

TÍTULO: “Descubriendo las barreras de accesibilidad en la etapa prehospitalaria de los pacientes atendidos por accidente cerebrovascular isquémico agudo en la ciudad de Rosario”

CARRERA: Neurología clínica

ESTUDIANTE: Rodriguez, Cintia Pamela

TUTOR/A: Capriotti, Jorge Pedro

CO-TUTOR: Espona, Cristián David

CENTRO FORMADOR: Hospital Provincial del Centenario

FECHA: marzo 2025

ÍNDICE

	Página
Resumen	3
Palabras claves	4
Introducción	5
Objetivos	8
Material y Métodos	9
Resultados	12
Discusión	20
Conclusiones	23
Referencias bibliográficas	24
Anexos	28

Resumen

Introducción: La demora de la consulta temprana en el accidente cerebrovascular isquémico (ACVi) con frecuencia se asocia a obstáculos en la articulación del sistema de salud y los usuarios, cuyo proceso corresponde al concepto de accesibilidad. Se colocan entre los usuarios y los servicios, barreras y facilitadores, que comprenden lo geográfico, financiero, administrativo y cultural. El nivel socio económico en estudios previos demostró operar como barrera para los sectores con poder adquisitivo más bajo, en conjunto con el nivel educacional, retrasando la consulta oportuna. Se ha descrito que la accesibilidad cultural actúa como un obstáculo por el no reconocimiento de signos y síntomas. El objetivo del presente trabajo fue analizar las barreras y facilitadores que intervienen en el acceso temprano al sistema de salud en nuestro medio para los usuarios que cursaron internación por ACVi. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Realizado en el Hospital Provincial del Centenario, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, durante el período de tiempo comprendido entre junio 2022 y julio 2024, con los pacientes que cursaron internación por ACVi agudo. Se realizó una entrevista semiestructurada y se utilizó, además, datos de las epicrisis. Luego de la recolección de datos se conformaron dimensiones de accesibilidad, y se realizó un análisis de regresión logística univariante para expresar la fuerza de asociación entre las diferentes variables y la consulta temprana (menos de 4,5h) de los pacientes, en orden de determinar su rol como barreras o facilitadores de acceso. **Resultados:** Se evaluaron 35 casos, el 71% (25) eran hombres, la edad promedio fue de 58 años, con hipertensión arterial, diabetes, etilismo y tabaquismo como las comorbilidades más frecuentes. De la escolarización se observó un promedio de 8,25 años. Los síntomas “No motores” fueron los mayormente descritos como forma de inicio. Más del 70% de los participantes no lograron reconocer el problema de salud acontecido, identificar que se trataba de un ACV, y en congruencia con ello se informó un amplio desconocimiento sobre el tratamiento específico. En cuanto a la accesibilidad geográfica no se encontró relación con el tiempo de llegada. El traslado por sus propios medios podría suponer una barrera (OR 0,44; IC 0,6 -3, p = 0,4). Respecto a la accesibilidad cultural, el nivel educativo no evidenció una tendencia como barrera. La falta de percepción de los problemas de salud (OR 0,37; IC 0,09-1,5; p = 0,1), como así también por los familiares testigos del evento (OR 0,63; IC 0,53-7,8; p=0,72), y el no reconocimiento de los síntomas de ACV (OR 0,22; IC 0,03-1,36; p = 0,1), se presentaron como una barrera. La accesibilidad al sistema de salud

reveló que los usuarios que tenían controles de salud en los últimos 6 meses (OR 2,2; IC 0,5-9; $p = 0,2$), quienes consultaron en efectores externos (OR 2,6; IC 0,5-13; $p = 0,2$) previo a nuestro centro hospitalario y los que fueron trasladados en ambulancia (OR 1,8; IC 0,2-13; $p = 0,54$) accedieron a consultas tempranas con mayor frecuencia.

Conclusiones: La accesibilidad en la etapa prehospitolaria de la atención del ACV ha sido materia de estudio en múltiples trabajos, pero en nuestro centro hospitalario sienta un precedente. La mayor dificultad en el acceso se encontró en relación con la accesibilidad cultural, y marca la necesidad de mejorar en medidas de prevención y promoción relacionadas con el ACV, en cuanto a su reconocimiento e identificación de pautas de alarma en poblaciones objetivo. Una gran proporción de pacientes accedieron al centro hospitalario por sus propios medios, y, por lo tanto, es un tema pendiente generar en la red de atención acciones que articulen con los diferentes niveles involucrados, que constituyan una vía común y disponer un “código ACV” para facilitar la consulta oportuna. En ese sentido, es fundamental fortalecer a los centros periféricos de atención primaria en capacitación y vinculación con los centros hospitalarios de referencia que disponen de tratamiento tromboespecífico.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular isquémico- Accesibilidad- Prehospitalario

Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) se define como el déficit neurológico atribuido a una lesión focal aguda del sistema nervioso central secundaria a una causa vascular, y comprende al infarto cerebral, la hemorragia intracerebral y la hemorragia subaracnoidea.

(1) En algunas ocasiones la disfunción neurológica es transitoria y reversible, en donde los síntomas duran menos de 60 minutos y no presentan alteraciones en neuroimágenes, lo cual se denomina accidente isquémico transitorio (AIT). (1,2)

Los ACV pueden presentarse en diferentes rangos etarios, teniendo una mayor prevalencia en adultos mayores de 55 años, a predominio de hombres cuando es de causa isquémica, mientras que los hemorrágicos tienden a ser frecuentes en edades más tempranas, con un predominio en las mujeres. (3,4)

A nivel mundial el ACV es la segunda causa de muerte y la tercera causa de discapacidad. Se ha observado un incremento de casos en los últimos 20 años debido a presentaciones en edades más tempranas y en asociación al crecimiento de la prevalencia de múltiples factores de riesgo cardiovascular, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. (4,5)

En Argentina contamos con acotados estudios epidemiológicos. La mayoría se llevaron a cabo en poblaciones cerradas, uno de los más representativos es el realizado en la ciudad de Tandil, provincia de Buenos Aires, publicado en 2016 que estima una incidencia del ACV de 127,9 casos por cada 100.000 hab/año (6). Pese a estos datos alarmantes aún no contamos con estadísticas en la provincia de Santa Fe; solo en el año 2023 se estiman unas 500 consultas relacionadas en torno a los ACV (7), en tanto que en la ciudad de Rosario no disponemos de información oficial por parte del municipio. (6,7)

Los ACV isquémicos (ACVi) agudos, requieren de una consulta temprana dado que su tratamiento específico es dependiente del tiempo, siendo de vital importancia restablecer el flujo sanguíneo comprometido. En el abordaje de esta entidad existen múltiples factores que colaboran de forma perjudicial o beneficiosamente en la consulta oportuna, dentro de ellas la etapa prehospitalaria constituye un elemento fundamental. Por otra parte, se encuentra la etapa hospitalaria encargada de proporcionar el tratamiento, allí se establecen los protocolos de actuación en concordancia a las características clínicas del paciente y el tiempo de evolución. En momentos iniciales se ofrecen los trombolíticos, que han demostrado reducir la mortalidad y discapacidad en un 40%, independientemente de la

edad, género y severidad del cuadro. (8) Al mismo tiempo evita estancias prolongadas de internación y con ello sus posibles complicaciones.

Se recomienda según el Consenso sobre Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo realizado en Argentina en 2019, el uso de trombolíticos dentro de las 3 horas del inicio de síntomas (con una extensión hasta 4.5 horas en pacientes seleccionados) acorde a los siguientes criterios:

- Edad mayor de 18 y menor de 80 años, con tomografía o resonancia magnética que presente signos de isquemia excluyéndose aquellos casos en que se supere el 33% del territorio de la arteria cerebral media (ACM) o por escala NIHSS (método de evaluación válido, ampliamente difundido con capacidad de predicción de mortalidad y funcionalidad a corto y a largo plazo) en la que se obtenga una puntuación mayor a 25.
- Aquellos pacientes con score NIHSS menor a 5 puntos con las siguientes manifestaciones: hemianopsia completa o bilateral, afasia grave o afasia global o mutismo, presencia de extinción visual o sensitiva, cualquier debilidad que limite el esfuerzo sostenido contra la gravedad.
- Aprobación del paciente o de sus representantes legales para realizar terapéutica.

Cuando la ventana excede el tiempo de 4.5 h o no hay respuesta favorable durante la administración del trombolítico, o bien debido a una obstrucción de gran vaso y/o se encuentre en un intervalo menor a 6 h la alternativa es la trombectomía mecánica, pudiendo extenderse la misma hasta 24 h. En esta instancia se continúa utilizando la escala de NIHSS en conjunto con parámetros imagenológicos que analizan el tejido de penumbra (como el uso de Mismatch, cociente de reperfusión).

Este abordaje terapéutico que se encuentra aprobado desde el año 1995 (9), ha demostrado su beneficio logrando modificar el curso de la enfermedad. Lamentablemente, aún por parte del Estado nacional no se encuentra incluido en el Plan Médico Obligatorio. La falta de una regulación que garantice el acceso al tratamiento de ACVi agudo de forma universal y equitativa coloca a la población general en una posición de desventaja. Si bien algunas provincias de nuestro país consiguieron reglamentar el acceso oportuno al tratamiento, es sustancial comenzar a discutir por parte de las entidades gubernamentales un marco legal y el desarrollo de planificación estratégica de salud pública para lograr llevarlo a cabo.

Diferentes estudios han notado que logran tratarse un 10-20% de los casos de ACVi, debido al retraso en la consulta. (10) Esto implica un gran impacto en el sistema de salud por los altos costos de las consecuencias propias del cuadro clínico, que incrementan los días de internación, la morbimortalidad del paciente y con ello un aumento de los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD), junto con las repercusiones que trae en su entorno social, económico y cultural. (11)

La demora en la consulta temprana de los ACVi con frecuencia se asocia a obstáculos en la articulación del sistema de salud y los usuarios, cuyo proceso corresponde al concepto de accesibilidad. (12)

La accesibilidad “es el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (13), atraviesa los diferentes niveles de atención e interactúa de forma dinámica con los procesos de salud - enfermedad - atención - cuidado. Se describen diferentes tipos de accesibilidad, los **disponibles** relacionados con la cantidad de efectores en un área geográfica, los **accesibles** que comprenden los medios con los que cuentan los usuarios para lograr acceder y los **aceptables** cuando los servicios responden a las necesidades. (12)

Existen múltiples estratos que se colocan entre los usuarios y los servicios, las **barreras** y los **facilitadores**, que comprenden lo geográfico, financiero, administrativo y cultural. En referencia a lo cultural, o también llamado simbólico, es entendida como el constructo del imaginario social y las representaciones de los actores intervinientes. (12)

El nivel socio económico es uno de los elementos de la accesibilidad analizados con mayor frecuencia, en algunos trabajos demuestra funcionar como barrera para los sectores con poder adquisitivo más bajo, en conjunto con el nivel educacional, retrasando la consulta oportuna. (12,13,14) Por otra parte, se ha descrito que la accesibilidad cultural puede actuar como un obstáculo en ocasiones, dado el no reconocimiento de signos y síntomas (14), debido a las costumbres y hábitos generados por los sujetos; y/o por dificultades en la comunicación o vínculo con los profesionales de la salud (12). El concepto de accesibilidad es sustancial en el proceso de salud, en el cual es necesario poder estimar sus barreras y facilitadores al momento de realizar políticas de planificación sanitaria.

En el ACV consideramos relevante investigar respecto al reconocimiento de síntomas por parte de la población en general y si las políticas públicas de prevención son acordes. Esto

podría mejorar la atención temprana y adecuada, si se logran eliminar o disminuir los obstaculizadores o bien si se aumentan o potencian sus facilitadores.

La ciudad de Rosario cuenta con efectores de salud públicos y privados, que atienden y realizan tratamiento tromboespecífico de los ACVi agudos. En el sistema público se encuentran dos efectores con diferentes administraciones, uno municipal, el Hospital de Emergencias Clemente Álvarez y el otro de gestión provincial, el Hospital Provincial del Centenario, ambos pertenecen al tercer nivel de atención por su complejidad médica y tecnológica. Estos se articulan dentro de la Red con los otros niveles de atención (primaria y secundaria) en conjunto con los sistemas de soporte (SIES, Red de medicamentos y laboratorios) (15). Sin embargo, pese a este tipo de organización no se encuentra establecido al menos de forma diagramática, la atención de los ACVi agudos en cuanto a la vinculación con los diferentes niveles, los cuales podrían llegar a mejorar la accesibilidad de aquellos pacientes que padecen esta entidad.

El Hospital Provincial del Centenario, es una de las instituciones que incorporó más recientemente el uso de tratamiento tromboespecífico, desde hace aproximadamente dos años; el mismo asiste a la población del área de influencia y referencia del norte y noroeste de la ciudad, junto con localidades vecinas que se localizan al oeste. (16) Durante el año 2023 y hasta mediados del corriente año se han ingresado aproximadamente 100 pacientes por el servicio de Neurología por ACVi, donde hemos notado ciertas dificultades al momento de realizar una consulta temprana. Es por eso que se diseña este trabajo con el objetivo de identificar y analizar los factores intervinientes en este complejo proceso de atención.

Objetivo del Trabajo

Objetivo primario:

- Describir y analizar las barreras que intervienen en el acceso al sistema de salud de forma temprana de los usuarios que cursaron internación por ACVi.

Objetivos secundarios:

- Caracterizar el perfil de la población que fue asistida por ACVi.
- Establecer cuáles son las variables que inciden con mayor frecuencia en la consulta temprana.

- Determinar si existe relación entre nivel de alfabetización y la percepción de ACVi como una entidad grave.
- Analizar el rol de los efectores de salud en la derivación y/o atención de los pacientes con ACVi.
- Objetivar el impacto del tiempo y distancia entre el domicilio del paciente y el establecimiento hospitalario al momento de la consulta.

Materiales y métodos:

El presente trabajo es de tipo observacional, prospectivo y descriptivo. Fue realizado en el Hospital Provincial del Centenario, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, durante el período de tiempo comprendido entre junio 2022 y julio 2024, con los pacientes que cursaron internación por ACVi agudo, a los cuales se realizó una entrevista semiestructurada y se utilizó, además, datos de las epicrisis.

Todos los pacientes dieron su consentimiento informado.

El estudio fue aprobado por el comité de ética de dicho establecimiento.

Criterios inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de ACVi agudo, mediante tomografía computada y/o resonancia magnética.

Criterios de exclusión:

- ACV hemorrágico.
- AIT sin lesión asociada en resonancia magnética.
- Déficit neurológico secundario a lesión ocupante de espacio.
- Dificultad para responder el cuestionario por parte del paciente o no disponer de familiar que colabore en la respuesta.
- Negativa de participación por parte del paciente.

La entrevista está conformada por tres ejes fundamentales: *variables sociodemográficas*, *variables clínicas* y *variables de accesibilidad*.

En la primera etapa, los datos **socio demográficos** que se tuvieron en cuenta fueron la edad, sexo, escolaridad (en años de escolarización), domicilio y situación socio familiar

(conformación de integrantes, destacando presencia de menores de 18 años, mayores de 65 años y/o si algunos de ellos sufrían algún tipo de discapacidad).

Se consignó el domicilio de comienzo de síntomas y se estimó mediante el uso de Google Maps la distancia en kilómetros y el tiempo hasta nuestro centro hospitalario.

De la variable escolaridad se diferenciaron: analfabetismo en los cuales no supieran leer y escribir (cero años de formación), primaria completa en los que cumplieron 7 años totales de escolarización, secundaria completa en los que acreditaron 12 años y educación superior en los que tuvieron más de 15 años de formación.

En el segundo eje, las **variables clínicas**, estuvo conformado por los antecedentes personales, discriminando factores de riesgo cardiovasculares clásicos: dislipemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, evento cerebrovascular previo, fibrilación auricular y la portación de virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Otros de los datos que se tuvieron en cuenta fueron los hábitos tóxicos entre ellos el tabaquismo, alcohol (considerado más de 40 gr/día en el hombre y 25 gr/día en la mujer) y el consumo de drogas de abuso (cocaína y marihuana).

Se investigó sobre los síntomas y signos que presentó el paciente, cuál de ellos identificó como inicial, la percepción de gravedad y el curso evolutivo del cuadro correspondiente al carácter transitorio o no del mismo. Además, se indagó sobre el conocimiento del ACV como tal; y su posibilidad de tratamiento.

Los síntomas referidos al inicio se clasificaron en **síntomas motores y no motores**. En los no motores se incluyeron síntomas sensitivos, vestibulares, trastornos del lenguaje, trastornos visuales, ataxia, cefalea y desorientación.

Se recolectó de la epicrisis del paciente, la fecha de inicio de síntomas y la escala de NIHSS de ingreso, en donde se diferenciaron los que cumplían criterios de trombólisis.

En la última fase, se investigó sobre la **accesibilidad**, allí se buscó información sobre el tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta el primer contacto con el sistema de salud y/o el intervalo de este hasta nuestro efector, relacionado con las ventanas terapéuticas. También se objetivó sobre las limitaciones de la accesibilidad, si se encontraban vinculadas al cuadro clínico y/o la disponibilidad de traslado, describiendo

el medio utilizado y si la misma también estuvo condicionada por la percepción del grupo familiar testigo del ACV.

Se preguntó, además, cuando fue el último contacto con el sistema de salud previo al ACV, diferenciando los que realizaron un contacto en un tiempo menor a 6 meses, entre 6 meses y un año, mayor a 1 año o nunca.

Luego de la recolección de datos se conformaron **dimensiones de accesibilidad**, utilizando variables de los ejes sociodemográficos, clínicos y de accesibilidad, describiendo las siguientes:

- Accesibilidad geográfica: comprende la distancia y el tiempo estimado desde el domicilio al efector, el medio de traslado utilizado y la relación con el tiempo de acceso al sistema de salud. Para realizar dicho análisis se discriminaron de la variable distancia en menor y mayor de 10 km de distancia; y en el caso de la variable tiempo en menor y mayor de 15 minutos.

- Accesibilidad cultural: conformada por el nivel de escolarización, el reconocimiento del ACV, la percepción del curso evolutivo y gravedad; los síntomas de presentación y el reconocimiento del cuadro por los testigos del evento, en concordancia con el tiempo establecido del primer contacto con el sistema de salud.

- Accesibilidad socioeconómica: constituida por la disponibilidad de medio de transporte y el tiempo transcurrido hasta el primer contacto con el sistema de salud.

- Accesibilidad del sistema de salud: formada entre el tiempo de contacto de efectores externos con nuestro centro sanitario y el medio de traslado utilizado. Se incluyó, además, el tiempo de contacto con la red de salud, a la cual diferenciamos en contacto menor a 1 año y mayor a 1 año, y su asociación con la consulta temprana al sistema de salud durante el ACV.

Posteriormente, con estas dimensiones de accesibilidad se realizó un análisis de regresión logística univariante para expresar la fuerza de asociación entre las diferentes variables y la consulta temprana (menos de 4,5h) de los pacientes en orden de determinar su rol como **barreras** o **facilitadores** de acceso. Se calcularon las OR (odds

ratio) y los IC al 95%. En todos los contrastes de hipótesis se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS 22.0 (IBM Corporation, NY, Estados Unidos).

El formulario de entrevista se encuentra en Anexo- 1.

El consentimiento informado se encuentra en Anexo- 2.

Resultados

Los resultados se expresaron por ejes: sociodemográficos, clínicos y de accesibilidad, para una mejor descripción de estos. A continuación, se expuso el análisis estadístico de las diferentes dimensiones de accesibilidad.

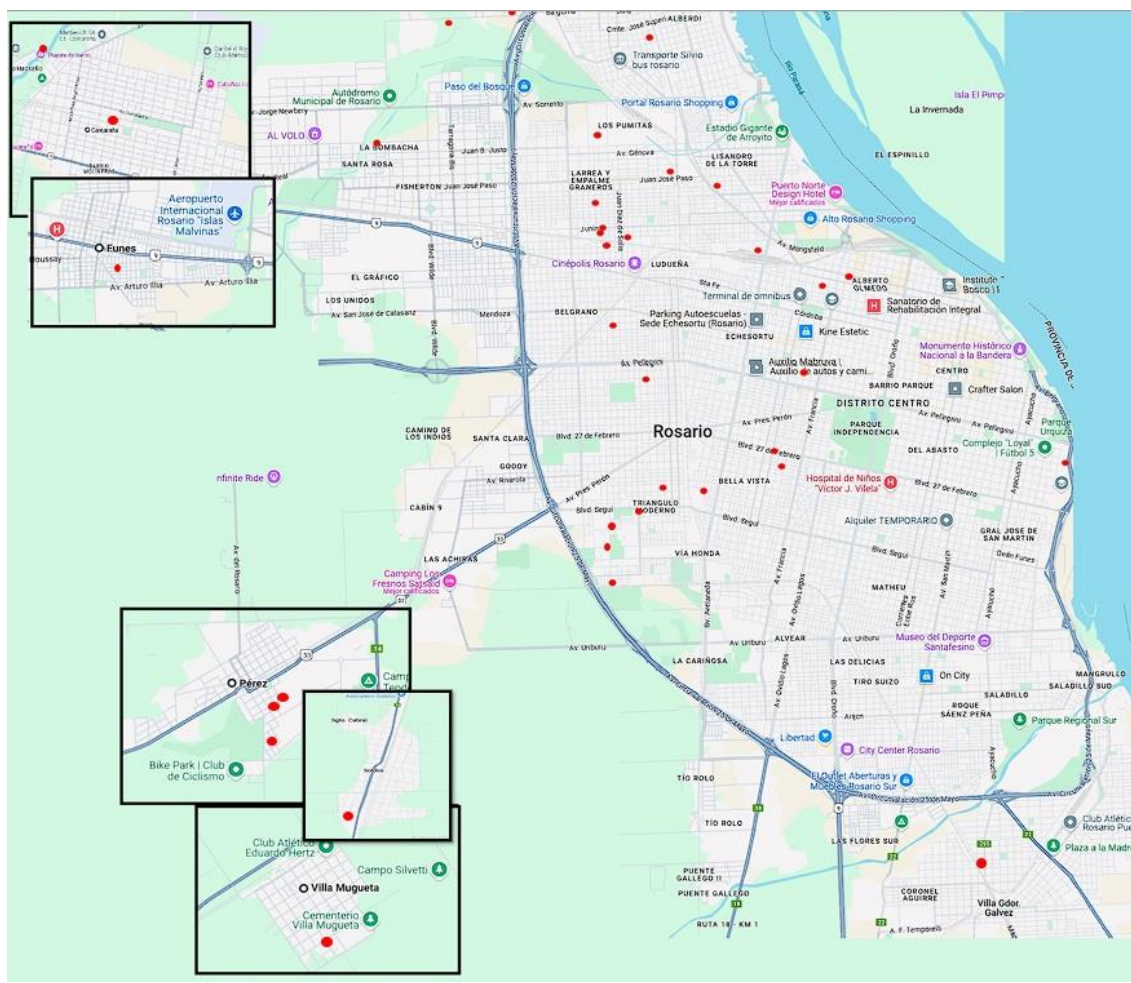
En el presente trabajo se cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en un total de 35 pacientes.

Variables sociodemográficas

De las 35 entrevistas realizadas el 71% (25) eran hombres, mientras que las mujeres representaban el 29% (10), la edad promedio fue de 58,14 años (rango 37 -77 años). De la escolarización se observó un promedio de 8,25 años (0 – 18 años). Se destacó la formación primaria completa en 26 casos, de los cuales 4 completaron la secundaria y 3 la educación superior. Por otra parte, 7 personas manifestaron que no habían completado la primaria y 2 eran analfabetos.

Con respecto a la distancia y tiempo estimados entre el domicilio de comienzo de los síntomas hasta el centro hospitalario, 8 pacientes no eran oriundos de la Ciudad de Rosario. De los que pertenecían a la localidad de Rosario el 58,3% (n:14) correspondían a la región oeste. La distancia promedio fue de 9,8 Km (0,4 - 56 km) y el tiempo estimado hasta nuestro efector fue de 16 minutos (4 - 60 min).

Imagen 1- Georreferencia de casos



En la conformación de los grupos familiares se observó que un 40% (14) conviven con menores de edad, un 11,5% (4) con adultos mayores, un 2,8% (1) con personas con discapacidad y un 31,4% (11) con otros integrantes. El 14,3% (5) viven solos.

Variables clínicas

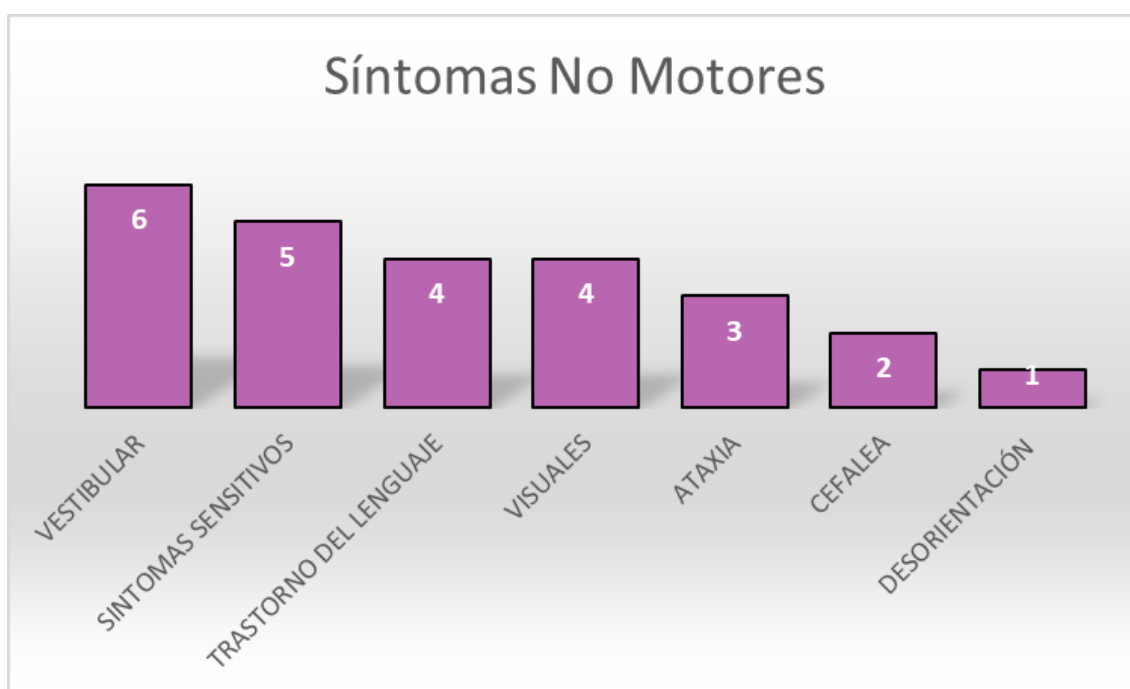
Se estimó que el 94,2% (n:33) presentaban comorbilidades, siendo la más frecuente hipertensión arterial (HTA) con 84,84% (n:28), seguida de diabetes con un 48,48% (n:16). Se observó la asociación de estas últimas en un 42,2% (n:14), diferenciada por sexo con un 37,7% (n:5) en las mujeres y un 64,3% (n:9) en los hombres. Ninguno de los entrevistados presentó como comorbilidad la portación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Mientras tanto, los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas se consignaron en un 31,42% (n:11), con un predominio franco en varones representando el 90,9% (n:10). Tabla 1. Descripción de comorbilidades y hábitos tóxicos.

Tabla 1- Comorbilidades			
	(n: 33)	Mujeres 27,27% (n:9)	Hombres 72,72% (n:24)
Hipertensión arterial (HTA)	84,84% (n:28)	28,57% (n:8)	71,4% (n:20)
Diabetes mellitus (DBT)	48,48% (n:16)	31,25% (n:5)	68,75% (n:11)
Dislipemia	12,12% (n:4)	50% (n:2)	50% (n:2)
ACV previo	12,12% (n: 4)	50% (n:2)	50% (n:2)
Obesidad	9,09% (n:3)	100% (n:3)	0%
Fibrilación auricular	9,09% (n:3)	34,4% (n:1)	66,6% (n:2)
Otras:	18,18% (n:6)	50% (n:3)	50% (n:3)
- Hipotiroidismo	(n:2)	50% (n:1)	50% (n:1)
- Sdme genético (Turner)	(n:1)	100% (n:1)	0%
- Insuficiencia renal	(n:1)	0%	100% (n:1)
- Epoc	(n:1)	0%	100% (n:1)
- Depresión	(n:1)	100% (n:1)	0%
Virus de inmunodeficiencia humana	0% (n:0)	—	—
Hábitos			
	(n:11)	9,1% (n:1)	90,9% (n:10)
Etilismo	54,5% (n:6)	0%	100% (n:6)

Tabaquismo	36.3% (n:4)	25% (n:1)	75% (n:3)
Drogas	9,1% (n:1)	0%	100% (n:1)

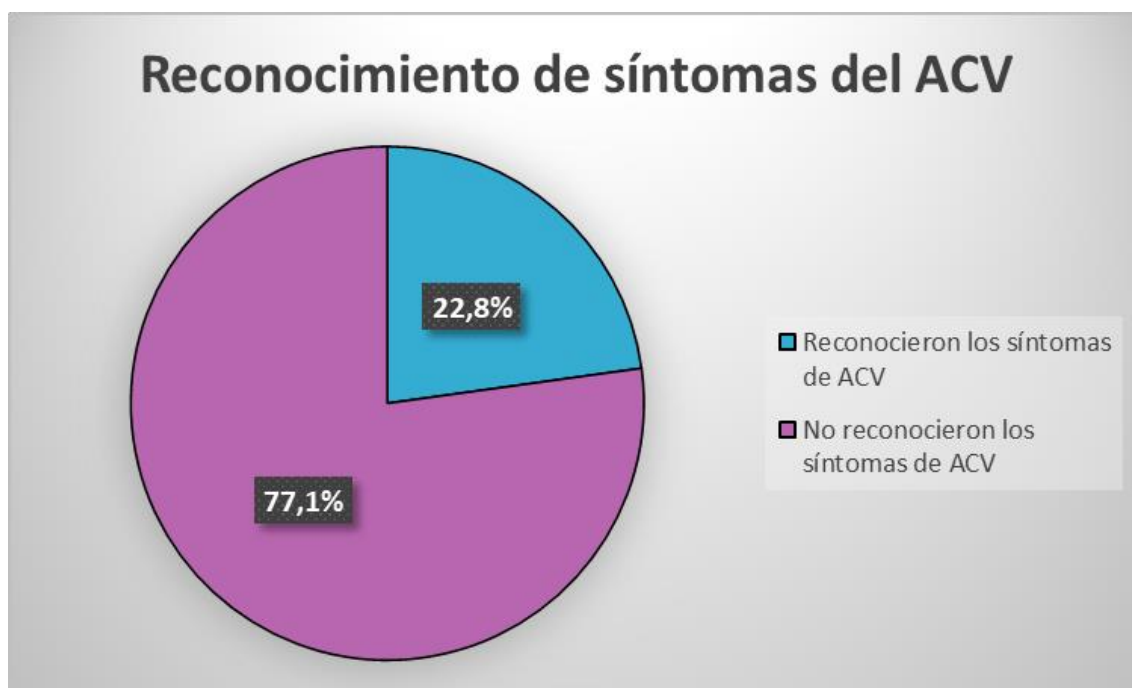
Los síntomas de ACV referidos *inicialmente* con mayor frecuencia fueron los *no motores*, en un 71,4% (n:25). Allí se encontró una proporción de manifestaciones vestibulares del 24% (n:6), seguido por síntomas sensitivos en un 20% (n:5), trastornos del lenguaje (n:4) y alteraciones visuales (n:4) con el 16%, ataxia en un 12% (n:3), cefalea en un 8% (n:2) y desorientación en un 4% (n:1). (Gráfico 1) En cuanto a los *síntomas motores* se evidenció en un 28,5% (n:10).

Gráfico 1. Síntomas No motores.



Los pacientes que lograron reconocer al ACV por sus síntomas fueron en total 8, los 27 restantes (77,1%) no lograron describir lo que les sucedía, 3 pacientes de este grupo atribuyeron su cuadro a “una complicación de su hipertensión”. Gráfico 2.

Gráfico 2. Reconocimiento de síntomas de ACV.



Por otra parte, notamos que 30 de los entrevistados desconocen la existencia de tratamiento específico y que solo 5 de los participantes admitieron su conocimiento, 1 de ellos tenía como antecedente haber padecido un ACVi. Respecto a la percepción del ACV, advertimos que un 60% (n:21) consideró que el cuadro no revestía gravedad y que su curso evolutivo era transitorio.

El NIHSS de ingreso que cumplía criterios de trombólisis fue un 33% (12), siendo el 66% (23) restante los que no.

Variables de accesibilidad

De los 35 pacientes, solo 15 (42,9%) consultaron dentro de las primeras 4,5 h desde el inicio de síntomas (período ventana). Del total, 18 pacientes contactaron previamente con otros servicios de salud previo a la consulta en nuestra institución, y de estos: 9 lograron consultar en las primeras 4,5 h, 1 entre el intervalo de tiempo de 4,5 h- 6 h, mientras que 6 de ellos entre las 6 h- 9 h y 2 luego de las 24 h. En la consulta directa a nuestro efector se observó que 6 lo hicieron dentro de las 4,5 h, 1 de ellos entre las 4,5 h - 6 h, 2 en el intervalo de 6 h- 9 h, 1 en el de las 9 h- 24 h, y 7 después de las 24h.

Tabla 2- Acceso al sistema de salud discriminado por intervalos de tiempo.

Acceso al sistema de salud discriminado por intervalos de tiempo			
Intervalos de tiempo	Pacientes n: 35	Efectores de Salud externos n:18	Centro hospitalario n:17
<4,5 h	15 (42,9%)	9 (50%)	6 (35,3 %)
> 4,5 h - < 6 h	2(5,7%)	1 (5,6%)	1 (5,9%)
>6 h - <9 h	8(22,9%)	6 (33,3%)	2 (11,8%)
> 9 h - <24 h	1(2,8%)	0 (%)	1 (5,9%)
>24h	9(25,7%)	2 (11,1%)	7 (41,1%)

De los usuarios que consultaron en las primeras 4,5 h en un efector externo solo 4 de 9 lograron acceder a nuestra institución durante el tiempo requerido para la ventana de trombólisis, mientras que en el resto de los participantes observamos que hubo una demora en el acceso. En cuanto a la movilidad de traslado de los pacientes que consultaron inicialmente en efectores externos, el 72,2% (13) refirieron acercarse posteriormente al centro hospitalario por sus propios medios y solo el 27,7% (5) fueron derivados en ambulancia. De este último grupo, en dos oportunidades se realizó el traslado en tiempo de ventana menor a 4,5 h.

Del total de usuarios, un 85,5% (n:30) consultaron a nuestro efector por sus propios medios y el 14,2% (n:5) a través del sistema de emergencia.

Dimensiones de accesibilidad

- *Accesibilidad geográfica*

La relación del tiempo de consulta para los usuarios que se encontraban en promedio a menos de 15 min de distancia y la ventana de trombólisis expuso un OR de 0,6 (IC 0,15-2,4; $p = 0,4$) del mismo modo se observó que la distancia promedio menor a 10 km desde el domicilio de inicio de síntomas hasta el centro hospitalario en relación con el acceso en menos de 4,5 h, mostró un OR 0,66 (IC 0,15-2,9; $p = 0,5$). Dichos datos representan una menor fuerza de asociación en relación con la consulta temprana. Por otra parte, los participantes que realizaron el traslado por sus propios medios no se corresponden con un acceso temprano (OR 0,44; IC 0,6 -3, $p = 0,4$); comparado con los trasladados en ambulancia (OR 2,2; IC 0,3- 15,5; $p = 0,4$).

Anexo resultados 3 - Tabla 3 y 4 - Accesibilidad geográfica: modalidad de traslado utilizada, en relación con el tiempo.

- *Accesibilidad cultural*

El nivel educacional y la relación con la consulta temprana, no se logró establecer asociación.

Los pacientes que reconocieron al cuadro clínico como un *evento grave*, correlacionaron con un acceso temprano (OR 2,83; IC 0,55-14,4; $p = 0,21$) comparado con aquellos que consideraron que no revestía gravedad y suponía un carácter transitorio (OR 0,37; IC 0,09-1,5; $p = 0,1$).

Anexo resultados 3 - Tabla 6 - Percepción de gravedad del cuadro y curso evolutivo relación al contacto con el sistema de salud.

Se observó de los usuarios que *no* tenían conocimiento del ACV una postergación de la atención oportuna (OR 0,22; IC 0,03-1,36; $p = 0,1$) respecto de los que tenían percepción de este (OR 2,83; IC 0,55-14,4; $p = 0,21$).

Anexo resultados 3 - Tabla 7 - Reconocimiento del ACV como entidad y acceso temprano al sistema de salud.

Los *Síntomas Motores* no se asociaron a un acceso rápido al sistema sanitario (OR 0,84; IC 0,19-3,7; $p = 0,82$) en comparación con los *Síntomas no motores* (OR 1,1; IC 0,2-5,2; $p = 0,82$).

Anexo resultados 3 - Tabla 8 - Síntomas iniciales y consulta oportuna al sistema salud.

Los *testigos del cuadro clínico* lograron anticipar una atención temprana al advertir un problema de salud (OR 4,6; IC 0,48-45; $p = 0,18$).

Anexo resultados 3 - Tabla 9 - Los testigos del evento y la relación con la consulta.

- *Accesibilidad económica*

La movilidad como limitante, condicionó la consulta temprana (OR 1,4; IC 0,34-6,4; $p = 0,6$).

Anexo resultados 3 - Tabla 10 - La movilidad como condicionante en el acceso.

- *Accesibilidad al sistema*

La consulta inicial en efectores externos se vincula a una atención temprana cuando se utilizó ambulancia como medio de traslado (OR 1,8; IC 0,2-13; $p = 0,54$).

Anexo 3 - Tabla 11 - Acceso del sistema de salud externo al centro hospitalario y modalidad de traslado.

En cuanto a los participantes que tuvieron *contacto con el centro de salud* en el último año, se evidencia una atención temprana (OR 2,2; IC 0,5-9; $p = 0,2$) respecto de los que presentaban controles alejados (OR 0,4; IC 0,1-1,8; $p = 0,2$).

Anexo 3 - Tabla 12 - Relación del tiempo entre último contacto con el sistema de salud (centros de salud, Samcos) y la asociación con la consulta temprana.

Discusión

Los resultados del presente trabajo sostienen algunos lineamientos generales comunes en esta entidad, en cuanto a la distribución por sexo, predominio en hombres, y la edad promedio de 58,1 años, que se acerca a otros estudios realizados en Argentina en los cuales ronda los 60 años. (3,4) Las comorbilidades mantienen una similar proporción siendo en primer lugar la HTA, seguida de DBT, el etilismo y tabaquismo. Un detalle para destacar es al hábito de etilismo que se coloca en tercer lugar predominando por sobre el tabaquismo cuando en otros reportes se encuentran inversamente (3,4,5). Además, no, nos encontramos como comorbilidad el VIH, pese a ser una población considerable en nuestro centro sanitario, esto podría deberse al tamaño de la muestra.

Se observaron ciertos parámetros de la población en estudio que podrían ser considerados factores de vulnerabilidad, una de ellas es la alfabetización con niveles bajos de formación (la mayoría cuenta con educación primaria); los grupos familiares conformados con menores de edad, elemento que potencialmente contribuye en la postergación de sus propios cuidados de la salud, dadas las responsabilidades económicas y sociales. Por otro lado, las personas que viven solas podrían tener un acceso al sistema de salud limitado, al no contar con un entorno continente. El grupo familiar es una variable de difícil análisis y de contextualizar, podríamos considerarla como una barrera subvaluada.

En cuanto a la forma de presentación clínica notamos que los síntomas “No motores” fueron los mayormente descritos y de ellos prevalecieron los vestibulares. Habitualmente es un síntoma subestimado en el ACV: la escala NIHSS no permite una adecuada valoración, por tener una mayor sensibilidad el sistema de puntuación en los eventos que comprometen circulación anterior. Esta situación dificulta la labor de los evaluadores y suele ser un limitante en la consulta a tiempo. (17). Este porcentaje considerable de síntomas No motores puede deberse a localización del ACV, aunque es un aspecto que excede a los objetivos del presente trabajo.

Más del 70% de los participantes no lograron reconocer el problema de salud acontecido, identificar que se trataba de un ACV, y en congruencia con ello, también se detectó un amplio desconocimiento sobre el tratamiento específico. Esto expone un pobre conocimiento de los problemas de salud en esta población estudiada, y en especial de los eventos cerebrovasculares.

En cuanto a las dimensiones de accesibilidad, podemos decir que en la accesibilidad geográfica no se encontró relación con el tiempo de llegada, tanto en distancia como en tiempo: las zonas más alejadas se relacionaron en ocasiones con un acceso precoz, incluso antes que aquellos que se encontraban más cercanos al centro hospitalario. Por su parte, el traslado por sus propios medios sí condicionó un acceso tardío, esto podría suponer una barrera de accesibilidad.

De la accesibilidad cultural, el nivel de formación educativa no evidenció una tendencia a actuar como barrera, siendo cuestionables estos resultados y probablemente debidos al tamaño de la muestra (solo se recabaron 2 pacientes analfabetos).

La falta de percepción de los problemas de salud de los entrevistados, como así también por los testigos del evento, y el no reconocimiento de los síntomas de ACV, fueron elementos que favorecieron el retraso de la consulta y se consideraron una barrera de accesibilidad cultural. Estas variables se asocian en múltiples trabajos previos como factores de demora prehospitolaria (11, 18-20) y se ha intentado modificar dicha situación con campañas de concientización; pero pese a las respuestas favorables en el reconocimiento clínico, las mismas no logran mejorar los tiempos de consulta temprana (21, 22), por lo que se sugiere que estas intervenciones se reproduzcan de forma continuada.

En nuestro medio se realizan medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en centros hospitalarios y/o en espacios con alta afluencia de personas, pero sería importante que logren extenderse hacia espacios periféricos como los centros de salud, vecinales barriales y/o centros de convivencia comunitaria, las cuales permitirían un acercamiento con la población en el territorio y una mejor vinculación con el sistema sanitario.

Los síntomas motores se correlacionaron a un retraso en el acceso en este estudio; si bien se concatena con el punto anterior en cuanto a la falta de reconocimiento de los síntomas, puede encontrarse influenciado también por su imaginario social. En un estudio previo (23), realizado en Asia, observaron que los síntomas motores eran interpretados en la población general como dolencias de carácter subjetivo y transitorio, en tanto la presencia de desviación de la comisura labial y el trastorno del lenguaje, se relacionaban con un problema probablemente grave correspondiente a un evento cerebrovascular.

Curiosamente en otra investigación realizada en otro país asiático (24) identificaron que la percepción de los síntomas motores generaba incertidumbre en los pacientes cuando la magnitud de la debilidad de un miembro era leve y más aún si la persona presentaba una comorbilidad que explique la causa (por ejemplo, una fascitis plantar), pero cuando notaban que estos síntomas no revertían o empeoraban despertaban alarma, impulsando una consulta tardía. (24) Podría considerarse que, en nuestra investigación, los síntomas motores se comportaron al menos no facilitando la consulta temprana, aunque habría que evaluar este aspecto en investigaciones futuras, consignando el grado de debilidad al comienzo de los síntomas con la escala de NIHSS.

En cuanto a la disponibilidad de movilidad se evidenció que no contar con ella condicionó el acceso, por lo que se consideró una barrera de accesibilidad económica. En una revisión realizada en Estados Unidos, publicado en 2023, como causal de demora en la etapa prehospitalaria se menciona no solo al miedo inducido por los síntomas, sino que adquiere relevancia la falta de cobertura en sectores que se basan en seguros médicos, o si se encontraban en barrios marginados pese a tener cobertura. (25) Sería interesante para trabajos futuros evaluar en esta dimensión la asociación con el empleo, el rol del sistema de emergencias y la asistencia en barrios periféricos.

La accesibilidad al sistema de salud reveló que los usuarios que fueron trasladados en ambulancia, los que tenían controles de salud en los últimos 12 meses y los que consultaron en efectores externos previo a nuestro centro hospitalario obtuvieron una consulta temprana, significa que fueron estos elementos los que influyeron como facilitadores de accesibilidad.

La actuación del sistema de salud es de relevancia, pone en valor el funcionamiento de la red y la vinculación de los usuarios con los centros de salud. El hecho de tener una noción de referencia permite que determinados procesos de enfermedad sean abordados de forma adecuada y oportuna. En un estudio previo se expuso que, en el vínculo con los efectores de salud, cuando estaban constituidos, los pacientes lograban confianza interpersonal y mejoras en las adherencias a tratamientos. (12) Esta evaluación es para destacar y fortalecer en los diferentes niveles de atención.

Conclusiones

La accesibilidad en la etapa prehospitalaria de la atención del ACV ha sido materia de estudio en múltiples trabajos, pero en nuestro centro hospitalario específicamente sienta un precedente, ya que aún no contábamos con información al respecto. Si bien la muestra es pequeña y expone una debilidad de la investigación en cuanto a la significancia estadística, los resultados son destacables y promisorios para eventuales estudios futuros.

Observamos que la mayor dificultad en el acceso se encontraba en relación con la accesibilidad cultural y esto marca la necesidad de mejorar en medidas de prevención y promoción relacionadas con el ACV, en cuanto a su reconocimiento e identificación de pautas de alarma. Además, es de vital importancia generar en la red de atención acciones que articulen con los diferentes niveles involucrados, que constituyan una vía común y disponer un “código ACV” para facilitar la consulta oportuna. Aquellos casos que consultaron a efectores externos y fueron trasladados por medio del sistema de emergencia se vieron favorecidos, pero lamentablemente una gran proporción accedieron al centro hospitalario por sus propios medios y, por lo tanto, es un tema pendiente para trabajar.

En relación con las intervenciones de prevención sería interesante intensificar las medidas en poblaciones objetivo, las que cuentan con las comorbilidades mencionadas. Por su parte, es fundamental fortalecer a los centros periféricos de atención primaria en capacitación y vinculación con los centros hospitalarios de referencia que disponen de tratamiento tromboespecífico.

Por último, es de suma importancia por parte de las autoridades gubernamentales incluir en el Plan Médico Obligatorio la disponibilidad de tratamiento para el ACV. Hace 30 años que está demostrada su eficacia, y se justifica en los altos costos que generan las secuelas producidas por los accidentes cerebrovasculares tanto en el sistema sanitario y de cuidados, como en el medio social y familiar del paciente. Lograr su incorporación permitiría una mayor equidad, universalidad, y no sólo abarcaría al sistema público, sino a los diferentes subsistemas de salud que se encuentran en Argentina. Esta cobertura sería un hito y garantía del Derecho a la Salud.

Referencias Bibliográficas:

1. Ralph L. Sacco, MD, MS, FAHA, FAAN, Scott E. Kasner, MD, MSCE, FAHA, FAAN, Joseph P. Broderick, MD, FAHA, Louis R. Caplan, MD, J.J. (Buddy) Connors, MD, Antonio Culebras, MD, FAHA, FAAN, Mitchell S.V. Elkind, MD, MS, FAHA, FAAN, the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism- An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association
2. García Alfonso, Carolina, Martínez Reyes, Andrea, García, Valentina, Ricaurte-Fajardo, Andrés, Torres, Isabel, & Coral, Juliana. (2019). Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. *Universitas Medica*, 60(3), 41-57. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed60-3.actu>
3. Maria Emilia Clément, Lucas Martín Romano, Agustina Furnari, José Miguel Abrahín, Fernando Marquez, Patricia Coffey, Luciana Rodriguez, Victoria Carabajal, Sergio Gonorazk, Pablo Ioli- Servicio de Neurología, Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina. 2018. Incidencia de enfermedad cerebrovascular en adultos: estudio epidemiológico prospectivo basado en población cautiva en Argentina -DOI: 10.1016/j.neuarg.2017.09.002
4. Bonardo, Pablo, León Cejas, Luciana, Mazziotti, Julieta, Zinnerman, Alberto, Fernández Pardal, Manuel, Martínez, Alejandra, Riccio, Patricia, Ameriso, Sebastián, Bendersky, Eduardo, Nofal, Pedro, Cairola, Patricia, Jure, Lorena, Sotelo, Andrea, Casas Parera, Ignacio, Sánchez Luceros, Analía, Sposato, Luciano, & Reisin, Ricardo C.(2021). AISYF: first national, prospective, multicenter study of young patients with stroke in Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 81(4), 588-596. Recuperado en 04 de noviembre de 2024, de https://www.scielo.org/ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000400588&lng=es&tlng=en
5. GBD 2019 Stroke Collaborators (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden

- of Disease Study 2019. *The Lancet. Neurology*, 20(10), 795–820.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
6. Bahit, M. C., Coppola, M. L., Riccio, P. M., Cipriano, L. E., Roth, G. A., Lopes, R. D., Feigin, V. L., Borrego Guerrero, B., De Martino, M., Díaz, A., Ferrante, D., Funaro, F., Lavados, P., Lewin, M. L., López, D. H., Macarrone, P., Marciello, R., Marino, D., Martens, C., Martínez, P., ... Sposato, L. A. (2016). First-Ever Stroke and Transient Ischemic Attack Incidence and 30-Day Case-Fatality Rates in a Population-Based Study in Argentina. *Stroke*, 47(6), 1640–1642.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.013637>.
 7. Provincia destaca la capacidad de respuesta para disminuir las secuelas del ACV. Gobierno de Santa Fe, 29 octubre 2024.
<https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/281547/>
 8. Pigretti, S. G., Alet, M. J., Mamani, C. E., Alonzo, C., Aguilar, M., Alvarez, H. J., Ameriso, S., Andrade, M. G., Arcondo, F., Armenteros, C., Arroyo, J., Beigelman, R., Bonardo, P., Bres Bullrich, M., Cabello, C., Camargo, G., Camerlingo, S., Cárdenas, R., Cháves, H., Ciardi, C., ... Zurrú, M. C. (2019). Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo [Consensus on acute ischemic stroke]. *Medicina*, 79 Suppl 2, 1–46.
 9. Matías Alet, Santiago Pigretti y Celina Ciardi, en representación del Grupo de Trabajo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Neurológica Argentina (2021). Comunicación breve: encuesta nacional sobre el tratamiento de reperusión del accidente cerebrovascular isquémico agudo.
[Doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.07.004](https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.07.004)
 10. Lahr, M. M., Luijckx, G. J., Vroomen, P. C., van der Zee, D. J., & Buskens, E. (2012). Proportion of patients treated with thrombolysis in a centralized versus a decentralized acute stroke care setting. *Stroke*, 43(5), 1336–1340.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.641795>
 11. Reasons for Prehospital Delay in Acute Ischemic Stroke Joachim Fladt MD , Nicole Meier cand. med. , Sebastian Thilemann MD , Alexandros Polymeris MD , Christopher Traenka MD , David J. Seiffge MD , Raoul Sutter MD , Nils Peters MD , Henrik Gensicke MD , Benjamin Flückiger MA , Kees de Hoogh PhD , Nino Künzli MD, PhD, MPH , Bettina Bringolf-Isler MD, PhD, MPH , Leo H. Bonati MD , Stefan T. Engelter MD , Philippe A. Lyrer MD , and Gian Marco De Marchis MD, MSc gian.demarchis@usb.ch

12. Landini, F., Cowes, V. G., & D'Amore, E.. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cadernos De Saúde Pública*, 30(2), 231–244. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030313>
13. Comes, Yamila, Solitario, Romina, Garbus, Pamela, Mauro, Mirta, Czerniecki, Silvina, Vázquez, Andrea, Sotelo, Romelia, & Stolkner, Alicia. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 00. Recuperado en 15 de noviembre de 2024, de https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es&tlng=es.
14. Martín-Fernández, Jesús, & Rodríguez Cabrera, Francisco. (2024). Accesibilidad al Sistema Nacional de Salud: equidad y listas de espera. Un estudio observacional. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 17(3), 171-177. Epub 04 de noviembre de 2024. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.170304>.
15. Ministerio de salud de Santa Fe. (2007). Salud Publica. Conceptos básicos y generales. Santa fe, Santa fe. Obtenido de www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/228703/1197588/
16. Hospital del provincial del Centenario, Wikiwand, sf. https://www.wikiwand.com/es/articles/Hospital_Provincial_del_Centenario
17. Schneider, A. M., Neuhaus, A. A., Hadley, G., Balami, J. S., Harston, G. W., DeLuca, G. C., & Buchan, A. M. (2023). Posterior circulation ischaemic stroke diagnosis and management. *Clinical medicine (London, England)*, 23(3), 219–227. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-0499>
18. Oh, G. J., Lee, K., Kim, K., & Lee, Y. H. (2019). Diferencias en el conocimiento de los síntomas del accidente cerebrovascular y la respuesta a emergencias por ocupación en la población general coreana. *PloS uno*, 14(6), e0218608. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218608>
19. Diferencias en el conocimiento de los síntomas del accidente cerebrovascular y la respuesta a emergencias por ocupación en la población general coreana. *PloS uno*, 14(6), e0218608. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218608>
20. Gupta, A. K., Kaur, K., Bhatia, L., Kaur, R., Bhaskar, A., & Singh, G. (2023). Causes of Pre-hospital Delay in Acute Stroke in Punjab. *Cureus*, 15(5), e39180. <https://doi.org/10.7759/cureus.39180>
21. Denti, L., Caminiti, C., Scoditti, U., Zini, A., Malferrari, G., Zedde, M. L., Guidetti, D., Baratti, M., Vaghi, L., Montanari, E., Marcomini, B., Riva, S., Iezzi,

- E., Castellini, P., Olivato, S., Barbi, F., Perticaroli, E., Monaco, D., Iafelice, I., Bigliardi, G., ... Schulz, P. J. (2017). Impact on Prehospital Delay of a Stroke Preparedness Campaign: A SW-RCT (Stepped-Wedge Cluster Randomized Controlled Trial). *Stroke*, 48(12), 3316–3322. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018135>
22. Hodgson, C., Lindsay, P., & Rubini, F. (2007). ¿Pueden los medios de comunicación influir en las visitas al servicio de urgencias por ictus?. *Derrame cerebral*, 38(7), 2115–2122. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.484071>
23. G., Yadav, J. K., Basnet, B., Shrestha, T. M., Kharel, G., & Ojha, R. (2019). Estado de la demora prehospitalaria y la trombólisis intravenosa en el tratamiento del ictus isquémico agudo en Nepal. *Neurología BMC*, 19(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12883-019-1378-3>
24. Wang, P. Y., Tsao, L. I., Chen, Y. W., Lo, Y. T., & Sun, H. L. (2021). "Vacilantes y desconcertantes": las experiencias y el proceso de decisión de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo con retraso prehospitalario después del inicio de los síntomas. *Healthcare (Basilea, Suiza)*, 9(8), 1061. <https://doi.org/10.3390/healthcare9081061>
25. Zachrisson, K. S., Nielsen, V. M., de la Ossa, N. P., Madsen, T. E., Cash, R. E., Crowe, R. P., Odom, E. C., Jauch, E. C., Adeoye, O. M., & Richards, C. T. (2023). Prehospital Stroke Care Part 1: Emergency Medical Services and the Stroke Systems of Care. *Stroke*, 54(4), 1138–1147. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.039586>

Anexo 1

“Descubriendo las barreras de accesibilidad en la etapa prehospitalaria de los pacientes atendidos por accidente cerebrovascular isquémico agudo

Entrevista

Fecha de entrevista

Nombre y Apellido:

Sexo:

Domicilio:

Localidad:

Escolaridad (en años):

Grupo familiar:

- a- Vive solo
- b- Convive en su grupo familiar con al menos un menor de edad.
- c- Convive en su grupo familiar con al menos una persona con discapacidad.
- d- Convive en su grupo familiar con al menos un mayor de edad.

Centro de Salud de referencia

Antecedentes personales

1. No padece antecedentes patológicos
2. Si padece antecedentes patológicos:
 - a. HTA
 - b. DBT
 - c. Dislipemia
 - d. Obesidad

- e. HIV
- f. Otras (especificar)

Hábitos

- a. No consume alcohol, drogas ni tabaco.
- b. Consumo de drogas (cocaína, marihuana, etc.).
- c. Consumo de tabaco.
- d. Consume alcohol (no incluye consumo social).

Datos clínicos del ACV

Clínica:

- a. Déficit motor.
- b. Déficit sensitivo.
- c. Déficit visual.
- d. Trastorno del Lenguaje (Disartria, afasias, etc.).
- e. Trastorno de la Marcha (ataxia y debilidad)
- f. Vértigo.
- g. Cefalea.
- h. Pérdida de conocimiento.
- i. Otra (especificar).

1- ¿Cuál fue el primer síntoma que percibió?

2- ¿Usted sospechó a que se debía el cuadro clínico?

3- ¿Sospechó que no era de gravedad lo que estaba sucediendo y que el mismo era transitorio?

- a. Si. (no era de gravedad, era transitorio).
- b. No. (era de gravedad y no de carácter transitorio)

NIHSS de ingreso:

Accesibilidad

Fecha de inicio de síntomas

Hora de inicio de síntomas

1- ¿Dónde consulto primeramente? (aclarar nombre y lugar)

- a- CDS.
- b- Hospital.
- c- Samco.
- d- Sistema de emergencia a domicilio.
- e- Otra.

2- ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el inicio de síntomas y el primer contacto con el sistema de salud?

- a- Menos de 4:30hs.
- b- Más de 4:30hs y menos de 6hs.
- c- Más de 9hs y menos de 24hs.
- d- Más de 24hs.

3- ¿Cuánto tiempo transcurrió hasta que consultó en nuestro centro hospitalario?

- a. Menos de 4:30hs.
- b. Más de 4:30hs y menos de 6hs.
- c. Más de 9hs y menos de 24hs.
- d. Más de 24hs.

4- Al momento de inicio de síntomas ¿Se encontraba con alguien que reconociera que algo andaba mal?

- a. Me encontraba con alguien que reconoció que algo sucedía.
- b. Me encontraba con alguien que no reconoció que algo sucedía.
- c. Me encontraba solo.

5- ¿La condición de su cuadro clínico le impidió poder acceder al sistema de salud?

- a. Si (no podía hablar, moverse, etc.).
- b. No.

6- Consideró que el cuadro clínico era de gravedad, pero no disponía de traslado

- a- Si (no disponía de movilidad).
- b- No.

7- ¿Cómo se trasladó a nuestro efector de salud?

- a. Por sus propios medios. (auto, colectivo, taxi, caminando)
- b. Ambulancia.

Último contacto con el sistema de salud

- a- Menos de 6 meses
- b- Más de 6 meses, menos de un año
- c- Más de un año
- d- Nunca ha estado en contacto con el sistema de salud

-Anexo2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del trabajo de investigación: “Descubriendo las barreras de accesibilidad en la etapa prehospitalaria de los pacientes atendidos por accidente cerebrovascular isquémico agudo”.

Sede donde se realizará el estudio: Hospital provincial del Centenario

Nombre del paciente:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

A nivel mundial el accidente cerebrovascular (ACV) es la segunda causa de muerte y la tercera causa de discapacidad. En la actualidad existen tratamientos que pueden disminuir o incluso eliminar los síntomas, pero sólo pueden utilizarse en las primeras horas.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos determinar las barreras que intervienen en el acceso al sistema de salud de los usuarios que cursaron internación por un ACV isquémico.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted y sus antecedentes médicos. Además de datos médicos en relación con usted.

3. ACLARACIONES:

Su participación en el estudio es completamente voluntaria, por lo que, si decide no participar o retirarse en cualquier momento de este, no habrá ninguna consecuencia negativa para usted.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago por su participación.

La información obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Con todo ello, acepto participar en este estudio de investigación.

Firma del participante o representante.

Firma del investigador

Anexo 3- Resultados de análisis estadístico

- *Accesibilidad geográfica*

Tabla 3- Accesibilidad geográfica distancia y tiempo en relación con el tiempo de ventana de trombólisis			
	Tiempo de ventana de trombólisis menor a 4,5h		
	OR	P	IC
Distancia menor a 10 Km	0,66	0,59	0,1-2,9
Distancia mayor a 10 Km	1,5	0,59	0,3- 6,5
Tiempo menor a 15min de distancia	0,61	0,48	0,1- 2,4
Tiempo mayor a 15 min de distancia	1,6	0,48	0,4-6,3

Tabla 4- Accesibilidad geográfica modalidad de traslado utilizada, en relación con el tiempo			
	Tiempo de ventana de trombólisis menor a 4,5h		
	OR	P	IC
Por sus propios medios	0,44	0,4	0,6-3
Ambulancia	2,2	0,4	0,3- 15
	Tiempo alejado de ventana de trombólisis mayor a 4,5h		

Por sus propios medios	2,2	0,4	0,3- 15
Ambulancia	0,44	0,4	0,6-3

- *Accesibilidad cultural*

Tabla 5- Asociación de nivel de escolaridad y acceso al sistema sanitario.			
	Menor a 4,5 h		
	OR	P	IC
Analfabeto	248534	0,99	0,00
PC	0,47	0,28	0,12- 1,8
SC	1,38	0,76	0,17-11,1
ES	0,64	0,72	0,53- 7,8
	Mayor a 4,5 h		
Analfabeto	0	0,99	0,00
PC	2,1	0,2	0,5- 8,3
SC	0,72	0,76	0,09-5,8
ES	1,5	0,72	0,12- 18,9

Tabla 6- Percepción de gravedad del cuadro y curso evolutivo en relación con el contacto con el sistema de salud.	
	Menor a 4,5 h

	OR	P	IC
Reconoce la gravedad	2,6	0,1	0,66-10
No reconoce gravedad, curso transitorio.	0,37	0,1	0,09-1,5
	Mayor a 4,5h		
Reconoce la gravedad	2,83	0,21	0,55-14,4
No reconoce gravedad, curso transitorio.	0,22	0,1	0,03-1,36

Anexo 3-Tabla 7- Reconocimiento del ACV como entidad y acceso temprano al sistema de salud (<4,5h)			
Menos de 4,5 h			
	OR	P	IC
Reconocen el ACV	2,83	0,21	0,55-14,4
No Reconocen el ACV	0,22	0,1	0,03-1,36
Más de 4,5 h			
Reconocen el ACV	0,3	0,2	0,06-1,18
No Reconocen el ACV	4,5	0,1	0,7-27

Tabla 8- Síntomas iniciales y consulta oportuna al sistema salud			
Menos de 4,5 h			
	OR	P	IC
Síntomas Motores	0,84	0,82	0,19-3,7
Síntomas No motores	1,1	0,82	0,2-5,2
Más de 4,5h			
Síntomas Motores	1,1	0,82	0,2-5,2
Síntomas No Motores	0,84	0,82	0,19-3,7

Tabla 9- Los testigos del evento y la relación en la consulta			
Los testigos del evento y la relación en la consulta precoz			
	OR	P	IC
Testigos reconocen el problema de salud acontecido	4,6	0,18	0,48-45
Testigos no reconocen el problema de salud acontecido	0,63	0,72	0,53-7,8
Los testigos del evento y la relación en la demora de la consulta			
Testigos reconocen el problema de salud acontecido	0,21	0,1	0,02-2
Testigos no reconocen el problema de salud acontecido	1,5	0,7	0,1-18

- *Accesibilidad económica*

Tabla 10- La movilidad como condicionante en el acceso			
	Relación de consulta temprana		
	OR	P	IC
Movilidad no limitante	1,4	0,6	0,34-6,4
	Relación de la consulta tardía		
Movilidad no limitante y demora en la consulta	0,67	0,6	0,15-2,9

- *Accesibilidad al sistema*

Anexo 3-Tabla 11- Acceso del sistema de salud externo al centro hospitalario y modalidad de traslado			
Acceso del sistema de salud externo al centro hospitalario			
Menos de 4,5 h			
	OR	P	IC
	2,86	0,2	0,5-13
Modalidad de traslado del efector externo			
Menos 4,5 h			
Ambulancia	1,8	0,54	0,5-13
Por sus propios medios	0,5	0,5	0,7-3

Tabla 12 - Relación del tiempo entre último contacto con el sistema de salud (Centros de salud, Samcos) y la asociación con la consulta temprana

	OR	P	IC
Menos de 1 año	2,2	0,2	0,5-9
Más de 1 año	0,4	0,2	0,1-1,8