

Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebro vascular en una población urbana colombiana

Knowledge of symptoms and risk factors for stroke in an urban population in Colombia

Ricardo Díaz Cabezas, Mario Iván Ruano Restrepo

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. En las últimas décadas se han logrado avances notables en el manejo del ACV, incluyendo la opción de trombolisis. Desafortunadamente pocos pacientes consultan a tiempo para ser candidatos a ésta por diversos motivos, entre ellos desconocimiento de los síntomas, factores de riesgo y conducta apropiada.

OBJETIVOS. Evaluar grado de conocimiento de síntomas, factores de riesgo y conducta que se adoptaría frente a un ACV o AIT.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio poblacional, descriptivo y transversal realizado en la ciudad de Manizales, en mayores de 50 años entrevistados en centros de salud y sitios públicos, los cuales debían ser hipertensos y/o diabéticos. Se dividieron en dos grupos, los que asistían a programas especiales de HTA o DM y los que no. Se diligenció un formulario con preguntas abiertas acerca del conocimiento espontáneo de síntomas y factores de riesgo (FR) para luego seleccionar los que se conocieran de una lista de respuestas correctas e incorrectas. Se preguntó por la conducta a adoptar frente al ACV y AIT o si conocían la existencia de un medicamento trombolítico.

RESULTADOS. Se entrevistaron 213 personas con edades entre 50 y 91 años (\bar{X} 65,7 \pm 12 años). Las mujeres representaron 67,6% de la muestra y 53% pertenecía a programas especiales. Un 65,3% no conocía ningún síntoma y 54% ningún FR, de manera espontánea. La HTA fue el FR más citado, mientras que la DM lo fue en un porcentaje bajo. En el grado de desconocimiento no hubo diferencias entre menores y mayores de 65 años, ni entre los que asistían o no a programas especiales. La tercera parte (65%) había obtenido información del ACV de fuentes no médicas, y en este aspecto tampoco hubo diferencia significativa entre los que estaban o no en programas. Sólo 11,7% de las personas acudirían a urgencias en caso de estar sufriendo un ACV y el resto adoptaría conductas erróneas. Ninguno de los encuestados conocía la existencia del medicamento fibrinolítico.

CONCLUSIÓN. Existe un desconocimiento alarmante de síntomas y FR de ACV en la población general, aún en segmentos de ella con mayor riesgo como los hipertensos y diabéticos. Ante esta realidad es urgente mejorar la información suministrada a los pacientes y al público en general, tanto por profesionales de la salud como campañas en medios de comunicación y otras estrategias que puedan implementarse en nuestro país.

PALABRAS CLAVES. Accidente Cerebrovascular, Epidemiología, Factores de Riesgo, Terapia Trombolítica (DeCS).

(Ricardo Díaz Cabezas. Mario Iván Ruano Restrepo. Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebro vascular en una población urbana colombiana. Acta Neurol Colomb 2011;27:195-204).

Recibido: 1/11/11. Revisado: 15/11/11. Aceptado: 16/11/11.

Ricardo Díaz Cabezas. Médico-Neurólogo. Profesor Asociado Universidad de Caldas. Mario Iván Ruano Restrepo. Médico. Profesor Asociado Universidad de Caldas.

Correo electrónico: ridiaz@une.net.co

Artículo original

SUMMARY

INTRODUCTION. In recent decades, remarkable progress has been made in the management of stroke, including the option of thrombolysis. Unfortunately, few patients present in time to be candidates acute treatment for several reasons, including lack of knowledge about symptoms, risk factors and appropriate behavior.

OBJECTIVES. Assess level of awareness of symptoms, risk factors and behavior to be adopted in the presence of stroke or TIA.

MATERIALS AND METHODS. We conducted a descriptive and population-based cross section study in the city of Manizales, in over 50 years older people interviewed in health centers and public places, which were to be hypertensive or diabetic. Then were divided in two groups, attending special programs of hypertension or DM and those without. They filled out a form with open questions about the symptoms and spontaneous knowledge of risk factors (RF) and then select from a list correct or incorrect answers about symptoms or RF, that they knew. It was asked the behavior they will adopt in front stroke and TIA, and if they knew existence of a thrombolytic therapy.

RESULTS. Were interviewed 213 people aged between 50 and 91 years (\bar{X} 65.7 \pm 12 years). Women accounted for 67.6% of the sample and 53% belonged to special programs. 65.3% didn't know symptoms and 54% no RF spontaneously. Hypertension was the most cited RF, while DM was in a low percentage. The level of ignorance was the same between younger and older than 65 years, or between those who attended to special programs. One third (65%) had obtained information from non- medical fonts, and there was not significant difference between those who were or were not in programs. Just 11.7% of people would go to emergency room if was suffering a stroke, the other adopted wrong behaviors. None of the respondents knew of the existence of fibrinolytic therapy.

CONCLUSION. There is alarming ignorance of stroke symptoms and RF in general population, even in high risk segments such as hypertensive and diabetics patients. Given this reality, it is urgent to improve the information provided to patients and community, both by health professionals as campaigns in mass media and other strategies that can be implemented in our country.

KEY WORDS. Stroke, Epidemiology, Risk Factors, Thrombolysis (MeSH).

(Ricardo Díaz Cabezas. Mario Iván Ruano Restrepo Knowledge of symptoms and risk factors for stroke in an urban population in Colombia. Acta Neurol Colomb 2011;27:195-204).

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad cerebrovascular (ECV) representa la segunda causa de muerte en las personas mayores de 60 años y la quinta entre los de 15 a 59 años. Cerca de seis millones de personas mueren cada año por esta enfermedad y, de hecho, ocasiona más muertes anuales que el SIDA, la malaria y la tuberculosis juntas (1,2). Adicionalmente es la primera causa de invalidez en adultos y la segunda de demencia en ancianos (1).

En Colombia se han llevado a cabo varios estudios acerca de la epidemiología de la ECV (3) mostrando prevalencias que se enmarcan dentro de las reportadas en otros países, como los realizados en Sabaneta (Antioquia) con 5,6 x 1.000 habitantes (4), zona central de Caldas 10 x 1.000 (5), Jamundí (Valle) 12 x 1.000 (6) y el Oriente Colombiano (Santander) 17,2 x 1.000 (7).

En los últimos años se ha demostrado que algunos factores de riesgo vascular como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia,

tabaquismo y cardiopatías, responden por alrededor del 80% de la carga de probabilidad de sufrir un ataque cerebrovascular (ACV) (8). Ahora bien, una vez instaurado el ACV, su manejo urgente incluyendo el control apropiado de diferentes variables en la fase aguda, como cifras de tensión arterial, glicemia, oxigenación y temperatura entre otras, es factor determinante en el pronóstico final de los pacientes. Enmarcado en este contexto, hay suficientes evidencias de que la administración oportuna de un trombolítico como el activador tisular del plasminógeno (rTPA), es un tratamiento eficaz para mejorar la discapacidad resultante con un buen margen de seguridad si se emplea ajustado al protocolo y respetando criterios de exclusión. En el año 1995 el estudio del National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (9) y otros posteriores (10), establecieron una ventana de tiempo para su administración de 3 horas desde el inicio de los síntomas. En el año 2007, los resultados del estudio ECASS 3 (11) permitieron aumentar dicha ventana a 4.5 horas, sin afectar significativamente los márgenes de seguridad.

Desafortunadamente solo alrededor de uno de cada cinco pacientes con ACV acuden al servicio de urgencias dentro de las tres primeras horas del inicio de los síntomas, y una de las explicaciones para esta demora en solicitar ayuda efectiva es la falta de conocimiento de los síntomas de instauración en la comunidad (12,13). Otra razón probable de este retardo puede ser el desconocimiento en la mayoría de la población de la existencia del medicamento fibrinolítico y de la estrecha ventana terapéutica para su aplicación (14).

En Colombia, Silva F y col (15) encontraron una demora promedio para acudir a urgencias de casi 18 horas, con tiempos más largos en personas de bajos ingresos y baja escolaridad. Como se anotó antes en referencia a otros estudios, uno de cada cinco de sus pacientes (22,8%) ingresaron en las 3 primeras horas de síntomas.

Las consideraciones anteriores motivaron la realización de esta investigación para evaluar el grado de conocimiento de síntomas y factores de riesgo del ACV y explorar la conducta que se adoptaría frente a un ACV o a un ataque isquémico transitorio (AIT), con el propósito de conseguir resultados fiables y aplicables a nuestro medio, que puedan servir de base para promover campañas educativas a la comunidad que mejoren el pronóstico de quien sufra esta patología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: se realizó un estudio poblacional descriptivo de corte transversal entre los meses de agosto y diciembre de 2010, en la zona urbana de la ciudad de Manizales.

Población y muestra: el tamaño de la muestra se calculó para una población aproximada de 80.000 personas mayores de 50 años (16), una confiabilidad del 95% y un margen de error de 2,5%. Se entrevistaron individuos que asistían a la consulta externa de centros de salud o que se encontraran en sitios públicos de alta concentración humana como parques, plaza de mercado y terminal de transporte.

Criterios de inclusión: las personas debían tener 50 años ó más y presentar hipertensión arterial, diabetes mellitus o ambas enfermedades. Se consignó si tenían adicionalmente diagnóstico de otros factores de riesgo (FR) como colesterol alto, cardiopatías, tabaquismo o si habían sufrido ACV previo. Los sujetos se dividieron en dos grupos, los que asistían a programas especiales de hipertensos o diabéticos en su entidad aseguradora de salud y aquellos que no estaban en dichos programas.

Forma de recolección y variables: el instrumento de recolección de información se diseñó con base en estudios internacionales, adaptado a las condiciones locales y al interés propio de la investigación. En su primera parte se obtuvieron datos sociodemográficos, si eran hipertensos, diabéticos o tenían ambas condiciones, otras enfermedades de riesgo cardiovascular y si pertenecían o no a algún programa especial. Luego se formularon preguntas acerca del conocimiento espontáneo de síntomas de ACV (preguntado con los términos “trombosis o derrame cerebral”) y de sus factores de riesgo. Se preguntó por la fuente de información y el conocimiento de medidas de tratamiento urgente ante un ACV, incluyendo si sabían de la existencia de un medicamento de uso intravenoso para esta urgencia médica. Posteriormente y sin que esta parte del instrumento hubiese sido antes, se les ofreció una lista de 10 síntomas (5 correctos y 5 incorrectos) y una lista de 10 factores de riesgo (5 correctos y 5 incorrectos) para seleccionar mínimo uno y máximo cinco de cada una de ellas. Se indagó por la conducta a adoptar en caso de ACV o AIT, seleccionando de una lista de opciones para cada una de estas preguntas. Por último, se anotaron los medicamentos actuales usados por el paciente.

Se consideró conocimiento espontáneo bueno si el sujeto era capaz de citar dos o más síntomas correctos, conocimiento regular si solo citaba uno y malo si no citaba algún síntoma correcto. Esta misma calificación se utilizó para estimar el conocimiento espontáneo de los factores de riesgo.

En cuanto al conocimiento de síntomas basado en la presentación de una lista de posibilidades correctas e incorrectas, se consideró conocimiento

bueno si era capaz de citar tres o más síntomas correctos y máximo un distractor, conocimiento regular si seleccionaba dos síntomas correctos y máximo dos distractores ó un síntoma correcto sin distractores, y conocimiento malo si no escogía ningún síntoma correcto o si anotaba un síntoma correcto con uno o más distractores. Esta misma calificación se aplicó para estimar el grado de conocimiento de factores de riesgo de una lista de opciones.

Estas encuestas fueron realizadas por estudiantes de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, debidamente entrenados por los investigadores, y diligenciadas en horario diurno, cualquier día de la semana, con previa aceptación por parte de los sujetos una vez explicados los objetivos del estudio.

Consideraciones éticas: este tipo de investigación se considera de riesgos mínimos según la resolución 8430 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (17). El proyecto de investigación fue avalado por el comité de ética de la facultad de ciencias para la salud de la Universidad de Caldas y, previo a la recolección de la información, se diligenció un formato de consentimiento informado.

Análisis estadístico y software: las variables cualitativas se describieron con proporciones y frecuencias absolutas, y las cuantitativas con promedios y desviación estándar. Las frecuencias de enfermedad se expresaron en porcentajes. La comparación de las variables cualitativas se llevó a cabo con la prueba chi cuadrado y se aceptó como diferencia significativa cuando una menor $p < 0,05$. La base de datos se preparó en Excel y el análisis de la información se realizó con los software Epiinfo 6.04d y Epidata 3.

RESULTADOS

Características de los pacientes

Se entrevistaron 213 personas residentes en el área urbana de Manizales, con rango de edad entre 50 y 91 años (promedio de edad $65,7 \pm 12$ años) y una distribución similar entre menores y mayores de 65 años (48,8% y 51,2%, respectivamente). Las mujeres representaron el 67,6% de la muestra, la

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA (N= 213)

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Mujeres	144	67,6
	Hombres	69	32,4
Edad	≤ 65 a	104	48,8
	>65 a	109	51,2
Educación	Analfabeta	26	12,2
	Primaria	126	59,1
	Secundaria	51	23,9
	Técnico/Profesional	10	4,8
Vive solo	Si	26	12,2
	No	187	87,8
Pertenece a Programa	Si	113	53,0
	No	100	47,0

ocupación “hogar” fue mencionada por el 55,9%, seguida de “pensionado” por el 14,5%. La condición social de “vivir solo” se reportó en 12,2% y casi la totalidad de los encuestados pertenecían a estratos socioeconómicos bajo y medio, con un nivel educativo predominante de estudios primarios en 59,0% y un analfabetismo de 12,0%. En cuanto a la característica de pertenecer a programa especial de HTA o DM, el 53,0% de los encuestados pertenecía a ellos. En la tabla 1 se consignan datos de la muestra.

Conocimiento espontáneo de síntomas y factores de riesgo

Al indagar acerca del conocimiento espontáneo de los síntomas de ACV el 65,3% no conocía ninguno, 29,1% conocía sólo uno y 5,6% conocía dos o más. De aquellos que mencionaron al menos un síntoma correcto, el déficit motor unilateral fue evocado por el cien por ciento, seguido de alteraciones del lenguaje y de la sensibilidad unilateral por el veinte por ciento, cada uno. Cuando se discriminó entre menores y mayores de 65 años el grado de conocimiento calificado como malo fue de 64,4% y 66,0%, respectivamente ($p = 0,75$)

Con relación al conocimiento espontáneo de los factores de riesgo (FR) para ACV, el 54,0%

no conocía ninguno, 31,9% conocía uno y 13,6% dos o más. Un 45,5% (n= 97) anotaron al menos un FR correcto. La HTA fue citada por 57,1%, el colesterol por 39,8% y el tabaquismo por el 24,5%, mientras que la DM sólo fue mencionada por el 8,1%. Cuando se discriminó dicho conocimiento entre menores y mayores de 65 años, el grado de conocimiento calificado como malo fue de 50,0% y 57,8% respectivamente, sin diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,44$). Al tener en cuenta el grado de conocimiento de síntomas y FR con relación a la pertenencia o no a programas especiales de HTA o DM, se encontró que el conocimiento espontáneo de síntomas fue “malo” en 69,0% de los que pertenecían y en 61,0% de los que no ($p= 0,29$), mientras que el conocimiento fue “bueno” en 5,3% y 6,0%, respectivamente. De otro lado, el grado de conocimiento de FR fue “malo” en 45,1% de los que pertenecían y 64,0% de los que no ($p= 0,042$) y “bueno” en el 14,0% para ambos grupos (Tabla 2).

Con base en el criterio de inclusión propuesto de padecer HTA, DM o ambas, el 85,9% (n= 183) era hipertenso, 5,6% (n= 12) era diabético y 8,5% (n=18) tenía ambas enfermedades. A pesar de lo

anterior, el 11,3% no reportó ninguna de ellas como FR para ACV y, de los hipertensos el 7,6% y de los diabéticos el 33,3%, no señalaron su respectiva enfermedad como FR.

Otros FR fueron reportados en 42,2% de los entrevistados, en orden decreciente tabaquismo, hipercolesterolemia, cardiopatías y ACV previo. Diez personas (4,7%) mencionaron el antecedente de ACV, de las cuales sólo tres tomaban antiagregantes plaquetarios y dos estatinas.

Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de una lista de opciones

Cuando se revisaron las respuestas dadas de una lista de opciones para síntomas de ACV, el 60,6% se calificó como conocimiento “regular” y “malo”, mientras que el 39,4% se calificó como conocimiento “bueno” (3 o más síntomas correctos y máximo 1 distractor). De la misma manera, de una lista de opciones de FR para ACV, el 39,0% se calificó como conocimiento “regular” y “malo”, mientras que el 61,0% se calificó como conocimiento “bueno” (3 o más FR correctos y máximo 1 distractor).

TABLA 2. CONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS Y FR RELACIONADOS CON EDAD, NIVEL EDUCATIVO Y PERTENENCIA A PROGRAMA ESPECIAL.

Variable	Síntomas		Factores de riesgo		
	Conoce %	Desconoce %	Conoce %	Desconoce %	
E D A D	≤ 65 a	35,6	64,4	50,0	50,0
	>65 a	34,0	66,0	42,2	57,8
E D U C A C I Ó N	Analfabeta	15,4	84,6	30,8	69,2
	Primaria	34,9	65,1	38,9	61,1
	Secundaria	43,1	56,9	70,6	29,4
	Técnico				
	/Profesional	40,0	60,0	50,0	50,0
Pertenece a un programa especial	SI	31,0	69,0	54,9	45,1
	NO	39,0	61,0	36,0	64,0

Fuentes de información

Las fuentes de información mencionadas por los entrevistados correspondieron en su mayoría a “familiares” con 31,2%, seguidos de “medios de comunicación” y “médico” 23,2% cada uno y “charlas en su centro de salud” 12,2%. Un 10,2% no mencionó ninguna fuente de información. Cuando se compararon las fuentes entre los que pertenecían o no a programa especial, esta fue suministrada por “médico” o “charla” al 52,2% de los que estaban en los programas y al 34,0% de los que no ($p=0,10$).

Conducta ante un ACV o AIT

Cuando se consultó acerca de la conducta que se tomaría en caso de estar sufriendo un ACV, para la modalidad de respuesta espontánea el 11,7% respondió que ésta sería “acudir a urgencias”, mientras que el 88,3% procedería de manera incorrecta o no mencionó ninguna conducta. Al relacionar con el nivel educativo, las respuestas incorrectas se encontraron en más del 90% de quienes eran analfabetas o tenían estudios primarios y en el 40,0% de quienes tenían estudios superiores ($p=0,00$). De las acciones incorrectas, las respuestas más frecuentes fueron: solicitar atención por consulta externa (47,1%), hacer ejercicios (17,6%), consumir algún tipo de alimento (14,7%), guardar reposo (5,9%), entre otras. Al consultar la conducta en la modalidad de selección de lista de opciones, el 92,0% escogió “acudir a urgencias” en caso de ACV en curso, mientras que si los síntomas desaparecían rápidamente en unos minutos (AIT), sólo un 62,4% acudiría a urgencias. A la pregunta siguiente: “Suponiendo que usted está sufriendo en este momento una trombosis cerebral, ¿sabe de algún medicamento que le puedan aplicar por la vena que le aumente la posibilidad de recuperarse?”, ninguno de los entrevistados sabía de su existencia.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en este estudio, tal como los publicados por otras investigaciones similares, destacan el escaso conocimiento que tiene la población general tanto de los síntomas de ACV como de los factores de riesgo vascular que lo generan. Esta falta de conocimiento se ha documentado en

escenarios tan disímiles como sujetos entrevistados poco después de sufrir un ACV, sus familiares, quienes acuden a consulta externa de centros de salud, o en comunidad en general, y también con diferentes metodologías como encuestas presenciales, telefónicas, por correo electrónico o a nivel domiciliario.

Como se anotó previamente, en este estudio 65,3% no conocía ningún síntoma de manera espontánea, 29,1% conocía uno y 5,6% dos o más. Uno de los primeros estudios llevados a cabo para determinar este grado de conocimiento, fue el de Kothari (18) en 1997 en sujetos que acudieron al servicio de urgencias por sospecha de ACV, en el que 39,0% no conocía ningún síntoma. En un escenario similar, Williams (12) el mismo año encontró que 62,0% de los pacientes que habían sufrido un ACV, no conocían ningún síntoma de aviso. Mediante entrevistas telefónicas, un estudio en Australia reportó un desconocimiento de 35,9% (19), cifra similar a la de Reeves en USA de 31,0%. (20).

Varios estudios españoles se han ocupado del tema en diferentes poblaciones y con distintos diseños metodológicos. Dos de estos en los que se formularon preguntas abiertas para estimar conocimiento espontáneo, fueron el de Segura (21) que mediante encuesta telefónica a 3.000 personas, encontró un 67,4% que no conocían ningún síntoma y el de Pérez-Lázaro en 2009 (22), con entrevistas a pacientes y familiares que acudían a consulta externa de neurología, con 45,0% de desconocimiento.

En Latinoamérica no se encuentran muchos estudios al respecto, destacando los realizados en Brasil donde Pontes-Neto en 2007 (23) empleando una encuesta en comunidad basada en un caso clínico típico de ACV, encontró que 22,0% no lograron reconocer ninguno de los síntomas de alarma descritos en el texto, mientras que Falavigna en 2009 (24), utilizando un cuestionario con preguntas cerradas en población general, informó que 69,0% de los sujetos consideraban que no tenían conocimiento adecuado acerca del ACV.

Como puede verse en los estudios previamente relacionados, el porcentaje de desconocimiento espontáneo ha sido variable, posiblemente dependiendo de la metodología empleada y de las condiciones de recolección de la muestra, pero la mayoría deja apreciar un alto grado de desconocimiento pudiendo llegar hasta las dos terceras partes de la

población encuestada, como lo encontrado en el presente trabajo.

Cuando se toma en cuenta el conocimiento espontáneo de al menos un síntoma, los porcentajes han oscilado entre 40 y 70% (25,26), superiores a lo encontrado en el presente estudio y el síntoma más frecuentemente mencionado, tal como ocurrió en éste, ha sido la pérdida de movimiento de un hemicuerpo.

Al presentar a los sujetos una lista de opciones de respuesta, se apreció que el grado de conocimiento de síntomas mejoró tal como lo demuestran otros trabajos. El porcentaje de conocimiento bueno de la lista (cinco correctos y cinco incorrectos) ascendió a 39,4%, frente al ya mencionado 5,6% de conocimiento espontáneo. En España, Oró M (2009) (27) con una lista de síntomas (seis correctos y dos incorrectos), encontró que sólo el 20,9% obtuvo un conocimiento óptimo (de acuerdo con su definición) mientras que en el de Pérez Lázaro (22) 56,0% fue capaz de reconocer los síntomas correctos de la lista.

En cuanto al conocimiento espontáneo de FR para ACV, 54,0% de nuestros sujetos no mencionó ninguno, 31,9% uno y sólo 13,6% dos o más. En el estudio pionero de Kothari (18) 43,0% de los sujetos no conocía ningún FR, 31,0% conocía uno y 26,0% dos o más. Una revisión de la literatura sobre el conocimiento de FR en estudios europeos y norteamericanos, muestra que del 60 al 86% de los sujetos son capaces de mencionar espontáneamente o de reconocer de una lista al menos un FR (28). No obstante, en el estudio ya referido de Pérez-Lázaro, el desconocimiento espontáneo de FR fue de 51,3%, similar a lo hallado en este estudio. Como se ha publicado previamente, se encontró que la HTA fue el FR más mencionado, seguido de dislipidemia, y tabaquismo, con un porcentaje bajo de recordación de la DM, hallazgo éste que ha sido citado por otros estudios, con datos de recordación tan bajos como 1,6% (19,22). Es de destacar que más de la mitad de los sujetos no lograron evocar ningún FR, lo que es más significativo si como criterio de inclusión debían sufrir por lo menos una de las dos enfermedades (HTA o DM). Ahora bien, cuando se tuvo en cuenta el subgrupo de personas diabéticas, una de cada tres no la citó como FR lo cual fue informado también por Pérez-Lázaro (22), donde sólo uno de cada siete

de sus pacientes diabéticos la referían espontáneamente como FR.

Otros FR incluidos en este estudio fueron tabaquismo, hipercolesterolemia, cardiopatías y ACV previo, con porcentajes comparables a los encontrados en otros estudios. Aunque las personas que tenían antecedente de ACV previo fueron relativamente pocas, llama la atención que solo uno de cada cinco sujetos recibía un manejo farmacológico apropiado con fines de prevención secundaria, en la cual las guías recomiendan incluir antiagregantes plaquetarios y estatinas.

Como se observó en el conocimiento de los síntomas, el grado de conocimiento bueno de FR también mejoró al ofrecer la lista de opciones de respuesta (cinco correctas y cinco incorrectas) al pasar de 13,6% a 61,0%. Estos resultados de mejoría tanto para síntomas como para FR, indican que las personas se han podido enterar en alguna oportunidad sobre estos síntomas y FR pero que requieren refuerzo de la información para que ésta sea útil en los objetivos de prevención primaria y secundaria.

Una situación particular del presente estudio fue la inclusión de un grupo de personas que se encontraban en programas especiales de HTA o DM ofrecidos por sus entidades aseguradoras de salud. Amerita comentar que el grado de conocimiento de síntomas y FR para ACV tanto “bueno” como “malo”, no mostró diferencias significativas al comparar los dos grupos, lo cual nos lleva a concluir que hay necesidad de cambiar el enfoque y la metodología como se educa a la población que asiste a estos programas.

Con respecto al origen de donde obtuvieron su conocimiento acerca del ACV, casi dos terceras partes (65,0%) citó fuentes no médicas, lo cual también se ha reportado en otros estudios con cifras entre 82,0% y 96,4% (19, 29, 30). Al contrario de lo esperado, los usuarios que asistían a programas especiales también mencionaron fuentes de información diferentes a profesionales de la salud en casi la mitad de ellos (48,0%). Es indudable que estos porcentajes no son deseables porque pueden aportar conceptos erróneos e imprecisos que impacten de manera negativa el conocimiento y la conducta frente a la ocurrencia de un evento cerebrovascular. La reciente revisión de Maasland L. (26) ratifica que las principales fuentes de información en diferentes

estudios publicados son familiares, amigos y medios de comunicación. Siendo esta una realidad en el presente, debería aprovecharse la oportunidad de asistencia a las citas de rehabilitación postACV y a los controles médicos de prevención secundaria, para mejorar la calidad de información a pacientes y familiares. Además, implementar otras estrategias como divulgar mensajes claros y precisos a través de medios de comunicación sobre síntomas, factores de riesgo y conducta recomendada ante un ACV. En este sentido, se destaca una experiencia en Holanda (31) donde mediante una campaña educativa en radio y televisión, complementada con entrega de folletos a nivel domiciliario, se logró mejorar el grado de conocimiento de las personas cuando se comparó éste al cabo de cuatro años.

Cuando se consultó acerca de la conducta que se tomaría en caso de estar sufriendo un ACV, en la modalidad de respuesta espontánea, solo uno de cada nueve entrevistados acudiría al servicio de urgencias. La actitud correcta adoptada ante un ACV (llamar a una línea de emergencias o acudir a urgencias por sus propios medios) ha sido explorada en varios estudios donde se aprecian resultados que van desde 45,0% a 89,0%, muy distantes de lo encontrado en el presente trabajo. Posibles explicaciones a esta marcada diferencia podrían radicar en la disponibilidad que tienen las personas de otros países de números telefónicos para reportar emergencias y en las campañas de información en medios masivos de comunicación (19,21,29,32) Al explorar la actitud que se tomaría ofreciendo una lista de opciones, estas diferencias se hacen menos notorias entre nuestros resultados y los revisados, bien sea para la conducta ante un ACV o ante un AIT.

Finalmente, ante la pregunta concreta de si conocía un medicamento intravenoso de empleo urgente para tratamiento del ACV (trombolisis), ninguno de los sujetos sabía de su existencia. Este tipo de conocimiento ha sido reportado en otros trabajos como los de Anderson et al en Michigan (USA) (33) con 32,0%, Kleindorfer et al en Cincinnati (USA) (34) 19,0% y Kim et al en Corea 18,0% (14), con un adecuado conocimiento del tiempo de ventana para su administración en más de la mitad de los encuestados. Dentro de los factores que influenciaron éste buen conocimiento estaba tener mejores niveles educativo y de ingresos. Este aspecto espe-

cífico del conocimiento de las personas en materia de tratamiento urgente del ACV ha sido destacado como clave, pues no basta con conocer sus síntomas o signos, sino que las personas deben saber que es vital consultar rápidamente un servicio de urgencias dentro de los primeros minutos de aparición de sus síntomas, para que les puedan ofrecer una atención eficaz, incluyendo si fuere candidato o no a trombolisis, todo lo cual redundará en disminución de complicaciones, secuelas y mortalidad del evento cerebrovascular.

Como posibles limitaciones del estudio se reconocen primero, el tamaño relativamente pequeño de la muestra, aunque varios de los estudios referenciados tuvieron muestras similares o incluso menores, segundo, el no incluir población suficiente de estratos altos y de mejor nivel educativo, si bien la mayoría de nuestra comunidad se ubica en los niveles medio y bajo y alcanzan niveles de escolaridad no profesional y tercero, no haber involucrado personas del área rural que hubiesen podido mostrar datos aún más bajos de conocimiento, aunque el diseño metodológico planteado solo incluía población urbana.

CONCLUSIONES

Este trabajo aporta datos útiles sobre el conocimiento de síntomas, factores de riesgo, actitud y tratamiento frente al ACV en una muestra poblacional representativa de nivel socioeconómico bajo y medio, donde se encontró un desconocimiento significativo de todos los parámetros estudiados, sin una influencia positiva de pertenecer a programas especiales de pacientes hipertensos o diabéticos.

Lo anterior lleva a proponer las siguientes recomendaciones: a) replantear las estrategias educativas y de comunicación suministradas a este tipo de personas en riesgo y a sus familiares, b) realizar un mayor esfuerzo de capacitación al personal de salud (médicos, enfermeras y terapeutas) en aspectos de prevención primaria y secundaria con el fin de transmitir a los pacientes un conocimiento apropiado e instruirlos a tomar una conducta correcta al momento de sufrir un AIT o un ACV, y c) difundir mensajes claros, sencillos y de impacto a la comunidad con relación al ACV, con miras a disminuir estas cifras de desconocimiento tan preocupantes.

Dado que no se encuentran estudios publicados en nuestro país que aborden estos aspectos particulares de la enfermedad cerebrovascular, es recomendable llevar a cabo nuevos trabajos en esta temática que busquen medir el grado de conocimiento en otras regiones y generar estrategias para mejorarlo.

Agradecimientos

Estudiantes de medicina y docentes de consulta externa del programa de medicina y Dra. María Victoria Benjumea Rincón, Directora Instituto de Investigaciones Universidad de Caldas.

REFERENCIAS

1. BONITA R. Epidemiology of stroke. *Lancet*. 1992; 339: 342-44.
2. World Stroke Organization. World Stroke Campaign. 2011 (citado el 3 de agosto de 2011). Disponible en: <http://www.worldstrokecampaign.org>
3. SILVA F, ZARRUK JG, QUINTERO C, ARENAS W, RUEDA-CLAUSEN C, SILVA SY, ESTUPIÑÁN AM. Enfermedad cerebrovascular en Colombia. *Rev Colomb Cardiol* 2006; 13: 85-89.
4. URIBE CS, JIMÉNEZ I, MORA MO. Epidemiología de las enfermedades cerebrovasculares en Sabaneta, Colombia (1992-1993). *Rev Neurol* 1997;25: 1008-12.
5. DÍAZ R, RUANO MI, CHACÓN JA, VERA A. Perfil neuroepidemiológico en la zonacentro del departamento de Caldas (Colombia), años 2004-2005. *Rev Neurol* 2006;43: 646-52.
6. ZÚÑIGA A, ANTOLÍNEZ BR. Prevalencia de enfermedades neurológicas en Jamundí, Valle, Colombia, 1984. *Colombia Médica* 1986; 17: 151-153.
7. PRADILLA G, VESGA BE, LEÓN-SARMIENTO FE, BAUTISTA LE, NÚÑEZ LC, VESGA E, ET AL. Neuroepidemiología en el oriente colombiano. *Rev Neurol* 2002; 34:1035-1043.
8. O'DONNELL MJ, XAVIER D, LIU L, ZHANG H, CHIN SL, PURNIMA RM, ET AL. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (The INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 2010.10; 376: 112-123.
9. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995; 333: 1581-1587.
10. GRAHAM GD. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke in clinical practice. A meta-analysis of safety data. *Stroke* 2003; 34:2847-2850.
11. HACKE W, KASTE M, BLUHMKI E, BROZMAN M, DÁVALOS A, GUIDETTI D, ET AL. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2008 ;359 :1317-1329.
12. WILLIAMS LS, BRUNO A, ROUCH D, MARRIOTT DJ. Stroke patients' knowledge of stroke. Influence on time to presentation. *Stroke* 1997; 28: 912-915.
13. PÉREZ DE LA OSSA-HERRERO N. El acceso precoz a centros de referencia de ictus ofrece beneficio clínico: el Código Ictus. *Rev Neurol* 2008; 47:427-433.
14. KIM YS, PARK SS, BAE HJ, CHO AH, CHO YJ, MOON-KU H, ET AL. Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in Korea. *BMC Neurology* 2011, 11:2-8.
15. SILVA-SIEGER F, ARENAS-BORDA W, ZARRUK-SERRANO JG, RESTREPO J, BERNAL-PACHECO O, RAMÍREZ S, ET AL. Factores asociados al tiempo de consulta en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica. *Rev Neurol* 2007; 44: 259-64.
16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estudio Poblacional en Colombia. (citado en octubre 15 de 2008) Disponible en: <http://www.dane.gov.co>
17. República de Colombia, Ministerio de Salud. Normas científicas, técnicas y administrativas para investigación en salud. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993. Artículo 11, Numeral b.
18. KOTHARI R, SAUERBECK L. Patients' Awareness of Stroke Signs, Symptoms, and Risk Factors. *Stroke*. 1997;28:1871-1875.
19. YOON SS, HELLER RF, LEVI C, WIGGERS J, FITZGERALD PE. Knowledge of Stroke Risk Factors, Warning Symptoms, and Treatment Among an Australian Urban Population *Stroke* 2001;32:1926-1930.
20. REEVES MJ, HOGAN JG, RAFFERTY AP. Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. *Neurology*. 2002;59:1547-1552.
21. SEGURA T, VEGA G, LÓPEZ S, RUBIO F, CASTILLO J. Public perception of stroke in Spain. *Cerebrovascular Dis* 2003; 16: 21-26.
22. PÉREZ-LÁZARO C, IÑÍGUEZ-MARTÍNEZ C, SANTOS-LASAOSA S, ALBERTI-GONZÁLEZ O, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ L, TEJERO-JUSTE C, MOSTACERO-MIGUEL E. Estudio sobre el conocimiento de la población acerca del ictus y de los factores de riesgo vascular. *Rev Neurol* 2009; 49: 113-118.
23. PONTES-NETO OM, SILVA GS, FEITOSA MR, DE FIGUEIREDO NL, FIOROT JA JR, ROCHA TN, ET AL. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. *Stroke* 2008;39:292-296.
24. FALAVIGNA A, TELES AR, VEDANA VM, KLEBER FD, MOSENA G, VELHO MC, ET AL. Awareness of stroke risk factors and warning signs

in southern Brazil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2009;67: 325-329.

25. NICOL MB, THRIFT AG. Knowledge of risk factors and warning signs of stroke. *Vasc Health Risk Manag* 2005; 1:137-147.

26. MAASLAND L, BROUWER-GOOSSENSSEN D, DEN HERTOOG H M, KOUDSTAAL PJ, DIPPEL D. Health education in patients with a recent stroke or transient ischaemic attack: a comprehensive review. *Intern J Stroke* 2011; 6: 67-74.

27. ORÓ M, SANAHUJA-MONTESINOS J, HERNÁNDEZ L, SETÓ E, PURROY F. Grado de conocimiento del ictus entre población de área rural en la provincia de Lleida. *Rev neurol* 2009; 48: 515-519.

28. STROEBELE N, MULLER-RIEMENSCHNEIDER F, NOLTE CH, MULLER-NORDHORN J, BOCKELBRINK A, WILLICH SN. Knowledge of risk factors, and warning signs of stroke: a systematic review from a gender perspective. *Intern J Stroke.* 2011;6:60-66.

29. JEYARAJ DP, ASHISH J, SUKHBINDER SD, GUNEET K, SHIVALI S, DOUGLAS JL, GEORGE A. Public Awareness of Warning Symptoms, Risk Factors, and Treatment of Stroke in Northwest India. *Stroke.* 2005;36:644-648.

30. PANCIOLI AM, BRODERICK J, KOTHARI R, BROTT T, TUCHFARBER A, MILLER R, ET AL. Public Perception of Stroke Warning Signs and Knowledge of Potential Risk Factors. *JAMA.* 1998;279:1288-1292.

31. VAN LEIJDEN AJ, WIMMERS RH, HINLOPEN CH, FRANKE CL. Public stroke knowledge and care-seeking intention 2004-2008. The long term impact of an educational mass media campaign in the Netherlands. *Cerebrovasc Dis* 2009; 27(Suppl. 6): 68.

32. MONTANER J, VIDAL C, MOLINA C, ÁLVAREZ-SABÍN J. Selecting the target and the message for a stroke public education campaign: a local survey conducted by neurologists. *Eur J Epidemiol* 2001; 17: 581-586.

33. ANDERSON BE, RAFFERTY AP, LYON-CALLO S, FUSSMAN C, REEVES MJ. Knowledge of tissue plasminogen activator for acute stroke among Michigan adults. *Stroke* 2009; 40:2564-2567.

34. KLEINDORFER D, KHOURY J, BRODERICK JP, RADEMACHER E, WOO D, FLAHERTY ML, ET AL. Public knowledge of stroke treatment, warning signs and risk factors during the last decade. *Stroke.* 2007;38:531-532.