tratamientos antihipertensivos seleccionados entre las diferentes clases de medicamentos. (Chobanian et al. 2003) Todos los elementos polémicos de las guías de la Hipertensión Arterial tienen argumentos a favor y en contra. Sin embargo, el peso de la evidencia o el juicio clínico se inclinan a favor de subdividir la Prehipertensión Grado I y II conseguir como meta terapéutica presión arterial sistólica < 140 mmHg en todos los hipertensos menores de 80 años, mantener a los betabloqueantes como medicamentos de primera línea en la hipertensión arterial no complicada, y no demorar el inicio del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial Grado I.(Morales-salinas et al. 2015)

1.2 TEORIAS SUSTANTIVAS

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO

1.2.1 Definición

El accidente cerebro vascular agudo isquémico, ictus o stroke, es el término clínico que describe la injuria cerebral aguda por disminución del flujo sanguíneo en un área del cerebro,

dando como resultado isquemia del tejido cerebral y el correspondiente déficit neurológico. (Matthias Oleñik, Cudas, and González 2016).

1.2.2 Epidemiología

El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, o stroke Constituye la cuarta causa de muerte y la mayor causa de incapacidad en pacientes adultos. Su incidencia aumenta a partir de los 55 años. (Jauch, Editor, and Lutsep 2015) La prevalencia de ACV ha aumentado poco, el número de supervivientes incrementó en un 84%. (Hankey 2016)

1.2.3 Causas

En un accidente cerebrovascular isquémico se produce cuando algo interrumpe el flujo sanguíneo, las partes del cerebro se ven privadas de nutrientes y oxígeno, cuando los vasos sanguíneos se bloquean, esto daña las células cerebrales y las mismas empiezan a morir. (Herrera 2015) Los accidentes cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el cerebro, (OMS 2013) un bloqueo en un vaso sanguíneo pequeño afecta una zona más pequeña del cerebro y en los vasos sanguíneos más grandes puede obstruir el flujo sanguíneo a varios vasos sanguíneos más pequeños, lo que deriva en más daño cerebral. El bloqueo puede deberse a: Aterosclerosis debido a la acumulación de sustancias grasas a lo largo de la capa interno de la arteria por lo que se reduce gradualmente su luz a través de la cual puede pasar la sangre. . (Wood, 2016)

Un trombo sanguíneo que se desplazó desde otras partes del cuerpo o por la inflamación de los vasos sanguíneos. (Wood, 2016) Los accidentes cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el cerebro. (OMS 2013)

1.2.4 Subtipos de Accidente cerebro Vascular:

Está conformado por los siguientes síndromes: de la circulación anterior total y parcial, el lacunar y de la circulación. Los subtipos patológicos comprenden el Accidente cerebrovascular isquémico cerebral, retiniano e infarto medular. “Según la clasificación TOAST, el sistema de tipificación del fenotipo ASCOD (**A**: aterosclerosis **S**: small-vessel pequeños vasos **C**: cardiopatía **O**: otra causa **D**: disección), y el Causative Classification System (Sistema de Clasificación Causal)). La tercera parte de los ACV isquémicos sigue siendo de causa indeterminada (es decir, criptogénica), de la cual, actualmente un subgrupo se define como ACV de origen embólico indeterminado”,(Hankey 2016)

1.2.5 Factores de riesgo

Un Factor de Riesgo puede definirse como la característica biológica o hábito que permite identificar a un grupo de personas con mayor probabilidad que el resto de la población general para presentar una determinada enfermedad a lo largo de su vida. Los factores de riesgo de accidente cerebrovascular isquémico se dividen en factores modificables, no modificables y potencialmente modificables, de acuerdo con la solidez de la evidencia, en factores bien documentados o menos documentados(Matthias Oleñik, Cotas, and González 2016)

1.2.5.1 Factores de Riesgo No Modificables:

- El Sexo: El masculino es el más propensos a tener accidentes cerebrovasculares que el sexo femenino, pero las mujeres son más propensas que los hombres a morir a causa de esta afección. (Wood, 2016),
- Ascendencia afroamericana, hispanoamericana, asiática u originarios de las islas del Pacífico
- La Edad: El riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular aumenta después de los 55 años con la probabilidad de duplicarse en diez años. (Gonzalez, 2016)
- Accidente cerebrovascular isquémico previo.

- La Herencia, Antecedentes familiares de accidente cerebrovascular isquémico o transitorio.
- Soplo Carotideo: indica que tiene alto riesgo de dar lugar a producir accidente cerebrovascular isquémico. (Gonzalez, 2016)

1.2.5.2 Factores de Riesgo Modificables

- La Hipertensión arterial es el principal factor de riesgo cerebrovascular, por lo que un adecuado control de la presión arterial reduce las posibilidades de complicación de Accidente Cerebro Vascular isquémico. Habitualmente es asintomático muchas veces los pacientes descubren que son hipertensos luego de un haber presentado una accidente cerebrovascular. (Gonzalez, 2016)
- Enfermedad Cardiovascular
- Elevación de Homocisteína en sangre. Anemia Drepanocítica y Policitemia. Por medio de la asociación del genotipo MTHFR C677T.(Rutten-Jacobs et al. 2016)
- Aterosclerosis principalmente de las paredes internas de las arterias carótidas por acumulación de materia grasa, calcio y colesterol llegando a producir la obstrucción de las mismas. (Gonzalez, 2016)
- Lípidos: En la sangre se realiza la circulación de las grasas a través de las lipoproteínas el aumento del colesterol-LDL (Hipercolesterolemia) se asocia a la formación de ateromas y riesgo vascular, diabetes e hipertensión arterial y de antecedentes familiares de infartos.
- La Diabetes y los valores de glucemia superiores a los normales o menor tolerancia a la glucosa (prediabetes) están vinculados con aterosclerosis, enfermedad cardíaca y accidente cerebral. La incidencia de presentar accidente cerebrovascular es más frecuente en mujeres diabéticas que en los hombres diabéticos. (Gonzalez, 2016) La resistencia a la insulina es un factor de riesgo causal probable .(Hankey 2016)

- Las Alteraciones del ritmo cardíaco como las Arritmias y la Fibrilación Auricular son causales de Accidente Cerebro Vascular. (Jauch, Editor, and Lutsep 2015)
- La Estenosis Mitral, la Arteriopatía Periférica, la Enfermedad cardíaca.

1.2.5.3 Factores de Riesgo Potenciales

Relacionados con el estilo de vida que pueden también aumentar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular tales como:

- Uso de Drogas intravenosas como la Cocaína, Heroína y Anfetaminas. (Wood, 2016) aumentan el riesgo de dar lugar a accidente cerebro vascular.
- El Tabaquismo es uno de los principales factores modificables, el fumar incrementa significativamente el riesgo de padecer accidente Cerebro Vascular.
- El abuso de beber alcohol produce riesgo de aumentar la presión arterial y por ende de producir accidente cerebro vascular.
- La Obesidad, el sobrepeso y la grasa abdominal.
- El Sedentarismo, la inactividad física es un alto factor de la hipertensión arterial, (Gonzalez, 2016)
- Uso de anticonceptivos orales, es especial si tiene más de 35 años de edad y fuma.
- Uso prolongado de terapia de reemplazo de hormonas. (Wood, 2016)
- El Accidente cerebro vascular puede ser desencadenado por otras actividades como el trauma en el cuello y el coito.(Hankey 2016) . Además hay condiciones que incrementan el riesgo de la formación de coágulos sanguíneos como:
 - El Embarazo
 - El Cáncer
 - Y Ciertas enfermedades auto - inmunitarias.

1.2.6 Cuadro Clínico.

En ciertas ocasiones el cuadro clínico puede durar segundos, minutos, y hasta horas para luego ceder espontáneamente a esto se lo conoce como accidente isquémico transitorio (AIT) los mismos que tienen alta probabilidad de sufrir un nuevo accidente cerebral isquémico en las próximas horas o días. Los síntomas clínicos aparecen de manera repentina dependen de la parte del cerebro afectada, (Jauch, Editor, and Lutsep 2015) Según la arteria cerebral comprometida se encontraran los síndromes apopléticos : (Pabon, 2016)

- Arteria Cerebral Media la sintomatología dependerán de la localización y el grado de Obstrucción:

- Obstrucción Total: Hemiplegia, hemiparesia, hemianopsia homónima contralateral, desviación de la mirada isiplateral, afasia, disartria, apraxia.

- Obstrucción Parcial en la Motilidad, como pérdida súbita de la fuerza muscular en alguno de los miembros generalmente unilateral, en los brazos, piernas o cara, desviación de la comisura labial, (Jauch, Editor, and Lutsep 2015) Afasia de Broca si afecta el área frontal o parietal o afasia de Wernicke si es afectada el área de la corteza temporal (Pabon, 2016)

- Arteria Cerebral Anterior Se presentan signos que afectan el sistema piramidal como paresia, paraplejía crural contralateral con acinesia o hiposinesia del miembro superior, y otros como apraxia ideomotora incontinencia de esfínter sensación, cambios de la personalidad.

- Arteria Coroidea Anterior: si su obstrucción es completa se presentarán hemiplejía contralateral, hipoestesia y hemianopsia contralateral.

- Arteria Carótida Interna: Puede cursar asintomático o causar una isquemia cerebral masiva, al ocluirse la arteria cerebral media cursa con hemiparesia y hemihipoestesia contralaterales, con pérdida parcial o completa de la visión del mismo lado.

- Arteria Cerebral Posterior: hemianopsia homónima contralateral cuando hay lesión de la arteria calcarina, agnosia visual cuando hay isquemia del lóbulo occipital izquierdo,

deterioro de la memoria por daño de la parte media del lóbulo temporal. (Pabon, 2016)

Imposibilidad de reconocer o nombrar objetos, comprender frases, dificultad en la deglución, incapacidad para reconocer letras, realizar cálculos. (Jauch, Editor, and Lutsep 2015) pérdida del equilibrio o coordinación, vértigo, mareos, cefalea intensa de causa desconocida y alteración o pérdida de la conciencia. (OMS 2013)

1.2.7 Diagnóstico.

La exploración física neurológica es elemental para detectar el síndrome neurológico focal como debilidad muscular, problemas visuales, del habla, dificultad de movimiento.

Alteración del estado de conciencia. Medios de Diagnóstico: (Wood, 2016)

- Tomografía Axial Computada (TAC) Repetirla a las 24 horas luego de sucedido el evento.
- Resonancia Magnética Nuclear (RMN) del cerebro, es superior que la TAC sirve para identificar infartos pequeños o localizados en la fosa posterior y confirmar un accidente cerebrovascular o descartar otras condiciones.

Exámenes imagenológicos que ayudan a determinar en forma detallada el flujo sanguíneo como:

- Angiografía por Resonancia Magnética (ARM)
- Angiografía por Tomografía Computarizada (ATC)
- Ecografía Doppler, casi todos los pacientes con accidente cerebro vascular isquémico deber ser valorado el flujo de las arterias carótidas.
- En todos los pacientes con isquemia cerebral debe de realizarse un electrocardiograma para evaluar la probabilidad de arritmias cardiacas tales como la fibrilación auricular propensas a producir embolias cerebrales. (Wood, 2016)
- También se ha identificado el apnea del sueño como posible factor de riesgo.

Los análisis Biometría hemática, química sanguínea: Colesterol, HDL-C, LDL-C., glucosa, úrea creatinina. Gasometría, ionograma.

1.2.8 Tratamiento.

Dentro de las medidas del cuidado prehospitalario se recomienda aplicar el protocolo del uso de escala de apoplejía de Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)(Glover et al. 2016). En la fase aguda del accidente cerebro vascular isquémico hay que tratar de mantener en buenas condiciones posibles la perfusión y el metabolismo cerebral para conservar el tejido que aún permanece en penumbra isquémica, prevenir las posibles complicaciones e intentar la restauración precoz del flujo sanguíneo cerebral en el área afectada por la isquemia .

1.2.8.1 Medidas Generales:

Reposo en cama, en posición de semiflexión, adecuada oxigenación para mantener saturación de oxígeno entre 95 y 100%, controlar la presión arterial, hidratación y nutrición adecuada si no puede deglutir colocar sonda nasogástrica, mantener la función cardíaca y medidas antitrombóticas.

1.2.8.2 Tratamiento Antitrombótico.

- Con ácido acetil salicílico a dosis de inicio de 300 mg y luego a 100 mg /día.
- Heparina de bajo peso molecular, vía subcutánea se recomienda heparina regular en infusión continua. (Muñiz, 2015).

1.2.8.3 Tratamiento Trombólico.

Los mismos que van destinados a disolver los coágulos se administran por vía intravenosa dentro de las primeras horas luego del comienzo de los síntomas. (Wood, 2016) Si se trata de accidente cerebro vascular trombótico el tratamiento es con anticoagulación inmediata trombolíticos. La Alteplasa o (RTPA: recombinant tissue plasminogen activator) ha sido aprobada por la FDA en el tratamiento del accidente cerebro vascular isquémico agudo

trombótico (Muñiz, 2015). La Alteplasa se administra a dosis de 0.9 mg/Kg por vía intravenosa dentro de las 4-5 horas de ocurrido el ACV isquémico eleva casi en un tercio las probabilidades de que el ACV isquémico no produzca una discapacidad (mRS 0-1) a los 3 a 6 meses, sin afectar la mortalidad pese al aumento de la probabilidad de hemorragia intracerebral, durante las primeras 24 horas después de la administración de la Alteplasa se debe evitar el uso concomitante de antitrombóticos para disminuir la transformación hemorrágica de cualquier infarto cerebral.(Hankey 2016)

También se puede realizar un “tratamiento invasivo mediante la introducción de un catéter para llegar a la arteria cerebral afectada y administrar la misma droga en una dosis menor o extraer el trombo con dispositivos especiales”.(Son and Riesgo 2016). Seguridad y Eficacia de la Trombectomía con Stent Solitario(Campbell et al. 2016)

“La Alteplasa junto con la trombectomía a través de dispositivo endovascular de segunda generación en las 6 primeras horas posteriores al ACV isquémico duplica la velocidad de revascularización angiográfica a las 24 horas y la independencia funcional a los 90 días incrementando de 2 a 5 veces la probabilidad de mejorar en 1 punto o más el mRS. Se están desarrollando ensayos que evalúan si los pacientes con puntajes isquémicos bajos y áreas de penumbra recuperables sustanciales, identificados mediante la Tomografía de cráneo o la Resonancia magnética de perfusión, podrían beneficiarse con la administración de Alteplasa y la trombectomía endovascular después de las 6 horas”.(Hankey 2016)

Posteriormente el tratamiento definitivo para los pacientes que hayan sufrido Accidente cerebro vascular isquémico trombótico será con anticoagulantes orales como la aspirina y dar tratamiento antihipertensivos ya que la hipertensión arterial es uno de los factores causales de riesgo. (Wood, 2016). Para prevenir la recidiva del accidente cerebro vascular isquémico hay otras opciones quirúrgicas como la Endariectomia de la Carótida que consiste en la extracción de depósito de grasa. Angioplastia de la arteria carótida y la colocación de Stent.

Al producirse daño del tejido cerebral es muy importante que en la recuperación del paciente se incluya la Rehabilitación la misma que puede ser a través de la Fisioterapia, Terapia del lenguaje, además de necesitar tratamiento psicológico. (Wood, 2016) También hay que apoyar y educar a los cuidadores de los pacientes con esta patología a través de medios visuales para que sepan cómo actuar ante otro evento isquémico.(Kamal et al. 2016)

1.2.9 Prevención.

La gran mayoría de los factores de riesgo pueden modificarse principalmente entre los cambios en el estilo de vida, se recomienda:

- Realizar ejercicios aeróbicos con regularidad como caminata, bicicleta, trote, baile, natación al menos tres veces por semana; suelen disminuir las cifras de colesterol, glucosa y presión arterial y ayudan a mantener un peso adecuado.(Jauch, Editor, and Lutsep 2015)
- Controlar la presión arterial con frecuencia y tomar la medicación antihipertensiva.
- Bajar de Peso.
- Alimentarse con frutas, cereales, verduras, consumir pescado, limitar el uso de sal y dieta grasa.
- Dejar de consumir alcohol y Tabaco.
- Dejar de consumir Drogas.

Mantener las enfermedades crónicas bajo control medicamentoso con dosis baja de anticoagulante y uso de estatinas. Antidiabéticos etc. (Wood, 2016)

1.3 REFERENTE EMPÍRICOS

Se publicó un artículo original Factores de riesgo cardiovascular en accidente cerebrovascular sus autores Cristian Landy Matthias Oleñik, Manuel Cudas, Viriana Gonzalez, realizado en el servicio de Clínica del Hospital Regional de Encarnación en el periodo 2013-2014 de tipo observacional, descriptivo, transversal, analítico en pacientes

ingresados por un episodio de enfermedad cerebrovascular aguda. Siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo más prevalente 97,9% con una alta incidencia de obesidad, sobrepeso y diabetes, demostrando que el 100% de los pacientes presentaron más de un factor de riesgo cardiovascular. (Oleñik, 2016).

Se publicó un artículo original sobre Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables, el estudio era descriptivo, retrospectivo y transversal en el Policlínico Docente 'Miguel Montesino Rodríguez' de Fomento, Cuba, durante el 2010. La población era de 196 pacientes en edad geriátrica con diagnóstico de hipertensión arterial. La muestra de 98 pacientes las variables: estilos de vida, factores de riesgo modificables y control de la presión arterial y los factores no modificables edad y sexo. Resultando que el mayor número de pacientes estaba entre 60 y 64 años, predominó el sexo femenino, el sedentarismo como principal factor de riesgo modificable, con estilos de vida inadecuados y sin control de la presión arterial. Llegando a la Conclusión que una mayor proporción de pacientes hipertensos ancianos no controlados, con factores de riesgo modificables y con estilos de vida inadecuados.(Oca et al. 2012)

Un estudio realizado en hospital Nacional PNP durante 2008 a 2012 acerca de Accidente cerebrovascular isquémico en el adulto joven realizada por Litzbel Herrera Dávalos en donde el accidente cerebro vascular es raro en pacientes menores de 45 años, mientras más joven se presenta la enfermedad mayor es la discapacidad afectando la calidad de vida el objetivo era determinar los principales síntomas en este tipo de pacientes el estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo en 12 pacientes adultos jóvenes con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico obteniendo los siguientes resultados y conclusiones de 149 casos de accidente cerebro vascular isquémico el 8,05% correspondió a 12 adultos jóvenes mayormente en varones (66,7%), siendo la Hipertensión la comorbilidad más importante (41,7%).la sintomatología clínica de hemiparesia (75%) y disartria(33,3%) Accidente cerebro

vascular isquémico a nivel del tálamo fue el más frecuente no se reportaron fallecidos.

(Dávalos, 2015)

En un artículo publicado en revista neurológica en 2016 con el tema La presión arterial inicial en la admisión está asociada con la gravedad del accidente cerebrovascular y es predictivo de los gastos de admisión y el resultado de un año en accidente cerebro vascular isquémico agudo y accidente cerebro vascular hemorrágico, Realizaron con método retrospectivo en un solo centro de cohorte, los pacientes con ictus ingresados durante 3 días después de presentarse durante 2009 La presión arterial se la dividió en alta, media y baja.

Se valoró un total de 1173 pacientes la edad media: $67,8 \pm 12,8$ años, 61,4% hombres, concluyendo que los pacientes con accidente cerebro vascular isquémico con presión arterial extremadamente alta y baja al ingreso tienen peor gravedad del accidente cerebrovascular, además de generar un mayor costo de admisión y / o peor resultado de un año y en los pacientes con presión arterial baja o bajo de hemoglobina al inicio podría ser un factor contribuyente. (Liu et al. 2016) Otro estudio en un Hospital de España de paciente diabéticos tipo2 en una asociación positivamente en accidente cerebro vascular.(Muñoz-Rivas et al. 2015).

Diferencias étnicas en la calidad de vida después del accidente cerebrovascular se observó en estadounidenses de origen mexicano en la peor calidad de vida por las secuelas de discapacidad.(Sarah L Reeves, Devin L Brown, J Baek, and L Morgenstern 2015). En una investigación sobre diferencias entre adultos estadounidenses y británicos en la Preparación del Accidente Cerebrovascular se encontró que los estadounidenses fueron mejores en el reconocimiento y la respuesta al accidente cerebrovascular.(Dombrowski et al. 2015)

En un artículo publicado en revista intramed en Septiembre del 2016 mencionan que la prevalencia de Accidente cerebro vascular isquémico ha aumentado levemente, sin embargo

el número de supervivientes aumentó 84%, el 90% del riesgo atribuible poblacional de Accidente cerebro vascular provocado por 10 factores de riesgo tratables.(Hankey 2016)

De acuerdo a un estudio sobre Carga de enfermedad por Accidente cerebro vascular en América Latina realizado por Carlos Valencia-Hernandez, Gina Vargas Sandoval, Pablo Chaparro Narváez, Rafael HerazoTapia, Carlos Castañeda Orjuela, en el año 2015 se asoció a una progresiva migración de la población hacia la urbanización en las grandes ciudades en búsqueda de mejores condiciones de vida, provocan situaciones de comportamiento que aumentan los factores de riesgo para Accidente cerebro vasculares y altas tasas de mortalidad secundarios a las mismas.(Valencia-Hernandez, Chaparro-Narváez, and Castañeda-Orjuela 2015)

En el Capítulo 94 e del libro de Harrison 19 edición con el tema Biología del Envejecimiento menciona que se forma un continuo envejecimiento vascular a través de la aterosclerosis, presente en muchos pacientes ancianos, relacionadas con etapas tempranas de hipertensión y aterosclerosis. Esto contribuye a la isquemia miocárdica y las Apoplejías como Accidente cerebro vascular isquémico, El ayuno y el ejercicio tienen efectos beneficiosos para disminuir riesgo de morbi- mortalidad de hipertensión, aconseja caminar por 30 minutos diarios ya que produce efectos buenos en obesos.(Kasper. D.Hauser, L. Jameson. J, Fauci. A, Longo. D, Loscalzo 2016)

Capítulo 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Metodología:

Este trabajo aplicó una investigación con enfoque Cuantitativo, de naturaleza Descriptivo, Correlacional para determinar la frecuencia que se presentan los accidentes cerebro vascular isquémico en la hipertensión arterial y determinar los factores de riesgos asociados. Este estudio es catalogado sin riesgo por ser de tipo Retrospectivo realizado en un periodo de tiempo definido.

2.2 Métodos:

Es un diseño de estudio de campo No Experimental, de tipo transversal, cuya información será recopilada en un tiempo único a través de los datos que se encuentra en las historias clínicas. por lo que no atenta contra los derechos de los pacientes involucrados y por no haber manipulación directa con los mismos y se respetará su confidencialidad.(C. Roberto Hernández Sampieri 2016).

2.3 Hipótesis:

Ho (Hipótesis nula): No hay relación entre la hipertensión arterial como un factor de riesgo para el desarrollo de un accidente cerebro vascular isquémico.

Ha (Hipótesis alterna): Si hay relación entre la hipertensión arterial como un factor de riesgo para el desarrollo de un accidente cerebro vascular isquémico.

2.4 Universo y muestra:

El Universo está constituido por todas las historias clínicas de los pacientes Hipertensos que ingresaron a Observación en Emergencia del Hospital donde se realizó la investigación en el período de enero a junio del 2016.

La Muestra es el número de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los mismos que se detallan a continuación:

Criterio de inclusión:

- Historias Clínicas de pacientes que ingresaron con diagnóstico de evento cerebro vascular isquémico e hipertensión al área de observación del Servicio de Emergencia del Hospital Teófilo Dávila en el periodo de Enero a Junio del 2016.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes menores de 35 años de edad.
- Historias clínicas de pacientes que ingresaron con diagnóstico de accidente cerebro vascular hemorrágico al área de observación del Servicio de Emergencia del Hospital Teófilo Dávila en el periodo de enero a junio del 2016.

En total de enero a junio ingresaron 126 pacientes con hipertensión arterial y luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión la muestra fue de 114 pacientes.

2.5 Operacionalización de Variables: Cuadro de Operacionalización de Variables

VARIABLES	CATEGORIA	DIMENSIONES	INSTRUMENTO	UNIDADES DE ANALISIS
HIPERTENSION Variable Independiente	FACTORES BIOLOGICOS	EDAD SEXO	> de 35 a 96 años Hombre, Mujer	HISTORIA CLINICA
	FACTORES GENETICOS	HIPERTENSION, DIABETES INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, ENFERMEDADES CARDIACAS, ACV PREVIO	Antecedentes patológicos que acompañan a la hipertensión arterial	HISTORIA CLINICA
Accidente Cerebro Vascular isquémico Variable Dependiente	PRESION ARTERIAL	VALOR DE LA PRESION ARTERIAL DE INGRESO	Presión arterial tomada al ingreso y clasificada de acuerdo a las guías de HTA	HISTORIA CLINICA
	ANTECEDENTES Patológicos Personales y Familiares	Hipertensión	Antecedente personales y familiares de primera línea que tengan hipertensión	HISTORIA CLINICA
	FACTORES DE RIESGOS Social y dietético	Alcoholismo, Tabaquismo, Sedentarismo, Obesidad. dieta hipercalórica	Hábitos de consumir Alcohol, tabaco y dieta rica en grasa	HISTORIA CLINICA

2.6 Gestión de Datos:

Los Datos se recolectaron utilizando la revisión y análisis de la historia clínica en el área de Gestión de la Calidad. Todos los pacientes incluidos cumplían con diagnóstico de hipertensión y de Accidente Cerebro Vascular isquémicos ingresados al servicio de Emergencia.

El valor resultante se calculó empleando el software IBM SPSS® 19 con las herramientas de análisis estadístico descriptivo. las siguientes variables independientes cuantitativas: edad, sexo, valor de la Presión arterial sistólica y diastólica de ingreso, Antecedentes personales y familiares de Hipertensión y otras enfermedades, hábitos de Alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, obesidad y dieta hipercalórico. Con el propósito de evaluar la hipótesis de trabajo, en esta investigación se ha considerado determinar si existe una correlación entre la hipertensión arterial como factor de riesgo con el nivel de desarrollar Accidente cerebro vascular isquémico. Para esto se empleó la técnica de Spearman, mediante el software IBM SPSS® 19 y Chi cuadrado de Pearson.

2.7 Criterios Éticos de la Investigación:

Marco Legal

Considerando que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional está implementando cambios estructurales en el sector salud, que se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional viene impulsando desde el año 2007. La Constitución Ecuatoriana aprobada en el 2008, manda en el “art.32. La salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se vincula a otros derechos como el derecho al agua, la alimentación a la educación, la

cultura física el trabajo, la seguridad social los ambientes sanos y otros constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir.

En la Ley Orgánica de Salud en el Art. 69 en cuanto a la atención integral y el control de las enfermedades no transmisibles, crónicas degenerativas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública se realizara de manera coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de participación de la población en conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención y recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos”.(Ministerio de Salud 2012) “Tomando en cuenta el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ECNT del Ecuador y su Plan de acción, en donde la elaboración de normas y protocolos para la Atención de las ECNT, se encuentra enunciadas como una actividad más, en la línea de acción para el manejo de los servicios de salud”(Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2011)

Este trabajo de investigación cumple con las normativas internacionales de ética en investigación biomédica planteadas en la Declaración de Helsinki Por lo que no atenta contra los derechos de los pacientes involucrados y por no haber manipulación directa con los mismos y se respetará su confidencialidad.(World Medical Association (AMM) 2013)

La presente investigación es viable porque se solicitó el respectivo permiso al Director Asistencial del Hospital General Teófilo Dávila, el mismo quien delegó al responsable del Departamento de Docencia e Investigación, contando con su aprobación para poder llevar a cabo el acceso a la revisión de las historias clínicas en el departamento de Gestión de la Calidad de los pacientes ingresados en el área de observación de emergencia, lugar en el que me desempeño como médico Tratante de Medicina Interna. (ver anexos)

Capítulo 3

RESULTADOS

3.1. Antecedentes de la población de estudio

La población del presente estudio la conformaron 114. Las características del estudio fueron niveladas a partir de los criterios de inclusión, que son hipertensos que tienen más de 35 años y con ACV isquémico y los de exclusión planteada en el marco metodológico. En la Tabla 1 se detallan los estadísticos descriptivos de la población de estudio con su respectivo análisis.

3.2 Estudio de Campo

Se obtuvo satisfactoriamente una serie de datos proveniente de las mediciones revisadas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados de estudio. En total se obtuvieron 114 mediciones por cada variable. Posteriormente, se evaluó los resultados de la investigación mediante el análisis de frecuencias y la determinación de sus estadísticos descriptivos y correlación del nivel de significancia. Los resultados del análisis descriptivo y de frecuencia de las mediciones obtenidas se detallan en la Tabla 2 y 3.

Los resultados para el análisis de correlación de Spearman y de Chi Cuadrado, se presentan en la Tabla 5 y 7 donde es posible apreciar los casos de correlaciones estadísticamente significativas cuando el coeficiente de significancia es menor a 0,05. El tamaño de la muestra a partir de una estrategia de muestreo aleatorio simple, tomando en cuenta un nivel de confianza del 95% y considerando inicialmente que la proporción de pacientes dentro del Universo que poseen Las correlaciones de significancia α (alfa) a buscar es de menos de 0.5 % con un valor de $p =$ menos 0.05.

TABLAS Y ANALISIS

Tabla 1 Estadísticas descriptivas de Población de estudio

VARIABLES	Hipertensos	ACV isquémicos	total
Número de Pacientes	95	19	114
sexo Mujer	59	4	63
sexo Hombre	36	15	51
Media de Edad (años)	66,69	68,95	
Mínimo de Edad (años)	43	35	
Máximo de Edad	96	87	
desviación estandar de la edad	11,93	13,89	
desviación estandar del sexo	0,229	0,419	

Fuente Historias clínicas de pacientes hospitalizados en Emergencia con HTA y ACV isquémico del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por Dra. Tanya Castro A.

Análisis

Se evidenció en las historias clínicas que la edad de los pacientes hipertensos con una frecuencia media de 66 años, mínimo 43 años y máximo 96 años y los que desarrollaron ACV isquémico una media de 68 años con un mínimo de 35 años y la edad máxima de 87 años, de éstos predominan en el sexo masculino con un promedio 78.9% no siendo así en el total de los hipertensos donde predomina las mujeres con 55.3%. y varones con 44.7%

Tabla 2 Análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos en ACVisquémico

Edad de pacientes hipertensos (años)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	35 - 55	21	18,4	18,4	18,4
	56 - 75	61	53,5	53,5	71,9
	76 - 86	28	24,6	24,6	96,5
	87 - 96	4	3,5	3,5	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Sexo del paciente por genero					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	63	55,3	55,3	55,3
	Hombre	51	44,7	44,7	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Antecedentes Patológicos Personales de Hipertensión arterial					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	111	97,4	97,4	97,4
	No	3	2,6	2,6	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Antecedentes Patológicos Personales de Diabetes mellitus tipo 2					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	50	43,9	43,9	43,9
	No	64	56,1	56,1	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Antecedentes Patológicos Personales de Insuficiencia renal crónica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	36	31,6	31,6	31,6
	No	78	68,4	68,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Antecedente Patológicos Personales de Enfermedades cardíaca, síndrome coronario agudo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	17	14,9	14,9	14,9
	No	97	85,1	85,1	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Antecedente de Accidente cerebro vascular isquémico, hemorrágico previo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Isquémico	1	,9	50,0	50,0
	Hemorrágico	1	,9	50,0	100,0
	Total	2	1,8	100,0	
Perdidos	Sistema	112	98,2		
Total		114	100,0		

Fuente Historias clínicas de pacientes hospitalizados en Emergencia con HTA y ACV isquémico del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por Dra. Tanya Castro A.

Análisis.

Con respecto a los antecedentes patológicos personales la hipertensión arterial se evidencio con frecuencia del (97,4%) y de los 19 pacientes con ACV isquémico el 84,2% tenía antecedentes personales de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 en 50 pacientes (43.9%) Insuficiencia Renal Crónica en 36 pacientes (31,6%), Enfermedades cardiacas 17 pacientes (14,9%) Accidente Cerebro vascular previo en 2 pacientes de los 19 con ACV isquémicos de ellos un isquémico y otro hemorrágico (0.9%).

Por lo que en el presente estudio la edad avanzada, el sexo masculino y la hipertensión arterial (97,4%) en un mayor porcentaje que las otras patologías como insuficiencia Renal Crónica, Diabetes, y accidentes cerebro vasculares previos se presentan como factores de riesgo asociado a accidente cerebro vascular isquémico.

Tabla 3 Clasificación de la Presión Arterial en ACV isquémico

Clasificación de la presión arterial en ACV isquémico						
Accidente cerebro vascular isquémico			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	Válidos	Normal	5	26,3	26,3	26,3
		Normal alta	5	26,3	26,3	52,6
		HTA1	2	10,5	10,5	63,2
		HTA2	3	15,8	15,8	78,9
		HTA3	4	21,1	21,1	100,0
		Total	19	100,0	100,0	
No	Válidos	Normal	7	7,4	7,4	7,4
		Normal alta	44	46,3	46,3	53,7
		HTA1	36	37,9	37,9	91,6
		HTA2	7	7,4	7,4	98,9
		HTA3	1	1,1	1,1	100,0
		Total	95	100,0	100,0	

Fuente Historias clínicas de pacientes hospitalizados en Emergencia con HTA y ACV isquémico del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por Dra. Tanya Castro A.

Análisis.

En relación a la presión arterial de ingreso de los ACV isquémicos y de acuerdo a la clasificación de la Guía de práctica clínica sobre Hipertensión Arterial publicada en 2013

(fig1) se puede evidenciar que el 21,1% tenía hipertensión Grado 3 y el total de hipertensos tenía la presión normal alta correspondiendo al 46,3% demostrando que la hipertensión arterial representa un alto factor de riesgo Modificable de desencadenar un accidente cerebro vascular isquémico.

Tabla 4 Análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos en ACVisquémico

Signos neurológicos focales, Alteración de conciencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	19	100,0	100,0	100,0

Antecedentes patológicos familiares Diabéticos, hipertensos, accidente cerebro vascular isquémico en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	8	42,1	42,1	42,1
NO	11	57,9	57,9	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Hábito de beber alcohol paciente con accidente cerebro vascular isquémico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	4	21,1	21,1	21,1
NO	15	78,9	78,9	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Hábito de fumador paciente con accidente cerebro vascular isquémico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	6	31,6	31,6	31,6
NO	13	68,4	68,4	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Dieta rica en grasa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	4	21,1	21,1	21,1
NO	15	78,9	78,9	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Obesidad en el paciente con accidente cerebro vascular isquémico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válidos	SI	1	5,3	5,3	5,3
	NO	18	94,7	94,7	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Falta de actividad física en el paciente con accidente cerebro vascular isquémico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	10	52,6	52,6	52,6
	NO	9	47,4	47,4	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

signos Tomográficos de isquemia cerebral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	16	84,2	84,2	84,2
	NO	3	15,8	15,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

EKG normal o con alteraciones, bloqueos,

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NORMAL	15	78,9	78,9	78,9
	ALTERADO	4	21,1	21,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

ACV isquémico que fallecieron.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	15,8	15,8	15,8
	NO	16	84,2	84,2	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Fuente Historias clínicas de pacientes hospitalizados en Emergencia con HTA y ACV isquémico del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por Dra. Tanya Castro A.

Análisis.

En cuanto al cuadro clínico todos los pacientes de éste estudio presentaron signos neurológicos focales con o sin alteración de la conciencia. Con antecedentes Familiares de diabetes e hipertensión en 8 pacientes correspondiendo el (42%). 11 pacientes 57, 9% no refirió ningún antecedente patológico familiar, se detectó que el 31,6% de la población

estudio consumía alcohol, mientras que el 21% tenía hábito de fumar, hábitos alimenticios, el 21% consumía dieta hipercalórico rica en grasa. En el presente estudio tiene poca relevancia la obesidad ya que representó solo un 5%. La falta de actividad física se demuestra que aparece con un frecuencia de 52,6% por lo que aumenta el riesgo de complicar la enfermedad en estudio. En cuanto a método de diagnóstico encontrado en la historia clínica de los pacientes en estudio, solo un 84,2% se observó en Tomografía simple de cráneo signos de isquemia cerebral, un 15% reportaban Tomografías de cráneo normal y en cuanto al Electrocardiograma solo un 21% se encontraban alterados como bloqueos completos, taquicardia, alteraciones en la repolarización ventricular. De todo el grupo de pacientes hospitalizados en área de Emergencia del hospital Teófilo Dávila solo 3 que representa un 15,8% fallecieron y el resto el 84,2% quedaron con alguna secuela neurológica.

Tabla 5 Resultados de Correlaciones de spearman

Correlaciones			Accidente cerebro vascular isquémico	Antecedentes Patologicos Personales de Hipertensión arterial
Rho de Spearman	Accidente cerebro vascular isquémico	Coefficiente de correlación	1,000	-,368
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	114	114
	Antecedentes Patologicos Personales de Hipertensión arterial	Coefficiente de correlación	-,368	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	114	114

Fuente Historias clínicas de pacientes hospitalizados en Emergencia con HTA y ACV isquémico del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por Dra. Tanya Castro A.

Análisis. En este caso trabajamos con un nivel de significancia (alfa) α del 5% es decir 0.05, el valor de RHO calculado es de - 0.368 que corresponde a una baja correlación, el valor de significancia $p = 0.000$ este valor está por debajo del nivel de significancia.

Tabla 6 Resultado De La Regresion con correlaciones no paramétricas de Spearman

Rho de Spearman	Edad de pacientes hipertensos (años)	Coeficiente de correlación	,060
		Sig. (bilateral)	,527
		N	114
	Antecedentes Patologicos Personales de Hipertensión arterial	Coeficiente de correlación	,183
		Sig. (bilateral)	,052
		N	114
	Antecedentes Patologicos Personales de Diabetes mellitus tipo 2	Coeficiente de correlación	,262
		Sig. (bilateral)	,005
		N	114
	Antecedentes Patologicos Personales de Insuficiencia renal crónica	Coeficiente de correlación	,080
		Sig. (bilateral)	,398
		N	114
	Antecedente Patologicos Personales de Enfermedades cardíaca, síndrome coronario agudo	Coeficiente de correlación	,030
		Sig. (bilateral)	,752
		N	114
	Antecedente de Accidente cerebro vascular isquémico, hemorrágico previo	Coeficiente de correlación	.
		Sig. (bilateral)	.
		N	2
	Antecedentes patologicos familiares Diabeticos, hipertensos, accidente cerebro vascular isquémico en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico	Coeficiente de correlación	-,179
		Sig. (bilateral)	,464
		N	19
	Hábito de beber alcohol paciente con accidente cerebro vascular isquémico	Coeficiente de correlación	-,309
		Sig. (bilateral)	,199
		N	19
	Obesidad en el paciente con accidente cerebro vascular isquémico	Coeficiente de correlación	,456
		Sig. (bilateral)	,049
		N	19
	Hábito de fumador paciente con accidente cerebro vascular isquémico	Coeficiente de correlación	-,309
		Sig. (bilateral)	,199
		N	19
	Falta de actividad fisica en el paciente con accidente cerebro vascular isquémico	Coeficiente de correlación	-,122
		Sig. (bilateral)	,620
		N	19
	Dieta rica en grasa	Coeficiente de correlación	-,309

	Sig. (bilateral)	,199
	N	19
Sexo del paciente por genero	Coefficiente de correlación	-,308
	Sig. (bilateral)	,001
	N	114

Fuente Historias clínicas de pacientes hospitalizados en Emergencia con HTA y ACV isquémico del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por Dra. Tanya Castro A.

Tabla 7 Resultado de Correlación chi Cuadrado de Pearson

Pruebas de chi-cuadrado ^d Antecedentes de Hipertensión en ACV isquémico						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	15,405 ^a	1	,000	,004	,004	
Corrección por continuidad ^b	9,859	1	,002			
Razón de verosimilitudes	11,172	1	,001	,004	,004	
Estadístico exacto de Fisher				,004	,004	
Asociación lineal por lineal	15,270 ^c	1	,000	,004	,004	,004
N de casos válidos	114					

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -3,908.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Fuente Historias clínicas de pacientes hospitalizados en Emergencia con HTA y ACV isquémico del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por Dra. Tanya Castro A.

Tabla 8 Correlaciones Bivariantes de Pearson

Correlaciones bi variables			
		Número de pacientes	Accidente cerebro vascular isquémico
Número de pacientes	Correlación de Pearson	1	-,009
	Sig. (bilateral)		,925
	N	114	114
Accidente cerebro vascular isquémico	Correlación de Pearson	-,009	1
	Sig. (bilateral)	,925	
	N	114	114

Fuente Historias clínicas de pacientes hospitalizados en Emergencia con HTA y ACV isquémico del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por Dra. Tanya Castro A.

Análisis.

De acuerdo al Chi Cuadrado de Pearson la correlación entre antecedentes de hipertensión en accidente cerebro vascular isquémico, el Chi Cuadrado salió con una significancia bilateral $p = -0.004$ con una correlación bivariable $p = -0.009$.

Capítulo 4

DISCUSIÓN

4.1 Contrastación empírica

En el presente estudio correlacional de Spearman entre la hipertensión y el accidente cerebro vascular isquémico se calculó el valor de RHO donde dio como resultado de - 0.368 correspondiendo según la escala de RHO a una baja correlación, (fig.2) una $p=0.000$ que es un valor que se encuentra por debajo del valor de significancia α (alfa) que es 0.05. Por lo que nos quedamos con la HIPOTESIS ALTERNA en donde se demuestra que el objeto del estudio, SI existe relación entre la hipertensión arterial como un factor de riesgo para el desarrollo de un accidente cerebro vascular isquémico y por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. Que es lo contrario.

De acuerdo al Chi Cuadrado de Pearson la correlación entre la hipertensión y el accidente cerebro vascular en donde H_0 = hay independencia entre las dos variables, H_1 = las dos variables están relacionadas, donde el nivel de significancia (α) p = menos de 0.05, conclusión de acuerdo al criterio del autor Cochran en 1952, la fracción esperada no debe ser mayor al 5% y la frecuencia esperada no superar al 20% En éste estudio el Chi Cuadrado salió con una significancia bilateral $p=0.004$. Estadísticamente hay evidencia para desechar la hipótesis Nula y se acepta la hipótesis Alterna es decir si existe relación entre la hipertensión arterial como factor de riesgo desencadenante de accidente cerebro vascular isquémico.

4.2 Limitaciones

La ejecución del estudio se vio limitada en primer lugar por la dificultad de recolectar ciertos datos de las historias clínicas de los pacientes del Universo. Esta limitante fue

contrarrestada gracias a la técnica de muestreo que permitió obtener resultados satisfactorios a partir de una muestra de 114. Esto implica que a partir del análisis presentado no es posible determinar relaciones de causalidad entre variables, sino que solamente es posible indicar que la HTA y el ACV isquémico se encuentran estadísticamente correlacionados.

4.3 Líneas de investigación

El producto de este estudio provee de información útil para futuras investigaciones dentro del campo de la Epidemiología, y específicamente sobre el Accidente cerebro vascular isquémico para nuestra población ecuatoriana. La metodología aplicada en este estudio ha probado ser efectiva para correlacionar que la hipertensión arterial constituye en uno de los factores de riesgo en desencadenar efectos de la enfermedad. Permitiendo sentar las bases para futuras investigaciones donde intervenga la utilización de modelos predictivos para crear protocolos de predicción temprana del Accidente cerebro vascular isquémico a partir de los factores de riesgo observados.

4.4 Aspectos relevantes

La investigación presentada en este trabajo presenta de manera objetiva el estado actual de la prevalencia de ACV isquémico en un Hospital local en Machala provincia El Oro. Sin embargo, es posible establecer contrastes entre este trabajo y otros similares realizados en otras partes del mundo. Los hallazgos más importantes se refirieron a los factores modificables que inciden en el riesgo de contraer Accidente cerebro vascular isquémico, del total de la muestra el (97,4%) presentó hipertensión arterial y los que ingresaron con ACV isquémico 84,2%, con una significancia $p=0.004$, Diabetes Mellitus con (43.9%) con $p=0.07$, Insuficiencia Renal crónica con (31,6%) con una $p=0.03$, Enfermedades cardíacas con (14,9%) con una $p=0.006$ Accidente Cerebro vascular previo en 2 pacientes de los 19 con ACV isquémicos de ellos un isquémico y otro hemorrágico (0.9%). Con antecedentes

Familiares de diabetes e hipertensión en 8 pacientes correspondiendo el (42%). con una $p=0.000$

Hábitos tales como alcoholismo en 31,6% y el tabaquismo con el 21% el sedentarismo en 52,6% y alimenticios con una dieta hipercalórica rica en grasas en 21%. Dentro de los no modificables observados en este estudio fue la edad promedio de 68 años y en el sexo masculino con 78.9%. Lo que coincide con los resultados de estudios en hospital de Guayaquil realizado sobre de Accidente cerebro vascular isquémico e incidencia sobre hipertensión en 2013 a 2014 donde se encontró que la principal causa de accidente cerebro vascular isquémico es la hipertensión arterial ocupando entre el 59% y 60% como incidencia.(Garcia n.d.), otro estudio realizado por Chang Gung (SRICHs) investigadores(Liu et al. 2016) cohorte retrospectivo de un solo centro los pacientes con ictus se encontraron con presión arterial de ingreso extremadamente alta y baja y tenían gravedad del accidente cerebrovascular, y un mayor costo de admisión.

En Perú un estudio realizado en hospital de Trujillo en pacientes hospitalizados con diagnóstico de egreso de accidente cerebro vascular isquémico al analizar la variable hipertensión arterial se obtuvo que el 79.8% de los que presentaron accidente cerebro vascular isquémicos tuvieron hipertensión arterial, y el 17.3% de los controles también tuvieron hipertensión arterial, la prueba Chi-cuadrado de Pearson se halló un valor de $p=<0.0001$.(Silvestre 2016), En Cuba en el Hospital Pinar del Río se estudió la caracterización clínico epidemiológica de las enfermedades cerebrovasculares en una unidad de cuidados intensivos en 89 pacientes en donde el evento cerebral isquémico con 79,5 %, y los factores de riesgo asociados prevaleció la hipertensión arterial con más de 80 %.

En Colombia en el municipio de Medellín en un artículo sobre las enfermedades cardio-cerebro-vasculares 2000-2013 y de acuerdo con el Plan de Salud Municipal 2012-2015, reconocen que las enfermedades cerebrovasculares y la hipertensión están situadas en las

primeras diez causas de muerte, asociados a factores de riesgo como consumo excesivo o insuficiente de alimentos grasos, azucarados o salados, el sedentarismo, tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad. (Arango-t and Restrepo-t 2013).

Los resultados de este estudio aportan sobre el análisis de la prevalencia de ACV isquémico a nivel local, regional, nacional, e internacional. Además, la confirmación de la correlación de las variables observadas como factores de riesgo con el nivel de ACV isquémico , sostiene la necesidad de implementar planes de acción e intervención para disminuir la futura prevalencia de esta enfermedad.

Capítulo 5

PROPUESTA

Diseñar un Plan de charlas educativas a los pacientes hipertensos hospitalizados en Emergencia y proporcionar ayuda literaria con la finalidad de mejorar cambios en los estilos de vida saludable, como dieta, ejercicios y educación sobre su tratamiento médico.

Introducción

Permitirá al personal de salud hacer una valoración integral de la condición real de los pacientes hipertensos y de esta manera poder aplicar medidas preventivas y terapéuticas para evitar complicaciones a futuro que comprometen la calidad de vida del pacientes como la discapacidad y en algunos casos hasta su vida y realizar un direccionamiento adecuado de los pacientes de acuerdo a la gravedad de la enfermedad, y en los pacientes que no han desarrollado la patología, se puede intervenir en el control de los factores de riesgo identificados en la presente investigación.

Misión

Coordinar con las autoridades institucionales, con el personal médico y enfermeras del Servicio de la Emergencia del Hospital Teófilo Dávila para la realización de charlas dirigidas a los pacientes hipertensos hospitalizados.

Visión

Dar continuidad en charlas educativas así conseguir que el paciente hipertenso tome conciencia y modifique los factores de riesgo que predisponen al accidente cerebro vascular isquémico.

Objetivos de la propuesta

Todo paciente hipertenso hospitalizado sea educado en los cambios de estilo de vida, para mejorar la calidad de vida y disminuir su morbimortalidad.

Objetivos específicos

- 1.- Evaluar a los pacientes hipertensos si conocen sobre su enfermedad y sus riesgos
- 2.- Realizar charlas de capacitación sobre factores de riesgo modificables con cambios de estilo de vida.

Este plan consistirá en dar capacitaciones a los pacientes hipertensos sobre la importancia y necesidad de implementar un mejor estilo de vida mediante coordinación y autorización de los responsables del departamento de Docencia y Emergencia, a fin de no entorpecer las actividades de atención de salud de la emergencia.

Factibilidad

La presente propuesta es factible para ser aplicada, considerando ser de fácil aplicación y se puede implementar en el área de emergencia de la institución.

Se coordinará con el departamento de Docencia e Investigación para proporcionar material didáctico de información, con el apoyo de exposiciones y entrega de folletos, e información que irán dirigidos a los pacientes.

Justificación

Esta propuesta se basa en los deberes como profesionales de salud tenemos y como parte de los valores institucionales del MSP de prevención y control de complicaciones en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, dentro de ella tenemos la hipertensión y accidentes cerebro vascular isquémicos. Además es de gran importancia para el personal médico y de salud realizar un adecuado abordaje del paciente hipertenso con accidente cerebro vascular isquémico tanto así que el Ministerio de salud Pública ha elaborado protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles entre estas la hipertensión arterial.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

A partir de los resultados del estudio, y teniendo en cuenta las limitaciones del mismo, es posible concluir que :

- Se establece los factores físicos más frecuentes como la edad de 51 años en hipertensos y 68 años para Accidente cerebro vascular isquémico, el sexo femenino (53.3%) predominó en HTA y el masculino (78.9%) en ACV isquémico.
- El valor de la presión arterial al ingreso de los pacientes con hipertensión entre 130/80- 140/90 mmHg y de 160/100 hasta 200/100 mmHg en accidente cerebro vascular isquémico.
- Se señalan dentro de los antecedentes patológicos personales más frecuentes es la hipertensión con un (97,4%) con una $p= 0.000$ de acuerdo al método de Spearman y a una $p= 0.009$ de acuerdo al Chi cuadrado de Pearson. Otras enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 en un (43.9%), la insuficiencia renal crónica (31,6%), las enfermedades cardíacas (14,9%) y a los pacientes que ingresaron con ACV isquémico la hipertensión arterial 84,2% y antecedente de ACV isquémico previo (0.9%), sin presentar otra comorbilidad.
- Se identificó otros factores de riesgo: tabaquismo 21%, alcoholismo 31, 6%, sedentarismo 52,6%, dieta rica en grasa 21% en pacientes con ACV isquémico.

Se concluye que primero una correlación entre el factor de riesgo modificable que es la hipertensión arterial en desencadenar un accidente cerebro vascular isquémico. Segundo se determina que se asocian otras factores de riesgo al ACV isquémico tales como el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y malos hábitos alimenticios como las dietas hipercalóricas ricas en grasas en los pacientes estudiados en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.

Recomendaciones

Una de las principales recomendaciones es lograr disminuir la frecuencia de ingresos de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico e hipertensión, controlar los factores de riesgo asociados a provocar un ACV isquémico aportando en la educación hacia los pacientes a través de charlas sobre hábitos alimenticios y cambios en los estilos de vida, educándolos sobre el tratamiento adecuado que deben suministrarse permanente, insertarlos a rehabilitación física para obtener una mejor recuperación, disminuyendo la discapacidad física y mejorar su calidad de vida. Que ésta investigación sirva de aporte y base de dato para continuar con los futuras estudios sobre estas patologías que afectan a nuestra población.

Referencias bibliográficas

Arango-t, Gustavo Alberto, and Yesica Restrepo-t. 2013. "Las Enfermedades Cardio-Cerebro-Vasculares En Medellín - Colombia , Entre 2000- 2013 : ¿ Un Referente Para Las Políticas Públicas En Salud ?" : 232–45.

C. Roberto Hernández Sampieri. 2016. Metodología De La Investigación. MCGRAW-HILL.

Campbell, Bruce C V et al. 2016. "Safety and Efficacy of Solitaire Stent Thrombectomy: Individual Patient Data Meta-Analysis of Randomized Trials." Stroke; a journal of cerebral circulation 47(3): 798–806.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26888532><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4760381>.

Chobanian, A et al. 2003. 42 Septimo Informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial Septimo Informe Del Comité Nacional Conjunto En Prevención, Detección, Evaluación Y Tratamiento de La Hipertensión Arterial.

Dombrowski, Stephan U. et al. 2015. "Differences between US and UK Adults in Stroke Preparedness: Evidence from Parallel Population-Based Community Surveys." Stroke 46(11): 3220–25.

García, J. "El Accidente Cerebro Vascular Isquémico E Incidencia De Hipertensión Arterial En Pacientes Del Hospital Guayaquil En El Periodo 2013-2014." Universidad De Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Medicina Tema.

Glober, Nancy K et al. 2016. "Acute Stroke: Current Evidence-Based Recommendations for Prehospital Care." The western journal of emergency medicine 17(2): 104–28.

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4786229&tool=pmcentrez&rende>

rtype=abstract.

Hankey, G. 2016. "IntraMed - Artículos - Accidente Cerebrovascular." The Lancet.

Herrera, L. 2015. "Investigaciones Originales/." Revista de la facultad de Medicina Humana de la Universidad de Ricardo Palma 2: 4–8.

Jauch, Author Edward C, Chief Editor, and Helmi L Lutsep. 2015. "Guidelines for the Prevention of Stroke in Patient With Stroke and Transient Ischemic Attack. Stroke 2015;46(4):e87- 9. -Ischemic Stroke." : 1–25.

Jhon Usiña. 2013. Inec Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos Y Defunciones 2014. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>.

Kamal, Ayesha Kamran et al. 2016. "Translating Knowledge for Action against Stroke-- Using 5-Minute Videos for Stroke Survivors and Caregivers to Improve Post-Stroke Outcomes: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial (Movies4Stroke)." Trials 17: 1–13. <http://10.0.4.162/s13063-016-1175-x>
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true%7B&%7Ddb=a9h%7B&%7DAN=112542253%7B&%7Dsite=ehost-live>.

Kasper, D. Hauser, L. Jameson, J. Fauci, A. Longo, D. Loscalzo, J. 2016. Harrison Principios de Medicina Interna. 19th ed. ed. Mc Graw Hill. MEXICO.

Liu, Chi-Hung et al. 2016. "Initial Blood Pressure Is Associated with Stroke Severity and Is Predictive of Admission Cost and One-Year Outcome in Different Stroke Subtypes: A SRICHS Registry Study." BMC neurology 16: 27.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26923538>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4770548>.

Mancia, Giuseppe et al. 2013. "2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension." Blood Pressure 22(4): 193–278.

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08037051.2013.812549>.

Matthias Oleñik, C.L., M Cudas, and V González. 2016. “Factores de Riesgo Cardiovascular En Accidente Cerebrovascular.” *Revista Virtual de Posgrado* 1(1): 28–46.

Ministerio de Salud. 2012. Ministerio de Salud publica del Ecuador Manual Del Modelo de Atención Integral Del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario E Intercultural (MAIS - FCI). Quito.

http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf%5Cnhttp://www.cerebroperiferico.com/msp/normatizacion.html.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2011. “PROTOCOLOS CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (Diabetes 1, Diabetes 2, Dislipidemias, Hipertensión.” : 68.

Morales-salinas, Alberto et al. 2015. “Divergencias Entre Guías de 2013 Y 2014 de La Hipertensión Arterial . Posición de La Sociedad Centroamericana Y Del Caribe de Hipertensión Y Prevención Cardiovascular 1.” 37(3): 172–78.

Muñoz-Rivas, Nuria et al. 2015. “Time Trends in Ischemic Stroke among Type 2 Diabetic and Non-Diabetic Patients: Analysis of the Spanish National Hospital Discharge Data (2003-2012).” *PloS one* 10(12): e0145535.

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4700977&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Oca, A et al. 2012. “Características Clínico-Epidemiológicas de La Hipertensión Arterial Con Relación a Variables Modificables Y No Modificable.” *Rev. Soc. Peru. Med. Interna* 25(2): 70–73. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=661422&indexSearch=ID>.

OMS. 2013. Oms Información General Sobre La Hipertension En El Mundo.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf.

Robertt, Pedro, and Pedro Lisdero. 2016. "Epistemología Y Metodología de La Investigación Sociológica : Reflexiones Críticas de Nuestras Prácticas de Investigación." *Sociologias* 18(41): 54–83. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222016000100054&lng=es&nrm=iso&tlng=en.

Rutten-Jacobs, Loes C A et al. 2016. "Association of MTHFR C677T Genotype with Ischemic Stroke Is Confined to Cerebral Small Vessel Disease Subtype." *Stroke* 47(3): 646–51.

Sarah L Reeves, , Devin L Brown, J Baek, Jeffrey J Wing, and L Lisabth L Morgenstern. 2015. "Ethnic Differences in Post-Stroke Quality of Life in the Brain Attack Surveillance in Corpus Christi (BASIC) Project." *HHS Public Access* 33(4): 395–401.

Sehatzadeh, S. 2015. "Is Transient Ischemic Attack a Medical Emergency? An Evidence-Based Analysis." 15(3): 1–45.

Silvestre, M. 2016. "Factores De Riesgo Asociados A Enfermedad Cerebrovascular En Pacientes Hospitalizados En El Servicio De Neurología Del Hospital Belén De Trujillo." Universidad Nacional De Trujillo Facultad De Medicina Escuela De Medicina Dirección. Creative Commons Reconocimiento-No Comercial Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Son, Cuáles, and L O S Factores D E Riesgo. 2016. "Accidente Cerebrovascular Isquémico Stroke Attack." *Rev Argent Cardiol* 83: 2015. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i2.8331>.

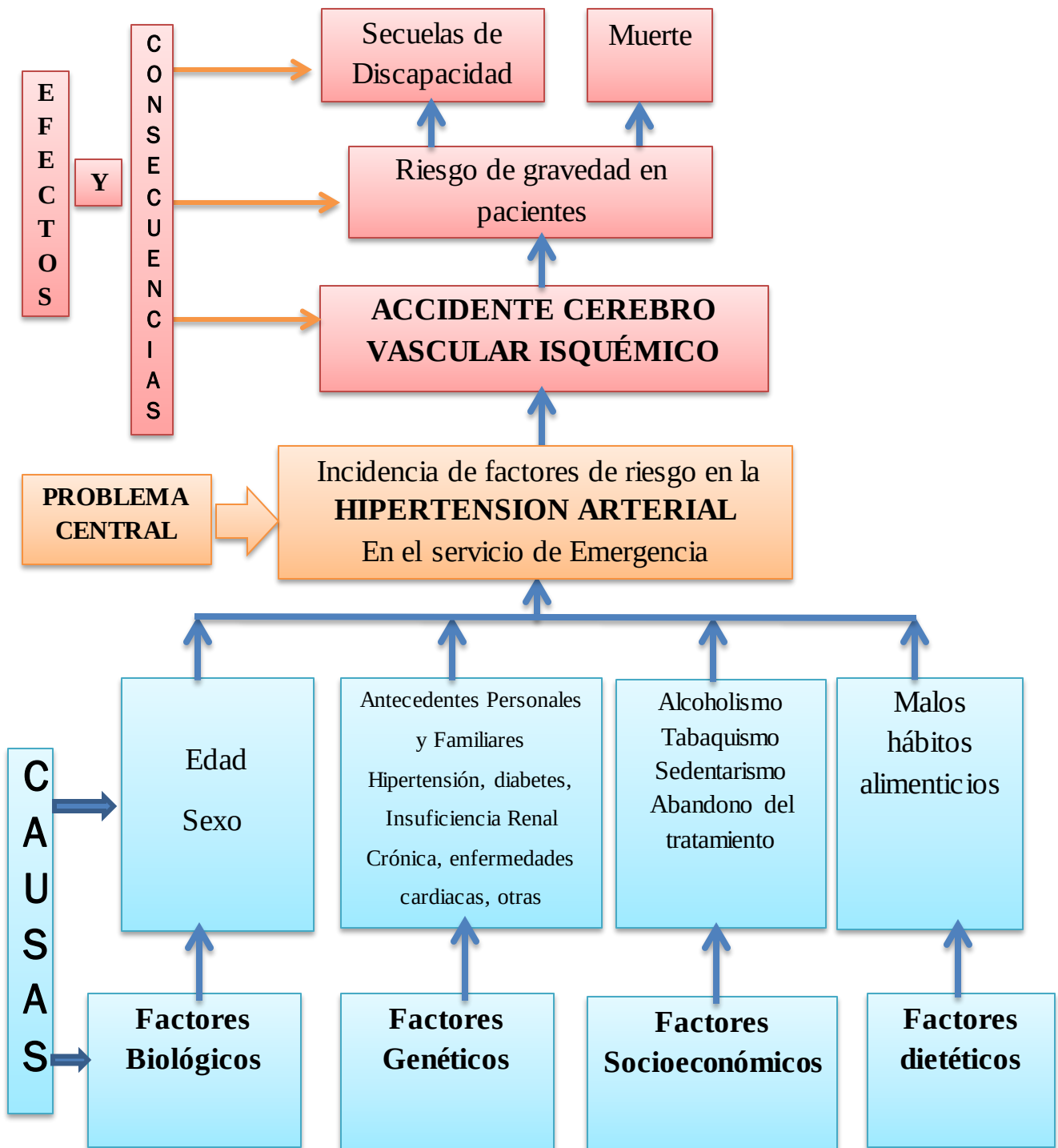
Valencia-Hernandez, Carlos, Gina Vargas-Sandoval // Pablo Chaparro-Narváez, and Rafael Herazo-Tapia // Carlos Castañeda-Orjuela. 2015. Informe Técnico ONS Enfermedad, Carga de Crónicas, Enfermedades No Transmisibles Discapacidad, Y Colombia, Cap.3 Carga de

Enfermedad Por Accidente Cerebro Vascular En América Latina.

World Medical Association (AMM). 2013. “Declaración de Helsinki de La AMM - Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos.” World Medical Association, Inc: 1–8. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.

ANEXOS

Árbol del Problema



Anexo 2 Figuras

Figura 1. Definiciones y clasificación de la presión arterial

Categoría	Sistólica	Diastólica
Óptima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
HTA de grado 1	140-159	90-99
HTA de grado 2	160-179	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	< 90

Fuente Guía de práctica clínica sobre Hipertensión Arterial publicada en 2013 por la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). (Mancia et al. 2013)

Figura 2. Valor de RHO: Oscila entre 0 y 1

Entre 0.00 a 0.19	Es muy baja la correlación
Entre 0.20 a 0.39	Es baja la Correlación
Entre 0.40 a 0.59	Es moderada la Correlación
Entre 0.60 a 0.79	Es buena la correlación
Entre 0.80 a 100	Es muy buena la correlación.

Anexo 3 Plantilla para levantamiento de Datos

Universidad De Guayaquil

Maestría en Emergencias Médicas

TEMA. Accidente Cerebro Vascular isquémico en pacientes hipertensos hospitalizados en Emergencia del hospital Teófilo Dávila.

UNIVERSO DE PACIENTES

HIPERTENSOS

ENERO A JUNIO 2016

[illegible]

ACCIDENTES CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO

[illegible]

Anexo 4 Autorización del Responsable de Docencia e Investigación del hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala



Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal Salud 7
Hospital General Teófilo Dávila / Docencia e Investigación



Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2016-0252-M

Machala, 13 de septiembre de 2016

PARA: Sra. Ing. Alexandra Elizabeth Benalcázar Martínez
Especialista de Admisiones

ASUNTO: SOLICITA AUTORIZACION PARA OBTENER DATOS
ESTADISTICOS DRA. TANYA CASTRO

De mi consideración:

Estimada Ing. Alexandra Benalcázar, Analista Responsable de Admisiones, en atención al Oficio S/N, Presentado en Secretaría General el 08 de septiembre de 2016, por la Dra. Tanya Castro, Médico Tratófante Del Servicio de Emergencia del H.T.D. quien solicita autorización para realizar la investigación sobre: **ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR ISQUEMICO EN PACIENTES HIPERTENSOS, DISEÑO EDUCATIVO DEL MANEJO DE ESTOS PACIENTES**. esta investigación se realizara con los pacientes que permanecieron hospitalizados en el Area de observación del servicio de emergencia del HTD. en el periodo comprendido entre Enero a Junio del 2016. Para realizar Titulación Especial previa la obtención del título de Magister en Emergencias Médicas. Luego del análisis correspondiente y la comprobación que el trabajo de investigación esta avalado por la Universidad de Guayaquil, se decide dar visto bueno a su solicitud. Por tal razón de la manera mas comedida solicito se brinde las facilidades necesarias para que la Dra. Tanya Castro pueda acceder a las historias clínicas y obtener los datos que requiere para el desarrollo de su trabajo de investigación

Con sentimientos de distinguida consideración.

Ateñidamente,

Med. Juan Diego Sarango Jaramillo
RESPONSABLE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Dr. Juan Diego Sarango Jaramillo
ESPECIALISTA
NEFROLOGIA
C.R.P. 1104335128
R. INH: 16 - 08 - 00045

Copia:
Sra. Dra. Tanya Elizabeth Castro Abad
Médico Tratante



Anexo 5 Tema de la Charla Educativa Medidas Preventivas para minimizar el riesgo de Accidente Cerebro Vascular en pacientes Hipertensos

Objetivo General: dar a conocer a los pacientes hipertensos cuidados en su salud.

Contenido:

- Recomendaciones Nutricionales
- Actividad Física
- Estilos de vida

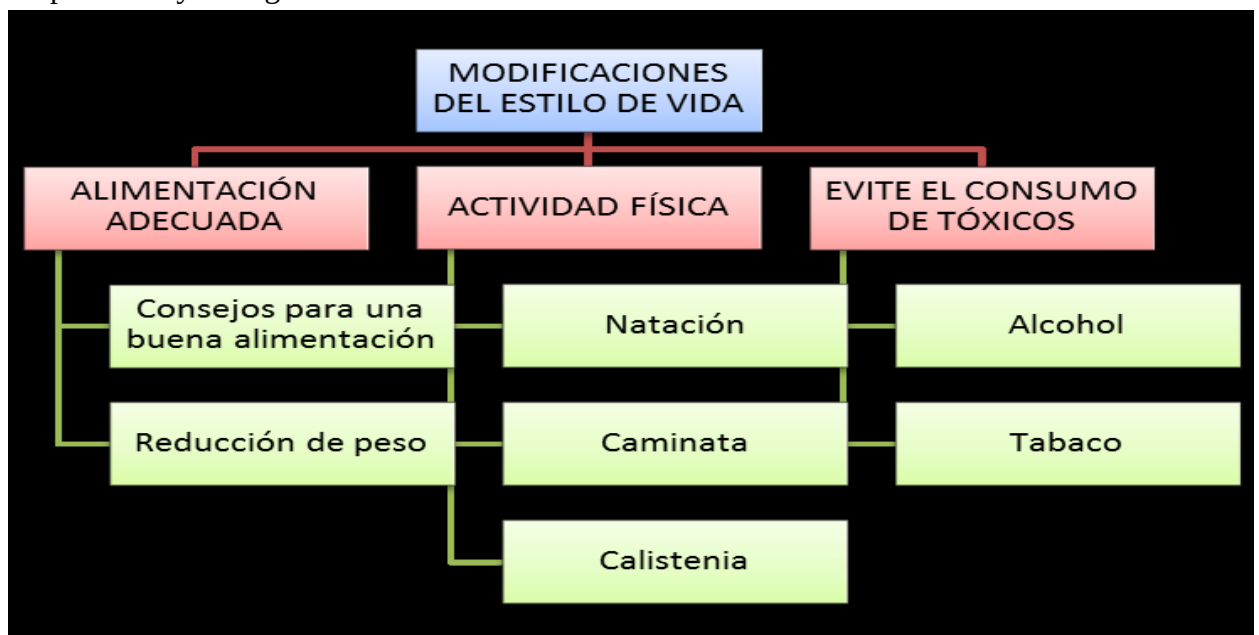
Duración: 1 hora

ACTIVIDADES:

- Adecuaciones
- Presentación del Plan
- Listado de Participantes
- Folletos informativos

TECNICAS:

- Diapositivas y Entrega de material didáctico



Anexo 6 Literatura para los pacientes

Dieta 1500 Kcal

(El orden de los menús por día puede cambiar, si lo desea)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno	1 toronja en gajos. 2 claras de huevo revueltas. 2 tostadas integrales de trigo.	1 enfrijolada (hecha con 1/4 de taza de frijol y 2 rebanadas de queso fresco light, 20 gramos aprox.), 1 naranja en gajos. 1 taza de leche light.	2 mandarinas. 2 quesadillas de queso (2 tortillas de maíz. 4 rebanadas de queso fresco, 40 gramos aprox.). 1 yogurt light 200 gramos.	1 sandwich integral de jamón de pavo (2 rebanadas de pan integral, 2 rebanadas de jamón de pavo, se puede poner mostaza). 1 taza de leche light. 1 manzana.	1 taza de leche light. 1 taza de cereal integral. 1/2 plátano.	1 taza de frutas picada. 1 yogurt light 200 gramos. 1/2 taza de salvado de trigo.	1 tortilla de huevo con champiñones (2 claras de huevo, 1 taza de champiñones). 2 rebanadas de pan integral. 1 taza de piña. 1 taza de leche light.
Refrigerio	1 naranja.	1 manzana.	20 uvas.	2 guayabas.	1 taza de melón picado. 2 galletas de avena.	1 taza de sandía picada.	2 mandarinas.
Almuerzo	1 taza de arroz blanco cocido al vapor. 1 pedazo mediano de carne a la plancha (150 gramos) con cebolla y tomate rifido. 1 taza de acelgas cocidas, con 2 cucharaditas de aceite.	1 pechuga de pollo mediana a la plancha (120 gramos aprox.). 1 taza de zanahoria cocida con 2 cucharaditas de aceite. 1 tostada de trigo integral.	1 filete grande de pescado a la plancha (160 gramos). 7 espárragos verdes cocidos con 3 cucharaditas de aceite. 2 tortillas de maíz.	1 taza de arroz cocido. 1/2 taza de frijol cocido. 110 gramos de pollo desmenuzado. 1 taza de brócoli con 2 cucharaditas de aceite.	1 filete grande de pescado a la plancha (160 gramos aprox.). 2 tazas de ensalada de lechuga (1 pepinillo y 1 tomate) aderezada con 2 cucharaditas de aceite y vinagre al gusto.	1 taza de tallarín con vegetales. 1 filete grande de lenguado empapelado (160 gramos aprox.). 1 tostada. 1/2 taza de verduras al vapor con 3 cucharaditas de aceite.	3 albóndigas de res (150 gramos aprox.) con tomate. 2 rebanadas de pan integral de trigo. 1 taza de remolacha con 2 cucharaditas de aceite.
Refrigerio	2 rebanadas de queso fresco. (20 gramos aprox.). 1 galleta de avena.	25 gramos de almendras (3 cucharadas aprox.).	30 gramos de maní natural (1/3 de taza aprox.).	30 gramos de nueces (1/3 de taza aprox.).	1 1/2 tazas de canguil.	25 gramos de almendras (3 cucharadas aprox.).	20 gramos de maní natural (1/5 de taza aprox.).
Cena	1 taza de leche light. 1 taza de cereal integral con 40 gramos de nueces (1/4 de taza aprox.).	1 yogurt light 200 gramos. 1 sandwich integral (2 rebanadas de pan integral y 3 rebanadas de queso fresco light 30 gramos aprox.). se puede agregar mostaza, lechuga, tomate y cebolla.	2 zucchini asados con 5 rebanadas de queso (60 gramos aprox.). 2 tostadas. 1 yogurt light 200 gramos.	1 tortilla de huevo con tomate (2 claras de huevo). 1 taza de tomates. 1 tostada. 1 taza de leche light.	2 tortillas de maíz con queso (6 rebanadas de queso fresco, 80 gramos aprox.). 2 tostadas. 1 taza de leche light. 1 pera.	2 rebanadas de pan integral. 1 cucharadita de mayonesa light. 2 rebanadas de pechuga de pavo, 1 hoja de lechuga. 2 rebanadas de queso fresco light (25 gramos aprox.).	2 tostadas con atún (1/2 lata de atún en agua, se puede agregar lechuga). 1 tajada de queso fresco light. 1 cucharadita de salsa verde, (cebolla blanca con perejil, ajo y aceite de oliva). 1 yogurt light 200 gramos.
Kcal.	1560	1630	1517	1516	1496	1490	1531
Colesterol (mg)	186	100	95	79	91	106	184
Sodio (mg)	1510	1120	1399	1284	1507	1320	1029

Alimentos de consumo libre: limón, pepino, lechuga, pimienta y especias en general.

Sustitutos de azúcar: Té e infusiones. Café, ají, refrescos y bebidas de dieta, mermelada sin azúcar.

Recomendaciones:

Se recomienda consumir harinas y pastas integrales y queso.

Los alimentos congelados pueden utilizarse siempre que estén incluidos en la dieta.

Como edulcorante puede utilizarse sacarina, aspartame u otro artificial.

En caso de que el paciente tenga intolerancia a la lactosa, consuma lácteos deslactosados. Tomar 2 litros diarios de agua natural.

La taza equivale 245 mililitros de líquido

Prohibido utilizar aderezos para ensaladas; se puede usar

aceite de oliva, cáñola o maíz y vinagres o limón.

No se recomiendan aguas de sabor ni refrescos.

No consumir salsa de tomate, ni mayonesa.

No debe utilizar otros alimentos que no estén incluidos en la dieta.



PEXABRELA
calidad controlada

Roemmers
COMERCIALIZA POR LA VIDA

Vida sana

Desayuno



Un desayuno abundante facilita una cena menos copiosa: 1 taza de café negro o de té sin azúcar o con edulcorante; 2 rebanadas de pan integral con jalea sin azúcar; 1 fruta (por ejemplo, naranja); 1/2 taza de cereal con leche descremada.

Almuerzo



Evitar la tentación de las comidas rápidas. Se sugiere:
1 lata pequeña de atún al natural;
1 taza de remolachas condimentadas con sal y limón;
1 taza de coliflor condimentada con sal y limón;
1 fruta (por ejemplo, manzana).

Cena



Una cena liviana significa reducir la ingesta de carne y aumentar la de verduras, frutas y almidones: 1 porción de carne magra o de pastas con salsa de tomate;
1 rebanada de pan;
1 fruta (por ejemplo, pera).

Los bocadillos



¿Qué ingerir entre las comidas? Aquí algunos consejos:
Palomitas de maíz solas con poca sal. Yogur descremado o jugo de frutas. Bizcochos con escasa sal. Verduras crudas o galletas dietéticas.

Recomendaciones para ejercitarse y cuidar su salud

- Antes de iniciar la caminata haga ejercicios de calentamiento durante 5 minutos
- Al caminar mantenga la cabeza erguida y la columna recta
- Mire hacia delante
- Mantenga sus hombros y brazos sueltos, que se muevan a ambos lados para lograr el equilibrio
- Haga respiraciones profundas y regulares
- Su peso debe ser ligero pero no rápido
- Cuento los latidos del corazón
- Al terminar su caminata dedique otros 5 minutos para ejercicios de estiramiento y relajación.

Para obtener todo el beneficio de la caminata, mantenga el número de latidos de su corazón en la "zona objetivo" durante 15 a 30 minutos.

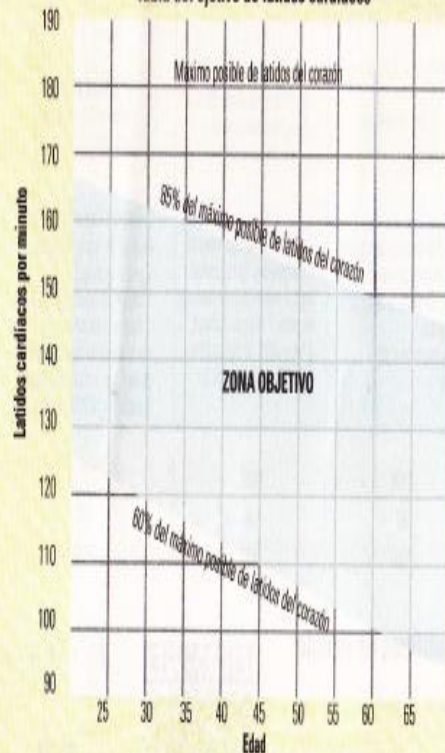
La "zona objetivo" es variable para cada edad. Está entre 60 y 85% de la cantidad máxima de latidos para una persona como usted (lo más rápido que puede latir su corazón).

Si su corazón late por debajo de 60% de la cantidad máxima, el ejercicio aeróbico de su caminata tendrá pocos beneficios.

Si su corazón late por arriba de 85% de la cantidad máxima, la caminata será demasiado extenuante.

La siguiente tabla le ayudará a saber cuál es la zona objetivo para usted.

Tabla del objetivo de latidos cardíacos



Nota: los números que aquí se presentan son sólo pautas generales.
Consulte a su médico para saber si son adecuados para usted.

Programa de caminata para principiantes

Semana	Núm de caminatas por semana	Distancia en km. por sesión	Tiempo de calentamiento (en minutos) por sesión	Minutos de caminata por sesión	Tiempo de relajación (en minutos) por sesión
1	3	1.2	5	15	5
2	3	1.6	5	20	5
3	3	1.6	5	20	5
4	3-4	2.0	5	25	5
5	3-4	2.0	5	25	5
6	3-4	2.4	5	25	5
7	3-4	2.4	5	25	5
8	4	2.8	5	30	5
9	4	2.8	5	30	5
10	4	3.2	5	32	5

Programa de caminata para intermedios

Semana	Núm de caminatas por semana	Distancia en km. por sesión	Tiempo de calentamiento (en minutos) por sesión	Minutos de caminata por sesión	Tiempo de relajación (en minutos) por sesión
1	4	2.0	5	25	5
2	3-4	2.0	5	25	5
3	4	2.4	5	30	5
4	4-5	2.8	5	32	5
5	4-5	3.2	5	36	5
6	4-5	3.6	5	38	5
7	4-5	4.0	5	42	5
8	5	4.4	5	44	5
9	5	4.8	5	48	5
10	5	5.2	5	50	5

Nota: Si siente incomodidad con este programa, disminuya su ritmo.

Programa de caminata para avanzados

Semana	Núm de caminatas por semana	Distancia en km. por sesión	Tiempo de calentamiento (en minutos) por sesión	Minutos de caminata por sesión	Tiempo de relajación (en minutos) por sesión
1	4	3.2	5	35	5
2	4	3.2	5	35	5
3	4	3.6	5	39	5
4	4-5	4.0	5	43	5
5	4-5	4.4	5	47	5
6	4-5	4.8	5	51	5
7	4-5	5.2	5	51	5
8	5	5.6	5	53	5
9	5	6.0	5	56	5
10	5	6.4	5	60	5

Nota: Si no está seguro con cuál de los programas le conviene empezar siempre es mejor hacerlo lentamente y ir mejorando.



Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 1%

Date: martes, noviembre 08, 2016

Statistics: 97 words Plagiarized / 9037 Total words

Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

INTRODUCCION "Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Accidente cerebral vascular se define como el desarrollo de diferentes signos clínicos de la función cerebral, con síntomas que persisten 24 horas o más, que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular. Las causas más importantes son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol.".(OMS 2013).

El Accidente cerebro vascular se presenta en un 85% de origen isquémico y 15% hemorrágico, subaracnoideas o parenquimatosas, Según las últimas definiciones propuestas recientemente clasifican a todos los infartos cerebrales como Apoplejías independientemente de la duración de los síntomas siendo la principal causa de discapacidad neurológica en los adultos 200.000 muertes cada año en Estados unidos, puede reducir la morbi- mortalidad mediante la prevención e intervención urgente de los factores de riesgo modificables.

(HARRINSON, 2013) La Hipertensión arterial es el aumento crónico de la presión arterial sistólica > a140 mmHg o diastólica > 90 mmHg, la causa se desconoce en 80 a 95 % de los casos hipertensión esencial. (HARRINSON, 2013) Con antecedente hereditaria (Marbán, 2015) Casi todos los pacientes permanecen asintomáticos convirtiéndose en un enemigo silencio.

La hipertensión grave puede causar visión borrosa, mareo o cefalea, las causas de hipertensión secundaria debido al uso de fármacos, como anticonceptivos orales, glucocorticoides, descongestionantes, eritropoyetina, antiinflamatorios no

Alfonso
08.11.16.