

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CAUSAS NO TRAUMÁTICAS EN HEMORRAGIA  
INTRACRANEAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN  
EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EL  
PERIODO ENERO-DICIEMBRE**

**2017 LIMA-PERÚ**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**JORGE JEFFERSON LINARES CRISTOBAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO  
LIMA - PERÚ**

2018

**Asesor (a):** Dra Leny Bravo Luna

**Agradecimiento:**

A Dios por darme la oportunidad de estudiar esta hermosa carrera, a mis padres por su incondicional apoyo y a mis docentes por valiosa enseñanza a lo largo de la carrera.

**Dedicatoria:**

A mi hijo Bastien que fue el motivo inicial para empezar esta carrera y a mi tía Rosa Linares que me incentivo a seguir adelante, ambos siempre fueron el motor que me impulsaron desde el cielo.

## RESUMEN

**Introducción:** Debido a la falta de conocimiento sobre las causas no traumáticas en hemorragia intracraneal y su gran repercusión neurológica y alta mortalidad este estudio se centrará en la frecuencia de estas causas no traumáticas.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de las causas no traumáticas de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales entre el periodo enero-diciembre 2017

**Material y métodos:** Se realizó un estudio Observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se seleccionó 331 historias clínicas con el diagnóstico de hemorragia intracraneal espontánea y se procedió a cuantificar la frecuencia de las causas no traumáticas de esta patología según la bibliografía encontrada.

**Resultados:** se encontró que la Hipertensión arterial fue más frecuente con un 64.6% seguido de Diabetes mellitus con 29.9%, Hipercolesterolemia 24.7%, Alcoholismo 21.1%, Tabaquismo 12.3% y Aneurismas con 3.1% respectivamente

**Conclusión:** La causa no traumática más frecuente fue la hipertensión arterial seguido de la Diabetes mellitus e hipercolesterolemia, dándonos una idea más realista sobre la presencia de estas patologías que individualmente y en conjunto pueden desencadenar más raudamente una hemorragia intracraneal.

**Palabras claves:** Hemorragia intracraneal, patología, causa no traumática, Aneurisma, Hipercolesterolemia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Due to the lack of knowledge about non-traumatic causes of intracranial hemorrhage and its high neurological repercussion and high mortality, this study will focus on the frequency of these non-traumatic causes.

**Objective:** To determine the frequency of non-traumatic causes of intracranial hemorrhage in patients hospitalized in the National Hospital Sergio E. Bernales between January-December 2017

**Material and methods:** An observational, descriptive, transversal and retrospective study was carried out. We selected 331 clinical histories with the diagnosis of spontaneous intracranial hemorrhage and proceeded to quantify the frequency of no traumatic causes of this pathology according to the bibliography found.

**Results:** it was found that arterial hypertension was more frequent with 64.6% followed by diabetes mellitus with 29.9%, hypercholesterolemia 24.7%, alcoholism 21.1%, smoking 12.3% and aneurysms with 3.1% respectively

**Conclusion:** The most common no traumatic cause was arterial hypertension followed by Diabetes mellitus and hypercholesterolemia, giving us a more realistic idea about the presence of these pathologies that individually and together can trigger more quickly an intracranial hemorrhage.

**Key words:** Intracranial hemorrhage, pathology, non-traumatic cause, Aneurysm, Hypercholesterolemia

## **INTRODUCCIÓN**

En el capítulo I inicie la investigación identificando el problema general y los problemas específicos. La justificación se trabajó desde estos tres puntos de vista, tanto metodológico, de salud pública y teórico. Las limitaciones más frecuentes fueron el difícil acceso a las historias clínicas por parte del servicio de estadística, se identificó además los objetivos específicos de esta investigación. En el capítulo II en el marco teórico presento antecedentes Nacionales e Internacionales más representativos según el tema de investigación, aplicando las normas de Vancouver se hizo la redacción, luego las bases teóricas son las encargadas de la descripción de la variable causas no traumáticas de hemorragia intracraneal evidenciando sub variables tales como hipertensión arterial, aneurismas, tabaquismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia y Alcoholismo. Se describe además la definición operacional de términos con las palabras técnicas más representativas para la fácil comprensión de la teoría redactada. En el capítulo III se evidencia el tipo metodológico del estudio el cual es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Se describe además la tipo de fórmula para la muestra que en este caso es desconocida y además se establece el tipo de instrumento, el cual es una ficha de recolección de datos. En el capítulo IV se evidencia el análisis de los resultados obtenidos con el SPSS versión 24, tanto en las tablas y el gráfico, así como la Discusión de los mismos con los antecedentes encontrados en el marco teórico. En el capítulo V se redacta las conclusiones y recomendaciones acorde a los resultados ya encontrados. Finalmente esperando que el presente tesis sea de su agrado dejo al público esta información para que contribuya a otros estudios.

## INDICE

1. CARATULA	I
2. ASESOR	II
3. AGRADECIMIENTO	III
4. DEDICATORIA	IV
5. RESUMEN	V
6. ABSTRACT	VI
7. INTRODUCCION	VII
8. INDICE	VIII
9. LISTA DE TABLAS	X
10. LISTA DE GRAFICOS	XI
11. LISTA DE ANEXOS	XII

### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2.1 FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS ESPECÍFICOS	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	2
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.6 OBJETIVOS	4
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.7 PROPÓSITO	5

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	6
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	11
2.2 BASES TEÓRICAS	14
2.2.1 HEMORRAGIA INTRACRANEAL	14
- CAUSAS DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL	17
- CAUSAS TRAUMÁTICAS	18
- CAUSAS NO TRAUMÁTICAS	18
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL	18
- ANEURISMAS INTRACRANEALES	19
- TABAQUISMO EN HEMORRAGIA INTRACRANEAL	20
- DIABETES MELLITUS TIPO II	22
- ALCOHOLISMO	22



	- HIPERCOLESTEROLEMIA	25
2.3	HIPÓTESIS	26
2.4	VARIABLES	26
2.5	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	27
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>		
3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
3.2	ÁREA DE ESTUDIO	29
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	29
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.5	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.6	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	30
<b>CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b>		
4.1	RESULTADOS	31
4.2	DISCUSIONES	43
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		
5.1	CONCLUSIONES	45
5.2	RECOMENDACIONES	46
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
	ANEXOS	50

## LISTA DE TABLAS

TABLA N°01 CAUSAS NO TRAUMÁTICAS DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL	31
TABLA N°02 ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN	32
TABLA N°03 HIPERTENSIÓN ARTERIAL AL INGRESO	33
TABLA N°04 ANTECEDENTES FAMILIARES DE ANEURISMAS	34
TABLA N°05 IMAGEN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA	35
TABLA N°06 ANTECEDENTE DE TABAQUISMO	36
TABLA N°07 ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS	37
TABLA N°08 HIPERGLICEMIA AL INGRESO	38
TABLA N°09 ALCOHOLISMO MAYOR A DIEZ AÑOS	39
TABLA N°10 ALCOHOLISMO MENOR A DIEZ AÑOS	40
TABLA N°11 ANTECEDENTE DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR	41
TABLA N°12 HIPERCOLESTEROLEMIA AL INGRESO	42

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°01 CAUSAS NO TRAUMÁTICAS DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL	31
GRÁFICO N°02 ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN	32
GRÁFICO N°03 HIPERTENSIÓN ARTERIAL AL INGRESO	33
GRÁFICO N°04 ANTECEDENTES FAMILIARES DE ANEURISMAS	34
GRÁFICO N°05 CUENTA CON IMAGEN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA	35
GRÁFICO N°06 ANTECEDENTE DE TABAQUISMO	36
GRÁFICO N°07 ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS	37
GRÁFICO N°08 HIPERGLICEMIA AL INGRESO	38
GRÁFICO N°09 ALCOHOLISMO MAYOR A DIEZ AÑOS	39
GRÁFICO N°10 ALCOHOLISMO MENOR A DIEZ AÑOS	40
GRÁFICO N°11 ANTECEDENTE DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR	41
GRÁFICO N°12 HIPERCOLESTEROLEMIA AL INGRESO	42

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°01.- CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	51
ANEXO N°02.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
ANEXO N°03.- MATRIZ DE CONSISTENCIA	53
ANEXO N°04.- INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO	56
ANEXO N°05.- AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO	62
ANEXO N°06.- INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS	63

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema:**

La hemorragia intracraneal es una patología con una alta mortalidad y gran repercusión a nivel mundial, debido a su rápida progresión. Si se llega a sobrevivir al evento agudo se presentan graves complicaciones neurológicas, las cuales llevan al paciente a una incapacidad considerable. Se evidenció además pocas investigaciones nacionales sobre este tipo de patología lo cual llamo mucho mi atención. Teniendo esto en cuenta, a lo largo de mi pre-grado y en mi propio internado pude visualizar que gran parte de los pacientes hospitalizados por hemorragia intracraneal no les precedía un evento traumático como clásicamente se cree, sino más bien existían causas no traumáticas las cuales lo desencadenaban. Pude observar además que aquellos pacientes que presentaba esta patología, contaban con alguna enfermedad preexistente, un estilo de vida sedentario o hábitos nocivos para la salud. Pude observar estos parámetros y la presencia de esta patología en el distrito de comas, motivo por el cual decidí realizar esta investigación, centrándome en las causas no traumáticas de esta patología para que pueda ser de apoyo a otras investigaciones y pueda servir como una orientación más realista para identificar estas causas y así, poder evitarlas y lograr una mejor prevención acorde a nuestra realidad peruana.

### **1.2. Formulación del problema:**

¿Cuál es la frecuencia de las causas no traumáticas en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo entre enero-diciembre del 2017?

### **1.2.1 Formulación de los problemas específicos:**

1. ¿Cuál es la frecuencia de la Hipertensión arterial como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-diciembre del 2017?
2. ¿Se describirá la presencia de aneurismas como causa no traumática en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-diciembre del 2017?
3. ¿Se Demostrará la presencia de tabaquismo como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-Diciembre 2017?
4. ¿Se Conocerá la presentación de diabetes mellitus tipo II como causa no traumática en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-diciembre 2017?
5. ¿Se Mostrará la frecuencia de presentación de alcoholismo como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-diciembre 2017?
6. ¿Se Verificará la presencia de hipercolesterolemia como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-diciembre 2017?

### **1.3 Justificación:**

Se justifica esta investigación por diversos motivos:

1. En Primer lugar, Desde el punto de vista teórico, este estudio servirá para conocer causas no traumáticas en hemorragia intracraneal en nuestro medio. Dando una orientación más realista sobre la etiología de esta patología, contrastando la teoría encontrada en esta investigación.
2. En Segundo lugar, Desde el punto de vista de la salud pública se justifica esta investigación debido a que permitirá determinar la frecuencia de la hemorragia intracraneal. Concientizándonos de esta manera, para que la

población peruana en general adopte medidas preventivas, evitando complicaciones nefastas relacionadas a esta patología.

3. En tercer lugar, Desde el punto de vista metodológico, el presente trabajo, está diseñado metodológicamente para que en un futuro pueda ser de apoyo y referencia a otros trabajos de investigación contribuyendo de esta manera a nuevas investigaciones en lo que respecta a neurociencias en nuestro medio.

#### **1.4 Delimitación del área de estudio:**

La presente investigación busca determinar causas no traumáticas asociadas a hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

- Delimitación Conceptual: Causas no traumáticas asociadas a hemorragia intracraneal.
- Delimitación Social: Pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
- Delimitación de Espacio: Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el distrito de Comas.
- Delimitación Temporal: Se desarrollará durante el período enero- febrero del año 2017.

#### **1.5 Limitación de la Investigación**

Entre las limitaciones que se pueden presentar en el desarrollo de la presente investigación, tenemos:

- El acceso restringido a las historias clínicas en el servicio de estadística en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

- Los diferentes horarios disponibles de los doctores a cargo del servicio de Neurocirugía los cuales podrían aportar información adicional a la investigación acorde a su experiencia.
- El complejo acceso al servicio de estadística del Hospital Nacional Sergio E. Bernales para recopilar la información necesaria para ejecutar la presente investigación.
- El acceso económico restringido para realizar adecuadamente esta investigación.

## **1.6 Objetivos:**

### **1.6.1 Objetivo General:**

Determinar la frecuencia de las causas no traumáticas en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo Enero-Diciembre del 2017.

### **1.6.2 Objetivos Específicos:**

1. Determinar la frecuencia de la Hipertensión arterial como causa no traumática en hemorragia intracraneal I en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-diciembre del 2017.
2. Describir la presencia de aneurismas como causa no traumática en hemorragia intracraneal I en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-diciembre del 2017.
3. Demostrar la presencia de tabaquismo como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-Diciembre 2017.
4. Conocer presentación de diabetes mellitus tipo II como causa no traumática en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-diciembre 2017.
5. Mostrar la frecuencia de presentación de alcoholismo como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-diciembre 2017.



6. Verificar la presencia de hipercolesterolemia como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-diciembre 2017.

### **1.7 Propósito:**

Debido a las complicaciones y alta mortalidad que se presenta en pacientes con hemorragia intracraneal como consecuencia de sus hábitos nocivos, estilos de vida y falta de información al respecto. La presente investigación tratara de determinar causas no traumáticas asociadas a esta patología. Aportando de esta manera una información valiosa para diseñar campañas de prevención para la población en general.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes bibliográficos:**

#### **2.1.1 Antecedentes internacionales:**

Suárez A, Álvarez A, López E, Barzaga S, y Santisteban L. Realizaron una investigación para identificar los factores pronósticos de muerte en la hemorragia intracerebral supratentorial espontánea. Procediendo a efectuar su investigación con una cohorte única de 176 pacientes, teniendo en cuenta diagnósticos clínicos y por neuroimagen de hemorragia intracerebral espontánea, realizándolo en el Hospital General Provincial Carlos Manuel de Céspedes. Hallaron predictores independientes utilizando una regresión logística multivariable, Obteniendo como resultados tales como: de toda su muestra solo el 74,4 % eran hipertensos, la media de edad entre los fallecidos fue de aproximadamente de 67,45 a 14,84 años. De todos los pacientes estudiados pereció el 43,8 %. La menor puntuación en la escala de Glasgow la obtuvieron los pacientes que fallecieron, seguido de los que contaron con un hematoma de mayor volumen en cm<sup>3</sup>, y con una línea media desplazada. Después del análisis Se obtuvieron las siguientes variables pronósticas: la escala de Glasgow  $\leq 10$  puntos, el hematoma con un volumen  $\geq 20$  cm<sup>3</sup> y la presión del pulso  $\geq 60$  mmHg, el área bajo la curva ROC fue de 0,85. Se Concluye de es manera que la escala de Glasgow es la variable independiente más relevante y con mayor influencia para el pronóstico oportuno de la muerte en pacientes con hemorragia intracerebral espontánea.<sup>1</sup>

Vergara A, Rodríguez J, Barros P, Sánchez R y Quintero O. Realizaron una investigación con el objetivo de caracterizar tomográficamente la hemorragia intracerebral espontánea y su evolución. Realizando su investigación con una serie de casos que se les diagnosticó hemorragia intracerebral en el Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro de Villa Clara. Se determinó de la evaluación de los hematomas intracerebrales las variables tomográficas de interés. Encontrándose como resultados en lo que respecta a hemorragia intracerebral espontánea con 59 casos, de localización lobar se evidencio 23

casos, del desplazamiento severo de la línea media se vio 4 casos, con volumen mayor de 80 ml solo 2 casos y con la apertura al sistema ventricular 8 de 11 casos, los cuales se evolución fue desfavorable. Los pacientes con diámetro mayor de 4cm fue de localización talámica, y los que tenían apertura al sistema ventricular, perecieron. Respecto a los casos con hemorragia putaminal, mayor a 4cm y los casos con hematomas de la fosa posterior con hidrocefalia evolucionaron desfavorablemente. Los hematomas lobares, son los que en su mayoría evolucionaron favorablemente, a diferencia de los casos cerebelosos, y de tallo. Llegando a la conclusión que las variables que más influyeron en la evolución desfavorable resultaron: el volumen mayor de 80 ml, el desplazamiento severo de la línea media, el tamaño superior a 4 cm, la hidrocefalia, la apertura al sistema ventricular, entre otros signos de efecto de masa y la localización en el tallo.<sup>2</sup>

Betancourd R. Realizo una investigación con el objetivo de Demostrar los factores de mal pronóstico en pacientes ingresados en el Hospital Manuel Ascunce Domenech que presentaran hemorragia subaracnoidea espontánea, durante el periodo comprendido entre enero del 2014 a julio del 2015. Realizando su investigación de tipo observacional analítico y prospectivo. La población fue compuesta por 35 casos con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea delimitados por los criterios de inclusión y exclusión. La muestra del estudio estuvo en concordancia con la población. Para el análisis estadístico se procedió a utilizar: porcentajes, estrategias multivariadas y univariada. Teniendo como resultado el sexo femenino fue el que predominó con edades oscilantes entre 44 y 56 años, los casos con estado clínico inicial grado II de la escala de tomográfica de Fisher y grado II según la escala de Hunt y Hess. La causa más frecuente fue la aneurismática. Se demostró el predominio de la flebitis, el resangrado, la bronconeumonía nosocomial, y el vasospasmo. Se evidenció 17 casos con evolución desfavorable y 18 con evolución favorable. Concluyendo de esta manera que según la escala Hunt y Hess, los factores de mal pronóstico en el estado clínico al ingreso fueron los grados III–IV–V. La determinación de la heterogeneidad de los pacientes

estudiados, sesgos estadísticos y diferentes puntos de vista sobre las escalas de valoración, el pronóstico y las variaciones regionales en el tratamiento, limitan los factores pronosticos.<sup>3</sup>

Vilalta J, Arian F, Torne R, Najarro R, Lopez D, Rodriguez A, Gandara D y Baños P. Realizaron una investigación con el objetivo de Conocer las causas de la mortalidad en la hemorragia cerebral de los pacientes con malformaciones arteriovenosas (MAV) tratadas en un hospital terciario. De un registro prospectivo de malformaciones vasculares se han seleccionado los pacientes que fallecieron con MAV en el período 1990-2014. Se han revisado aspectos demográficos, localización de la MAV, aneurismas asociados y tratamientos previos. Se han establecido tres causas principales de muerte: sangrado inicial/resangrado, relacionadas con el tratamiento de la MAV y otras causas no relacionadas con la MAV. Se trató a 400 pacientes de MAV, 216 (54%) con MAV rotas, de los que fallecieron 26 (12,1%) por hemorragia cerebral. La media de edad del grupo de pacientes fallecidos fue de 48,8 años (rango: 8-78 años). Veinte (76,9%) ingresaron en coma (escala de coma de Glasgow < 9). En cinco casos (19,2%), el sangrado se debió a un aneurisma asociado. Un porcentaje muy elevado (38,5%) tenía la MAV en la fosa posterior. Tres pacientes habían recibido previamente en otros centros tratamientos no curativos de la MAV. Del total, seis (23,1%) recibieron tratamiento endovascular/quirúrgico en nuestro hospital, y hemos asumido que, por la indicación o por el momento en que se realizó, la causa de la muerte se relacionaba con el tratamiento, aunque dos pacientes jóvenes se operaron con midriasis bilateral. Un paciente falleció por un glioblastoma asociado, y el resto, 19 (76%), por el resangrado o el daño cerebral inicial. Llegando a la conclusión que las causas de mortalidad puede contribuir a mejorar el resultado clínico, sobre todo en los casos en que podría estar indicado un tratamiento precoz.<sup>4</sup>

Perez A, Garcia A, Sosa E y Padron F. realizaron una investigación con el objetivo de demotrar los factores relacionados con la mortalidad a corto plazo

de la hemorragia intracerebral. Realizando una investigación de cohorte, retrospectivo y analítico con los pacientes ingresados por hemorragia intracerebral en los servicios de terapias y urgencia del Hospital. Se procedió a utilizar factores imagenológicos que planteaban de manera hipotética muerte por hemorragia intracerebral, además de factores demográficos y clínicos. Obteniendo como resultados, referente al grupo etario comprendido entre 70 - 79 años obtuvo mayor mortalidad con 76,2 % de fallecimientos además de un elevado número de pacientes con hemorragia intracerebral. Se evidencio además que un 60 % de casos de pacientes que padecían de fibrilación auricular los cuales consumían anticoagulantes como tratamiento fallecieron, a diferencia del 67 % de pacientes que no consumían ninguna medicación los cuales sobrevivieron. Se evidencio además que la asociación independiente entre la cardiopatía isquémica y hemorragia intracerebral al evento muerte fue del 0%, mientras que en los casos con alguna neumopatía infecciosa obtuvieron una mayor proporción de fallecidos 73,1 %. Asi mismo los casos que llegaron con incontinencia urinaria y alteración del estado de conciencia se relacionaron directamente con mayor mortalidad 69,1 % y 77,5 % respectivamente. Los que presentaron un mayor volumen de 50 ml y que además obtuvieron una extensión ventricular del hematoma, presentaron entre 8 y 13 veces más probabilidades de fallecer que los restantes<sup>5</sup>.

Arce J realizo un estudio para determinar Efectos de la edad sobre la morbimortalidad de la hemorragia intracraneal. Su objetivo principal fue demostrar los factores de riesgo de su población y comparar la frecuencia y complicaciones asociadas entre de pacientes menores de 50 años y pacientes mayores de 50 años con hemorragia intracraneal. Se elaboró con ambos grupos mencionados, dos cohortes los cuales se trabajaron en el Hospital Nacional de Itauguá en el período 2013-2014. Se incluyó 53 casos en la cohorte 1 y 89 casos en la cohorte 2. Ambos cohortes eran parecidas en sus características clínicas y demográficas. La mortalidad fue mayoritario en lo que respecta a la cohorte 2. En lo que se observó en la escala de Glasgow fue mayor en la cohorte 1 el número de egresos. No se evidencio

desigualdades representativas entre ambos grupos poblacionales, en lo que respecta a incidencia de complicaciones neurológicas e infecciosas derivadas del hematoma. Determinando de esta manera que la HIC en pacientes mayores de 50 años de edad se asocia a un aumento de mortalidad teniendo en cuenta factores de riesgo tales como Hipertension arterial, diabetes mellitus, Obesidad, Enfermedad renal crónica, Neoplasia, Etilismo, tabaquismo y anticoagulacion<sup>18</sup>.

Escobar V, Zaldivir M, Rodriguez G y Cabrera J. realizaron un estudio descriptivo y longitudinal con el objetivo de describir los factores de riesgos prevaletentes en los pacientes ingresados por accidente cerebrovascular. Procedieron a tomar una muestra de 144 casos los cuales ingresaron por dicha patología en el servicio de urgencias del Hospital Clinicoquirúrgico Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Se efectuó su instrumento el cual fue una encuesta que caracterizó diversas variables tales como hipertensión arterial con un 81%, tabaquismo 72% , diabetes mellitus 63% y alcoholismo con 15% los datos obtenidos se codificaron manualmente. Obteniendo como resultado que la presentación más frecuente de enfermedad cerebrovascular fue la hemorragia subaracnoidea, seguida directamente por la hemorragia cerebral. La patología que se identificó como causas no traumáticas de mayor frecuencia a la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Concluyendo de esta manera que los la mayor asociación a la enfermedad cerebrovascular como factores de riesgo fueron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la edad avanzada, seguidos por el tabaquismo y alcoholismo. En contraste a con un control inadecuado de estas patologías<sup>19</sup>.

Gonzales R, Herrera G, Ramos Y, Mujica D y Gutiérrez M. Elaboraron un estudio observacional, descriptivo y transversal. Precediendo a ejecutar el estudio con una muestra de 451 conformándola adultos mayores, se aplicó una encuesta que recogió datos generales del paciente tipo de ictus, factores de riesgo presentes, método utilizado para corroborar el diagnóstico, secuelas

y nivel de recuperación. Obteniendo como resultado que el tipo de ictus encontrado fue el isquémico con un 69% a diferencia del hemorrágico que fue del 30%, los factores de riesgo más representativos fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Concluyendo de esta manera que la corrección de los factores de riesgos y el diagnóstico oportuno permite una mayor recuperación de los pacientes con enfermedad cerebrovascular<sup>20</sup>.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales:**

Anicama A, Vasquez k y Pineda A realizaron una investigación para determinar la calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular que ingresaron a consultorio externo del Hospital Regional de Ica. Efectuando un estudio aplicado, no experimental, transversal, cualitativo, de nivel descriptivo. La población fue conformada por pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, entre los cuales constituyeron según sus resultados un 17.9% de casos como hemorragia intracraneal. La Muestra de su estudio fue un total de 56 casos, de los cuales 52% eran de sexo masculino, con una media de edad de 72,66 años, como factor de riesgo más frecuente se evidencio la hipertensión arterial con 69,64%; se encontró un mayor compromiso del papel emocional con 38,99 puntos y el rol físico con un 32,26 puntos, mientras una mejor percepción en la dimensión del dolor corporal 53,49 puntos y función social 55,37 puntos. Concluyendo de esta manera que el rol físico fue la dimensión más afectada seguida de dolor corporal y función social, así mismo los hombres obtuvieron mayor puntaje como también fueron los que mayor presentaron hipertensión arterial como factor de riesgo<sup>6</sup>.

Angulo Y, Rabanal E, Bedoya V, Sanchez D, Callupe G, Marin J, Roca J y Quezada H. Realizaron una investigación con el objetivo de demostrar factores asociados a la ruptura de aneurismas cerebrales en pacientes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Efectuando una investigación tipo descriptiva, analítica y de corte transversal analizando: 69 casos de hospitalizados, 18 casos con diagnóstico de aneurisma cerebral sin ruptura, 51 casos con diagnosticó de hemorragia subaracnoidea aneurismática. La

hipertensión arterial, edad, sexo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, consumo de alcohol, café y tabaco; Ubicación y el volumen del aneurisma fueron evaluados como factores asociados mediante las pruebas de Student; Odds Ratio, de Chi-Cuadrado. Obteniendo como resultado que la localización más frecuente de los aneurismas fue en la arteria comunicante posterior (37.3%). Se encontraron seis casos de aneurismas múltiples, de estos, un 66.6% culminaron en HSA. Se encontró diferencias significativas entre el sexo femenino ( $p=0.007$ , OR=0.09; IC95%: 0.01-0.74), la localización del aneurisma intracraneal ( $p=0.031$ ,  $p<0.05$ ) relacionados con el suceso de ruptura de aneurismas cerebrales. Concluyendo de esta manera que en los pacientes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, la localización del aneurisma cerebral y el sexo femenino han sido causas asociadas al desarrollo de Hemorragia subaracnoidea aneurismática. Los resultados obtenidos no significativos en los demás factores postulados se podrían explicar por una deficiente recolección de datos en la historia clínica<sup>7</sup>.

Vargas K. Realizo una investigación titulada Volumen del hematoma mayor a 60 centímetros cúbicos como predictor de mortalidad intrahospitalaria en hemorragia intracerebral espontánea supratentorial en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Realizando un estudio observacional, retrospectivo, analítico, de cohortes en pacientes con hemorragia cerebral espontánea supratentorial; se calculó el riesgo relativo entre las variables en estudio y se aplicó la prueba Chi cuadrado para verificar la significancia. Obteniendo como resultado que La frecuencia de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con volumen del hematoma mayor a 60 centímetros cúbicos fue de 66%. La frecuencia de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con volumen del hematoma menor o igual a 60 centímetros cúbicos fue de 20%. El volumen del hematoma mayor a 60 centímetros cúbicos es factor pronóstico de mortalidad intrahospitalaria en hemorragia intracerebral espontánea supratentorial con un riesgo relativo de 3.3 el cual fue significativo. El promedio del volumen del hematoma fue significativamente más elevado en el grupo de pacientes fallecidos respecto a los sobrevivientes. Concluyendo de esta



manera que el volumen del hematoma mayor de 60 cc tiene valor como predictor de mortalidad intrahospitalaria en hemorragia intracerebral espontánea supratentorial en el Servicio de Neurología del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray durante el periodo 2013- 2016<sup>8</sup>.

Rojas F. realizó una investigación titulada: Características clínicas, epidemiológicas y de neuroimagen en pacientes con diagnóstico de hemorragia sub aracnoidea. Realizando su investigación de tipo descriptivo y de cohorte transversal donde se analizó las historias clínicas de pacientes con esta patología en el Hospital Regional Docente de Trujillo desde el 2009 al 2013 con una ficha de recolección de datos. Dentro de los cuales de los 103 solo 86 cumplieron los criterios de selección establecidos. En lo que respecta a sexo las mujeres presentaron un 67.44% y los varones 32.56%. En función a la edad se presentó de 15 años a 83 años. El promedio de la edad en las mujeres fue de 53.06 años y en varones 46.57 años. Se evidencio además que en la población estudiada presentaba hipertensión arterial con 54.65%, diabetes mellitus tipo 2 con 8.14%, hipercolesterolemia con 6.98%. Como hábitos nocivos se evidenció: consumo de café 16.28%, alcohol 11.63% y tabaco 4.65%. En lo que respecta a localización del aneurisma el 42.22% fue en la comunicante anterior, 37.78% en la arteria carótida interna ,13.33% en la cerebral media y 13.33% en la comunicante posterior. Concluyendo de esta manera que la hemorragia afecto mayoritariamente a las mujeres, el promedio de la edad fue de 51 años, el síntoma inicial que estuvo presente en el 100% de los casos fue la cefalea. La tasa de letalidad fue de 11.63%. La localización más frecuente fue en la arteria comunicante anterior predominando la forma sacular en el 91.8% del total de casos<sup>9</sup>.

Alvarado M, Angeles M, Loza J y Malaga G. Realizaron una investigación con el fin de determinar el pronóstico al año después de sufrir un accidente cerebrovascular. El estudio es de tipo descriptivo de cohorte prospectivo, se inició un seguimiento a todos los pacientes seleccionados, los cuales conformaron una muestra de 101 casos. Como resultados de esta

investigación se evidencio que el 20.8% falleció durante el seguimiento, de este valor 14.8% corresponde a los pacientes que fallecieron por hipertensión arterial, 26.3% corresponde a pacientes con diabetes mellitus que también perecieron, 16.3% a pacientes con tabaquismo y un 37.5% pertenecieron a pacientes fallecidos por fibrilación auricular. La presentación del accidente cerebrovascular fue de 18.9 % para el isquémico y 33.3% para el hemorrágico. Concluyendo de esta manera que el riesgo de fallecer se da en relación 1 a 5 en pacientes con causas no traumáticas previas a la defunción, así mismo la presentación del tipo de accidente cerebrovascular en estos casos fue del tipo hemorrágico, orientándonos de esta manera sobre la elevada frecuencia de la hemorragia intracraneal en estos casos<sup>10</sup>.

## **2.2 Bases teóricas:**

### **2.2.1 Hemorragia intracraneal:**

(Jaime Mata Lopez en su tesis de Grado 2015), indica: “Que la incidencia mundial de Hemorragia Intracraneal alcanza los 10 – 20 casos/100.000 habitantes/año, estimándose que dichas cifras se duplican cada 10 años después de los 35 años. Por ejemplo en España la incidencia asciende hasta los 15 casos por 100.000 habitantes/año, siendo más frecuente en varones mayores de 55 años de edad. La hemorragia intracraneal es la tercera causa de muerte después de la patología cardíaca isquémica y de las neoplasias, mediante un estudio que de 241 pacientes con diagnóstico de Hemorragia intracraneal, de 122 para un 50,6% pertenecieron al sexo masculino y 119 para un 49,4% al femenino”<sup>11</sup>.

Según resultados de la OMS, los países de ingresos bajos tienen mayores tasas de hipertensión, diabetes, colesterinemia, accidentes cerebrovasculares, cardiopatía coronaria, además de los factores no modificables como la edad, género, alcoholismo, sobrepeso y se puede observar un 81% de accidentes de tránsito que en conjunto o por separado traen como resultados la presencia de hemorragias intracraneal <sup>21</sup>.

Según el autor Jaime Mata Lopez en su tesis de Grado describe: “La Hemorragia Intracraneal es una repertorio hemático dentro del parénquima encefálico, que se provoca por una ruptura vascular, con o sin comunicación ventricular y/ o a espacios subaracnoideos, cuya forma, tamaño y localizaciones variable. Esta se puede producir en el interior del cerebro o alrededor del mismo. Las que se originan en el interior del cerebro tienen las siguientes denominaciones en función del área en que ocurren: si es en el interior del cerebro se denominan hemorragias Intracerebral, entre el cerebro y el espacio subaracnoideo, hemorragias subaracnoideas, entre las capas del revestimiento del cerebro, hemorragias subdurales, y las que se producen entre el cráneo y el revestimiento del cerebro son hemorragias epidurales. De forma Independiente de donde ocurre la hemorragia, las células cerebrales resultan destruidas. Asimismo, debido a que el cráneo no permite la expansión de los tejidos que contiene, un derrame de sangre aumenta de forma rápida y peligrosa la presión en el cerebro. Una hemorragia intracraneal es un derrame de sangre en el interior del cráneo, donde esta puede producirse en el interior del cerebro o alrededor del mismo, las que se producen en el interior del cerebro tienen las siguientes designaciones en función al área en que ocurren:

- Hemorragias Intracerebral: se producen en el interior del cerebro.
- Hemorragias subaracnoideas: se producen entre el cerebro y el espacio subaracnoideo.
- Hemorragias subdurales: se producen entre las capas del revestimiento del cerebro.
- Hemorragias epidurales: se producen entre el cráneo y el revestimiento del cerebro.

En específico la hemorragia intracraneal es una extravasación aguda y espontánea de sangre dentro del parénquima cerebral. Es la variedad de hemorragia intracraneal más frecuente, correspondiendo al 10 al 30% de los accidente cerebrovascular”<sup>11</sup>.

-Clasificación de la hemorragia intracerebral:

Dependiendo de la causa subyacente al sangrado de la misma esta se clasifica en primaria y secundaria. La primaria representa del 78 al 88% de todos los casos, teniendo su origen en la ruptura espontánea de pequeños vasos lesionados por hipertensión arterial crónica o por angiopatía amiloide.

La secundaria ocurre en una minoría de pacientes, encontrándose asociadas a anomalías vasculares, como malformaciones arteriovenosas y aneurismas, tumores o alteración en la coagulación. La hemorragia Intracerebral se divide además en dos tipos: la hemorragia denominada parenquimatosa y la hemorragia de tipo ventricular. La diferencia básica entre las dos hemorragias se define de acuerdo a su localización. La hemorragia parenquimatosa es la presencia de sangre por extravasación de vasos en el parénquima cerebral. Puede ser de dos tipos según primaria o secundaria: La hemorragia parenquimatosa primaria es la que se produce por la rotura de un vaso sanguíneo por causa de un proceso degenerativo como la arteriosclerosis o la angiopatía amiloide. Por su parte la hemorragia parenquimatosa secundaria se debe a otras causas como anomalías congénitas como pueden ser las malformaciones vasculares, vasos neo formados por ejemplo las hemorragias intratumorales o de vasos alterados por procesos inflamatorios como las vasculitis o aneurismas nicóticos. Por su parte la hemorragia ventricular es la presencia de contenido hemático dentro del interior de los ventrículos. Puede ser también de tipo primaria o secundaria. La hemorragia ventricular primaria es cuando se encuentra sangre solo en los ventrículos y su frecuencia por ende es muy baja. La secundaria ventricular se asocia más a traumatismos cuando la sangre proviene de otro sitio diferente a los ventrículos como del espacio subaracnoideo y del parénquima<sup>11</sup>.

### **Causas de hemorragia intracraneal:**

Para definir las causas de hemorragia intracraneal se debe tomar en cuenta la etiología que las ocasiona, Por la forma de presentación se describe a la de origen traumático como más frecuente, sin embargo se debe tener en cuenta las causas no traumáticas, las cuales se presentan de manera silenciosa y llegan a participar de manera relevante en la génesis de esta patología. Si tenemos en cuenta todos los grupos de edad, sexo y raza, la hipertensión arterial es una de las causas no traumáticas más importante para las Hemorragias intracraneales. La Hipertensión arterial puede afectar a todos los grupos de edad, su rol en las Hemorragias intracraneales es más determinante en las personas más jóvenes. Se conoce que más del 80% de los pacientes menores de 55 años con Hemorragia intracraneal son hipertensos, siendo este porcentaje de alrededor de un 50% en los pacientes mayores de 75 años. El alcohol es un factor de riesgo dependiente de la dosis que se consume y que potencia la acción de la Hemorragia intracraneal y altera la coagulación por afectación hepática. No se ha encontrado una relación directa entre la diabetes y el riesgo de padecerá la misma, al contrario de lo que ocurre con la patología cerebrovascular isquémica. El tabaco por su parte aumenta el riesgo de Hemorragia intracraneal, pero mucho más el de la hemorragia subaracnoidea, que es entre dos a tres veces superior en sujetos fumadores. Se ha justificado la relación entre cifras altas de colesterol y Hemorragia intracraneal dado por el aumento de la ingesta de ácidos grasos polinsaturados, que reducen la agregabilidad plaquetaria. La migraña, el frío y las odontalgias son también factores de riesgo de padecerla. La Hemorragia intracraneal ha sido vinculada a diversas causas no traumáticas como hemos visto entre ellos se encuentra la edad, la raza y el consumo de tabaco, siendo la causa más común el daño en las paredes de los vasos sanguíneos como consecuencia de la hipertensión arterial, por lo tanto, esta última, se muestra como el principal factor de riesgo para esta patología. Entre las principales causas en mención tenemos:

**Causas traumáticas:** Traumatismos, accidentes de tránsito<sup>11</sup>.

**Causas no traumáticas:** Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Alcoholismo, Hipercolesterolemia, Consumo de tabaco, aneurismas<sup>11</sup>.

**Hipertensión Arterial:**

Según Rivera J, Sánchez R y Sánchez M. Describen: La presión arterial se define como la medición de la fuerza resultante ejercida contra el endotelio de las arterias a medida que el corazón eyecta sangre por todo el cuerpo. La hipertensión arterial es de esta manera, el aumento crónico de la presión arterial. Siendo una patología que en sus inicios no da síntomas durante mucho tiempo y si no se trata adecuadamente puede ocasionar complicaciones severas como una hemorragia o trombosis intracerebral o un infarto agudo al miocardio, por lo que es relevante controlar adecuadamente esta patología. Como consecuencia primaria de la hipertensión arterial, es el daño al endotelio de las arterias, que a medida que sufren más lesiones en forma constante se endurecen y se hacen más gruesas, perjudicando de esta manera la luz vascular y por ende la irrigación de los tejidos. Esta reducción y endurecimiento de las paredes de las arterias se conoce como aterosclerosis. Para definir, mejor la tensión arterial se debe mencionar dos componentes:

a. La tensión sistólica es la medición en mmHg más elevada. Representa la tensión que se genera en las cavidades cardiacas cuando bombea la sangre al resto del cuerpo.

b. La tensión diastólica es la medición en mmHg más baja. Describe a la presión que se genera en los vasos sanguíneos entre las contracciones ventriculares. La tensión arterial alta se diagnostica cuando una de estas dos mediciones o ambas están elevadas. La tensión arterial alta también se conoce como Hipertensión. Una presión arterial denominada como normal es cuando la presión arterial presenta una medición menor a 120/80 mmHg. La mayoría de las veces, una presión arterial alta denominada como hipertensión es cuando la presión arterial es mayor o igual a 140/90 mmHg la mayoría de las veces. La hipertensión arterial se asocia frecuentemente a una alta tasa de mortalidad y morbilidad considerablemente elevada, por lo que se

considera desde un punto de vista en salud pública un problema muy relevante, especialmente en los países en vías de desarrollo, afectando aproximadamente a de mil millones de personas a nivel mundial. La Hemorragia Sub Aracnoidea es el factor de riesgo más frecuentemente asociado con un 55-81%, y su ubicación con mayor frecuencia según la neuroanatomía es en los ganglios basales. Se sabe además que la Hemorragia Sub Aracnoidea incrementa hasta 4 veces el riesgo de Hemorragia Intracraneal, que el 91% de los pacientes se encuentran hipertensos en el momento de la Hemorragia Intracraneal y que el 72% de estos casos son hipertensos conocidos y mal controlados<sup>12</sup>.

#### **Aneurismas intracraneales:**

Según Gonzales M, Montenegro L, Sotomayor M, y Tanta L describen: La presencia de aneurismas intracraneales múltiples es relativamente común, se estima de todos los pacientes con aneurismas un aproximado del 23 % de casos. Existen predominantemente factores de riesgo íntimamente asociados, los cuales son: la hipertensión arterial, el sexo femenino, tabaquismo e indudablemente antecedentes de historia familiar de enfermedades cerebrovasculares o aneurismas intracraneales. La localización específica de un aneurisma roto se puede determinar con un elevado índice de precisión con angiografía digital cuando se ejecuta adicionalmente con una resonancia magnética y con una tomografía axial computarizada. En promedio un aneurisma roto múltiple no tratado es entre el 1 y el 2.2%. En lo que respecta al volumen crítico asociado con riesgo significativo de hemorragia fue 7 mm. La forma de presentación de los aneurismas múltiples se da en todo el recorrido en la bifurcación de la arteria cerebral media y a lo largo de la arteria carótida interna. Después de evidenciar el sangrado de alguno de los aneurismas identificados, se procede a diagnosticar que arteria fue la que sangró, ya que es una prioridad para realizar el clipado, esto es relevante especialmente cuando todos los aneurismas no pueden ser clipados con un solo procedimiento. La mayoría de los aneurismas intracraneales múltiples

que se ubican en la circulación anterior pueden ser clipados mediante abordaje frontotemporo-esfenoidal; así como también, aneurismas localizados en el lado opuesto al abordaje inicial. Asimismo, en lo que respecta a nuevas técnicas endovasculares, permiten resultados mucho más beneficiosos para el paciente, permitiendo realizar procedimientos combinados<sup>13</sup>.

### **Tabaquismo en hemorragia intracraneal:**

Según Juan Arce en su tesis de grado Describe: La incidencia de ictus hemorrágico fue de un 2.5 mayor en los fumadores a diferencia de los no fumadores, independientemente de la edad, consumo de alcohol, hematocrito, presión arterial diastólica, niveles de colesterol, e índice de masa corporal. Sin embargo, la escasez de datos de neuroimagen o necróticos no permitía descartar que la hemorragia cerebral fuera secundaria a otras etiologías.<sup>18</sup>

Según Fernández J en su trabajo describe: El consumo de tabaco es un relevante Factor etiológico para la génesis del ictus isquémico como del hemorrágico. Básicamente aumenta el riesgo de accidente cerebro vascular isquémico y aumenta entre 2 y 4 veces. Los pacientes que tienen el hábito de tabaquismo tienen un riesgo aumentado mayor a tres veces de sufrir una hemorragia cerebral que los no fumadores, el cual aumenta proporcionalmente conforme consume un mayor número de cigarrillos diarios y es mayor en el género femenino que en el masculino. El riesgo para los consumidores de tabaco es de < 20 y ≥ 20 cigarrillos/d es de 3.3 y 5.6 comparándolo en contraste con los no fumadores, respectivamente, así mismo los fumadores pasivos conllevan un riesgo aumentado de ictus. El tabaquismo contribuye a una génesis acelerada de formación de trombos en la luz de arterias de pequeño volumen, y esto sumando a sus efectos crónicos puede conllevar a la formación de placas de ateroma. Los cuales podrían desencadenar en una hipoxia con el siguiente infarto del tejido comprometido, esto aumenta aún más el riesgo de ictus. El hábito de fumar estimula el aumento de la agregación plaquetaria, la concentración sérica de fibrinógeno



y otros factores de la coagulación, además de la presión arterial y disminuye la del colesterol transportado por lipoproteínas de alta densidad conocidas como HDL, haciendo aún más sensible a los pequeños vasos del colesterol de baja densidad denominados como LDL, los cuales lesionan el endotelio, contribuyendo a la progresión de la génesis de aterotrombosis. Fumar un cigarrillo estimula a la aceleración de la frecuencia cardiaca, la presión arterial media y reduce la distensión arterial. Además de aumentar el riesgo de ictus trombótico y embólico, fumar triplica aproximadamente el riesgo del ictus criptogénico en individuos de bajo potencial aterosclerótico y cardioembólico. La eliminación del tabaquismo reduce el riesgo de ictus y otros eventos vasculares a un nivel que se aproxima, sin llegar a alcanzar, al de los que nunca han sido fumadores. La atribución del riesgo por consumo de tabaco se reduce en pacientes de la tercera edad debido a aparición de otras enfermedades<sup>15</sup>.

Según Berenguer L y Perez A. Según su trabajo: Los efectos nocivos que afectan a la salud cardiovascular hacen su aparición cuando se comienza a fumar y son, sin embargo los primeros que se pueden revertir al dejar de consumir cigarrillos. Se calcula que, por cada 10 cigarrillos que se consumen por día, la mortalidad por enfermedad cardiaca aumenta 18 % en el género masculino y 31% en el femenino. Las complicaciones nocivas por el consumo de tabaco en el sistema cardiovascular incluyen: accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria enfermedad vascular periférica y aneurisma de la aorta abdominal. La enfermedad vascular periférica se asocia predominantemente con el consumo de tabaco como principal factor de riesgo. La asociación a esta patología es elevada; más de 80 % de los pacientes que padecen de claudicación intermitente clásica fuman más de 2 paquetes de cigarrillos por día. Los fumadores, en especial de género masculino, presentan un elevado riesgo de sufrir un aneurisma de la aorta abdominal, sin embargo el riesgo aumenta directamente con el aumento del consumo de cigarrillos. Teniendo en cuenta lo antes mencionado podemos afirmar que el tabaquismo aumenta

el riesgo relativo de la Enfermedades cerebro vasculares 1,56 en pacientes de género masculino y 1,86 en el femenino, Después de evitar otras causas. La Enfermedad cerebro vascular hemorrágica ha sido asociada directamente con el tabaquismo. El riesgo es elevado para la hemorragia subaracnoidea, moderado para el infarto cerebral y menor para la hemorragia intracerebral<sup>16</sup>.

### **Diabetes Mellitus tipo II:**

Según Jaime Mata Lopez describe en su trabajo: La diabetes mellitus tipo II es otra de las enfermedades que ha tenido gran impacto en la población a nivel mundial, aquejando a los sistemas sanitarios de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Se define como una enfermedad crónica generada por una alteración en la producción o recepción de la insulina, ocasionando de esta manera alteraciones en el organismo para poder regular eficientemente la glucosa a nivel sérico. La diabetes es producida por la ausencia parcial o total de insulina, lo que impide la regulación adecuada de la glucosa en la sangre, la cual en exceso o en ausencia, suele provocar graves consecuencias para la salud humana. Esta patología representa un problema por el déficit en la forma en la que el cuerpo produce o utiliza la insulina. Puede presentarse como una producción insuficiente de insulina o una resistencia a la misma para el uso de las células del cuerpo. Algunos factores de riesgo que predisponen a un individuo a desplegar una diabetes mellitus tipo II incluyen:

- Una dieta hiperlucida o hipergrasa
- Elevado Peso, especialmente alrededor de la cintura
- Una Historia con antecedentes familiares.
- Un bajo nivel de actividad física que lleva a presentar un Sedentarismo.
- Edad superior a 45 años
- Etnia afroamericana, hispanoamericanos e indígenas americanos<sup>11</sup>.

### **Alcoholismo:**

El consumo habitual de alcohol, Afecta de manera directa el parénquima hepático, sobre todo la ingesta de importantes cantidades de manera regular

aproximadamente más de 300 gramos de alcohol por semana. Se debe tomar en cuenta como una causa no traumática de hemorragia intracraneal debido a que lesiona en forma temprana el endotelio vascular de los pequeños vasos además de ocasionar desordenes de la hemostasia. La hepatopatía producida por el mismo consumo crónico de alcohol, que se estima en un tiempo aproximado mayor a 10 años, desencadena desordenes hematológicos por la disminución de factores de coagulación, debido a una síntesis incorrecta ocasionado por la reducción y lesión de los hepatocitos del parénquima hepático entre los factores que disminuyen tenemos: La protrombina, Factores de coagulación tales como VII, IX, X, proteína C, proteína S. En un estado normal el sistema fisiológico de la coagulación se encuentra inactivado, listo para activarse en pocos segundos después de la aparición de alguna lesión. Para la activación de la hemostasia a nivel endotelial se necesita un estímulo el cual es identificado como la lesión misma. Esta activación se provoca por contacto del tejido subendotelial con la sangre. La activación de la hemostasia se divide en tres pasos principales: la hemostasia primaria, la hemostasia secundaria y la fibrinólisis; presentando en todos los pasos una participación directa entre la sangre y la pared vascular. En lo que respecta al primer paso denominado hemostasia primaria se activa a los pocos segundos de producirse una lesión en cualquier tejido activando conjuntamente las plaquetas y la pared vascular, debido a esto tiene una relevancia enorme para parar la salida de contenido hemático en las arteriolas pequeñas, capilares y vénulas. Esto desencadena además una vasoconstricción expulsando la sangre fuera del área lesionada. Las plaquetas se activan y se adhieren al endotelio del vaso lesionado y se adicionan una tras otra conformando el tapón plaquetario. De esta manera cede temporalmente la hemorragia y se sella la lesión de la pared del vaso. La agregación plaquetaria en el endotelio de la pared del vaso está mediada por la homeostasis entre dos prostaglandinas denominadas prostaciclina y tromboxano A2. Esta a su vez es favorecida por diversos factores siendo uno de ellos el factor von Willebrand. La hemostasia secundaria o se da por la acción de factores de

coagulación y proteínas plasmáticas entre sí, activándose una serie de eventos en cadena produciendo la formación de fibrina. La fibrina sintetizada estructuralmente una malla bien definida que reforzará al trombo plaquetario pre establecido constituyéndose finalmente un trombo o coagulo definitivo. En el mencionado proceso intervienen directamente proteínas procoagulantes los cuales se conocen como los doce factores de coagulación responsables de la síntesis de fibrina y proteínas reguladores anticoagulantes, los cuales controlan la coagulación. Impidiendo de esta manera, una activación descontrolada de estos factores evitando la producción de una coagulación generalizada. Teniendo en cuenta lo antes mencionado, el alcohol no solo altera este mecanismo fisiológico, sino que además, altera la producción de la medula, específicamente ocasiona una plaquetopenia. Este hecho más la adición del déficit de vitamina K que el alcoholismo genera dificulta aún más la hemostasia primaria. Como sabemos la vitamina K necesita indispensablemente sales biliares para su correcta absorción, debido a ella una colestasis intra- o extrahepática puede afectar la absorción normal de la misma. Las proteínas C y S y los factores de coagulación II, VII, IX y X, necesitan que esté presente la vitamina K para una función y síntesis adecuadas. La  $\gamma$ -carboxilación de los residuos de ácido glutámico en la región amino terminal necesitan de vitamina K como cofactor para su correcto metabolismo. Los iones calcio se unen permisivamente a los residuos  $\gamma$ -carboxilados permitiendo una adecuada actividad fisiológica de estos factores dependientes de vitamina K. Como se evidencia el déficit de esta vitamina más la adición de la plaquetopenia y la disminución de los factores de coagulación por el daño hepatocelular ya mencionados, serian factores cruciales para la génesis de una hemorragia más específicamente de una hemorragia intracraneal siendo el alcohol el principal responsable de este evento<sup>17</sup>.

### **Hipercolesterolemia:**

Según Castillo J y Oscanoa T. en su investigación describen: La hipercolesterolemia es otra de las patologías que debe ser tomado en cuenta como causa no traumática debido a que contribuye a la formación de placas de ateromas los cuales con el pasar del tiempo y adicionándose patologías tales como la hipertensión arterial no controlada pueden desencadenar en una hemorragia intracraneal. Una apropiada identificación y control de los factores de riesgo que inciden en la presencia de una Hipercolesterolemia podrían ser de utilidad, con el fin de disminuir o prevenir el daño posterior que conlleva a una disminución de la calidad de vida así como a la productividad de la población. Existe a nivel mundial un alto índice de personas que padecen de obesidad, de este porcentaje el Continente Americana participa con un 26%, en Asia el porcentaje es menor pero no deja de ser importante, mientras que en Ecuador más de la mitad de la población tienen un diagnóstico de obesidad. Entre los factores nutricionales de mayor importancia y que influyen en la presencia de la hipercolesterolemia se tiene como evidencia una dieta inadecuada rica en grasas, no obstante existen otras causas que generarían el aumento de los niveles de colesterol, entre esas causas se encuentran:

- Dietas hipergrasas: La ingesta en exceso de grasas animales o alcohol origina que el organismo se altere y consuma otros tipos de nutrientes favoreciendo la elevación del colesterol.
- Enfermedades hepáticas, renales y endocrinas, así como la administración de ciertas sustancias aumentan la síntesis de la lipoproteína de baja densidad conocida como LDL.
- Hipercolesterolemia familiar: Se define como de una enfermedad hereditaria producida por una alteración genética que evita que la lipoproteína de baja densidad LDL sea degradada.

La hipercolesterolemia es una enfermedad adquirida ya sea por malos hábitos alimenticios y por estilos de vida inadecuados, con ingesta alta de alcohol y tabaquismo en exceso<sup>14</sup>.

La hipercolesterolemia se manifiesta con niveles de colesterol elevado a una medida mayor a lo establecido, como máximo. Esta patología se manifiesta como una enfermedad asintomática hasta que aparecen las enfermedades vasculares tales como infarto, angina y otros eventos tales como accidentes cerebrovasculares de tipo hemorrágico. Así mismo se describe unas lesiones denominadas xantomas los cuales son el resultado de la infiltración de colesterol en la piel y tendones, pueden ser tendinoso o cutáneos y aparecen muy frecuentemente en las zonas interdigitales de las manos, rodillas, codos y glúteos. Por ubicación si estos aparecen en la región de los párpados reciben la denominación de xantelasma, aquellos no se describen como patognomónicos de la hipercolesterolemia, debido a que pueden aparecer en individuos con niveles normales de colesterol. En los pacientes que presentan elevados niveles de colesterol pueden presentar clínica descrita como malestar en el cuerpo, cefaleas, mareos, entre otros, corren el riesgo además de padecer aterosclerosis si este estado metabólico sigue avanzando<sup>14</sup>.

## **2.3 Hipótesis**

### **2.3.1.- Hipótesis:**

- El presente trabajo por ser de naturaleza descriptiva no lleva hipótesis

## **2.4 Variables e indicadores:**

En el presente trabajo de investigación se distingue la siguiente variable:

### **Variable principal:**

- 1- Causas no traumáticas de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

### **Indicadores:**

- Hipertensión arterial
- Aneurismas

- Tabaquismo
- Diabetes mellitus
- Alcoholismo
- Hipercolesterolemia

## **2.5 Definición operacional de términos:**

-Accidente cerebrovascular: sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral".

Aneurisma: Dilatación anormal de las paredes de una arteria o una vena.

-Arritmia: Falta de regularidad o alteración de la frecuencia de los latidos del corazón.

-Supratentorial: adj. Que está situado en la cavidad intracraneana por encima del tentorio o tienda del cerebelo.

-La escala de coma de Glasgow: es una escala diseñada para evaluar de manera práctica el nivel de Estado de Alerta en los seres humanos.

-Hemorragia subaracnoidea: es la extravasación de sangre dentro de los espacios que cubren el sistema nervioso central.

-hidrocefalia: Aumento anormal de la cantidad de líquido cefalorraquídeo en las cavidades del cerebro.

-Vasospasmo: Contracción de un vaso sanguíneo como respuesta a un estímulo, por ejemplo al frío, lo que disminuye o detiene el flujo de sangre.

-malformaciones arteriovenosas: Conexión anormal entre las arterias y las venas, generalmente en el cerebro o la espina dorsal.

-Estado de coma: El coma, llamado en ocasiones estado vegetativo persistente, es un estado de inconsciencia profunda.

-Hematoma: Mancha de la piel, de color azul amoratado, que se produce por la acumulación de sangre u otro líquido corporal, como consecuencia de un golpe, una fuerte ligadura u otras causas.

-Ventriculos cerebrales: Cavidad del cerebro por la que circula el líquido cefalorraquídeo.

-Hipocapnea: es una disminución del dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) disuelto en el plasma sanguíneo, en donde existe particularmente bajo la forma de ácido carbónico.

-Plasticidad cerebral: Se refiere a la capacidad del sistema nervioso para cambiar su estructura y su funcionamiento a lo largo de su vida, como reacción a la diversidad del entorno.

-Xantelasma: se denomina a pequeños tumores benignos o levantamientos grasos situados alrededor de los párpados, especialmente en la zona cercana al lagrimal.

-Cronicidad: Cualidad de lo que es crónico, en algunas enfermedades una única crisis sufrida por la paciente y, una vez superada la fase aguda, puede evolucionar hacia la cronicidad.

-Tratamiento endovascular: La terapéutica endovascular consiste en la realización de procedimientos y maniobras vasculares endoluminales por medio de catéteres que se introducen en la luz vascular (espacio entre las paredes del vaso) para recanalizar vasos estenosados (obstruidos) u obliterados.

-Ateroesclerosis: Variedad de arteriosclerosis que se caracteriza por el depósito de sustancias grasas en el interior de las arterias.

-Cerebelo: Parte posterior del encéfalo, constituida por una masa de tejido nervioso y que se encarga de la coordinación muscular y otros movimientos no controlados por la voluntad.



## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1.- Tipo de estudio:

El presente estudio es de Nivel Observacional, ya que no cuenta con la intervención del investigador para manejo de los datos, tipo Descriptivo, debido a que solo describió las causas no traumáticas más frecuentes de hemorragia intracraneal, encontradas en la muestra. Cuantitativo, ya que se cuantificara la frecuencia de la presencia de las causas no traumáticas de esta misma variable. Retrospectivo debido a que se recolectara los datos desde enero a diciembre del 2017. De corte transversal debido a que se realizara una sola toma de muestra para detectar la frecuencia de la variable ya mencionada.

### 3.2.- Área de estudio:

Se efectuó la toma de muestra con la revisión de historias clínicas que consignen las causas no traumáticas de hemorragia intracraneal en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

### 3.3.- Población y muestra:

**Población:** todos los pacientes con hemorragia intracraneal de etiología no traumática en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

**Muestra:** aún desconocida por ello se empleara la siguiente formula:

$$n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot q / e^2$$

Donde reemplazando tendríamos:

$$n = (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 / (0.05)^2 = 331$$

$$e = 0.05$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$Z_{\alpha^2}=1.96\%$$

### **3.4.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

Se efectuó la revisión de historias clínicas de los pacientes hospitalizados con hemorragia intracraneal previa coordinación con el departamento de docencia para los permisos pertinentes. Para seleccionar de esta manera las historias que consignen las causas no traumáticas de esta patología. Los datos del estudio se registraron manualmente mediante una “Ficha de Registro de datos”

### **3.5.- Diseño de recolección de datos:**

Se procedió a solicitar el permiso respectivo al departamento de docencia para que después tenga acceso las historias clínicas del servicio de estadística del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Se efectuó la toma de datos durante 6 días consecutivos de dichas historias clínicas en el periodo comprendido de enero-diciembre del año 2017 que presenten las causas ya mencionadas.

Se procedió entonces al copiado de los datos a la “Ficha de registro de datos” además de la revisión, corrección y elaboración de una base de datos. La base de datos se elaboró en el programa de computación “SPSS” Versión 24.0

### **4.6.- Procesamiento y Análisis de datos:**

Se realizó el análisis descriptivo de los datos mediante un programa de computación “Programa Estadístico para Ciencias Sociales” (SPSS). Versión 24.0

Las técnicas descriptivas que se usó, están en función del tipo de dato a medir, para los datos nominales se usó una moda. En todos los casos, se efectuó la distribución de frecuencias.

## CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

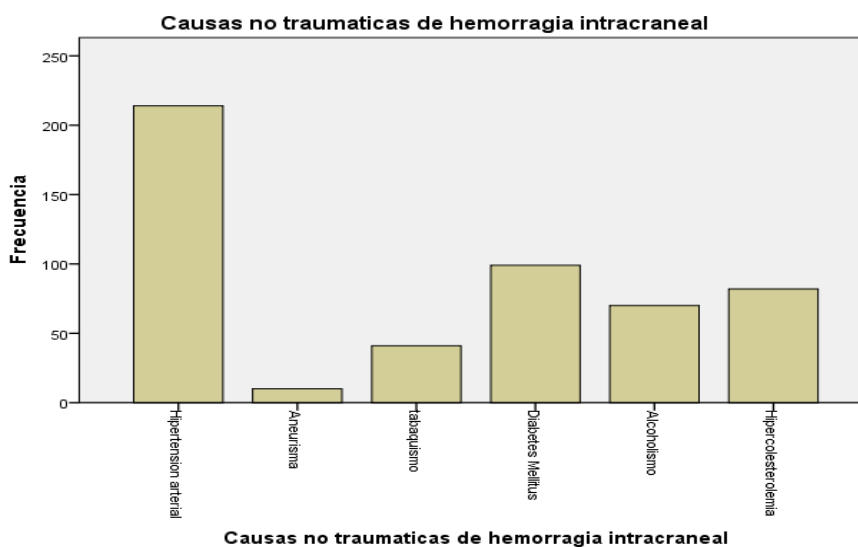
### 4.1.- Resultados:

**TABLA 1: CAUSAS NO TRAUMÁTICAS DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL**

Causas no traumáticas de hemorragia intracraneal					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hipertensión arterial	214	64,6	64,6	64,6
	Aneurisma	10	3,1	3,1	43,4
	tabaquismo	41	12,4	12,4	51,4
	Diabetes Mellitus	99	29,9	29,9	70,5
	Alcoholismo	70	21,1	21,1	84,1
	Hipercolesterolemia	82	24,7	15,9	100,0
	Total	331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO 1: CAUSAS NO TRAUMÁTICAS DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

Se puede apreciar en la tabla 1, que la causa no traumática más frecuente de hemorragia intracraneal es de la Hipertensión arterial con 64.4%, seguido de Diabetes mellitus con 29.9%, Hipercolesterolemia 24.7%, Alcoholismo 21.1%, Tabaquismo 12.4% y Aneurismas con 3.1% respectivamente.

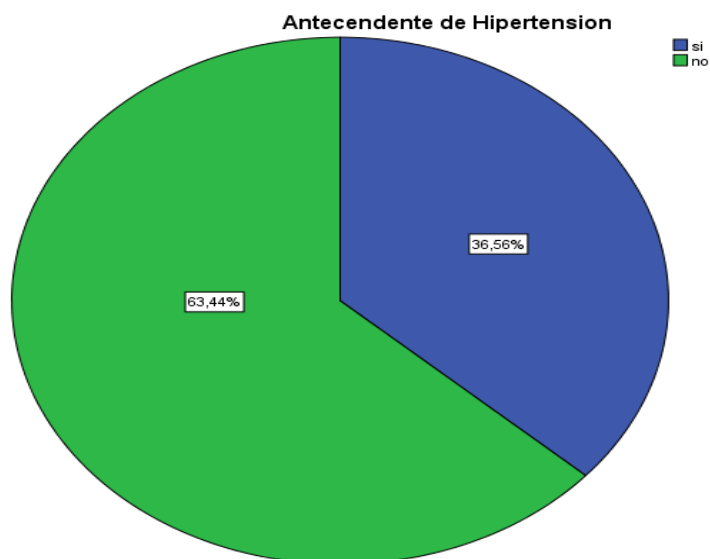
#### 4.1.2 Hipertensión arterial:

**TABLA 2: ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

		<b>Antecedente de Hipertensión</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	121	36,6	36,6	36,6
	no	210	63,4	63,4	100,0
	Total	331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRAFICO 2: ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**



Fuente: Ficha de recolección de datos

#### **Interpretación:**

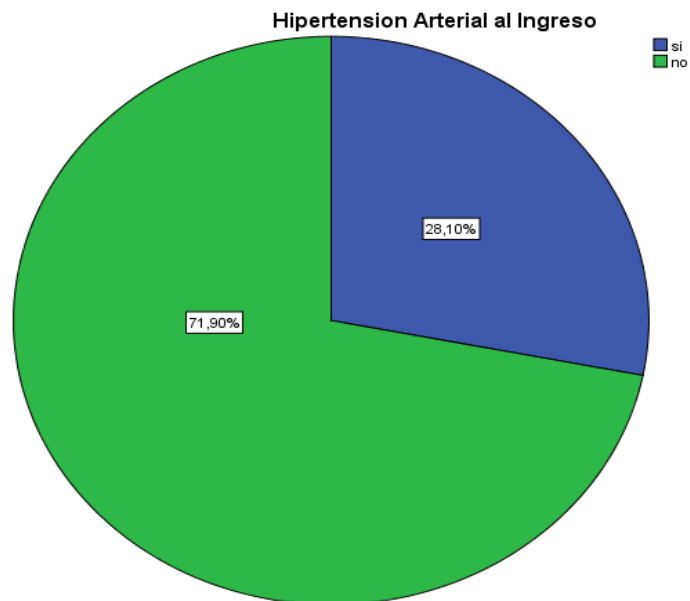
Se puede apreciar en la tabla 1, que los pacientes con antecedentes de hipertensión arterial cuentan con 36.6% de casos a diferencia de 63.4% que no presentaron este antecedente.

**TABLA 3: HIPERTENSIÓN ARTERIAL AL INGRESO**

Hipertensión Arterial al Ingreso					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	93	28,1	28,1	28,1
	no	238	71,9	71,9	100,0
Total		331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRAFICO 3: HIPERTENSIÓN ARTERIAL AL INGRESO**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

Se puede apreciar en la tabla 2, que el número de casos de los pacientes que presentaron hipertensión arterial al ingreso fueron 28.1% a diferencia de 71.9% de casos que no la presentaron.

#### 4.1.3 Aneurismas:

**TABLA 4: ANTECEDENTES FAMILIARES DE ANEURISMAS**

Antecedentes familiares de Aneurisma					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	3	,9	,9	,9
	no	328	99,1	99,1	100,0
	Total	331	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

**GRAFICO 4: ANTECEDENTES FAMILIARES DE ANEURISMAS**



Fuente: Ficha de recolección de datos

#### **Interpretación:**

Se aprecia en la tabla 3, un mínimo número de pacientes con antecedentes familiares de aneurisma con un total de 9% de casos, a diferencia del resto de pacientes con un porcentaje de 99.9% los cuales no presentaron algún antecedente.

**TABLA 5: IMAGEN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA**

Cuenta con Imagen de apoyo al Diagnóstico de aneurisma					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	7	2,1	2,1	2,1
	no	324	97,9	97,9	100,0
	Total	331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRAFICO 5: IMAGEN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

En la tabla 4 podemos apreciar un número menor de pacientes que cuentan con una imagen de apoyo para el diagnóstico e aneurisma con un total de 2.1% de casos, a diferencia del resto con un total de 97.9% que no cuenta con ninguna imagen de apoyo.

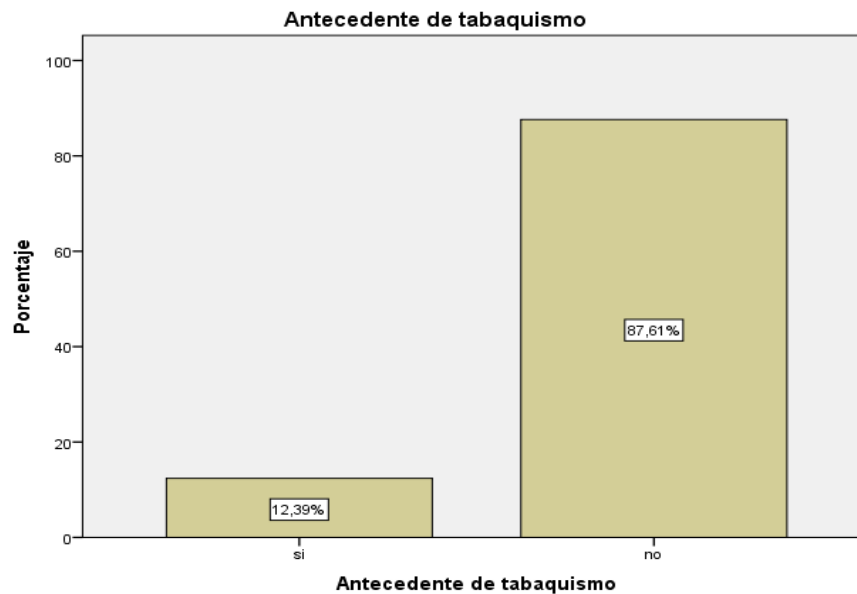
#### 4.1.4 Tabaquismo:

**TABLA 6: ANTECEDENTE DE TABAQUISMO**

		<b>Antecedente de tabaquismo</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	41	12,4	12,4	12,4
	no	290	87,6	87,6	100,0
	Total	331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO 6: ANTECEDENTE DE TABAQUISMO**



Fuente: Ficha de recolección de datos

#### **Interpretación:**

En la tabla 5 se puede apreciar que el número de pacientes que tienen el hábito de tabaquismo es un total de 12.4% de casos a diferencia del resto de casos con un total de 87.6% los cuales no cuentan con este hábito.



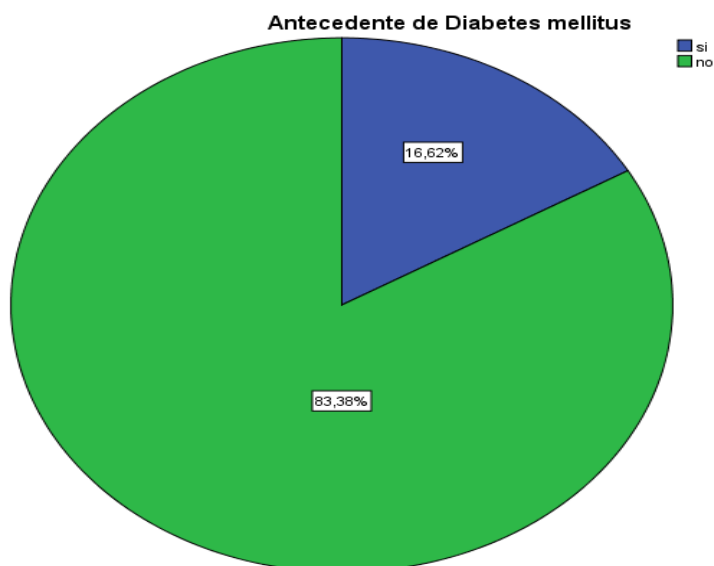
#### 4.1.5 Diabetes mellitus:

**TABLA 7: ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS**

		<b>Antecedente de Diabetes mellitus</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	55	16,6	16,6	16,6
	no	276	83,4	83,4	100,0
Total		331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO 7: ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS**



Fuente: Ficha de recolección de datos

#### **Interpretación:**

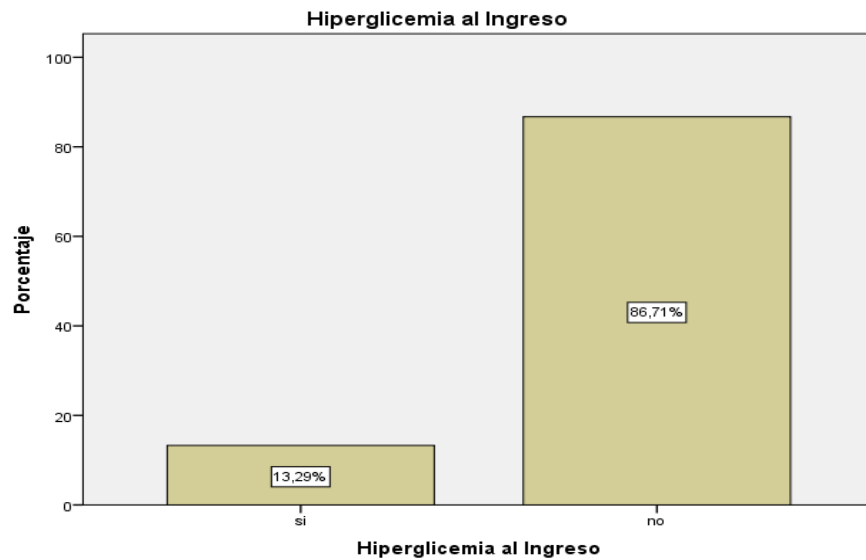
En la tabla 6 podemos apreciar que el número de pacientes con antecedentes de diabetes mellitus es un total de 16.6%, a diferencia de los que no presentaron este antecedente con un total de 83.4%.

**TABLA 8: HIPERGLICEMIA AL INGRESO**

		<b>Hiperglicemia al Ingreso</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	44	13,3	13,3	13,3
	no	287	86,7	86,7	100,0
Total		331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRAFICO 8: HIPERGLICEMIA AL INGRESO**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

En la tabla 7 se aprecia que los pacientes que presentaron hiperglicemia al ingreso fueron un total de 13.3% de casos, a diferencia de los que no presentaron esta característica con un 86.7%.

#### 4.1.6 Alcoholismo:

**TABLA 9: ALCOHOLISMO MAYOR A DIEZ AÑOS**

		<b>Alcoholismo mayor a diez años</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	49	14,8	14,8	14,8
	no	282	85,2	85,2	100,0
Total		331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRAFICO 9: ALCOHOLISMO MAYOR A DIEZ AÑOS**



Fuente: Ficha de recolección de datos

#### **Interpretación:**

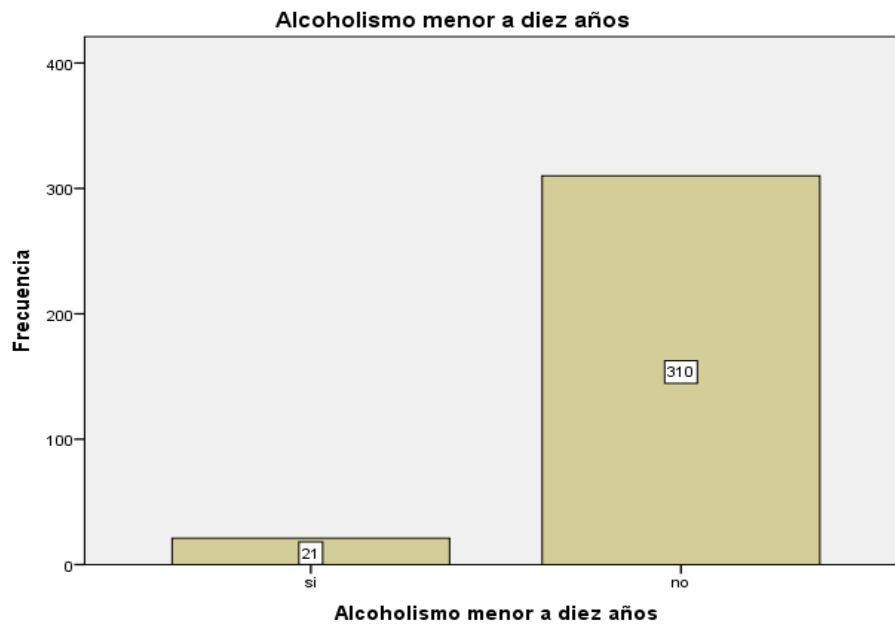
Se aprecia en la tabla 9 que los pacientes con Alcoholismo mayor a diez años presentaron un total de 14.8% a diferencia del resto que no presentaron este hábito con 85.2%.

**TABLA 10: ALCOHOLISMO MENOR A DIEZ AÑOS**

Alcoholismo menor a diez años					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	21	6,3	6,3	6,3
	no	310	93,7	93,7	100,0
	Total	331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO 10: ALCOHOLISMO MENOR A DIEZ AÑOS**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

Se aprecia en la tabla 10 que los pacientes que presentaron alcoholismo menor a diez años fueron un total de 6.3% a diferencia del resto con un total de 93,7%.

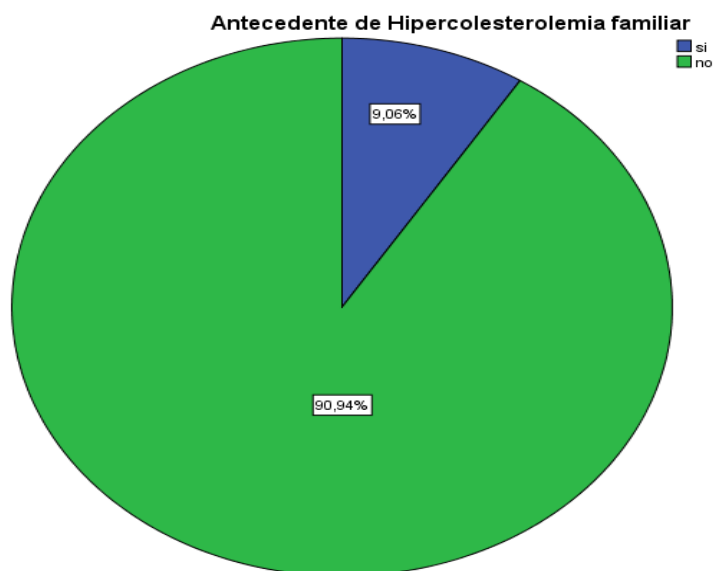
#### 4.1.7 Hipercolesterolemia

**TABLA 11: ANTECEDENTE DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR**

		Antecedente de Hipercolesterolemia familiar			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	30	9,1	9,1	9,1
	no	301	90,9	90,9	100,0
Total		331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO 11: ANTECEDENTE DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR**



Fuente: Ficha de recolección de datos

#### **Interpretación:**

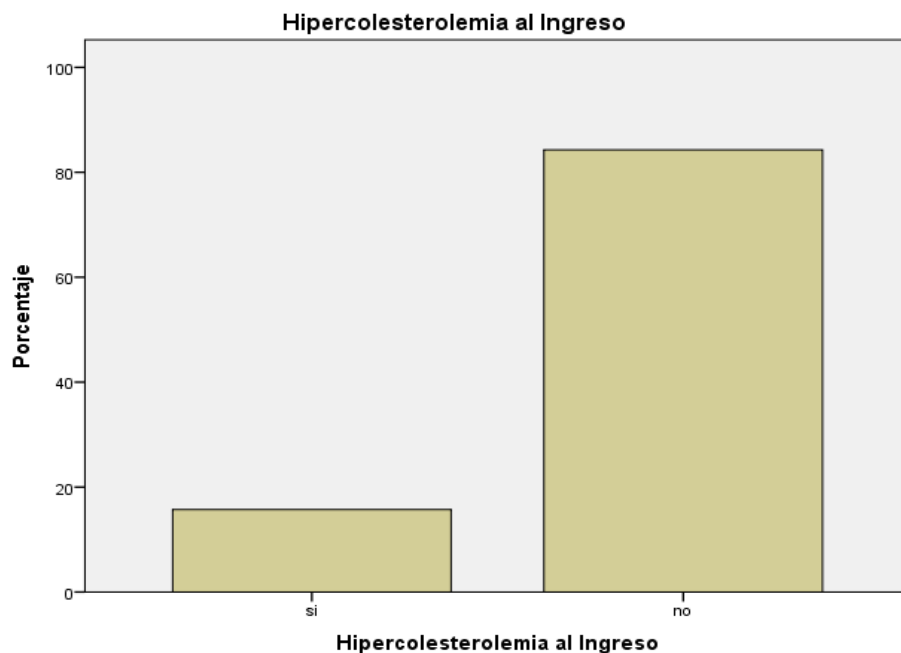
En la tabla 10 se puede apreciar que los pacientes con antecedente de hipercolesterolemia familiar fueron un total de 9.1% de casos a diferencia del resto con un total de 90.9% de casos.

**TABLA 12: HIPERCOLESTEROLEMIA AL INGRESO**

		<b>Hipercolesterolemia al Ingreso</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	52	15,7	15,7	15,7
	no	279	84,3	84,3	100,0
	Total	331	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO 12: HIPERCOLESTEROLEMIA AL INGRESO**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

En la tabla 12 se puede apreciar que los pacientes que presentaron hipercolesterolemia al ingreso fueron un total de 15.7% de casos, a diferencia del resto que no presentaron esta patología con un total de 84.3%.

## **4.2 - Discusiones:**

Con respecto a la hipertensión arterial como causa no traumática de hemorragia intracraneal se evidencio en esta investigación un total 64.6% con hipertensión arterial de la muestra seleccionada, siendo la mayoría de casos, teniendo resultados similares al estudio de Suárez A, Álvarez A, López E, Barzaga S, y Santisteban L. en el cual se evidencio 74.4% de casos de hipertensión arterial del total de su muestra. Siendo esta causa no traumática la más frecuente en ambos estudios<sup>1</sup>.

En referencia a los aneurismas como causa no traumática en hemorragia intracraneal se evidenció en este estudio solo 3.1% de toda la muestra a diferencia del estudio de Vilalta J, Arikan F, Torne R, Najarro R, Lopez D, Rodriguez A, Gandara D y Baños P. el cual evidencio solo 19.2% de aneurismas del 100% de su muestra con malformaciones arteriovenosas. Evidenciando de esta manera, que es poco frecuente sin embargo importante a tener en cuenta como causa no traumática de esta patología<sup>4</sup>.

En lo que respecta al tabaquismo como causa no traumática de hemorragia intracraneal se evidencio en este estudio 12.4% de la muestra total, siendo similar al estudio realizado por Arce Juan donde se evidencio el 14% de casos de pacientes con hábito de tabaquismo. Siendo relevante para tener en cuenta como causa no traumática prevenible y modificable<sup>19</sup>.

Con respecto a la diabetes mellitus como causa no traumática de hemorragia intracraneal se encontró en esta investigación un 29.9% de pacientes con diabetes mellitus. Siendo similar al estudio realizado por Juan Arce el cual presento 14% del total de su muestra, dándonos una idea de la relevancia de esta causa no traumática para su futura prevención<sup>19</sup>.

En relación al alcoholismo como causa no traumática de hemorragia intracraneal se observó en este estudio 21.1% de pacientes con alcoholismo,

los cuales el 14.8%, consumían alcohol más de diez años. Siendo similar a los resultados del estudio de Escobar V, Zaldivir M, Rodriguez G y Cabrera J. los cuales presentaron un 15% de casos del total de su muestra, Obteniendo porcentajes parecidos en ambos estudios, avalando de esta manera los resultados de esta investigación<sup>20</sup>.

En relación a la hipercolesterolemia como causa no traumática de hemorragia intracraneal se observó 24.7% en relación de la muestra a diferencia del estudio de Gonzales R, Herrera G, Ramos Y, Mujica D y Gutiérrez M. el cual da como resultado 1.4% de toda su muestra, probablemente debido a los hábitos sedentarios y consumo de comida rica en grasa de la población del distrito de comas<sup>21</sup>.

Como fortaleza de este estudio se pudo apreciar la gran repercusión de las primeras tres causas no traumáticas de hemorragia intracraneal sobre todo en la población mayor a 60 años, lo cual nos da una idea de la sobre la susceptibilidad de este grupo etario, teniéndolo en cuenta para futuros estudios adicionales.



## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1: Conclusiones:**

Se concluye que la causa no traumática más predominante de este estudio fue la hipertensión arterial con un 64.6%, debido a la falta de control y diagnóstico oportuno adecuado, además de un estilo de vida sedentario que es predominante en este tipo de pacientes.

Se determinó además que la segunda causa no traumática más predominante según los resultados de esta investigación fue la presentación de diabetes mellitus con 29.9% el cual refleja aún más el mal control metabólico y el estilo de vida sedentario de estos pacientes.

Se demostró la hipercolesterolemia como tercera causa no traumática de esta patología con un 24.7%, contrastando una vez más un estilo de vida inadecuado además de una dieta rica en grasas, el cual es característico en el distrito de comas.

Se evidencio además como cuarta causa no traumática el consumo excesivo de alcohol con un 21.1%, el cual como se constató en la teoría encontrada, desencadena paulatinamente una hemorragia intracraneal. Siendo esta una causa importante para tener en cuenta para su prevención.

Se determinó además que el tabaquismo fue la penúltima causa no traumática más frecuente con un 12.4%. Por ende se debe tener en cuenta, pues es muy habitual este hábito en la población de comas.

Y por último se evidencio la presencia de aneurismas como la última causa más frecuente de hemorragia intracraneal con 3.1%, debido a una falta de control médico periódico, el cual podría evitar de manera oportuna, la rotura de esta malformación con la consiguiente prevención de la génesis de esta patología.

## **5.2: Recomendaciones:**

Se recomienda al Hospital Nacional Sergio E Bernales la Organización de Información, educación y comunicación sobre la toma de presión para el diagnóstico temprano de Hipertensión arterial, así como sus posibles complicaciones las cuales pueden repercutir en la salud de los pobladores en general del distrito de comas.

Se sugiere además al Hospital Nacional Sergio E. Bernales la Elaboración de Campañas Preventivas y de Monitorización con información, educación y comunicación para el Diagnóstico y tratamiento oportuno de Diabetes mellitus, concientizando además sobre las complicaciones que esta patología puede ocasionar en general.

Se recomienda al servicio de Nutrición del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, efectuar charlas de capacitación con información y educación para la concientización sobre la Hipercolesterolemia, así como formas de evitar las comidas ricas en grasas e incentivar a una dieta saludable a toda la población de comas.

Se propone a la Red de Salud Túpac Amaru la elaboración de Charlas promocionales con información, educación y comunicación en los Centros de salud del distrito de comas, para la debida concientización y apoyo a la población consumidora de bebidas alcohólicas en general.

Se recomienda además, a la Municipalidad de comas y a la Red de salud Tupac amaru, previa coordinación, una campaña preventiva para educar e informar a la población de comas sobre las consecuencias nocivas de hábito de tabaquismo, para poder prevenir patologías como estas.

Se sugiere, al Servicio de Neurocirugía del Hospital Nacional Sergio E. Bernales que brinde Información, educación y comunicación sobre signos de alarma para un diagnóstico oportuno de aneurismas, los cuales suelen presentarse en pacientes con antecedentes familiares, evitando de esta forma la presentación aguda de la hemorragia intracraneal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez A, Álvarez A, López E, Barzaga S, y Santisteban L. Pronóstico de muerte en pacientes con hemorragia intracerebral supratentorial espontánea. Hospital General Provincial Carlos Manuel de Céspedes, Bayamo, Granma, Cuba, 2016;vol5(4): 32-40.
2. Vergara A, Rodríguez J, Barros P, Sánchez R y Quintero O. Hemorragia intracerebral espontánea: características tomográficas y evolución. Cuba 2015 revista finlay. Vol 5 (4) 253-263.
3. Betancourd R. Factores de mal pronóstico en pacientes con hemorragia subaracnoidea espontánea atendidos en el Hospital Universitario Manuel Ascunce Domené. Cuba. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2016;6(1):1-8
4. Vilalta J, Arikan F, Torne R, Najarro R, Lopez D, Rodriguez A, Gandara D y Baños P. Causas de la mortalidad hospitalaria por hemorragia cerebral en pacientes con malformación arteriovenosa. Barcelona. Rev neurol 2017;64:538-542
5. Perez A, Garcia A, Sosa E y Padron F. Factores pronósticos de mortalidad por hemorragia intracerebral en el periodo agudo. Cuba. Revista Cubana de Medicina Militar. 2015;44(3):277-288
6. Anicama A, Vasquez k y Pineda A. Calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular que acudieron a consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ica, Perú 2010-2011. Rev. méd. panacea 2012; 2(2):45-49
7. Angulo Y, Rabanal E, Bedoya V, Sanchez D, Callupe G, Marin J, Roca J y Quezada H. Factores asociados a hemorragia subaracnoidea aneurismática en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Estudio Preliminar. Rev. peru. epidemiol. Vol 15 N Abril 2011, 69-73.
8. Vargas Hurtado Karol. Volumen del hematoma mayor a 60 centímetros cúbicos como predictor de mortalidad intrahospitalaria en hemorragia intracerebral espontánea supratentorial en el Hospital Victor Lazarte Echegaray. (tesis de grado) (trujillo) Universidad Privada Antenor Orrego 2017. (Citado el 09 de enero del 2018). Recuperado a partir de: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2674/1/RE\\_MED.HUMA\\_KAROL.VARGAS\\_VOLUMEN.DEL.HEMATOMA.MAYOR.A.60\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2674/1/RE_MED.HUMA_KAROL.VARGAS_VOLUMEN.DEL.HEMATOMA.MAYOR.A.60_DATOS.PDF)
9. Rojas F. Características clínicas, epidemiológicas y de neuroimagen en pacientes con diagnóstico de hemorragia sub aracnoides en el Hospital Regional Docente de trujillo.(tesis de grado). Universidad Nacional de Trujillo 2014 (citado el 10 de enero 2018). Recuperado a partir de: [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7937/RojasRami rez\\_F.pdf?sequence=1](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7937/RojasRami rez_F.pdf?sequence=1)
10. Alvarado-Dulanto CMA, Lazo MA, Loza-Herrera JD, Málaga G. Pronóstico al año tras sufrir el debut de enfermedad cerebrovascular

- en pacientes de un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(1):98-103.
11. Ponte B. Factores asociados a hemorragia intraventricular en neonatos. (tesis de grado). Lima. Universidad Privada Norvert Wiener 2017 (citado el 10 de enero del 2018) recuperado a partir de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/885/TITULO%20-%20Bernab%C3%A9%20Ponte%2C%20Corina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  12. Mata J. Factores de riesgo asociados a la incidencia de hemorragia intracraneal en el hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo en el año 2013. (tesis de grado). Guayaquil. Ecuador. Universidad de Guayaquil 2015 (citado el 11 de enero del 2018) recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/7141>
  13. Rivera J, Sánchez R y Sánchez M. Hipertensión e Hipotensión arterial. Modulo Instruccional. Puerto Rico. Universidad del Turabo. PR 00778-3030 2016
  14. Gonzales M, Montenegro L, Sotomayor M, y Tanta L. Aneurismas intracraneales múltiples. Centro de Proyecto de Ensino e Pesquisahospital Erasto Gaertner. Brazil *J. bras. neurocir*; 24(1): 40-52, 2013.
  15. Castillo J y Oscaona T. Dislipidemia como factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular: estudio de casos y controles. *Horizonte Médico*, vol. 16, núm. 4, octubre-diciembre, 2016, pp. 13-19
  16. Fernandez J. Enfermedad Cerebro vascular: Incidencia y Tratamiento actual. *Revista CENIC Ciencias Biológicas*, Vol. 45, No. 3, pp.152-178, septiembre-diciembre, 2014.
  17. Berenguer L y Perez A. Factores de riesgo den los accidentes Cerebro vasculares en un Bienio. *MEDISAN* vol.20 no.5 Santiago de Cuba mayo.-mayo 2016.
  18. Pereira K y Olazabal I. Formas clínicas de presentación del hematoma subdural crónico en el adulto mayor en el Hospital de Quelimane. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. 2014;4(2):142–7
  19. Arce J. Efectos de la edad sobre la morbimortalidad de la hemorragia intracerebral. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* marzo Itauguá, Paraguay 2015; 2 (1):31-52
  20. Escobar V, Zaldivir M, Rodriguez G y Cabrera J. Factores de riesgos prevalentes en pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2014;43(4):433-440
  21. Gonzales R, Herrera G, Ramos Y, Mujica D y Gutiérrez M. Caracterización clínica-epidemiológica de la enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. *Rev. Ciencias Médicas*. Noviembre-diciembre, 2015; 19 (6):996-1005
  22. Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and

modeling. *Lancet Neurol.* 2009;8(4):345-54. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19233730>

# **ANEXOS**

### ANEXO N° 1: CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE :		Causas no traumáticas en hemorragia intracraneal			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Hipertensión arterial	1	Nominal		Ficha de recolección de datos	16.6%
tabaquismo	1	Nominal		Ficha de recolección de datos	16.6%
Diabetes mellitus	1	Nominal		Ficha de recolección de datos	16.6%
Alcoholismo	1	Nominal		Ficha de recolección de datos	16.6%
hipercolesterolemia	1	Nominal		Ficha de recolección de datos	16.6%
aneurismas	1	Nominal		Ficha de recolección de datos	16.6%
<b>TOTAL:</b>					<b>100%</b>

**ANEXO N°02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**CAUSAS NO TRAUMATICAS EN HEMORRAGIA INTRACRANEAL EN**  
**PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE**  
**CIENCIAS NEUROLOGICAS 2018**

Fecha Explora: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género: M ( ) F ( )

	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Hipertensión arterial:</b>		
Antecedente de hipertensión		
Hipertensión arterial al Ingreso del Hospital		
<b>Presencia de aneurisma:</b>		
Antecedentes Familiares de Aneurismas		
Cuenta con imagen de apoyo al diagnostico		
<b>Consumo de tabaco:</b>		
Antecedente de consumo de tabaco		
<b>Diabetes Mellitus:</b>		
Antecedente de Diabetes		
Hiperglicemia al Ingreso del hospital		
<b>Alcoholismo:</b>		
Consumo de alcohol mayor a diez años:		
Consumo menor a diez años		
<b>Hipercolesterolemia:</b>		
Antecedente de Hipercolesterolemia familiar		
Hipercolesterolemia al ingreso		



ANEXO N°3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b></p> <p>PG: ¿Cuáles son las causas no traumáticas en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernaldes durante el periodo entre enero-diciembre del 2017?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>PE 1: ¿Será la Hipertensión arterial una causa principal no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernaldes durante el periodo enero-diciembre del 2017?</p> <p>PE 2: ¿Se evidenciará la presencia de aneurismas como causa no traumática en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el</p>	<p><b>General:</b></p> <p>OG: Determinar cuáles son las causas no traumáticas en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernaldes durante el periodo Enero-Diciembre del 2018.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>OE1: Determinar la Hipertensión arterial como causa principal no traumática en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernaldes durante el periodo enero-diciembre del 2017.</p> <p>OE 2: Describir la presencia de aneurismas como causa no traumática en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional</p>	<p><b>General:</b></p> <p>La presente investigación por ser de naturaleza descriptiva no cuenta con hipótesis</p>	<p><b>Variable Independiente :</b></p> <p>Causas no traumáticas de hemorragia Intracraneal</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>HTA Aneurisma Diabetes Mellitus tipo II Alcoholismo Tabaquismo Hipercolesterolemia</p>

<p>Hospital Nacional Sergio E Bernales durante el periodo enero-diciembre del 2017?</p> <p>PE 3: ¿Se Demostrará la presencia de tabaquismo como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernales durante el periodo enero-Diciembre 2017?</p> <p>PE 4: ¿Se Conocerá la presentación de diabetes mellitus tipo II como causa no traumática en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernales durante el periodo enero-diciembre 2017?</p> <p>PE 5: ¿Se Mostrará la frecuencia de presentación del Alcoholismo como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernales durante el periodo enero-diciembre 2017?</p> <p>PE 6: ¿Se Verificará la presencia de hipercolesterolemia como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernales durante el</p>	<p>Sergio E Bernales durante el periodo enero-diciembre del 2017.</p> <p>OE 3: Demostrar la presencia de tabaquismo como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernales durante el periodo enero-Diciembre 2017.</p> <p>OE 4: Conocer presentación de diabetes mellitus tipo II como causa no traumática en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernales durante el periodo enero-diciembre 2017.</p> <p>OE 5: Mostrar la frecuencia de presentación del Alcoholismo como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E Bernales durante el periodo enero-diciembre 2017.</p> <p>OE 6: Verificar la presencia de hipercolesterolemia como causa no traumática de hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en Hospital</p>	
---	---	--

<p>periodo enero-diciembre 2017?</p>	<p>Nacional Sergio E Bernaldes durante el periodo enero-diciembre 2017.</p>	
<p><b>Diseño metodológico</b></p>	<p><b>Población y Muestra</b></p>	<p><b>Técnicas e Instrumentos</b></p>
<p>- Nivel : Observacional</p> <p>- Tipo de Investigación: descriptivo</p> <p>- Alcance: Regional</p> <p>- Diseño: Descriptivo</p>	<p><b>Población:</b> aún desconocida por ello se empleara la siguiente formula:</p> $n = Z_a^2 \cdot P \cdot q / e^2$ <p><b>Muestra:</b> Todos los pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes durante el periodo enero-diciembre 2017</p> <p><b>Criterios de inclusión:</b> pacientes con hemorragia intracraneal de etiología no traumática</p>	<p><b>Técnica:</b> Observacional</p> <p><b>Instrumentos:</b> Ficha de recolección de datos</p>

## ANEXO N°04: Informe de opinión de experto

### Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Jenny Tricelque Saco*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Neurocirujano*  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: *Ficha de registro de datos*  
 1.5 Autor (a) del instrumento:

#### I.- DATOS GENERALES:

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre causas no traumáticas de hemorragia intracraneal				70%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				70%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer causas no traumáticas de hemorragia intracraneal.				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo				80%	

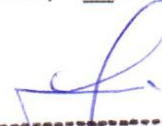
#### III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

Aplicable

Lugar y Fecha: Lima, \_\_ Enero de 2018



Dr. Jesus Incaluque Suca  
Médico-Cirujano C.M.P 20268  
Neurocirujano RNE 15052  
Cirujano cabeza, cuello y ME RNE 15474

Firma del Experto Informante

D.N.I N° 71555485

Teléfono .....

**Informe de Opinión de Experto**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Jeny Bravo*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Profesora*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo   Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: *FRD*
- 1.5 Autor (a) del instrumento:

**I.- DATOS GENERALES:**

**II.- ASPECTOS DE VALIDACION:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				<i>80%</i>	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				<i>80%</i>	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre causas no traumáticas de hemorragia intracraneal				<i>80%</i>	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				<i>80%</i>	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				<i>80%</i>	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer causas no traumáticas de hemorragia intracraneal.				<i>80%</i>	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				<i>80%</i>	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				<i>80%</i>	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo				<i>80%</i>	

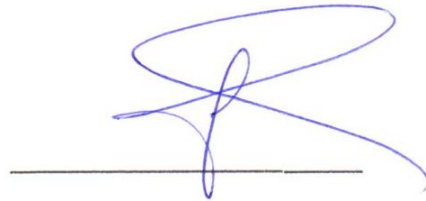
**III.- OPINION DE APLICABILIDAD:**

..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

Aplica

Lugar y Fecha: Lima, 19 Enero de 2018



Firma del Experto Informante

D.N.I Nº ..... 40906055

Teléfono ..... 994613409

### Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *BAZÁN RODRÍGUEZ*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *DOCENTE UPSJB*  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: *FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS*  
 1.5 Autor (a) del instrumento: *SINARES CRISTOBAL JORGE*

#### I.- DATOS GENERALES:

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre causas no traumáticas de hemorragia intracraneal					87%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					88%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer causas no traumáticas de hemorragia intracraneal.					88%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					87%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					87%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo					87%

#### III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

*Aplicar* ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)



IV.- PROMEDIO DE VALORACION

87.11%

Lugar y Fecha: Lima, 30 Enero de 2018

  
Lic. ELSI NOEMI BAZÁN RODRÍGUEZ  
COESPE 444  
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante  
D.N.I N° 1.920.9883  
Teléfono 277 484 879

## ANEXO N°05.- Autorización de aplicación de instrumento



PERU

MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL SERGIO E.  
BERNALES

OFICINA DE APOYO A LA  
DOCENCIA E INVESTIGACION

"Año del Dialogo y la Reconciliación"

MEMO N°. 072 -2018-OF-ADEI-HSEB

A : Sr. LINARES CRISTOBAL Jorge Jefferson  
Asunto : Autorización para aplicación de instrumento de Proyecto de Investigación  
Ref. : Solicitud s/n de fecha Enero 2018  
Fecha : 06 FEB 2018

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta a su solicitud de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titulado: **"Causas no traumáticas en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados del Hospital Sergio E. Bernales, durante el periodo enero - febrero del 2017 Lima - Perú"**.

Esta Oficina acepta su solicitud para la aplicación del Instrumento de su proyecto de tesis.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
D.R. OSCAR OTOYA PETIT  
CNP. N° 19131 - R.N.E. 8929  
DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

## ANEXO N°06.- Informe de porcentaje de coincidencias



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ACREDITADA POR SINEACE  
RE-ACREDITADA INTERNACIONALMENTE

### INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE/ PROFESOR/INVESTIGADOR:

Jorge Jefferson Linares Cristobal

TIPO DE PRODUCTO CIENTÍFICO:

- MONOGRAFÍA ( )
- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ( )
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ( )
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ( )
- PROYECTO DE TESIS ( )
- TESIS ( X )
- OTROS ( )

INFORME DE COINCIDENCIAS. (SEGÚN PLATAFORMA TURNITIN):

Revisión de tesis: "CAUSAS NO TRAUMÁTICAS EN HEMORRAGIA INTRACRANEAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EL PERIODO ENERO-FEBRERO 2017 LIMA-PERU".


Programa turnitin:

REVISIÓN 1 DEL 19/02/18: Cuenta con un índice de similitud 21%.

Conformidad Investigador:

  
Nombre: Jorge Jefferson  
Linares Cristobal  
DNI: 45551566  
Huella:

Conformidad Asesor:

  
Dra. Leny Bravo Luna  
Dra. Leny Bravo Luna  
Médico Cirujano  
C.M.P. 44500

Equipo de Investigación:

  
Ing. Luis Usquiano Cardena  


MEH-FR-80



V.2

16/11/2017