



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA
MÉDICA**

Trabajo Académico

“Heminegligencia y función motora en pacientes post accidente
cerebrovascular del Hospital de Rehabilitación del Callao. Perú 2023”

Para optar el título de

Especialista en Fisioterapia en Neurorehabilitación

Presentado por

Autor: Quispe Romero, Jack Simon

Código ORCID: 0000-0001-6603-5714

Asesor: Mg. Puma Chombo, Jorge Eloy

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8139-1792>

LINEA DE INVESTIGACION

Salud y Bienestar

Lima – Perú

2023



DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033

VERSIÓN: 01

REVISIÓN: 01

FECHA: 08/11/2022

Yo, Jack Simon Quispe Romero egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "HEMINEGLIGENCIA Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO.PERÚ 2023" Asesorado por el docente: JORGE ELOY PUMA CHOMBO DNI 42717285 ORCID 0000-0001-8139-1792 tiene un índice de similitud de 14 catorce % con código 14912:230547683 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.

Firma de autor

Jack Simon Quispe Romero

DNI:70990870

Firma

Jorge Eloy Puma Chombo

DNI: 42717285

Lima, 25 Setiembre del 2023

INDICE

Tabla de contenido

1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1 Teórica	5
1.4.2 Metodológica.....	5
1.4.3 Práctica.....	6
1.5. Delimitaciones de la investigación	6
1.5.1 Temporal	6
1.5.2 Espacial	6
1.5.3 Población o Unidad de análisis.....	6
2.MARCO TEORICO.....	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Bases Teóricas.....	9
2.3 Formulación de la Hipótesis.....	9
2.3.1 Hipótesis General.....	9
2.3.2 Hipótesis Específicas.....	9
3. METODOLOGIA.....	10
3.1 Metodología de la investigación.....	10
3.2 Enfoque de la investigación.....	10
3.3 Tipo de investigación.....	10
3.4 Diseño investigación.....	10
3.5 Población, muestra y muestreo.....	10

3.6 Variables y operacionalización.....	10
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	10
3.7.1 Técnica.....	10
3.7.2 Descripción de instrumentos.....	10
3.7.3 Validación	10
3.7.4 Confiabilidad.....	10
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos.....	10
3.9 Aspectos Éticos.....	10
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	11
4.1 Cronograma de actividades.....	11
4.2 Presupuesto.....	11
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	12
Anexo 1: Matriz consistencia	
Anexo 2: Instrumentos	
Anexo 3: Validez del Instrumento	
Anexo 4: Formato de Consentimiento Informado	
Anexo 5 : Informe del asesor del Turnitin	

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El accidente cerebrovascular (ACV) es un gran problema en la salud mundial; se establece como una de las primeras causas de defunción, es el primer factor de discapacidad en el adulto y el segundo factor de demencia. Según los datos presentados por la OMS, menciona que 15 millones de personas padecen un ictus cada año; entre ellas, 5,5 millones mueren y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente (1). La heminegligencia, es una de las alteraciones comunes que se desarrolla por un ACV ; su incidencia supera el 40%, y se estima que un tercio de los pacientes siguen presentándola al cabo del primer año (2,3). Padecer una lesión cerebral puede ocasionar la disminución la capacidad funcional de la persona, se relaciona con mayores limitaciones en la recuperación funcional, lo que se ve plasmado en la dependencia en las actividades de la vida diaria(4). Desde la neurorrehabilitación , estos aspectos pueden ser abordados, debido a que se realiza una intervención incluyendo actividades con el objetivo de conseguir capacidades funcionales a fin de prevenir la enfermedad, promover la salud y desarrollar un tratamiento con la finalidad de lograr la máxima independencia posible para la persona que haya sufrido una lesión o enfermedad . Las personas con lesiones cerebrales pueden presentar alteraciones a nivel físico y/o cognitivo-conductual, ocasionando variaciones en la calidad de vida propia y la de su entorno familiar y social (5). La heminegligencia en el ACV se desarrolla cuando la persona no tiene la capacidad de prestar atención del espacio contrario a la lesión cerebral. No es debida a un problema sensorial ni perceptivo, sino a un déficit atencional (2). La región del espacio ignorada se define en relación con la línea media; siendo más frecuente la pérdida de atención de la parte situada a la izquierda de dicha línea media, a causa de una lesión en el hemisferio derecho(3).La

corteza cerebral parietal es un área fundamental en la determinación del foco atencional, la representación del espacio, la redirección de la atención y el procesamiento sensorial; por lo que su daño ha sido comúnmente asociado con la heminegligencia (4). Según la Fundación Kessler de acuerdo a estudios propios y del aporte de otros, la heminegligencia ocurre en aproximadamente el 50% de los sobrevivientes a un ACV con daño cerebral derecho, y el 30% a los que presentan un daño cerebral izquierdo (6). Una persona con heminegligencia presenta alteración de las destrezas cognitivas y perceptuales, generando mayormente afectación de la representación espacial, la imagen mental y la planificación motora; (7) motivo por el cual probablemente se vea afectado su desempeño en una o varias de las actividades de la vida diaria. Existen distintos tipos de heminegligencia, que pueden ser englobados en dos grandes grupos: la negligencia sensorial y la negligencia motora (8,9). Entre las secuelas motoras más comunes en un ACV, se engloban la falta de coordinación, debilidad y ausencia parcial de movimiento voluntario, pérdida de función motora. La función motora tendrá un proceso de recuperación en pacientes post ACV que se centraliza en los 6 meses de su evolución post ACV y que en los 3 primeros meses alcanza la máxima recuperación funcional, continuando con una meseta que se prolonga al 4 mes o 6 mes. En el periodo sub agudo es donde la persona alcanza la mayor recuperación de sus funciones neuromusculoesqueléticas (10). En el Perú en el año 2018 se registró una cantidad de 12835 casos de ACV. El acv tipo isquémico fue el más frecuente y el género masculino fue el más afectado, causando la disminución de la funcionalidad y afectando la calidad de vida (11). Por todo lo expuesto es concerniente estudiar la relación entre la variable heminegligencia y la variable función motora en pacientes post ACV, y no existe estudios en el Perú respecto al tema lo cual es de suma importancia realizar dicha investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre heminegligencia y función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la heminegligencia en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023?
- ¿Cuál es la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023?
- ¿Cuál es la relación entre heminegligencia y la dimensión miembro superior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023?
- ¿Cuál es la relación entre heminegligencia y la dimensión miembro inferior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao Perú - 2023?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de los pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao Perú - 2023?
- ¿Cuáles son los factores clínicos de los pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao Perú - 2023?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la heminegligencia y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar la heminegligencia en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023
- Identificar la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023
- Identificar la relación entre la heminegligencia y la dimensión miembro superior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023
- Identificar la relación entre la heminegligencia y la dimensión miembro inferior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023
- Identificar los factores sociodemográficos pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023
- Identificar los factores clínicos de los pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Este estudio presente busca indagar de que manera la heminegligencia influye en la función motora en pacientes con ACV. Marron E, en el año (2012) menciona que la heminegligencia es una de las alteraciones frecuentes en pacientes post ACV que causa alteraciones cognitivas y perceptuales, afectando así la planificación motora, su prevalencia supera el 40% en pacientes post ACV (2). Dura M, en el año (2017) menciona que la recuperación de la función motora en pacientes post ACV se centra durante los primeros 6 meses y que en la fase sub aguda alcanza la mayor recuperación de sus funciones neuro musculoesqueleticas (10). Este estudio permitirá mejorar los conocimientos que se tiene al relacionar estas 2 variables que es la heminegligencia y la función motora, con la finalidad de ampliar los conocimientos, el cual servirá como fuentes de consulta para futuros estudios.

1.4.2 Metodológica

Estudio de cohorte transversal que tiene como finalidad determinar la relación entre la heminegligencia y la función motora, para lo cual se utilizara estos instrumentos medición, el K-NAP para medir la heminegligencia y Fugl- Meyer para medir la función motora ambos pasaran por el proceso de validación por juicio de expertos y para la confiabilidad se realizara un proyecto piloto así también se realizara una ficha de recolección de datos por el autor. Los cuales servirán como referencia para futuras investigaciones similares.

1.4.3 Práctica

Esta investigación tendrá como objetivo determinar si existe relación entre la heminegligencia y la función motora en pacientes post ACV, con el propósito de beneficiar a la población y de igual manera servirán como un precedente para la creación de nuevos programas en el campo de la neurorrehabilitación, así como la elaboración de charlas de orientación dirigido a la población adulto y adulto mayor buscando un beneficio social general. Los resultados que tendrá este estudio podrán ser tomados como referencia o guía para futuros estudios realizados por otros profesionales de la salud.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

El desarrollo de la presente investigación, se realizará desde julio 2022 abril 2023

1.5.2 Espacial

Se realizará la investigación en el Hospital Rehabilitación del Callao, ubicado Jirón Vigil 591, Bellavista callao.

1.5.3 Población o Unidad de análisis

El presente estudio se desarrollará con pacientes masculinos y femeninos mayores de 30 años que asisten al Hospital Rehabilitación del Callao-Bellavista en Callao. La población de estudio será conformada por 80 pacientes post ACV que asisten al Hospital Rehabilitación del Callao, siendo la unidad de análisis los pacientes post ACV.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Internacionales

Daisuke nishida, Katsuhiko Mizuno, et al.(12) Este estudio tuvo como objetivo “determinar la confiabilidad y validez de la versión japonesa del KF-NAP , evaluar la mejora de la evaluación de la negligencia con KF-NAP y compararlo con la escala original de Catherine Bergego (CBS) para el ACV subagudo.”. El Estudio fue no experimental correlacional población 45 participantes post ACV, utilizaron las siguientes escalas Proceso de Evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler (KF-NAP), CBS, Prueba de falta de atención conductual (BIT), y la Medida de independencia funcional (FIM). Los resultados fueron de fiabilidad del KF-NAP con alfa cron bach 0.969 y el CBS con alfa de cron bach 0.904 exhibieron una excelente confiabilidad entre evaluadores y consistencia interna. KF-NAP exhibió una confiabilidad ligeramente mejor que el CBS. Se concluyó que el KF-NAP se correlacionó moderadamente con las subescalas de BIT y FIM que representan negligencia espacial unilateral y actividades de la vida diaria. Las tasas de detección negligencia espacial unilateral(USN) de KF-NAP y BIT en el grupo KF-NAP fueron 63,6 % y 22,7 %, respectivamente. Estos resultados sugieren que el KF-NAP, así como el CBS, son útiles para evaluar la USN, lo que tiene un gran impacto en los resultados de la rehabilitación en pacientes con accidente cerebrovascular subagudo.

Kimberly Hreha, Peii Chen, et al.(13) Este estudio tuvo como objetivo “ implementar protocolos, el Proceso de Evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler (KF-NAP) y el Tratamiento de Adaptación del Prisma de la Fundación Kessler (KF-PAT), en un hospital de agudos para determinar su viabilidad y sostenibilidad.”. El estudio fue prospectivo asociativo población 126 participantes ACV, se utilizaron las siguientes

escalas KF-NAP y KF-PAT. La población fue un total de 126 de 145 pacientes con ACV que cumplían los criterios de inclusión fueron evaluados por negligencia espacial. Los resultados fueron entre los 126, el 20,6% tenía negligencia espacial. Diez de los 26 pacientes con negligencia espacial fueron tratados con KF-PAT. El KF-NAP mostró una excelente consistencia interna con una estructura de un solo factor. se concluyó la implementación de un protocolo estándar de evaluación y tratamiento de rehabilitación para la negligencia espacial en cuidados agudos es factible. Los hallazgos relacionados con la fidelidad son prometedores; sin embargo, se recomienda más investigación.

Eun.et al., (14) Este estudio tuvo como objetivo investigar entre la prueba en papel (prueba dicotómica directa, prueba de borrado letras y prueba de Albert) y una herramienta de evaluación con alta sensibilidad para la negligencia espacial unilateral. El estudio fue no experimental correlacional población conformado por 32 pacientes post acv. Se utilizaron los instrumentos la cancelación de líneas, prueba de Alberto y kf-nap. Tuvo como resultado de la comparación de desempeño en la prueba dicotómica de 53,1%, en la prueba de Alberto 37,5% se encontró que tenía negligencia espacial unilateral. Kf-nap 93,8 encontró que tenía negligencia espacial unilateral. Se concluyó que la evaluación de la negligencia espacial unilateral después de un accidente cerebrovascular es importante y, en comparación con las pruebas en papel, como la prueba dicotómica directa, el borrado de letras y la prueba de Albert, que son evaluaciones tradicionales, kf-nap al identificar los síntomas de negligencia unilateral observados durante el desempeño de la vida diaria, es posible discriminar la negligencia unilateral en aspectos integrales como los aspectos espaciales y físicos.

Álvaro Enrique Rodríguez-Lázaro¹, Fernando Ortiz-Corredor, et al. (15) en su estudio tuvieron como objetivo “determinar los cambios en la recuperación de la función motora en pacientes con ACV crónico.”. El estudio fue tipo retrospectivo-descriptivo. La población fue de 47 pacientes post ACV con secuelas motoras, durante 8 meses, utilizaron los siguientes instrumentos índice Funcional Compuesto, PASS, Prueba de caja y cubos entre otros. Se mostraron en los resultados cambios significativos con respecto a la recuperación funcional. No obstante, los cambios del efecto fueron reducidos. Se concluyó que, durante los 6 primeros meses, presentan cambios reducidos en materia funcional.

Gonzales, (16) en su investigación realizada tuvo como objetivo “determinar la relación de los factores pronósticos con el compromiso de la función motora en pacientes post ACV. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes con ACV. La metodología del estudio es de tipo observacional, tiempo transversal y diseño correlacional. El instrumento de medición que se utilizó fue la subescala motora Fugl Meyer. Los resultados de la investigación fueron pacientes con compromiso motor severo 20%, leve 26%, moderado 54% y ningún paciente tuvo compromiso muy severo. Se halló entre el tipo ACV y el compromiso motor moderado presentó una relación significativa, relación con la edad y pacientes con alteración de la función motora post ACV tipo isquémico ($P=0.039$). La edad y la alteración de la función motora post ACV tipo hemorrágico ($P=0,147$) y el género con el compromiso motor no mostraron una relación significativa. Se concluyó que los factores pronósticos y la alteración de la función motora se relacionan, con el compromiso motor severo el ACV tipo hemorrágico es el más común y los que presentan compromiso motor severo están entre el rango de edad de 70-90 años, y el hemisferio que se afecta más es del lado izquierdo.

Peii Chen , Kimberly Hreha, et al.(17) En su investigación tuvieron como objetivo analizar la influencia de la negligencia espacial en el resultado de la rehabilitación, el riesgo de caídas y la disposición al alta en sobrevivientes de ACV . El estudio fue cohorte de inicio la población fue personas con daño cerebral unilateral después de su primer accidente cerebrovascular (N = 108) fueron evaluadas al ingreso y alta del centro de rehabilitación para pacientes internados, se empleó el Proceso Evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler, FIM. Tuvo como resultado en el momento de la admisión, 74 de ellos (68,5 %) demostraron síntomas de negligencia espacial medidos mediante el KF-NAP. Cuanto mayor sea la gravedad de la negligencia espacial (puntuaciones más altas de KF-NAP) en la admisión centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados y menores las puntuaciones FIM tanto en la admisión como en el alta. Las puntuaciones más altas de KF-NAP también se correlacionaron con una mayor la duración de la estancia y una tasa de mejora de FIM más baja. Concluyeron que la negligencia espacial después de un accidente cerebrovascular es un problema frecuente y puede afectar negativamente el resultado de la rehabilitación, el riesgo de caídas y la duración de la estancia.

2.2 bases teóricas

2.2.1 Accidente cerebrovascular:

El ACV es una lesión cerebral originada por un trastorno circulatorio cerebral que genera trastornos neurológicos y afecta la función del mesencéfalo. La prevalencia a nivel mundial cada año cerca de 17 millones de personas sufren un ACV y se bosqueja para el año 2030 habrá 77 millones sobrevivientes con esta patología en el mundo (18). En el Perú 2017, se cuantificó un total 10570 casos registrados de ACV, en el 2018 se registró un total de 12835 casos de ACV (11).

2.2.2 Factores de riesgo

Existen distintos factores que puedan aumentar la probabilidad de sufrir un ACV se pueden dividir en: modificables (hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus, entre otros factores) y no modificables (género, antecedente familiar y edad) (19).

2.2.3 Clasificación

Isquémico: El tipo isquémico representa al 75% a 90% de los pacientes con ACV y son causados por la obliteración de una arteria cerebral, lo que causa un área de necrosis denominada core y un área de isquemia reversible denominado área de penumbra.

Hemorrágico: El tipo hemorrágico corresponde de 10% a 25% de los ACV y se debe a la lesión de un vaso, lo cual puede ser intracraneal donde la sangre acumulada se presenta en cualquier zona dentro del cráneo o intracerebral donde la sangre se vierte directamente en el tejido encefálico. Los síntomas que se presentan son la dificultad para hablar, parestesia de extremidades y cefalea, mareo o náuseas.

Los signos que se presentan son la debilidad y paresia facial, debilidad de las extremidades superiores e inferiores, disfagia o disartria, marcha hemiparética, movimiento ocular anormal, alteración campo visual y alteraciones cognitivas (20,21).

2.2.4 Fases recuperación ACV

Las fases recuperación se divide en 3 fases: La fase aguda se desarrolla desde el inicio de la sintomatología y dura hasta que el paciente deja el área hospitalaria; la fase subaguda se desarrolla entre los 3 a 6 meses de sucedido el ACV y la fase crónica que es de estabilización funcional. En la fase sub aguda es donde el paciente alcanza la mayor recuperación de sus funciones neuromusculoesqueléticas, es la fase de la rehabilitación, donde el paciente participa de forma activa en la recuperación de sus funciones. (21).

2.2.5 Heminégligencia

La heminegligencia es una de las alteraciones frecuentes post ACV que se manifiesta cuando los pacientes tienen la dificultad de identificar, responder y orientar la propia atención hacia estímulos mostrados en el lado contralesional y como consecuencia no integran el lado afecto en el esquema corporal. Su prevalencia sobrepasa el 40% y siguen presentándolo al finalizar el primer año en un tercio de los pacientes. Se vincula con complicaciones en el proceso recuperación funcional, lo que se observa en el paciente que es dependiente en sus actividades de la vida diaria. El área del espacio ignorado está relacionado con la línea media, siendo más común la pérdida de atención del área izquierda de dicha línea media a causa de la lesión de la corteza cerebral parietal del hemisferio derecho que es un área primordial en la delimitación del punto atencional, la representación del espacio, la redirección de la atención y procesamiento sensorial, por lo cual su lesión está asociada a la heminegligencia. Existen varios tipos de heminegligencia que se dividen en 2 grupos: La negligencia sensorial y la negligencia motora. La negligencia sensorial es la dificultad de responder y dirigir la atención a un estímulo presente en el lado contralesional. La negligencia sensorial se divide en heminegligencia personal y extrapersonal.

2.2.6 La Heminégligencia personal

La anosognosia y la hemisomatoagnosia son las formas más comunes de heminégligencia personal. La agnosia es una deficiencia del esquema corporal en que el paciente no tiene la capacidad de identificar su enfermedad o déficits. La hemisomatoagnosia es cuando el paciente es incapaz de reconocer el propio hemicuerpo afecto o del mismo como propio.

2.2.7 La Heminégligencia extrapersonal .

La heminégligencia espacial es su forma más representativa, que consiste en que el paciente no tiene la capacidad de reconocer los estímulos procedentes de regiones espaciales contralaterales a la lesión cerebral. Otro tipo es de la heminégligencia representacional , en la que se altera la imagen o representación mental de lugares u objetos bien conocidos por el paciente (2,3). La heminégligencia espacial es un trastorno neurocognitivo de la atención e intención espacial, que afecta la percepción y representación espacial, las imágenes mentales y la planificación de acciones motoras(22). De acuerdo a los estudios, la negligencia tipo espacial se desarrolla en un aproximado del 50% de los sobrevivientes de ACV con lesión cerebral del hemisferio derecho y en el 30 % con lesión cerebral del hemisferio izquierdo. Existen otras formas de negligencia espacial basadas en diferentes marcos de referencia, como la negligencia centrada en el objeto (23).

2.2.8 Negligencia motora

La negligencia motora se caracteriza por la infrautilización del lado afecto, sin defectos de fuerza, reflejos o sensibilidad. Puede parecer una hemiparesia, pero el problema no es motor sino atencional (4). La heminégligencia será evaluada con el instrumento de proceso de evaluación de negligencia de la fundación kessler (KF-NAP).

Proceso de evaluación de negligencia de la fundación kessler: Este instrumento nos permite evaluar la heminégligencia que ocurre frecuentemente después de una lesión

cerebral, como en pacientes con ACV , lesiones traumáticas , procedimientos quirúrgicos, etc. Donde evalúa 10 ítems y presenta una categoría de puntuación donde 0 es ausencia de heminegligencia, heminegligencia leve (1-10), heminegligencia moderada, y heminegligencia severa (21-30) (13).

2.2.9 Función motora

La función motora entre los sujetos que sobreviven a un ACV el 80 % presenta deficiencia motora inmediata con predominio de sus extremidades superiores e inferiores, dependiendo de las áreas cerebrales afectadas (24, 25), y seis meses posteriores al evento más del 30 % de los sobrevivientes todavía no pueden caminar de forma independiente (26-28). La mayoría de los estudios sobre el curso de la recuperación de la función motora en pacientes con ACV se concentran en los primeros seis meses de su evolución y proponen que la máxima recuperación funcional se alcanza en promedio en los tres primeros meses, seguido de una meseta que se prolonga hasta el cuarto o sexto mes (29,30). El deterioro de la función motora es una complicación común después de un ACV y es un factor importante que afecta a la capacidad del paciente para que siga viviendo de manera independiente. Las decisiones sobre el tipo, la duración y los objetivos de la rehabilitación se basan en varios factores, incluidas las estimaciones del potencial del paciente para la recuperación de la función motora (31). La función motora será medida por el instrumento Fulg-Meyer.

Fulg-Meyer: Es un instrumento utilizado ampliamente para la evaluación de la función motora en pacientes post ACV, evalúa la actividad refleja, los movimientos voluntarios dentro y fuera de la sinergias, la capacidad para realizar movimientos aislados y la coordinación . Esta organizado en 5 pasos y tiene una puntuación ordinal (32).

2.3 Formulación hipótesis:

2.3.1 Hipótesis General

Hi: Existe relación entre la heminegligencia y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023.

Ho: No existe relación entre la heminegligencia y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023.

2.3.2 HIPOTESIS ESPECIFICA

Existe relación entre la heminegligencia y la dimensión miembro superior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023.

Existe relación entre la heminegligencia la dimensión miembro inferior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023.

Existe relación entre las características socio demográficas en pacientes post accidente cerebro vascular y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023.

Existe relación entre las características clínicas en pacientes post accidente cerebro vascular y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023.

3. METODOLOGIA

3.1 METODO DE INVESTIGACION:

En esta investigación, se aplicará el método hipotético deductivo porque surge a partir de un problema, se propone una hipótesis lo cual se contrasta y se deducen hipótesis derivadas que a través de los enunciados van a ser contrastados, deducidos de la consecuencia observacional (33)

3.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACION:

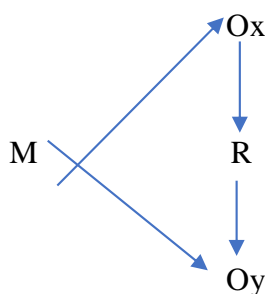
Se desarrollará un enfoque cuantitativo ya que la investigación se concentra en mediciones numéricas y utiliza la observación del proceso en recolección de datos y los analiza para llegar las preguntas de investigación. Este enfoque utiliza el análisis estadístico (34).

3.3 TIPO DE INVESTIGACION:

Es de tipo aplicada porque resolverá un determinado problema, enfocándose a la búsqueda y la consolidación del conocimiento para su aplicación y, por ende, para el enriquecimiento del desarrollo científico (35)

3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Tendrá un diseño no experimental, por lo cual las variables no se van a modificar, sino que se observara e interpretara los datos para obtener una conclusión. El sub diseño es correlacional de corte transversal y observacional, debido a que los datos van hacer recopilados en un tiempo determinado y nivel descriptivo correlacional porque tiene como propósito examinar el grado de relación entre las variables en base a los resultados. (36)



M: Pacientes mayores de 30 años post ACV del Hospital de Rehabilitación del Callao

Ox: heminegligencia

Oy: Discapacidad de los adultos

R: Indice de relación entre heminegligencia (KF-NAP) y función motora (Fulg meyer)

3.5 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.5.1 Población:

Será conformado por 80 participantes que son pacientes post ACV que asisten al servicio de neurorehabilitación adultos del hospital rehabilitación del Callao, durante el periodo durante el periodo Enero a abril 2023. Teniendo como referencia estadística de enero a marzo del 2023.

3.5.2 Muestra:

Será de 80 pacientes post acv que asisten al área de neurorehabilitación adultos del Hospital Rehabilitación del Callao, 2023.

3.5.3 Muestreo:

No probabilístico por conveniencia, el investigador seleccionará a los participantes siguiendo criterios de inclusión y exclusión

3.5.4 Criterios inclusión:

Pacientes post ACV mayores de 30 años

Pacientes de ambos géneros con diagnóstico de ACV

Pacientes post ACV que acepten el consentimiento informado

Pacientes post ACV que asisten al Hospital Rehabilitación del Callao.

3.5.5 Criterios de exclusión:

Pacientes que desistieron a realizar el estudio

Pacientes que presentan ceguera y sordera

Pacientes con demencia

Pacientes que presentan afasia grave

Pacientes que presentan deterioro cognitivo grave

3.5.6 Variables y operacionalización:

Variable independiente: Heminégligencia

Variable dependiente: Función motora

Características sociodemográficas:

Edad, género, estado civil, grado de estudio, procedencia, estatus económico, condición laboral, ocupación.

Características clínicas:

Tipo de ACV, hemisferio comprometido, tiempo de enfermedad, tipo de factores de riesgo, pacientes post ACV que estuvo expuesto a una cirugía, tiempo de evolución de la enfermedad.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	valor
Heminegligencia	Es una de las alteraciones más frecuentes producido por un ACV donde presentan dificultad para orientarse y responder a los estímulos contralesionales (2).	son hallados en base a la presencia de indicadores. Presentando como resultado una heminegligencia leve, moderada o severa utilizando el cuestionario kf-nap	No presenta	Orientación a la mirada Conciencia de las extremidades Atención auditiva Objetos personales Vestirse Aseo Navegación Colisiones Comidas Limpieza de comidas	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Leve (1-10); • Moderado (11-20) • Severo (21-30)
Función motora	La función motora es una categoría de medición, que incluye tanto el control motor como el aprendizaje motor a través de procesamientos conscientes como inconscientes, utilizando una amplia y compleja serie de estructuras neuromusculares	Es la capacidad de aprender o demostrar la habilidad de iniciación, mantenimiento, modificación, y control de posturas voluntarias y patrones de movimiento. Para medir la función motora utilizaremos la escala Fugl-meyer	<p>Miembro superior</p> <p>Miembro inferior</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad refleja • Movimiento voluntario con sinergia • Movimiento voluntario combinado sinergias • Movimientos voluntarios que no combinan sinergias • Intensidad de los reflejos • Coordinación /velocidad Hombro 	Ordinal	<p>MUY SEVERO (0-35 PUNTOS)</p> <p>SEVERO (36-55 PUNTOS)</p> <p>MODERADO (56-79 PUNTOS)</p> <p>LEVE (> 79 PUNTOS)</p>

Características sociodemográficas	Aspectos generales de una población.	Identificación de caracteres personales, laborales y sociales	Personal	Edad	Ordinal	30 – 40 años 41 – 50 años 51 – 60 años 61 – 70 años Mas 70años			
				Genero	Nominal	Masculino Femenino			
			Situación social	Estado civil	Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo			
				Grado de estudio	Ordinal	Primaria Secundaria completa Superior técnico Universitario Sin estudios			
				Procedencia	Nominal	Lima metropolitana Callao Provincia			
				Estatus económico	Ordinal	Bajo Alto Medio			
			Laboral	Condición laboral	Nominal	Independiente Trabajador publico Trabajador privado			
				Ocupación	Nominal	Trabaja No trabaja por secuela ACV			
			Características clínicas	Conjunto de síntomas referidos por el paciente	Identificación de caracteres de una	Características de ACV	Tipo de ACV	Nominal	Isquémico Hemorrágico

		enfermedad, tratamiento o factores de riesgo		Hemisferio comprometido	Nominal	Izquierdo Derecho
				Tiempo de enfermedad	Ordinal	Menor de 6 meses De 1 a 3 meses De 4 a 5 meses Mayor de 6 meses De 7 a 12 meses De 13 a 18 meses De 19 meses a 24 meses Mayor de 24 meses
			Factores de riesgo	Tipos de factores de riesgo	Nominal	Hipertensión Diabetes ACV previo Tabaquismo Consumo de drogas
			Intervención quirúrgica	Paciente post acv que estuvo expuesto a una cirugía	Nominal	SI NO
			Fases del ACV	Tiempo de evolución de la enfermedad	Ordinal	Agudo Sub agudo Crónico

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

La técnica a desarrollar para el proyecto será el proceso de evaluación de negligencia de la Fundación Kessler y la escala de Fugl-Meyer que se aplicaran mediante la observación, la ficha de datos que se aplicara será elaborada por el autor.

Para la recolección de datos se realizará lo siguiente:

Se solicitará autorización a las siguientes autoridades al director del Hospital de Rehabilitación del Callao Dr. Carlos Mansilla Herrera, jefe del departamento de terapias especializadas Lic. Patricia Layten Pasos y jefe de la unidad de apoyo a la docencia e investigación Mg. Margot Rodas Liñan con quienes también se procederá a coordinar para el ingreso al Hospital Rehabilitación del Callao y la organización para la recolección de datos de los pacientes post ACV.

El proceso se iniciará con la clasificación de los pacientes post ACV según edad y género. La recolección de datos se desarrollará en un tiempo aproximado de 40 a 60 min en general tanto para el KF-NAP y FUGL-MEYER.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Se realizará una ficha de recolección de datos, que tendrá 4 partes.

I Parte: Incluirán los datos sociodemográficos del paciente post accidente cerebrovascular edad (30 – 40 años, 41-50 años, 51-60 años, 61 – 70 años, más 70 años), genero (masculino y femenino), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo), grado de estudio (primaria completa o incompleta, secundaria completa o incompleta, superior técnico completa o incompleta, universitario completa o incompleta), procedencia (Lima

FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO PROCESO DE EVALUACION DE NEGLIGENCIA DE LA FUNDACION KESSLER

o provincia), estatus económico (bajo, alto, medio) condición laboral (independiente, trabajador privado, trabajador público) ocupación (trabaja , no trabaja por secuela de ACV).

II Parte: Incluirán los datos clínicos del paciente post accidente cerebrovascular tipo de acv (isquémico o hemorrágico), hemisferio comprometido (izquierda o derecha), tiempo de enfermedad (menor a 6 meses 1-3 meses , 4-5 meses, mayor a 6 meses , 7-12 meses , 13- 18 meses ,19 – 24 meses, mayor 24 meses) tipos de factores de riesgo (diabetes, hipertensión, ACV previo, tabaquismo, consumo de drogas) intervención quirúrgica (si/no) fases del ACV (agudo, sub agudo, crónico)

III Parte: Proceso de evaluación de negligencia de la fundación kessler(KF-NAP), se aplicará a los pacientes post ACV.

KF-NAP es un instrumento de evaluación negligencia, de observación durante las actividades de la vida diaria. Desarrollada por la Fundación kessler, New Jersey en el año 2014. El KF-NAP tiene 10 categorías: orientación de la mirada, conciencia de las extremidades, atención auditiva, objetos personales, vestirse, aseo, navegación, colisiones, comidas y limpieza después de las comidas. Cada categoría se puntúa desde 0 (no negligencia) hasta 3 (negligencia severa). El resultado final de la puntuación indica si el paciente presenta o no negligencia. Se obtiene un puntaje total mediante un cálculo que se detalla en la hoja destinada a tal finalidad, arrojando como resultado un valor que dará cuenta de la presencia o no de heminegligencia y, en su último caso, de su severidad. Ausente (0); leve (1-10); moderada (11-20); severa (21-30) (37).

NOMBRE :	Proceso de Evaluacion de Negligencia de la Fundación Kessler
Autor :	Fundación Kessler 2014
Versión Española:	Bustelo D. 2020
Aplicación en el Perú :	No existe investigaciones con la aplicación de este instrumento
Confiabilidad :	Alfa de Chronbach 0.96
Validez :	3 expertos
Población :	Pacientes post ACV
Administración :	Autoadministrado
Duración de la prueba:	35 min – 40min
Uso :	Post accidente cerebrovascular ,traumatismo encéfalo craneano
Materiales:	Formato físico del KN-NAP
Distribución de los ítems:	<p>Orientación dela mirada Conciencia de las extremidades Atención auditiva Objetos personales Vestirse Aseo Navegación Colisiones Limpieza después de las comidas Con una puntuación (0-30): Ausente (0), leve (1-10), Moderado (11-20), severo (21-30)</p>

IV parte: Función motora

Es una escala de calificación observacional con datos ordinales para evaluar el deterioro sensoriomotor de individuos que han tenido ACV. Su estructura del instrumento logra que los movimientos del paciente representen los estadios secuenciales de hiperreflexia, sinergismo flexoextensor y habilidad para hacer movimientos selectivos. Esta organizada en cinco pasos y tiene una puntuación ordinal: 0: No realización de la prueba, 1: Realización parcial y 2: Realización completa. Se obtendrá una calificación total para cada paso, para la extremidad superior o inferior, o para el lado afectado. La máxima calificación posible es de 100 puntos, de los cuales 66 corresponden a la extremidad superior y 34, a la inferior (38,39).

FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO ESCALA FUGL-MEYER	
NOMBRE :	subescala de evaluación Fugl Meyer
Autor :	Creada en 1975 en la universidad de Goteburgo –Suecia
Versión Española:	Begoña F. 2015
Aplicación en el Perú :	Gonzales F. 2016
Confiabilidad :	(P=0.013)
Validez :	3 expertos
Población :	Pacientes post ACV
Administración :	Autoadministrado
Duración de la prueba:	30 min – 40min
Uso :	Post accidente cerebrovascular ,traumatismo encéfalo craneano
Materiales:	Formato físico del subescala de evaluación Fugl Meyer
Distribución de los ítems:	<ul style="list-style-type: none">a) Actividad reflejab) Movimiento voluntario con sinergiac) Movimiento voluntario combinado sinergiasd) Movimientos voluntarios que no combinan sinergiase) Intensidad de los reflejosf) Coordinación /velocidad <p>Con una puntuación de (0-100): Leve (>79), Moderado (56-79 puntos), severo (36-55 puntos), Muy severo (0-35 puntos)</p>

3.7.3 Validación

La validez de los instrumentos en estudios similares fue de 0,96 (12) para K-NAP y 0.97(41) para Fugl Meyer que según Herrera es una excelente validez.

En el presente estudio los instrumentos pasaron por juicio de expertos, se realizó la validación de contenido por 3 expertos, obteniendo así una validez para el KF-NAP 0,72 y para la subescala Fugl Meyer de 0.99 que según Herrera significa una excelente validez para estos instrumentos (40).

3.7.4 Confiabilidad

La confiabilidad según estudios realizados el instrumento de K-NAP obtuvo un Alfa de Cronbach 0,96 (12) y en el instrumento de Fugl Meyer fue un Alfa de Cronbach 0.97 (41) que quiere decir que según los antecedentes los instrumentos son confiables para el estudio, se realizó una prueba piloto de 20 pacientes post ACV, obteniendo un valor final de alfa 0.92 para instrumento K-NAP, y un alfa de 0.94 para el Fugl Meyer que según Herrera brinda una excelente confiabilidad.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Después de recolectar datos obtenidos, se proseguirá a verificar que los instrumentos hayan sido rellenos adecuadamente, de lo contrario las pruebas no serán consideradas para la investigación. Después se creará una base de datos en el programa de Microsoft Excel y se realizará la codificación de las variables de estudio. Los resultados obtenidos y codificados se pasarán al programa IBM SPSS versión 27.0 para el análisis correspondiente. Para elegir el método estadístico que se va utilizar en este

estudio se realizara una prueba de normalidad para así determinar el método estadístico a utilizar.

Los datos paramétricos y no paramétricos se usarán a través del examen de rangos de Wilcoxon y para la hipótesis del coeficiente de correlación de Pearson.

3.9 Aspectos Éticos

El trabajo de investigación tendrá como relevancia el buen trato al paciente. Se le pedirá la autorización respectiva a cada participante, la investigación no tiene ningún riesgo en la salud de los participantes. Los datos obtenidos son totalmente confidenciales, el responsable de la investigación es la única persona que conocerá los resultados y la comunicación brindada.

Se le otorgará a cada paciente su identificación, que se mantendrá en total reserva, así como resultado serán entregados al paciente o familiar.

Esta investigación se realizó respetando la declaración de Helsinki, que trata sobre las condiciones de dignidad, protección de los derechos, bienestar de las personas que participan de esta investigación. Según ley N° 29733.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Cronograma de actividades

Cronograma de actividades	2022												2023																															
	Julio				Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio									
Elaboración del protocolo	x	x	x	x																																								
Identificación del problema			x	x	x	x																																						
Formulación del problema						x	x	x																																				
Recolección bibliográfica							x	x																																				
Antecedentes del problema								x	x	x																																		
Elaboración del marco teórico										x	x	x																																
Objetivo e hipótesis												x	x																															
Variables y su operacionalización															x	x	x	x																										
Diseño de la investigación																			x	x	x																							
Diseño de los instrumentos																					x																							
Validación y confiabilidad de los instrumentos (Juicio de expertos – prueba piloto)																							x		x	x	x																	
Validación y aprobación-presentación al asesor de tesis																																												
Presentación, revisión y aprobación del proyecto de tesis a EAPTM																																												
Presentación, revisión y aprobación del proyecto por el comité de ética																																												
Sustentación del proyecto																																												

4.2 Presupuesto

Recursos humanos

Servicios	Unidades	Costo unitario	Costo total (soles)
Investigador	1	2000	2000
Asesor académico	1	1500	1500
Sub total	3500		

Bienes

Bienes	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total
Hoja bond	3 millares	30	90
Lapiceros	3 unidades	2	6
impresora	1 unidad	250	250
cartucho	1 unidad	60	60
Sub total			406

Servicios

Servicios	Unidades	Costo unitario	Costo total (soles)
Alimentación	1 persona	200	200
Transporte	1 persona	15	225
Internet	1 unidad	250	250
Luz eléctrica	1 unidad	150	150
Subtotal			s/.825

Total

Recursos	3500
Bienes	406
Servicios	825
Total	5331

BIBLIOGRAFIA:

1. Mackay J, Mensah GA. Deaths from stroke. In: The Atlas of Heart Disease and Stroke, 2002. World Health Organization. (acceso 6 de septiembre de 2022) Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en.
2. Marrón EM, Alisente JLB, Izaguirre NG, Rodríguez BG. Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Editorial UOC; 2011; 309.
3. Ripoll DR, Marrón EM, Cardoso AZ. Nuevas aproximaciones terapéuticas en el tratamiento de la heminegligencia: la estimulación magnética transcraneal. Rev Neurol; 2012 ; 55(5):297-305.
4. Lafargoutte F. Reflexion autour de l'élaboration d'une batterie d' outils ,écologiques concernat les tâches administratives et budgétaires, á destination de patients héminégligents- document [Internet]. Sciences cognitives ; 2013.
5. Cazzoli D, Müri RM , Schumacher R, Von A, Chaves S, Gutbrod K, et al. Theta burst stimulation reduces disability during the activities of daily living in spatial neglect. Brain 2012 ; 135(11):3426-39.
6. Heilman KM, Watson RT, Valenstein E. Negligencia y trastornos relacionados. En :Heilman KM, Valenstein E, eds. Neuropsicología clínica. 5ª ed. Nueva York: Universidad de Oxford; 2012:296-348. Chen P, Chen CC, Hreha K, Goedert.
7. Barret AM, Houston KE. Update on the Clinical Approach to Spatial Neglect. Curr Neurol Neurosci Rep. 4 de abril de 2019; 19(5):25 [citado 8 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11910-019-0940-0>.

8. Garcia de la Rocha ML. Heminegligencias. Rev Infomed.2012[acceso:07/11/2022].Disponible en: www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/rehabilitaciónlogo/10_heminegligencias.pdf.

9. López Argüelles J, Alfonso León D, Barboza Sanchis S, Pérez Manso D. Heminegligencia y hemianopsia. Presentación de un caso. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Medisur. 2012 [acceso:17/11/2022];10(4).Disponible en : <https://www.researchgate.net/publication/317517089>.

10. Durà Mata MJ, Molleda Marzo M, García Almazán C, Mallol Badellino J, Calderon Padilla V. Factores pronósticos en el ictus. De la fase aguda a los tres años. Rehabilitación (Madr) [Internet]. [citado el 10 de diciembre de 2022];18–23. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulofactores-pronosticos-el-ictus-de-S0048712010001817>

11. Superintendencia Nacional de Salud. Consulta D2 – Consolidado de Morbilidad en Hospitalización. Lima, Perú: SUSALUD; 2021 [citado 15 de diciembre 2022] ;Disponible en: <http://datos.susalud.gob.pe/dataset/consulta-d2-consolidado-de-morbilidad-en-hospitalizacion>.

12. Daisuke nishida, katsuhiro Mizuro/es. Evaluación conductual de negligencia espacial unilateral con la escala de Catherine Bergego (CBS) utilizando el proceso de evaluación de negligencia en la Fundación Kessler (KF-NAP) en pacientes con accidente cerebrovascular subagudo durante la rehabilitación en Japón. Hindawi Behavioural Neurology volumen 2021, 1-7.

13. Kimberly Hreha. Peii Chen/es. Implementando un Protocolo de rehabilitación para la evaluación y el tratamiento de la negligencia espacial en un hospital de cuidados agudos. *Journal of Acute Care Physical Therapy* 2019, 00:1-11.
14. Therapeutic science for Neurorehabilitation vol 7. No.2018. <https://doi.org/10.22683/tsnr.2018.7.1.027>.
15. Rodriguez-Lazaro AÉ, Ortiz- Corredor F. Cambios en la recuperación de la función motora en pacientes con accidente cerebrovascular crónico. *Iatreia*.2016 Abr-Jun;29(2): 123-132. DOI 10.17566/udea.iatreia.v29n2a02.
16. Gonzales F. Relación de los factores pronósticos con el compromiso de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular, en el departamento de medicina física y rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, en el año 2016. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Tecnología Médica;2017.
17. Chen P,Hreha K, kong Y, Barrett AM, Impact of Spatial Neglect in Stroke Rehabilitation : Evidence from the Setting of an Inpatient Rehabilitation Facility. *Archives de Medicine y Rehabilitation* (2015), doi: 10.1016/j.apmr.2015.03.019.
18. RESUMEN EJECUTIVO Guía de Práctica Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico en personas en 15 años y más 2018. (2019).[Ebook] (p. 8). Retrieved 15 June 2020, from https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/08.-RE_GPC-ACV_2018v3.pdf).

19. Guiraldo, E (2018). Introducción a los accidentes cerebrovasculares – Enfermedades cerebrales , medulares y nerviosas – Manual MSD versión para público general. Manual MSD versión para público general. Retrieved 10 January 2023, from <https://www.msmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-acv/introducci%C3%B3n-a-los-accidentes-cerebrovasculares>.
20. Stokes,M.,& Stack,E.(2013). Fisioterapia en la rehabilitación neurológica (3rd ed). Elsevier Health Sciences Spain).
21. (Yew, K.,& Cheng, E. (2015). Diagnosis of Acute Stroke. Am Fam Physician,8, 528-536. Retrieved 10 January 2023, from <https://www.aafp.org/afp/2015/0415/p528.pdf>).
22. Heilman KM, Watson RT, Valenstein E. Negligencia y trastornos relacionados. En : Heilman KM, Valenstein E, eds. Neuropsicología Clínica. 5^a ed. Nueva York: Universidad de Oxford ; 2012:296-348. Chen P, Chen CC, Hreha K, Goedert.
23. Chen P. Evaluación e impacto funcional de la negligencia aloctrica : un recordatorio de un estudio de caso. El Neuropsicólogo Clínico. 2013; 27 (5): 840-863
24. Moskowitz MA, Lo EH, Iadecola C. The science of stroke: mechanisms in search of treatments. Neuron 2010; 67,181-98.
25. Nakayama H, Jorgensen HS, Rasschou HO, Olsen TS. Recovery of upper extremity function in stroke patients: the Copenhagen Stroke Study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1994;75(4):394-8.
26. Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Recovery of walking function in stroke patients – the Copenhagen stroke study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1995;76 (1): 27-32.

27. Mayo NE, Wood- Dauphinee S, Cote R, Durcan L, Carlton J, Activity , participation, and quality of life 6 months poststroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2002;83(8):1035-42.
28. Patel AT, Duncan PW, Lai S-M, Studenski S. The relation between impairments and functional outcomes poststroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2000;81(10):1357-63.
29. Jorgensen HS, Nakayam H, Raaschou HO, Vive- Larsen J, Stoier M, Olsen TS. Resultado y curso temporal de la recuperación en el accidente cerebrovascular. Parte I: Resultado. El estudio de accidentes cerebrovasculares de Copenhague. Arch Phys Med Rehabil. 1995 mayo; 76(5): 399-405. [Enlaces].
30. Kwakkel G. Kollen B, Lindeman E. Comprender el Patrón de recuperacion funcional después del accidente cerebrovascular: hechos y teorías. Restor Neurol Neurosci. 2004 ;22(3-5):281-99.[Enlaces].
31. Schiemanck SK, Kwakkel G, Post MW, Kappelle LJ,Prevo AJ. Predicción de la independencia a largo plazo en las actividades de la vida diaria después de un accidente cerebrovascular de la arteria cerebral media: ¿La información de resonancia magnética tiene un valor predictivo agregado en comparación con la información clínica? Carrera 2006; 37:1050-54.
32. Van der Lee JH, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. The responsiveness of the Action Research Arm Test and the Fugl- Meyer Assessment scale in chronic stroke patients. J Rehabil Med. 2001 Mar;33(3):110-3.
33. Jiménez AR, Jacinto AOP. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. Revista Escuela de Administración de negocios[Internet].2017 Jul 26[

cited 2022 Nov 2];(82):175-95. Available from
:<https://journal.universidadean.edu.co/index.php/Revista/article/view/1647>

34. Hernández, R. Fernández C. y Baptista P. (2010). Metodología de la Investigación. México DF: Mc Graw Hill.

35. Hernández R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet] 6th ed. McGRAW-HILL;2014 [citado 2022 noviembre 2]. Available from: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.

36. Hernandez R, Fernandez C & Baptista L. metologia de la investigación, sexta edición .2014. Recuperado del 10 noviembre 2022

37. Chen P, Chen CC, Hreha K, Goedert KM, Barrett AM. Kessler Foundation neglect assessment process uniquely measures spatial neglect during activities of daily living. In: Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2015;869-76.

38. Fugl- Meyer AR, Jääskö L, Leyman I, Olsson S, Steglind S. The post-stroke hemiplegic patient. L. a method for evaluation of physical performance. Scand J Rehabil Med.1975;7(1):13-31.

39. Wood- Dauphinee SL, Williams JI, Shapiro SH. Examining outcome measures in acinical study of stroke. Stroke.1990 May;21(5):731-9.

40. Herrera, A. (1998). Notas sobre Psicometría. Bogotá : Universidad Nacional de Colombia.

41. Ferrer. G. Adaptacion y validación al español de la escala Fugl –Meyer en el manejo de la rehabilitación de pacientes con ictus.[Tesis doctoral en internet] Sevilla: Universidad de Sevilla 2015 [citado el 13 de Diciembre del 2022]; Disponibles en : <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/40335/Tesis%20Bego%C3%B1a%20Ferrer%20Gonz%C3%A1lez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexos

HEMINEGLIGENCIA Y FUNCION MOTORA EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL CALLAO. PERU - 2023

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico	Técnica de recolección de datos
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre heminegligencia y función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la heminegligencia en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023?</p> <p>¿Cuál es la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre heminegligencia y la dimensión miembro superior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao Perú - 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre heminegligencia y la dimensión miembro inferior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao Perú - 2023?</p> <p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos de los pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao Perú - 2023?</p> <p>¿Cuáles son los factores clínicos de los pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao Perú - 2023?</p>	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar cuál es la relación entre la heminegligencia y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular. <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la heminegligencia en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023</p> <p>Identificar la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023</p> <p>Identificar cuál es la relación entre la heminegligencia y la dimensión miembro superior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular.</p> <p>Identificar cuál es la relación entre la heminegligencia y la dimensión miembro inferior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular.</p> <p>Identificar los factores sociodemográficos pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023</p> <p>Identificar los factores clínicos de los pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación entre la heminegligencia y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023.</p> <p>Ho:</p> <p>No existe relación entre la heminegligencia y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación entre la heminegligencia y la dimensión miembro superior de la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023</p> <p>Existe relación entre heminegligencia y la dimensión miembro inferior de la función motora en pacientes post</p>	<p>Variable 1</p> <p>Heminegligencia Dimensión: No tiene</p> <p>Variable 2</p> <p>Función motora Dimensión:</p> <p>Función motora del miembro superior</p> <p>Función motora del miembro inferior</p>	<p>Método de la investigación</p> <p>Hipotético Deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>Aplicada</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>No experimental</p> <p>SUB DISEÑO: CORELACIONAL</p> <p>CORTE: TRANSVERSAL</p> <p>Población: Pacientes post accidente cerebro vascular</p> <p>Muestra: 80 pacientes post accidente cerebro vascular del hospital rehabilitación del callao</p> <p>Muestreo:</p> <p>No probabilístico.</p>	<p>Técnica:</p> <p>Instrumento:</p> <p>K-NAP</p> <p>Técnica:</p> <p>Observación</p> <p>Instrumento:</p> <p>Fugl-Meyer</p> <p>Técnica:</p> <p>Observación</p>

		<p>accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023</p> <p>Existe relación entre las características socio demográficas en pacientes post accidente cerebro vascular y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023.</p> <p>Existe relación entre las características clínicas en pacientes post accidente cerebro vascular y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del callao. Perú - 2023.</p>			
--	--	---	--	--	--

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“HEMINEGLIGENCIA Y FUNCION MOTORA EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL CALLAO. PERU - 2023”

AUTOR: Quispe Romero, Jack Simon

Fecha evaluación:

Instrucciones: Estimado señor (a) la presente investigación tiene por objetivo determinar la relación entre la heminegligencia y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular. Esta ficha de recolección de datos es anónimo por lo que tiene libertad de responder con total veracidad

Edad:

30 - 40 años	
41 - 50 años	
51- 60 años	
61-70 años	
Mas 70 años	

Genero

Masculino	
Femenino	

Estado civil

Soltero	
Casado	
Divorciado	
Viudo	

Grado estudios

Primaria	
Secundaria	
Superior técnico	
Universitario	
Sin estudios	

Procedencia

Lima metropolitana	
Callao	
Provincia	

Condición laboral

Independiente	
Trabajador publico	
Trabajador privado	

Estatus económico

Alto	
Medio	
Bajo	

Tipo de ACV

Isquémico	
Hemorrágico	

Ocupación

Trabaja	
No trabaja por secuela de acv	

Hemisferio comprometido

Izquierdo	
Derecho	

Factores de riesgo

Hipertensión	
Diabetes	
Acv previo	
Tabaquismo	
Consumo de drogas	

Tiempo de enfermedad

Menor de 6 meses	
De 1 a 3 meses	
De 4 a 5 meses	
Mayor de 6 meses	
De 7 a 12 meses	
De 13 a 18 meses	
De 19 meses a 24 meses	
Mayor de 24 meses	

Fases del ACV

Agudo	
Sub agudo	
Crónico	

Intervención quirúrgica

Si	
No	

Fecha: _____ Hora: _____ a.m./p.m. Nombre del examinado:
 _____ Examinador(es): _____

HOJA PUNTUACIÓN DE KF-NAP

	Categorías	0 NO NEGLIGENCIA	1 LEVE NEGLIGENCIA	2 MODERADA NEGLIGENCIA	3 SEVERA NEGLIGENCIA	N/A(DAR RAZONES)
1	ORIENTACIÓN DE LA MIRADA					
2	CONCIENCIA DE LAS EXTREMIDADES					
3	ATENCION AUDITIVA					
4	OBJETOS PERSONALES					
5	VESTIRSE					
6	ASEO					
7	NAVEGACIÓN					
8	COLISIONES					
9	COMIDAS					
10	LIMPIEZA DESPUÉS DE LAS COMIDAS					
Lado izquierdo negligencia espacial				Lado derecho negligencia espacial		
SUMA PUNTAJES ASIGNADOS: _____ X10 = PUNTUACION FINAL _____ NUMERO DE CATEGORIAS PUNTUADAS: _____						
Descuidar la gravedad (un círculo): Ausente (0); Leve (1-10); Moderado (11-20) ;Severo(21-30)						

Escala de Fugl-Meyer					
FUNCION MOTORA DE MIEMBRO SUPERIOR					
Fecha: / /2022		N° de Historia			
Clínica: _____					
A. HOMBRO/CODO/ANTEBRAZO					
I. Actividad Refleja		Ausente	Presente		
1) Flexores: Bicipital		0	2		
2) Extensores: Tricipital		0	2		
0 = no se obtiene reflejo 2 = se obtiene reflejo		Sub-total I(máx.=4)			
II. Movimiento voluntario con sinergia		Ausente	Parcial	Completo	
Sinergia flexora	3) Elevación escapular	0	1	2	
	4) Retracción del hombro	0	1	2	
	5) Abducción del hombro	0	1	2	
	6) Rotación externa del hombro	0	1	2	
	7) Flexión del codo	0	1	2	
	8) Supinación de antebrazo	0	1	2	
	Sinergia extensora	9) Aducción / Rotación interna del hombro	0	1	2
		10) Extensión del codo	0	1	2
11) Pronación del antebrazo		0	1	2	
		0	1	2	
0 = no realiza la acción 1 = la realiza parcialmente 2 = la realiza perfectamente		Sub-total II (máx.=18)			

III. Movimiento voluntario combinando sinergias		Ausente	Parcial	Completo
12) Mano hacia columna lumbar	<p>0 = No puede realizar la acción</p> <p>1 = Realiza la acción parcialmente (la mano debe pasar la EIAS)</p> <p>2 = La realiza perfectamente</p>	0	1	2
13) Flexión del hombro a 90° (codo a 0°)	<p>0 = El brazo se abduce inmediatamente, o el codo se flexiona al inicio del movimiento</p> <p>1 = Abducción de hombro o flexión de codo en una fase más tardía del movimiento</p> <p>2 = Realiza la acción perfectamente</p>	0	1	2
14) Pronación/ supinación del antebrazo (codo en 90°, hombro en 0°)	<p>0 = Posición correcta del hombro y no se puede conseguir la flexión de codo ni la pronación/ supinación</p> <p>1 = La pronación o supinación activa pueden realizarse parcialmente (el hombro y el codo están posicionados correctamente)</p> <p>2 = Realiza la acción perfectamente</p>	0	1	2
Sub-total III (máx.=6)				
IV. Movimiento voluntario que no combinan sinergias		Ausente	Parcial	Completo
15) Abducción de hombro hasta 90° (codo en 0°, antebrazo en pronación)	<p>0 = Se produce flexión inicial en el codo, o alguna tendencia a la pronación del antebrazo</p> <p>1 = El movimiento se puede realizar parcialmente, o, si durante el movimiento, el codo se flexiona, o el antebrazo no se puede mantener en pronación.</p> <p>2 = Se realiza perfectamente</p>	0	1	2
16) Flexión del hombro entre 90° - 180° (codo 0° y antebrazo en posición intermedia)	<p>0 = Se inicia flexión del codo, o se realiza abducción del hombro</p> <p>1 = La flexión de codo o la abducción de hombro ocurre durante la flexión del</p>	0	1	2

	hombro (en las fases más tardías del movimiento). 2 = Se realiza perfectamente			
17) Pronación/ supinación del antebrazo (codo en 0° y hombro en 30°- 90° de flexión)	0 = La supinación y pronación no puede realizarse 1 = El codo y el hombro correctamente posicionados se sitúan adecuadamente pero la supinación de antebrazo se realiza en un rango limitado 2 = Se realiza perfectamente	0	1	2
Sub-total IV (máx.=6)				
V. Intensidad de los reflejos, evaluar únicamente si la puntuación es igual a 6 para la sección IV				
18) Exploración de reflejos bicipital, tricipital y flexores de dedos	0 = Al menos 2 de los 3 reflejos son marcadamente hiperactivos 1 = Un reflejo es marcadamente hiperactivo o al menos 2 reflejos están vivos 2 = Máximo un reflejo vivo y ningún reflejo hiperactivo	0	1	2
Sub-total V(máx. = 2)				
Total A (Max. 36)				

B. MUÑECA		Ausente	Parcial	Completo
<p>19) Flexión dorsal de muñeca (antebrazo en pronación, codo en 90° de flexión y hombro en 0°)</p>	<p>0 = El paciente no puede realizar la dorsiflexión hasta los 15° requeridos</p> <p>1 = Alcanza 15° de dorsiflexión, pero no se aplica resistencia</p> <p>2 = La posición puede mantenerse con resistencia</p>	0	1	2
<p>20) Flexión dorsal y palmar de muñeca (antebrazo en pronación, flexión/extensión, codo en 90° de flexión y hombro en 0°)</p>	<p>0 = No existen movimientos voluntarios de flexión palmar</p> <p>1 = El paciente no puede completar activamente el rango total de movimiento de la muñeca</p> <p>2 = Impecable, completando de manera repetitiva el rango total de movimiento articular</p>	0	1	2
<p>21) Flexión dorsal de muñeca (antebrazo en pronación, codo en 0° y hombro en flexión de 30°)</p>	<p>0 = El paciente no puede realizar la dorsiflexión hasta los 15° requeridos</p> <p>1 = Alcanza 15° de dorsiflexión, pero no se aplica resistencia</p> <p>2 = La posición puede mantenerse con resistencia</p>	0	1	2
<p>22) Flexión dorsal y palmar de muñeca (antebrazo en pronación, flexión/extensión, codo en 0° y hombro en flexión de 30°)</p>	<p>0 = No existen movimientos voluntarios de flexión palmar</p> <p>1 = El paciente no puede completar activamente el rango total de movimiento de la muñeca</p> <p>2 = Impecable, completando de manera repetitiva el rango total de movimiento articular</p>	0	1	2
<p>23) Circunducción Movimientos circulares con la muñeca</p>	<p>0 = No se puede realizar</p> <p>1 = Movimiento errático o circunducción incompleta</p> <p>2 = Movimiento impecable</p>	0	1	2

C. MANO		Ausente	Parcial	Completo
24) Flexión de dedos	<p>0 = No existe flexión</p> <p>1 = Alguna flexión, pero no se realiza el movimiento completo</p> <p>2 = Flexión (activa) completa (comparada con la mano no afectada)</p>	0	1	2
25) Extensión de dedos	<p>0 = No existe extensión</p> <p>1 = El paciente puede realizar un agarre flexor activo, pero no el movimiento completo</p> <p>2 = Extensión (activa) completa (comparada con la mano no afectada)</p>	0	1	2
Prensión				
26) Prensión en gancho (con flexión de interfalángicas)	<p>0 = La posición requerida no se puede conseguir</p> <p>1 = Agarre es débil</p> <p>2 = Agarre puede ser mantenido con relativa resistencia relativamente grande</p>	0	1	2
27) Prensión dígito pulgar lateral, agarre papel	<p>0 = No puede realizar la acción</p> <p>1 = El trozo de papel interpuesto entre el pulgar y el primer dedo puede ser mantenido en su lugar, pero no con un tirón.</p> <p>2 = El papel es sostenido firmemente tras el tirón.</p>	0	1	2
28) Prensión digitopulgar (pulgar/índice), agarre lápiz	<p>0 = La función no se puede realizar</p> <p>1 = El lápiz interpuesto entre las yemas de los dedos índice y pulgar se puede mantener en el sitio pero no a través de un ligero tirón</p> <p>2 = El lápiz se agarra firmemente aguantando el tirón</p>	0	1	2

29) Prensión cilíndrica, agarre lata	0 = La función no se puede realizar 1 = Una lata puede mantenerse entre los dedos índice y pulgar pero no tras un tirón 2 = La lata se sostiene firmemente tras el tirón.	0	1	2
30) Prensión esférica, Agarre, pelota.	0 = La función no se puede realizar 1 = Puede mantener una pelota de tenis en su lugar mediante empuñadura esférica pero no tras el tirón 2 = La pelota de tenis se puede mantener firmemente tras el tirón	0	1	2
Total (máx. = 14)				

D. COORDINACIÓN/VELOCIDAD Dedo/nariz rápidamente, cinco veces, los ojos cerrados. Medir el tiempo de realización y comparar con el lado opuesto		Acentuado	Leve	Nada
31) Temblor	0=Temblor marcado 1 = Temblor ligero 2 = Sin temblor	0	1	2
32) Dismetría	0 = Dismetría pronunciada o no sistemática 1 = Dismetría ligera o sistematizada 2 = Sin disimetría	0	1	2
		>5s	2 – 5s	<1s
33) Velocidad	0 = La actividad se realiza en más de 6 segundos más lento que con la mano no afecta 1 = Entre 2 y 5.9 segundos más lento que con la mano no afectada 2 = Menos de 2 segundos de diferencia	0	1	2
Total (máx. = 6)				

Escala de Fugl-Meyer
FUNCION MOTORA DE MIEMBRO INFERIOR

E. CADERA, RODILLA, TOBILLO

I. Actividad Refleja

Ausente

Presente

34) **Flexores:** Aquileo
35) **Extensores:** Rotuliano

0

2

0

2

0 = no se obtienen

2 = se obtienen

Sub-total I (máx.=4)

II. Movimiento voluntario en sinergia

Ausente

Parcial

Completo

Sinergia flexora (posición en decúbito supino).

36) Flexión de cadera
37) Flexión de rodilla
38) Dorsiflexión de tobillo

0

1

2

0

1

2

0

1

2

Sinergia extensora (posición en decúbito lateral)

39) Extensión de cadera
40) Aducción de cadera
41) Extensión de rodilla
42) Flexión plantar de tobillo

0

1

2

0

1

2

0

1

2

0

1

2

0 = No la puede realizar en absoluto.

1 = Realiza el movimiento parcialmente Sub-total II (máx.=14)

2 = Realiza el movimiento completamente

III. Movimiento voluntario combinando sinergias (posición sentado)

Ausente

Parcial

Completo

43) Flexión de rodilla (Llevar el tobillo hacia atrás y debajo de la silla)	0 = No hay movimiento activo 1 = Desde la posición de ligera extensión, la rodilla puede flexionarse, pero no más de los 90°. 2 = Flexión de rodilla más de 90°	0	1	2
44) Dorsiflexión de tobillo (Levantar la punta del pie con el talón en el suelo)	0 = No movimiento activo 1 = Flexión activa incompleta (el talón debe permanecer en el suelo con los bordes medial y lateral del antepié sin tocar el suelo durante la dorsiflexión) 2 = Dorsiflexión normal (rango completo de movilidad activa con el talón en el suelo)	0	1	2
Sub-total III (máx.=4)				
IV. Movimiento voluntario sin sinergia (en bipedestación)		Ausente	Parcial	Completo
45) Flexión de rodilla (patada hacia atrás con talón)	0 = La rodilla no se puede flexionar sin la flexión de la cadera. 1 = La flexión de la rodilla se inicia sin flexión de cadera, pero no alcanza los 90° o la cadera comienza a flexionarse en una fase posterior del movimiento. 2 = La rodilla se flexiona más de 90°	0	1	2
46) Dorsiflexión de tobillo (levantar la punta del pie con el talón en el suelo)	0 = Sin movimiento activo 1 = Movimiento parcial o con rodilla sin extensión completa 2 = Movimiento completo (realización completa del rango articular en la dorsiflexión con la rodilla extendida y el talón en el suelo)	0	1	2
Sub-total IV (máx.=4)				

V. Actividad refleja normal , evaluar solamente si la puntuación es igual a 4 para la sección IV, comparar con lado afectado				
47) Reflejos en miembro inferiores (en posición sentada)	0 = Al menos dos de tres reflejos son marcadamente hiperactivos 1 = Un reflejo es marcadamente hiperactivo o al menos dos reflejos están vivos 2 = No más de un reflejo está vivo, y ninguno está hiperactivo	0	1	2
Sub-total V (máx. = 2)				
Total, A (Max. 28)				

F. COORDINACIÓN/VELOCIDAD , con los ojos cerrados llevar el talón recorriendo la tibia hacia la rodilla contraria		Acentuado	Leve	Nada
48) Temblor	0 = Temblor marcado 1 = Temblor ligero 2 = Sin temblor	0	1	2
49) Dismetría	0 = Dismetría pronunciada o no sistemática 1 = Dismetría ligera o sistemática 2 = Sin disimetría	0	1	2
		>5s	2 – 5s	<1s
50) Velocidad	0 = La actividad se realiza en más de 6 segundos más lento que con la mano no afecta 1 = Entre 2 y 5.9 segundos más lento que con la mano no afectada 2 = Menos de 2 segundos de diferencia	0	1	2

Total (máx. = 6)	
------------------	--

TOTAL MIEMBRO SUPERIOR A-B-C-D (MÁX. = 66)	
TOTAL MIEMBRO INFERIOR E-F (MÁX. = 34)	
TOTAL FUNCION MOTORA (MÁX. = 100)	

COMPROMISO DE LA FUNCION MOTORA	PUNTUACION
MUY SEVERO	(0-35 PUNTOS)
SEVERO	(36-55 PUNTOS)
MODERADO	(56-79 PUNTOS)
LEVE	(> 79 PUNTOS)

Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [x]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg. Mg Sonia Puelles Villar

DNI:

Especialidad del validador: Magister en Docencia Universitaria

23 de abril de 2023



Firma del experto informante

Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [x]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg. Mg. Patricia López Núñez

DNI:42563491

Especialidad del validador: Magister en Docencia Universitaria

25 de abril de 2023



LIC. PATRICIA LÓPEZ NÚÑEZ
CTMP. 7061
Tecnólogo Físico del DIBRIP / IIR
"LA AVANZADA" - TALLERES FLORIDA

Firma del experto informante

Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [x]

Aplicable después de corregir []


No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg. Mg. Karin Vanessa Espinoza Barba

DNI: 42332500

Especialidad del validador: Magister en Gestión de los servicios de la salud

25 de abril de 2023



Mg. Karin V. ESPINOZA BARBA
CTMP 9428
TECNOLOGO MEDICO EN FISIOTERAPIA Y
REHABILITACION
POLICLINICO POLICIAL CARABAYLLO

Firma del experto informante

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Fecha de aceptación del participante:

Fecha de aceptación del cuidador:

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio de investigación en el campo de la salud: "HEMINEGLIGENCIA Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO. PERÚ - 2023". Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con el investigador al teléfono celular o correo electrónico que figuran el documento. No debe dar consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Una vez firmado el consentimiento informado usted recibirá una copia del mismo.

Título del proyecto: "HEMINEGLIGENCIA Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO. PERÚ - 2023" Nombre del investigador principal: Lic. Jack Simon, Quispe Romero.

Propósito del estudio: Determinar la relación entre la heminegligencia y la función motora en pacientes post accidente cerebrovascular del hospital de rehabilitación del Callao. Perú - 2023. Para ello se utilizará Escala K-NAP para medir la heminegligencia y Fugl-Meyer para medir la función motora la cual consta de una serie de movimientos .

Beneficios por participar:

Usted se beneficiará porque conocerá de que manera influye la heminegligencia en la función motora , que interfieren en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, siendo importante para la realización de un buen abordaje fisioterapéutico. Por lo tanto, con su apoyo estará aportando más conocimientos en el área de la salud permitiendo diseñar protocolos de manejo preventivo - asistencial tanto para la comunidad científica como para la sociedad.

Inconvenientes y riesgos:

Su participación en el estudio no representa ningún riesgo tanto para su salud emocional, física e integral.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Costos por participar:

Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación. Renuncia por participar: Si usted se siente incómodo durante la ejecución de las pruebas, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Consulta posterior:

Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con el Lic. Jack Simon, Quispe Romero (959469989).

Contacto con el comité de Ética:

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, teléfono 01- 706 5555 anexo 3286

.....

Participante

.....

Investigador

ANEXO V

Informe del asesor del Turnitin

● 14% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	2%
2	ri.unsam.edu.ar Internet	1%
3	Universidad Wiener on 2023-01-05 Submitted works	1%
4	archivosdeneurociencias.org Internet	1%
5	core.ac.uk Internet	1%
6	docplayer.es Internet	<1%
7	kinesiologia.uc.cl Internet	<1%
8	todosloshechos.es Internet	<1%