

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA.**

**Intervención educativa sobre Accidente Cerebro
Vascular en adultos del municipio Venezuela.**

Autor: Dr. Yannier Bacallao Parra.

**Ciego de Ávila
2019**

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“DR. JOSE ASEFF YARA”

**Intervención educativa sobre Accidente Cerebro Vascular
en adultos del municipio Venezuela.**

**Tesis en opción al título de Especialista de 1^{er} Grado en Medicina
General Integral.**

Autor: Dr. Yannier Bacallao Parra

Aspirante a Especialista de Primer Grado en Medicina General
Integral.

Tutora: Evelyn Sánchez Navarro

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
MsC. Salud Ambiental, Asesoramiento Genético.
Profesor Auxiliar.

CIEGO DE AVILA

2019

Pensamiento:

Sí hermoso es ocuparse de los enfermos a causa de su mala salud, más hermoso es ocuparse de los sanos para que no caigan enfermos.

Aristóteles

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos sobre los factores de riesgos de los Accidente Cerebro Vascular en pacientes de edad adulta pertenecientes al Consultorio Médico de Familia #17 de la policlínica de Venezuela en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre enero 2018 a enero 2019. El Universo de estudio estuvo constituido por 117 pacientes con edad mayor a 40 años con diagnóstico previo de Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus y la muestra quedó comprendida por 30 pacientes seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple. Se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para determinar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las edades entre 60 y 69 años y el sexo masculino. Al diagnóstico inicial, gran parte de los participantes presentaron bajo nivel de conocimientos de todos los aspectos evaluados en el cuestionario. Al terminar la aplicación de la intervención educativa se evidenció un cambio positivo y significativo en cuanto al nivel de conocimientos de todos los pacientes de forma individual y general.

Palabras claves: Accidente Cerebro Vascular, Ictus Isquémico, Intervención Educativa.

DEDICATORIA

- A mi madre : Por ser excelente maestra en mi formación como ser humano y enseñarme día a día las cosas positivas de la vida, para ella, mi respeto y amor profundo.
- A mi hermana: por darme la capacidad de luchar, por estar a mi lado y no abandonarme cuando sentía de cerca los tropiezos de la vida.

AGRADECIMIENTOS

- Quiero dar gracias a DIOS, por estar siempre conmigo.
- A mi tutora, por su ayuda incondicional.
- A mis demás familiares y amigos, que de una forma u otra me han ayudado en la realización de este trabajo.

A todos: **MUCHAS GRACIAS.**

INTRODUCCIÓN.

Según datos de la OMS, de los 57 millones de muertes globales, 36 millones, o sea el 63 %, se debieron a enfermedades no transmisibles (enfermedad cardíaca, Accidente Cerebro Vascular, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la Diabetes), de los cuales el 48 % (17 millones de muertes) se atribuyen a enfermedades cardiovasculares. Según los datos de ese mismo año, casi el 80 % de las muertes por enfermedades no transmisibles - 29 millones - se produjeron en países de bajos y de medianos ingresos, con un 29 % de las muertes ocurridas antes de los 60 años ⁽¹⁻³⁾.

La incidencia es del 1,7-3,6 % en personas de 55-64 años de edad, del 4,9-9,6 % en las de 65-74 años y del 13,5-17,9 % después de los 75 años ⁽¹⁻³⁾.

Los pacientes tienen incapacidad permanente en el 75 % de los casos y sólo una cuarta parte de ellos son capaces de reanudar una actividad profesional.

Estadísticamente a nivel mundial la frecuencia de Accidentes Cerebro Vascular, en lo adelante (ACV) se está incrementando pero la edad en la ocurrencia es cada vez menor, considerándose esta enfermedad una de las principales causas de muerte y la primera causa de discapacidad; en Argentina se produce uno cada cuatro minutos y alrededor de 14 000 personas mueren anualmente como consecuencia de un ACV. Del 10 a 12 % de la mortalidad es en países industrializados ^(4,5).

El 88% de los casos ocurre en personas mayores de 65 años y hay una mayor incidencia en la población masculina (1.1 a 2.2 %). A nivel mundial de 1 000 000 de personas, 1250 hacen su primer ACV por año y hay 350 personas que recidivan, 720 personas fallecen como consecuencia de esta afección o por sus complicaciones y 880 personas sobreviven a los 6 meses; de estas 880 personas, 640 vuelven a su domicilio y 220 requieren algún tipo de apoyo institucional, según estadísticas ⁽⁶⁾.

Según cifras a nivel reportadas en Argentina, son mucho más preocupantes. Se estima además que entre 130 y 140 mil personas la padecen anualmente. Si bien las causas son diversas, en la actualidad está muy relacionado a los

estilos de vida que resultan cada vez menos saludables debido a las exigencias actuales. El sedentarismo, la mala nutrición, el estrés, los hábitos como el alcoholismo o tabaquismo, la obesidad, etc. inciden en gran medida en la ocurrencia de estos eventos de salud. Lo fundamental es controlar estos factores de riesgo asociados ⁽⁷⁾.

Las razones de esta tendencia al aumento de casos es una elevación de los factores de riesgo, como la diabetes, la obesidad y el colesterol alto, entre otros. Pero algunos de los posibles factores que contribuyen a estos eventos se pueden modificar con cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio. El principal factor de riesgo para el ACV es la Hipertensión Arterial, ya que ocho de cada diez personas que lo sufren son hipertensos. El control de factores de riesgo y la adopción de hábitos saludables por parte de la población son fundamentales para prevenir un ACV. La tendencia al alza observada es de gran preocupación para la salud pública, debido a que los Accidentes Cerebro Vascular en personas jóvenes se traducen en un aumento del número de pacientes afectados por una discapacidad de por vida y el tremendo impacto que esto genera. Esa discapacidad por ejemplo está dada en que aproximadamente el 25 % de la población que sobrevive a uno de estos episodios de ACV padece del Síndrome de espasticidad, que es la pérdida de fuerza total o parcial (en un lado del cuerpo), falta de coordinación motora y trastornos del habla, deglutorios, visuales y/o en la memoria ⁽⁸⁾.

Para salvar al paciente de un ACV es fundamental detectarlo y tratarlo a tiempo. Surge así la necesidad de investigar sobre el conocimiento que la población tiene sobre ACV ya que uno de los puntos más importantes es la prevención a través del control de los factores de riesgo. Una población educada en salud se encuentra prevenida, fortalecida y reduce grandes gastos que podrían evitarse. El control de factores de riesgo como la Hipertensión Arterial y la adopción de hábitos saludables por parte de la población son fundamentales para prevenir el Accidente Cerebro Vascular (ACV) ^(9,10).

Los ACV constituyen la tercera causa de muerte en nuestro país, presentando un comportamiento muy similar al de los países desarrollados. Las provincias

occidentales y centrales son las de mayor riesgo por tener la población más envejecida del país; en las orientales predomina la población joven, por lo que esta entidad clínica no constituye un problema de salud, excepto en Santiago de Cuba, que escapa de este patrón demográfico, con tasas elevadas de prevalencia y mortalidad, siendo la tercera causa de muerte general y la primera de origen neurológico ⁽⁷⁾.

En los últimos años mueren como promedio anualmente unas 7900 personas, de ellos alrededor del 85 % tienen 60 años o más, lo que hace a estas edades las de mayor riesgo de morir por estas enfermedades. La tasa bruta reportada en los últimos cinco años ha estado por encima del 75 por 100 000 habitantes, con una tasa ajustada por encima de 45 por 100 000 habitantes. Ha existido un incremento del número de defunciones por estas entidades en la medida que la población cubana ha ido envejeciendo.

Ante esta situación, ha sido establecido en Cuba un grupo de acciones para la vigilancia de los ACV a partir del perfeccionamiento del programa de control de estas, el cual tiene entre sus objetivos mejorar en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y marcadores biológicos que constituyen riesgo, generalizar la rehabilitación como elemento de tratamiento y prevención, así como disminuir la mortalidad por esta causa ⁽¹¹⁾.

Se pueden remarcar las implicancias del Accidente Cerebro Vascular en cuanto a los costos que genera a nivel familiar, hospitalario, social, económico, etcétera, teniendo en cuenta el proceso de rehabilitación que requiere.

La idea de realizar una investigación sobre el conocimiento de la población sobre ACV surge a partir de la experiencia práctica profesional del autor, donde observó una incidencia cada vez mayor de pacientes con esta patología en el área de salud, además de un inadecuado conocimiento sobre los factores de riesgo de esta entidad, en el año 2016 ocurrió una incidencia de 12 casos, para una prevalencia de 51. Ya en el 2017 la incidencia de 15 casos para una prevalencia de 82, siendo estas personas cada vez más jóvenes que en años anteriores. Con el fin de aumentar el caudal de conocimientos de los pacientes, para que de esta forma lleven una vida más plena y saludable.

Problema:

¿Cómo elevar el nivel de conocimientos en un grupo de adultos del consultorio # 17 sobre los factores de riesgos de los Accidente Cerebro Vascular?

Hipótesis de investigación:

Si se aplica una intervención educativa, pudiera modificar el nivel de conocimientos de pacientes de edad adulta sobre factores de riesgo de los Accidente Cerebro Vascular, pertenecientes al Consultorio Médico de Familia # 17 de la Policlínica de Venezuela en Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de los Accidente Cerebro Vasculares en personas adultas pertenecientes al Consultorio Médico de Familia # 17 de la Policlínica de Venezuela en Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables socio demográficas como edad y género en la población de estudio.
2. Identificar el nivel de conocimiento de la muestra estudiada sobre factores de riesgo y enfermedades asociadas a los Accidente Cerebro Vascular.
3. Determinar el nivel de conocimiento de los pacientes encuestados sobre medidas preventivas de los Accidente Cerebro Vascular.
4. Evaluar el nivel de conocimiento general de la muestra estudiada antes y después de la Intervención Educativa.

MARCO TEÓRICO.

Se conoce como Accidente Cerebro Vascular (ACV), ictus cerebral o apopléjico, derrame cerebral, a la pérdida brusca de funciones cerebrales causada por una alteración vascular, ya sea por interrupción del flujo sanguíneo o por hemorragia. Cualquiera de las dos situaciones puede provocar que las neuronas se debiliten o mueran, ya que sin oxígeno no pueden funcionar. Las partes del cuerpo controladas por las regiones del cerebro afectadas, consecuentemente, también dejan de funcionar. Se trata de un episodio agudo ⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Científicamente el Accidente Cerebro Vascular se puede clasificar, según su etiología, en dos variantes: isquémicos y hemorrágicos ⁽¹³⁾.

Un Accidente Cerebro Vascular isquémico o Accidente Cerebro Vascular oclusivo, también llamado infarto cerebral, se presenta cuando la estructura pierde la irrigación sanguínea debido a la interrupción súbita e inmediata del flujo sanguíneo, lo que genera la aparición de una zona infartada y es en ese momento en el cual ocurre el verdadero "Infarto Cerebral". Se debe sólo a la oclusión de alguna de las arterias que irrigan la masa encefálica, ya sea por acumulación de fibrina o de calcio o por alguna anomalía en los eritrocitos, pero generalmente es por arterioesclerosis o bien por un émbolo (embolia cerebral) que procede de otra localización, fundamentalmente el corazón u otras arterias (como la bifurcación de la carótida o del arco aórtico) ⁽¹³⁻¹⁶⁾.

La isquemia de las células cerebrales puede producirse por mecanismos y procesos de origen vascular, por estenosis de las arterias y por vasoconstricción reactiva a multitud de procesos ("vaso espasmo cerebral"). Con frecuencia se debe a una disminución del gasto cardíaco o de la tensión arterial produciendo una estenosis y su consecuente bajo flujo cerebral y los de origen extravascular aterotrombótico donde se forma un coágulo en una de las arterias que irrigan el cerebro, provocando la isquemia. Este fenómeno se ve favorecido por la presencia de placas de aterosclerosis en las arterias cerebrales o embólicas donde el émbolo puede ser consecuencia de un coágulo formado en una vena de otra parte del cuerpo y que, tras desprenderse total o

parcialmente, viaja hacia el cerebro a través del torrente sanguíneo, o bien otro material llegado al torrente circulatorio por diferentes motivos. Al llegar a las pequeñas arterias cerebrales el émbolo queda encallado cuando su tamaño supera el calibre de las mismas, dando lugar al fenómeno isquémico. También puede ser origen extravascular, o sea estenosis por fenómenos compresivos sobre la pared vascular: Abscesos, quistes, tumores, etc ⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Por su parte, los ACV hemorrágicos se deben a la ruptura de un vaso sanguíneo-encefálico debido a un pico hipertensivo o a un aneurisma congénito. Pueden clasificarse en intraparenquimatosos y por hemorragia subaracnoidea ⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Esta conduce al ACV por dos mecanismos. Por una parte, priva de riego al área cerebral dependiente de esa arteria, pero por otra la sangre extravasada ejerce compresión sobre las estructuras cerebrales, incluidos otros vasos sanguíneos, lo que aumenta el área afectada. Ulteriormente, debido a las diferencias de presión osmótica, el hematoma producido atrae líquido plasmático con lo que aumenta nuevamente el efecto compresivo local. Es por este mecanismo que la valoración de la gravedad y el pronóstico médico de una hemorragia cerebral se demora 24 a 48 horas hasta la total definición el área afectada. Las causas más frecuentes de hemorragia cerebral son la hipertensión arterial y los aneurismas cerebrales ⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Analizando información estadística de la OMS, se puede decir que cada 45 minutos un individuo es víctima de un ACV. Esta afección es la tercera causa de muerte, luego de las enfermedades cardíacas y el cáncer, y se trata, además, de la primera causa de discapacidad en adultos. Se estima que entre 130 y 140 mil personas la padecen anualmente ⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Un ACV Hemorrágico tiene una alta mortalidad, a corto plazo y en todos los casos se busca internar al paciente en un área de Terapia Intensiva, mientras que el Accidente Cerebro Vascular Isquémico, a corto plazo, tiene menos mortalidad de acuerdo a las características, la envergadura del tamaño y las patologías asociadas del paciente. No obstante, sea Hemorrágico o Isquémico, lo que se debe saber es que en cualquier paciente que tenga un ACV, su

expectativa de vida se reduce de 12 a 14 años al momento del Accidente Cerebro Vascular ⁽¹⁷⁾.

Referentemente a los síntomas de un Accidente Cerebro Vascular se puede decir que son muy variados en función del área cerebral afectada. Desde síntomas puramente sensoriales a los puramente motores, pasando por los sensitivos motores. Los signos y los síntomas pueden ser poco aparentes y también pueden ser muy llamativos, los más frecuentemente diagnosticados son los siguientes: pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, o parálisis en la cara (hemiparesia/hemiplejía), dificultad para expresarse, entender lo que se le dice o lenguaje ininteligible (afasia). Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación, mareos, dolor de cabeza brusco, intenso e inusual, casi siempre acompañado de otros síntomas como pérdida de la visión en uno o ambos ojos. ⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Además de las manifestaciones físicas, hasta un 50 % de las personas que sobreviven a su ataque cerebral sufren depresión durante los primeros años. A pesar de esto, en la mayoría de los casos se omite el diagnóstico, lo que repercute negativamente en el paciente. No obstante, numerosos cuadros de ACV de baja intensidad y duración pasan inadvertidos por lo anodino de la sintomatología: parestesias, debilidad de un grupo muscular poco específico (su actividad es suplida por otros grupos musculares), episodios amnésicos breves, pequeña desorientación, etc. Los signos y síntomas también pueden clasificarse de forma más específica según el ACV de que se trate; así cuando ocurre uno transitorio una persona puede experimentar problemas con el habla, parálisis parcial y temporal, cosquilleo y adormecimiento; además la visión puede volverse tenue, gris, borrosa o perderse momentáneamente. Otros síntomas pueden incluir mareo, náusea y vómitos, dificultades con la ingestión, incapacidad para hablar claramente, adormecimiento alrededor de la boca y debilidad en los brazos y en las piernas, a veces causando una caída súbita. Otros signos de advertencia de la dificultad potencial son una serie de Accidentes Cerebro Vasculares Isquémicos muy diminutos, llamados infartos lagunares, que causan torpeza, debilidad y variabilidad emocional ⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

En un Accidente Cerebro Vascular Isquémico mayor, el inicio es súbito los dolores de cabeza y crisis convulsivas pueden ocurrir dentro de segundos después del bloqueo. Cuando una trombosis (un coágulo sanguíneo que se ha formado en una arteria reducida) causa el accidente cerebro vascular, el inicio generalmente ocurre gradualmente durante minutos a horas; en raras ocasiones progresa durante días a semanas. Los síntomas para un ACV son sumamente variables. Pueden ser idénticos a los de un ataque isquémico transitorio, ya que, en ambos casos, el coágulo puede producir un bloqueo en una división de las arterias carótidas o basilares. En el caso de un ACV transitorio, sin embargo, se resuelven los síntomas. El coágulo sanguíneo generalmente afecta al lado opuesto del cuerpo de su ubicación en el cerebro, con pérdida posible de sensación en un lado de la cara, en un brazo o pierna, o ceguera en un ojo. La persona puede tener dificultades con la ingestión o problemas del habla que puede ocurrir si se incluye el hemisferio izquierdo del cerebro (en algunas personas, principalmente los zurdos, el habla puede ser afectado por un coágulo en el lado derecho del cerebro). Puede ser difícil para la víctima expresar sus pensamientos verbalmente o comprender las palabras habladas. Otros síntomas incluyen mareos, vómitos, pérdida del tono muscular, crisis convulsivas principales y posiblemente un coma ^(18, 21, 22).

En cuanto a los síntomas de una hemorragia cerebral, se puede decir que empieza en forma típica muy repentinamente y evoluciona durante varias horas e incluye dolores de cabeza, náusea y vómitos y estados mentales alterados. Cuando la hemorragia es de un tipo subaracnoidea, un signo de advertencia puede ser el de un vaso sanguíneo con fugas, unos pocos días a un mes antes que el aneurisma se desarrolle plenamente y se revienta. Durante este período, el paciente puede tener dolores de cabeza abruptos, náusea y vómitos, ser sensible a la luz y tener diversas anormalidades neurológicas según la ubicación de la fuga. Cuando se revienta el aneurisma, la víctima puede presentar una cefalea (dolor de cabeza) terrible, un cuello tieso, vómitos, confusión y estados alterados de la conciencia. Los ojos pueden volverse fijos

en una dirección o perder la visión. Puede presentar estupor, rigidez y coma (22).

Dado que el tiempo es crucial para disminuir la morbimortalidad y la discapacidad como consecuencia, la educación respecto a los signos y los síntomas es una responsabilidad del personal de la salud, así como también los factores de riesgo asociados, para realizar la prevención correspondiente. Con respecto a los factores de riesgo de esta patología se puede decir que existen dos tipos: *controlables* y *no controlables*. Los primeros son bastante conocidos, debido a que son los mismos que para la enfermedad coronaria y el infarto cardíaco (21-24):

Hipertensión Arterial: (es el factor de riesgo más frecuente; está presente en casi el 80% de los pacientes que sufren un ataque cerebral en la Argentina). El tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial reduce la morbimortalidad de causa vascular, y del ACV en particular. Se deben mantener las cifras de presión arterial en valores inferiores a 140/90 mm Hg. En pacientes con diabetes, los valores deben ser más bajos, inferiores a 140/80 mm Hg. A menudo se requiere la combinación de fármacos antihipertensivos (20-24).

Enfermedad cardíaca: (Infarto, trombo mural, Fibrilación Auricular, Insuficiencia Cardíaca, enfermedad valvular reumática, válvulas protésicas.) La muerte de origen cardiovascular es la causa principal de deceso en los sobrevivientes de ACV, hecho que enfatiza la necesidad de una evaluación cardíaca sistemática en estos pacientes, tengan o no síntomas de cardiopatía (20-24).

Diabetes: el control de la diabetes es esencial. (En la Argentina, el 22% de los pacientes que sufren un ataque cerebral es diabético) (25).

Alcoholismo: el consumo excesivo de alcohol tiene una estrecha relación con el riesgo de sufrir hemorragias cerebrales (18).

Cigarrillo: el riesgo de sufrir un ataque cerebral aumenta entre un 50% y un 70% en fumadores y el impacto es mayor en mujeres (18).

Colesterol elevado: El colesterol aumenta el riesgo de que se tapen las arterias, incluidas las que van al cerebro (18).

Otros factores de riesgo que pueden ser controlados incluyen: Sedentarismo, La falta de actividad física puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Las drogas ilícitas como la cocaína y otras drogas se asocian a una mayor frecuencia de ataques cerebrales. La obesidad es un importante factor de riesgo y su presencia potencia a otros factores. Adicionalmente existen factores de riesgo no controlables. Es importante reconocerlos para poder identificar individuos con un mayor riesgo de sufrir un ataque cerebral, entre ellos está la edad, el riesgo de sufrir un ataque cerebral se duplica a partir de los 55 años de edad. El Género, los hombres tienen mayor riesgo con respecto a las mujeres. La herencia, las personas con antecedentes familiares de enfermedad coronaria o cerebro vascular constituyen un grupo de mayor riesgo. La raza, hay mayor frecuencia de enfermedad oclusiva extra craneal en la raza blanca y la preferencia de lesiones ubicadas en la carótida supraclinoidea y en la arteria cerebral media es en la raza negra. También los antecedentes personales constituyen factores de riesgos no controlables ya que quienes ya sufrieron un ataque cerebral tienen mayor riesgo de tener otro.

(25,26).

Una vez instalado el ACV se procede a su diagnóstico, lo que implica realizar una serie de pasos para establecer su origen y tratamiento. Para esto se comienza por la anamnesis; en ella se ha de precisar el carácter temporal del déficit neurológico, ya que en general, el ACV embólico comienza de forma brusca. El trombótico suele tener esta presentación, pero es frecuente también un curso cambiante a lo largo de un plazo más dilatado de horas e incluso días. Hay que descartar mediante el interrogatorio la coexistencia de fiebre, antecedentes de traumatismo craneoencefálico y presencia de crisis comiciales. Existen circunstancias y síntomas acompañantes que orientan hacia la patología subyacente: cefalea (hemorragia, tumor); disminución del nivel de conciencia (hemorragia, isquemia basilar); vértigo, náuseas, vómitos (hemorragia, isquemia basilar). Tras una rápida constatación clínica de la presencia de un déficit neurológico se debe proceder a realizar una exploración general (examen físico), que incluya necesariamente la auscultación de ambas

carótidas para detectar soplos y la palpación de las arterias temporales. También se realizará una rápida exclusión de signos clínicos de diátesis hemorrágica, proceso infeccioso, cardiopatía e hipoglucemia. A continuación, se hará una exploración neurológica reglada que evaluará las funciones superiores (conciencia, atención, orientación, memoria y lenguaje), los pares craneales, la potencia muscular, los reflejos osteotendinosos normales y patológicos, la sensibilidad (termo-algésica y posicional), el cerebelo, la estación y marcha, y los signos meníngeos ⁽²⁵⁾.

Posteriormente a los estudios realizados se comenzará con el tratamiento. Este va a depender del tipo de Accidente Cerebro Vascular (ACV) que sea. Si es por causa de un estrechamiento de las arterias cerebrales se recomienda la administración de sustancias que impidan que se peguen las plaquetas de la sangre, si es producido por un tapón de sangre que ha viajado por las arterias hasta quedarse en el cerebro impidiendo el riego a una parte de éste, se utiliza un anticoagulante y cuando se produce por una hemorragia se tratará mediante cirugía y el control de una posible hipertensión arterial, que ha sido la causa ⁽²⁶⁾.

El tratamiento inmediato de un Accidente Cerebro Vascular isquémico es la disolución del coagulo que está obstruyendo el flujo de sangre en la arteria afectada. Para ello se disponen de drogas llamadas Fibrinolíticos, los que disuelven el coagulo. Estas drogas son efectivas si se administran por vía intravenosa dentro de las 3 hs de iniciados los síntomas. Es por este motivo que el accidente cerebro vascular es considerado una urgencia médica ⁽²⁷⁾.

El tratamiento preventivo y/o a largo plazo consta de varios pasos, entre ellos la medicación es importante para prevenir un accidente cerebro vascular ya sea en personas que tienen factores de riesgo, así como en aquellas que ya han sufrido un episodio, debido a que tienen un mayor riesgo de sufrir otro, lo que se denomina ACV recurrente ⁽²⁷⁾.

Cuando existen otros factores de riesgo como Diabetes y Obesidad, también deben ser controlados de forma estricta. Todos estos tratamientos deben acompañarse de cambios del estilo de vida, comer sin sal, evitar alimentos con grasas, hacer ejercicio y mantenerse en peso adecuado. Obviamente esta

medicación es suministrada durante todo el tratamiento, y sobre todo durante la estancia hospitalaria como parte de los cuidados de enfermería. A todos los cuidados dirigidos a lo físico, se le suma los cuidados psicológicos que se les debe ofrecer a los pacientes; es muy frecuente que los que han sufrido especialmente depresión o ansiedad ⁽²⁸⁾.

La misma gravedad del ACV, asociada con la discapacidad física y el deterioro cognitivo son algunos de los factores de riesgo asociados a la depresión post-ACV ⁽²⁹⁾.

El pronóstico luego de sufrir esta enfermedad se divide en funcional y vital y a propósito de esto se puede decir que hasta las primeras veinticuatro horas es muy difícil prever las posibilidades de recuperación del déficit neurológico. El pronóstico es mejor en pacientes jóvenes y con déficit leve. Y el ACV con déficit clínico importante pone en serio riesgo la vida del paciente, tanto por las complicaciones neurológicas (primeras 48 a 72 horas) como extra neurológicas: trombo embolismo pulmonar, neumonía, hemorragia digestiva e insuficiencia cardíaca o renal, respectivamente. Las principales complicaciones son las secuelas de tipo funcional que dejan en el paciente. Estas suelen ser parálisis total o parcial, y van a afectar tanto a él como a los familiares con los que vive, ya que en muchas ocasiones puede necesitar cuidados constantes de éstos. La recuperación funcional de las secuelas producidas por un Accidente Cerebral Vascular va a depender de su severidad, de la edad del paciente, de su situación física previa al accidente y de la posibilidad o no de realizar rehabilitación. Con esta puede "aprender de nuevo" a realizar las funciones que ha perdido a causa de la lesión cerebral. En cuanto a las secuelas que pueden generar los Accidentes Cerebro Vasculares se pueden nombrar las siguientes, como la imposibilidad de mover alguna extremidad, incapacidad para hablar o para comprender. Algunas personas nunca se recuperan, algunas mueren, pero muchas pueden recuperarse. En occidente, según la Organización Mundial de la Salud, el Accidente Cerebro Vascular es la tercera causa de muerte y la primera en generar incapacidad física o mental. De ello surge que no solamente es muy importante el tratamiento sino también su prevención, así

como la detección temprana de enfermedades que puedan predisponer a padecerlo, como la obstrucción de las arterias carótidas. Un año después de sufrir un Accidente Cerebral Vascular aproximadamente el 60% de los pacientes que sobreviven no requieren ayuda en las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, asearse, pasear.), un 20% sólo la requieren para actividades complejas (por ejemplo bañarse), y sólo un 5% son totalmente dependientes. Un tercio de los pacientes es capaz de volver a trabajar al año del episodio, aunque muchos continúan mejorando de su sintomatología hasta el final del segundo año ^(29,30).

La Prevención Primaria que consiste en desarrollar las acciones de promoción y prevención, modificaciones de estilo de vida de la población e incremento de la pesquisa activa en los individuos en riesgo. En el caso de accidente cerebro vascular se considera fundamental: controlar los factores de riesgo asociados, fundamentalmente que son la tensión arterial, el colesterol y la Diabetes, evitar tabaco y alcohol, hacer vida sana (ejercicio físico, dieta saludable rica en verduras, frutas, proteínas y grasas poli-insaturadas (EPA, DPA, DHA), con poca sal y evitando elevadas cantidades de grasas saturadas y carbohidratos (azúcares y harinas)), seguir las recomendaciones del médico de cabecera, quien tiene acceso a la información pertinente relacionada con la salud de cada individuo, evitar el sobrepeso, evitar deportes de contacto o sobreesfuerzos y por parte de los sistemas de salud brindar educación sanitaria a la comunidad para desarrollar adecuados hábitos y habilidades ⁽³¹⁾.

Se acuerda en que la medicina preventiva es la mejor opción. “Tenemos que cambiar la medicina asistencial por una medicina preventiva” ⁽³²⁾.

En cuanto al trabajo desde Atención Primaria de la salud (APS) el papel principal de enfermería con respecto al ACV es la Prevención Primaria, es decir, evitar que se produzca el primer ictus. Una vez identificadas las seis patologías que incrementan el riesgo de sufrir un ACV como son: HTA, Diabetes Mellitus, dislipemias, IAM, fibrilación auricular y estenosis carotídea asintomática y otros factores ligados a hábitos de vida como son tabaquismo, ingesta de alcohol, sedentarismo y dieta inadecuada, se debe trabajar en

programas de salud específicos para el control y seguimiento de gran parte de estos factores de riesgo. Los profesionales de enfermería deben dedicar tiempo y esfuerzo en la educación sanitaria sobre los factores ligados a hábitos de vida (31-34).

El hecho de que ocurra un episodio de ACV supone en sí un fracaso de la prevención primaria llevada a cabo. Pero una vez que ocurre se debe procurar prestar la asistencia sanitaria lo más rápidamente posible.

Se define la intervención educativa como: “Una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general”. (35)

El contenido de la intervención constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas. (36)

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio. (37,38)

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.

El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización, siendo el nivel utilizado en nuestro trabajo.

El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma.

El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera ³⁸

Se pueden contemplar cuatro funciones:

Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.

Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.

Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.

Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social. ⁽³⁹⁾

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo

debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo el déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social) ⁽⁴⁰⁾

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención:

Entre profesionales.

Para profesional (colaboradores del profesional), como la investigación realizada en el contexto de la Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las ciencias médicas de todas las policlínicas del municipio 10 de octubre la Dra Ochandategui Camejo expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el 85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se elevó al 95 %. ^(40, 41, 42)

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se desplaza al lugar de la intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social. ⁽⁴³⁾

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más didáctica y más efectiva a largo plazo. Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación. Los participantes son los que diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes:

Internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa).
Externos (colaboran con el proyecto, desde fuera)

Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta. Un trabajo realizado por la Dra C. Ana Teresa Fariñas Reinoso de la escuela Nacional de Salud Pública arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88.6 % de conocimientos sobre salud y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 %. ⁽⁴³⁾ Estas modalidades de trabajo están cobrando mucho auge en los últimos años, no solo con fines propios de intervención sino también de investigación, constituyendo toda una línea de trabajo identificada con el término de investigación cooperativa. ⁽⁴⁴⁾

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario. ^(44, 45, 46)

La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar o falsar principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y

mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios. ^(47,48)

MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de los Accidente Cerebro Vascular en adultos pertenecientes al Consultorio Médico de Familia # 17 de la policlínica de Venezuela en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre enero 2018 a enero 2019.

Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por los 117 pacientes con edad mayor a 40 años, con diagnóstico previo de Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus, pertenecientes al área de salud antes referida durante el periodo comprendido para el estudio. La muestra quedó comprendida por 30 pacientes seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple que cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que han aceptado participar en el estudio y han firmado el consentimiento informado (ver anexo I).
2. Estar capacitado física y mentalmente para participar en la investigación.
3. Pacientes que presenten Antecedentes Patológicos Personales de Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que presenten algún impedimento físico o mental que les imposibilite participar de las actividades que se desarrollen en el estudio en el tiempo definido para este.
2. Paciente que no deseen participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

2. Paciente que tengan 2 ausencias o más durante el tiempo que se lleve a cabo el estudio.

Métodos de obtención de información.

Los datos fueron recogidos a través del cuestionario inicial exploratorio (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por el autor y aprobada por criterio de especialistas del servicio de Medicina General Integral del área de salud del policlínico Juan Olympio Valcárcel municipio Venezuela, Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó el cuestionario de preguntas inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con Accidente Cerebro Vascular en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario inicial, una semana después concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: consta de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

En la **etapa diagnóstica** se aplicó una encuesta inicial exploratoria de 6 preguntas para medir conocimientos e identificar los principales problemas acerca del tema, los cuales fueron evaluados en adecuados o inadecuados.

En la **etapa de intervención** se conformó un grupo con 30 pacientes de ambos sexos y se aplicó un programa educativo de 21 horas de duración (1,5 horas semanales). Las 6 primeras sesiones de clase se desarrollaron de forma consecutiva cada semana y pasada 1 semana del programa educativo, la última sesión.

En la **etapa de evaluación y análisis de los resultados**, una vez concluida la intervención educativa, se aplicó nuevamente el cuestionario inicial, teniendo en cuenta los mismos criterios de calificación de la etapa diagnóstica, lo cual permitió verificar cómo se modificó el nivel de conocimientos sobre concepto, factores de riesgo, medidas preventivas, enfermedades asociadas, identificación del

comienzo los Accidente Cerebro Vascular en cada miembro del grupo y de manera general.

Métodos teóricos:

Análisis histórico lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se empleo para indagar sobre los conocimientos que poseían los adultos sobre factores de riesgo de los Accidente Cerebro Vascular.

Análisis - Síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Inducción - Deducción: Se establecieron generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.

Hipotético - Deductivo: Deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

Técnica de recolección de la información

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permitió conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

En correspondencia al problema de investigación que se pretendió generalizar, a continuación, se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe los planteamientos de cada uno de los encuestados.

Procesamiento estadístico:

Se aplicó la técnica de McNemar (Anexo IV) para analizar la efectividad de la intervención. (Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia

de datos binarios (0,1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado y de esta forma hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre Accidente Cerebro Vascular, antes y después de la aplicación del programa educativo. Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y se resumió en frecuencias absolutas y porcentajes.

Aspectos éticos:

La presente investigación se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se llevó a cabo un proceso de negociación con los adultos explicando detalladamente en qué consistió la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su colaboración y veracidad al responder el cuestionario, así como la posibilidad de aportar cualquier elemento que resultó provechoso para corroborar los resultados, respetando su autonomía, dejando explícito el derecho a no participar en la investigación y el anonimato, así como a abandonar el estudio cuando lo estimase conveniente y, por último, estar de acuerdo con que los resultados de esta investigación puedan ser publicados.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta las Normas y Procedimientos establecidos para los trabajos de terminación de residencia.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los colaboradores. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

Operacionalización de las variables

| Variable | Tipo | Operacionalización | | Indicador |
|---|--------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Escala | Descripción | |
| Edad | Cuantitativa Continua | Valores absolutos y de dispersión. | Según años cumplidos. | Estadística descriptiva y valores porcentuales. |
| Género | Cualitativa nominal dicotómica | Femenino Masculino | Según sexo biológico de pertenencia | Número y porcentaje según grupo de pertenencia |
| Nivel de conocimiento sobre Concepto | Cualitativa nominal dicotómica | Adecuado 70-100% de respuestas correctas. Inadecuado menos del 70% de respuestas correctas | Validación según cuestionario | Porcentaje según categorías |
| Nivel de conocimiento sobre Factores de Riesgos | Cualitativa nominal dicotómica | Adecuado 70-100% de respuestas correctas. Inadecuado menos del 70% de respuestas correctas | Validación según cuestionario | Porcentaje según categorías |

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Nivel de conocimiento sobre medidas preventivo | Cualitativa nominal dicotómica | Adecuado 70-100% de respuestas correctas. Inadecuado menos del 70% de respuestas correctas | Validación según cuestionario | Porcentaje según categorías |
| Nivel de conocimiento sobre enfermedades asociadas | Cualitativa nominal dicotómica | Adecuado 70-100% de respuestas correctas. Inadecuado menos del 70% de respuestas correctas | Validación según cuestionario | Porcentaje según categorías |
| Nivel de conocimiento de cómo identificar el inicio de un ACV | Cualitativa nominal dicotómica | Adecuado 70-100% de respuestas correctas. Inadecuado menos del 70% de respuestas correctas | Validación según cuestionario | Porcentaje según categorías |
| Nivel de conocimiento general | Cualitativa nominal dicotómica | Adecuado 70-100% de respuestas correctas. Inadecuado menos del 70% de respuestas correctas | Validación según cuestionario | Porcentaje según categorías |

Nivel de conocimientos sobre Accidente Cerebro Vascular.

La evaluación fue integral ya que tuvo en cuenta los 5 elementos que posteriormente se expondrán y se dio una puntuación de treinta, veinte y quince puntos en dependencia de las preguntas, calificándolas de la siguiente forma:

- **Adecuado:** Cuando haya contestado correctamente como se expone posteriormente y haya obtenido de 70 - 100 puntos en la evaluación.
- **Inadecuado:** Cuando haya contestado incorrectamente como se expone posteriormente y haya obtenido menos de 70 puntos en la evaluación.

Evaluación por variables del estudio.

Pregunta 2

Conocer que es un Accidente Cerebro Vascular: Los pacientes para contestar correctamente deben marcar los incisos a, b, e.

Valor de la pregunta 15puntos, (5 puntos por cada inciso correcto).

- **Adecuado:** Si identifica los dos incisos correctos.
- **Inadecuado:** Si responde uno correctamente

Pregunta 3

Factores de riesgo para las enfermedades cerebro vasculares.: Los pacientes para contestar correctamente deben marcar a, b, c, d, e, f, g, h, i, j.

Valor de la pregunta 20 puntos, (2 puntos por cada inciso correcto).

- **Adecuado:** Si responde siete correctamente
- **Inadecuado:** Si responde tres correctamente.

Pregunta 4

Cómo prevenir los ACV: Los pacientes para contestar correctamente deben marcar a, b, c, d, e, f.

Valor de la pregunta 30 puntos, (5 puntos por inciso).

- **Adecuado:** Si identifica cuatro incisos correctos.

- **Inadecuado:** Si identifica dos incisos correctos o menos.

Pregunta 5

Las enfermedades asociadas al Accidente Cerebro Vascular: Los pacientes para contestar correctamente deben marcar a, b.

Valor de la pregunta 15 puntos, (7,5 puntos por inciso).

- **Adecuado:** Si identifica uno o más incisos correctos.
- **Inadecuado:** Si no identifica ningún inciso correcto.

Pregunta 6

Como identificar la presencia o inicio de un ACV: Los pacientes para contestar correctamente deben marcar a, b, c, d.

Valor de la pregunta 20 puntos. (5 puntos por cada inciso)

- **Adecuado:** Si identifica tres o más incisos correctos.
- **Inadecuado:** Si identifica dos o menos incisos correctos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Título: Intervención educativa sobre Accidente Cerebro Vascular en adultos del municipio Venezuela.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupo de edad y sexo

| Grupo de edad | Masculino | | Femenino | | Total | |
|---------------|-----------|-------------|----------|------|-----------|-----------|
| | # | % | # | % | # | % |
| 40 a 59 | 3 | 10 | 4 | 13,3 | 7 | 23,3 |
| 60 a 79 | 9 | 30 | 6 | 20 | 15 | 50 |
| 80 y mas | 5 | 16,6 | 3 | 10 | 8 | 26,6 |
| Total | 17 | 56,6 | 13 | 43,3 | 30 | 100 |

Fuente: Cuestionario.

De los 30 pacientes del estudio el mayor porcentaje correspondió al grupo de edad comprendida entre 60-79 años, con 15 pacientes en este rango de edad. Lo que significó el 50 %; siendo representativo además el sexo masculino, con un total de 17 pacientes para un 56.6 %.

Esto reafirma lo planteado por otros autores de que las enfermedades cerebro vasculares son más frecuentes en el sexo masculino y en la medida de que avanza la edad ya que existe un mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo ^(49,50).

Tabla 2. Nivel de conocimientos sobre concepto de los Accidente Cerebro Vascular antes y después de la intervención educativa.

| Nivel de conocimientos | Evaluación | | | |
|------------------------|------------|-------|-----------|-------------|
| | Antes | | Después | |
| | No. | % | No. | % |
| Adecuado | 4 | 13,3 | 29 | 96,6 |
| Inadecuado | 26 | 86,7 | 1 | 3,3 |
| Total | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 |

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 4 personas respondieron adecuadamente la interrogante sobre este tema, para un escaso 13,3 % de la muestra, mientras 26 de ellos (86,7 %), expresaban serias dificultades para identificar el concepto.

Al finalizar la intervención, 29 de los participantes en el estudio (96,6 %), fueron capaces de identificar las respuestas correctas, por lo que la intervención resultó altamente efectiva con un cambio porcentual significativamente positivo entre los dos momentos evaluados, atendiendo al resultado de la prueba estadística empleada.

El concepto de esta entidad clínica no ha sido un parámetro medido frecuentemente en estudios realizados por otros autores, aunque se ha encontrado coincidencia con los resultados obtenidos por Castro Coello en la ciudad de Palma Soriano, donde de 5,4 % de conocimientos adecuados antes de la intervención se modificó a 92,9 % al final de esta ⁽⁵¹⁾.

Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre cuales son factores predisponentes a un Accidente Cerebro Vascular antes y después de la intervención educativa.

| Identificación de los factores predisponentes. | Evaluación | | | |
|--|------------|------|-----------|------|
| | Antes | | Después | |
| | No. | % | No. | % |
| Edad | 8 | 26,6 | 21 | 70 |
| Habito de Fumar | 23 | 63,3 | 28 | 93,3 |
| Antecedentes Familiares | 5 | 16,6 | 10 | 33,3 |
| Falta de actividad física | 7 | 23,3 | 18 | 60 |
| Altos niveles de grasa en sangre | 12 | 40 | 22 | 73,3 |
| Diabetes Mellitus | 13 | 43,3 | 29 | 96,6 |
| Alcohol | 3 | 10 | 11 | 36,6 |
| Hipertensión Arterial | 26 | 86,6 | 30 | 100 |
| Enfermedades del corazón. | 2 | 6,6 | 14 | 46,6 |
| Obesidad | 14 | 46,6 | 26 | 86,6 |

Prueba de McNemar

$p = 0,003$

Al inicio la mayoría de los pacientes solamente fueron capaces de identificar el hábito de fumar (63,3 %), altos niveles de grasa en sangre (40 %), la Diabetes Mellitus (43,3 %), la Hipertensión Arterial (86,6 %) y la obesidad (46,6 %), del total de los factores predisponentes expuestos.

Después de aplicada la intervención, se evidenció un aumento significativo y la perspectiva fue diferente, ya poseían conocimientos elevados para identificar gran parte de estos factores.

Resultados similares fueron encontrados por Mesa Cabrera MI en su estudio titulado “Recurrencia de ictus Cerebro Vascular y su relación con algunos factores de riesgo” ⁽⁵³⁾, y por el Dr. Pérez Carabeo LM. ⁽⁵⁴⁾ en su Intervención Educativa en el Municipio 1ro de enero en Ciego de Ávila.

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre cómo prevenir la Accidente Cerebro Vascular antes y después de la intervención educativa.

| Nivel de conocimientos | Evaluación | | | |
|------------------------|------------|-------|-----------|-------------|
| | Antes | | Después | |
| | No. | % | No. | % |
| Adecuado | 4 | 13,3 | 28 | 93,3 |
| Inadecuado | 26 | 86,6 | 2 | 6,6 |
| Total | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 |

Prueba de McNemar

$p = 0,001$

Se pudo observar que antes de aplicar la mencionada intervención, 4 participantes, para un 13,3 % del total, presentaba conocimientos considerados adecuados por la clave de calificación utilizada, mientras 26, no respondían adecuadamente los ítems consignados para un 86,6 % del total.

Al aplicar el cuestionario por segunda vez, ya un tiempo prudencial después de terminado el programa de intervención, las cifras cambiaron por lo que 28 personas (93,3 %), respondieron adecuadamente sobre tratamiento preventivo de

la Accidente Cerebro Vascular con un cambio positivo y significativo en los participantes.

Los resultados de esta serie coinciden con los obtenidos por Cedeño Safont ⁽⁵⁵⁾, quien encontró en su investigación desconocimiento sobre cómo prevenir los Accidentes Cerebro Vascular, situación que resulta preocupante, pues si las personas desconocen que están predispuestos a sufrir una ACV, no son capaces tampoco de prever las consecuencias que ello entraña.

Tabla 5. Nivel de conocimientos sobre enfermedades asociadas a la Accidente Cerebro Vascular antes y después de la intervención educativa.

| Nivel de conocimientos | Evaluación | | | |
|------------------------|------------|-------|-----------|------------|
| | Antes | | Después | |
| | No. | % | No. | % |
| Adecuado | 4 | 13,3 | 30 | 100 |
| Inadecuado | 26 | 86,7 | 0 | 0 |
| Total | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 |

Prueba de McNemar $p = 0,015$

Se pudo observar en la encuesta inicial diagnóstica, que solo 4 participantes respondían adecuadamente los ítems consignados en la encuesta, para un escaso 13,3 % del total, mientras que 26 (86,7 %), no demostraban conocimientos adecuados sobre dichas enfermedades.

Posteriormente al programa capacitante y aplicar el cuestionario nuevamente, la cifra de respuestas acertadas, se elevó hasta 30 participantes para un 100 % la modificación positiva resultó en una variación significativa según la interpretación de la prueba empleada para este fin.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en la investigación realizada por Ruth E y cols. ⁽⁵⁶⁾ y también Castro Coello en su estudio titulado "Modificación de conocimientos en pacientes con factores de riesgo de desarrollar una Enfermedad Cerebro Vascular", luego de aplicar su intervención los resultados fueron satisfactorios, muy similares a los de este trabajo ⁽⁵¹⁾.

Tabla 6. Nivel de conocimientos sobre la existencia o inicio de un Accidente Cerebro Vascular antes y después de la intervención educativa.

| Nivel de conocimientos | Evaluación | | | |
|------------------------|------------|-------|-----------|------------|
| | Antes | | Después | |
| | No. | % | No. | % |
| Adecuado | 8 | 26,7 | 30 | 100 |
| Inadecuado | 22 | 73,3 | 0 | 0 |
| Total | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 |

Prueba de McNemar $p = 0,000$

Se pudo observar que, en la encuesta diagnóstica, aplicada al comienzo de la investigación, solo 8 personas poseían un nivel de conocimientos evaluado de adecuado por la clave de calificación, representando el 26,7 % de los participantes, mientras que 22 (73,3 %), no demostraban conocimientos adecuados.

A concluir la actividad educativa y aplicar la encuesta final, la cifra de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 30, los que representaron el 100% del, logrando así una modificación positiva que resultó significativa según la interpretación de la prueba estadística utilizada.

Es de señalar que Domínguez J. y cols. En su estudio titulado “Conocimiento de la población sobre Accidentes Cerebro Vasculares, en la Universidad Nacional de Cuyo, Ecuador. Logra aumentar el nivel de conocimientos de la población, obteniendo resultados muy similares a los de esta investigación ⁽⁵⁷⁾.

Tabla 7. Nivel de conocimientos generales sobre Accidente Cerebro Vascular antes y después de la intervención educativa.

| Nivel de conocimientos | Evaluación | | | |
|------------------------|------------|-------|-----------|-------------|
| | Antes | | Después | |
| | No. | % | No. | % |
| Adecuado | 3 | 10,0 | 29 | 96,7 |
| Inadecuado | 27 | 90,0 | 1 | 3,3 |
| Total | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 |

Prueba de McNemar

p = 0,000

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 3 personas respondieron adecuadamente las diferentes interrogantes de la encuesta aplicada, para un escaso 10,0 % de la muestra, mientras 27 de ellas (90,0 %), expresaban serias dificultades para identificar las respuestas correctas sobre Accidente Cerebro Vascular.

Al finalizar la intervención, 29 de los participantes fueron capaces de identificar las respuestas correctas, por lo que la intervención resultó altamente efectiva con un cambio porcentual significativamente positivo entre los dos momentos evaluados y de esta forma se les dio salida a los objetivos trazados.

Rodríguez Valido ⁽⁵⁸⁾, refiere en su estudio que antes de la aplicación del programa educativo, 75 % de la muestra tenía conocimientos adecuados, resultado que fue modificado positivamente al final de la intervención, hallazgo que concuerda con lo encontrado en el presente estudio.

En otros estudios de intervención como el desarrollado por el Dr. Pérez, los resultados generales obtenidos coincidieron con lo referido en esta investigación, pues al lograr modificar positivamente los conocimientos de los integrantes de la casuística se demostró la efectividad del programa educativo aplicado ⁽⁵⁹⁾.

CONCLUSIONES.

En el grupo en estudio predominó el sexo masculino, las edades entre 60 a 79 años. Al terminar la aplicación de la intervención educativa en todos los participantes el nivel de conocimiento sobre Accidentes Cerebro Vasculares experimentó un cambio positivo y significativo en todos los aspectos evaluados.

RECOMENDACIONES.

Dar a conocer los resultados de esta investigación, ya que sería beneficioso no solo para la población estudiada sino para el resto de la comunidad con el propósito de que se concientice y se puedan adoptar medidas preventivas que producirán mejoras en la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Troccoli M. Enfermedad cerebrovascular isquémica prevención y clasificación. Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/medicina_interna/int171art1.pdf [consulta 20 Mar 2017].
2. Turrent J, Talledo L, González A, Gundián J, Remuñán C. Comportamiento y manejo de la enfermedad cerebrovascular en una unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Med Intens Emerg 2004; 3(2) http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_2_04/mie06204.htm [consulta: 15 enero 2017].
3. Albert Cabrera MJ, Alonso Díaz NL, Ortega Soto M, Penas Pinto JL, Hechavarría S, Cuadot Álvarez A, et al. Enfermedad cerebrovascular de origen isquémico (I). Actualización fisiopatológica http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/ecv_1.pdf [consulta: 29 enero 2017].
4. La enfermedad cerebrovascular. Epidemiología. http://www.infodoctor.org/neuro/cap5_2.htm [consulta: 11 enero 2017].
5. Ministerio de Salud de la República de Chile. Guía clínica. ACV isquémico del adulto 2006. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/isquemico.pdf> [consulta: 15 febrero 2017].
6. Miranda Quintana JA. Enfermedades cerebrovasculares. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 2004:31-55.
7. Anuario estadístico del ministerio de salud pública año 2017.
8. García Gómez A, Almeida Correa E, Pérez Pérez O, Gutiérrez Gutiérrez L. Enfermedad cerebrovascular durante el segundo semestre del 2003 en cuidados intermedios de medicina. Rev Cubana Med Int Emerg 2004; 3(4):95-105 http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_4_04/mie10404.pdf [consulta: 23 enero 2017].
9. Expósito Carralero A, Camejo Roviralta L, Mastrapa Reytez C, Paredes Hernández AL. Enfermedades Cerebrovasculares. Prevalencia y factores de riesgo. Policlínica "Pedro del Toro", Holguín. Correo Científico Médico de

Holguín 2004; 8 (3) <http://www.cocmed.sld.cu/no83/n83ori4.htm> [consulta: 29 enero 2017].

10. Morales Rigau JM, Acebo Figueroa F, Achiong Estupiñán F, Garrote Rodríguez I, Bermúdez CL, Bello Rodríguez B. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular y el control de hipertensos. Matanzas 1996-2003 http://www.revmatanzas.sld.cu/revista_medica/ano_2004/vol4_2004/tema01.htm [consulta: 23 marzo 2017].
11. Batista Montaner R, Feal Cañizares P. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Epidemiología en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001:287-323.
12. Díaz-Guzmán J, Bermejo-Pareja F, Benito-León J, Vega S, Gabriel R, Medrano MJ. Prevalence of stroke and transient ischemic attack in three elderly populations of Central Spain. *Neuroepidemiology*. 2016;30:247---53.
13. Kaplan RC, Tirschwell DL, Longstreth WTJ, Manolio TA, Heckbert SR, Lefkowitz D, et al. Vascular events, mortality, and preventive therapy following ischemic stroke in the elderly. *Neurology*. 2015;65:835---42.
14. Lawes CMM, Bennett D, Feigin VL, Rodgers A. Blood Pressure and stroke: An overview of published reviews. *Stroke*. 2014;35:776---85.
15. Bestehorn K, Wahle K. Impact of losartan on stroke risk in hypertensive patients in primary care. *Clin Drug Investig*. 2017;27:347---55.
16. Amarenco P, Labreuche J, Lavallée P, Touboul PJ. Statins in stroke prevention and carotid atherosclerosis: Systematic review and up-to-date meta-analysis. *Stroke*. 2014;35:2902---9.
17. Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A 3rd, Goldstein LB, Hennerici M, Rudolph AE, et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med*. 2016;355:549---59.
18. Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, Peto R, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: Collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2015;373:1849---60.
19. Saxena R, Koudstaal P. Anticoagulants versus antiplatelet therapy for preventing stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and a history

- of stroke or transient ischemic attack. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;18:CD000187.
20. Glader EL, Sjölander M, Eriksson M, Lundberg M. Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 years after stroke. *Stroke*. 2016;41:397---401.
 21. Jamry Olivira Filho, Owen B Smuels. Reperfusion therapy for acute ischemic stroke. www.uptodate.com Abril 2015.
 22. Jauch el al. Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: a Guideline for healthcare professionals from the American Heart Association / American Stroke Association. *Stroke*. 2015;44:870-947.
 23. Heitsch LE, Panago PD. Treating the Elderly Stroke Patient: complications, controversies, and best care metrics. *Clin Geriatr Med* 29 (2015):231-255.
 24. Prabhakaran S, Ruff I, Berstein RA. Acute stroke intervention: a systematic review. *JAMA* 2015;313(14):1451-1462.
 25. Almdal T, Scharling H, Jensen JS, Vestergaard H. The independent effect of type 2 diabetes mellitus on ischemic heart disease, stroke, and death. A population-based study of 13,000 men and women with 20 years of followup. *Arch Intern Med* 2014; 164: 1422-1426.
 26. Adams RJ, Chimowitz MI, Alpert JS, et al. Coronary Risk Evaluation in patients with transient ischemic attack and ischemic stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the Stroke Council and the Council on Clinical Cardiology of the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 34: 2310-2322.
 27. Acosta AM, Rona RR, Bustos P, Amigo H, Arteaga H. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. *Rev Méd Chile*.2014; 131: 973-980.
 28. Maiz A. El síndrome metabólico y riesgo cardiovascular. *Bol Escuela Med*.2005;30(1): 25-9.
 29. Fernández-Bergés D, de León AC, Sanz H, Elosua R, Guembe MJ, Alzamora M, et al. Síndrome metabólico en España: prevalencia y riesgo coronario asociado a la definición armonizada ya la propuesta por la OMS. Estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol [Internet]*.2012 [citado 12 Feb 2017]; 65(3): 241-

248. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/sindrome-metabolico-espana-prevalencia-riesgo/articulo/90097768/>
30. Mottillo S, Filion KB, Genest J, Joseph L, Pilote L, Poirier P, et al. The metabolic syndrome and cardiovascular risk a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56:1113-32.
31. Bonora E, Kiechl S, Zoppini G, Targher G, Meigs JB, Willeit J, et al. Impact of reference category and number of traits in the cluster on risk of coronary heart disease in metabolic syndrome: Prospective data from the Bruneck study. *Metabolic syndrome and related disorders*[Internet].2011[citado 12 Feb 2017]; 9(4): 313-318.<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/met.2010.0130>
32. Godsland IF, Lecamwasam K, Johnston DG. A systematic evaluation of the insulin resistance syndrome as an independent risk factor for cardiovascular disease mortality and derivation of a clinical index. *Metabolism: Clin Experimental*[Internet].2011[citado 12 Feb 2018]; 60(10): 1442. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0026049511000503>
33. Guize L, Pannier B, Thomas F, Bean K, Jégo B, Benetos A. Recent advances in metabolic syndrome and cardiovascular disease. *Arch Cardiovasc Dis*. 2008;101:577-83.
34. Wassermann AO, Migueles RA. Indicaciones y limitaciones del bloqueo intensivo del sistema renina-angiotensina-aldosterona en la enfermedad renal crónica. *Rev Hosp Ital Buenos Aires* [Internet].2012 [citado 4 Abr 2017];32(4):169-177. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_attachs/47/documentos/13576_169-177-HI4-13_Revision_Wassermann.pdf
35. ¿Qué es la intervención socioeducativa? [Página en Internet].UPN; 2009 [citado 29 Oct 2014] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://upnintervencioneducativa-tere.blogspot.com/>
36. Arias Carbonell MM, Cano Pozo E, Torres Leyva JE. Estrategias de aprendizaje de los residentes en Medicina General Integral del Centro Oftalmológico “José Martí”. *Educ Med Super* [serie en Internet]. 2012 [citado 29 Oct 2012]; 24(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412010000200010.

37. Integrating concepts of cognitive or learning style: a review with attention to psychometric standards. Ottawa: Canadian College of Health Service Executives; 2010.
38. Puerta E. Aprendizaje autogestionado asistido (AAA). Bogotá: Santillana; 2015.
39. UNESCO. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior; Paris; 1998. Material docente del modulo de postgrado. [Documento no publicado].
40. Morles V, Álvarez N, Camino J, Castillo E, Manzanilla O, Nieves F, et al. Sistema nacional de educación avanzada. Caracas: Centro de Estudios e Investigaciones sobre 26. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. Educ Med Super [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2009]; 22(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412008000200012&lng=es.
41. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. Educ Med Super [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2009]; 22(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412008000200012&lng=es.
42. Muñoz Quezada MT. Estrategias de aprendizaje en estudiantes universitarios [página en Internet]. 2007 [citado 10 Sep. 2009] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/autores/autor-69-maria-teresa-munozquezadaHTML>.
43. Isolina Cardozo SM, Marcelo Andino G, Brunnetti Esquivel AB, Espindola E. Efectividad de los métodos activos como estrategia de enseñanza-aprendizaje en grupos grandes y heterogéneos. Educ Med Super [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2010]; 22(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412008000100004&lng=es

44. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015 [página en Internet]. La Habana: MINSAP; 2005. [Citado 29 Oct 2010] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://intranet.sld.cu/areas-del-cnicm/servicios-especiales-de-informacion/departamento-de-fuentes-y-servicios-de-informacion/archivo/proyecciones-salud-hasta-2015/proyecciones-de-spc-para-2015documento-de-trabajo.doc/view>
45. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de trabajo. La Habana: MINSAP; 2005.
46. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Intervenciones comunitarias para la prevención de quemaduras y escaldaduras en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> Educación Avanzada; 2014.
47. Ríos Massabot NE, Fernández Viera RM, Jorge Pérez ER. Los registros médicos en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [serie en Internet]. 2005 [citado 29 Oct 2009]; 31(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662005000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. Callejo J. Articulación de perspectivas metodológicas: capacidades del grupo de discusión para una sociedad reflexiva. Papers. 2012; 56: 31-55.
49. Buergo M, Serrano Programa Nacional de prevención y control de las enfermedades cerebrovasculares en Cuba. RESUMED.2000; 13(4):174181.
50. Miranda JA, Pérez G. Epidemiología .Enfermedades cerebrovasculares, editorial oriente, 2004: 31-34.
51. Castro Coello C. Modificación de conocimientos en pacientes con factores de riesgo de desarrollar una enfermedad cerebrovascular. [trabajo para optar por el título de Máster en Urgencias Médicas]. 2007. Policlínico "Ramiro Betancourt", Palma Soriano, Santiago de Cuba).
52. Hartmann A, Rundek T, Mast H, Paik MC, Boden-Albala B, Mohr JP et al. Mortality and causes of death after first ischemic stroke. Neurology 2001; 57:2000-2005.

53. Mesa Cabrera MI, Fábrega Valdés AI, Blanco Aspiazu MA, Morera Méndez F, Suárez Rivero B, Oliva Torres L. Recurrencia del ictus cerebrovascular isquémico y su relación con algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Mil [Internet]. Mar 2006 [citado 10 Sep 2009];35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572006000100006&lng=es&nrm=iso
54. Perez Carabeo LM. Intervencion Educativa para elevar el conocimiento sobre factores de riesgos de la Enfermedad Cerebro Vascolar. [trabajo para optar el titulo de master en Urgencias Medicas].2008. Policlinico "1ro de Enero", Ciego de Avila.
55. Cedeño Safónt R. Intervención educativa para mejorar conocimientos en pacientes con enfermedad cerebrovascular en un área de salud. [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral]. 2004. Policlinico "Camilo Torres", Santiago de Cuba.
56. Ruth E, Hubbard M, Andrew K, Rockwood K. Effect of parental age at birth on the accumulation of deficits, frailty and survival in older adults. Age Age Advance. 2009;38(4):380-5. Citado en PubMed; PMID: 19307228.
57. Domínguez J. y cols. "Conocimiento de la población sobre Accidentes Cerebro Vasculares. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas. Tesis de Grado. 2013.
58. Rodríguez Valido R. Modificación de conocimientos sobre algunos aspectos epidemiológicos y clínicos de las enfermedades cerebrovasculares. [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral]. 2004. Policlinico "30 de Noviembre", Santiago de Cuba.
59. Pérez Medina M. Modificación de conocimientos sobre accidentes vasculares encefálicos en pacientes hipertensos del consultorio médico de la familia nr. 20. [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral]. 2005. Policlinico "Frank País García", Santiago de Cuba.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

Policlínico de Venezuela, Ciego de Ávila

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para participar en la investigación "Intervención educativa para evaluar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de los Accidente Cerebro Vascular. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por el Doctor _____ quien me ha informado que:

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ___ días del mes de _____ de 201_.

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

Anexo II

CUESTIONARIO
Policlínico de Venezuela, Ciego de Ávila

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio para elevar conocimientos sobre los Accidente Cerebro Vascular en pacientes de 40 años y más, pertenecientes al área de salud del CMF 17 del policlínico de Venezuela de Ciego de Ávila. Esperamos, como siempre, su colaboración. La misma es anónima y confidencial. GRACIAS.

.Sexo: Femenino: _____ Masculino: _____

1 .Edad (En años)

40 - 59 años ____

60 - 79 años ____

80 y más ____

2. ¿Conoce usted que es Accidente Cerebro Vascular? Marque con una x las que considere correcta.

a) ____ Pérdida brusca de funciones cerebrales causada por una alteración de la sangre.

b) ____ Pérdida de la circulación de la sangre al cerebro debido a la interrupción rápida del flujo sanguíneo.

c) ____ Enrojecimiento de la piel debido a infecciones y heridas.

d) ____ Es una enfermedad asociada a la Hipertensión Arterial y que causa falta de aire e infección respiratoria.

e) ____ Parálisis de la cara provocada por enfermedades como la Diabetes Mellitus.

f) ____ No conozco del tema.

3. Marque con una x cuales consideras que son factores de riesgo para los Accidentes Cerebro Vasculares.

- a) _____ Edad.
- b) _____ Hábito de fumar.
- c) _____ Antecedentes familiares.
- d) _____ Falta de actividad física.
- e) _____ Altos niveles de grasa en la sangre.
- f) _____ Diabetes Mellitus.
- g) _____ Alcohol.
- h) _____ Hipertensión Arterial.
- i) _____ Enfermedades del corazón.
- j) _____ Obesidad.
- K) _____ No conozco del tema.

4. ¿Sabe usted cómo prevenir los ACV? Marque con una x las que considere correcta.

- a) ____ Se debe comer sin sal o evitar las comidas con excesos de esta.
- b) ____ Evitar alimentos con grasas y elevadas concentraciones de carbohidratos -azúcares y harinas.
- c) ____ Mantener un estilo de vida saludable de manera constante mediante la realización de ejercicios.
- d) ____ Se debe mantener un peso adecuado y constante -evitando el sobrepeso-
.
- e) ____ Evitar el tabaco y alcohol.
- f) ____ Dieta saludable rica en verduras, frutas, proteínas.
- g) ____ No conozco del tema.

5. ¿Conoce usted cuáles son las enfermedades asociadas al Accidente Cerebro Vascular? Marque con una x las que considere correcta.

- a) ____ La hipertensión arterial.
- b) ____ La Diabetes mellitus.

- c) ____ La migraña.
- d) ____ Ser epiléptico.
- e) ____ Las úlceras pépticas.
- f) ____ No conozco del tema.

6. ¿Conoce usted como identificar la presencia o inicio de un ACV? Marque con una x las que considere correctas.

- a) ____ Pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, o parálisis en la cara.
- b) ____ Dificultad para expresarse, entender lo que se le dice.
- c) ____ Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.
- d) ____ Mareos, dolor de cabeza brusco, intenso e inusual, casi siempre acompañado de otros síntomas.
- e) ____ Dolor en el pecho que se irradia al brazo izquierdo.
- f) ____ Dolor abdominal, que se acompaña de diarreas y vómitos.
- g) ____ No conozco del tema

Nivel de conocimientos:

Pregunta 2:

Adecuadas: Contestar incisos. a, b, e

Inadecuadas: Contestar incisos. c, d, f.

Pregunta 3:

Adecuadas: Contestar inciso. a,b,c,d,e,f,g,h,i,j.

Inadecuadas: Contestar inciso. k

Pregunta 4:

Adecuadas: Contestar incisos. a,b,c,d,e,f.

Inadecuadas: Contestar incisos. g.

Pregunta 5:

Adecuadas: Contestar incisos. a,b.

Inadecuadas: Contestar incisos. c,d,e,f.

Pregunta 6:

Adecuadas: Contestar incisos. a,b,c,d.

Inadecuadas: Contestar incisos. e,f,g.

Calificación Final:

Adecuado: 70-100% de respuestas correctas.

Inadecuado: menos del 70% de respuestas correctas.

Anexo III

DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Policlínico de Venezuela en Ciego de Ávila

La estrategia de intervención consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los colaboradores.

La misma se realizó en un periodo de 2 meses y medios, constaron de 6 actividades, que fueron impartidas los jueves en horario de la tarde en el consultorio de la familia 17, con un tiempo de duración de 45 minutos.

Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo para aplicar conocimientos sobre los accidente cerebro vascular (ACV) y sensibilizar a los profesionales de la salud y promover la realización de la misma.

- Dinámica grupal con debate de situación.
- Debate y reflexión.
- Conferencia, juego de conocimientos.

En cada una de las sesiones de trabajo se fueron abordando los problemas identificados (una sesión para cada problema) y última se dedicará a precisar el conocimiento alcanzado por los colaboradores.

Tema I: Presentación del programa.

Sumario: 1- Presentación del proyecto.

2- Aplicación de los cuestionarios.

3- Cierre.

Objetivos: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los colaboradores a capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Hojas, lápices y bolígrafos.

Tema II: Generalidades de los Accidente Cerebro Vascular.

Sumario: 1. Concepto.

2. Categorías del Accidente Cerebro Vascular.

3. Ictus cerebral o apopléjico, derrame cerebral.

Objetivos: Explicar las generalidades del Accidente Cerebro Vascular y sus manifestaciones.

Tipo de actividad: Conferencia

Recursos: Computadora, pendrive, lápices, bolígrafos y hojas.

Tema III: Sintomatología y complicaciones del Accidente Cerebro Vascular.

Sumario: 1- Síntomas y signos de alarmas del ACV.

Objetivos: Lograr que los pacientes sean capaces de identificar las principales manifestaciones y signos del ACV.

Tipo de actividad: Clase Práctica.

Recursos: Computadora, pendrive, hojas, lápices, bolígrafos.

Tema IV: Factores de riesgo del ACV.

Sumario: Principales factores de riesgo del ACV.

Objetivo: 1- Que los pacientes conozcan los principales factores de riesgo.

2- el paciente diabético o hipertenso y su relación con ACV.

3- Otras enfermedades asociadas a la incidencia del ACV.

Tipo de actividad: Seminario

Recursos: pendrive, lápices, bolígrafos y hojas

Tema V: Ventajas de estilos de vida saludables en la prevención de los ACV.

Sumario: Algoritmo de tratamiento y cambios en los estilos de vida en pacientes de riesgo.

Objetivos:

1- Explicar los principales beneficios en los cambios de estilos de vida más saludables en los pacientes de riesgo.

2- Diseñar un programa de profilaxis de intervención de etilos de vida y dieta apropiada en sujetos de riesgo.

3- Discutir el diseño elaborado entre los participantes.

Tipo de actividad: Clase Teórico Práctico.

Recursos: Hojas de papel, lápices y bolígrafos.

Tema No VI: Cierre y evaluación

Sumario: 1- Reafirmación del contenido

2- Aplicación del cuestionario

Objetivo: Que los pacientes adquirieran mayores conocimientos sobre causas o factores de riesgo del Accidente Cerebro Vascular así como la detección de signos de alarma.

Tipo de actividad: Clase teórico – práctica.

Recursos: Hojas, lápices.

Frecuencia: A los 2 meses de finalizada la intervención educativa.

Finalmente se volverá aplicar la encuesta inicial para la evaluación de los objetivos de la intervención educativa.

Anexo IV.

Se aplicó la prueba Mc Nemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las personas de las cuatros variables en estudio, es decir aceptable (1) e inaceptable (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el SPSS.

Objetivo: Determinar si la tasa de respuesta inicial (antes del evento) es igual a la tasa de respuesta final (después del evento).

Esto conlleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: La metodología de intervención no es efectiva.

H1: La metodología de intervención es efectiva.

Esta prueba nos permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en nuestro diseño del tipo antes y después.

Con la utilización del SPSS podemos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad p . En caso de que $p \leq 0.05$ entonces existe significación y rechazo la hipótesis Ho.