VIVE. Revista de Investigación en Salud
https://revistavive.org
Volumen 8 No. 24, septiembre-diciembre 2025
ISSN: 2664-3243
ISSN-L: 2664-3243
pp. 1248 - 1261

Hemineglígencia y función motora en pacientes con hemiplejia de un hospital del Callao

Hemineglect and motor function in patients with hemiplegia in a hospital in Callao

Hemineglígência e função motora em pacientes com hemiplegia em um hospital em Callao

ARTÍCULO ORIGINAL

Jack Quispe Romero
a2022801932@uwiener.edu.pe

Jorge Puma Chombo
jorge.puma@uwiener.edu.pe

Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú

Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:
https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i24.447

Artículo recibido 2 de julio 2025 / **Aceptado** 25 de agosto 2025 / **Publicado** 2 de septiembre 2025

RESUMEN

Después de un accidente cerebrovascular, la hemineglígencia representa una de las causantes que afectan la recuperación funcional, limitando la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria y su independencia. La investigación, tuvo como objetivo, determinar la relación entre hemineglígencia y función motora en pacientes con hemiplejia. Se realizó un enfoque cuantitativo de tipo aplicado, no experimental, correlacional de corte transversal. Se aplicó como instrumentos el Proceso de Evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler y el Fugl-Meyer a 40 pacientes hemipléjicos. En los resultados se encontró que la relación de Pearson=-0,401, interpretado como relación moderada e inversa de la hemineglígencia y la función motora en pacientes con hemiplejia y p<0.05; rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna. Se concluye que, si existe relación moderada e inversa de la hemineglígencia y la función motora en pacientes con hemiplejia, es decir a mayor hemineglígencia se observa menor función motora y a menor hemineglígencia se observa mayor función motora.

Palabras clave: Hemineglígencia; Función motora; Pacientes hemipléjicos

ABSTRACT

After a stroke, hemineglect is one of the factors that affect functional recovery, limiting the patient's ability to perform activities of daily living and their independence. The objective of the research was to determine the relationship between hemineglect and motor function in patients with hemiplegia. A quantitative, applied, non-experimental, correlational cross-sectional approach was used. The Kessler Foundation Neglect Assessment Process and the Fugl-Meyer scale were applied to 40 hemiplegic patients. The results showed that the Pearson correlation coefficient was -0.401, interpreted as a moderate inverse relationship between hemineglect and motor function in patients with hemiplegia, with p<0.05, rejecting the null hypothesis and accepting the alternative hypothesis. It is concluded that there is a moderate inverse relationship between hemineglect and motor function in patients with hemiplegia, i.e., greater hemineglect is associated with lower motor function, and less hemineglect is associated with higher motor function.

Key words: Hemineglect; Motor function; Hemiplegic patients

RESUMO

Após um acidente vascular cerebral, a hemineglígência representa uma das causas que afetam a recuperação funcional, limitando a capacidade do paciente de realizar atividades da vida diária e sua independência. A pesquisa teve como objetivo determinar a relação entre hemineglígência e função motora em pacientes com hemiplegia. Foi realizada uma abordagem quantitativa do tipo aplicada, não experimental, correlacional e transversal. Foram aplicados como instrumentos o Processo de Avaliação de Negligência da Fundação Kessler e o Fugl-Meyer em 40 pacientes hemiplégicos. Nos resultados, verificou-se que a relação de Pearson era de -0,401, interpretada como uma relação moderada e inversa entre a hemineglígência e a função motora em pacientes com hemiplegia e p<0,05; rejeitando a hipótese nula e aceitando a hipótese alternativa. Conclui-se que, se existe uma relação moderada e inversa entre a hemineglígência e a função motora em pacientes com hemiplegia, ou seja, quanto maior a hemineglígência, menor a função motora e, quanto menor a hemineglígência, maior a função motora.

Palavras-chave: Hemineglígência; Função motora; Pacientes hemiplégicos

INTRODUCCIÓN

Según la OMS 15 millones de personas padecen accidente cerebrovascular (ACV) a nivel mundial cada año, entre ellas 5,5 millones mueren y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente con respecto a la capacidad funcional (1).

En Latinoamérica la incidencia de ACV se estima de 255 por cada 100.000 habitantes por año (2). Así también, en Colombia, la mortalidad por el ACV es de 24.45 por cada 100.000 habitantes (3). Además, en Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el 2019, reportaron que los casos de ACV se ubicaron como la tercera causa de muerte en personas mayores de 65 años, siendo el 6.2% el total de decesos en ese año y se estima que 5 de cada 10 personas que sobreviven a esta patología, vivirán con discapacidad permanente y el 70% no podrá retornar a sus centros laborales (4).

En el Perú en el año 2018 se registró una cantidad de 12835 casos de ACV, siendo el ACV tipo isquémico el más frecuente y el género masculino el más afectado, causando la disminución de la funcionalidad y afectando la calidad de vida (5). Según el boletín epidemiológico del primer trimestre del 2024 desarrollado por el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, en el 2023, los casos reportados de ACV van en incremento, considerándose la segunda causa de muerte y la principal causa de discapacidad con mayor prevalencia en hombres, que en mujeres en la etapa de la vida adulto mayor con 68,6% y seguido del adulto con 29.7%, donde el mayor porcentaje de ACV procede del departamento de Lima con 84.5% y con 4% la provincia del Callao (6).

Entre los cambios que se desarrollan post ACV, la hemiparesia es uno de los déficits más notorios tras el evento, caracterizado por cambios sensoriales, en la activación muscular y el reclutamiento de unidades motoras, presentándose así también la heminegligencia con una incidencia que supera el 40%, y se estima que un tercio de los pacientes siguen presentándola al cabo del primer año de evolución.

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 siendo de origen sensorial ni perceptivo, sino a un déficit atencional (7). La región del espacio ignorado 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 (8).

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

Volumen 8 No. 24 / septiembre-diciembre 2025, https://revistavive.org, ISSN: 2664-3243, ISSN-L: 2664-3243

comúnmente asociado con la heminegligencia (9). La heminegligencia espacial ocurre aproximadamente en el 50% de los sobrevivientes a un ACV con daño cerebral derecho, y el 30% a los que presentan un daño cerebral izquierdo (10). En la heminegligencia se presentan alteraciones de las destrezas cognitivas y perceptuales, generando mayormente afectación de la representación espacial, la imagen mental y la planificación motora (11). Motivo por el cual probablemente se vea afectado su desempeño en una o varias de las actividades de la vida diaria (12,13).

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 subaguda es donde la persona alcanza la mayor recuperación de sus funciones neuromusculoesqueléticas (14).

El Hospital Rehabilitación del Callao es un establecimiento de alta capacidad resolutiva, brinda atención a pacientes con secuelas neurológicas y cuenta con la unidad funcional de hospitalización para pacientes que hayan sufrido ACV (15). Esta investigación tiene como objetivo "Determinar la relación entre heminegligencia y función motora en pacientes hemipléjicos".

Los resultados de este estudio podrán ser tomados como referencia o guía para futuras investigaciones. También se generará conciencia sobre esta problemática mediante charlas de promoción y prevención. A priori servirá de base para la creación de programas de tratamiento en pacientes con esta condición.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de enfoque cuantitativo, tipo aplicado, no experimental, correlacional de corte transversal. realizado durante los meses agosto y septiembre del 2024 con una muestra 40 pacientes hemipléjicos mayores de 30 años que asistieron al Hospital de rehabilitación del Callao ubicado Jr. Vigil 535.Bellavista, callao – Perú. La muestra se obtuvo por criterios de inclusión y exclusión, sin la necesidad de la aplicación de la formula estadística donde la población fue de 41. Se consideraron en este estudio, pacientes post ACV mayores de 30 años, de ambos géneros, que acepten el consentimiento informado, pacientes hemipléjicos que asisten al Hospital Rehabilitación del Callao.

El primer instrumento empleado fue el Proceso de Evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler (KF-NAP). Es un instrumento de evaluación negligencia, de observación

durante las actividades de la vida diaria, 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) (16).

El Segundo instrumento utilizado fue la Escala Fugl-Meyer. Es una escala de calificación observacional con datos ordinales para evaluar el deterioro sensorio motor 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 (17). 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, ala inferior (18).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La caracterización inicial de la muestra permitió describir el perfil sociodemográfico de los pacientes con hemiplejia atendidos en el hospital del Callao, lo cual constituye un punto de partida para la interpretación de los hallazgos clínicos. Esta descripción incluye variables como la edad, el sexo, el tiempo de evolución del cuadro y la lateralidad comprometida, factores relevantes para comprender la variabilidad en la expresión de la heminegligencia y la función motora. La Tabla 1, resume la distribución de estas características en los 40 participantes evaluados, proporcionando el contexto necesario para el análisis posterior de las asociaciones entre las variables del estudio.

Factores sociodemográficos

Tabla 1. Distribución sociodemográfica de pacientes con hemiplejia (n=40).

Variable	**Categoría**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Genero	Masculino	23	57.5
	Femenino	17	42.5
	Total	40	100.0

Volumen 8 No. 24 / septiembre-diciembre 2025, https://revistavive.org, ISSN: 2664-3243, ISSN-L: 2664-3243

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad	30-40	3	7.5
	41-50	5	12.5
	51-60	8	20.0
	61-70	11	27.5
	>70	13	32.5
	Total	40	100
Grado de estudios	Primaria	5	12.5
	Secundaria	24	60.0
	Superior técnico	6	15.0
	Universitario	4	10.0
	Sin estudios	1	2.5
	Total	40	100.0
Procedencia	Lima metropolitana	4	10.0
	Callao	29	72.5
	Provincia	7	17.5
	Total	40	100.0
Ocupación	Trabaja	1	2.5
	No trabaja	39	97.5
	Total	40	100.0

La Tabla 1, presenta un análisis detallado de las características sociodemográficos de una muestra de pacientes con hemiplejia, que incluye un total de 40 individuos. En cuanto al género, se observa una predominancia notable en el género masculino, que constituyen el 57.5% de la muestra en comparación con el 42.5% del género femenino. Esto indica que hay mayor incidencia de la hemiplejia en el género masculino, lo que puede estar relacionado con factores sociales y culturales en el ACV. En términos de edad la mayoría de se agrupan en el intervalo en más de 70 años con un 32.5% de la muestra, seguido por aquellos entre 61 a 70 años con el 27.5%. seguido entre 51 a 60 años con el 20 %. Seguido por aquellos entre 41-50 años con un 12.5% y finalmente, el grupo 30-40 años con cuya medida es de 7.5%.

Estos rangos etarios indican que muchos pacientes son adultos mayores, lo que puede tener implicaciones en su recuperación. En cuanto al grado de estudios una proporción significativa tiene secundaria que representa 60% de la muestra, lo que podría influir en la desinformación de cómo llevar una vida saludable respecto a la alimentación, ejercicio y otros factores que podrían prevenir enfermedades como el ACV. superior técnico con el 15 %, primaria con el 12.5%, con grado de estudio universitario 10% y sin estudios 2.5%. En relación con la procedencia, el 72.5% pertenece a la provincia constitucional del Callao, el 17.5% representa a provincia y a lima metropolitana el 10%. Por otro lado, el 97.5% de los pacientes hemipléjicos no trabaja por secuelas del ACV y 2.5 % si trabaja.

Factores clínicos

Tabla 2. Características clínicas de pacientes con hemiplejia (n=40).

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Tipo ACV	Isquémico	30	75.0
	Hemorrágico	10	25.0
	Total	40	100.0
Hemisferio	Derecho	21	52.5
	Izquierdo	19	47.5
	Total	40	100.0
Fases de ACV	Crónica	34	85.0
	Sub aguda	5	12.5
	Aguda	1	2.5
	Total	40	100.0
ACV previo	Si	13	32.5
	No	27	67.5
	Total	40	100.0
Hipertensión	Si	39	97.5
	No	1	2.5
	Total	40	100.0
Diabetes	Si	13	32.5
	No	27	67.5
	Total	40	100.0
Intervención quirúrgica	Si	3	7.5
	No	37	92.5
	Total	40	100.0
Tabaquismo	No	40	100.0
	Total	40	100.0
Consumo de drogas	No	40	100.0
	Total	40	100.0

La Tabla 2, presenta un análisis detallado de las características clínicas. En cuanto al tipo de ACV se observa que hay un mayor porcentaje del tipo isquémico con un 75% y este porcentaje va en relación a los estudios ya que existe una mayor incidencia del tipo ACV isquémico y el hemorrágico con el 25%. Respecto al hemisferio comprometido el hemisferio derecho presento mayor afectación 52.5% y es el hemisferio que está relacionado con la hemineglígencia y el hemisferio izquierdo con el 47.5%. En las fases del ACV existe mayor porcentaje de la fase crónica con un 85%, seguido de la fase sub aguda con el 12.5% y por último la fase aguda con el 2.5%.

En el ACV previo no presento 67.5% y el 32.5% si presento. Un hallazgo significativo es que todos los pacientes de la muestra presentan algún de tipo de comorbilidades, lo que indica una alta

Volumen 8 No. 24 / septiembre-diciembre 2025, https://revistavive.org, ISSN: 2664-3243, ISSN-L: 2664-3243

carga de enfermedades asociadas al ACV. Entre estas comorbilidades, se destaca la hipertensión que afecta al 97.5% de los pacientes y 2.5% no presento, en la diabetes, no presente en el 67.5% y si presento 32.5%. En la intervención quirúrgica el 92.5% no recibió una intervención y el 7.5% si recibió intervención quirúrgica. El 100 % de la población del estudio no consumió tabaco tampoco drogas.

Tabla 3. Resultados de tabla cruzada hemineglígencia y edad.

Hemineglígencia	**30-40 años n(%)**	**41-50 años n(%)**	**51-60años n(%**	**61-70 años n(%)**	**>70 años n(%)**	**Total n (%)**
Leve	0(0.0)	2(5.0)	0(0.0)	1(2.5)	3(7.5)	6(15.0)
Moderado	3(7.5)	3(7.5)	7(17.5)	9(22.5)	10(25.0)	32(80.0)
Severo	0(0.0)	0(0.0)	1(2.5)	1(2.5)	0(0.0)	2(5.0)
Total	**3(7.5)**	**5(12.5)**	**8(20.0)**	**11(27.5)**	**13(32.5)**	**40(100.0)**

En la Tabla 3, los pacientes de 30-40 años presenta un 7.5% de hemineglígencia moderada, los pacientes de 41 a 50 años presentan un 5% hemineglígencia leve y un 7.5% moderado; los pacientes de 51 a 60 años presentan un 17.5% moderado y un 2.5% severo; los pacientes de 61 a 70 años presentaron un 2.5% de hemineglígencia leve, un 22.5% moderado y un 2.5% severo y los pacientes mayores de 70 años presentaron un 7.5% de hemineglígencia leve y un 25% moderado.

En la Tabla 4, los pacientes con hemineglígenica leve presentan 12.5% de tipo acv isquémico y 2.5% hemorrágico, los pacientes con hemineglígencia moderado presentan 60% tipo acv isquémico y 8% hemorrágico, los pacientes con hemineglígencia severo presentan el 2.5% tipo acv isquémico y hemorrágico 2.5%.

Tabla 4. Tabla cruzada hemineglígencia y tipo de ACV.

Hemineglígencia	**Isquémico n (%)**	**Hemorrágico n (%)**	**Total n (%)**
Leve	5 (12.5)	1 (2.5)	6 (15.0)
Moderado	24 (60.0)	8 (20.0)	32 (80.0)
Severo	1 (2.5)	1 (2.5)	2 (5.0)
Total	**30 (70.0)**	**10 (25.0)**	**40 (100.0)**

En la Tabla 5, los pacientes de 30-40 años presenta un 2.5% de función motora muy severo, 2.5% severo y 2.5% leve, los pacientes de 41 a 50 años presentan un 2.5% de función motora muy severo y un 10% moderado; los pacientes de 51 a 60 años presentan un 10% muy severo, un 7.5% moderado y un 2.5% leve; los pacientes de 61 a 70 años presentaron un 5% de función motora muy severo, un 5% severo, un 15% moderado y un 2.5% leve y los pacientes mayores de 70 años presentaron un 2.5% de función motora muy severo, 5% severo un 20% moderado y un 5% leve.

Tabla 5. Resultados de tabla cruzada. Función motora en pacientes con hemiplejia y sexo.

Función motora	**Masculino n (%)**	**Femenino n (%)**	**Total n (%)**
Muy severo	5 (12.5)	4 (10.0)	9 (22.5)
Severo	2 (5.0)	3 (7.5)	5 (12.5)
Moderado	13 (32.5)	8 (20.0)	21 (52.5)
Leve	**3 (7.5)**	**2 (5.0)**	**5 (12.5)**
Total	**23 (57.5)**	**17(42.5)**	**40 (100.0)**

En la Tabla 6, los pacientes de 30-40 años presenta un 2.5% de función motora muy severo, 2.5% severo y 2.5% leve, los pacientes de 41 a 50 años presentan un 2.5% de función motora muy severo y un 10% moderado; los pacientes de 51 a 60 años presentan un 10% muy severo, un 7.5% moderado y un 2.5% leve; los pacientes de 61 a 70 años presentaron un 5% de función motora muy severo, un 5% severo, un 15% moderado y un 2.5% leve y los pacientes mayores de 70 años presentaron un 2.5% de función motora muy severo, 5% severo un 20% moderado y un 5% leve.

Tabla 6. Tabla cruzada. Función motora en pacientes con hemiplejia y edad.

Función motora	**30-40 años n (%)**	**41-50 años n (%)**	**51-60 años n (%)**	**61-70 años n (%)**	**>70 años n (%)**	**Total n (%)**
Muy severo	1 (2.5)	1 (2.5)	4 (10.0)	2 (5.0)	1 (2.5)	9(22.5)
Severo	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.0)	2 (5.0)	5 (12.5)
Moderado	0 (0.0)	4 (10.0)	3 (7.5)	6 (15.0)	8 (20.0)	21(52.5)
Leve	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (2.5)	1 (2.5)	2 (5.0)	5 (12.5)
Total	**3 (7.5)**	**5 (12.5)**	**8 (20.0)**	**11 (27.5)**	**13 (32.5)**	**40 (100.0)**

En la Tabla 7, los pacientes con hemiplejia con función motora muy severa presentaron el 15.0% del tipo ACV isquémico y ACV hemorrágico del 7.5 %, con función motora severa 5.0% del tipo ACV isquémico y 7.5% ACV hemorrágico, con función motora moderado 42.5% ACV isquémico y 10.0% ACV hemorrágico, función motora leve 12.5% del ACV isquémico y 0.0% hemorrágico.

Tabla 7. Tabla cruzada. Función motora en pacientes con hemiplejia y tipo de ACV.

Función motora	Isquémico n (%)	Hemorrágico n (%)	Total n (%)
Muy severo	6 (15.0)	3 (7.5)	9 (22.5)
Severo	2 (5.0)	3 (7.5)	5 (12.5)
Moderado	17 (42.5)	4 (10.0)	21(52.5)
Leve	**5 (12.5)**	**0 (0.0)**	**5(12.5)**
Total	**30 (75.0)**	**10 (25.0)**	**40 (100.0)**

Contrastación de hipótesis

H_0: No existe relación entre heminegligencia y función motora en pacientes con hemiplejia de un hospital del Callao.

H_a: Existe relación entre heminegligencia y función motora en pacientes con hemiplejia de un hospital del Callao.

Tabla 8. Relación entre heminegligencia y función motora en pacientes con hemiplejia (n=40).

Correlación	Pearson r	p-valor	Total n (%)
Heminegligencia vs función motora	-0,401	0.010	6 (15.0)

En la Tabla 8, se encontró que la relación de Pearson= -0,401, interpretado como relación moderada e inversa de la heminegligencia y la función motora en pacientes con hemiplejia y $p<0.05$; rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna. Es decir, a mayor heminegligencia se observa menor función motora en pacientes con hemiplejia o a menor heminegligencia se observa mayor función motora en pacientes con hemiplejia.

Discusión

La creciente preocupación por el incremento de la incidencia de la heminegligencia en la población de pacientes hemipléjicos adultos y adultos mayores ha suscitado un interés en la investigación científica, debido a su impacto significativo en la recuperación y su independencia funcional.

El estudio ha relevado hallazgos significativos, en cuanto al género, se observó una predominancia notable en el género masculino, que constituyen el 57.5% y en términos de edad la mayoría se agrupan en el intervalo en más de 70 años con un 32.5% que presenta hemiplejia. En cuanto al grado de estudios una proporción significativa tiene secundaria que representa 60% de la muestra, siendo similar con el estudio

Fernando et al. (19), que también reporto una mayor predominancia del género masculino en este grupo etario sugiriendo que el género masculino es más propenso a sufrir ACV y que esta población contaba con el grado de estudios de secundaria lo que podría influir en la desinformación de cómo llevar una vida saludable respecto a la alimentación, ejercicio y otros factores que podrían prevenir enfermedades como el ACV.

En cuanto al tipo de ACV, se observa que hay un mayor porcentaje del tipo isquémico con un 75%. Respecto al hemisferio comprometido el hemisferio derecho presento mayor afectación con el 52,5%. Resultados comparables con los encontrados por José et al. (20), También indica que hay un mayor porcentaje del ACV tipo isquémico con un 53,5% y el hemisferio comprometido fue el hemisferio derecho con un 71,4%.

En las comorbilidades, se destacó la hipertensión que afecto al 97.5% de los pacientes, en la diabetes presento 32,5%. Coincidiendo con los resultados reportados por Piloto et al. (21), observados en su estudio mencionando que el 80,5% presento hipertensión y 61% presento diabetes.

En cuanto a la severidad de la hemineglígencia, el 80% presentó un nivel moderado de hemineglígencia, en el tipo de ACV se observó que hay un mayor porcentaje del tipo isquémico con un 75%. Respecto al hemisferio comprometido el hemisferio derecho presento mayor afectación 52,5% y el 52.5% presentó función motora moderada. Estos resultados difieren con el estudio Lara Vasconcelos et al. (22), que encontró a pacientes con hemineglígencia moderada y en su mayoría fue con daño vascular isquémico, con afectación del hemisferio izquierdo, con ACV de gravedad moderada, hipertensión, discapacidad funcional severa y bajo nivel educativo.

Estos hallazgos indican que también se puede desarrollar la hemineglígencia en la afectación del hemisferio izquierdo, a pesar que estadísticamente se presenta en menor porcentaje en relación al hemisferio derecho. Así como Jeong.et al. (23) destaca en su estudio de evaluación de la hemineglígencia en pacientes post ACV, se encontró los siguientes resultados el 59.4% fue del sexo masculino, el tipo ACV fue isquémico con el 78.1%, lesión del hemisferio derecho con el 81.3% y con afectación arteria cerebral media con 87.5%.

Con respecto a los pacientes mayores de 70 años, presentaron una hemineglígencia moderada con el 25% coincidiendo con el estudio, así como Pei cheen, et al. (24) destaca en su estudio de evaluación de hemineglígencia en pacientes post ACV de 121 participantes 82 presentaron hemineglígencia moderada. En el género femenino presento mayor población con 45 participantes, respecto a la edad 71 participantes se encontraron entre edades 61-80 años, en la etnia fue no

hispano con 77 participantes, en la raza fue blanco con 58 participantes y en la lesión del hemisferio predomino el derecho con 65 participantes.

Bowen A, et al. (25), menciona que los pacientes con hemiplejia izquierda mostraban patrones de comportamiento específicos debido a discapacidades motoras y de heminegligencia. Estos patrones conductuales incluyen la incapacidad para orientarse o responder a estímulos en el lado contralateral a la lesión cerebral. Este patrón conductual específico se asocia a un mayor riesgo de caídas, una estancia más prolongada en centros de rehabilitación y una peor recuperación funcional. Por este motivo, estos pacientes no participan en actividades de la vida diaria, ocio y sociales.

En los hallazgos se encontró que los pacientes de sexo masculino, un 12.5% presentaron función motora muy severa en pacientes con hemiplejia 5% severo,32.5% moderado y 7.5% leve. En cambio, los pacientes de sexo femenino presentaron, un 22.5% presentaron función motora muy severa en pacientes con hemiplejia, 7.5% severo, 20% moderado y un 5% leve. Se correlaciona con el estudio Duncan y cols (26). evaluo a 104 pacientes con 6 meses de evolución y encontró que 37% presento compromiso motor leve, el 22% compromiso moderado, el 13% compromiso severo y el 32% obtuvo compromiso muy severo.

A si como Ferrer G (27), menciona en su estudio que los pacientes que han sufrido hemiplejia presentaron función motora severa y moderada en miembro superior. En miembro inferior presentaron función motora muy severo y moderado.

En la función motora y la edad. Los resultados fueron de 30-40 años presentaron un 2.5% de función motora muy severo, 2.5% severo y 2.5% leve, los pacientes de 41 a 50 años presentan un 2.5% de función motora muy severo y un 10% moderado; los pacientes de 51 a 60 años presentan un 10% muy severo, un 7.5% moderado y un 2.5% leve; los pacientes de 61 a 70 años presentaron un 5% de función motora muy severo, un 5% severo, un 15% moderado y un 2.5% leve y los pacientes mayores de 70 años presentaron un 2.5% de función motora muy severo, 5% severo un 20% moderado y un 5% leve. Difiere con el estudio Gonzales B (28), sus resultados fueron que el 62,5% de los pacientes entre 30-45 años tienen compromiso motor moderado y el 64,7% de los pacientes entre 60-75 también presentan compromiso motor moderado.

En la función motora y el tipo ACV. Los pacientes con hemiplejia con función motora muy severa presentaron el 15.0% del tipo ACV isquémico y ACV hemorrágico del 7.5 %, con función motora severa 5.0% del tipo ACV

isquémico y 7.5% ACV hemorrágico, con función motora moderado 42.5% ACV isquémico y 10.0% ACV hemorrágico, función motora leve 12.5% del ACV isquémico y 0.0% hemorrágico. Este resultado se apoya por el estudio realizado por Ween JE y Cols (29). El cual menciona que los ACV hemorrágicos pueden mostrarse clínicamente más graves y con una recuperación mayor, pero más lenta que los originados por un infarto. Difiere del estudio santos-Lasaosa y cols (30). los cuales mencionan que el ACV sea isquémico o hemorrágico no influye por sí mismo en el pronóstico funcional, una vez analizada la diferencia de la gravedad inicial del ACV.

CONCLUSIONES

Se concluye que, si existe relación moderada e inversa entre heminegligencia y función motora en pacientes con hemiplejia, es decir, a mayor heminegligencia se observa menor función motora en pacientes con hemiplejia o a menor heminegligencia se observa mayor función motora en pacientes con hemiplejia.

También, se encontró que la relación de Pearson=-0,401 interpretado como relación moderada e inversa entre heminegligencia y función motora en pacientes con hemiplejia y $p<0.05$; rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna. El perfil de los individuos con hemiplejia fue en su mayoría, con heminegligencia moderada con un 80%, con función motora moderado con 52.5%, con daño vascular isquémico con el 75%, con afectación del hemisferio derecho con un 52.5%, con ACV en la fase crónica con un 85% e hipertensión con un 97.5%.

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

FINANCIAMIENTO. El presente estudio fue autofinanciado en su totalidad por los investigadores

AGRADECIMIENTO. Al Hospital Rehabilitación del Callao (callao, Perú) por el otorgamiento de permisos y facilidades para la realización del estudio en la institución. Agradezco profundamente a mis padres, cuyo amor incondicional, apoyo constante y sabias enseñanzas han sido la base fundamental durante este proceso académico. Este trabajo es un humilde reconocimiento a su paciencia, motivación y confianza en mí.

REFERENCIAS

1. Mackay J, Mensah G, Mendis S, Greenlund K. El Atlas de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004. https://ia800707.us.archive.org/35/items/atlasofheartdise00mckarich/atlasofheartdise00mckarich.pdf

2. Cagna C, Salcedo C. Prevalencia e incidencia de accidente cerebrovascular en Latinoamérica y El Caribe: revisión sistemática Lima 2022 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Científica del Sur;2022. Disponible: https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/2294

3. Así Vamos en Salud. Tasa de Mortalidad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Bogotá: Así Vamos en Salud; 2025. https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedades

4. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Registro Estadístico de Defunciones Generales 2020. Ecuador: INEC; 2021. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografa/Defunciones_Generales_2020/2021-06 10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf

5. Ministerio de Salud del Perú, SUSALUD. Consulta D2 - Consolidado de Morbilidad en Hospitalización. Lima: SUSALUD. http://datos.susalud.gob.pe/dataset/consulta-d2-consolidado-de-morbilidad-en-hospitalizacion

6. Instituto Nacional Ciencias Neurológicas. Boletín Epidemiológico I Trimestre 2024 – INCN 2024. [Archivo en Hoja PDF]. INCN 2024. https://www.gob.pe/institucion/instituto-nacional-de-cienciasneurologicas/informes-publicaciones/5628703-boletin-epidemiologico-i-trimestre2024-incn

7. Fernandez J. Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. edición 1. Edicion en UOC.Barcelona:Rambla Del Ploneu ; 2009. en:https://www.academia.edu/39702937/Estimulaci%C3%B3n_cognitiva_y_rehabilitaci%C3%B3n_neuropsicol%C3%B3gica

8. Muñoz-Marrón E, Redolar D, Zulaica A. Nuevas aproximaciones terapéuticas en el tratamiento de la heminegligencia: la estimulación magnética transcraneal. Rev Neurol 2012; 55: 297-305

9. Lafargouette F. Reflexión sobre la elaboración de un conjunto de herramientas ecológicas para tareas administrativas y presupuestarias, destinadas a pacientes con heminegligencia. Universidad Bordeaux Segalen; 2013. https://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MORT_2013_LAFARGOUETTE_FRANCOISE.pd

10. Heilman K, Valenstein E, Watson R. Neglect and related disorders. Semin Neurol. 2000;20(4):463-70. doi: 10.1055/s-2000-13179. PMID: 11149702.

11. Barrett A, Houston K. Update on the Clinical Approach to Spatial Neglect. Curr Neurol Neurosci Rep. 2019;19(5):25. doi: 10.1007/s11910-019-0940-0

12. González G, Rodríguez R. Síndrome de heminegligencia en pacientes posictus. Rev Cub de Med Fis y Rehab. 2019;11(3):1-4.

13. López A, Alfonso L, Barboza S, Pérez M. Heminegligencia y hemianopsia. Presentación de un caso. Medisur;10(4):318-321.Disponibleen:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2012000400010&lng=es.

14. Durà M, Molleda M, García A, Mallol B, Calderon P. Factores pronósticos en el ictus. De la fase aguda a los tres años. Rehabilitación (Madr). https://doi.org/10.1016/j.rh.2010.09.004

15. Hospital Rehabilitación del Callao. Análisis situacional de salud 2019 Hospital Rehabilitación del Callao–HRC. https://www.hrcallao.gob.pe/pdf/ASIS_2019_HRC.pdf

16. Hreha K, Chen P; Barrett M. Implementación de un protocolo de rehabilitación para la evaluación y el tratamiento de la negligencia espacial en un hospital de cuidados intensivos. Revista de fisioterapia de cuidados agudos 11(2): 59-69, abril de 2020. DOI: 10.1097/JAT.0000000000000117.

17. Fugl-Meyer A, Jääskö L, Leyman I, Olsson S, Steglind S. The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance. Scand J Rehabil Med. 1975;7(1):13-31. PMID: 1135616.

18. Wood L, Williams J, Shapiro S. Examining outcome measures in a clinical study of stroke. Stroke. 1990 May;21(5):731-9. doi: 10.1161/01.str.21.5.731.

19. Urcia F, CamChiock D. Perfil epidemiológico de los pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular atendidos en un instituto de rehabilitación de Lima-Perú. Rev Méd Hered;34(3):132-4. https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/4922

20. Viruez A, Chambi G, Chambi A, Quispe N, Jiris J, Vera C. ICTUS EN CUIDADO INTENSIVO A MUY ALTA ALTITUD. Rev. Méd. La Paz. 2023; 29(2): 30-37. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000200030&lng=es. Epub 30-Dic-2023.

21. Piloto C, Suarez R, Belaunde C, Castro J. La enfermedad cerebrovascular y sus factores de riesgo. Rev Cub Med Mil. 2020; 49(3): http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000300009&lng=es. Epub 25-Nov-2020.

22. Vasconcelos L, Caria I, de Jesús P, Pinto E. PERFIL DE INDIVIDUOS CON ALTERACIONES FUNCIONALES CARACTERÍSTICAS DE LA HEMINEGLIGENCIA TRAS ACV. Rev Pesq Fisio. 2017; 7(2):244-5. https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1333

23. Uno. Jeong E. Evaluaciones de negligencia espacial: comparación de la prueba KF-NAP (Fundación Kessler - Proceso de evaluación de negligencia) y la prueba lápiz-papel. Ciencia Terapéutica para la Rehabilitación. 2018;7(1):27–35. https://doi.org/10.22683/TSNR.2018.7.1.027

24. Chen P, Chen C, Hreha K, Goedert K, Barrett A. Kessler Foundation Neglect Assessment Process uniquely measures spatial neglect during activities of daily living. Arch Phys Med Rehabil. 2015 May;96(5):869-876.e1. doi: 10.1016/j.apmr.2014.10.023.

25. Bowen A, Hazelton C, Pollock A, Lincoln N. Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 1;2013(7):CD003586. doi: 10.1002/14651858.CD003586.pub3.

26. Rabadi M, Rabadi F. Comparison of the action research arm test and the Fugl-Meyer assessment as measures of upper-extremity motor weakness after stroke. Arch Phys Med Rehabil. 2006 Jul;87(7):962-6. doi: 10.1016/j.apmr.2006.02.036. PMID: 16813784.

27. Ferrer G. Adaptación 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 2016. https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/40335/Tesis%20Bego%C3%B1a%20Ferrer%20Gonz%C3%A1lez.pdfsequence=1&isAllowed=y

28. Gonzales F. Relación de los factores pronósticos con el compromiso de la función motora en pacientes post accidente cerebro vascular, en el departamento de medicina física y rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, en el año 2016. [Tesis para optar Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2017. 4510-9712-92559f680a8a/content

29. Ween J, Alexander M, D'Esposito M, Roberts M. Factors predictive of stroke outcome in a rehabilitation setting. Neurology. 1996 Aug;47(2):388-92. doi: 10.1212/wnl.47.2.388.

30. Santos L,Mostacero M, Tejero J, López G, Ríos F, Morales A. The functional prognosis of stroke patients after three months: deciding factors. Rev. Neurol. 1999, 29(8), 697–700. https://doi.org/10.33588/rn.2908.99308