UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE LA UMF 20

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ERIKA LOZANO CORONA

TUTOR:

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA

GENERACIÓN 2012-2015
MÉXICO, D. F. 2015

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTOR

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN INVESTIGACION
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 20

Vo. Bo.

DRA MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
UMF No. 20

Vo. Bo.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR UMF No. 20

DEDICATORIA

A DIOS por darme la vida, una grandiosa familia, salud, y un hogar.

A MIS PADRES que siempre me han enseñado que lo más importante de esta vida es ser feliz. Enseñándome con el ejemplo de disfrutar cada día nuestro trabajo, con perseverancia, dedicación y amor.

A MIS HERMANOS, Marco, Maira, Rodrigo que hasta ahora nos mantenemos unidos gracias al gran pilar de nuestros padres y sé que tengo su apoyo incondicional.

A MIS CUÑADAS Dulce e Iris por dar la dicha de felicidad a mis hermanos.

A MIS SOBRINOS Ximena, Etzel, Diego, Valentin que inyectan alegría, amor y travesuras a nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

DIOS eres quien guía e ilumina mi camino.

A MIS PADRES Melania e Isidro por darme la vida y mantenernos unidos con su amor.

A MI FAMILIA por ser parte incondicional en mi vida.

Doy gracias a quienes me apoyaron para realizar este trabajo:

- Dr. Gilberto Cruz Arteaga, por su tiempo, conocimientos y paciencia para explicar.
- Dra Carmen Aguirre García, Dra Santa Vega Mendoza por su dedicación, recordatorio y apoyo.
- A mis amigos que sin su ánimo y compañía esto hubiera sido más difícil.

INDICE

PÁGIINA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN…… 1

MARCO TEÓRICO……. 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……. 19

HIPÓTESIS…….. 20

OBJETIVOS……. 21

MATERIAL Y MÉTODOS…….. 22

RESULTADOS…… 38

DISCUSIÓN……. 44

CONCLUSIONES……... 48

RECOMENDACIONES…….. 50

BIBLIOGRAFIA…… 51

ANEXOS…… 54

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE LA UMF 20

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE LA UMF 20

Lozano Corona Erika[1], Cruz Arteaga Gilberto[2]

1 Médico Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar No. 20.
2 Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar No. 2

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo, representa la tercera causa de muerte y la primera causa de invalidez en los adultos mayores de 60 años. **OBJETIVO:** Determinar el nivel de conocimiento en pacientes con secuelas de EVC después de una estrategia educativa en la UMF 20 **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio cuasiexperimental en 12 pacientes con secuelas de EVC en la UMF20, previo consentimiento informado se realizara una estrategia educativa basada en 3 métodos; indagación, organización de la información y metodologías activas para identificar y modificar factores de riesgo, con medición antes y después, a través de un cuestionario exprofeso. Utilizando estadística descriptiva con medidas de tendencia central y prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon. Se cuenta con infraestructura adecuada para llevar a cabo la estrategia y recursos humanos de pacientes con EVC, así como experiencia en estudios de investigación por parte de los asesores**. RESULTADOS:** En este estudio el paciente identifica un 51.6% de los factores de riesgo en el cuestionario previo y posteriormente a la estrategia educativa identifica hasta un 97.7%. Obteniendo una P de 0.002 siendo significativa. **CONCLUSIONES:** Los participantes a quienes se les implementa una estrategia educativa aumentan significativamente su nivel conocimientos sobre la enfermedad para tener un mejor control de las comorbilidades, identificar un nuevo evento y acudir oportunamente a los servicios médicos.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, pacientes con secuelas de EVC, estrategia educativa.

ATTAINMENT LEVELS IN PATIENTS WITH SEQUELAE OF CEREBROVASCULAR DISEASE AFTER AN EDUCATIONAL STRATEGY UMF20

Lozano Corona Erika[1], Cruz Arteaga Gilberto[2]

1 Médico Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar No. 20.
2 Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar No. 2

Cerebrovascular disease (CVD) is a major public health problems worldwide, represents the third leading cause of death and the leading cause of disability in adults over 60 years. To determine the level of knowledge in patients with sequelae of a stroke after an educational strategy in the FMU 20 MATERIAL AND METHODS: Quasi-experimental study in 12 patients with sequelae of EVC in UMF20, prior informed consent educational strategy based on 3 conduct methods; inquiry, organization of information and active in identifying and modifying risk factors, measuring before and after, through a questionnaire exprofeso methodologies. Using descriptive statistical measures of central tendency and non-parametric Wilcoxon rank test. It has adequate infrastructure to carry out the human resources strategy and stroke patients as well as expertise in research studies by consultants. RESULTS: In this study the patient identifies 51.6% of the risk factors in the previous questionnaire and then to the educational strategy identifies up to 97.7%. Obtaining a P of 0.002 to be significant. CONCLUSIONS: Participants who are implementing an educational strategy significantly increase your knowledge about the disease level to have better control of comorbidities, identify a new event and seek timely medical.services

Keywords: Level of knowledge, patients with sequelae of EVC, educational strategy.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo, por las implicaciones económicas, sociales y de salud. En países en desarrollo como el nuestro, se estima que el costo de atención por la enfermedad vascular cerebral es de 6000 a 8000 euros, además del precio asociado a los cuidados informales y las alteraciones en la dinámica familiar. En el mundo, la enfermedad vascular cerebral representa la primera causa de discapacidad en población adulta y la segunda causa de demencia.[7]

La identificación de los factores de riesgo, reducen su aparición y previenen la morbi-mortalidad después de un primer EVC o de un Ataque isquémico transitorio (AIT). Sin embargo existe una falla en la evaluación sistemática de los factores de riesgo y las estrategias de prevención primaria y secundaria están subutilizadas. Los factores que abren la brecha entre lo que demuestra la evidencia y lo que se hace en el manejo incluyen: una falta de reconocimiento de los factores de riesgo para EVC y de su presentación clínica. El sistema de salud debe trabajar ampliamente en el cumplimiento de los objetivos de promoción y prevención en salud, dando prioridad a la educación sobre las patologías de alta prevalencia, incidencia y mortalidad como son la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular. [18]

Es preciso insistir que el grupo de pacientes con EVC, tiene un elevado riesgo de recurrencia. Así mismo es importante la vigilancia de factores funcionales, cognoscitivos y depresivos que pueden influir en el pronóstico de nuestro paciente. Una estrategia educativa contribuirá a consolidar los esfuerzos realizados tanto en atención preventiva como en atención curativa. El propósito es disminuir la persistente fragmentación de los servicios preventivos y curativos al integrarse todos los servicios que se otorgan en una sola área normativa. De esta manera se espera disminuir los tiempos de espera prolongados, mejorar la calidad de la atención médica con énfasis en las enfermedades crónicas y modificar los estilos de vida de la población derechohabiente.[28]

Los pacientes deben creer que las estrategias son útiles y necesarias. Debe haber una conexión entre la estrategia enseñada y las percepciones sobre el contexto de la tarea. Una instrucción eficaz y con éxito genera confianza y creencias de autoeficiencia. La instrucción debe ser directa, informativa y explicativa. La responsabilidad para generar, aplicar y controlar estrategias eficaces es transferida del instructor al receptor. Los materiales instructores deben ser claros, bien elaborados y agradables. Es por ello implementar una estrategia educativa en pacientes con secuelas de EVC debido a la probabilidad de presentar un nuevo evento vascular que podría resultar de mayores consecuencias para su vida.

MARCO TEÓRICO

1. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

La Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) es uno de los principales problemas de salud pública en todos los países industrializados ya que, de acuerdo con la OMS, esta representa la 3ra causa de muerte y la 1ra de invalidez en los adultos, sólo precedida por las enfermedades cardíacas y por tumores malignos. Tiene una incidencia mundial de 1.5 a 4 casos por cada 1 000 habitantes y una prevalencia de 8-20 por cada 1 000 habitantes. Aproximadamente el 20% de los supervivientes requieren cuidados especiales durante 3 meses después de un EVC y casi 30% quedan con una discapacidad grave permanente.[1]

En el año 2011 en México la población mayor de 60 años de edad de acuerdo al INEGI, ocupa el 4to lugar en hombres (6.5%); y el 3er lugar en mujeres (7.7 %). Después de la diabetes mellitus y enfermedades isquémicas cardiacas. Representando la 4ta causa de defunción a nivel nacional.[2]
La tasa de recurrencia a 2 años es del 10 al 22%, pero puede reducirse hasta un 80% con la modificación de factores los de riesgo. De no existir intervenciones de prevención adecuadas, se calcula que para el año 2030, su incidencia se incrementará hasta en un 44%. Datos de la Secretaría de Salud muestran que en nuestro país la tasa de mortalidad por EVC se ha incrementado a partir del año 2000, particularmente en menores de 65 años. Durante el 2007 el total de egresos en hospitales públicos atribuido al EVC fue del 1%, mientras que en el 2008, la tasa de mortalidad fue 28.3/100,000 habitantes.[3] Según Jamrozik en pacientes con diabetes mellitus el riesgo de EVC en un estudio de casos y controles en 536 pacientes fue de OR: 2.3 (IC 95%, 1.3-4.0)[4,5]. He et al. El riesgo de EVC en pacientes con Hipertensión arterial en un estudio de metanálisis en 2379 pacientes fue de RR: 5.25 (IC 95%, 3.95-6.88)[6]. Iso et al. En pacientes con

hipercolesterolemia y riesgo de EVC en un estudio de metanálisis en 350,977 con cifras de colesterol >200mg/dl fue 2 veces más riesgo de EVC.[7]

Existe una brecha entre lo que demuestra la evidencia y lo que se hace en el manejo efectivo de la enfermedad, que incluye: una falta de conocimiento de los factores de riesgo para EVC y de los síntomas del EVC por parte del paciente. El paciente, debe ser responsable de su salud procurando obtener información y la educación que le permitan cumplir con este propósito y que a su vez le proteja la salud de su familia y de la comunidad. El sistema de salud debe trabajar ampliamente en el cumplimiento de los objetivos de promoción y prevención en salud, dando prioridad a la educación sobre las patologías de alta prevalencia, incidencia y mortalidad como son la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad coronaria.[18]

El médico de primer nivel de atención deberá de Identificar el grado y tipo de discapacidad (sensorial, neuromotora, visceral o conductual). Dentro de las secuelas de EVC se encuentra el daño neurológico con déficit en la concentración, memoria, funciones ejecutivas, función visual, auditiva, gustativa, afasia, dispraxia del discurso, disartria, disfagia (problemas de hidratación y nutrición), función del intestino y vejiga (pérdida del control esfinteriano), convulsiones, trombosis venosa profunda, úlceras por presión y apnea del sueño. La debilidad es una secuela principal lo que condiciona caídas, espasticidad, contracturas, subluxación de hombro, dolor de hombro, edema de extremidades. Por lo tanto debemos de estar al pendiente de la aparición de secuelas y complicaciones, al evaluar el grado de depresión, funcionalidad y nivel cognitivo para determinar el tipo de intervención que se realizará a cada paciente [8,9, 28]

Los principales factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de estas enfermedades. Hasta un 30 % de los pacientes que han tenido un EVC, pueden repetirlo en los siguientes 5 años y 18% de estos pueden ser fatales. Un 5% de los pacientes que han sufrido un EVC, pueden presentar un infarto de miocardio en el año siguiente al EVC y más de 3%cada año durante los primeros 10 años. Por lo tanto la prevención secundaria incluye evitar su recurrencia y otras complicaciones.[18]

2. INSTRUMENTOS DE EVALUACION EN PACIENTES CON EVC

Existen diversos instrumentos que se utilizan en los pacientes con secuelas de EVC, para medir el deterioro cognitivo, las actividades básicas de la vida diaria, depresión , entre otros, considerando para este estudio los siguientes instrumentos:

ÍNDICE DE BARTHEL. Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación para cada dominio con opción de calificación por intervalos de 0, 5,10,15, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100 y una interpretación final por grado de dependencia según la puntuación de la escala considerando; dependencia ligera100-80 (95 en silla de ruedas). Dependiente moderado: 61-79 - Dependiente grave: 46-59- Dependiente severa: <45.[10]

MINIMENTAL STATUS EXAMINATION (MEC) FOLSTEIN. Se entiende por deterioro cognitivo al grado de déficit que afecta a diversas funciones psicológicas básicas, tales como atención, concentración, memoria, lenguaje, razonamiento o coordinación psicomotriz, entre otras. Este test contempla la evaluación de dominios como; orientación temporal-espacial, fijación, atención, cálculo, memoria, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo. El instrumento tiene una puntuación total de 30 puntos con un punto de corte de 23, considerando puntuaciones iguales o menores que esta cifra la presencia de un déficit cognoscitivo.[11]

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II), se utiliza para detectar la presencia y evaluación de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Las puntuaciones mínimas y máximas en el test van de 0 a

63. Contemplando una calificación por categorías de cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.[12]

3. PREVENCIÓN SECUNDARIA.

La prevención secundaria está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente, captación oportuna y tratamiento esencial para el control de la enfermedad. Dentro de sus prioridades es el control de factores de riesgos, y decidir la necesidad de continuar con la rehabilitación. La evidencia demuestra que iniciar la rehabilitación en las primeras 48 horas después del inicio de la enfermedad vascular cerebral isquémica ayuda a mantener en óptimas condiciones la capacidad física, intelectual, psicológica y social del paciente.[8] La prevención secundaria es aplicable tanto en aquellos pacientes que han sufrido un infarto cerebral como aquellos otros que experimentaron un AIT. En todos ellos el riesgo de recaída es mayor que en la población general. Los hábitos que más influyen en una posible recaída son el tabaco, alcohol, actividad física y dieta. A su vez, los seis factores más significativos son la presencia de hipertensión arterial, historia de infarto de miocardio, fibrilación auricular no valvular, diabetes mellitus, dislipidemia y estenosis de la carótida asintomática. [28]

4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La modificación de la conducta individual para reducir el riesgo de enfermar, o de mejorar la salud y el bienestar, es el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud y de las prácticas en la atención primaria de ésta; destaca entre ellas la medicina familiar. La adopción de comportamientos saludables debe tomar en cuenta que las personas necesitan información sobre qué hacer y cómo hacerlo. La información científica es necesaria para fomentar la aparición de nuevas creencias, así como para mezclarse con las tradiciones culturales de los grupos humanos. El valor que la salud tiene para los individuos en sus comportamientos saludables que muestran, se relacionan con el incremento de su motivación hacia el autocuidado y en su autorresponsabilidad respecto a la salud, la cual pueden adquirir por medio de educación para la salud la cual se concibe como un proceso organizado y sistematizado, con la firme intención de lograr cambios en los comportamientos que

influyen en la salud individual, familiar o en la comunidad. La cual aborda no solo información sino fomento a la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud creando condiciones para intervenir en problemas concretos por un proceso participativo mediante principios orientadores, haciendo énfasis en el desarrollo de capacidades, competencias y criterios; recuperación de experiencia concretas; ambientes lúdicos; horizontalidad en la relación, creando confianza; uso de diferentes caminos para acceder al conocimiento, predilección por aprendizaje creado en problemas; validación de aprendizaje adquirido. Una educación para la salud eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de la manera de pensar, puede influir o clasificar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamiento o de modos de vida.[24]

5. ESTRATEGIA EDUCATIVA.

La estrategia educativa una metodología que contribuye a enriquecer el desarrollo de competencias. Se caracteriza por existen un sin fin de ellas, reconstituyéndose cada día. Contribuye a la implementación y al desarrollo de las competencias de los pacientes en base a una secuencia didáctica que incluye inicio, desarrollo y cierre. Es conveniente utilizar estas estrategias de forma permanente tomando en cuenta las competencias específicas que pretendemos cambiar o facilitar su recuerdo. La clave del aprendizaje significativo radica en relacionar el nuevo material con las ideas ya existentes en las estructura cognitiva. Por consiguiente, la eficacia de tal aprendizaje está en función de su carácter significativo y no en las técnicas memorísticas. El aprendizaje significativo se favorece con los puentes cognitivos entre lo que el sujeto ya conoce lo que necesita conocer para asimilar significativamente los nuevos conceptos. Estos puentes están constituidos por conceptos e ideas iniciales que junto con el material introductorio, se presentan como marco de referencia a los nuevos conocimientos.[25]

Las estrategias centradas en el alumno se denominan estrategias activas, estas se basan en el enfoque cognitivo de aprendizaje y se fundamentan en el autoaprendizaje. Aunque la esencia se basa en el desarrollo del pensamiento y en razonamiento crítico, éstas se pueden clasificar en dos grandes categorías:

estrategias que centran sus procedimientos alrededor de problemas o vivencias y estrategias que hacen énfasis en el diálogo y la discusión.
Entre las estrategias con estas características se podría citar las siguientes. El método de problemas, el método de juego de roles, el método de situaciones(o de casos), el método de indagación, la tutoría, la enseñanza por descubrimiento, el método de proyectos. La estrategia educativa se puede dividir:

I.-Método de Indagación. Indaga cuáles son los conocimientos previos de los pacientes ya que son el punto de partida del docente (médico que realiza la intervención educativa). Se utilizan preguntas para indagar conocimientos previos, descubrir los propios pensamientos o inquietudes, desarrollar el análisis, además del razonamiento crítico y creativo mediante puentes cognitivos hablando de organizadores previos: conceptos, ideas iniciales, material, lluvia de ideas relacionadas al: qué, quién, cómo, cuándo, dónde, cuánto, por qué y para qué.

II.- Métodos que promueven la compresión mediante la organización de la información. Promueve la comprensión mediante la organización de la información, lo cual favorece la labor de "aprender a aprender". Permiten recordar información al organizar la información de forma personal. Ejemplo: Cuadro sinóptico, cuadros comparativos, diagramas de flujo, mapas cognitivos, mapa conceptual, mapa semántico.

III.- Estrategias grupales

Un ejemplo de este tipo de estrategias es el debate, simposio, mesa redonda, foro, seminario, taller**.** Éste último ocuparemos en esta estrategia.
Taller; implica la aplicación de los conocimientos adquiridos en una tarea específica, generando un producto que es resultado de la aportación de cada uno de los miembros del equipo. Su duración es relativa a los objetivos perseguidos, puede llevarse a cabo en un día o en varias sesiones de trabajo. Es necesario que se asignen roles entre los miembros del grupo. Se aportan elementos teóricos para el desarrollo de una tarea o un producto; se asignan los equipos, así como el tiempo

determinado para trabajar en los mismos se muestran los recursos, los materiales y las herramientas para el desarrollo del taller.

- Los equipos trabajan e interactúan durante el tiempo asignado.
- El monitor o docente deberá supervisar, asesorar y dar seguimiento a cada uno de los equipos para la consecución de la tarea o el producto.
- Cada uno de los equipos expone ante el grupo el proceso de trabajo y los productos alcanzados.
- Se efectúa una discusión.
- Se amplía o explica determinada información
- Se presentan las conclusiones.

Para que se utiliza. Permite:

- ✓ Encontrar las soluciones de problemas
- ✓ Llevar a cabo tareas de aprendizaje complejas
- ✓ Desarrollar la capacidad de búsqueda de información
- ✓ Desarrollar el pensamiento crítico: análisis, síntesis, evaluación y emisión de juicios.

IV. Metodologías activas para contribuir al desarrollo de competencias. Éste tipo de metodología toma en cuenta aspectos básicos y responde a preguntas tales como: qué son, cómo se desarrollan y cómo se usan. Un ejemplo de estas es el método de situaciones que permiten crear un mundo simulado al real, en el cual el estudiante puede obtener la retroalimentación adecuada para perfeccionar su modelo de actuación. [20,21]Otro tipo de estrategia es la de Información, Educación y Comunicación (IEC) mediante la cual se desarrollarán historietas, como medio de comunicación a través de imágenes y texto sencillo, que desarrolla la capacidad creativa, despierta el interés por conocer otra vía de aprendizaje y motiva a tomar medidas en relación al tema planteado. Tiene la ventaja de ser manipulable, poco costoso, motiva a que la persona explore una técnica no tradicional, fomenta la creatividad, entre otros. Tópico generativo, simulación, proyectos, estudio de casos, aprendizaje basado en problemas. Aprendizaje insitu, aprender mediante el servicio, etc.[26, 27]

6. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de signos neurológicos focales que persisten por más de 24 h sin otra causa aparente que el origen vascular. Se clasifica en 2 subtipos: isquemia y hemorragia. La isquemia cerebral es la consecuencia de la oclusión de un vaso y puede tener manifestaciones transitoria (ataque isquémico transitorio) o permanentes, lo que implica un daño neuronal irreversible. En la hemorragia intracerebral (HIC) la rotura de un vaso da lugar a una colección hemática en el parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo.[7, 16,18]

6.1 CLASIFICACIÓN

Tabla 1. Enfermedad vascular cerebral. Clasificación y frecuencia.[3]

Isquémico 80%	Hemorrágico 15-20%	Trombosis Venosa Central 5%
Infarto cerebral 80% Isquemia cerebral transitoria 20%	Hemorragia intracerebral Intraparenquimatosa Hemorragia subaracnoidea Intraventricular	

El Ataque Isquémico Transitorio (AIT) establece un tiempo de duración de los síntomas no mayor a 60min, recuperación espontánea, con estudios de imagen sin evidencia de lesión. Los pacientes con este padecimiento tienen mayor riesgo de desarrollar un infarto cerebral (IC) en las semanas posteriores.

La escala de estratificación del riesgo para que un paciente con AIT evalúa el riesgo de presentar un infarto cerebral. La escala ABCD2 (por sus siglas en inglés), se basa en 5 parámetros a los que se asignan puntaje de entre 0 y 2, si está o no presente: edad, presión arterial, características clínicas, duración y diabetes mellitus. Se clasifican en 3 grupos de riesgo (bajo, moderado, alto) para desarrollar infarto a los 2 y 7 días. Los pacientes de alto riesgo son los que podrían beneficiarse de hospitalización y realización de estudios.[16]

6.2 SUBTIPOS DE INFARTO CEREBRAL (IC).

Pueden subdividirse en base a diferentes parámetros**:**

1) Anatómico; circulación anterior o carotidea y circulación posterior o vertebrobasilar.

2) De acuerdo con el mecanismo que lo produce, lo que permite establecer medidas de prevención secundaria.

La clasificación basada en su etiología define 5 grupos, que a continuación se detallan:

Tabla2. TOAST (Trial of Org in Acute Stroke Treatment).[15,18,19]

Subtipos	Mecanismo	Diagnóstico
Ateroesclerosis de grandes vasos	Oclusión trombótica o tromboembólica	-Pacientes con factores de riesgo cardiovascular. -Doppler carotídeo. a) estenosis sintomática>50%en una de las principales arterias cerebrales. b)Isquemia cerebral (IC) mayor de 1.5cm
Cardioembolismo	Oclusión de una arteria cerebral por un embolo originado a partir del corazón	-Signos neurológicos de aparición súbita con déficit máximo al inicio (sin progresión de síntomas y mejoría espontánea), b) IC múltiples en diferentes territorios arteriales, c) IC superficial, cortical o con transformación hemorrágica (por recanalización), d) fuente cardioembólica. *****La fibrilación auricular es la más frecuente.
Enfermedad de pequeño vaso cerebral	El infarto lacunar (IL) es un IC menor de 15 mm de diámetro, localizado en el territorio irrigado por una arteriola	Explica alrededor del 25% de los IC. Ocurren principalmente en las arterias lenticuloestriadas y talamoperforantes. Existen más de 20 síndromes lacunares, los 5 más frecuentes son: hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo-motor, disartria-mano torpe y hemiparesia atáxica.

Otras causas	Las más frecuentes son vasculopatías no ateroesclerosas como; Disección Arterial Cervico-Cerebral (DACC) La más frecuente (25% de los IC) fibrodisplasia muscular, enfermedad de Takayasu, Vasculitis del Sistema Nervioso Central (SNC) y enfermedad de Moya-Moya. Las trombofilias (deficiencia de proteína C, S, y de antitrombina III) y el síndrome antifosfolípidos son menos frecuentes. Se presentan principalmente en menores de 45 años de edad.
Etiología no determinada	Incluye los IC con más de una etiología posible o aquellos, no se puede determinar la causa, o que tienen una evaluación incompleta.

*Fibrilación Auricular (FA).Está presente en el 1% de la población general y hasta en el 10 % de los mayores de 75 años. El riesgo de EVC secundario a embolismo relacionado a la FA de 3 – 5% por año. Los factores que incrementan el riesgo de embolismo incluyen edad mayor de 75 años, TA sistólica mayor de 160 mm Hg o historia de hipertensión arterial, disfunción ventricular izquierda, diabetes y eventos embólicos previos.[5, 14,15]

7. FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Las causas más importantes de Enfermedades cardiovasculares (ECV) como la cardiopatía y EVC (Enfermedad vascular cerebral) son una dieta inadecuada, inactividad física, consumo de tabaco y consumo nocivo de alcohol. Los efectos de estos factores de riesgo pueden manifestarse por aumentos de la tensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, sobrepeso u obesidad. Estos “factores de riesgo intermediarios” pueden medirse en los centros de atención primaria y señalan un aumento del riesgo de sufrir un EVC. Está demostrado que el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y evitar el consumo nocivo de alcohol reduce el riesgo de ECV. El riesgo cardiovascular también se puede reducir mediante la prevención o el tratamiento de la hipertensión, diabetes e hiperlipidemia.[13]

Las asociaciones de riesgo reportados en un estudio llevado en Cuba (edad, sexo y factores de riesgo cardiovascular) son similares a los reportados en otros estudios. La enfermedad cardíaca es el tercer factor de riesgo más importante para EVC, después de la edad e hipertensión arterial. La fibrilación auricular es el principal factor de riesgo cardiaco, ya que cuadruplica el riesgo de EVC en la población general, seguida de la insuficiencia cardíaca, que duplica o triplica el riesgo. La prevalencia de ictus en adultos ≥65 años de edad es similar a lo reportado en países como Europa y Norteamérica que la observada en los países latinoamericanos.

Además de los factores de riesgo conocidos como clásicos, éstos autores identificaron como elementos determinantes la anemia y genotipo APOE ε4.[14]

La enfermedad vascular cerebral es poco frecuente en pacientes jóvenes (menores de 45 años) su causalidad es variada; en 20% es idiopática y un 4% hematológica o medioambiental, mientras que en ancianos regularmente se relaciona con daño vascular intrínseco o de origen cardiaco relacionados con la edad. Los factores más importantes asociados a la presencia de EVC en jóvenes son el tabaquismo, dislipidemia, cardiopatía, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y antecedente familiares de EVC; en algunos estudios se ha encontrado la presencia de un complejo metabólico de 2 o 3 componentes fuertemente asociado a un EVC.[15]

Tabla 3. Factores de riesgo de Enfermedad Vascular Cerebral.[16, 17, 18]

Raza, edad, género, historia familiar
Factores de riesgo potencialmente modificables
Hipertensión Arterial
Diabetes Mellitus
Dislipidemia
Tabaquismo
Alcoholismo
Obesidad
Malos hábitos dietéticos
Sedentarismo

Otras Condiciones específicas

Menos establecidos son la intolerancia a la glucosa, la desnutrición, la hiperhomocisteinemia, el abuso de drogas, hipercoagulabilidad, procesos inflamatorios (medición de proteína C reactiva) y la apnea de sueño; Así como la disección arterial carotidea, Foramen oval permeable, embarazo, migraña, síndrome metabólico, anemia de células falciformes, lipoproteína (a), malformaciones cerebrales arterio-venosas, entre otras.[15,17,20]

En la mujer post menopáusica existe riesgo de un nuevo EVC con terapia hormonal sustitutiva. No se deben utilizar anticonceptivos orales con altas dosis de estrógenos, evitar su uso en la mujer de más de 35 años que presente migraña, fumadoras o que tengan algún factor de riesgo cardiovascular. [9]

En jóvenes se reportan casos con consumo de drogas; anfetaminas, cocaína y otras drogas excitatorias que ocasionan vasoespasmo y posible oclusión de la arteria cerebral media.[15]

7.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La reducción de PA (presión arterial) a 10 mm Hg reduce el riesgo de accidente cerebrovascular en un 30 a 40%. La reducción de la recurrencia se ha visto principalmente con el uso de diuréticos solos y combinados con IECAS.[17, 20] En general, *the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC-7) define a la hipertensión arterial sistólica (PAS) >140 mmHg y la presión arterial diastólica (PAD) >90 mmHg. En los pacientes con diabetes o enfermedad renal crónica el objetivo de PA es <130/80 mmHg.[18] En nuestra población la Guía de Práctica Clínica de pacientes con secuelas de Evento Vascular Cerebral en el primer nivel de atención (GPC-EVC) recomienda vigilancia de control de presión arterial con valores inferiores 135/85mmHg.[9]

7.2 DIABETES MELLITUS

Aproximadamente del 15 al 33% de las personas con accidentes cerebrovasculares isquémicos tienen diabetes mellitus. La diabetes mellitus tipo 2 es unos de los principales factores de riesgo para un primer evento isquémico, aunque solo un 9.1% se ve asociado en EVC recurrentes. La *American Diabetes Association* afirma que el general la meta de hemoglobina glucosilada es <7,0% para decir que hay un buen control glucémico.[17] En la GPC-EVC refiere no haber evidencia suficiente de que el control de la hiperglucemia disminuya *per se* la incidencia de EVC. Se recomienda vigilancia y control de diabetes combinada con hipertensión mediante IECA. Monitoreo de 3 a 6 meses según evolución.[9]

7.3 DISLIPIDEMIAS

La Prevención del Ictus por reducción de los niveles de colesterol, demostraron el impacto del tratamiento con 3-hidroxi-3- metilglutaril inhibidores de la coenzima A reductasa (estatinas). Éstas disminuye 21% la recurrencia de EVC, con la reducción de 39 mg / dl del colesterol LDL. Se recomiendan valores menores de <100mg/dl para la reducción de ictus y eventos cardiovasculares. Niveles séricos de lipoproteínas de baja densidad (LDL) con un valor <70mg/dl se asocia con un 28% de reducción de EVC, principalmente cuando se asocia a otros factores de riesgo cardiovascular y con ictus isquémico aterosclerótico o AIT. En estudios epidemiológicos realizados a pacientes que no toleran las estatinas se ha observado eficacia para evitar recurrencia al utilizar fibratos, tales como gemfibrozil y niacina. Estos medicamentos reducen tanto el colesterol LDL y los triglicéridos y aumentan ligeramente los niveles séricos de HDL. [17,20]Los pacientes con EVC y antecedente de cardiopatía isquémica deben tratarse con estatinas, tengan o no hiperlipidemia para reducir significativamente el riesgo de EVC. Se recomienda vigilancia y control de perfil lipídico.[9]

7.4 TABAQUISMO.

Se sabe que fumar contribuye de una manera directa en la alteración vascular generando disfunción endotelial, inflamación, arterosclerosis secundaria, incrementando el fibrinógeno, aumentando la agregación plaquetaria, disminuyendo el nivel del colesterol HDL, hipercoagulabilidad y aumentando el hematocrito. Fumar aumenta 2 a 4 veces el riesgo de desarrollar un EVC. Los no fumadores aumentan 1.8 veces su riesgo de desarrollar EVC al exponerse al humo de fumadores. Los estudios observacionales han demostrado que el riesgo de desarrollar EVC se reduce en 60% al dejar de fumar. Luego de cinco años de la suspensión del cigarrillo, el riesgo de EVC vuelve a ser igual que en un sujeto no fumador.[13] Los fumadores actuales tienen un riesgo 2 veces mayor de isquemia, derrame cerebral y hemorragia subaracnoidea. En un estudio de cohorte en mujeres, el EVC alcanzó un riesgo comparable con no fumadores después de 20 años de suspenderlo.[9]

7.5 ALCOHOL

Es un factor de riesgo dado que induce la presencia de hipertensión, estado hipercoagulable, reduce el flujo sanguíneo cerebral, y aumenta el riesgo de cardioembolismo por cardiomiopatía. El consumo moderado de 2 bebidas en hombre y una bebida en mujeres no embarazas podría ser razonable; no se aconseja comenzar a tomar alcohol en caso de no consumirlo. La *American Heart Association* recomienda no más de dos copas por día para hombres y una copa por día para mujeres (un trago equivale a 120ml de vino, 360ml de cerveza y 45ml de licor) [17]

De acuerdo a la GPC en México el consumo de alcohol, tabaquismo y drogas ilegales favorecen EVC. Se recomienda dejar de fumar completamente. Suprimir el consumo excesivo de alcohol o disminuir el consumo a una o dos bebidas.[9]

7.6 OBESIDAD.

Los datos epidemiológicos indican que el riesgo de mortalidad por EVC aumenta en sobrepeso. La obesidad visceral se evalúa midiendo la circunferencia de la cintura a la altura del ombligo, en la línea media entre el reborde costal y las crestas iliacas. Se consideran normales valores menores de 94 cm en el hombre y del 80 cm en la mujer. El tratamiento para la obesidad se basa en una restricción de calorías y un aumento de la actividad física diaria, para lograr una pérdida de 300-1000 kcal al día se necesita una reducción de 0.5-1 Kg por semana. La actividad física ha demostrado producir una pérdida moderada de peso y de forma independiente un aumento en la resistencia cardiovascular. Para todos los tipos de ECV el riesgo poblacional debido a obesidad oscila entre el 15% a 25%.[18]

7.7 HÁBITOS DIETÉTICOS.

La ingesta reducida de sodio, y el aumento de potasio en la dieta para prevenir y tratar la hipertensión. En los estudios epidemiológicos, los vegetarianos tienen más probabilidades de tener presiones arteriales más bajas que los no vegetarianos. Uno de los razones pueden ser que consumen más potasio y magnesio. Los datos observacionales indican que el aumento de la ingesta de frutas y verduras se asocian con un menor riesgo de accidente cerebrovascular.[17, 18]

7.8 ACTIVIDAD FÍSICA

La mayoría de los beneficios para la salud ocurren con por lo menos 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada a la semana, o 75 minutos de intensidad vigorosa. Dependiendo de la intensidad del mismo, disminuye el riesgo de EVC en un 20 a 27%.[17]

Se recomienda realizar 30 minutos diarios de actividad física, de moderada intensidad, por lo menos cinco días a la semana incluyendo ejercicios aeróbicos y de flexibilidad.[18]

8. ESTRATEGIA EDUCATIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS.

A nivel nacional en un estudio, cuyo objetivo era determinar el impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, confirman que la educación en las enfermedades crónicas es imprescindible para el mejoramiento de su control, así como para mejorar la calidad de vida y el nivel de conocimientos. Sin embargo, se demuestra que al no haber un seguimiento de la intervención, los logros obtenidos se pierden, retornando a un mal control del paciente diabético. En el estudio pretenden sensibilizar a los pacientes como al personal médico y paramédico sobre las intervenciones educativas deben ser continuas las estrategias educativas, para mejorar la calidad de vida y el nivel de conocimientos y así mantener un control bioquímico adecuado del paciente diabético. [23]

9. EVIDENCIA DE CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO

La Evidencia del conocimiento de factores de riesgo para EVC en otros países por ejemplo en la población francesa estudiaron a 411 personas de entre 18 a 70 años de edad, aplicándoles un cuestionario de composición abierta sobre el conocimiento de los signos, síntomas y factores de riesgo del EVC, donde se encontró que el 62.8% de la población respondía a 3 factores de riesgo nombrados espontáneamente (tabaquismo, alcohol y colesterol), sin embargo no fueron los de mayor importancia. Lo cual se relacionó a las constantes campañas de difusión sobre los temas. Por lo que concluyen que la educación debe basarse en el conocimiento referente a la hipertensión arterial, diabetes mellitus, y enfermedades cariovasculares.[21]

En la India se estudió el conocimiento de los síntomas de alarma y factores de riesgo de accidente cerebrovascular en la población general y en los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares. Encontraron que el conocimiento de los factores de riesgo de ambos grupos era deficiente, lo cual está relacionado al nivel educativo, historia de ictus en la familia o amigos y a la comunicación médico-paciente. El conocimiento de un factor de riesgo en varones fue del 32% y en mujeres del 28%.[22]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México un país en vías de desarrollo experimenta una rápida transición demográfica en la que las enfermedades crónicas están asumiendo progresivamente mayor importancia. La mortalidad por Enfermedad Vascular Cerebral se presenta en los primeros meses en un 20 al 30 %; más de un tercio entre los que sobreviven al primer evento presenta algún grado de discapacidad, lo que lo hace dependiente de un cuidador. Su recurrencia es hasta del 20% en los primeros 2 años. La principal causa es provocada por factores de riesgo modificables, por lo que se deben de incrementar la educación para su modificación. La enfermedad cerebrovascular se incluye dentro de las enfermedades cardiovasculares que se han ido convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública, a diferencia de países desarrollados, donde las estrategias de salud y los cambios de estilo de vida han reducido los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Los factores de protección en estos países, incluyen el origen étnico, diferencias en la dieta o estilo de vida, o la disminución de la mortalidad en la fase aguda que explica la diferencia de las tasas reportadas.[14]

Para el manejo y vigilancia de pacientes con secuelas de un EVC, dentro de la institución encontramos la Guía de Práctica Clínica con este nombre la cual evalúa el cumplimiento de la rehabilitación, depresión, problemas motores y el control de los factores de riesgo modificables para evitar su recurrencia. Por lo que el médico familiar está en la mejor posición para evaluar la situación del paciente y su entorno. Sin embargo es deficiente la información de factores de riesgo para disminuir un nuevo EVC, por lo que debemos incrementar cambios conductuales mediante estrategias educativas que promuevan el aprendizaje significativo, implicando actividades conscientes orientadas a un fin, por lo que se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento en pacientes con secuelas de EVC posterior a una estrategia educativa en la UMF 20?

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna:

Existe mayor nivel de conocimiento en pacientes con secuelas de Enfermedad Vascular Cerebral posterior a una estrategia educativa

Hipótesis nula:

No existe mayor nivel de conocimiento en pacientes con secuelas de Enfermedad Vascular Cerebral posterior a una estrategia educativa

OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar el nivel de conocimiento en pacientes con secuelas de Enfermedad Vascular Cerebral posterior a una estrategia educativa en la UMF 20.

Objetivos específicos.

- Identificar características sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil).
- Mejorar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para presentar un EVC, incidiendo en la prevención secundaria a través de una estrategia educativa.
- Identificar los niveles sistémicos óptimos que deben tener los pacientes con secuelas de EVC en: Presión arterial, glucosa, colesterol, triglicéridos, después de una estrategia educativa.
- Informar la relevancia de mantener una adherencia terapéutica en comorbilidades asociadas a factores de riesgo en pacientes con secuelas de EVC, mediante una estrategia educativa.
- Informar a los pacientes con secuelas de EVC sobre los cambios de estilo de vida, tales como: tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada, sedentarismo, mediante una estrategia educativa, en base al método de indagación, realizando preguntas y respuestas; comprensión mediante la organización de la información, por medio de una plática, película; y metodologías activas, historieta, taller.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.-CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO**.**

Unidad de Medicina Familiar No. 20 en Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de las Salinas, CP 07750 México, D.F. Tel: 53331100 ext. 15320 y 15368. Esta unidad es un centro de primer nivel de atención, que cuenta con 30 consultorios los cuáles se encargan de brindar servicios de consulta externa general, odontología, enfermería materno infantil, prevenimss, medicina del trabajo, planificación familiar, así como servicios de laboratorio y radiología, farmacia, curaciones, medicina preventiva.
La unidad labora de lunes a viernes en 2 turnos, matutino y vespertino, con horario de 08:00-14:00 hrs y de 14:00-20.00 respectivamente.

2.-DISEÑO DE ESTUDIO

a) Tipo de estudio**:** Cuasiexperimental de un grupo Estudio pre/post
b) Captación de la Información: Prospectivo
c) Medición del fenómeno en el tiempo: Longitudinal
d) Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: Abierto

3.-CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de entre 45 a 85 años que acudieron a consulta de la UMF con secuelas de Enfermedad vascular cerebral (CIE 10- G45, I60-I69), durante el año 2014.
- Evaluación con el Instrumento Barthel mínimo 80 puntos (ligera dependencia), un índice cognitivo de Folstein > 23 puntos (sin deterioro cognitivo), escala de Beck de 1-13 (depresión mínima).
- Pacientes que asistan a todas las sesiones de la estrategia educativa.
- Pacientes que contestaron los cuestionarios pre y post a la estrategia educativa

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Paciente que tenga alguna secuela que le imposibilite el contestar los cuestionarios

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que no completen el cuestionario de evaluación pre y posterior a la estrategia educativa.
- Pacientes que no asistan a la estrategia educativa

TAMAÑO DE LA MUESTRA. El tamaño de muestra se realizará por medio de una muestra no probabilística de selección de casos consecutivos que comprenden los tiempos de enero 2014 a diciembre del 2014. Pacientes que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar 20 con los criterios de inclusión correspondientes en su apartado apegado a este proyecto. Se proyecta una cuota de N=12

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medición	Tipo de variable
Pacientes con Secuelas de EVC	Dentro de las secuelas de EVC se encuentra el daño neurológico con déficit en la concentración, memoria, funciones ejecutivas, visual, auditiva, gustativa, afasia, dispraxia del discurso, disartria, disfagia (problemas de hidratación y nutrición), convulsiones, depresión, pérdida del control esfinteriano de intestino y vejiga, trombosis venosa profunda, úlceras por presión, debilidad que condiciona a caídas; espasticidad, contracturas, subluxación y dolor de hombro.	De acuerdo al listado entregado por ARIMAC de pacientes con diagnóstico de enfermedades cerebrovasculares especificadas. Se corroboró el diagnostico en el expediente electrónico en la clasificación con otras enfermedades cerebrovasculares especificadas identificando a los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión.	Se identificaron a pacientes para la participación en la estrategia educativa con DEPRESION MÍNIMA, LIGERA DEPENDENCIA Y SIN DETERIORO COGNITIVO de acuerdo a los ANEXOS 3, 4, 5.	Cualitativa nominal
Depresión	Es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida del interés y la insatisfacción de las actividades y experiencias de la vida diaria.	Aplicación de instrumento Beck en la entrevista con el paciente el día que acude a la consulta. Participando en la estrategia con un puntaje de depresión mínima	0-13 depresión mínima 14-19 depresión leve 20-28 depresión moderada 29-63depresión grave ANEXO 3	Cualitativa ordinal
Dependencia funcional	Capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras	Aplicación de instrumento índice de Barthel en la entrevista con el paciente el día que acude a la consulta Participando en la estrategia con puntaje de dependencia ligera que no afecte la contestación de los cuestionarios.	100-90 ligera dependencia 60-89 moderada dependencia 46-59 grave dependencia < de 45 severa Dependencia ANEXO 4	Cualitativa ordinal
Deterioro cognitivo	Grado de déficit que afecta a diversas funciones psicológicas básicas, tales como atención, concentración, memoria, lenguaje, razonamiento o coordinación psicomotriz	Aplicación de instrumento índice de Folstein en la entrevista con el paciente el día que acude a la consulta. Participando en la estrategia con un puntaje mayor a 23 puntos que indica sin deterioro cognitivo.	Si=Con deterioro cognitivo menos de 23 puntos. No=Sin deterioro cognitivo más de 23 puntos ANEXO 5	Cualitativa nominal

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medición	Tipo de variable
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Se hicieron dos revisiones una en el expediente clínico y se corroboró en la entrevista al paciente al acudir a consulta	-Menor de 45 años -46 a 55 años -56 a 65 años -66 a 75 años -76 a 85 años Mayor de 86 años ANEXO 2	Cuantitativa de razón
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino o femenino	Se observará directamente al paciente	Masculino. Femenino. ANEXO 2	Cualitativa nominal dicotómica
Escolaridad	Nivel de preparación académica con la que cuenta la persona que participa en el estudio	Se interrogara sobre el grado de escolaridad que tiene el paciente	Analfabeta Primaria, secundaria, carrera técnica, licenciatura. ANEXO 2	Cualitativa ordinal
Ocupación	Trabajo o actividad que desempeña la persona, la cual puede o no ser remunerada	Se interrogara sobre tipo de ocupación que tiene el paciente	Desempleado Hogar Jubilado Trabajo temporal Trabajo fijo ANEXO 2	Cualitativa nominal
Estado civil	Estado de una persona respecto al matrimonio	Se interrogara al paciente su estado civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado/a Viudo /a ANEXO 2	Cualitativa nominal
Tiempo de evolución de EVC	Meses o años transcurridos desde la detección de la enfermedad hasta el momento del estudio	Se corroboró en el expediente electrónico si el paciente padece de hipertensión arterial y se preguntó al paciente si la padecía	Tiempo de evolución en años de acuerdo a ANEXO 2	Cuantitativa de razón

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medición	Tipo de variable
Hipertensión arterial sistémica	Presencia de una presión sistólica >140mmHg, así como una presión diastólica > 90mmHg, detectadas en por lo menos ocasiones diferentes	Se corroborará en el expendiente electrónico y se preguntó al paciente si la padecía	¿Padece hipertensión arterial? SI o NO ANEXO 2	Cualitativa nominal
Diabetes mellitus 2	Presencia de más de 126mg/dl en la toma de glucosa en ayunas o mayor a 200mg/dl posterior a 2 horas de la ingesta de alimentos	Se corroborará en el expendiente electrónico y Se preguntará al paciente si padece diabetes mellitus	¿Padece de diabetes mellitus? SI O NO ANEXO 2	Cualitativa nominal
Dislipidemia	Son un conjunto de enfermedades asintomáticas, que tienen en común que son causadas por concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas.	Se preguntará al paciente con EVC si padece dislipidemia. Colesterol: Mayor de 200mg/d Triglicéridos: Mayor de 150mg/dl	¿Padece de dislipidemia? SI O NO ANEXO 2	Cualitativa Nominal
Sobrepeso u obesidad	Se entiende por sobrepeso tener un IMC mayor de 25 y obesidad mayor de 30	<18,5 peso bajo 18.5-24.9peso recomendable >25 sobrepeso >30 obesidad.	¿Padece obesidad o sobrepeso u obesidad? SI O NO ANEXO 2	Cualitativa nominal
Tabaquismo	Inhalar y exhalar el humo de la combustión del tabaco. Al menos un cigarrillo mensual	Se preguntará al paciente si ha fumado después de presentar un EVC	¿Actualmente fuma? SI O NO ANEXO 2	Cualitativa nominal
Alcoholismo	Ingestión de alcohol alguna vez en su vida de más 60ml en hombres y 30ml en mujeres	Se preguntara al paciente si actualmente ingiere alcohol posterior al EVC	¿Alguna vez ha ingerido alcohol? SI O NO ANEXO 2	Cualitativa Nominal

FACTORES DE RIESGO

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición.	Tipo de variable
Hipertensión arterial alta	Persistencia de presión arterial alta en base a múltiples lecturas, definiéndose como una presión sistólica consistentemente mayor de 140 mm Hg o cuando la presión diastólica es consistentemente 90 mm Hg o más.	Se comparará el resultado a través de un cuestionario exprofeso antes y después de una estrategia educativa donde se hablará de hipertensión como factor de riesgo así como de los valores normales de presión arterial óptima, que debe tener un paciente sano comparada con pacientes con EVC previo. Por medio de una presentación en diapositivas, tríptico, con mención de cifras adecuadas y reforzamiento de identificación por medio de un memorama, historieta, elaboración de un cartel y experiencias personales.	-Identificación de hipertensión arterial como factor de riesgo -identificación de cifras de hipertensión como factor de riesgo en pacientes con EVC posterior a una estrategia educativa - ¿Identifica la hipertensión como factor de riesgo para EVC? SI O NO -¿Identifican la cifra que debería ser menor a 135/85mmHg? SI O NO ANEXO 6	Cualitativa nominal
Diabetes Mellitus 2	Grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por concentraciones elevadas de glucosa en sangre	Por medio de la estrategia educativa se mencionará a la Diabetes Mellitus como uno de los factores de riesgo involucrado en un EVC por medio de una presentación en diapositivas, tríptico, con mención de cifras adecuadas y reforzamiento de identificación por medio de un memorama, elaboración de un cartel y experiencias personales sobre DM2	Identificación de la cifra de glucosa optima entre 70-130mg/dl. -¿Identifica la diabetes mellitus como factor de riesgo para EVC? SI O NO -¿Cuál es la cifra que indica un adecuado control de glucosa (azúcar en sangre) en ayuno de 8 hrs en pacientes diabéticos? SI O NO ANEXO 6	Cualitativa nominal
Dislipidemia	Son un conjunto de enfermedades asintomáticas, que tienen en común que	Por medio de la estrategia educativa se mencionará al colesterol como uno de los factores de riesgo involucrado en un EVC	-¿Identifican los pacientes como factor de riesgo para EVC, al colesterol alto?	Cualitativa Nominal

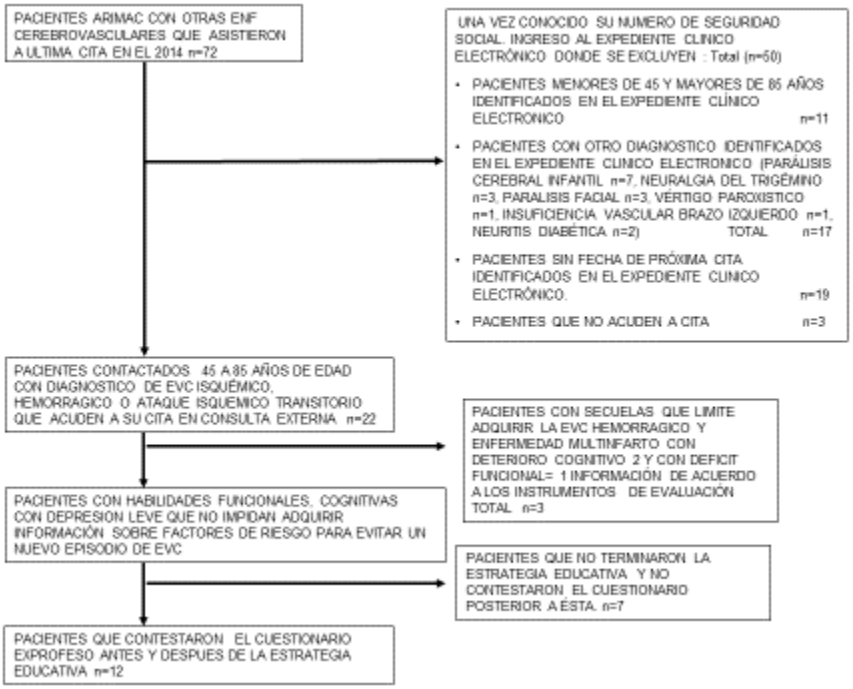
	son causadas por concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas. Hipercolesterolemia >200mg/dl LDL <100md/dl LDL+ otras comorbilidades cardiovasculares <70mg/dl Hipertrigliceridemia >150mg/del	por medio de una presentación en diapositivas, tríptico, con mención de cifras adecuadas y reforzamiento de identificación por medio de un memorama, historieta elaboración de un cartel y experiencias personales sobre colesterol y triglicéridos.	SI O NO -¿Identifican los pacientes como factor de riesgo para EVC, la Triglicéridos altos ? SI O NO -¿Identifican los pacientes las cifras de colesterol mayor de 200mg/dl como factor de riesgo para presentar un EVC? SI O NO -¿Identifican los pacientes las cifras de triglicéridos mayor de 150mg/dl como factor de riesgo para presentar un EVC? SI O NO ANEXO 6	
Sobrepeso y obesidad	El IMC (índice de masa corporal) mayor de 25 kg / m^2 se clasifica como sobrepeso, y el IMC mayor de 30 kg / m^2 obesidad.	Por medio de la estrategia educativa s por medio de una presentación en diapositivas, tríptico, cartel, con mención de cifras adecuadas en relación al IMC	-¿Identifican al sobrepeso y obesidad como factor de riesgo para presentar un EVC? SI O NO ANEXO 6	Cualitativa nominal
Tabaquismo	Inhalar y exhalar el humo de la combustión del tabaco. Al menos un cigarrillo mensual	Se comparará el resultado a través de un cuestionario ex profeso antes y después de una estrategia educativa. Donde se hablará del tabaquismo como factor de riesgo de EVC con la presentación en diapositivas, tríptico, cartel.	Reconocen al tabaquismo como factor de riesgo para EVC SI O NO ANEXO 6	Cualitativa Nominal
Fibrilación auricular	Las condiciones patológicas que afectan al corazón incluyendo sus anormalidades estructurales y funcionales.	Se comparará el resultado por medio de un cuestionario ex profeso antes y después de la estrategia educativa para reconocer la fibrilación auricular como factor de	Identifican los pacientes que la fibrilación auricular pueden producir un EVC SI O NO ANEXO 6	Cualitativa Nominal

		riesgo para presentar un EVC		
Alcoholismo	Ingestión de alcohol alguna vez en su vida de más 60ml en hombres y 30ml en mujeres	Se comparará el resultado por medio de un cuestionario exprofeso antes y después de la estrategia educativa reconocer el alcoholismo como factor de riesgo para presentar un EVC	Reconocen los pacientes que el alcoholismo puede causar un EVC SI O NO ANEXO 6	Cualitativa Nominal
Sedentarismo	Inactividad física	Se comparará el resultado por medio de un cuestionario antes y después de la estrategia educativa para reconocer que el sedentarismo aumenta el riesgo de presentar un EVC isquémico.	Reconocen al sedentarismo como factor para aumentar el riesgo para EVC. SI O NO ANEXO 6	Cualitativa nominal
Alimentación Inadecuada	Dieta abundante en sal, lípidos y carbohidratos	Se comparará el resultado por medio de un cuestionario antes y después de la estrategia educativa reconocer que una adecuada alimentación aumenta el riesgo de presentar un EVC isquémico.	Reconocen que una alimentación inadecuada como factor para aumentar el riesgo de EVC. SI O NO ANEXO 6	Cualitativa nominal

VARIABLE DEPENDIENTE

Dimensión	dominio	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medición	Tipo de variable
Nivel de conocimiento. Presencia de etapas caracterizado por reglas y elementos. Medición del conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje(a posteriori), o a través de la introspección(a priori). Posesión de múltiples datos interelacionados que al ser tomados por sí solos poseen un menor valor cualitativo	**Información.** Grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje. Permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento.	**Estrategia educativa en pacientes con secuelas EVC**	Es una método que contribuye a enriquecer el desarrollo de competencias, para cambiar el comportamiento a través de un aprendizaje que relaciona el nuevo material con las ideas ya existentes en la estructura cognitiva	Se llevarán a cabo 3 sesiones de 2 horas en la que se realizará: -- Indagación con preguntas exploratorias, qué sé, qué quiero saber. -- Organización de la información (plática en diapositivas, tríptico y fragmento de película identificando signos y síntomas en EVC tipo AIT). -- Metodologías activas para el desarrollo de competencias, (historieta, taller). Por último se llevará a cabo un modelo didáctico operativo en base a sucesos, vivencias personales, conceptualización y reflexiones.	Lo descrito para cada factor de riesgo para EVC identificado y medible correspondiente en el cuestionario ex profeso sobre factores de riesgo antes y después de la estrategia educativa -Buena información = 11 a 15 puntos -Mala información = Igual o menor de 10 puntos ANEXO 6	**Cualitativa nominal**

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.



El estudio se inició con la recolección bibliográfica epidemiológica, informativa sobre EVC y la información para la planeación de una estrategia educativa. Recolección de datos de acuerdo a pacientes que acudieron a consulta de esta unidad y fueron capturados en el sistema con diagnóstico de: otras enfermedades cerebrovasculares especificadas, otorgadas por el servicio de ARIMAC. De acuerdo al número de seguridad social de los pacientes se realizó la búsqueda del diagnóstico de EVC en el catálogo de pacientes del expediente electrónico de la unidad.

Fase 1.- Se identificó el día en que acuden a su cita a la unidad de salud. El mismo día se recaba información personal como número telefónico y dirección para contactarlos. El día de su cita en consulta externa se aplicaron 3 cuestionarios para determinar la capacidad para recibir información sobre su padecimiento. Beck de depresión, Barthel para actividad motora, Folstein para evaluar deterioro cognitivo. Así como factores sociodemográficos. Realizado por residente de 3er año Dra Erika Lozano Corona

Fase 2.- Posteriormente se cita a los pacientes a la clínica para realizarles el cuestionario de conocimientos de factores de riesgo sobre enfermedad vascular cerebral.

Fase 3.- Finalmente se realiza la estrategia educativa descrita a continuación.

ESTRATEGIA EDUCATIVA

PRIMERA SESIÓN	Ponente. Dra Erika Lozano Corona. Residente 3er año de Medicina familiar
Duración	Dos horas
Actividad	Se presentaron los pacientes participantes, así como el coordinador de las sesiones. Se aplicó del cuestionario ex profeso sobre el conocimiento de factores de riesgo en EVC
Objetivos	✓ Presentación de participantes. ✓ Indagación sobre conocimientos previos ✓ Información sobre la enfermedad ✓ Informar a los pacientes la importancia del conocimiento de los factores desencadenantes, las manifestaciones clínicas y el buen control del tratamiento de las comorbilidades.
CONTENIDO	• **METODO DE INDAGACIÓN.** ¿QUÉ QUIERO SABER? Y ¿QUÉ SÉ? 1.- Se entregó una segunda ficha de trabajo en blanco. Se realizaron dos preguntas abiertas ¿Qué quieren saber? ¿Cuáles son los factores de riesgo para EVC que conocen? • **MÉTODOLOGIA ACTIVAS PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE COMPETENCIAS. MÉTODO DE PROBLEMAS. HISTORIETA** 1.-Se proyectó una Historieta familiar sobre EVC y se expuso una presentación en PowerPoint. Discusión. 2.- Se dieron una o más propuestas de solución.

	• **METODO DE ORDENAMIENTO DE LA INFORMACIÓN** 1.- Se entregó un tríptico con la estructuración y desarrollo del tema que se dio sobre: 2.- Una plática proyectada en diapositivas sobre factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la enfermedad. 3.- Se relacionó la información del tríptico con la plática implementada. Así mismo se preguntará sobre alguna duda en relación a la información otorgada.

SEGUNDA SESIÓN	Ponente. Dra Erika Lozano Corona. Residente 3er año de Medicina familiar
Duración	Dos horas
Actividad	Con previa indagación y tutoría de la información se llevó a cabo un taller donde realizó un cartel. Se realizó un juego de memorama para poner en práctica la memorización de mediciones indispensables pobre probables comorbilidades medibles (hipertensión arterial, glucosa, colesterol, triglicéridos, IMC, medición cintura cadera). Cada paciente se evaluó en base a lo que tengan registrado en su carnet de citas médicas.
Objetivos	✓ Aplicación de los conocimientos adquiridos en una tarea específica, generando un producto que es resultado de la aportación de cada uno de los miembros del equipo.
Contenido	• **ESTRATEGIA GRUPAL CENTRADA EN EL PROCESO O MEDICIÓN DIDÁCTICA** 1.-TALLER.Se formaron equipos de máximo 4 integrantes y se pidió que realizaran un cartel donde indiquen los factores de riesgo y las características clínicas de un EVC isquémico. Para ello se otorgará material, papel bond, plumines, recortes de letras y dibujo de las principales manifestaciones clínicas. 2.-Discusión y complementación de datos del cartel. • **MÉTODO DE MEMORIA** 3.- Se realizó un Juego con memorama sobre cifras de control de hipertensión, glucosa, colesterol, triglicéridos, índice de masa corporal.

TERCERA SESIÓN	Ponente. Dra Erika Lozano Corona. Residente 3er año de Medicina familiar
Duración	Dos horas
Actividades	Observación de un fragmento de película (20min) Preguntas abiertas acerca de sus vivencias personales y familiares. Preguntar directamente si les fue de utilidad este tipo de educación y como lo complementarían
Objetivos	✓ Identificar las manifestaciones clínicas en la vida diaria de un AIT y de un probable EVC isquémico. ✓ Recordar las manifestaciones clínicas que pueden presentar en presencia de un EVC para su identificación oportuna en caso de volver a presentarlo. ✓ Identificar si les fue de utilidad la información o si tienen proponen alguna otra idea para poder recibir información médica. ✓ Contestar el cuestionario ex profeso de factores de riesgo para EVC
Contenido	• **ENSEÑANZA POR DESCUBRIMIENTO** 1.- Se puso un fragmento de película llamada AMOR. La cual trata de una pareja de adultos mayores en la cual uno de ellos sufre un EVC. De ella identificaron los signos clínicos de la presencia de un EVC del tipo AIT e isquémico • **ESTRATEGIA CENTRADA EN EL ALUMNO POR RAZONAMIENTO CRÍTICO.**

	1.- Los pacientes platicaron sus vivencias y experiencias personales. • **CONCEPTUALIZACIONES O REFLEXIONES**. 1.- Conclusiones. 2.- Se realizó la 2da evaluación del cuestionario exprofeso que se contestó inicialmente sobre conocimiento de factores de riesgo. 3.- Se preguntará a los pacientes si tienten sugerencias sobre la estrategia educativa DESPEDIDA Y AGRADECIMIENTOS.

ANALISIS DE DATOS

Se utilizará estadística descriptiva con medidas de tendencia central y prueba de suma de rangos de Wilcoxon para grupos relacionados para comparar diferencias del pre y post en las escalas utilizadas.

RESULTADOS

Se obtuvieron del estudio cuasiexperimental realizado en un grupo de 12 pacientes con secuelas de EVC encontramos lo siguiente.

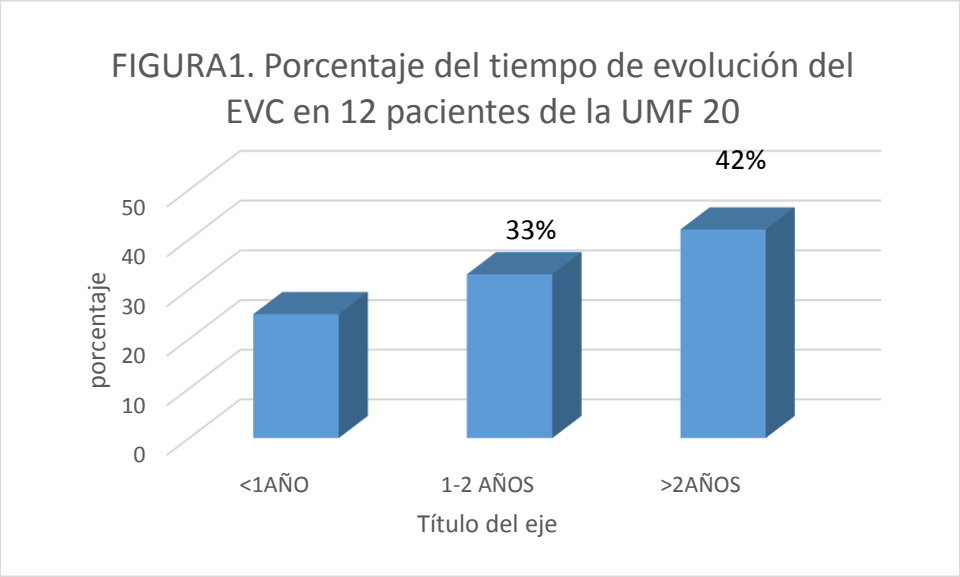
En relación a las características socio demográficas. Tabla 1. Se presentó un predominio del sexo femenino en el 66% (n=8) en comparación al sexo masculinos, 33%(n=4). El promedio de edad fue de 60 años. Por grupos de edad su asistencia fue de predominio de entre 56-65 años el 50%(n=6) y de 76-85 años el 25% (n=3)**.** Con respecto a la escolaridad el 33.3 % (n=4) fue de primaria y fue igual entre secundaria y carrera técnica 25%(n=3). El 58.3% (n=7) tienen una remuneración económica ya sea trabajo o jubilación. Dentro de sus comorbilidades encontramos predomina la hipertensión arterial 50% (n=6), en segundo lugar sobrepeso y obesidad 33.3%(n=4). En cuanto a los estilos de vida 25% (n=3) fumaron en algún momento de su vida e ingirió alcohol un 8% (n=1). Así como se citaron a la estrategia educativa los pacientes con dependencia funcional leve, depresión leve o sin depresión y sin deterioro cognitivo.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los Pacientes con Secuelas de EVC

Características	No(12)	100%
Datos Generales		
Sexo (mujer)	8	66.7
Edad (grupos de edad)		
Menor de 45 años	1	8.3
46-55 años	2	16.7
56-65 años	6	50
76-85 años	3	25
Edad* (años)	57	(45-85)
Escolaridad		
Primaria	4	33.3
Secundaria	3	25
Carrera técnica	3	25
licenciatura	2	16.7
Ocupación		
1)Remuneración(trabajo, jubilación)	7	58.3
2)Actividades del hogar	4	33.3
3)Desempleado	1	8.3
Comorbilidades		
Enfermedad cardiaca(FA, arritmia)	2	16.7
Hipertensión Arterial Sistémica	6	50.0
Diabetes Mellitus tipo 2	1	8.3
Hipercolesterolemia	2	16.7
Sobrepeso	3	25.0
Obesidad	1	8.3
Estilos de vida		
Tabaquismo	3	25
Alcoholismo	1	8.3
Funcionalidad		
Índice Barthel (independencia funcional)	12	100
Depresión		
Escala de depresión de Beck	11	91.6
Mínima depresión	1	8.3
Leve depresión		
Trastorno cognitivo		
Sin deterioro cognitivo	12	100

Mediana* (rango)

FIGURA **1. En relación al tiempo de evolución de la enfermedad** se encontraron que el 42% (n=5) tenían más de 2 años de tiempo de evolución de la enfermedad.



En cuanto a la información obtenida sobre la enfermedad.

Un 50% estaba informado por su médico familiar, un paciente tenía un familiar que le informó y un paciente se informó por medios escritos, el resto de los pacientes 33%(n=4) no habían recibido ninguna información sobre su padecimiento.

Tabla 2. **La evaluación del nivel de conocimiento en pacientes con secuelas de EVC posterior a una estrategia educativa**. En este estudio el paciente identifica un 52% de los factores de riesgo en el cuestionario pre y posteriormente a la estrategia educativa identifica hasta un 97.7%. Obteniendo una P de 0.002 siendo significativa.

Tabla 2. El Nivel de Conocimiento de Factores de Riesgo se evalúo mediante un cuestionario exprofeso pre y post.

Evaluación	Antes N=12	Después N=12	P*
CUESTIONARIO Exprofeso°	51.6%	97.7%	.002

° Cuestionario exprofeso para medir el Nivel de Conocimientos en pacientes con secuelas de EVC posterior a una estrategia educativa

FIGURA 2. Evaluación pre y post del nivel de conocimientos de 15 preguntas del cuestionario exprofeso en 12 pacientes con secuelas de EVC. Donde observamos que inicialmente solo el 16.6% (n=2) pacientes tenían un desempeño bueno con 11 aciertos y posteriormente el 100% de los pacientes llegó a una calificación con nivel de conocimiento bueno con más de 13 aciertos.

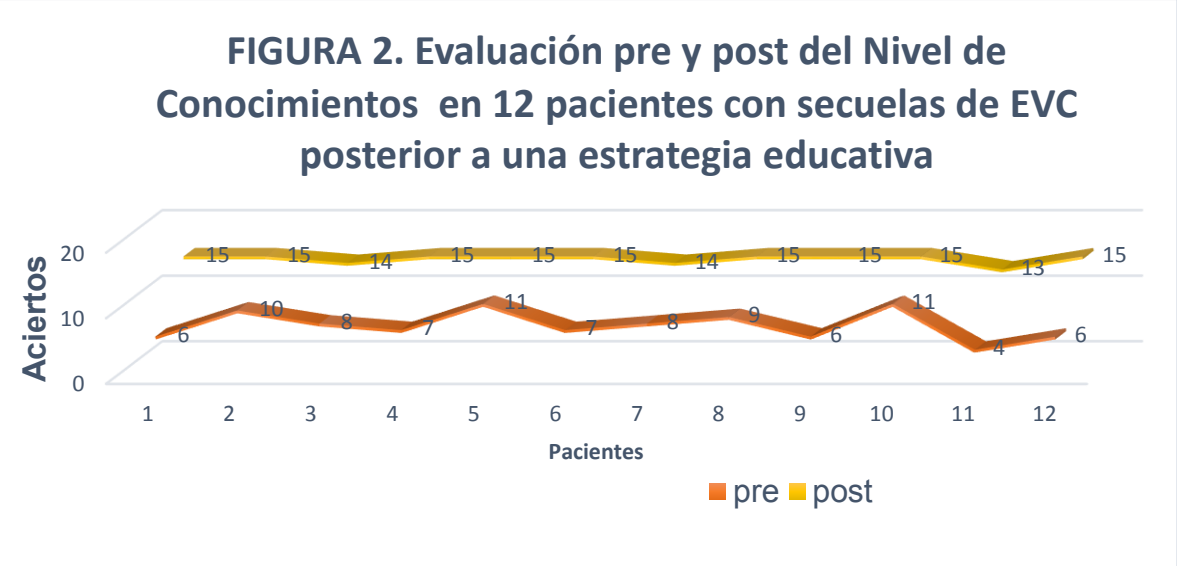


Tabla 3. Evaluación del nivel de conocimiento en pacientes con secuelas de EVC pre y post a la estrategia educativa. En cuanto al alcoholismo conocido como factor de riesgo fue en un 83% (n=10) de los pacientes, en segundo lugar, reconocían a la hipertensión arterial, tabaquismo y la mala alimentación en un 75% (n=9) de los pacientes. La diabetes mellitus y el sedentarismo lo reconocían 58%(n=7) pacientes. La dislipidemia y las enfermedades cardiacas las reconocieron 50% (n=6). Solo el 41.6% (n=5) reconoció el IMC > a 25 como factor de riesgo y un 16.6% (n=2) reconoció una cantidad de alcohol de consumo diario permitido para evitar un nuevo EVC. En cuanto al reconocimiento de las cifras evaluadas. Sin embargo el 83.3% (n=10) reconoce la presión arterial alta como principal factor de riesgo para EVC. Solo un 25%(n=3) de los pacientes reconoce las cifras óptimas de glucosa, presión arterial, y triglicéridos; el 33.3% (n=4) de los pacientes reconocen la cifra optima de colesterol total. En la evaluación posterior a la estrategia educativa el 100% (n=12) de los pacientes reconocieron los factores riesgo y a la hipertensión arterial como principal factor de riesgo. Y 91.6% (n=11) pacientes identificaron correctamente las cifras optimas de presión arterial, glucosa, colesterol y triglicéridos.

Tabla 3. EVALUACIÓN SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN LOS PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.*

Evaluación inicial y final del Instrumento de Factores de Riesgo (FR) para EVC	**N=12**	**%**	**N=12**	**%**
	Pre		Pos	
1.-Reconoce el tabaquismo como FR				
Si	9	75	12	100
No	3	25	0	0
2.-Reconoce al alcoholismo como un FR				
Si	10	83	12	100
No	2	16.6	0	0
3.-Reconoce que en caso de consumir alcohol es recomendable menos de 30ml Si	2	16.6	12	100
No	10	83	0	0
4.-Reconoce al colesterol alto como FR				
Si	6	50	12	100
No	6	50	0	0
5.-Reconoce a la hipertensión arterial como FR				
Si	9	75	12	100
No	3	25	0	0
6.-Reconoce a la diabetes mellitus como FR				
Si	7	58.3	12	100
No	5	41.6	0	0
7.-Reconoce al sobrepeso y obesidad como FR para EVC				
Si	5	41.6	12	100
No	7	58.3	0	0
8.-Reconoce el sedentarismo como FR				
Si	7	58.3	12	100
No	5	41.6	0	0
9.-Reconoce a la mala alimentación como un FR				
Si	9	75	12	100
No	3	25	0	0
10.-Reconoce a las enfermedades cardiacas como FR				
Si	6	50	12	100
No	6	50	0	0
11.-Reconoce el principal FR para presentar EVC				
Si	10	83.3	12	100
No	2	16.6	0	0
12.-Reconoce la cifra de presión arterial alta como FR				
Si	3	25	11	91.6
No	9	75	1	8.3
13.-Reconoce la cifra de glucosa como FR				
Si	3	25	11	91.6
No	9	75	1	8.3
14.-Reconoce la cifra de colesterol como FR				
Si	4	33.3	11	91.6
No	8	66.6	1	8.3
15.-Reconoce la cifra de triglicéridos como FR				
Si	3	25	11	91.6
No	9	75	1	8.3

*Instrumento exprofeso para medir el nivel de conocimiento de pacientes con secuelas de EVC posterior a una estrategia educativa.

DISCUSIÓN

A través del presente estudio se observó que los pacientes con secuelas de EVC posterior a una estrategia educativa refirieron mayor nivel de conocimientos respecto a su enfermedad, esto fue en un grupo de 12 pacientes.

Slark y Col. En su estudio. Conocimientos de riesgo en la prevención secundaria de EVC nos habla de la conciencia del riesgo como una herramienta para mejorar del paciente en adherencia al medicamento y los hábitos de vida para reducir el riesgo secundario de EVC. Los factores conductuales más importantes par EVC incluyen tabaquismo, mala alimentación, inactividad física y consumo de alcohol. Éstos son responsables del 80% de esta enfermedad al igual que la enfermedad cardiaca. Se ha observado que la prescripción de medicamento se interrumpe antes de los 3 meses del EVC. Después de un año de un EVC los pacientes siguen fumando en un 22%, siguen obesos en un 36% y un 4% son bebedores en exceso. En nuestro estudio 25% (n=3) pacientes fumaban antes EVC. Suspendido después del primer evento, en sobrepeso continúan 33% (n=4) de los pacientes y antes del EVC 8.3% (n=1) consumían alcohol y actualmente ninguno ingiere alcohol. Trabajos previos han identificado bajos niveles de conciencia de riesgo en pacientes con EVC, con sólo un 41% que están informados. Las mejoras en las encuestas sugieren un aumento del conocimiento de 45 a 85%. El desafío para los profesionales de la salud es la forma de educar a los pacientes, este reto ha ido en curso desde décadas. Se requiere más información sobre los factores de riesgo para EVC para mejorar la eficacia de los mensajes en salud. Se ha sugerido que el conocimiento de factores de riesgo parece ser mayor entre aquellos que ya tienen un factor de riesgo establecido. A pesar de ello, sólo el 41% son conscientes del riesgo de presentar un EVC.[31] En nuestra evaluación inicial en general obtuvieron un promedio de 51.6% de aciertos. Posteriormente de la estrategia educativa aumentó el porcentaje un 46% llegando a una evaluación final del 97.7% de los aciertos iniciales.

Rodríguez y Col. En su estudio Intervención Educativa en Pacientes con Enfermedades Cerebrovasculares Isquémicas e Hipertensión Arterial realizado a 30 pacientes hipertensos concluyen que al inicio de su estudio los pacientes conocían

los factores de riesgo para EVC en un 36.67%. Ésta intervención fue durante un año en un total de 21 hrs donde incluyeron el concepto conocimiento del 66.67% al inicio de la estrategia, así como las manifestaciones clínicas en un 76.67%, medidas de prevención en un 60% y en conocimientos generales inicialmente con un 26.67% y al final un 96.67%. [32] Al compararlo con nuestro estudio en la primera evaluación 51.65% y al final 97.7% de conocimiento.

Daviet y col. Realizaron una investigación sobre la terapéutica educacional en pacientes con secuelas de EVC, menciona que este tipo de terapéutica se puede mejorar mediante estandarización y evaluación de los programas que se centran en un problema específico, disfagia, incontinencia urinaria, caídas, afasia, deterioro cognitivo, etc. Diferentes programas educacionales han demostrado que puede disminuir la ansiedad y depresión, así como mejorar la calidad de vida, mejorar los recursos y reducen el impacto económico. Las caídas son la complicación más frecuente en sobrevivientes. En caso de ser hemipléjicos caen el 73% en los primeros 6 meses. El enseñar a los pacientes y los familiares parece un beneficio a largo plazo ya que los pacientes se convertirían en actores de su propia rehabilitación y tratamiento. En nuestra población con respecto a las comorbilidades como factor de riesgo encontramos que se conocen actualmente 50%(n=6) pacientes hipertensos; 33%(n=4) pacientes con sobrepeso; dislipidemia 16.6%(n=2); el 8.3%(n=1) diabético por lo que un programa específico sería enfocado a hipertensión, nutrición, ejercicio y diabetes. En cuanto a alcoholismo y tabaquismo ninguno de los pacientes continúa expuesto.

Sloma y Cols. En un estudio de pacientes con ictus / AIT con respecto a su conocimiento sobre los factores de riesgo de tener un nuevo evento de ictus / AIT. Menciona que el conocimiento sobre la hipertensión, la hiperlipidemia y el tabaquismo son factores de riesgo era bueno, y los pacientes que padecen de fibrilación auricular o estenosis carotídea parecen estar bien informados acerca de estas condiciones como factores de riesgo. Sin embargo, el nivel de conocimiento fue bajo respecto a la diabetes como factor de riesgo y en relación con el uso de anticoagulantes y agregación plaquetaria en la prevención el derrame cerebral TIA.

Mejores estrategias de enseñanza para el accidente cerebrovascular / pacientes con AIT deben ser desarrollado, con especial atención en los pacientes diabéticos.[33] En nuestro estudio observamos que tenían inicialmente el conocimiento como factor de riesgo al alcohol, hipertensión, tabaquismo y mala alimentación y con menor conocimiento la dislipidemia, enfermedades cardiacas y sobrepeso u obesidad. La diabetes mellitus y el sedentarismo lo reconocieron un 58% de los pacientes al inicio del cuestionario. Por lo que debemos incidir en un mayor conocimiento del cuidado de su peso (dieta y ejercicio), y al tratamiento de enfermedades cardiacas así como pacientes sedentarios, diabéticos y con dislipidemia.

Müller y Cols. En una encuesta basada en la población, realizaron un cuestionario a los residentes en Berlín que tenían ≥50 años de edad indagando sobre el conocimiento de los factores de riesgo de ictus seleccionados al azar. El conocimiento se evaluó en una pregunta abierta. Además, preguntaron acerca de la fuente de información de los participantes. Los factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el nivel educativo y nacionalidad. Tuvieron como resultados un total de 28 090 de 75 720 habitantes (tasa de respuesta, el 37%) respondieron al cuestionario. De todos los encuestados, el 68% eran capaces de nombrar ≥1 factor de riesgo de accidente cerebrovascular correcta, y el 13% nombró 4 factores de riesgo correctos. La mayoría de los encuestados nombró medios de comunicación como fuente de información (82%), seguido de la familia / amigos (45%) y por los médicos generales (20%). En el análisis multivariable, un mayor conocimiento de los factores de riesgo de accidente cerebrovascular se asoció significativamente con una menor edad, mayor nivel educativo, no viven solas, una nacionalidad alemana, y no habiendo recibido información sobre el accidente cerebrovascular durante el año pasado. Similar a los resultados de nuestro estudio. Sin embargo, las características de los encuestados que utilizan las respectivas fuentes de información variaron significativamente.[34] En nuestros estudio se enfocó a pacientes con previo EVC por lo que el 100% conocía un factor de riesgo y en cuanto a la información recibida sobre el tema un 50% estaba informado por su médico familiar, un paciente tenía un familiar que le informó sobre su enfermedad y un paciente se

informó por medios escritos, el resto de los pacientes 33%(n=4) no habían recibido ninguna información sobres su enfermedad.

CONCLUSIONES

- Se existe un mayor nivel de conocimientos en pacientes con secuelas de Enfermedad Vascular Cerebral posterior a una estrategia educativa por lo que se cumple la hipótesis alterna.
- El mayor número de participantes en el presente estudio de investigación fue del sexo femenino con un 66.6% en comparación al 33.3% del sexo masculino.
- El grupo de edad que mayor participación tuvo en el estudio fue el correspondiente al de 56-65 años con un 50%.
- El nivel de conocimiento en pacientes con secuelas de EVC antes de la estrategia educativa de acuerdo al cuestionario exprofeso fue de 51.6%
- Posterior a la realización de la estrategia educativa el nivel de conocimiento final alcanzado fue bueno en un 97.7%. El cual fue un resultado favorable debido a que la estrategia se concentró en información del conocimiento de la enfermedad, así como de los factores de riesgo modificables y de sus características clínicas para identificarla, haciendo partícipe a los pacientes y fomentando su responsabilidad ante su enfermedad, además del tratamiento médico.
- En la comparación del en la evaluación inicial y final en categoría malo y bueno, incremento en el 46% el nivel de conocimiento.
- En otros estudios igualmente es evidente el beneficio al involucrar a los pacientes y ser de ellos un ser activo promoviendo el sentido de la responsabilidad de su enfermedad.
- Varias barreras para el control de factores de riesgo han sido identificadas, como la falta de prevención secundaria, información deficiente, e inadecuada autogestión de factores de riesgo por el paciente.

- Comprobamos que los resultados en atención para la salud no son los esperados y tenemos el compromiso de crear nuevas estrategias para la educación de los pacientes en primer nivel de atención.

- Sin duda es largo el camino y cada médico podría categorizar su mejor estrategia educativa, sin embargo el papel del médico se ve limitada a ser solo informador durante la consulta.

- Se necesita de mayores recursos humanos para esta tarea dado que los recursos publicitarios (informativos) no han sido suficientes para causar el impacto en el involucramiento de la conservación de la salud con mejores estilos de vida.

RECOMENDACIONES

Se requieren estrategias educativas en grupos vulnerables como prevención secundaria de enfermos con una comorbilidad (hipertenso, diabético, fumador, alcohólico, sedentario, sobrepeso y obesidad), para evitar un EVC además de otras complicaciones.

Se requiere de la validación de un cuestionario para la evaluación del conocimiento en factores de riesgo en EVC.

Los profesionales de la salud deberían considerar la educación de la conciencia del riesgo como una herramienta para mejorar el cumplimiento y la modificación del estilo de vida.

El médico familiar debe conocer los recursos y programas con los que cuenta la institución para canalizar al paciente que requiera un programa de apoyo o un programa de atención a domicilio y continuar con los envíos a nutrición, rehabilitación, trabajo social o a otro especialista. Por lo que la educación de ser continua en el personal de salud.

Los grupos de ayuda son espacios que ayudarían a la concentración de pacientes con secuelas por una enfermedad como EVC, implementándose la prevención secundaria, realizando detecciones de depresión, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria etc. Y se implementarían estrategias enfocadas a las comorbilidades o secuelas en este tipo de pacientes.

Un programa supervisado después de un accidente cerebrovascular, puede ser factible y asociarse a una mejor calidad de vida para evitar su recurrencia y disminuir sus complicaciones.

Es necesario un grupo comparativo para evaluar los resultados y tener un mayor número de pacientes que se beneficien de estas estrategias.

BIBLIOGRAFIA

1.- Ordoñez AE, Ramírez HJ. Enfermedad vascular cerebral: incidencia y factores de riesgo en el Hospital General La Perla. Med Int Mex 2012;28(4):342-344.

2.- INEGI. Estadística de mortalidad, 2011 Consulta interactiva de datos.

3.- Antonio A. Ruiz A. Enfermedad Vascular Cerebral. Revista de la facultad de Medicina UNAM Vol. 55, No 3. Mayo-Junio 2012.

4.-Jamrozik K, Broadhurst RJ, Andersen CS, Stewart-Wynne EG. The role of lifestyle factors in the etiology of stroke. A population-based case-control study in Perth, Western Australia. Stroke 1994; 25: 51-9.

5.-Australian Institute of Healt and Welfare. Australia´s Health 1994: the Fourth Biennial Health Report of the Australian Institute of Health and Welfare. Canberra: Australian Government Publishing service, 1994.

6.- He J, Klag MJ, Wu Z, Whelton PK. Stroke in the People´s Republic of China. 2. Meta-analysis of hypertension and risk of stroke. Stroke 1995; 26: 2228-32.

7.- Iso H, Jacobs DR Jr. Wentworth D. Neaton JD, Cohen JD. Serum cholesterol levels and six-year mortality from stroke in 350,977 men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial. N. Engl J Med. 1989; 320:904-910.

8.- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Prensa Médica Latinoamerican. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14 11

9.-Vigilancia del Paciente con Secuelas de Enfermedad Vascular Cerebral en el Primer Nivel de Atención. www.cenetec.salud.com.mx

10.- Mala L. Costa A. Revista Galeno-portuguesa de
Psicoloxía e Educación Evaluación Nueropsicológica de Calidad de Vida (ENCV) en Pacientes con Enfermedad Vascular Cerebral (EVC). Vol. 15, 2, Ano 11º 2007 ISSN. 1138-1663.

11.- Mini-Examen Cognoscitivo. Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). Validado por Lobo et al (1979-94).

12.- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test 2010; 31, 108-121.

13.- Organización Mundial de la Salud. Global status report on noncommunicable diseases 2010. www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

14.- Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients with Stroke and Transient Ischemic Attack. AHA/ASA 2011:227-262

15.- Hernández F. Evento vascular isquémico en pacientes jóvenes. Archivos de Medicina de Urgencias México 2011; Vol 3, Núm 2:67-78.

16.- Elkind M, Sciacca R, Boden-Albala B, Rundek T, Paik M, Sacco R. Moderate Alcohol Consumption Reduces Risk of Ischemic Stroke: The Northern Manhattan Study. Stroke 37:13-19, January 2006.

17.- Goldstein, Larry B. MD, FAAN Is There a Causal Relationship Between the Amount of Alcohol Consumption and Stroke Risk Stroke 37:1-2, January 2006.

18.- Pedraza O, Díaz R, Sánchez E, Iragorri A. Estrategias De Prevención Secundaria En Ataque Cerebrovascular (ACV) Guía Neurológica 8 Enfermedad Cerebrovascular Capítulo 4. Colombia.

19.-Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: Executive Summary A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association AHA/ASA. Downloaded from http://stroke.ahajournals.org/ by guest on March 25, 2014

20.- Treatment of Risk Factors to Prevent Stroke. The American Society for Experimental Neurotherapeutics, Junya Aoki & Ken Uchino Inc. 2011. 463–474.

21.- Neaua J, Ingrandb P, Godenechea G. Awareness within the French population concerning stroke signs, symptoms, and risk factors Clinical Neurology and Neurosurgery. 2009. 69-64

22.- . Kamalesh Das, Gouranga Prosad Mondal, Ashok Kumar Dutta, Bijoy Mukherjee. Awareness of warning symptoms and risk factors of stroke in the general population and in survivors stroke. Journal of Clinical Neuroscience 14 (2007) 12–16

23.- Vargas IA, González PA, Aguilar PM, Moreno CY. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Fac Med UNAM Vol. 53 No. 2 Marzo-Abril, 2010.

24.- Anzures R, Chavez V, García M, Octavio Noel Pons Alvare. Medicina Familiar.1ª edición 2008: 467-516

25.- Manual de Estrategias de enseñanza/aprendizaje. Antioquia Medellin-Colombia. Servicio Nacional de Aprendizaje 2003. 1-120

26.- Pimienta Prieto Julio H. Estrategia enseñanza-aprendizaje. Docencia universitaria basada en competencias. Person Educación, México 2012;1-179.

27.- Guía para la Estrategia de Prevención en temas prioritarios de Salud Pública. http://es.slideshare.net/monica11m/cronico-degenerativas

28.-Villanueva J. enfermedad Vascular Cerebral. Factores de riesgo y prevención secundaria. An Med Interna Madrid 2004;21:159-160

29.- Código de bioética para el personal de salud México 2002. Disponible en http//www.salud.gob.mx.

30.- Velázquez L. Redacción del escrito médico 3ª Ed México: Prado,1995: 131-15

31.- Slark, et al. Risk awareness in secondary stroke prevention: a review of the literatura. Journal of the Royal Society of Medicine Cardiovascular Disease 0(0) 1–6The Author(s) 2013.

32.- Rodríguez R, Vilma et al. Intervención educativa en pacientes con enfermedades cerebrovasculares isquémicas e hipertensión arterial. Medisan. 2010, vol.14, n.3, pp. 0-0. ISSN 1029-3019.

33.- Sloma et al. Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA. BMC Family Practice2010; 11:47

34.- Müller et al. Knowledge About Risk Factors for Stroke A Population-Based Survey With 28 090 Participants. Stroke. 2006;37:946-950

ANEXOS

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTIO INFORMADO

Nombre	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA
Lugar y fecha:	El estudio se realizará en la UMF No. 20, IMSS Vallejo Distrito Federal, _09_ del mes de _julio del 2015.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	**Justificación** La enfermedad vascular cerebral (EVC) es un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo se signos neurológicos focales que persisten más de 24 h sin otra causa aparente que el origen vascular. Es uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo, ya que, ésta representa la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en los adultos mayores de 60 años; ocupa el cuarto lugar de mortalidad en nuestro país. De no existir intervenciones de prevención adecuadas, se calcula que para el año 2030, su incidencia se incrementará hasta en un 44%. **OBJETIVO:** Medir el nivel de conocimiento de pacientes con secuelas de EVC posterior a una estrategia educativa en la UMF 20
Procedimientos:	Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la contestación de instrumentos de medición de la actividad física, depresión y desarrollo cognitivo para una vez identificado y de acuerdo a los criterios de inclusión aceptar acudir a la estrategia educativa sobre EVC ; en la cual se evaluará a través de un cuestionario ex profeso el conocimiento de factores de riesgo antes y después de la estrategia educativa la cual se llevará a cabo de acuerdo al diseño descrito en este protocolo. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la estrategia que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).
Posibles riesgos y molestias:	El estudio no produce ningún riesgo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Esta información servirá para identificar la modificación de factores de riesgo en pacientes con secuelas de EVC
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, para todo trabajador que lo solicite.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- [ ] No autoriza que se tome la muestra.
- [ ] Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- [ ] Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio:	La información obtenida es con fines educativos e informativos y será útil para buscar estrategias que permitan mejorar las condiciones de los pacientes con Enfermedad Vascular Cerebral.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Gilberto Cruz Arteaga; Médico Especialista en Medicina Familiar**;** Matricula99352417 **;** Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20**;** Calzada Vallejo 675, Col. Nueva Vallejo, CP 07750 México, D.F.**;** Tel. 55874422 ext. 15320**;** gilbertocruz1978@gmail.com

Colaboradores:

Dra. Erika Lozano Corona. Residente de Tercer Año de Medicina Familiar**;** Matricula: 98350561**;** Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20; Calzada Vallejo 675, Col. Nueva Vallejo, CP 07750 México, D.F. Mail: erikalozanocorona@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON SECUELAS DE EVC ISQUÉMICO POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE LA UMF 20

Este cuestionario es completamente anónimo y voluntaria, con su participación ayudará a un mejor seguimiento de esta enfermedad.
NOMBRE_____NO. DE AFILIACIÓN_____
TELEFONO_____
Coloque una X según corresponda a su respuesta.

1.-EDAD: _____ años **2.- SEXO:** MASCULINO_____ FEMENINO_____

3.- ESCOLARIDAD:
Sin estudios_____
Primaria: _____
Secundaria: _____
Carrera técnica: _____
Licenciatura: _____

4.- ¿ACTUALMENTE TRABAJA? SI_____ NO_____
Desempleado_____
Hogar _____
Jubilado_____
Trabajo temporal_____
Trabajo fijo_____

5.- ESTADO CIVIL
Soltero_____
Casado_____
Unión libre_____
Divorciado_____
Viudo_____

6.- TIEMPO DE PADECER ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL
Menos de un año_____
De 1 año a 2 años_____
Más de 2 años_____

7.- ¿PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

Hipertensión arterial. SI_____ NO_____

Diabetes o azúcar alta. SI_____ NO_____

Colesterol alto. SI_____ NO_____

Triglicéridos altos. SI_____ NO_____

Enfermedades del corazón. SI_____ NO_____

Sobrepeso. SI_____NO_____

Obesidad. SI_____NO_____

8.- ¿USTED FUMABA ANTES DE PRESENTAR EVC? SI_____ NO_____

¿Cuántos años fumo?_____

¿Cuántos cigarrillos al día?_____

9.- ¿ACTUALMENTE AL PRESENTAR ESTA ENFERMEDAD DE EVC. USTED FUMA?
SI_____NO_____

10.- ¿ACTUALMENTE AL PRESENTAR ESTA ENFERMEDAD DE EVC. USTED INGIERE ALCOHOL? SI_____NO_____

11.- ¿A TRAVÉS DE QUE MEDIO OBTUVO LA INFORMACIÓN SOBRE EVC?
a) Médico familiar_____
b) A través de algún familiar_____
c) Por medios escritos. Folleto, revista, libro._____
d) Radio o televisión_____

12.- ¿ACTUALMENTE ES VALORADO POR ALGUN ESPECIALISTA? SI_____NO_____

13.- EN CASO DE RESPONDER SI. ¿QUE ESPECIALISTA LO VE?_____

14.- ¿USTED REQUIRIÓ DE REHABILITACIÓN? SI_____NO_____

15.- ¿CONSIDERA TENER APOYO FAMILIAR? SI_____NO_____

16.- ¿ACUDE A ALGUN GRUPO SOCIAL DE AYUDA? SI_____ NO_____

ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

ESCALA DE EVALUACIÓN DE BECK

NOMBRE DEL PACIENTE_____
No. de seguridad social_____

1. Yo me siento…
a) No me siento triste.
b) Me siento triste.
c) Me siento triste continuamente
d) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. Yo me siento…
a) No me siento especialmente desanimado
b) Me siento desanimado respecto al futuro
c) Siento que no tengo que esperar nada
d) Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3. Yo me siento…

a) No me siento fracasado
b) Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
c) Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
d)Me siento una persona totalmente fracasada

4. Me parece que…

a) Las cosas me satisfacen tanto como antes
b) No disfruto las cosas tanto como antes.
c) Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. Yo me siento…

a)No me siento especialmente culpable
b)Me siento culpable en bastantes ocasiones
c)Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
d)Me siento culpable constantemente

6. Me parece que…

a) No creo que esté siento castigado
b) Me siento como si fuese a ser castigado
c) Espero ser castigado
d) Siento que estoy siendo castigado

7. Me parece que…

a) No estoy decepcionado de mí mismo
b) Estoy decepcionado de mí mismo
c) Me da vergüenza de mí mismo
d) Me detesto.

8. Me parece que…

a) No me considero peor que cualquier otro.
b) Me autocritico por mis debilidades o por mis errores
c) Continuamente me culpo por mis faltas
d) Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Me parece que…

a) No tengo ningún pensamiento de suicidio
b) A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
c) Desearía suicidarme
d) Me suicidaría si tuviese oportunidad

10. Yo creo que…

a) No lloro más de lo que solía llorar
b) Ahora lloro más que antes
c) Lloro continuamente
d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11. Yo creo que

a) No estoy más irritado de lo normal en mí
b) Me molesto o irrito más fácilmente que antes

12. Me parece que…

a) No he perdido el interés por los demás

c) Me siento irritado continuamente
d) No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

13. Me parece que…

a) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
b) Evito tomar decisiones más que antes
c) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
d) Ya me es imposible tomar decisiones.

15. Yo creo que…

a) Trabajo igual que antes
b) Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
c) Tengo que obligarme mucho para hacer algo
d) No puedo hacer nada en absoluto

17. Me parece que…

a) No me siento más cansado de lo normal
b) Me canso más fácilmente que antes.
c) me canso en cuando hago cualquier cosa
d) estoy demasiado cansado para hacer nada

19. He notado que…

a) He perdido poco peso o no he perdido nada
b) He perdió más de 2 kilos y medio
c) He perdido más de 4 kilos
d) He perdido más de 7 kilos
e) Estoy a dieta para adelgazar

21. Me parece que…

a) No he observado ningún cambio reciente en mi interés
b) Estoy menos interesado por el sexo que antes.
c) Estoy mucho menos interesado por el sexo
d) He perdido totalmente el interés por el sexo,

b) Estoy menos interesado en los demás que antes
c) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
d) He perdido todo el interés por los demás.

14. Yo creo que…

a) no creo tener peor aspecto que antes.
b) Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
c) Creo que tengo cambios permanentemente en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
d) Creo que tengo un aspecto horrible.

16. Me parece que…

a) Duermo tan bien como siempre
b) No duermo tan bien como antes
c) Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
d) Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

18. Yo creo que…

a) Mi apetito no ha disminuido
b) No tengo tan buen apetito como antes
c) Ahora tengo mucho menos apetito
d) He perdido completamente el apetito

20. Me parece que…

a) No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
b) Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias o malestar de estómago.
c) Estoy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

TOTAL_____

0-13 MÍNIMA DEPRESIÓN

14-19 LEVE

20-28 MODERADA

29-63 GRAVE

ANEXO 4

ÍNDICE DE BARTHEL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinal ...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulación		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.	**Puntuación Total:**

ANEXO 5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

ESCALA COGNITIVA DE FOLSTEIN

Nombre._____
No. de seguridad social_____

ORIENTACIÓN

¿Qué día de la semana es hoy, cuál es la fecha de hoy, en que mes estamos, en que estación del año estamos?	5
¿Qué dirección es esta, en qué país, en que ciudad, cuáles son 2 calles principales cerca de aquí, en que piso?	5

REGISTRO

Nombre tres objetos lentamente.	Árbol, mesa, avión	3

ATENCIÓN Y CÁLCULO

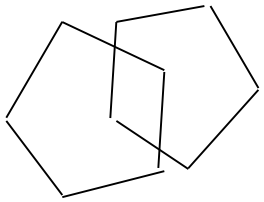
Resta 7 a 100, continúa restando 7 hasta que le diga 93, 86, 79, 72, 65	5
Ahora voy a decir un número de 5 dígitos, repita los números al revés	

MEMORIA

¿Cuáles eras los 3 objetos que le pedí recordara? Árbol, mesa, avión	3

LENGUAJE

Mostrar un lápiz y un reloj, preguntar sus respectivos nombres	2
Repetir: tres perros en un trigal	1
Tome el papel con ambas manos, dóblelo por la mitad y colóquelo en sus rodillas	3
Lea y obedezca lo siguiente: CIERRE LOS OJOS	1
Escriba una oración	1
Copie este dibujo	1



Puntuación total	30

Menor de 23 deterioro cognitivo

ANEXO 6

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON SECUELAS DE EVC POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE LA UMF 20

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC)
El presente cuestionario forma parte de una investigación, la información que usted proporcione será utilizada de forma confidencial. Agradecemos la veracidad de sus respuestas. Con su participación ayudará a un mejor seguimiento de esta enfermedad. Para el llenado de la respuesta favor de colocar la opción que usted considere adecuada.

NOMBRE_____
NO. DE AFILIACIÓN_____

De qué forma evitaría un nuevo evento vascular cerebral. Anote SI al considerarlo afirmativo y NO en caso de no ser importante.
1.- ____ Dejar de fumar
2.- ____ Dejar de tomar alcohol
3.- ____ En caso de ingerir alcohol. Consumir máximo 30ml al día.
4.- ____ Control del Colesterol
5.- ____ Control la Presión arterial
6.- ____ Control de la Diabetes Mellitus.
7.- ____ Mantener un peso adecuado a la talla
8.- ____ Actividad física diariamente 20 minutos
9.- ____ Alimentación Saludable
10.- ____ Control de enfermedades cardiacas

11.-Conoce cuál es el l principal factor de riesgo para presentar EVC (Enfermedad Vascular Cerebral).
a) Tabaquismo
b) Alcohol
c) Colesterol alto
d) Hipertensión arterial
e) Diabetes Mellitus 2

12.- Indique cual es la cifra de Presión Arterial que debería tener una persona que ha padecido un EVC (Enfermedad Vascular Cerebral).
Menor de:
a) 160/80 mmHg
b) 140/90 mmHg
c) 135/85 mmHg

d) 90/60 mmHg

13.-Señale cuál es la cifra que indica un adecuado control de glucosa (azúcar en sangre), en ayuno de 8 hrs en pacientes que ya se conocen diabéticos.

a) 100- 130 mg/dl
b) 60- 100 mg/dl
c) 70-130 mg/dl
d) 130-250 mg/ dl

14.-Indique cuál es la cifra de colesterol que disminuiría el riesgo de EVC. Menos de:

a) 100 mg/dl
b) 200 mg/dl
c) 300 mg/dl
d) 400 mg/dl

15.- Indique cuál es la cifra de triglicéridos que disminuya el riesgo de EVC. Menos de:

a) 50 mg/dl
b) 100 mg/dl
c) 150 mg/dl
d) 200 mg/dl