

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería



**FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN
INTEGRANTES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD
FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA - AREQUIPA, 2017**

Tesis presentada por el Bachiller:

DEZA CESPEDES, Leonel Augusto

Para optar el Grado Académico de:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Asesor:

Dra. Gloria Núñez Lovon

AREQUIPA – PERU

2017

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presento a su consideración y a las Señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN INTEGRANTES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA - AREQUIPA, 2017.** Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Espero que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2017

Leonel Augusto Deza Céspedes



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN FINAL DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis

"FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN INTEGRANTES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA – AREQUIPA 2016"

AUTOR : Bach. Deza Céspedes Leonel Augusto

FECHA : Arequipa, 27 de marzo del 2017

Subsanadas las observaciones del Jurado Dictaminador el Borrador de Tesis queda APTO para la SUSTENTACIÓN según el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,


Dra. Delia Núñez de Alvarez



Dra. Teresa Chocano Rosas



Mgter. Mirta Cardeña Valverde

x dh

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Dra. Sonia Núñez Chávez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Gloria L. Núñez de Pinto**
Asesora del Estudio de Investigación

ASUNTO : **Informe sobre la Asesoría de Tesis Titulada:**

“FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN INTEGRANTES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA - AREQUIPA 2016”

AUTOR : **Bachiller**
LEONEL DEZA CÉSPEDES

FECHA : Arequipa, 03 de Marzo del 2017

Antecedentes : La Asesoría de estudio de Investigación se llevó a cabo durante el mes de diciembre del 2016 a febrero del 2017, tiempo en que se revisó el enunciado, objetivos, variables, justificación, hipótesis, marco teórico y el planteamiento operacional. Revisión que demandó reuniones con el investigador el cual en todo momento manifestó responsabilidad e interés.

Apreciación Personal : Los resultados de la presente Investigación permitirán fortalecer los conocimientos sobre los factores de riesgo en enfermedades cerebro vasculares, lo que permitirá prevenir estas patologías y lograr el autocuidado necesario.

Atentamente,



Dra. Gloria L. Nuñez de Pinto

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Dra. Delia Núñez de Álvarez
Dra. Delta Ocola de Martínez
Miembros del Jurado Dictaminador

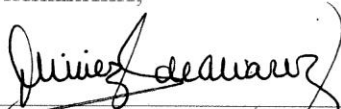
Asunto : Dictamen del Proyecto de Investigación
**“FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CEREBRO
VASCULARES EN INTEGRANTES DEL CLUB DEL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO DESALUD FRANCISCO BOLOGNESI,
CAYMA - AREQUIPA, 2016”**

Bachiller : Leonel Deza Céspedes

Fecha : 16 de Diciembre 2016

Revisado el Proyecto aun presenta algunos aspectos por precisar, realizados los cambios sobre todo en el Marco Operacional e Instrumento. Una vez los cuales superados debe presentar para su revisión y aprobación.

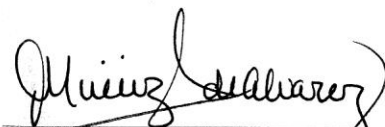
Atentamente,


Dra. Delia Núñez de Álvarez
Dra. Delta Ocola de Martínez

Fecha : 30 de Diciembre del 2016

Habiendo superado las observaciones, el Proyecto queda en condiciones para pasar a la Fase de Ejecución. De acuerdo al Reglamento de Grado y Títulos de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Atentamente,


Dra. Delia Núñez de Álvarez
Dra. Delta Ocola de Martínez

Mi profundo agradecimiento:

- ❖ *A Dios Padre por su eterno amor.*
- ❖ *A la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa por la Formación académica recibida.*
- ❖ *A mis padres por el apoyo recibido durante todos estos años.*
- ❖ *A todos mis familiares que estuvieron todos estos años*

“MUCHAS GRACIAS POR TODA SU COLABORACION INCONDICIONAL”

Leonel

Con todo mi amor y cariño:

*A Dios por permitirme seguir adelante,
por ponerme en este camino y
regalarme la oportunidad de cuidar de
quien más lo necesita.*

*A mis padres LEONEL JESUS DEZA
OROS y GEOVANA CESPEDS ORTEGA
por su sacrificio y esfuerzo, por su infinito
amor y comprensión, por estar conmigo
siempre, corregir mis errores, enseñarme
a no rendirme nunca, por ser mi principal
motivación y ejemplo a seguir. Gracias
por creer en mí.*

*A mis hermanos ALAN y LUIS,
quienes son mi fortaleza a seguir, por
estar siempre a mi lado, son mi
principal apoyo, mis compañeros
durante este camino.*

*A mi tía LIDIA por apoyarme siempre con
su aliento y ayudarme en todos estos años.
A todas las personas que conocí durante
estos años, mis AMIGOS que me
acompañaron desde el comienzo y con
quienes viví grandes momentos. A quienes
confiaron en mí y me enseñaron muchas
cosa en la vida.*

LEONEL

ÍNDICE

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	10
RESUMEN	13
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	15

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA	16
1.1. Enunciado del Problema	16
1.2. Descripción del Problema	16
1.2.1. Área del Conocimiento	16
1.2.2. Operacionalización de Variables	16
1.2.3. Interrogantes Básicas	17
1.2.4. Tipo y Nivel del Problema	18
1.3. Justificación	18
2. OBJETIVOS	19
3. MARCO TEÓRICO	20
4. ROL DE ENFERMERIA	40
5. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	45
6. HIPÓTESIS	49

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

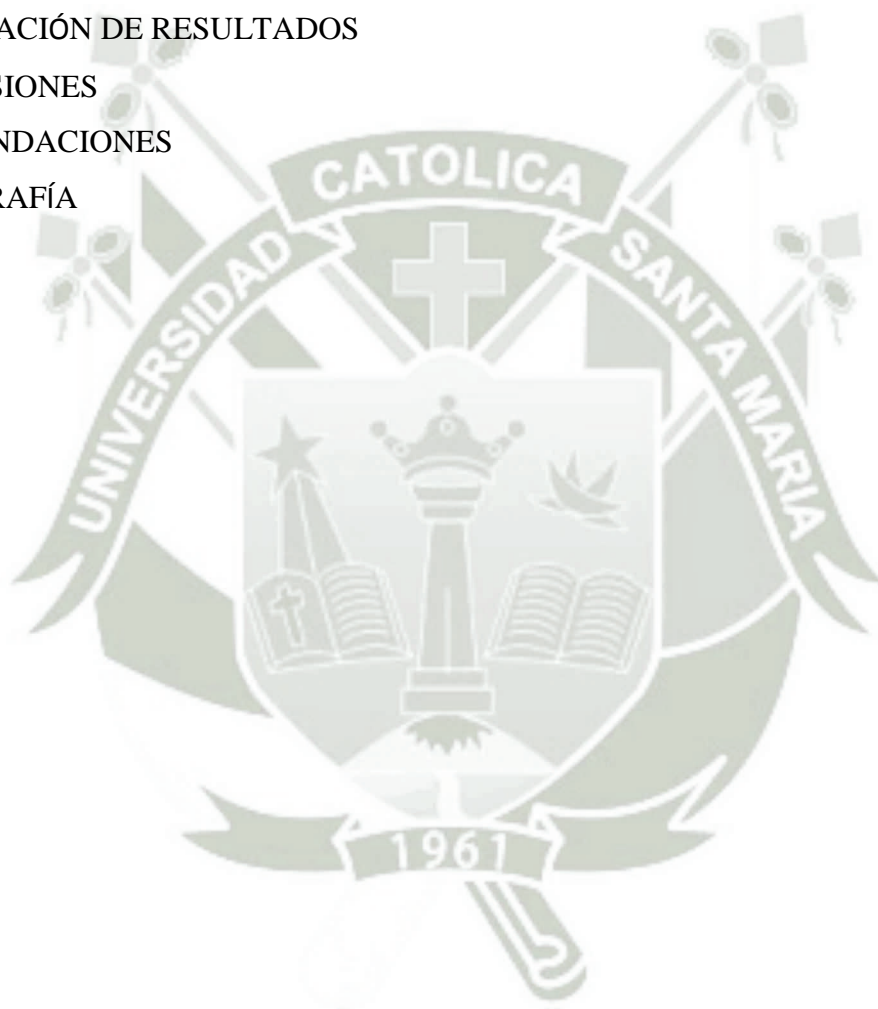
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN	50
1.1. Técnica	50
1.2. Instrumento	50
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	50

2.1. Ubicación Espacial	50
2.2. Ubicación Temporal	50
2.3. Unidades de estudio	50
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51

CAPÍTULO III

RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	54
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS	85



INDICE DE ILUSTRACIONES

	Pág.
1. ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI. AREQUIPA, 2017	49
2. ADULTO MAYORES SEGÚN EDAD. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017	50
3. ADULTOS MAYORES SEGÚN EL PESO. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017	51
4. ADULTOS MAYORES SEGÚN ANTECEDENTES GENETICOS DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017	52
5. ADULTOS MAYORES SEGÚN SINTOMAS DE ALERTA EN ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017	53
6. ADULTOS MAYORES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017	54
7. ADULTOS MAYORES SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017	55
8. ADULTOS MAYORES SEGÚN CONSUMO DE TABACO. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017	56
9. ADULTOS MAYORES SEGÚN CONSUMO DE LA HOJA DE COCA. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017	57
10. ADULTOS MAYORES SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE LA HOJA DE COCA. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017	58
11. ADULTOS MAYORES SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017	59

12. ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVELES DE COLESTEROL TOTAL. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 60
13. ADULTOS MAYORES SEGÚN VALORES DE HIPERTENSION ARTERIAL. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 61
14. ADULTOS MAYORES SEGÚN CONTROL DE PRESION ARTERIAL. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 62
15. ADULTOS MAYORES SEGÚN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 63
16. ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVELES DE GLICEMIA. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017. 64
17. ADULTOS MAYORES SEGÚN PRESENCIA DE DIABETES. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 65
18. ADULTOS MAYORES SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DE DIABETES. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 66
19. ADULTOS MAYORES SEGÚN CONTROLES DE GLICEMIA. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 67
20. ADULTOS MAYORES SEGÚN MEDICACION RECIBIDA PARA LA DIABETES. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 68
21. ADULTOS MAYORES SEGÚN ENFERMEDADES CARDIACAS. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 69
22. ADULTOS MAYORES SEGÚN TIPO DE ALIMENTACION. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 70
23. ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD FISICA. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 71

24. ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 72
25. ADULTOS MAYORES SEGÚN TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017 73



RESUMEN

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN INTEGRANTES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA - AREQUIPA, 2016

RISK FACTORS FOR STROKE IN MEMBERS OF THE CLUB THE OLDER ADULT OF THE HEALTH CENTER FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA - AREQUIPA, 2016.

Leonel Augusto Deza Céspedes¹

El presente estudio tiene como principal objetivo descubrir los factores de riesgo de Enfermedades Cerebrovasculares de un grupo de adultos mayores. Las ECV son la segunda causa de muerte y la tercera de discapacidad en el mundo; afecta anualmente a 15 millones de personas, de los cuales 5 millones mueren prematuramente y otros tantos permanecen con secuelas discapacitantes. Como instrumento se usó Ficha de Observación Documental aplicados a 40 adultos mayores seleccionados con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados obtenidos fueron más de la mitad de los adultos mayores son del sexo Femenino, el 72,5% de los adultos están entre las edades de 72 años a más. El 62,5% de los adultos mayores demuestran un consumo de la hoja de la coca, de los cuales el 56% lo hace diario, produciendo una dependencia a esta. Más de la mitad de los adultos mayores tienen una Presión Arterial dentro de los parámetros normales, con un Tratamiento farmacológico y no farmacológico adecuado y diario. El 52,5 y 27,5 % sufren de Obesidad y Sobrepeso respectivamente, por lo tanto el 80% de los adultos mayores tienen alta acumulación de grasa. El factor de riesgo de mayor incidencia encontrado fue la Hipertensión Arterial y la Obesidad por lo tanto el riesgo de padecer una Enfermedad Cerebrovascular es moderado a alto en los adultos mayores.

Palabras clave: Factores de riesgo, Enfermedad Cerebrovascular, adultos mayores.

¹ Bachiller en Enfermería. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado. Av. Zamacola 430 Yanahuara
Cel: 983021530. Leo_kxorro@hotmail.com

ABSTRACT

The research study main objective is identifying the risk Factors for Stroke a group of elderly. The Stroke are the second cause of death and the third cause of disability in the world; Annually affects 15 million people, of who 5 million die prematurely and others remain with disabling squeuealed.

As an instrument, the Documentary Observation Sheet applied to 40 older adults selected with the application of inclusion and exclusion criteria. The results obtained were more than half of the older adults are Females, 72.5% of adults are between the ages of 72 years and over. The 62.5% of older adults shows coca leaf consumption, of which 56% do daily, producing a dependence on coca leaf. More than half of the older adults have an Arterial Pressure within the normal parameters, with an adequate and daily pharmacological and non-pharmacological treatment. The 52.5 and 27.5% suffer from Obesity and overweight respectively, therefore 80% of the elderly have high accumulation of grease. The highest risk factor found was Arterial Hypertension and Obesity, therefore the risk of suffering from Stroke Disease is moderate to high in the elderly

Keywords: Risk Factors, Stroke, Older Adult



INTRODUCCION

Las Enfermedades Cerebrovasculares es una enfermedad grave que ocurre cuando el suministro de sangre de una zona del cerebro se interrumpe, causada por cualquier anomalía en el cerebro como resultado de un proceso patológico de los vasos sanguíneos.

Existen dos tipos principales de enfermedades cerebrovasculares: isquemia y hemorragia. La causa de la isquemia cerebral es un coágulo sanguíneo que detiene el aporte de sangre. La causa de una hemorragia cerebral es la rotura de un vaso sanguíneo que transporta sangre al cerebro, lo que provoca daños cerebrales.

El resultado después de un ECV depende del alcance y sitio dañado en el cerebro, también de la edad del paciente y el estado previo del paciente. El ECV hemorrágico tiene un riesgo más alto de muerte que el ECV isquémico, las muertes que ocurren dentro de la primera semana después del ECV son mayoritariamente debidas a los efectos directos del daño cerebral

Las ECV son la segunda causa de muerte y la tercera de discapacidad en el mundo; afecta anualmente a 15 millones de personas, de los cuales 5 millones mueren prematuramente y otros tantos permanecen con secuelas discapacitantes. En países en desarrollo, durante las últimas cuatro décadas, la incidencia de ECV se ha incrementado en 100% en los países de bajos y medianos ingresos económicos. En Perú se ha reportado una prevalencia de 6,8 % en la zona urbana y 2,7% en la zona rural en mayores de 60 años, en donde representan el 28,6 y 13,7%, respectivamente, de las causas de muerte.

Las ECV se ha convertido en problema actual con una alta incidencia en nuestro país, como un problema en la Salud pública, por lo tanto tiene una el estudio planteado se dirige para determinar los factores de riesgo de este grupo de personas y prevenir este fenómeno a través de la Prevención y Promoción de la Salud. El presente tema de investigación tiene como fin de identificar los factores de riesgo, prevenir y proponer soluciones que disminuyen el problema y así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores

El contenido del informe de investigación se organizará en tres capítulos, el primero contiene el marco teórico; el segundo, el operacional y el tercero, los resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Enunciado

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN INTEGRANTES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA - AREQUIPA, 2016

1.2. Descripción de problema

1.2.1. Área Del Conocimiento

Campo : Ciencias de la Salud

Área : Enfermería - Neurología

Línea : Enfermería en la Prevención – Promoción de la Salud del Adulto Mayor

1.2.2. Operacionalización de Variables

El estudio tiene una variable:

Única : Factores de riesgo de Enfermedades

Cerebrovasculares

Variable	Indicadores	Sub – Indicadores
Única Factores de riesgo de Enfermedades Cerebrovasculares	No modificables	Sexo Edad Antecedentes genéticos de ECV
	Modificables	Sedentarismo Antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Tabaco Drogas Consumo de alcohol.
	Enfermedades Crónicas	Hipertensión Arterial (HTA) Obesidad Diabetes Mellitus Enfermedades Cardiacas Hipercolesterolemia Arteriosclerosis

1.2.3 Interrogantes básicas

- A. ¿Cuáles son los factores de riesgo que predisponen a la Enfermedad Cerebrovascular en los integrantes del Club del Adulto Mayor del Centro De Salud Francisco Bolognesi, Cayma – Arequipa?
- B. ¿Cuál es el factor de riesgo de mayor incidencia de Enfermedad Cerebrovascular en los Integrantes Del Club Del Adulto Mayor Del Centro De Salud Francisco Bolognesi, Cayma – Arequipa?

1.2.4. Tipo y nivel del Problema

Tipo : De Campo

Nivel : Cuantitativo de corte transversal

1.3. Justificación del problema

La Enfermedad Cerebrovascular es la segunda causa de muerte y la tercera de discapacidad en el mundo; afecta anualmente a 15 millones de personas, de los cuales 5 millones mueren prematuramente y otros tantos permanecen con secuelas discapacitantes.

En la actualidad, el Ministerio de Salud informó un incremento en la mortalidad por ECV entre los años 2000 y 2006, mientras que en el Hospital Nacional “Cayetano Heredia” se reportó una mortalidad hospitalaria de 20% entre los años 2000 y 2009, lo cual revela su impacto como problema de salud pública. Entre los problemas relacionados con el manejo inicial de ECV tenemos la ausencia de un adecuado y oportuno diagnóstico. Se reportaron que entre 17 a 25% de ECV en mayores de 60 años, procedentes de zonas urbanas y rurales respectivamente del Perú, no son diagnosticados. Dentro del grupo de pacientes que acude a un hospital, solo entre 23 a 30% acude dentro de las tres primeras horas, con lo cual se pierde, en la mayoría de pacientes, la posibilidad de tratamiento con trombolisis. Si bien la distancia y medio de transporte influyen, es la falta de conocimiento de los factores de riesgo y signos de alarma mostrada en nuestro medio los que cumplen un rol importante en la falta de premura con que la persona o la familia acuden².

Circunstancias que van a hacer presentar la necesidad de atención médica y especialmente de **ENFERMERIA** sobre todo en actividades preventivas promocionales.

² Unidad de Conocimiento y Evidencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. [En línea] <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n2/a40v31n2.pdf>

Este estudio está enfocado en determinar los factores de riesgo de integrantes de este grupo de Adultos Mayores Asimismo, tiene relevancia social ya que es la primera causa de discapacidad y la tercera en años de vida y parte de este daño cerebral puede ser secundario frente a la muerte inicial de las células cerebrales ocasionada por la falta de flujo de sangre al tejido cerebral. La relevancia científica radica en que se trata de una causa importante de muerte, invalidez, dependencia en nuestro país y potencialmente en Latinoamérica. Por lo tanto se ha convertido en problema actual con una alta incidencia y ascendente en la Salud pública, Por lo anterior descrito la relevación personal es de actuar en la Prevención – Promoción de salud de cada Adulto mayor es la base para evitar la presente patología, en los conocimientos de los Factores de Riesgo, por lo que este estudio es de interés para el Personal de Salud y aquellos interesados en brindar medidas preventivas para los factores de riesgo que presente la persona.

2. OBJETIVOS

- Identificar los factores de riesgo en Enfermedades Cerebrovasculares en miembros del Club del Adulto mayor del Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma
- Precisar el factor de riesgo de mayor incidencia de Enfermedades Cerebrovasculares en los miembros del Club del Adulto mayor del Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma.

3. MARCO CONCEPTUAL

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Se define factor de riesgo Cerebrovascular como aquella situación o circunstancia que se asocia, estadísticamente, con una mayor incidencia de enfermedades Cerebrovasculares. Un factor de riesgo puede estar implicado en la etiopatogenia de la enfermedad, o asociarse con la misma. Para que se le pueda atribuir un papel etiológico son necesarias varias premisas: que sea anterior al comienzo de la enfermedad; que exista una relación entre la intensidad del factor de riesgo y la patología Cerebrovascular; que dicha relación persista en las diferentes poblaciones estudiadas; y que se demuestre una reducción en la prevalencia de la enfermedad al disminuir o eliminar dicho factor de riesgo.

A continuación se explicara cada uno de los factores de riesgo:

Factores de Riesgo	
No modificables	Modificables
Sexo Edad Antecedentes genéticos de ECV	Hipertensión Arterial (HTA) Obesidad Diabetes Mellitus Enfermedades Cardiacas Hipercolesterolemia Arteriosclerosis Estilos de vida: , Sedentarismo, Antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas (Tabaco, Drogas, Consumo de alcohol)

Factores no modificables

1. Edad y género:

El envejecimiento

Es un proceso progresivo intrínseco que forma parte del ciclo biológico natural que acontece en todo ser vivo con el paso de los años, por lo que el ser humano se encuentra inmerso en el mismo. La dinámica de la población de los últimos años ha experimentado cambios como el aumento significativo de adultos mayores, al cual ha influido la combinación de la esperanza de vida cada vez mayor con el continuo descenso de la fecundidad.³

Se identificó que la población más afectada por la enfermedad Cerebro vascular son las de sexo femenino, de las cuales el 56% de ellas son de 70 y 79 años de edad, sin embargo en el sexo masculino también existe un porcentaje elevado de pacientes entre 60 y 70 años de edad, por lo que se puede definir que es más frecuente en los pacientes de la tercera edad. Además se considera que los pacientes de raza negra son genéticamente más propensos a presentar problemas relacionados a la hipertensión arterial.

La ECV puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente después de los 60 años. Los estudios epidemiológicos documentan que después de esta edad por cada década se incrementa el riesgo de sufrir un ECV tanto isquémico como hemorrágico⁴. La prevalencia de la población con dos o más factores de riesgo para ECV se incrementa con la edad. El riesgo de padecer ECV aumenta de manera constante a medida que avanza la edad y es mayor en los hombres que en las mujeres, aunque esta diferencia disminuye al aumentar la edad. La prevalencia es muy elevada para ambos sexos.

Los estrógenos tienen un factor protector en la mujer para ECV, una vez la mujer entra en su fase menopáusica estos disminuyen y se incrementa la incidencia de la

³ Zúñiga-Herrera E, García JE. El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. Horizontes. Pág.: 93 – 100. 2008. México [En línea] <http://portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/06.pdf>. [Consultada 04/03/2014]

⁴ Kannel WB. Blood Cardiovascular Risk Assessment, Summary of Guidelines for the Management of Hypertension and a Critical Appraisal. Expert Panel of the National Institutes of Health Report. Washington D.C.2014 [En línea] http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-29152-9_7

ECV en la mujer igualando la del hombre. La terapia de reemplazo hormonal que se creía disminuía el riesgo de eventos cerebrovasculares, se ha reconocido recientemente, como un factor que incrementa el riesgo de padecerlos ⁵.

2. Antecedentes genéticos de ECV: La historia familiar de ECV en familiares de primer grado se relaciona con mayor incidencia en los descendientes. En el estudio Framingham se encontró que la historia paterna suponía un riesgo más alto que la materna, demostrando una gran influencia genética. Se ha encontrado una asociación entre la doble delección del gen de ECA (enzima convertidora de la angiotensina). El riesgo aumenta cuando existen varias enfermedades hereditarias, como **Síndrome de Marfan y la Neurofibromatosis**⁶

El síndrome de Marfan es una enfermedad que afecta el tejido conectivo. El tejido conectivo está formado por las proteínas que le brindan apoyo a la piel, los huesos, los vasos sanguíneos y otros órganos, es decir, sirve como 'pegamento' de todas las células, dando forma a los órganos, músculos, vasos sanguíneos.

Las Neurofibromatosis son un grupo de tres trastornos relacionados pero genéticamente diferentes del sistema nervioso que causan que tumores crezcan alrededor de nervios. Los tumores comienzan en las células que componen la vaina de mielina, una fina membrana que envuelve y protege las fibras nerviosas, y a menudo se propagan a las áreas adyacentes.

Factores modificables

1. Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una

⁵Writing Group for the Women's. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy. India. 2014

⁶Gil de Castro R. Factores de riesgo Del Ictus isquémico Pág. 2 – 4. Cuba. 2010.

presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.⁷

La HTA se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de Salud pública.

Es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

La HTA, produce cambios en el flujo sanguíneo, a nivel macro y micro vascular, causados a su vez por disfunción de la capa interna de los vasos sanguíneos y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia, que son las responsables de mantener el tono vascular periférico. Muchos de estos cambios anteceden en el tiempo a la elevación de la presión arterial y producen lesiones orgánicas específicas.

Clasificación de la Hipertensión Arterial según la JNC7

Asociación Norteamericana del Corazón: JNC 7

Nivel de Presión Arterial (mm Hg)

Categoría	Sistólica		Diastólica
Normal	< 120	y	< 80
Pre hipertensión	120-139	o	80-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Estadio 1	140-159	o	90-99
Hipertensión Estadio 2	≥ 160	o	≥ 100

8

⁷ Galvis V. “Guía de Atención de la Hipertensión Arterial”, Folleto guía del Ministerio de Salud Pública, Vol. 38. Pag.17-24.Colombia. 2012.

⁸ JNC7 - Asociación Norteamericana del Corazón en el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Pág. 14. Estados Unidos.2003

Hipertensión primaria (esencial) y secundaria:

En la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria. Se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria.

El término hipertensión secundaria se utiliza cuando la hipertensión está producida por un mecanismo subyacente, detectable. Existen numerosos estados fisiopatológicos como estenosis de la arteria renal o el estado anímico de la persona influye, que pueden producir hipertensión arterial. En alguno de estos casos, la elevación de la presión arterial es reversible cuando la enfermedad subyacente se trata con éxito. Es importante identificar la pequeña cantidad de pacientes con una forma secundaria de hipertensión, porque en algunos casos existe una clara posibilidad de curación del cuadro hipertensivo.⁹

Las personas con **HTA** tienen un riesgo de ECV que es de cuatro a seis veces más elevado que el riesgo de los que **NO** tienen hipertensión.

De un 40 a un 90% de las personas que sufren accidentes cerebrovasculares, tienen alta presión sanguínea antes de ocurrir el ECV.

El impacto de la hipertensión en el riesgo total de ECV disminuye a medida que aumenta la edad, por lo que otros factores adicionales desempeñan un papel mayor en el riesgo general de ECV en los adultos de más edad. En las personas sin hipertensión, el riesgo absoluto de ECV aumenta con el curso del tiempo hasta alrededor de la edad de 90 años, cuando el riesgo absoluto viene a ser el mismo que el de las personas con hipertensión.

Así como en el ECV, hay una diferencia entre mujeres y hombres en la prevalencia de la hipertensión. En las personas más jóvenes, la HTA es más común entre los hombres que entre las mujeres; al aumentar la edad, más mujeres que hombres tienen hipertensión. Esta diferencia de hipertensión entre hombres y mujeres y según la edad, probablemente tiene un impacto en la incidencia y prevalencia del ECV en estas poblaciones.¹⁰

⁹EBRARY. Hipertensión arterial en población adulta; 2010 [En Línea] <http://link.springer.com/article/10.1007/s11906-013-0327-6>

El medicamento antihipertensivo puede reducir el riesgo de ECV de una persona. Estudios recientes indican que el tratamiento puede disminuir la tasa de incidencia de ECV en un 38% y reducir la tasa de mortalidad en un 40%. Entre los agentes hipertensivos comunes figuran los agentes adrenérgicos, los beta-bloqueadores, los inhibidores de enzimas que convierten angiotensina, los bloqueadores de canales de calcio, los diuréticos y los vasodilatadores.

Diuréticos	Hidroclorotiazida y Furosemida
Beta bloqueadores	Enalapril, Captopril, Atenolol, Metoprolol y Carvedilol
Agonistas alfa centrales	Metildopa
Calcioantagonista	Amlodipino
Antagonistas de los receptores Angiotensina	Losartán, Valsartán e Ibersartan

2. Diabetes

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales.¹¹

El diagnóstico de diabetes se realiza cuando el paciente tiene valores de glucosa en sangre con 8 horas de ayuno de 126 mg/dL o más, en más de una ocasión. La "pre-diabetes" es una afección en la que los niveles de glucosa en sangre son más altos de lo normal, pero todavía

¹⁰ Lopez F, Buonanotte C, "Hipertensión Arterial y Accidente Cerebro Vascular en Ancianos", Revista Médica ELSivier, Vol.4, (1), Pág. 18-21.Argentina.2012.

¹¹ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. 2016.

no alcanzan la diabetes. Las personas con pre-diabetes tienen mayor riesgo de transformarse en diabéticos y de tener enfermedad cardíaca y ataque cerebral

Las personas con diabetes tienen tres veces el riesgo de un ECV de las personas sin diabetes. El riesgo relativo de ECV de la diabetes alcanza el punto más elevado en los 50 y 60 años de edad y disminuye después de los 60 años.

En los pacientes diabéticos e hipertensos el control de esta última debe ser mucho más estricto y según el último consenso de control de factores de riesgo se recomienda en estos pacientes una cifra de presión arterial sistólica menor a 120 mmHg y de presión arterial diastólica menor a 65 mmHg.

Fármaco	Efecto deseado
Metformina	Hipoglucemiante
Clorpropamida	
Glibenclamida	

3. Otras enfermedades cardíacas:

Otros tipos de enfermedades cardíacas que contribuyen al riesgo de ECV incluyen la cardiomiopatía dilatada, la enfermedad valvular cardíaca (prolapso de la válvula mitral, endocarditis y válvulas protésicas), anomalías cardíacas congénitas (foramen oval permeable, defectos como aneurismas del septum interauricular), en total 20 % de los ECV isquémicos son debidos a embolismo cardiogénico. Fuentes potenciales de émbolos cardíacos se han asociados hasta con 40% de los ECV criptogénicos (o de origen no reconocido) en población juvenil. La ECV perioperatorio ocurre en 1-7% de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos cardíacos (predominantemente puentes arteriales coronarios y cirugía cardíaca abierta). La historia de eventos neurológicos previos, el incremento de la edad, la diabetes se ha identificado como factores de riesgo para ECV temprano y tardío después de cirugía cardíaca. Otros factores asociados con ECV perioperatorio incluyen la duración del puente cardiopulmonar y la presencia de aterosclerosis aórtica.

Mención a las siguientes:

- La cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio)
- Las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
- La cardiopatía reumáticas: lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos
- Las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento
- Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Los antecedentes de enfermedad cerebrovascular, constituyen un factor predecible específicamente importante para el futuro riesgo de desarrollo de episodios cerebrovasculares graves. Los pacientes con antecedentes de ECV presentan un riesgo de nuevo ECV de un 3% a un 5% o más al año, y el riesgo de otros accidentes cardiovasculares graves es como mínimo, de algunas unidades porcentuales mayores.

4. Obesidad

4.1. Obesidad

El sobre peso/obesidad se considera el factor desencadenante ambiente más importante que contribuye a la aparición de HTA. El Exceso de grasa corporal contribuye a elevar la Presión Arterial. Por lo tanto se considera un pilar principal el tratamiento no farmacológico y deben iniciar un programa

de reducción de peso, de forma controlada e individual, con lleve a una restricción calórica y un aumento de actividad física.

La reducción de peso disminuye la presión arterial y aumenta el efecto hipotensor del tratamiento farmacológico y, además, puede reducir significativamente los factores concomitantes de riesgo cardiovascular, tales como diabetes y dislipemia. Debe ser un objetivo constante la reducción de peso y mantenimiento en el peso ideal en el sujeto hipertenso y para ello el especialista en consulta debe recordar incluir siempre el consejo dietético

La acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Valores Anormales en Adultos:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- Obesidad: IMC igual o superior a 30.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades.

4.2. Hipercolesterolemia

Hay dos clases de colesterol, llamados comúnmente "colesterol bueno" y "colesterol malo". El colesterol bueno es lipoproteína de alta densidad o HDL; el colesterol malo es lipoproteína de baja densidad o LDL. Juntas, estas dos formas de colesterol constituyen el nivel de colesterol total en la sangre de una persona. En las pruebas de colesterol total en la sangre, se considera seguro un nivel inferior a 200 mg/dL, mientras que un nivel de más de 240 se considera **peligroso** y pone a una persona en riesgo de enfermedad cardíaca y de sufrir una ECV.

El nivel de LDL de una persona debería ser inferior a 130 mg/dL para ser seguro. Los niveles de LDL entre 130 y 159 colocan a la persona en un riesgo ligeramente más elevado de arteriosclerosis, de enfermedad cardíaca y de sufrir ECV. Una puntuación de más de 160 de LDL coloca a una persona en gran riesgo de sufrir un ataque de corazón o una ECV.

La otra forma de colesterol, la lipoproteína de alta densidad (HDL), es beneficiosa y contribuye a la prevención de ECV. HDL lleva un pequeño porcentaje de colesterol en la sangre, pero en vez de depositar su colesterol en el interior de las paredes arteriales, vuelve al hígado para descargar su colesterol. El hígado elimina luego el exceso de colesterol transmitiéndolo a los riñones. En la actualidad, cualquier puntuación de HDL superior a 35 se considera deseable. Estudios recientes han demostrado que altos niveles de HDL están asociados a un menor riesgo de enfermedad cardíaca y de accidentes cerebrovasculares y que bajos niveles de HDL (por debajo de 35 mg/dL), incluso en personas con niveles normales de "colesterol malo", conducen a un mayor riesgo de enfermedad cardíaca y de ECV.

4.3. Arteriosclerosis

Es una afección en la cual placa se acumula dentro de las arterias. Placa es una sustancia pegajosa compuesta de grasa, colesterol, calcio y otras sustancias que se encuentran en la sangre. Con el tiempo, esta placa se endurece y angosta las arterias. Eso limita el flujo sanguíneo, por lo tanto el transporte de oxígeno al cuerpo.

La acumulación LDL, que recubre el interior de las paredes arteriales se endurece y se convierte en placa arterial, conduciendo a **estenosis y arteriosclerosis**. Esta placa bloquea los vasos sanguíneos y contribuye a la formación de coágulos de sangre.

Una persona puede reducir su riesgo de arteriosclerosis y de sufrir una ECV mejorando sus niveles de colesterol. Una dieta saludable y ejercicio regular son las mejores formas de reducir los niveles totales de colesterol. En algunos casos,

los médicos recetan medicamentos para reducir el colesterol y estudios recientes han demostrado que los tipos más nuevos de estos medicamentos, llamados inhibidores de reductasa o medicamentos de estatina, reducen notablemente el riesgo de ECV en la mayoría de los pacientes con colesterol elevado.¹²

5. Antecedentes de consumo de Sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas pueden ser de origen natural o sintético y cuando se consumen por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

5.1. Consumo de Tabaco:

El tabaquismo es una enfermedad crónica y/o adicción que la persona experimenta por el tabaco, que suele generarse por la nicotina.

Los problemas que provoca el hábito de fumar son muy variados, desde alteraciones graves de la salud, hasta problemas sociales (tabaquismo pasivo, etc.) y ambientales. Las enfermedades más graves relacionadas con el tabaquismo son algunos tipos de cáncer, la enfermedad pulmonar crónica (bronquitis crónica y enfisema) y la enfermedad en las arterias de cualquier sitio del organismo.

El consumo de cigarrillos es el factor de riesgo modificable más poderoso que contribuye a la ECV. El consumo de cigarrillos casi duplica el riesgo de una persona de sufrir un ECV isquémico, independiente de otros factores de riesgo, y aumenta el riesgo de una persona de hemorragia subaracnoidea hasta en un 3.5 por ciento. El consumo de cigarrillos es responsable directamente de un mayor porcentaje del número total de accidentes cerebrovasculares en los adultos jóvenes que en otros adultos.

¹² BVS. Accidente cerebro vascular prevención y control. 2012 [En línea] <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

El riesgo relativo de accidentes cerebrovasculares disminuye inmediatamente después de dejar de fumar, observándose una reducción importante del riesgo después de 2 a 4 años. Lamentablemente, puede llevar varias décadas para que el riesgo de un ex-fumador descienda al nivel de una persona que nunca ha fumado.

El consumo de cigarrillos aumenta el riesgo al promover la arteriosclerosis y aumentar los niveles de factores de coagulación de la sangre, tales como el **fibrinógeno**. Además de promover condiciones asociadas a ECV, el consumo de cigarrillos también aumenta el daño que resulta a debilitar la pared endotelial del sistema Cerebrovascular.

5.2. Consumo de alcohol

Se conoce como alcoholismo a la enfermedad que consiste en la adicción a las bebidas alcohólicas. Aunque por supuesto y como sucede con todo tipo de adicción, la misma, puede circunscribirse a diferentes causas, la influencia psicosocial del ambiente en el cual vive el adicto suele ser el factor determinante.

El consumo elevado de alcohol es otro factor de riesgo modificable de ECV. Por lo general, un incremento en el consumo de alcohol conduce a un incremento en la presión sanguínea. Si bien los científicos están de acuerdo en que el consumo fuerte de bebidas alcohólicas constituye un riesgo de hemorragia y de ECV isquémico, en varios estudios de investigación se ha encontrado que el consumo diario de cantidades pequeñas de alcohol tiene una influencia protectora contra el ECV isquémico, quizás debido a que el alcohol reduce la capacidad de coagulación de las plaquetas en la sangre.

El consumo moderado de alcohol puede actuar de la misma forma que la aspirina en reducir la coagulación de la sangre y evitar el ECV isquémico. El fuerte consumo de alcohol, no obstante, puede agotar gravemente el número de plaquetas y comprometer la coagulación de la sangre y la viscosidad de la sangre conduciendo a hemorragias. Además, el consumo asiduo o en

cantidades excesivas de alcohol puede conducir a un efecto de rebote después de que el alcohol se ha eliminado del cuerpo. Las consecuencias de este efecto de rebote son las de que la viscosidad de la sangre (o el espesor), y los niveles de plaquetas aumentan extraordinariamente después de beber en cantidad, con lo que aumenta el riesgo de ECV isquémico.

5.3. Consumo de drogas

Es una enfermedad crónica que consiste en el consumo indebido de drogas, lo que implica atentar contra la salud, y que producen excitación, pudiendo producir alucinaciones, como es el caso de la cocaína o el crack o depresivos tales como el opio, la morfina o el alcohol, con imposibilidad de abstenerse de ello sin padecer consecuencias desagradables psico-físicas conocidas como síndrome de abstinencia.

La cocaína puede actuar sobre otros factores de riesgo, tales como la hipertensión, la enfermedad cardíaca y la enfermedad vascular desencadenando un ECV. La cocaína también reduce el flujo de sangre Cerebrovascular relativo hasta en un 30%, ocasiona constricción vascular e inhibe el relajamiento vascular, conduciendo a un estrechamiento de las arterias. También afecta al corazón, ocasionando arritmias y un ritmo cardiaco acelerado que puede conducir a la formación de coágulos de sangre.

El consumo de marihuana también puede ser un factor de riesgo de ECV. La marihuana reduce la presión sanguínea y puede interactuar con otros factores de riesgo, tales como la hipertensión y el consumo de cigarrillos, ocasionando niveles de presión de sangre rápidamente fluctuantes, lo que ocasiona daño en los vasos sanguíneos.

Otras drogas objeto de abuso, tales como las anfetaminas, la heroína y los esteroides anabólicos e incluso algunas drogas legales y comunes, tales como la cafeína, se ha sospechado que aumentan el riesgo de una persona de sufrir un ECV. Muchas de estas drogas son vasoconstrictoras, lo que

significa que pueden hacer que los vasos sanguíneos se estrechen y aumente la presión de la sangre.

6. Estilos de vida no saludables

6.1. Sedentarismo

Es el estilo de vida más cotidiano que incluye poco ejercicio, suele aumentar el régimen de problemas de salud, especialmente aumento de peso (obesidad) y padecimientos vasculares.

El sedentarismo triplica el riesgo de sufrir una ECV, y la realización de una actividad física al menos durante 30 minutos al día es el hábito más apropiado para proteger las arterias del organismo.

Es conveniente que el ejercicio sea dinámico, prolongado y predominantemente isotónico de los grupos musculares mayores, como por ejemplo una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana.

6.2. Dieta

Para conseguir una reducción considerable de la presión arterial tan sólo con esta medida, hay que reducir la ingestión de sodio a menos de 70 mmol/día. La reducción de la presión arterial que se produce tras la restricción de sodio, a igualdad de condiciones, es también mayor cuanto mayor es la edad de la persona.

El aumento en el consumo de fruta y verdura reduce la presión arterial; obteniendo un efecto adicional si se disminuye el contenido de grasa. El consumo habitual de pescado, incorporado en una dieta de reducción de peso, puede facilitar la disminución de la presión arterial en los obesos, mejorando, además, el perfil lipídico.

Por tanto, hay que recomendar una mayor ingesta de fruta, verdura y pescado, reduciendo el consumo de grasas. Aunque la ingesta de café puede elevar, agudamente, la presión arterial, se desarrolla rápidamente tolerancia, por lo que no parece necesario prohibir un consumo moderado.

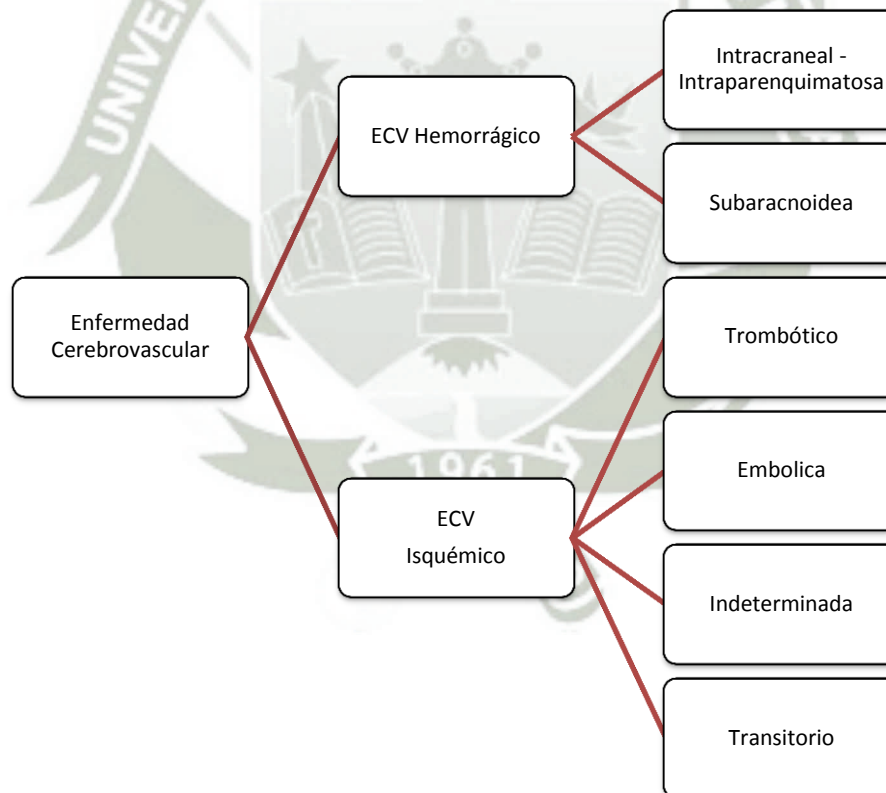


ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) se define como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y a veces global en caso de los pacientes en coma, pérdida de función cerebral, con los síntomas durando más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular o conduciendo a la muerte, sin causa evidente a excepción del vascular.

Las enfermedades vasculares cerebrales son muy numerosas y debido a ello tienen una compleja nomenclatura que depende de los siguientes factores: Naturaleza de la lesión, tamaño y morfología de la misma, forma de instauración y evolución posterior, topografía, mecanismo de producción y etiología.

La clasificación etiopatológica de ECV es de particular relevancia, tanto para el manejo terapéutico del ictus agudo, como para la prevención primaria y secundaria.¹³



¹³ Organización Mundial de la Salud. Washington, Estados Unidos.2014 (OMS)

1. ECV hemorrágico:

El accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando se rompe un vaso sanguíneo que llega al cerebro. La sangre de este vaso puede penetrar en el cerebro y causar daño. Hay dos tipos de accidentes cerebrovasculares hemorrágicos:

- Hemorragia intracraneal - intraparenquimatosa (HIC): significa que el sangrado está directamente dentro del cerebro.
- Hemorragia subaracnoidea (HSA): significa que el sangrado está entre el cerebro y el cráneo.

Fisiopatología:

El cerebro recibe 20% del gasto cardíaco. Aproximadamente 800 ml. de sangre circulan en el cerebro en cada minuto. Una gota de sangre que fluya a través del encéfalo tarda alrededor de 7 segundos para pasar de la arteria carótida interna a la vena yugular interna. Este flujo continuo se requiere debido a que el cerebro no almacena oxígeno ni glucosa, y de manera casi exclusiva obtiene su energía del metabolismo aeróbico de la glucosa sanguínea.

La fisiopatología del daño por la oclusión cerebrovascular puede ser separada en dos procesos secuenciales: de una parte los eventos vasculares y hematológicos que causan la reducción inicial y la subsecuente alteración del flujo sanguíneo cerebral local, y de otra, las anomalías celulares inducidas por la hipoxia y anoxia que producen la necrosis y muerte neuronal.^{14 2}

Síntomas de alerta en ECV Hemorrágico:

- Mareo o pérdida de equilibrio
- Fuerte dolor de cabeza (Cefalea)
- Náuseas y vómitos
- Confusión, dificultad para hablar o entender
- Debilidad o entumecimiento de un solo lado del cuerpo (hemiplejía lateral)
- Problemas para ver por uno o ambos ojos
- Dificultad para caminar

¹⁴ Villareal R. Gustavo, Accidente Cerebro Vascular [En Línea]: <http://neurocirugiaendovascular.com/pdf2/ACCIDENTE%20CEREBROVASCULAR.pdf>

En la evaluación inicial del paciente con hemorragia intracraneal algunos signos y síntomas pueden orientar hacia la localización y las características del sangrado:

- Deterioro progresivo de la conciencia: pequeñas hemorragias en tallo cerebral o cerebelo.
- Coma desde el inicio: hemorragias extensas, con herniaciones.
- Hemiplejía y alteraciones sensitivas discretas: Tálamo.
- Pupilas puntiformes: Puente.

2. ECV isquémico:

Síndrome clínico que se caracteriza por síntomas y/o signos focales que se desarrollan rápidamente, en ocasiones con pérdida global de la función cerebral, que duran menos de 24 horas, sin otra causa aparente que un origen vascular por obstrucción u oclusión arterial. Clasificación:

- Tromboticos: Vasos intracraneales, extracraneales y lacunar.
 - Embolicas
 - Indeterminada
 - Crisis Isquémica Transitoria: Definición clínica similar a la anterior, diferenciándose en la duración de los síntomas, que son menores de 24 hrs, con recuperación espontánea completa.
- Exámenes de laboratorio:

Hemograma completo. Evaluar posible anemia con déficit de oxígeno, Policitemia y trombocitosis como posibles factores de riesgo para el accidente cerebrovascular.

La presencia de una urea y ácido úrico elevados son factor de riesgo cardiovascular, sedimento y creatinina en orina

Glucosa elevada - Diabético. Es un factor favorecedor en el Ictus agudo. Glicemia capilar (cada 6 horas, las primeras 24 horas de ingreso o hasta normalización). El control de la glicemia es fundamental, no sólo porque la hiperglicemia produce

síntomas similares, sino, también, por demostrarse, mediante distintos estudios, que la hiperglicemia aumenta la morbimortalidad en estos pacientes, debiéndose establecer como objetivo mantener glicemias en parámetros normales.

Perfil hepático. Búsqueda de posible afectación hepática, para determinar tratamientos.

Estudio lipídico. LDL alto, HDL bajo, triglicéridos altos: factor de riesgo vascular.

Proteína C Reactiva (PCR). Niveles elevados indican un proceso inflamatorio (arteritis).

PCR ultrasensible. Un valor elevado es un marcador de aterosclerosis, factor de riesgo cardiovascular (aumento de eventos cardiovasculares).

Enzimas cardiacas en pacientes con historia de enfermedad coronaria, electrocardiograma (ECG). Las enzimas cardiacas están indicadas en los casos en que el ECG sugiera un infarto agudo de miocardio (IAM).

Gasometría en pacientes con sospecha de hipoxemia indica la severidad de la misma y los trastornos ácido-base.

Estudio de coagulación. Valora el inicio de anticoagulación o riesgo de Ictus por aumento de factores de coagulación.

Imaginología: Tomografía Axial Cerebral Computarizada (TAC), Resonancia magnética (RM), Electrocardiograma (ECG), Rayos X de tórax, Punción Lumbar (PL), Angiografía Cerebral, Angiografía por RM, Doppler Transcreaneal y ecocardiograma.

FARMACO	EFECTO DESEADO
Fenobarbital	Antihipertensivo Sedante Anticonvulsivante
Propanolol	Antihipertensivo
Furosemida	Diurético
Diacepam	Sedante
Dexametasona	Antiedema Reduce la presión intracraneal
Dopamina	Incrementa la presión arterial media, lo que mejora a veces el flujo sanguíneo cerebral a través de los pequeños vasos
Albumina 5%	Expansores del volumen para favorecer la perfusión cerebral
Nitroglicerina	Controla/previene el vasos espasmo; aumenta la perfusión cerebral. Hipotensor
Heparina	Anticoagulación impide la conversión de protrombina en trombina
Aspirina	Inhibe la agregación plaquetaria
Atorvastatina	Inhibe la síntesis de colesterol

4. ROL DE ENFERMERIA

Se considera que en la Atención y Cuidados de Enfermería a paciente con enfermedad cerebro vascular gran parte de la responsabilidad y la posible mejora de los pacientes ingresados con estos accidentes recae sobre el personal de enfermería; no sólo a nivel bio-físico (como puede ser la mejora de las funciones motoras,..), sino a nivel psico-social, ayudando al paciente a comprender su enfermedad y sus posibles futuras limitaciones, e implicando y educando a sus familiares en el proceso de la enfermedad

El rol de enfermería orientada en la atención primaria, secundaria y terciaria de ECV dirigida a los miembros del Club del Adulto mayor del Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma - Arequipa

Atención primaria

- Brindar educación sanitaria a pacientes y familiares, para desarrollar en ellos adecuados hábitos y habilidades terapéuticas con el objetivo de prevenir y disminuir los Factores de Riesgo.
- Desarrollar actividades de prevención y promoción de Salud, con el objetivo de modificar hábitos como: dieta inadecuada, hipercolesterolemia, obesidad, tabaquismo, alcohol y sedentarismo.
- Identificar pacientes de alto riesgo de ECV, para una atención inmediata.
- Instrucción a pacientes y familiares sobre los FR que afectan a la salud del individuo, ocasionando enfermedades neurológicas que sólo son prevenibles cuando se producen cambios en el estilo de vida y se evitan conductas de alto riesgo.
- Control de pacientes con afecciones neurológicas para su seguimiento sistemático.
- Chequeo periódico de la presión arterial.
- Vigilancia estrictas de los FR modificables como el hábito de fumar, el alcoholismo, la obesidad, el sedentarismo, el estrés y otros hábitos no saludables.
- Orientar como debe ser la dieta hipo sódico e hipograsa.

- Orientar sobre el ejercicio físico, tratamiento farmacológico y la rehabilitación cuando el paciente lo requiere.

Atención secundaria

- Garantizar que los servicios de urgencia y las salas especializadas cuenten con los equipos y medicamentos necesarios para el diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Cumplir con los criterios de ingreso precoz en los casos con de ECV (isquémica y hemorrágica).
- Ubicar en salas especializadas a pacientes con síntomas premonitorios de la enfermedad.
- Brindar educación sanitaria a pacientes y sus familiares sobre los factores de riesgo y medidas preventivas para mejorar el pronóstico y calidad de vida.
- Observación activa hospitalaria y tratamiento precoz en casos de diagnósticos dudosos o existencia de síntomas premonitorios de ECV, hasta confirmar o descartar dicho proceso.
- Preparación psicológica de pacientes y familiares.
- Mantener las medidas de asepsia y antisepsia en todas las técnicas y procedimientos.
- Cumplir con exactitud el tratamiento médico y observar reacciones adversas.
- Observar que la dieta que se le oferta, tenga los requisitos nutricionales según sus necesidades.
- Observar cualquier signo de infección nosocomial o de úlcera por presión.
- Apoyar al médico en el examen neurológico y en los procedimientos no invasivos e invasivos que se le realicen como estudios complementarios.
- Realizar sistemáticamente los cambios de posición según estado del paciente y la movilización de la cama al sillón.

Atención terciaria

En el nivel terciario de atención con el paciente de ECV está dirigido a la investigación, rehabilitación e intervención para el apoyo del paciente en su adaptación a determinadas dificultades ocasionales por problemas de salud, aceptando los efectos de eventuales

discapacidades. El objeto de este nivel consiste en la consecución de un grado de satisfacción óptima de las necesidades personales básicas a pesar de las limitaciones temporales o permanentes impuestas por el estado de salud, su posterior recuperación mediante la fisioterapia y rehabilitación hasta el logro de su incorporación a la familia y la comunidad.

El personal de enfermería debe conocer las principales investigaciones como TAC, ECODOPPLER, pruebas diagnósticas contrastadas para su ulterior explicación al paciente y preparación psicológica. Además, debe interpretar las cifras de los complementarios como el hemograma, hematocrito, glicemia, así como el resto de las investigaciones realizadas. Así como también, establecer relación enfermera-paciente-familia.

Entre sus funciones en el nivel terciario están:

- Realizar acciones de promoción de salud conociendo los factores de riesgo de mayor incidencia.
- Mantener las medidas de asepsia y antisepsia.
- Ofrecer una dieta hipo sódico, hipo grasa y cumplimentar el tratamiento indicado.
- Realizar ejercicios **pasivos** en los primeros días y continuar los **activos** posteriormente.
- Movilización de los diferentes decúbitos para la prevención de úlceras por presión.
- Observar cualquier evidencia de complicación.
- Acompañar al paciente a la realización de pruebas diagnósticas dentro y fuera de la institución.
- Contribuir en la rehabilitación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

DOMINO III: ELIMINACION E INTERCAMBIO

- Deterioro de la eliminación urinaria r/c patología de la enfermedad e/p Sonda Foley.

DOMINO IV: ACTIVIDAD Y REPOSO

- Déficit de autocuidado: baño Higiene, vestido r/c deterioro neuromuscular e/x limitación de movimientos
- Deterioro de la Movilidad Física r/c deterioro neuromuscular debido a un ECV previo e/x postración.
- Patrón respiratorio Ineficaz r/c trastorno neuromuscular e/x $SO_2 < 85\%$

DOMINIO V: PERCEPCION/ COGNICION

- Deterioro de la comunicación verbal r/c secuela de ECV e/x incapacidad para hablar

DOMINO IX: AFRONTAMIENTO Y TEMOR A LA ESTRÉS

- Ansiedad r/c padecimiento enfermedad e/x conductas gestuales

DOMINO XI: SEGURIDAD Y PROTECCION

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c acumulo de secreciones e/x por la necesidad frecuente de aspiración
- Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física e/x úlceras por presión.
- Riesgo de infección R/C procesos invasivos (catéter endovenoso, Ventilador mecánico, sonda Foley.)

DOMINO XII: CONFORT

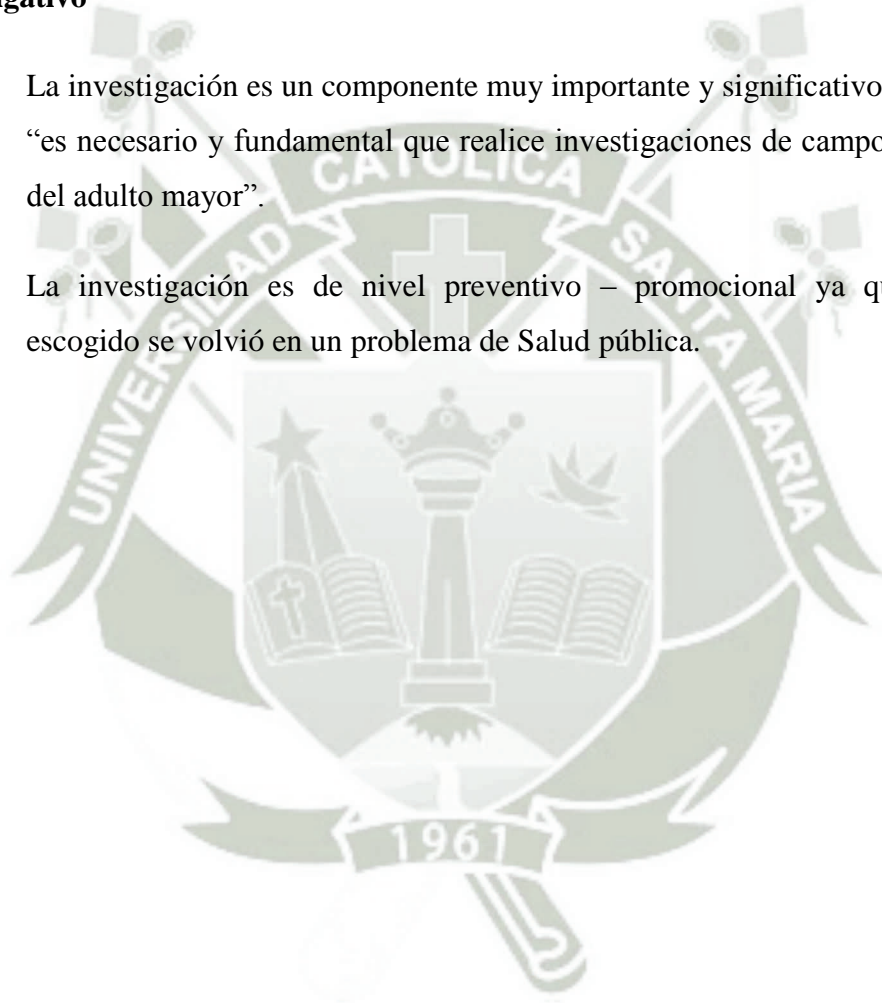
- Dolor agudo r/c incremento de la presión vascular e/p cefalea

Rol Administrativo

Tanto la educación como lo asistencial de enfermería a los adultos mayores en cualquier establecimiento de salud deben ser practicadas o realizadas a través de la gestión de cuidado de enfermería que comprende la organización, la planificación, la ejecución y la evaluación tomando como Ejes integradores el liderazgo de enfermería y el proceso del cuidado de enfermería.

Rol Investigativo

- La investigación es un componente muy importante y significativo por los que “es necesario y fundamental que realice investigaciones de campo en la línea del adulto mayor”.
- La investigación es de nivel preventivo – promocional ya que el tema escogido se volvió en un problema de Salud pública.



5. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Locales:

- ✓ Autores: Dr. Luis Segura Vega; Dr. Régulo Agustín C.(2010 – 2011)

Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú

Conclusión:

Este estudio hace un diagnóstico de los factores de riesgo de la aterosclerosis, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo, obesidad, sedentarismo en nuestro país son la causa principal de las enfermedades cardiovasculares en el adulto, mostrando que dichos factores se han incrementado en forma significativa excepto el tabaquismo, durante los últimos 5 años. Los resultados se pormenorizan por regiones naturales, ciudades principales, grupos socioeconómicos y culturales tanto en varones y mujeres. Estos resultados permitirán diseñar programas de prevención a nacional, regional y por ciudades

- ✓ Autores: Mariel Valdivia Mazeyra, César Trillo Rodríguez (2012)

Lesiones cerebrovasculares asintomáticas y su relación con factores de riesgo vascular en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis

Conclusión:

Se encontró lesiones cerebrovasculares asintomáticas en 86 pacientes (81,1%) de los cuales 69 pacientes (80,2%) tuvieron ambas lesiones (lesión de sustancia blanca e infarto cerebral silente). Los factores “tradicionales” de riesgo vascular que tuvieron una relación significativa ($p < 0,05$) con la presencia de lesiones cerebrovasculares asintomáticas fueron edad avanzada, hipertensión arterial, diabetes Mellitus, hipercolesterolemia, elevación de LDL-c e hiperuricemia; y, de los factores “no tradicionales” fueron trastornos del fósforo sérico, hipoalbuminemia y elevación de proteína C reactiva.

Se concluye que existe relación entre los factores de riesgo vascular con la presencia de lesiones cerebrovasculares asintomáticas en los pacientes evaluados en este estudio

Nacionales:

- ✓ Autor: Ana Luz López Cossío (2005)

Calidad del Cuidado de Enfermería y Nivel de Respuesta del paciente con ACV Isquémico según Patrones Funcionales de Salud. Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen – Es salud. Setiembre – Diciembre 2005

Conclusión:

La tendencia de la calidad de cuidado que brindan las enfermeras tanto en la dimensión técnica, interpersonal y del entorno es de regular a óptimo; y dentro del cuidado deficiente el mayor porcentaje (22%) se observa en la dimensión interpersonal. En cuanto a la relación entre calidad del cuidado y nivel de respuesta del paciente con ACV Isquémico tenemos que, los pacientes que reciben un cuidado óptimo su nivel de respuesta es de regular a alto; en cambio los pacientes que reciben un cuidado deficiente su nivel de respuesta es de regular a bajo, validándose la hipótesis planteada

- ✓ Autor: Rodolfo Martín Alfareme(2015)

Características Epidemiológicas Y Clínicas Del Accidente Cerebrovascular Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2014-2015

Conclusiones:

De los 72 pacientes que se pudo recolectar información el 48.6% fue diagnosticado de accidente Cerebrovascular Isquémico y el 51.4% accidente Cerebrovascular Hemorrágico. Le media para accidente Cerebrovascular en general fue de 65.1, para accidente Cerebrovascular Hemorrágico, 52.8 años mujeres y 61.7 años varones y

en accidente cerebrovascular isquémico 74.5 mujeres y 75 años varones. El accidente cerebrovascular Hemorrágico en menores de 60 años fue más frecuente en mujeres (56.7% vs 43.3%). El antecedente más importante fue hipertensión arterial para ambos tipos de ECV (61.1%). EL accidente cerebrovascular Isquémico más frecuente fue el cardioembólico (40%), asociado principalmente a fibrilación auricular.

Las características clínica y epidemiológicas de los accidente cerebrovascular en la población revisada, son en su mayoría prevenibles/controlables: hipertensión arterial, diabetes Mellitus, dislipemia, fibrilación auricular, por lo que un adecuado programa de prevención y seguimiento de los pacientes crónicos, disminuiría la prevalencia de los mismos.

Internacionales:

- ✓ Autor: Juan Gómez Gonzales (España 2010)

Estudio Descriptivo de la Enfermedad Cerebrovascular isquémica.

Conclusiones:

Por el tamaño de la muestra y características de la población estudiada, no pueden obtenerse conclusiones definitivas, pero puede deducirse que presenta características clínicas, etiológicas, evolutivas y terapéuticas similares.

Se da adecuada adherencia profesional a protocolos de Ictus con cumplimiento de las normas de calidad, indicadores TAC y anti agregación, aunque la aplicación de la Rehabilitación precoz debe reflejarse de forma adecuada todos los casos en la historia clínica.

- ✓ Autor : Nohora Patricia Bonilla Solano (Colombia 2013)

Estudio De Prevalencia De Los Factores De Riesgo Asociados Al Desarrollo De Enfermedad Cerebrovascular Isquémica No Embolica En Un Hospital De Tercer Nivel, Sabana.

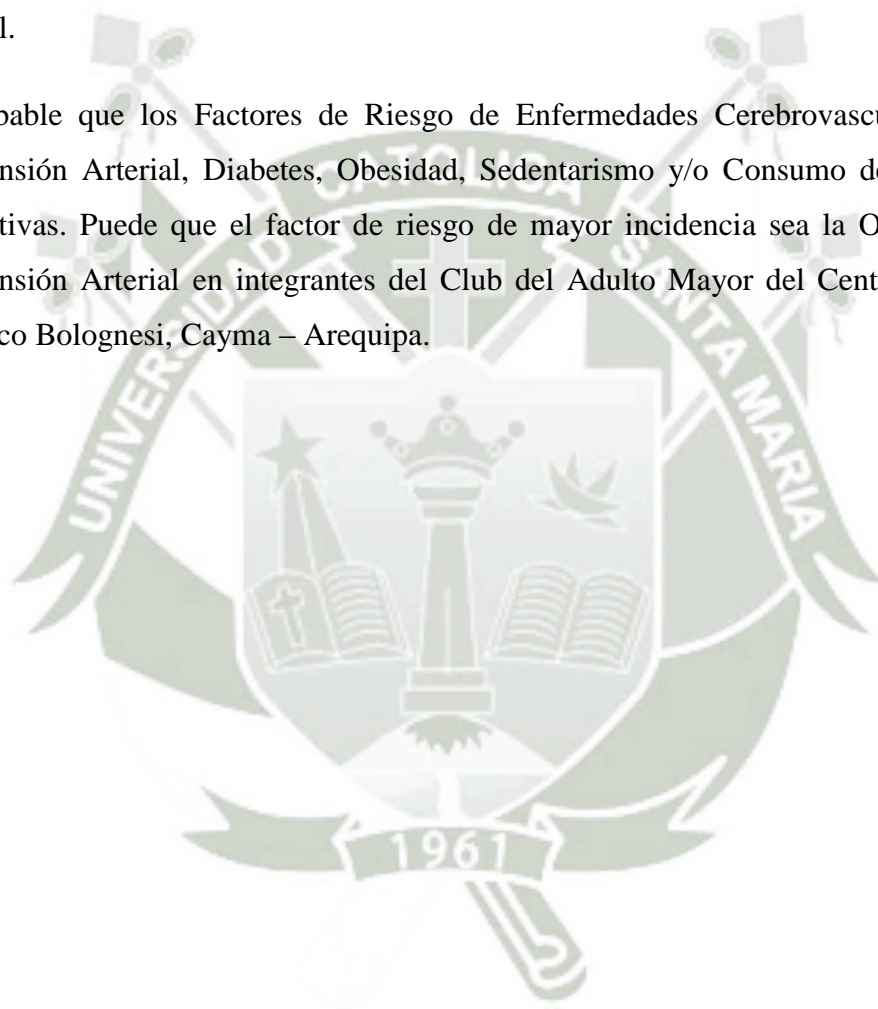
Conclusiones:

Se incluyeron 220 pacientes con Enfermedad cerebrovascular isquémica no embólica. En la tabla 1 se muestran las características socio demográfico y clínico de la población en estudio. El promedio de edad (+ desviación estándar) fue de 72.7 años, con un rango intercuartílico de 66 a 82; el mayor grupo de población estuvo entre los 71 y 80 años (30.45%). En cuanto al género, hubo predominio del sexo masculino (50.45%). La mayoría de la población se concentró en el área urbana (62.1%). El nivel educativo predominante de la población estudiada fue universitario, con un 35.8%. El 86% de la población cursó con ECV. El 24.5% de toda la muestra tenía antecedentes personales de Enfermedad Cerebrovascular y el 6.36% contaba con herencia familiar para ECV en primer grado de consanguinidad. El presente estudio cobra suma importancia en términos de brindar información sobre factores de riesgo para ECV, respecto a lo cual muy poco se ha publicado en nuestro país, además de mostrar resultados respecto a tratamiento y adherencia farmacológica, ya que realizar un diagnóstico correcto de factores de riesgo es muy importante, pero es fundamental instaurar un tratamiento adecuado y sobre todo, que los pacientes sean adherentes con dicha terapia para obtener los resultados esperados en reducción de ocurrencia de ECV, mortalidad por ECV y otros desenlaces adversos cardiovasculares. Se proyecta además como un punto de partida para estudios futuros.

6. HIPOTESIS

Dado que, Enfermedades Cerebrovasculares se incrementa a través de la edad porque el Envejecimiento es un proceso progresivo intrínseco que forma parte del ciclo biológico natural caracterizado por un deterioro sistematizado y presencia de Patologías que se presentan como la Diabetes Mellitus que afecta a 2 millones de personas y la décimo quinta causa de mortalidad en nuestro País, por lo tanto limita a la persona en su reserva funcional normal. La población de estudio es de mediana a bajo nivel socioeconómico y Cultural.

Es probable que los Factores de Riesgo de Enfermedades Cerebrovasculares sean: Hipertensión Arterial, Diabetes, Obesidad, Sedentarismo y/o Consumo de sustancias psicoactivas. Puede que el factor de riesgo de mayor incidencia sea la Obesidad y/o Hipertensión Arterial en integrantes del Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma – Arequipa.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnica

La técnica a usar es la **OBSERVACION DOCUMENTAL** para obtener información de la variable planteada.

1.2. Instrumento

Factores de Riesgo de Enfermedades Cerebrovasculares, Ficha de Observación Estructurada Documental (Historias Clínicas).

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1 Ubicación Espacial

El presente estudio se llevara a cabo en el Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma. Arequipa

El Centro de Salud está ubicado en la calle 20 de Abril 203 Cayma, provincia y departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

El estudio se ejecutara el mes de Diciembre del año 2016 a Febrero del año 2017.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio la conforman las Historias Clínicas de los miembros del Club del Adulto mayor del Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma

2.3.1 Universo

Total de 40 Historias Clínicas, corresponde al 100% de los integrantes del Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Francisco Bolognesi.

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes mayores de 60 años que asistan al club
- Pacientes de ambos géneros
- Pacientes que aceptaron participar de la investigación firmando el consentimiento informado.

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no deseen participar en la investigación no firmando el acta de consentimiento informado.
- Historias clínicas incompletas.
- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Adultos mayores con otras patologías.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

Organización y Ejecución

- Coordinar con la Decana de la Facultad de Enfermería de la UCSM y el Gerente del C.S Francisco Bolognesi a través de la Carta de Presentación, dar conocimiento de la presente Investigación y recolección de datos a través de la Ficha de Observación Estructurada Documental en Base de las Historias Clínicas de los integrantes del Club del Adulto Mayor.
- Se solicitara el Consentimiento informado a cada uno de los Miembros del Club para el uso de sus respectivas Historias clínicas para la adecuada recolección de datos.
- Coordinar con la Enfermera encargada del Club del Adulto mayor sobre la Recolección de datos y uso de las Historias Clínicas respectivas.

- Se procederá a la recolección de datos a través de la aplicación de la Ficha de Observación Estructurada Documental (Historias Clínicas), donde se vaciarán los datos de la historia clínica, durante dos semanas en el horario de la tarde.
- Concluida la recolección de datos se procede a la tabulación en tablas estadísticas, análisis e interpretación de los mismos.

Estrategia para el Manejo de Resultados

Plan de Procesamiento

- **Tipo de procesamiento**
Computarizada
- **Plan de operaciones**
 - a. **Clasificación**
A través de una matriz de datos
 - b. **Codificación**
Según variables e indicadores.
 - c. **Tabulación**
Se elaborará a través de matrices de sistematización.
 - d. **Traficación**
En base a su respectiva tabla

Plan de Análisis de datos

- **Tipo**
Cuantitativo, enriquecida por estadística descriptiva y resultados de estudios previos relacionados al problema a investigar.

Recursos

Humanos

El investigador: Sr. Leonel Augusto Deza Céspedes

Materiales

Ficha de Observación Documental (Historias Clínicas), materiales de escritorio, paquete estadístico.

Financieros

Autofinanciado





I. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

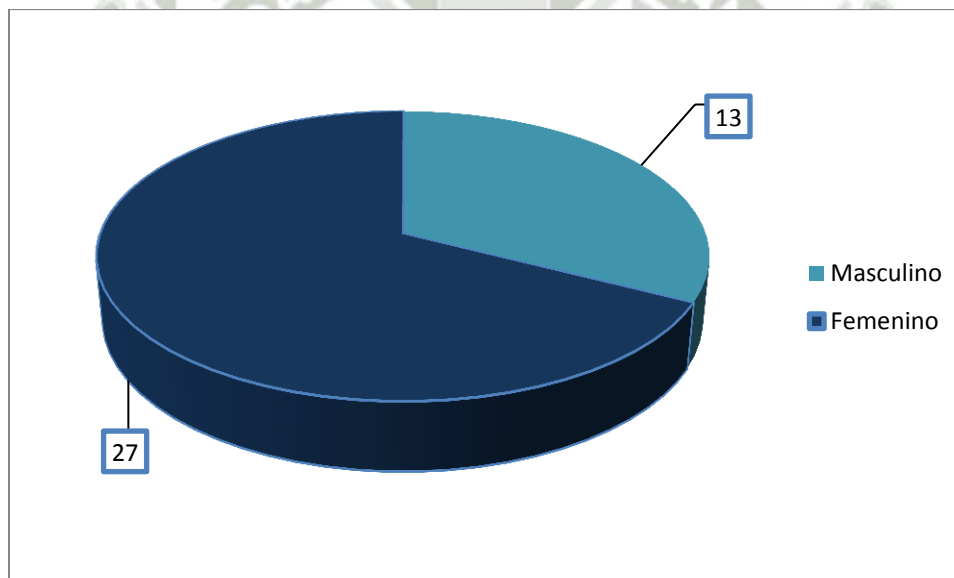
TABLA N° 1

ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI. AREQUIPA, 2017

Genero	N°	%
Masculino	13	32,5
Femenino	27	67,5
Total	40	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2017

**GRAFICO N° 1
ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO**



Según la tabla y grafica N° 1 se tiene que el grupo de estudio el 67,5 % pertenece al género femenino, solo el 32,5% pertenecen al género masculino.

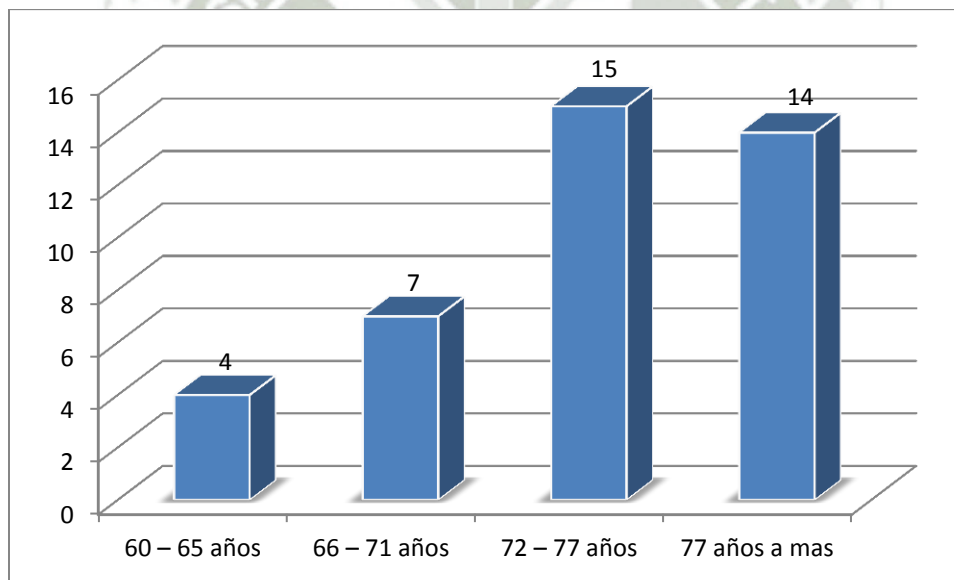
De lo que deducimos que más de la mitad de población de estudio es del sexo femenino.

TABLA N° 2
ADULTO MAYORES SEGÚN EDAD. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL
CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Edad	N°	%
60 – 65 años	4	10
66 – 71 años	7	17,5
72 – 77 años	15	37,5
77 años a mas	14	35
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 2
ADULTO MAYORES SEGÚN EDAD



En la tabla y grafico N° 2 se observa que el mayor porcentaje de 37,5 se encuentran entre las edades de 72 a 77 años del grupo de estudio.

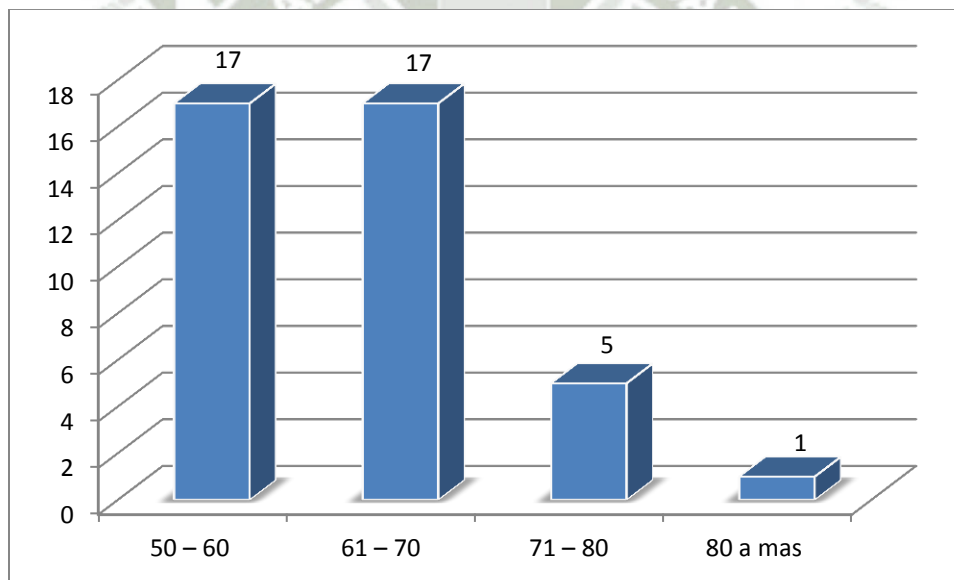
De lo que deducimos que más de la media parte de la población se encuentra entre la edad de 72 a más años.

TABLA N° 3
ADULTOS MAYORES SEGÚN EL PESO. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL
CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Peso (Kg)	N°	%
50 – 60	17	42,5
61 – 70	17	42,5
71 – 80	5	12,5
80 a mas	1	2,5
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 3
ADULTO MAYORES SEGÚN EL PESO (Kg)



En la tabla y grafico N° 3 se observa que el grupo de estudio tiene entre 50 a 70 Kg corresponden al 85% de la población de estudio.

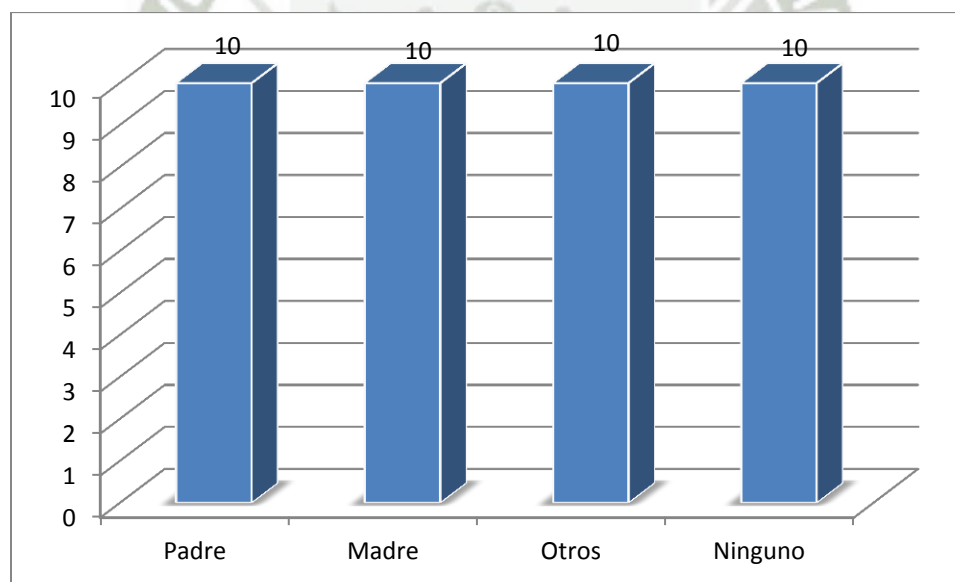
Analizando los datos obtenidos deducimos que más de la mitad de la población de estudio está entre el peso de 50 a 70 Kg.

TABLA N° 4
ADULTOS MAYORES SEGÚN ANTECEDENTES GENETICOS DE
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES. CLUB DEL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Antecedentes Genéticos de Enfermedades Cerebrovasculares	N°	%
Padre	10	25
Madre	10	25
Otros	10	25
Ninguno	10	25
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 4
ADULTOS MAYORES SEGÚN ANTECEDENTES GENETICOS DE
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES



En la tabla y grafico N° 4 se observa que el factor genético es presente de en el 75% de la población de estudio, dentro de la 2° y 3° generación de parentesco familiar.

TABLA N° 5

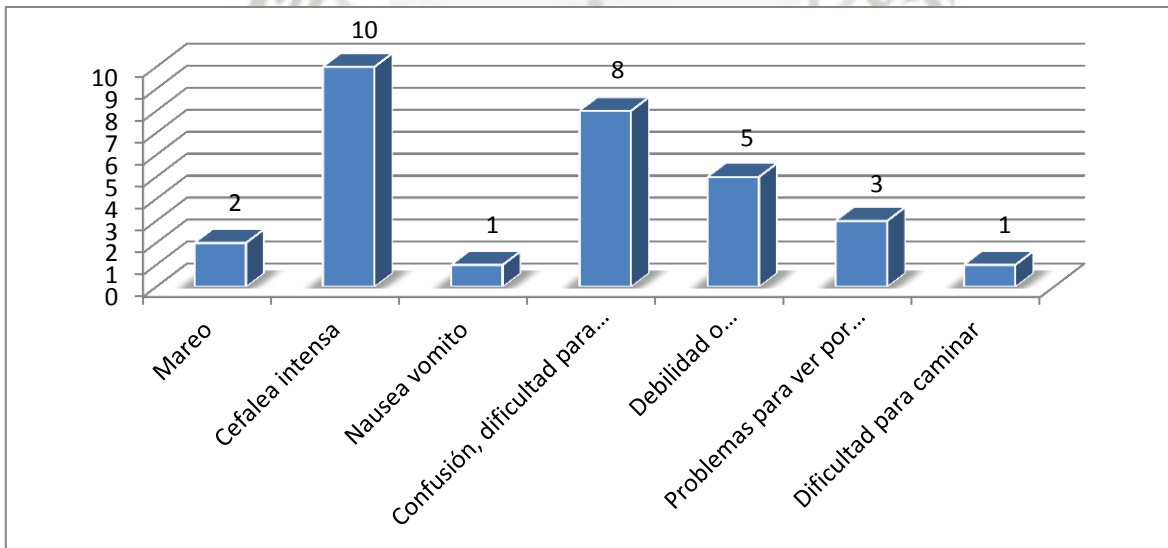
**ADULTOS MAYORES SEGÚN SINTOMAS DE ALERTA EN ENFERMEDADES
CEREBROVASCULARES. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE
SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017**

Síntomas de alerta	N°	%
Mareo	2	7
Cefalea intensa	10	33
Nausea vomito	1	4
Confusión, dificultad para hablar o entender	8	27
Debilidad o entumecimiento de un solo lado del cuerpo	5	16
Problemas para ver por uno o ambos ojos	3	9
Dificultad para caminar	1	4
Total	30	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 5

**ADULTOS MAYORES SEGÚN SINTOMAS DE ALERTA EN ENFERMEDADES
CEREBROVASCULARES.**



De acuerdo a la tabla y grafico N°5 se observa que síntomas de alerta de mayor porcentaje es la Cefalea intensa en un 33% y la Confusión, dificultad para hablar o entender en un 27%.

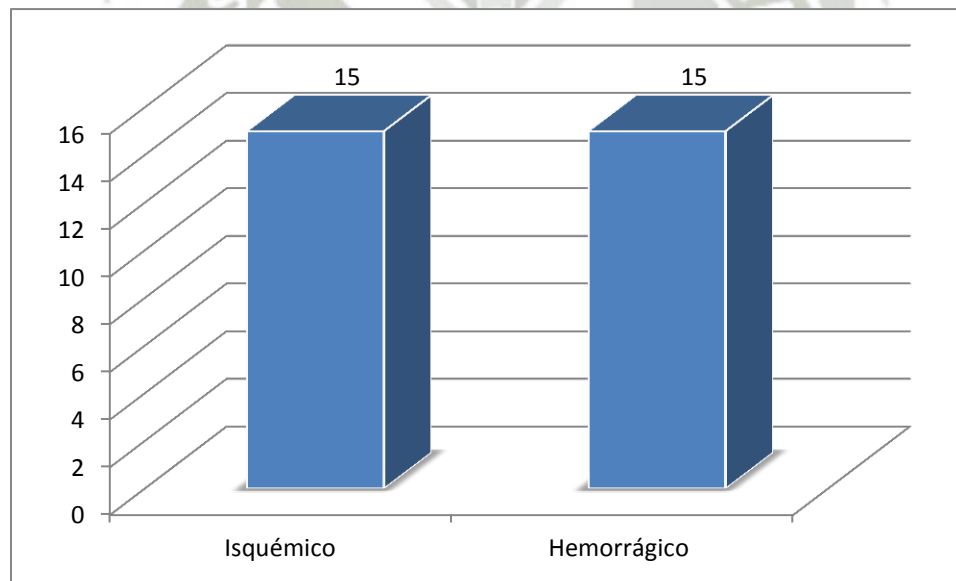
Deducimos que la mitad de la población de estudio presento como principal Síntomas de alarma Cefalea intensa seguido de Confusión, dificultad para hablar o entender.

TABLA N° 6
ADULTOS MAYORES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.
CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO
BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Tipo de Enfermedad Cerebrovascular	N°	%
Isquémico	15	50
Hemorrágico	15	50
Total	30	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 6
ADULTO MAYORES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.



En la tabla y grafico N° 6 se observa que el 75% de la población de estudio poseen antecedentes genéticos de ECV, de los cuales, hemorrágico e isquémico ambos casos tienen el mismo porcentaje.

Deducimos que ambos casos de ECV los porcentajes son iguales, diferenciando que ECV isquémico es focalizado y presenta signos de manera espontánea en menos de 24 horas, como se encuentra en la literatura.

II. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

TABLA N° 7

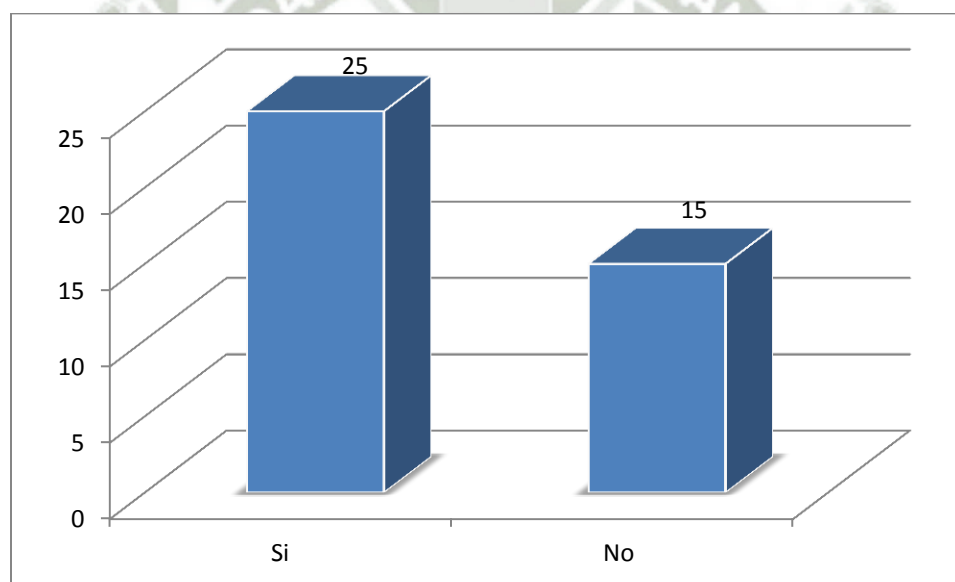
ADULTOS MAYORES SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Consumo de alcohol	N°	%
Si	25	62,5
No	15	37,5
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 7

ADULTOS MAYORES SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL



En la tabla y grafico N°7 observamos que 62,5% de la población de estudio consume alcohol, el 37,5% no lo realiza.

Analizando los datos, deducimos que más de la mitad de la población de estudio consume alcohol eventualmente, considerándose factor de riesgo a presentar HTA.

TABLA N° 8

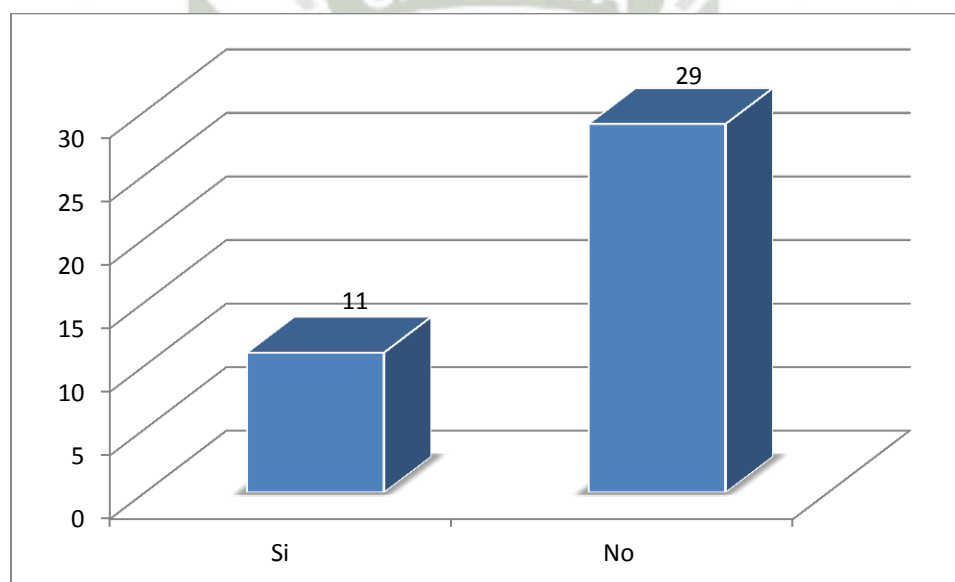
**ADULTOS MAYORES SEGÚN CONSUMO DE TABACO. CLUB DEL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017**

Consumo de tabaco	N°	%
Si	11	27,5
No	29	72,5
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 8

ADULTOS MAYORES SEGÚN CONSUMO DE TABACO



En el gráfico y tabla N°8, observamos que 72,5% de la población de estudio no tiene la costumbre de fumar, el 27,5% tiene la costumbre de si hacerlo.

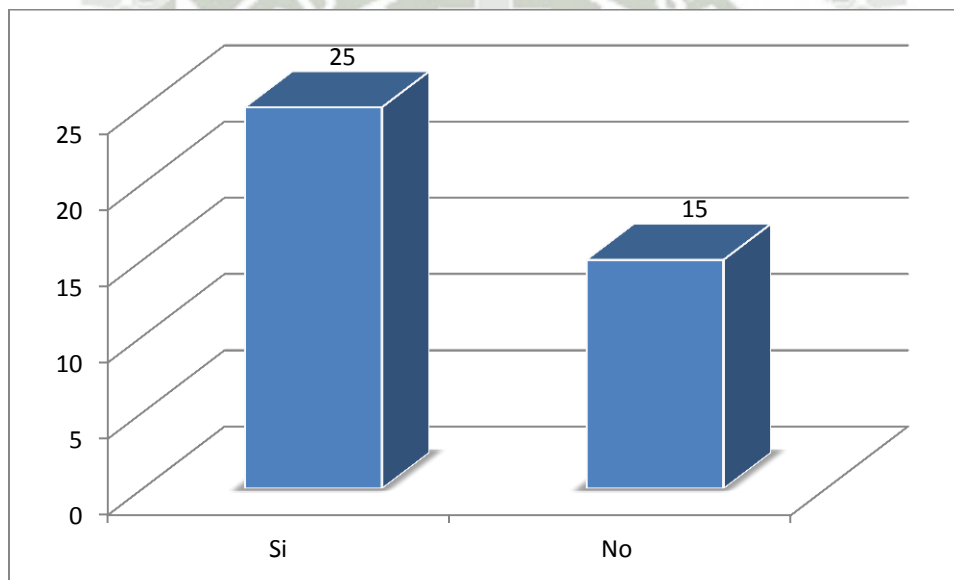
Analizando los datos obtenidos, deducimos que más de la mitad de la población de estudio no consume y/o tiene el hábito de fumar, el consumo de cigarrillos duplica el riesgo de padecer un ECV, mencionado en la literatura.

TABLA N° 9
ADULTOS MAYORES SEGÚN CONSUMO DE LA HOJA DE COCA. CLUB DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI,
AREQUIPA.2017

Consumo de hoja de Coca	N°	%
Si	25	62,5
No	15	37,5
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N°9
ADULTOS MAYORES SEGÚN CONSUMO DE LA HOJA DE COCA



En la tabla y grafico N°9 observamos que 62,5% de la población de estudio consume la hoja de la coca, el 37,5% no tiene la costumbre de hacerlo.

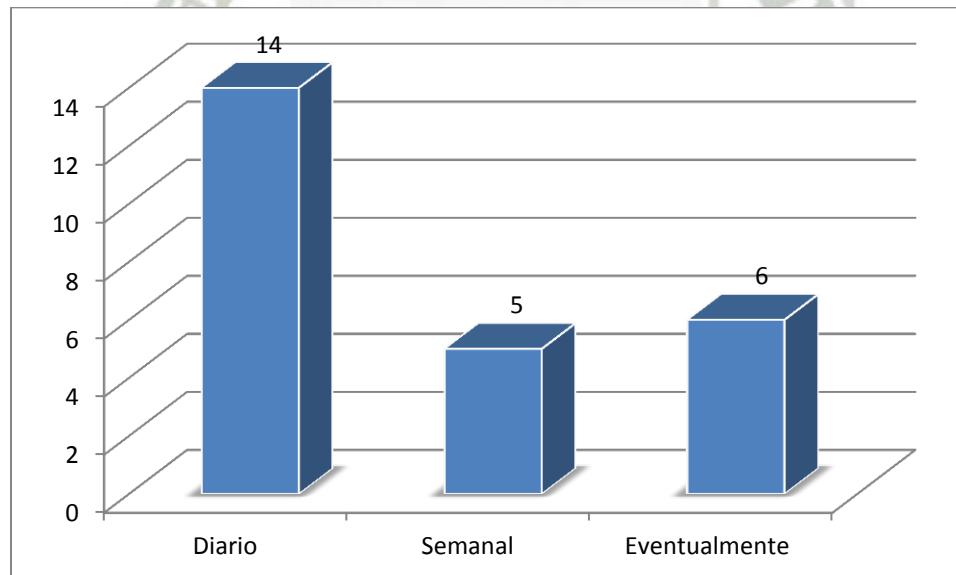
Analizando los datos obtenidos, deducimos que más de la mitad d la población de estudio consume la hoja de la coca, por lo tanto puede modificar o alterar los valores normales de la Presión Arterial.

TABLA N° 10
ADULTOS MAYORES SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE HOJA DE
COCA. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO
BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Frecuencia del consumo de la hoja de Coca	N°	%
Diario	14	56
Semanal	5	20
Eventualmente	6	24
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 10
ADULTOS MAYORES SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE HOJA DE
COCA



En la tabla y grafico N° 10, observamos que el 56% de la población de estudio corresponde que el consumo de la hoja de coca es Diario y el 24% lo realiza eventualmente.

Analizando los datos, deducimos que más de la mitad de la población de estudio tiene un consumo Diario, produciendo una dependencia y alteración Hemodinámica.

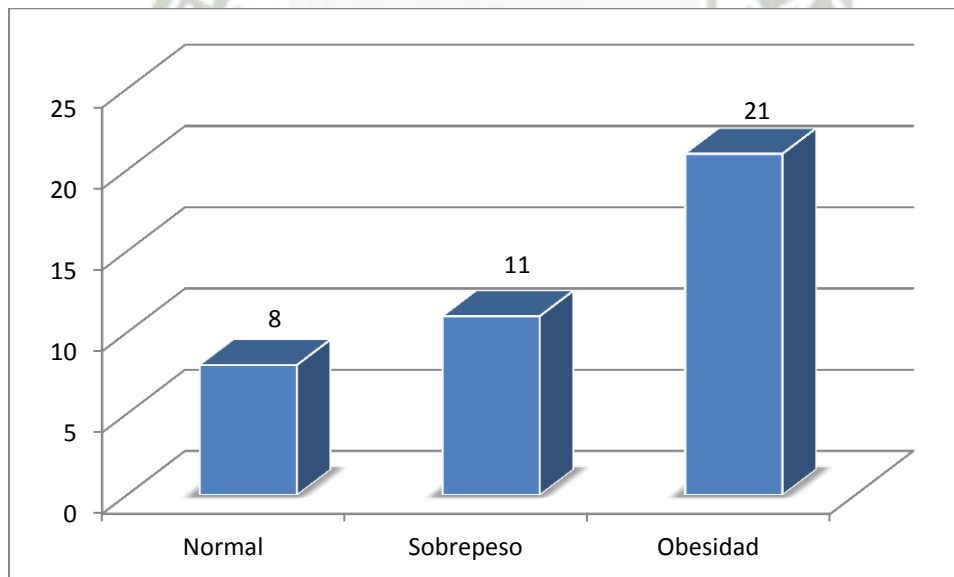
III. ENFERMEDADES CRONICAS

TABLA N° 11
ADULTOS MAYORES SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL. CLUB DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI,
AREQUIPA.2017

Índice de Masa Corporal	N°	%
Normal	8	20
Sobrepeso	11	27,5
Obesidad	21	52,5
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 11
ADULTOS MAYORES SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL.



En la tabla y grafica N°11, observamos que el 80% de la población de estudio sufre de Obesidad y/o Sobrepeso, 20% de la población está en IMC normal.

Analizando los datos, deducimos que más de mitad de la población de estudio está en Obesidad y sobrepeso, teniendo en cuenta que la población de estudio es de Estatura baja. Por lo tanto el aumento de grasa corporal aumenta el riesgo de padecer una ECV a futuro.

TABLA N° 12

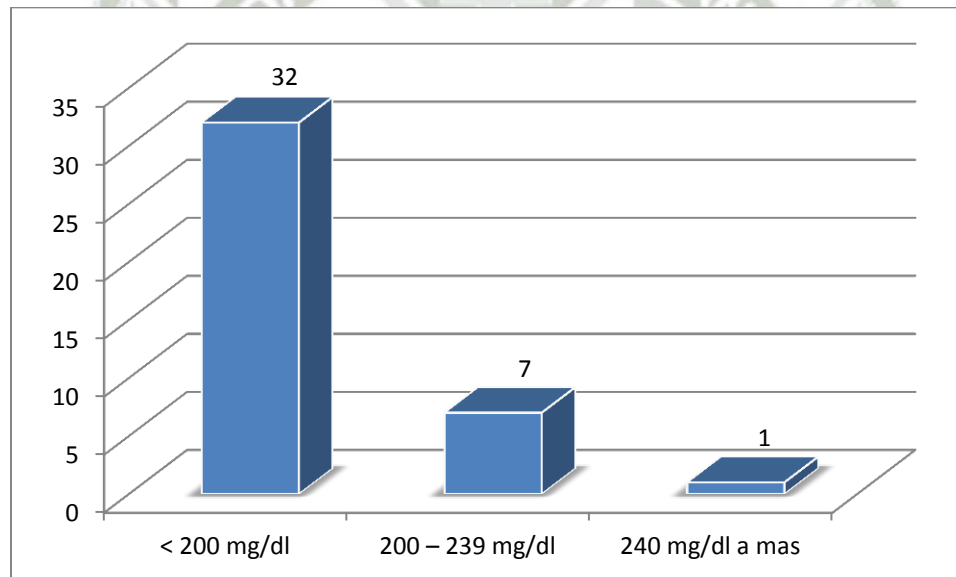
**ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVELES DE COLESTEROL TOTAL. CLUB DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI,
AREQUIPA.2017**

Niveles de Colesterol Total	N°	%
< 200 mg/dl	32	80
200 – 239 mg/dl	7	17,5
240 mg/dl a mas	1	2,5
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

TABLA N° 12

ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVELES DE COLESTEROL TOTAL



En la tabla y grafica N°12, observamos que el 80% de la población de estudio tiene un Colesterol Total < 200mg/dl, el 20% de la población entre los parámetros de 200 mg/dl a más.

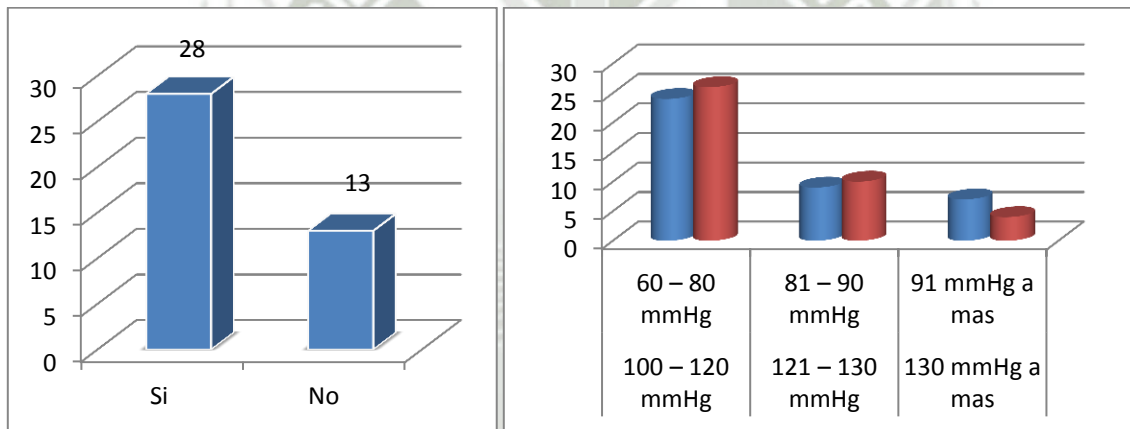
Analizando los datos, deducimos que más de la mitad de la población de estudio manejan un Colesterol total dentro de los parámetros normales. Sin embargo se observa un que más de la cuarta parte de la población de estudio presenta niveles de colesterol altos, considerado como un factor de riesgo que conlleva a una ECV a futuro.

TABLA N° 13
ADULTOS MAYORES SEGÚN VALORES DE HIPERTENSION ARTERIAL.
CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO
BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Hipertensión Arterial	N°	%	Presión Arterial			
			Sistólica	N°	diastólica	N°
Si	28	70	100 – 120 mmHg	24	60 – 80 mmHg	26
No	13	30	121 – 130 mmHg	9	81 – 90 mmHg	10
			130 mmHg a mas	7	91 mmHg a mas	4
Total	40	100	Total	40		40

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 13
ADULTOS MAYORES SEGÚN VALORES DE HIPERTENSION ARTERIAL



En la tabla y grafico N° 13, observamos que el 70% de la población de estudio padecen de Hipertensión Arterial, y el 30% no lo tiene. Los valores de Presión Arterial Diastólica y Sistólica se encuentran dentro de los parámetros normales.

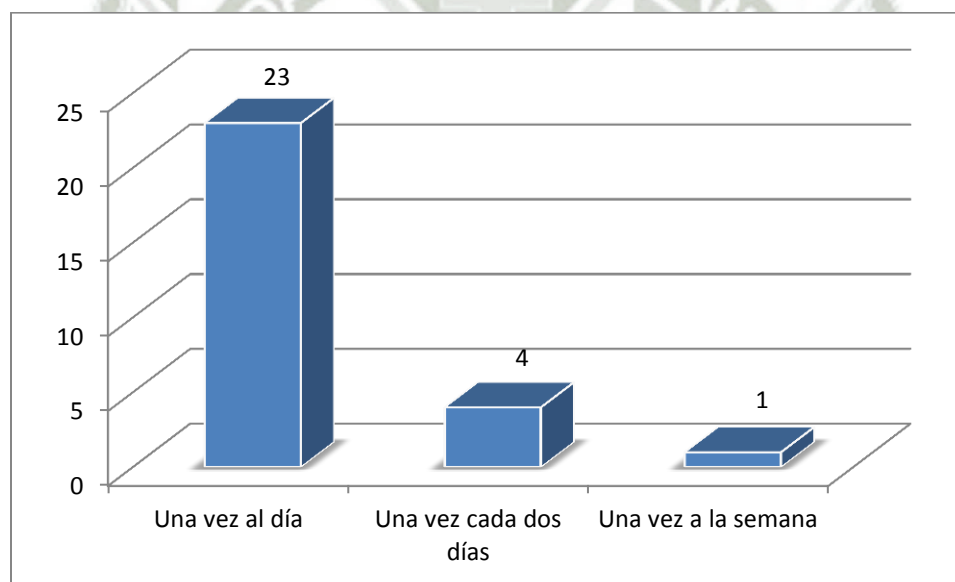
Analizando los datos, deducimos que más de mitad de la población de estudio tiene una Hipertensión Arterial controlada y estable, sin embargo una mínima parte de la población presenta valores anormales en la Presión Arterial, la cual es la principal causa de producir un ECV, mencionado en la literatura.

TABLA N° 14
ADULTOS MAYORES SEGÚN CONTROL DE PRESION ARTERIAL. CLUB DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI,
AREQUIPA.2017

Control de Presión Arterial	N°	%
Una vez al día	23	82,1
Una vez cada dos días	4	14,2
Una vez a la semana	1	3,7
Total	28	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 14
ADULTOS MAYORES SEGÚN CONTROL DE PRESION ARTERIAL



En la tabla y grafica N° 14, observamos que el 82,1% de la población de estudio realizan controles diarios de la Presión Arterial, el 3,7% la realizan en un intervalo semanal.

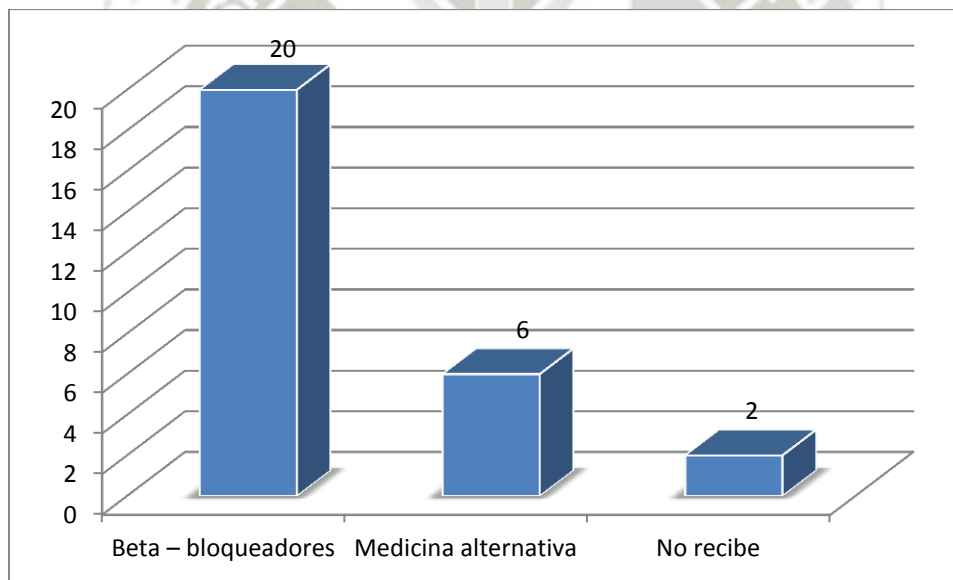
Analizando los datos obtenidos, deducimos que más de la mitad la población tiene un control adecuado de su Presión Arterial, mantener una adecuada Presión Arterial reduce mayormente el riesgo de una ECV.

TABLA N° 15
ADULTOS MAYORES SEGÚN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Medicación para la Hipertensión Arterial	N°	%
Beta – bloqueadores	20	71,4
Medicina alternativa	6	21,4
No recibe	2	7,2
Total	28	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 15
ADULTOS MAYORES SEGÚN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO.



En la tabla y grafica N°15, observamos que el 71,4% de la población de estudio recibe Beta – bloqueadores para su tratamiento de HTA, el 21,4% usa la Medicina alternativa para el control del mismo. El 7,2 % de la población no recibe ningún tipo de medicación.

Analizando los datos, deducimos que aproximadamente el 100% de la población de estudio usa Beta – bloqueadores como medicación Hipotensora y uso de la medicina alternativa respectivamente, manteniendo la PA en parámetros normales. Sin embargo una mínima parte de la población ningún tipo de tratamiento, considerándose factor de riesgo, ya que la Hipertensión Arterial es el principal factor a desencadenar una ECV.

TABLA N° 16

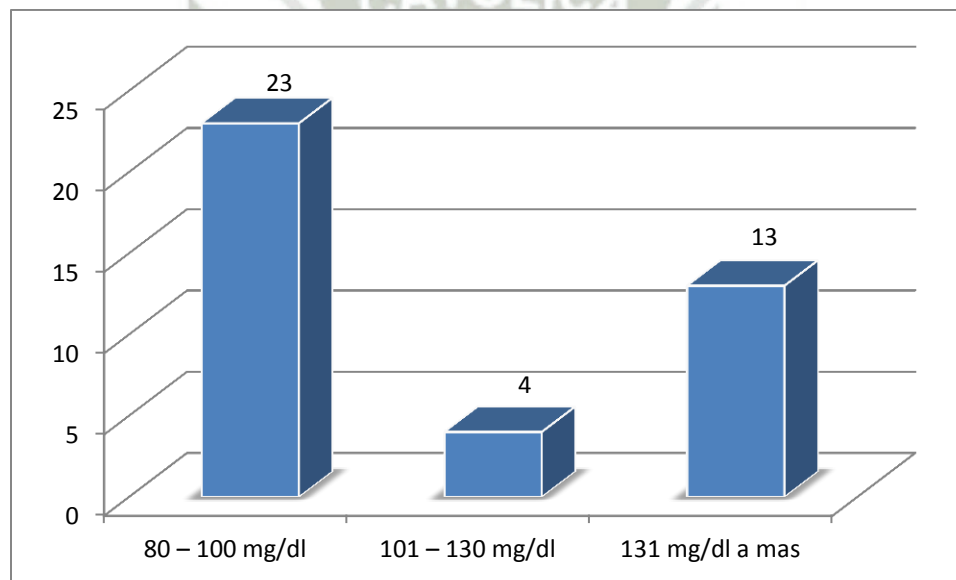
ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVELES DE GLICEMIA. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Niveles de Glicemia	N°	%
80 – 100 mg/dl	23	57,5
101 – 130 mg/dl	4	10
131 mg/dl a mas	13	32,5
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 16

ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVELES DE GLICEMIA



En la tabla y grafico N°16 observamos que el 57,5 de la población de estudio tienen una glicemia de 80 – 100 mg/dl y el 42,5% entre 101 mg/dl a más.

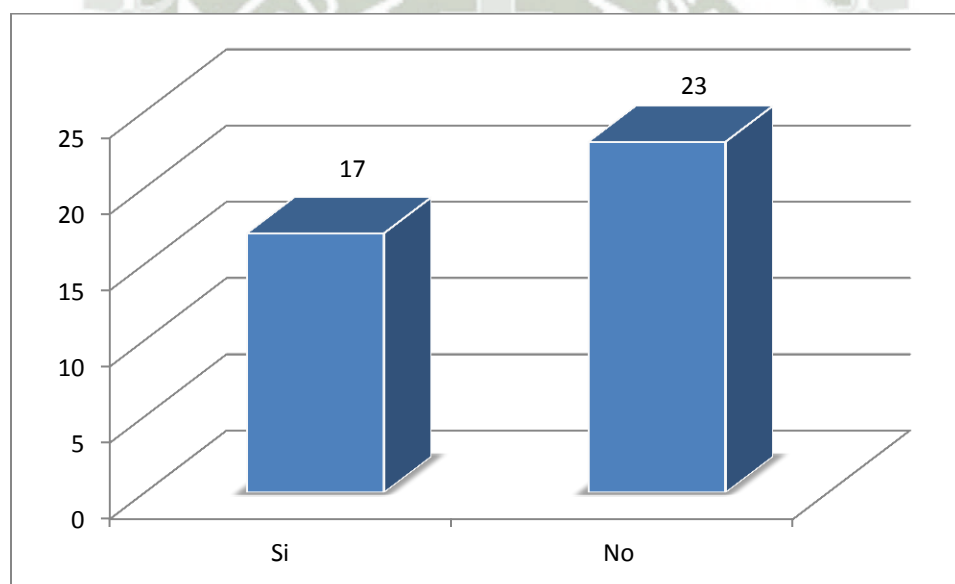
Analizando los datos, se deduce más de la mitad de la población mantiene una glicemia adecuada dentro de los parámetros normales. Sin embargo menos de la media parte de la población tiene una glicemia elevada, considerándose un factor de riesgo a desencadenar una ECV. Teniendo en cuenta que Síndrome Metabólico es un conjunto de factores de riesgo con nexos patológicos a la Resistencia de Insulina; y la Diabetes es una enfermedad Metabólica crónica.

TABLA N° 17
ADULTOS MAYORES SEGÚN PRESENCIA DE DIABETES. CLUB DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI,
AREQUIPA.2017

Diabéticos	N°	%
Si	17	42,5
No	23	57,5
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 17
ADULTOS MAYORES SEGÚN PRESENCIA DE DIABETES.



En la tabla y grafico N°17, observamos que el 57,5% de la población de estudio no son Diabéticos, por lo tanto el 42,5% de la población si lo es.

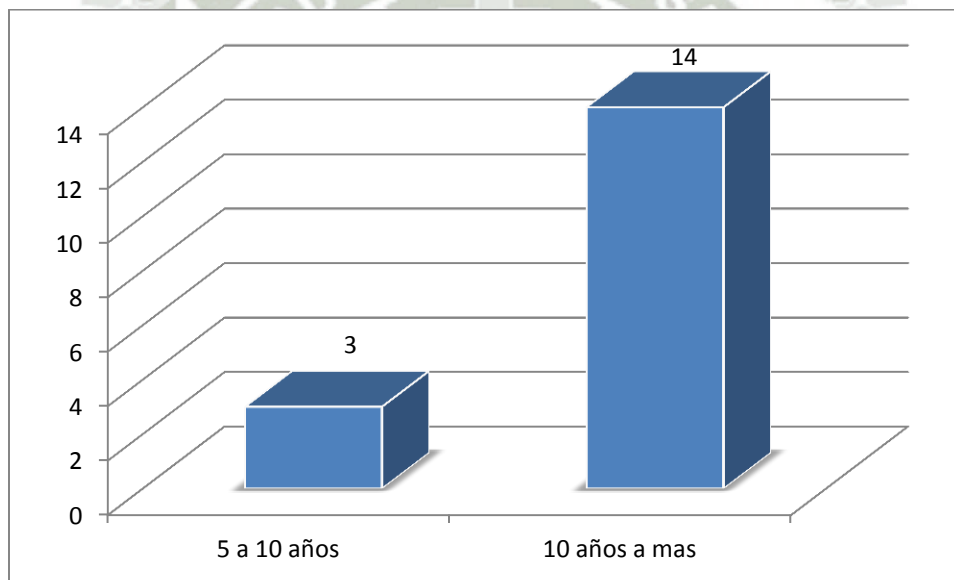
De acuerdo a los datos obtenidos, deducimos que más de mitad de la población de estudio no es Diabético, sí embargo existe más de la cuarta parte la tiene, lo cual se considera a presentar un ECV en el futuro.

TABLA N° 18
ADULTOS MAYORES SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DE DIABETES.
CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO
BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Tiempo de enfermedad	N°	%
5 a 10 años	3	17,6
10 años a mas	14	82,4
Total	17	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 18
ADULTOS MAYORES SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DE DIABETES.



En la tabla y grafica N°18, observamos que el 82,4% de la población de estudio fueron Diagnosticados con Diabetes más de 10 años, el 17,3% hace 5 a 10 años.

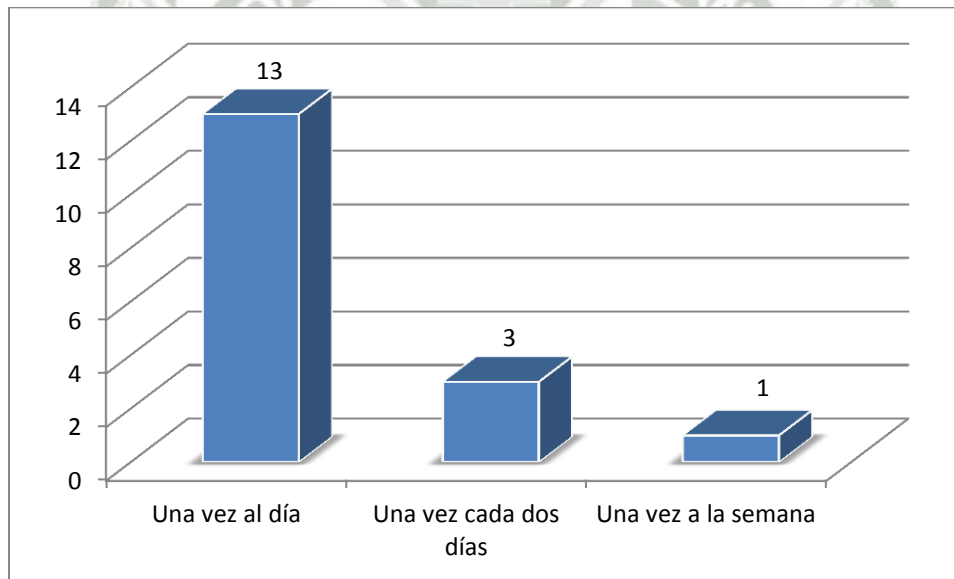
Analizando los datos, deducimos que más de mitad de la población de estudio tienen Diabetes por más de 10 años, con el paso del tiempo deteriora los tejidos, mencionado en el marco Teórico del trabajo.

TABLA N° 19
ADULTOS MAYORES SEGÚN CONTROLES DE GLICEMIA. CLUB DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI,
AREQUIPA.2017

Controles de glicemia	N°	%
Una vez al día	13	76,5
Una vez cada dos días	3	17,6
Una vez a la semana	1	5,9
Total	17	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 19
ADULTOS MAYORES SEGÚN CONTROLES DE GLICEMIA



En la tabla y grafica N° 19, observamos que el 76,5% de la población de estudio realizan controles diarios de la Glucosa el 5,9% la realizan en un intervalo semanal.

Analizando los datos obtenidos, deducimos que más de la mitad la población tiene un control adecuado de su Glicemia, mantener una adecuada Glicemia lo que lo favorece tener la enfermedad controlada.

TABLA N° 20

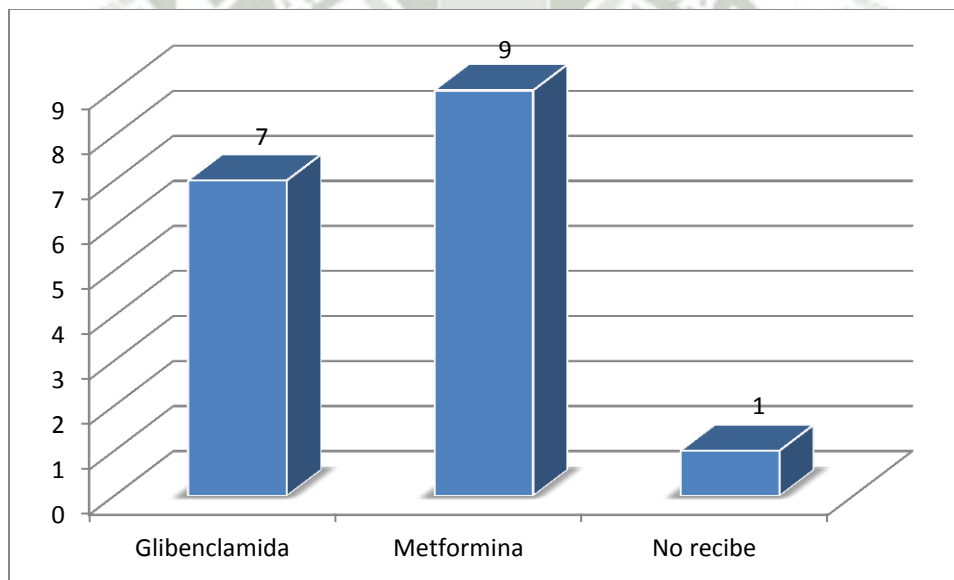
**ADULTOS MAYORES SEGÚN MEDICACION RECIBIDA PARA LA DIABETES.
CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO
BOLOGNESI, AREQUIPA.2017**

Medicación recibida para la Diabetes	N°	%
Glibenclamida	7	41,1
Metformina	9	53
No recibe	1	5,9
Total	17	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 20

ADULTOS MAYORES SEGÚN MEDICACION RECIBIDA PARA LA DIABETES



En la tabla y grafica N°20, observamos que el 53% de la población de estudio recibe Metformina para su tratamiento de Diabetes, el 41,1% usa la Glibenclamida para el control del mismo.

Analizando los datos, deducimos que la mayoría de la población de estudio usa la Metformina y la Glibenclamida como medicación de primera línea, manteniendo una Glicemia en parámetros normales. Sin embargo un mínimo porcentaje de la población no recibe ningún tipo de tratamiento. La acción de la Metformina es mantener los niveles normales de glicemia en sangre, mayormente en Síndromes Metabólicos; la Glibenclamida reduce el nivel de azúcar en la sangre haciendo que el páncreas produzca insulina, en DM.

IV. ENFERMEDADES CARDIACAS

TABLA N° 21

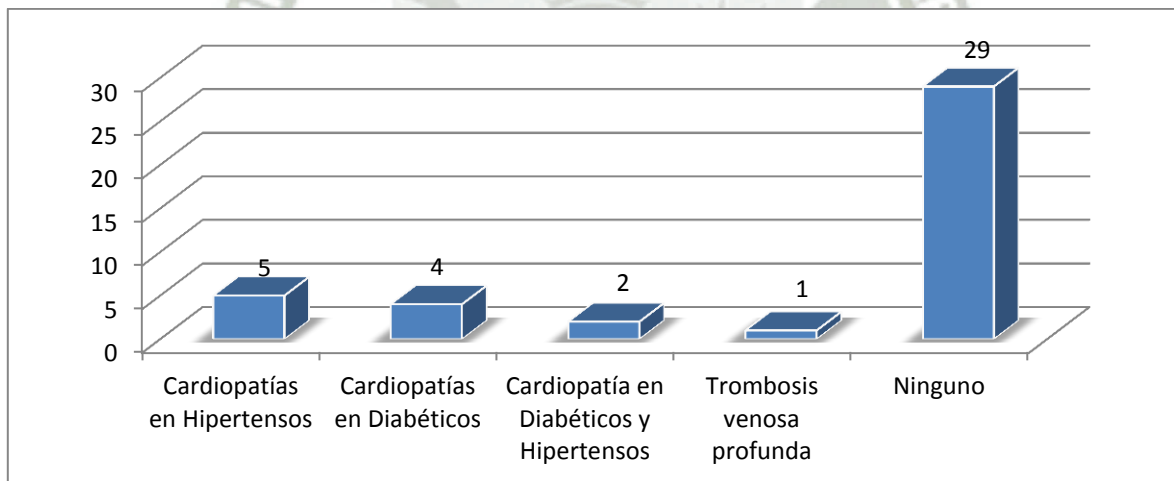
**ADULTOS MAYORES SEGÚN ENFERMEDADES CARDIACAS. CLUB DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI,
AREQUIPA.2017**

Otras enfermedades Cardiacas	N°	%
Cardiopatías en Hipertensos	5	12,5
Cardiopatías en Diabéticos	4	10
Cardiopatía en Diabéticos e Hipertensos	2	5
Trombosis venosa profunda	1	2,5
Ninguno	29	72,5
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 21

ADULTOS MAYORES SEGÚN ENFERMEDADES CARDIACAS



En la tabla y gráfico N° 21 se observa que el 72,5% de la población de estudio no presentan ninguna otra Patología Cardíaca, el 20% de la población de estudio presentan Cardiopatías más Hipertensión Arterial y Diabetes.

Analizando los datos, deducimos que más de la cuarta parte de la población de estudio presenta otra Patología Cardíaca y padecen de HTA y Diabetes, siendo un factor determinante a presente una ECV a un futuro.

V. DIETA

TABLA N° 22

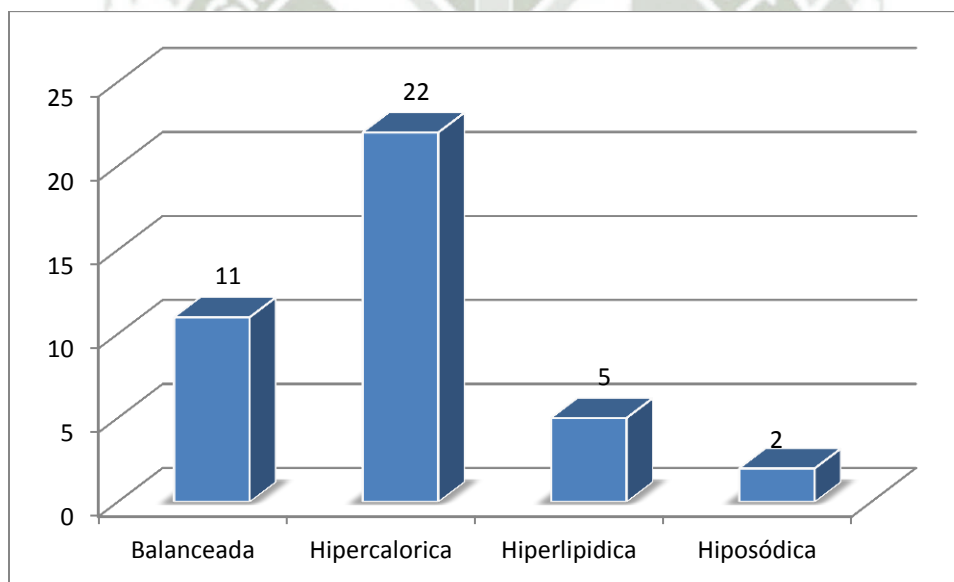
ADULTOS MAYORES SEGÚN TIPO DE ALIMENTACION. CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Tipo de Alimentación	N°	%
Balanceda	11	27,5
Hipercalorica	22	55
Hiperlipidica	5	12,5
Hiposódica	2	5
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICO N° 22

ADULTOS MAYORES SEGÚN TIPO DE ALIMENTACION



En la tabla y grafica N°22, observamos que el 55% de la población de tiene una dieta Hipercalorica, el 27,5% de la población llevan una dieta balanceda y el 12,5% lleva una dieta Hiperlipidica y el 5% de la población lleva una dieta hiposódica

Analizando los datos, deducimos que más de la mitad de la población de estudio lleva una dieta inadecuada conllevando a un mal control de las Patologías presentes. La Consejería Nutricional que brinda el Nutricionista juega un papel importante en el tratamiento de HTA, Diabetes y Obesidad, por lo tanto la población de estudio no lleva un control adecuado de su Dieta, lo cual aumenta el riesgo de presentar una ECV a futuro.

VI. SEDENTARISMO

TABLA N° 23

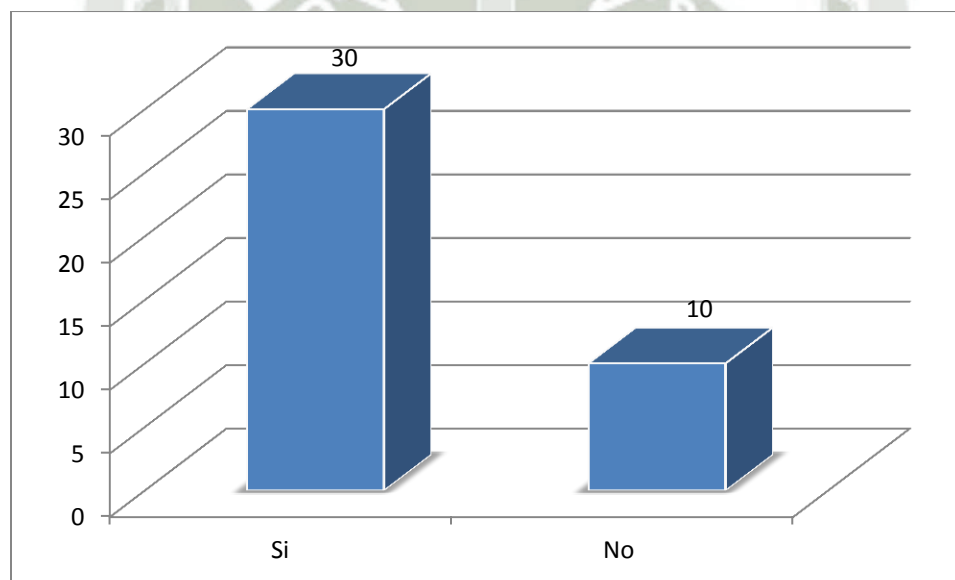
**ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA. CLUB DEL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, AREQUIPA.2017**

Actividad Física	N°	%
Si	30	75
No	10	25
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICA N° 23

ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA



En la tabla y grafica N°23, observamos que el 75% de la población de realiza actividad física, el 25% de la población no lo realiza.

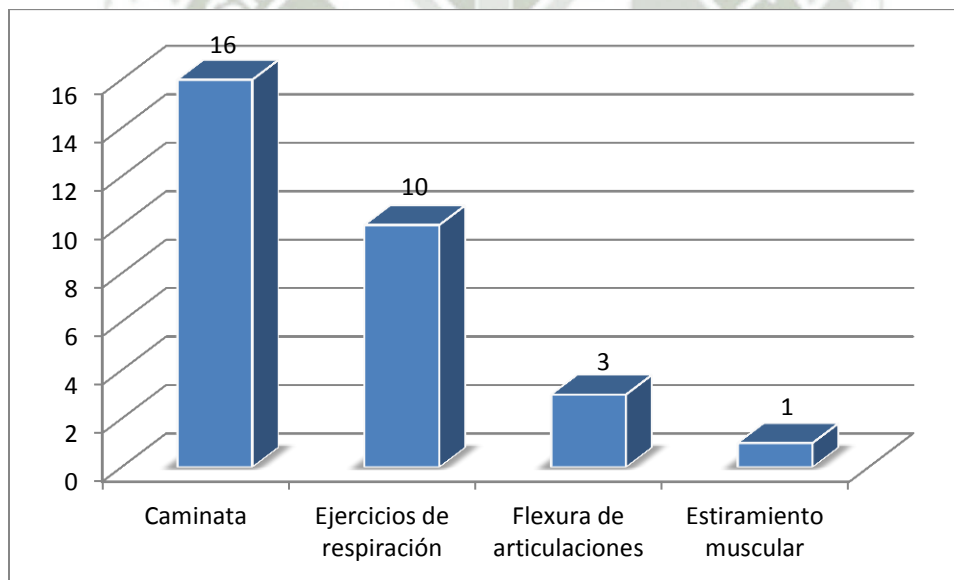
Analizando los datos, deducimos que más de mitad de población de estudio realiza actividad física, el régimen de ejercicio favorece a la circulación del cuerpo

TABLA N° 24
ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA. CLUB DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI,
AREQUIPA.2017

Actividad física que realiza	N°	%
Caminata	16	53,3
Ejercicios de respiración	10	33,3
Flexura de articulaciones	3	10
Estiramiento muscular	1	3,4
Total	30	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICA N° 24
ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA



En la tabla y grafica N°24, observamos que el 53,3% de la población realizan como actividad física la Caminata, el 47,7% de la población realiza ejercicios pasivos.

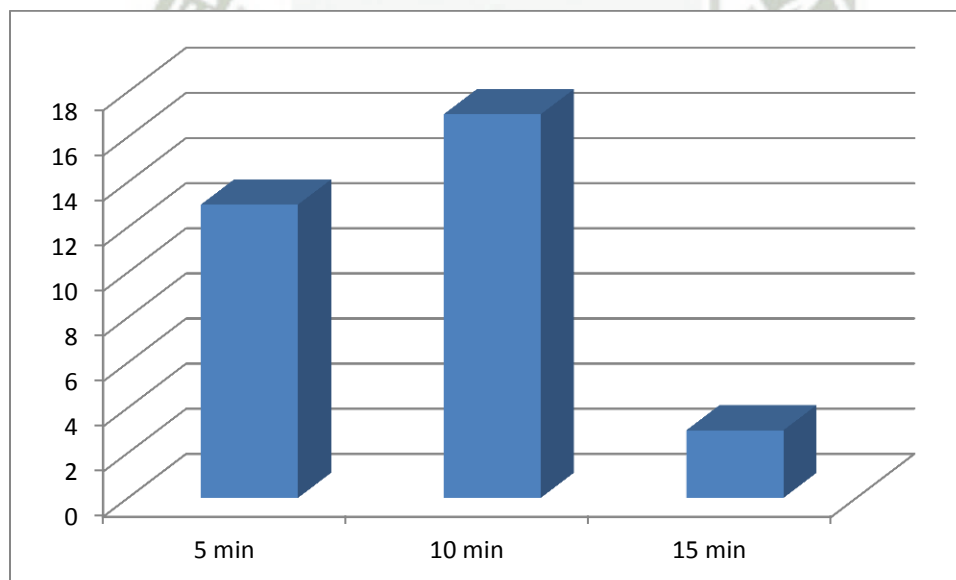
De lo que deducimos que más de mitad de la población de estudio realiza la caminata, es conveniente que el ejercicio sea prolongado y dinámico, mencionado en el Marco Teórico del trabajo.

TABLA N° 25
ADULTOS MAYORES SEGÚN TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA.
CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO
BOLOGNESI, AREQUIPA.2017

Tiempo que realiza la actividad	N°	%
5 min	13	43,3
10 min	17	46,7
15 min	3	10
Total	30	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa.2017

GRAFICA N° 25
ADULTOS MAYORES SEGÚN TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA



En la tabla y grafica N°25, observamos que el 46,7% de la población realiza una actividad física por 10 minutos, el 43,3% de la población lo realiza por 5 minutos.

Analizando los datos, la mayoría de la población realiza una actividad física entre 5 a 10 minutos, lo cual es un efecto no coadyuvante para su salud y bienestar.

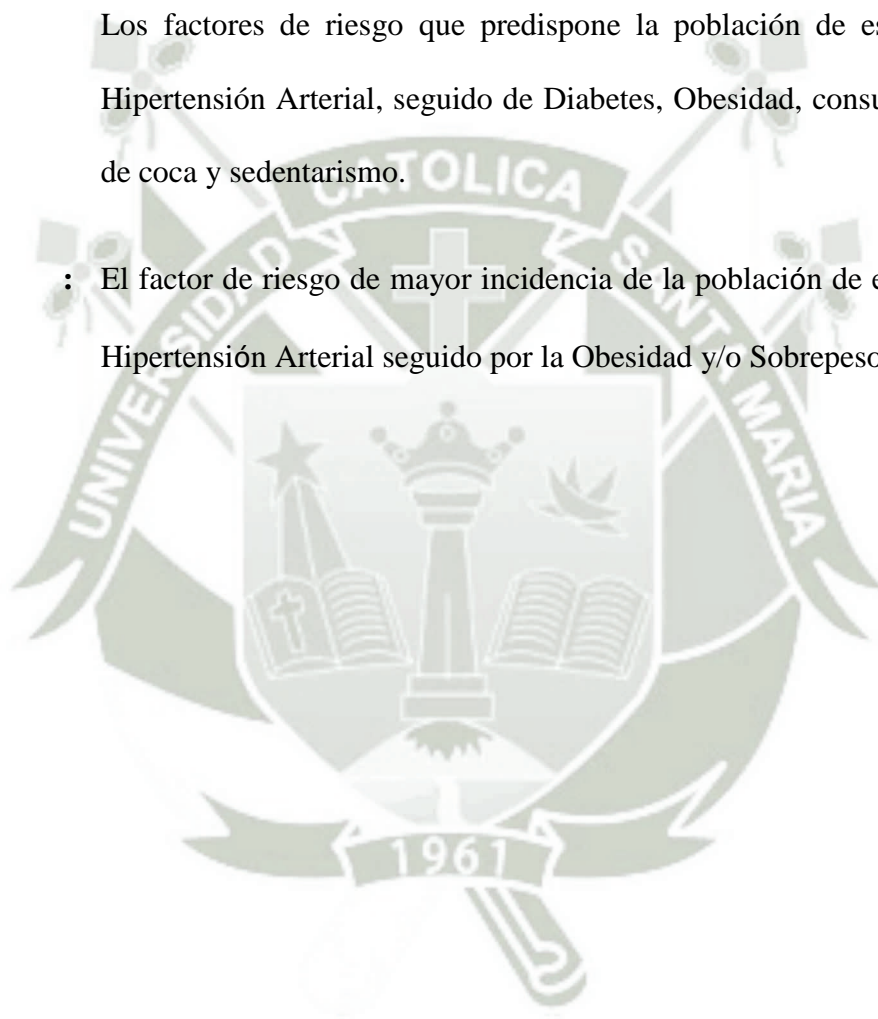


CONCLUSIONES

PRIMERA : Los resultados muestran que el grupo etario que predomina es de 72 años a más, de género femenino, en su mayoría siendo Hipertensos y Obesos.

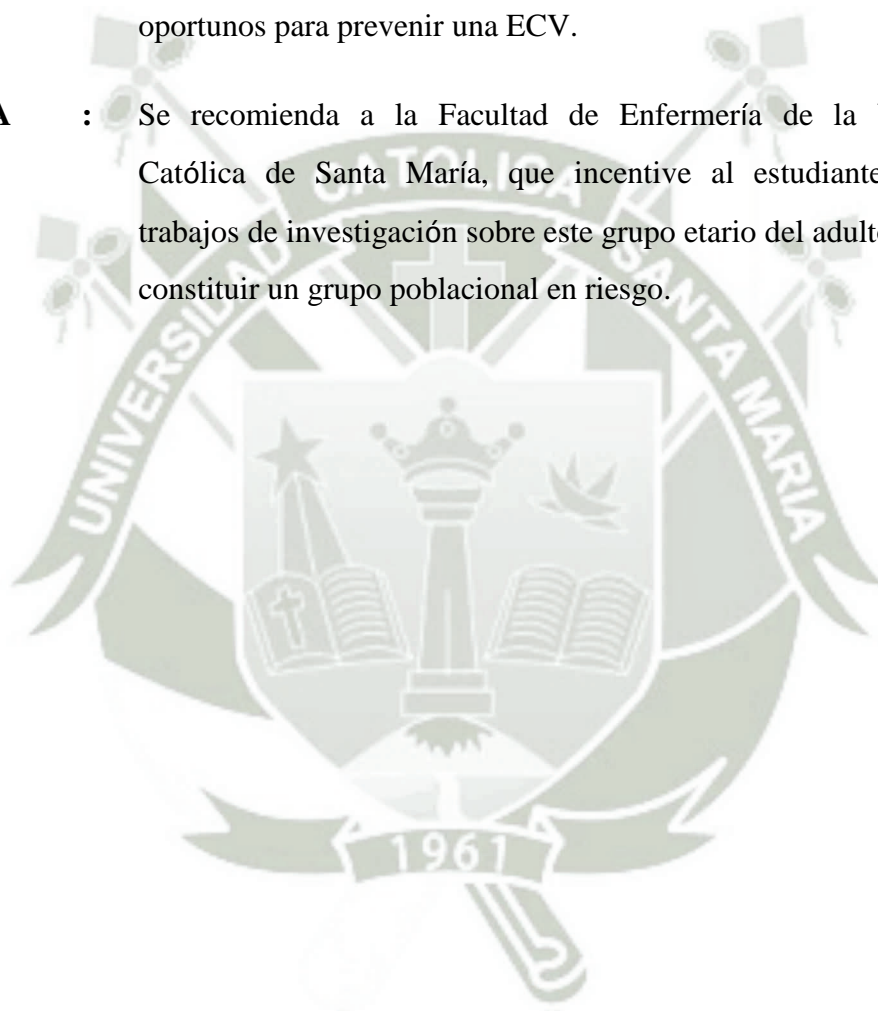
Los factores de riesgo que predispone la población de estudio es la Hipertensión Arterial, seguido de Diabetes, Obesidad, consumo de hoja de coca y sedentarismo.

Segunda : El factor de riesgo de mayor incidencia de la población de estudio es la Hipertensión Arterial seguido por la Obesidad y/o Sobrepeso.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Al Gerente del Centro de Salud Francisco Bolognesi se recomienda brindar orientación, guía, enseñanza y supervisión a los adultos mayores en cuanto a estilos de vida saludable y actividad física.
- SEGUNDA** : Coordinar con la Jefa de Enfermería a fin de realizar controles oportunos para prevenir una ECV.
- TERCERA** : Se recomienda a la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, que incentive al estudiante a realizar trabajos de investigación sobre este grupo etario del adulto mayor por constituir un grupo poblacional en riesgo.



BIBLIOGRAFIA

1. Adams D.Y Raymond V. “Principles of Neurology”, (6ta Ed), Editorial Mac Graw Hill. 2008
2. Alonso N, Ortega M. Y Albert M., Enfermedad Cerebrovascular De Origen Isquémico”, Revista Médica Chilena, Vol. 42 (2). Pag.23-35.Chile.2009
3. Cabrera S. “Urgencias En Medicina”, (2da Ed.), México, Editorial Aula Medica. Pág. 46-53.2009
4. Cicconetti P, Thau F, Marigliano V. Hipertensión Y Factores De Riesgo En Ancianos: Cardiovasc Risk Factores, Pág. 205 – 216.2009
5. Cabrera S. “Urgencias en Medicina”, (2da Ed.), Editorial Aula Medica, Pág. 46-53.Mexico. 2009
6. Fuentes B, Díez Tejedor E, Gil Núñez A, Gil Peralta A, Matías Guiu J. Guía Para El Tratamiento Preventivo De La Isquemia Cerebral. En: Díez-Tejedor E, Editor. Guía Para El Diagnóstico Y Tratamiento Del Ictus. Barcelona: Prous Science. Pág. 133-83.España. 2006
7. Galvis V. “Guía de Atención de la Hipertensión Arterial”, Folleto guía del Ministerio de Salud Pública, Vol. 38. Pag.17-24.Colombia. 2012
8. Grotta, J. “Emergency Identification and Treatment of Acute Ischemic Stroke”. (2da Edición), Review. Ann Emerg Med, Vol. 30, November. Pág. 642- 653. Estado Unidos. 2007
9. Jorgensen N, Cabañas M, Oliva J, Rejas J, Leon T. Los Costes De Los Cuidados Informales Asociados A Enfermedades Neurológicas Discapacitantes De Alta Prevalencia En España. Neurología, Pág. 29-39.España. 2008
10. Peñalver C. “Diagnostico Y Tratamientos De Medicina”. Editorial Aula Medica, Primera Edición, Pág. 76-84. México 2009
11. Uribe Carlos. Enfermedad Cerebrovascular Oclusiva. En: Neurología Fundamentos De Medicina, Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Pág. 352-371.Colombia, 2009.

HEMORAGRAFIA

1. BVS. Accidente cerebro vascular prevención y control; [En línea]<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/.2012>
2. Dávalos LF, Málaga G. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida [carta]. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. Pág. 31.2014.
3. EBRARY. Hipertensión arterial en población adulta; 2010 [En Línea] <http://link.springer.com/article/10.1007/s11906-013-0327-6>
4. Galvis V. “Guía de Atención de la Hipertensión Arterial”, Folleto guía del Ministerio de Salud Pública, Vol. 38. Pag.17-24.2012
5. Gil de Castro R. Factores de riesgo Del Ictus isquémico Pág. 2 – 4.Cuba. 2010
6. Kannel WB. Blood Cardiovascular Risk Assessment, Summary of Guidelines for the Management of Hypertension and a Critical Appraisal of the 2014 Expert Panel of the National Institutes of Health Report [En línea] http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-29152-9_7
7. Lopez F, Buonanotte C, “Hipertensión Arterial y Accidente Cerebro Vascular en Ancianos”, Revista Médica Elsevier, Vol.4, (1), Pág. 18-21.2012
8. Unidad de Conocimiento y Evidencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.[En línea] <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n2/a40v31n2.pdf>
9. Villareal R. Gustavo, Accidente Cerebro Vascular [En Línea]: <http://neurocirugiaendovascular.com/pdf2/ACCIDENTE%20CEREBROVASCULAR.pdf>
10. Zúñiga-Herrera E, García JE. El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. Horizontes. Pág.: 93 – 100. 2008. México [En línea] <http://portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/06.pdf>. [Consultada 04/03/2014]

INFOGRAFIAS

11. <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v10n72a13191296pdf001>
12. <http://www.naric.com/?q=es/node/215>
13. <http://www.geosalud.com/Enfermedades%20Cardiovasculares/accidente-vascular-cerebral/factores-riesgo.html>
14. <http://www.acnweb.org/guia/g8cap3.pdf>
15. <http://neurocirugiaendovascular.com/pdf2/ACCIDENTE%20CEREBROVASCULAR.pdf>
16. http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/
17. <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/AdultoMayor/documentos/03Guias/Guia20.pdf>
18. <http://www.colfarma.org.ar/Cient%20C3%ADfica/Documentos%20compartidos/2011%20Guia%20Actualizacion%20ACV.pdf>
19. http://www.medicalcriteria.com/es/criterios/cardiovascular_riesgo.htm





DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física	Detección del riesgo Control del riesgo Mantener Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Cambios de posición – colchón anti escaras. Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente. Cuidados de la piel: tratamiento tópico. Retirar esparadrapos y los restos, mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. Aplicar protectores en zonas de presión: talones, zona lumbar. Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Norton) Vigilancia diaria de la piel
Patrón respiratorio Ineficaz r/c trastorno neuromuscular e/x $SO_2 < 85\%$	Mejorar el patrón respiratorio Mantener $SO_2 > 90\%$ Permeabilidad de las vías aéreas	Manejo de las vías aéreas: administración O_2 Aspiración de las vías respiratorias: anotar tipo y cantidad de secreción obtenida, aspiración oral y/o traqueal Estimular la tos durante y después de la aspiración de secreciones Vigiar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración. Control de signos vitales periódicamente. Control periódico de sonidos pulmonares.
Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos	Disminuir el riesgo Mantener medicas asépticas	Lavado de manos antes y después de cada procedimiento Administración de tratamiento antibiótico indicado Control de signos vitales: temperatura. Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo y membranas mucosas Limitar el número de visitas Mantener normales de asepsia en personal de salud y familiares.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
FICHA DE OBSERVACION DOCUMENTAL

N° de HCL:

Fecha:

1. Sexo

Masculino () Femenino ()

2. Peso:

50 - 60 Kg ()

61 - 70 Kg ()

71 - 80 Kg ()

81 Kg a mas ()

3. Edad

60 - 65 ()

66 - 71 ()

72 - 77 ()

78 - a mas ()

▪ Antecedentes Genéticos de ECV

4. Antecedentes de ECV en familiares

Padre ()

Madre ()

Hermanos ()

Otros ()

Ninguno ()

5. Tipo de ECV en su familiar

Isquémico () Hemorrágico ()

6. ¿Cuáles fueron los síntomas que presento?

Mareo ()

Fuerte dolor de cabeza ()

Náuseas y vómitos ()

Confusión, dificultad para hablar o entender ()

Debilidad o entumecimiento de un solo lado del cuerpo ()

Problemas para ver por uno o ambos ojos ()

Dificultad para caminar ()

Todos ()

- Consumo de Sustancias Psicoactivas
 7. Consumo de alcohol
Si () No ()
 8. Con que Frecuencia consume alcohol
Diario () Semanal () Mensualmente () Eventualmente ()
 9. Consumo de Tabaco
Si () No ()
 10. Si consume Ud. ¿Cuántos cigarrillos?
Una cajetilla () media cajetilla () 5 a mas ()
 11. Piccha Ud. hoja de coca:
Si () No ()
 12. Con que frecuencia consume la hoja de la coca
Diario () Semanal () Mensualmente () Eventualmente ()
- Hipertensión Arterial
 13. Presión Arterial:
Sistólica: 100 – 120 () Diastólica: 60 – 80 ()
Sistólica: 121 – 130 () Diastólica: 80 – 90 ()
Sistólica: 131 a mas () Diastólica: 90 a mas ()
 14. Sufre de hipertensión arteria
Si () No ()
 15. Se realiza los controles de Presión Arterial
Una vez al día ()
Una vez cada dos días ()
Una vez a la semana ()
No lo realiza ()
 16. Qué tipo de medicación toma para la Presión Arterial
Agentes adrenérgicos ()
Beta – bloqueadores ()
Inhibidores de angiotensina ()
Bloqueadores de Ca ()
Diuréticos ()
Vasodilatores ()
Medicina alternativa ()
No recibe medicación ()
 17. Antecedentes familiares de HTA
Padre ()
Madre ()
Ambos ()
Otros ()
Ninguno ()

- Diabetes
 - 18. Glucosa (ayunas):
 - 70 – 120 mg/dl
 - >120 mg/dl
 - >130 mg /dl
 - 19. Es diabético:
 - Si No
 - 20. Tipo de diabetes
 - DM Tipo I DM tipo II
 - 21. Tiempo de enfermedad
 - Menos de año
 - De cinco a diez años
 - De diez años a más
 - 22. Se realiza los controles de Glucosa
 - Una vez al día
 - Una vez cada dos días
 - Una vez a la semana
 - No lo realiza
 - 23. Qué tipo de medicación toma para la Diabetes
 - Glibenclamida
 - Clorpropamida
 - Metformina
 - No recibe
 - 24. Antecedentes familiares de Diabetes
 - Padre
 - Madre
 - Ambos
 - Otros
 - Ninguno
- Otras Enfermedades Cardiacas
 - 25. Sufre alguna otra enfermedad cardiaca
 - Cardiopatía coronaria
 - Arteriopatías Periféricas
 - Cardiopatía Reumática
 - Cardiopatías Congénitas
 - Trombosis Venosa profunda
 - Ninguna
- Hipercolesterolemia - Arterioesclerosis
 - 26. IMC:
 - Normal Sobrepeso Obesidad

27. Niveles de colesterol total
- <200 mg/dl
 - 200 – 239 mg/dl
 - >240 mg/dl

28. Como es su alimentación
- Balanceada
 - Hipercalorica
 - Hipoglucida
 - Hiperlipidica
 - Hiposódica

▪ Sedentarismo

29. Realiza alguna Actividad Física
- Si
 - No

30. Qué actividad física realiza
- Caminata
 - Ejercicios de respiración
 - Flexura de articulaciones
 - Estiramiento de los músculos

31. Cuanto tiempo realiza cierta actividad
- 5 minutos
 - 10 minutos
 - 15 minutos
 - 20 minutos



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE MEDICO JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI DE CAYMA, DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA REGION DE SALUD AREQUIPA DEL MINISTERIO DE SALUD.

HACE CONSTAR QUE EL Sr.:

LEONEL AGUSTO DEZA CESPEDES

Bachiller de la Universidad Católica Santa María en la Carrera de Enfermería, ha realizado la recolección de datos a través de historias clínicas de los Integrantes del Club del Adulto mayor de la fecha de 3 Febrero al 15 de Febrero del presente año en el Centro de Salud Francisco Bolognesi – Micro Red Francisco Bolognesi.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines pertinentes.

Arequipa, 01 de marzo del 2017.



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI - CAYMA

Milagros Jeaneth Valencia Novoa
Milagros Jeaneth Valencia Novoa
C.M.P. - 43045
Médico Jefe de la Micro Red Fco. Bolognesi - Cayma

- MJVN/ahc.
- CC.: Secretaria M.R.
Archivo.

MICRO RED DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI DE CAYMA
Calle 20 de abril 204 Francisco Bolognesi Cayma
Telfs. 459180 Fax: 459180



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 0106 -CB- 2017

A : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2017-0106

Fecha : 7 de marzo de 2017

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN INTEGRANTES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA - AREQUIPA, 2016

Autor(es):

DEZA CESPEDES LEONEL AGUSTO

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **27 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



Américo Herrera Vera
PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación del Centro de Información y Bibliotecas

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, acepto en pleno uso de mis facultades, permito el uso de mi Historia Clínica para la recolección de datos para el proyecto de tesis titulado” FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN INTEGRANTES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA - AREQUIPA, 2016”, **AUTORIZO** al Sr. Bachiller en Enfermería Leonel Deza Céspedes que aplique dicha Ficha de Observación Estructurada a mi Historia Clínica.

