

Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en convivientes de personas en riesgo

Knowledge of symptoms and risk factors for stroke in caregivers

Ricardo Díaz Cabezas (1)

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: a pesar de los avances en el manejo del ACV, incluyendo la opción de trombolisis, pocos pacientes consultan de manera oportuna. Entre los motivos de ello se encuentran el desconocimiento de los síntomas de instauración y de las posibilidades terapéuticas disponibles.

OBJETIVOS: evaluar el grado de conocimiento acerca del ACV entre los convivientes de personas en riesgo de un evento cerebrovascular.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio poblacional, descriptivo y transversal realizado en la ciudad de Manizales, entre convivientes o cuidadores de personas mayores de 60 años, hipertensos y/o diabéticos, entrevistados en sus hogares. Se diligenció un formulario con preguntas acerca del conocimiento espontáneo de síntomas y factores de riesgo (FR), conducta a adoptar frente a un ACV y AIT y si conocían la existencia de un medicamento trombolítico.

RESULTADOS: se entrevistaron 218 convivientes con edades entre 17 y 89 años ($X 50,9 \pm 15$ años). El 68,8% de la muestra eran mujeres, 46,3% eran hijos, 23,4% cónyuges y 13,7% convivientes ajenos a la familia. Un 70,7% no conocía ningún síntoma de alarma y 45,4% ningún FR de ACV. La HTA fue el FR más citado, seguido de dislipidemia y tabaquismo, mientras que la DM fue el menos recordado. El 82,1% mencionó haber obtenido información acerca del ACV de fuentes no médicas. Solo 1,4% ($n=3$) de los encuestados conocía la existencia de un medicamento trombolítico.

CONCLUSIÓN: esta investigación identificó fallas significativas en el grado de conocimiento que tienen las personas acerca de la enfermedad cerebrovascular, no desde la condición de pacientes sino de convivientes de sujetos en riesgo de un evento cerebrovascular, dado que ellos son los llamados a reconocer rápidamente síntomas y actuar diligentemente. Se reitera la urgente necesidad de educar a los pacientes, sus cuidadores y al público en general, empleando diversos recursos de información tanto por profesionales de la salud como por mensajes en medios de comunicación que permitan hacer una efectiva prevención primaria y secundaria del ACV.

PALABRAS CLAVE: Ataque cerebrovascular, epidemiología, síntomas de ACV, factores de riesgo de ACV, trombolisis, convivientes (DeCS).

SUMMARY

INTRODUCTION: Despite the advances in the management of stroke, including the option of thrombolysis, few patients consult promptly for several reasons. Among these we can cite the lack of knowledge of onset symptoms and of the therapeutic options available.

OBJECTIVES: To assess degree of knowledge about stroke among contacts of persons at risk of a cerebrovascular event.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive study was carried out in the city of Manizales, among caregivers of people over 60 years of age with hypertension and /or diabetes; in which they were interviewed in their homes. A form with questions about the spontaneous knowledge of symptoms and risk factors (RF), behavior to adopt towards stroke and TIA, and whether they knew of the existence of a thrombolytic drug.

RESULTS. 218 cohabiting caregivers were interviewed between 17 and 89 years of age ($X 50,9 \pm 15$ years). 68,8% of the sample was female, 46,3% were offspring, 23,4% spouses and 13,7% cohabiting outside the family. 70,7% did not know any alarm symptom and 45,4% no RF. Hypertension was the most cited RF, followed

(1) Profesor Titular Universidad de Caldas.

by dyslipidemia and smoking, while the DM was the least remembered. 82,1% mentioned having obtained information about stroke nonmedical sources. Only 1,4% (n = 3) of respondents knew of a thrombolytic drug.

CONCLUSION. This investigation identified significant flaws in the degree of knowledge that people have about cerebrovascular disease, and not from the condition of patients but cohabiting subjects at risk of a cerebrovascular event, being called to quickly recognize the symptoms and act diligently. It reiterates the urgent need to educate patients, their caregivers and the general public, using various information resources both health professionals and media messages to permit an effective primary and secondary prevention of stroke.

KEY WORDS. Stroke epidemiology, stroke symptoms, risk factors for stroke, thrombolysis, caregivers.(MeSH).

INTRODUCCIÓN

El Ataque Cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Se sitúa en tercer lugar de frecuencia entre las causas de muerte, aunque en los mayores de 60 años puede representar la segunda causa de muerte. Sin embargo, son las secuelas que genera las que lo convierten en una pesada carga para el individuo, su familia y la sociedad (1,2). Debido al envejecimiento de la población se estima que para el año 2020 el ACV será la causa principal de años de vida saludable perdidos y este pronóstico adquiere más trascendencia en nuestra región, dado que del total de eventos vasculares cerebrales más de dos tercios ocurren en países en vía de desarrollo (3,4).

Una revisión sistemática reciente de la incidencia de ACV revela que en el término de cuatro décadas (1970-2008) la incidencia ha disminuido 42% en países desarrollados mientras que ha aumentado más del 100% en países de bajos y medianos ingresos por lo que de continuar esta tendencia, la carga global del ACV se hará muy gravosa para las economías de estos últimos países (5).

La manera más efectiva de reducir la carga del ACV es mediante la prevención primaria y secundaria, incluyendo acciones dirigidas a la comunidad sobre educación en factores de riesgo (FR) y la búsqueda oportuna de atención médica en caso de un ataque agudo. Adquiere entonces especial relevancia identificar qué grado de conocimiento tiene la población general sobre FR y síntomas de instauración de un ACV, puesto que ello incide en la identificación temprana de los ictus y en la consecuente búsqueda de atención.

En los últimos años se han publicado varios estudios en otros países y, en todos ellos, se destaca la falta de conocimiento y la conducta inadecuada ante un ACV en un porcentaje elevado de los individuos encuestados (6-11). En el año 2010 Jones y col. llevan a cabo una revisión de los estudios publicados hasta la fecha y concluyen que los niveles de conocimiento acerca de la prevención y reco-

nocimiento del ACV son malos, mostrando los peores resultados las personas con bajos niveles de educación, menores ingresos económicos, ancianos, afroamericanos e hispanos (12).

En Colombia no se cuenta con investigaciones sistemáticas relacionadas con el conocimiento de síntomas y FR de ACV en población general. En el año 2011, Díaz R y col. (13) publicaron un estudio en personas mayores de 50 años hipertensas y/o diabéticas, y encontraron que el 65% no conocía ningún síntoma de instauración, un 54% ningún FR y un 88% de los encuestados no adoptaría una conducta adecuada en caso de estar sufriendo un ACV. Estos resultados pusieron de relieve el alto grado de desconocimiento de síntomas de alarma y la conducta inadecuada frente al ACV, incluso en personas con alto riesgo de eventos cerebrovasculares.

La fibrinólisis con activador tisular del plasminógeno (rTPA) debe ser administrada en un periodo máximo 4.5 horas desde el inicio de los síntomas (14) y esta necesaria rapidez en el tratamiento contrasta con los retrasos para iniciar la atención médica. Esto se debe en buena medida a que tanto el paciente como sus convivientes no reconocen correctamente los síntomas, no los identifican como una urgencia médica potencialmente tratable y no conocen la existencia de tratamientos eficaces como la trombólisis. Una revisión reciente menciona que un miembro de la familia fue con frecuencia la primera persona en tener contacto con el paciente y que en el 68% de los casos fue este familiar quien buscó ayuda médica (12).

Dado que un paciente con ACV agudo con frecuencia no está en capacidad por sí mismo de solicitar ayuda, debido a sus alteraciones en el lenguaje, motricidad o esfera mental, se hace imperioso que los convivientes o cuidadores sepan reconocer los síntomas de instauración y, en consecuencia, adopten una actitud rápida y efectiva (15,16).

El objetivo de la presente investigación fue establecer el grado de conocimiento de síntomas agudos, factores de riesgo y actitud que adoptarían en caso de un ACV o AIT los convivientes de personas en riesgo de éstos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y muestra: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la zona urbana de la ciudad de Manizales en diferentes estratos socioeconómicos, donde se entrevistaron individuos que convivieran con personas mayores de 60 años que fueran hipertensas y/o diabéticas.

Criterios de inclusión y exclusión: se consideró conviviente apto para diligenciar la encuesta aquella persona con:

- a) Edad mayor a 18 años
- b) Llevar mínimo un año de convivencia, fuese familiar o no del paciente
- c) No tener trastorno cognitivo o discapacidad mental
- d) Saber leer y escribir
- e) Estar dispuesto a firmar el consentimiento informado
- f) Permitir ser de nuevo contactado en caso de requerirse.

Técnicas y procedimientos: con base en el mapa de Manizales se seleccionaron al azar mediante papeletas barrios de estratos 1 al 6 divididos en tres niveles (1 y 2: bajo, 3 y 4: medio, 5 y 6: alto) proporcional al número de habitantes de cada uno de ellos, según los datos sociodemográficos del municipio. Luego se seleccionaron las manzanas y viviendas correspondientes, incluyéndolas de manera secuencial en el muestreo si en ellas habitaban convivientes de personas que fueran hipertensas y/o diabéticas. Para el cálculo de la muestra se aplicó la fórmula estadística $n = Z^2 (P \times Q) / D^2$ para conseguir un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Mediante entrevista domiciliaria se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas en un lenguaje sencillo y fácil de comprender, en el que podían aclararse términos o situaciones sin sugerir algún tipo de respuesta. El cuestionario se basó en el modelo de entrevista empleado en los trabajos españoles de Pérez-Lázaro (10) en población urbana y Oro (11) en población rural, y en la correspondiente adecuación y prueba piloto de la entrevista realizada en el trabajo previo de nuestro grupo (13).

La encuesta contenía preguntas acerca de datos sociodemográficos, conocimiento espontáneo de síntomas de ACV (preguntado como “trombosis o derrame cerebral”) y conocimiento de factores de riesgo vascular. Se debía seleccionar una opción de respuesta de cinco posibles respecto a la conducta a adoptar ante un AIT o un ACV, se preguntó por la fuente de información acerca de la enfermedad vascular cerebral. Finalmente, se preguntó si tenía conocimiento o había escuchado de la existencia de medicación trombolítica mediante la pregunta “suponiendo que la persona a su cargo está sufriendo en este momento

una trombosis cerebral, ¿sabe usted de algún medicamento que le puedan aplicar por la vena para disolver coágulos que le aumente la posibilidad de recuperarse?”.

Se calificó como conocimiento bueno si el conviviente era capaz de mencionar dos o más síntomas correctos, conocimiento regular si solo citaba uno y malo si no citaba ninguno. Esta misma calificación se utilizó para estimar el conocimiento de factores de riesgo.

Las encuestas fueron realizadas por estudiantes de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas debidamente entrenados por el investigador, diligenciadas en horario diurno, generalmente los fines de semana y con previa aceptación una vez explicados los objetivos del estudio.

Aspectos éticos: a cada persona entrevistada se le tomó consentimiento informado, aclarando que los datos obtenidos se manejarían de manera confidencial y no habría ningún tipo de intervención farmacológica adicional o cambios en la terapia habitual del paciente. Por las características de recolección de información por encuestas y ausencia de toma de muestras biológicas, este tipo de investigación se cataloga por el Ministerio de Salud como de riesgo mínimo. Se obtuvo el aval de la investigación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas.

Análisis estadístico y software: las variables cualitativas se analizaron por medio de frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas mediante medias y desviación estándar. La comparación entre proporciones se evaluó con la prueba chi cuadrado y se aceptaron diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$. La base de datos se preparó en Excel y el análisis de la información se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0 con licencia para la Universidad de Caldas.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los encuestados

Se entrevistaron 218 convivientes (C) de igual número de personas (P) en riesgo de ACV. Hubo 150 mujeres entre los C y 146 entre las P, lo que equivale a dos tercios de la muestra estudiada. El promedio de edad de C fue $50,9 \pm 15$ años (rango: 17 a 89 años) y de las P $73,1 \pm 8$ años (rango: 60 a 98 años). Casi la mitad (46,3%) de los C fueron hijos (75% mujeres), una cuarta parte (23,4%) fueron cónyuges y 13,7% convivientes ajenos a la familia. El nivel educativo de los C fue algún grado de secundaria en casi la mitad, seguido del nivel técnico/profesional. Predominó el tipo de acompañamiento “continuo” en 61,9% de los casos y el estrato socioeconómico mayoritario fue el medio,

con cifras similares para estratos bajo y alto. Las variables sociodemográficas completas de los convivientes pueden verse en la Tabla 1.

Conocimiento de síntomas entre los convivientes

El 70,7% (n= 154) no conocía algún síntoma de instauración de un ACV (nivel de conocimiento “malo”), 18,3% conocía uno (“regular”) y 11% conocía dos o más síntomas (“bueno”). (Ver tabla 2). De los sujetos que citaban uno o más síntomas (n= 64), el más reconocido fue la hemiparesia (76,5%), seguido de las alteraciones en el habla/lenguaje (51,5%) y déficit sensitivo en un hemisferio (14%).

Al comparar conocimiento de síntomas según la edad de los convivientes, se encontró que el calificado como “malo” ocurrió en aproximadamente dos tercios de ellos independiente del grupo etario, y en la totalidad de los mayores de 80 años, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (p=0,23) (Tabla 2).

Cuando se comparó el conocimiento de síntomas según el nivel educativo, el calificado como “malo” se presentó en mayor proporción en aquellos con estudios de primaria (88,4%), pero también en más de la mitad de quienes reportaron estudios técnicos y profesionales (73,7% y 58,8%, respectivamente), aunque con diferencias estadísticamente significativas (p=0,037). (Tabla 2)

Conocimiento de FR entre los convivientes

Un 45,4% (n=99) de la muestra no conocía ningún FR (conocimiento “malo”), 31,2% (n= 68) conocía uno (“regular”) y 23,4% (n= 51) conocía dos o más (“bueno”). El grupo de 60 a 69 años mostró los peores resultados con 58,5% de conocimiento “malo”, mientras que el grupo de 46 a 59 años obtuvo los mejores resultados con 38,3% (p>0,05). (Tabla 3)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los convivientes (n=218)

Características		
Sexo	n	%
Mujeres	150	68,8
Hombres	68	31,2
Edad		
< 45	72	33,0
46-59	81	37,2
60-69	41	18,8
70-79	18	8,3
> 80	6	2,8
Promedio	50,9±15,6 años	
Parentesco		
Hijo	101	46,3
Cónyuge	51	23,4
Hermano	22	10,1
Nieto	14	6,4
Otros	30	13,8
Nivel educativo		
Primaria	43	19,7
Secundaria	105	48,2
Técnico/ profesional	70	32,1
Tipo de acompañamiento		
Continuo	135	61,9
Ocasional	55	25,2
Nocturno	15	6,9
Diurno	13	6,0
Estrato de pacientes		
Bajo	31	14,2
Medio	165	75,7
Alto	22	10,1

Tabla 2. Conocimiento de síntomas según edad y nivel educativo (n=218)

CONOCIMIENTO DE SINTOMAS SEGÚN EDAD

Edad	MALO (n=154)*		REGULAR (n=40)		BUENO (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
< 45	54	75,0%	12	16,7%	6	8,3%
46 - 59	50	61,7%	17	21,0%	14	17,3%
60 - 69	32	78,0%	7	17,1%	2	4,9%
70 - 79	12	66,7%	4	22,2%	2	11,1%
> 80	6	100,0%	0	0,0%	0	0,0%

*p= 0,23

CONOCIMIENTO DE SINTOMAS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO

Nivel educativo	MALO*		REGULAR		BUENO	
	n	%	n	%	n	%
PRIMARIA	38	88,4%	2	4,7%	3	7,0%
SECUNDARIA	72	68,6%	23	21,9%	10	9,5%
PROFESIONAL	30	58,8%	11	21,6%	10	19,6%
TECNICO	14	73,7%	4	21,1%	1	5,3%

*p= 0,037

Tabla 3. Conocimiento de factores de riesgo según edad y nivel educativo**CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO SEGÚN EDAD**

Grupo etario	MALO*		REGULAR**		BUENO	
< 45	32	44,4%	25	34,7%	15	20,8%
46 - 59	31	38,3%	25	30,9%	25	30,9%
60 - 69	24	58,5%	8	19,5%	9	22,0%
70 - 79	9	50,0%	7	38,9%	2	11,1%
> 80	3	50,0%	3	50,0%	0	0,0%

*p= 0,60; **p=0,74

CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO

Nivel educativo	MALO*		REGULAR**		BUENO***	
PRIMARIA	27	62,8%	12	27,9%	4	9,3%
BACHILLER	50	47,6%	29	27,6%	26	24,8%
TECNICO	7	36,8%	8	42,1%	4	21,1%
PROFESIONAL	15	29,4%	19	37,3%	17	33,3%

*p= 0,15; **p=0,84; ***p=0,51

Con respecto al nivel educativo, el conocimiento “malo” de FR mostró diferencias porcentuales en el nivel de primaria, aunque no alcanzó significancia estadística ($p=0,15$) (Tabla 3). De los sujetos que mencionaron algún FR, la HTA fue el más citado en un 65% de los casos, seguido de dislipidemia y tabaquismo, mientras que la diabetes mellitus fue el menos recordado con un 20% de los casos.

Fuentes de información

Con relación a las fuentes de información sobre ACV, un 38% afirmó no haber recibido información, seguido de la obtenida en medios de comunicación 23,4%, otras fuentes 20,7% y solo 17,9% la había recibido de un médico.

Actitud frente a un ACV o a un AIT

Un 83,9% de los convivientes encuestados llevaría la persona a su cargo a un servicio de urgencias en caso de estar presentando síntomas de ACV, mientras que el 50% de ellos lo haría en el caso de AIT. Las otras cuatro opciones de respuesta como acudir a consulta externa, llamar a solicitar cita en EPS, acostar al paciente y, elevarle los miembros inferiores, fueron seleccionadas por un 16,1% en caso de un ACV.

Cuando se comparó la edad y la conducta adoptada en una situación de ACV, la mitad de los convivientes mayores de 80 años no adoptaría la conducta adecuada, resultado que se aleja del 20% o menos en los demás grupos de edad. En el caso de un AIT, de nuevo los convivientes mayores de 80 años, no tomarían la conducta adecuada en dos tercios de los casos (66,7%).

Cuando se comparó nivel educativo de los convivientes y conducta ante un ACV, 27,9% de aquellos con estudios de primaria y 5,9% con nivel profesional no adoptarían una conducta adecuada. A pesar de las diferencias en proporción, éstas no fueron estadísticamente significativas ($p=0,056$). En cambio para el AIT, la conducta incorrecta fue indicada por un porcentaje más alto en todos los niveles educativos, sin apreciar diferencias significativas (primaria 55,8%, técnico 52%, bachillerato 47,6%, profesional 47,1%) ($p=0,852$).

Conocimiento de rTPA

Con respecto al conocimiento sobre la existencia de un medicamento trombolítico para uso en urgencias, solo 1,4% ($n= 3$) de los convivientes lo mencionó.

DISCUSIÓN

El ACV es una causa importante de mortalidad y discapacidad en Latinoamérica (17) y la falta de educación de la comunidad en cuanto a prevención, reconocimiento y manejo puede contribuir a agravar esta realidad. El presente estudio muestra un alto grado de desconocimiento de síntomas de instauración en los convivientes de personas, que por tener factores de riesgo cardiovasculares, están altamente expuestas a un evento cerebrovascular. Esta falta de conocimiento sobre síntomas de alarma y FR fue elevado aun en personas con mejores niveles educativos y socioeconómicos, si bien se encontraron peores desempeños a menor escolaridad y mayor edad.

Estos hallazgos han sido puestos de presente en diferentes escenarios y muestras poblacionales que incluyen pacientes, familiares y público en general. En el estudio de Kothari y col. (6) en pacientes en el servicio de urgencias con cuadro de ACV, 39% no conocía ningún síntoma, mientras que en los estudios de Reeves y col. (7) y de Yoon y col. (8) que emplearon entrevistas telefónicas, 31% y 51,2% respectivamente, desconocían algún síntoma. En España los trabajos de Segura y col. (9) y de Pérez-Lázaro y col. (10) también encontraron altos porcentajes de desconocimiento, el primero 67,4% mediante entrevista telefónica y el segundo 45%, con entrevistas a pacientes y familiares en institución médica.

En Colombia no conocemos investigaciones que hayan abordado este tópico en particular y solo se podrían comparar los resultados del presente trabajo con el estudio regional previo de nuestro grupo (13) en el que 65,3% de pacientes hipertensos y/o diabéticos desconocía algún síntoma, en tanto que el desconocimiento de algún síntoma en convivientes de personas en riesgo en el presente trabajo fue 70,7%. A pesar de que los convivientes tenían en promedio menor edad y mayor nivel educativo, no lograron obtener mejores resultados, como podría haberse previsto.

Como se nota en los estudios internacionales previamente citados, el porcentaje de desconocimiento ha sido variable; sin embargo, la mayoría revela cifras inferiores cuando las comparamos con los porcentajes obtenidos en los trabajos nacionales lo que nos pone de presente una alarmante situación.

De igual manera, si se toma en cuenta el conocimiento de al menos un síntoma, los resultados en las casuísticas internacionales reportan cifras entre 40 y 70% (18,19), porcentajes superiores al hallado en el presente trabajo de 29,3%.

La mayoría de estudios en países desarrollados señalan que el conocimiento acerca del ACV varía positivamente con el nivel educativo y el nivel de ingresos (12, 20,21) y, aunque en el presente estudio puntuaron peor los convivientes con estudios de primaria, aquellos que tenían niveles técnico y profesional tampoco obtuvieron un desempeño destacado acorde a su formación. Esto podría explicarse por múltiples factores entre los que se podrían citar la carencia de campañas educativas masivas y de buena recordación para la comunidad, la ausencia de información en instituciones académicas para niños y jóvenes y la falta de una mejor educación a pacientes y familiares por parte de los profesionales de la salud, entre otros.

En relación con el conocimiento de factores de riesgo para ACV, los resultados obtenidos en nuestros convivientes muestran porcentajes similares a los del trabajo de Kothari (6) en el que 43% no conocía algún FR, 31% citaba uno y

26% dos o más, mientras que si la comparación se hace con el estudio regional previo con cifras de 54%, 31,9% y 13,6%, respectivamente, se aprecia que los convivientes obtuvieron un desempeño ligeramente mejor. Si analizamos el grupo de sujetos que es capaz de mencionar al menos un FR (regional previo 45,5% y convivientes 54,6%), el grado de conocimiento nuestro es bajo si se compara con investigaciones europeas y norteamericanas que encuentran porcentajes más altos como en España 60% (9), Alemania 68% (22) Australia 76% (8) y USA 80 y 86% (23,7). La distribución en las tasas de recordación de los diferentes FR fueron similares a las encontradas en otros estudios poblacionales (18), siendo la DM el FR menos señalado, incluso cuando se entrevista a sujetos diabéticos (8,24).

El conocimiento de FR fue más bajo en individuos con menor nivel educativo y mayores de 60 años, lo que ha sido evidenciado en otras investigaciones (8, 25,26). Dado que los convivientes de personas en riesgo de ACV a menudo son sus cónyuges que pueden tener la misma edad o incluso ser mayores, es importante mejorar el conocimiento global acerca del ACV en esta franja de población (27).

Cuando se indagó acerca de las fuentes de información del ACV, 82,1% de los convivientes refirió no haber recibido información alguna o haberla obtenido de fuente distinta a un médico (general o especialista). Esta cifra es ligeramente mayor a la del estudio regional previo, cuando 76,8% de los entrevistados mencionó una fuente distinta a un médico. Estos datos deben tomarse como un llamado de atención respecto al compromiso que tenemos los médicos de educar a nuestros pacientes y allegados si solo el 17,9% de los convivientes nos menciona como su fuente de información. Es preciso encontrar espacios y estrategias para brindar este conocimiento el cual siempre será más preciso y veraz que el suministrado por amigos o familiares.

Casi una cuarta parte de nuestros convivientes nombró a los medios masivos de comunicación como su fuente de información y dada la influencia que estos ejercen en nuestra cotidianidad se deberían aprovechar de manera más eficaz en la divulgación de contenidos (22).

Tratándose de convivientes de personas en riesgo de ACV, uno de los aspectos de mayor interés en el estudio era la conducta que adoptarían si la persona a su cargo estuviera sufriendo un ictus. La respuesta correcta era acudir a un servicio de urgencias y esto es lo que haría un 83,9% de los encuestados. Si bien este es un resultado favorable de la encuesta, es posible que al no formularse como pregunta abierta sino como escogencia entre otras opciones de respuesta, se pueda generar un sesgo a favor de la respuesta correcta. Será interesante en futuras investigaciones plantear esta pregunta de manera diferente. No obstante, a pesar de tener las mismas opciones de escogencia, la actitud frente a

un ataque isquémico transitorio es de menor diligencia pues solo el 50% acudiría a urgencias con su paciente. Esto hace pensar que cuando se presentan síntomas transitorios es necesario educar a la comunidad acerca de lo peligroso en ignorar este aviso y enfatizar la importancia de un diagnóstico y manejo apropiados para prevenir un evento definitivo.

Al indagar si el entrevistado conocía algún medicamento de uso intravenoso para disolver coágulos en el tratamiento urgente del ACV (trombólisis), únicamente 3 de 218 mencionó su existencia. En el estudio regional previo (13) ninguno de los sujetos lo conocía y en el de Pontes-Neto y col en Brasil (28) solo 1 de 814 entrevistados conocía la opción de alguna sustancia trombolítica. Estos porcentajes tan bajos distan de lo publicado en otros países como Corea (16) con 18% y USA con 19% en Cincinnati y 32% en Michigan (29,30). Si bien pueden existir diferencias metodológicas en la forma de averiguar esta información, de todas maneras nuestros resultados son preocupantes, dado que este conocimiento es fundamental para que las personas se motiven a buscar una atención médica oportuna y puedan llegar al servicio de urgencias en los tiempos óptimos para una terapia de reperfusión o, aunque no sean candidatos a trombólisis, para permitir instaurar un manejo que disminuya complicaciones, secuelas y mortalidad.

Como limitaciones del estudio se reconocen 1) un tamaño de muestra relativamente pequeño, aunque algunos de los trabajos internacionales tienen un número similar de entrevistados, 2) la sobrerrepresentación del estrato medio en la muestra, lo que puede no permitir la generalización de resultados, si bien en la mayoría de ciudades este es el estrato socioeconómico predominante y 3) la no inclusión

de personas del área rural donde viven comunidades con mayores limitaciones en nivel educativo, en infraestructura y en acceso a recursos de salud.

CONCLUSIONES

Esta investigación identificó fallas significativas en el grado de conocimiento que tienen las personas acerca de la enfermedad cerebrovascular, ya no desde la condición de paciente sino de conviviente de sujetos en riesgo de un evento vascular cerebral, siendo estos los llamados a reconocer tempranamente síntomas y actuar diligentemente para ayudar de manera efectiva a las personas bajo su cuidado.

Los resultados mencionados deberían servir para diseñar mejores estrategias educativas a la comunidad aprovechando para ello todos los ámbitos y espacios que van desde nuestros consultorios y hospitales, hasta el acercamiento a medios masivos de comunicación, generando mensajes informativos de fácil comprensión y recordación que promuevan una efectiva prevención primaria y secundaria. Probablemente el mayor impacto se lograría en aquellas personas con mayor riesgo de ACV, las de mayor edad, más bajos niveles educativos y menor estrato socioeconómico.

Agradecimientos

Dra. María Victoria Benjumea Rincón, Directora Instituto de Investigaciones. Universidad de Caldas.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- BONITA R. Epidemiology of stroke. *Lancet*. 1992; 339: 342-44.
- WARLOW CP. Epidemiology of stroke. *Lancet* 1998;352: S1-S4
- FEIGIN V. Stroke epidemiology in the developing world. *Lancet* 2005; 365: 2160-1
- JOHNSTON SC, MENDIS S, MATHERS CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurol*. 2009; 8: 345-354
- FEIGIN VL, LAWES CM, BENNETT DA, BARKER-COLLO SL, PARAG V. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol*. 2009;8:355-369
- KOTHARI R, SAUERBECK L. Patients' Awareness of Stroke Signs, Symptoms, and Risk Factors. *Stroke*. 1997;28:1871-1875
- REEVES MJ, HOGAN JG, RAFFERTY AP. Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. *Neurology*. 2002;59:1547- 1552.
- 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.
- SEGURA T, VEGA G, LÓPEZ S, RUBIO F, CASTILLO J. Public perception of stroke in Spain. *Cerebrovascular Dis* 2003; 16: 21-26.
- 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.
- 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.

12. JONES SP, JENKINSON AJ, LEATHLEY MJ, WATKINS CL. Stroke knowledge and awareness: an integrative review of the evidence. *Age Ageing*. 2010; 39:11–22.
13. DÍAZ R., RUANO MI. Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebro vascular en una población urbana colombiana. *Acta Neurol Colomb* 2011;27:195-204
14. HACKE W, KASTE M, BLUHMKI E, ECASS INVESTIGATORS, ET AL. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 359. (13): 1317-1329.2008
15. WILLIAMS LS, BRUNO A, ROUCH D, MARRIOTT DJ. Stroke patients' knowledge of stroke. Influence on time to presentation. *Stroke* 1997; 28: 912-915.
16. 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.
17. LAVADOS PM, HENNIS AJ, FERNANDES JG, MEDINA MT, LEGETIC B, HOPPE A, SACKS C, JADUE L, SALINAS R. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. *Lancet Neurol*. 2007;6:362–372.
18. STROEBELE N, MÜLLER-RIEMENSCHNEIDER F, NOLTE CH, MÜLLER-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
19. MAASLAND L, BROUWER-GOOSSENSEN D, DEN HERTOEG 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
20. HUX K, ROGERS T, MONGAR K. Common perceptions about strokes. *J Community Health*. 2000;25:47– 65
21. PANCIOLI AM, BRODERICK J, KOTHARI R, BROTT J, TUCHFARBER A, MILLER R, KHOURY J, JAUCH E. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. *JAMA*. 1998;279:1288 –1292.
22. MÜLLER-NORDHORN J, NOLTE CH, ROSSNAGEL K, ET AL. Knowledge about risk factors for stroke. A population-based survey with 28 090 participants. *Stroke* 2006; 37:946–50.
23. MILLER JE. Knowledge of stroke risk factors, symptoms, and treatment among New Jersey adults. *N J Med* 2001; 98:47–53
24. WELTERMANN BM, DRIOUACH-BLECKMANN Y, REINDERS S, BERNDT P, GESENHUES S. Stroke knowledge among diabetics: a cross-sectional study on the influence of age, gender, education, and migration status. *BMC Neurol*. 2013; 13: 202.
25. ASDRUBAL FALAVIGNA, ALISSON ROBERTO TELES, VIVIANE MARIA VEDANA, FABRÍCIO DINIZ KLEBER, GABRIELA MOSENA, MAÍRA CRISTINA VELHO, THAÍS MAZZOCCHIN, ROBERTA CASTILHOS DA SILVA, ET AL. Awareness of stroke risk factors and warning signs in southern Brazil. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2009;67(4)
26. 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.
27. WELTERMANN BM, ROGALEWSKI A, HOMANN J, ET AL. Knowledge about stroke among the German population. *Dtsch Med Wochenschr*. 2000;125:416–20.
28. 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.
29. KLEINDORFER D, KHOURY J, BRODERICK JP, RADEMACHER E, WOOD, FLAHERTY ML, ET AL. Public knowledge of stroke treatment, warning signs and risk factors during the last decade. *Stroke*. 2007;38:531–532.
30. 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.