



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
Resolución de Presidencia de Consejo Universitario
N° 0020-2022-P-CU-UNJFSC
Huacho, 18 de octubre de 2022

VISTO:

El Expediente N° 2022-049947, que contiene el Oficio N° 0460-2022-D/FMH-UNJFSC, de fecha 27 de setiembre del 2022, que corre mediante SISTRAD 2.0, promovido por la Decana de la Facultad de Medicina Humana, mediante el cual solicita la Ratificación de la Resolución Facultativa N° 0113-2022-FMH-UNJFSC de fecha 07 de octubre de 2022, mediante la cual solicita al Consejo Universitario, de manera excepcional y por única vez, autorizar la exoneración de concurso y evaluación de proyectos de investigación, para cumplir con el proceso de licenciamiento; y, el Decreto de Rectorado N° 7312-2022-R-UNJFSC de fecha 18 de octubre del 2022.

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD, de fecha 27 de enero de 2020, del Consejo Directivo de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria, se resuelve: *"OTORGAR LA LICENCIA INSTITUCIONAL a la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, para ofrecer el servicio educativo superior universitario, (...) con una vigencia de seis (6) años computados a partir de la notificación de la presente resolución"*.

Que, el artículo 18° de la Constitución Política del Estado, establece: *"La educación universitaria tiene como fines la formación profesional, la difusión cultural, la creación intelectual y artística y la investigación científica y tecnológica. El Estado garantiza la libertad de cátedra y rechaza la intolerancia. Las universidades son promovidas por entidades privadas o públicas. La ley fija las condiciones para autorizar su funcionamiento. La universidad es la comunidad de profesores, alumnos y graduados. Participan en ella los representantes de los promotores, de acuerdo a ley. Cada universidad es autónoma en su régimen normativo, de gobierno, académico, administrativo y económico. Las universidades se rigen por sus propios estatutos en el marco de la Constitución y de las leyes"*.

Que, el Artículo 8° de la Ley Universitaria – Ley N° 30220, respecto a la Autonomía universitaria, señala: *"El Estado reconoce la autonomía universitaria. La autonomía inherente a las universidades se ejerce de conformidad con lo establecido en la Constitución, la presente Ley y demás normativa aplicable. Esta autonomía se manifiesta en los siguientes regímenes: 8.1 Normativo, implica la potestad autodeterminativa para la creación de normas internas (estatuto y reglamentos) destinadas a regular la institución universitaria. 8.2 De gobierno, implica la potestad autodeterminativa para estructurar, organizar y conducir la institución universitaria, con atención a su naturaleza, características y necesidades. Es formalmente dependiente del régimen normativo. 8.3 Académico, implica la potestad autodeterminativa para fijar el marco del proceso de enseñanza-aprendizaje dentro de la institución universitaria. Supone el señalamiento de los planes de estudios, programas de investigación, formas de ingreso y egreso de la institución, etc. Es formalmente dependiente del régimen normativo y es la expresión más acabada de la razón de ser de la actividad universitaria. 8.4 Administrativo, implica la potestad autodeterminativa para establecer los principios, técnicas y prácticas de sistemas de gestión, tendientes a facilitar la consecución de los fines de la institución universitaria, incluyendo la organización y administración del escalafón de su personal docente y administrativo. 8.5 Económico, implica la potestad autodeterminativa para*





Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
Resolución de Presidencia de Consejo Universitario
N° 0020-2022-P-CU-UNJFSC
Huacho, 18 de octubre de 2022

administrar y disponer del patrimonio institucional; así como para fijar los criterios de generación y aplicación de los recursos”.

Que, con Resolución de Consejo Universitario N° 1243-2019-CU-UNJFSC, de fecha 04 de noviembre de 2019, se resuelve: “(...) **Artículo 2º.- TENER POR APROBADA LAS MODIFICACIONES DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE CADA UNA DE LAS CARRERAS PROFESIONALES DE PREGRADO (...)**”.

Que, mediante el expediente de visto y el oficio que contiene, que corre inserto mediante SISTRAD 2.0, la Decana de la Facultad de Medicina Humana, pone en conocimiento al Vicerrector de Investigación de esta Casa Superior de Estudios que: “(...) *en el marco de Licenciamiento de Medicina Humana, se ha emitido la Resolución Facultativa N°0113-2022-FMH-UNJFSC que resuelve: Artículo 1º: Dejar sin efecto la Resolución Facultativa N°0109-2022-FMH-UNJFSC, de fecha 27 de setiembre de 2022, por observaciones realizadas por el Vicerrectorado de Investigación, Artículo 2º. Solicitar al Consejo Universitario, de manera excepcional y por única vez, que autorice la exoneración de concurso y evaluación de los proyectos de investigación:* 1. Neuronas en espejo en el cerebro del feminicida (Homicida de la pareja íntima) Lima 2022. Coordinador de Proyecto: Dr. Edwin Efraín Suarez Alvarado; 2. Predictores de letalidad temprana en pacientes que debutan con ACV Isquémico admitidos al Hospital Alberto Sabogal durante el año 2022-2023 Coordinador de Proyecto: Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto; debiéndose de sujetarse estrictamente, una vez aprobados y evaluados, a las condiciones normativas establecidas en el Reglamento para Fomentar la Investigación a través de Fondos Concursables en la UNJFSC y Bases de Concurso aprobados en el presente año para ejecución de proyectos de investigación no formativa. **Por lo que agradeceré, tenga a bien proseguir el trámite ante el Consejo Universitario. (...)**”.

Que, según se desprende del séptimo y octavo considerando de la Resolución Facultativa N° 0113-2022-FMH-UNJFSC: “(...) **con el fin de cumplir con las condiciones exigidas dentro del marco de licenciamiento del programa de Medicina Humana**, se hace necesario la ejecución de los proyectos de investigación: 1. Neuronas en espejo en el cerebro del feminicida (Homicida de la pareja íntima) Lima 2022. Coordinador de Proyecto: Dr. Edwin Efraín Suarez Alvarado; 2. Predictores de letalidad temprana en pacientes que debutan con ACV Isquémico admitidos al Hospital Alberto Sabogal durante el año 2022-2023 Coordinador de Proyecto: Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto; para lo cual se deberá de solicitar ante el Consejo Universitario la exoneración del proceso de concurso de los proyectos de investigación antes descritos, al igual que la exoneración de su evaluación conforme al Reglamento para Fomentar la Investigación a través de Fondos Concursables en la UNJFSC vigente, toda vez que **los mismos han sido evaluados en nuestra Facultad, con el fin de posibilitar la presentación de la solicitud de licenciamiento de nuestro programa** conforme al cronograma previsto para nuestra Casa Superior de Estudios, sin que ello signifique que se exceptuará de los demás extremos establecidos en el aludido Reglamento. Asimismo, se deberá de tener en cuenta que, la Oficina de Planificación, a través del Oficio N° 086-2022-UPyEP/OPyP, autorizó la incorporación de mayores ingresos públicos en el presupuesto institucional 2022 - pliego 530: Universidad Nacional José Faustino Sánchez, por la suma de S/ 47,852.00 (cuarenta y siete mil ochocientos cincuenta y dos y 00/100 soles), con la finalidad de cumplir con el Indicador 15 de la Matriz de Condiciones Básicas de Calidad del Modelo de Licenciamiento de Medicina





Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
Resolución de Presidencia de Consejo Universitario
N° 0020-2022-P-CU-UNJFSC
Huacho, 18 de octubre de 2022

Humana, sustentando de esta manera presupuestalmente la ejecución de dichos proyectos de investigación; Que, mediante el documento de visto, el Vicerrector de Investigación, responde a nuestro pedido de refrendación de la Resolución Facultativa N°0109-2022-FMH-UNJFSC, haciendo ciertas observaciones al respecto; sin embargo, realiza recomendaciones a fin de posibilitar el objetivo, con el fin de lograr el licenciamiento del programa de Medicina Humana; indicaciones que han sido tomadas en cuenta por nuestro Consejo de Facultad y se consideran en el presente acto resolutivo(...);

Que, al respecto mediante Oficio N° 931-2022-VRI-UNJFSC, el Vicerrector de Investigación, comunica al Rector de esta Casa Superior de Estudios que *"(...) la Facultad de Medicina Humana, dentro del marco de licenciamiento del Programa de Medicina Humana, ha emitido la Resolución Facultativa N°0113-2022-FMH-UNJFSC de fecha 07 de octubre del presente, a través de la cual resuelve (...) Cabe señalar que inicialmente, dicha Facultad había emitido la Resolución Facultativa N°0109-2022-FMHUNJFSC; sin embargo, este Vicerrectorado, advirtiendo aspectos de carácter técnico hizo observaciones a la misma y propuso la orientación que el acto debería de seguir para plantear lo solicitado al Consejo Universitario. **En ese sentido, se ha emitido la Resolución Facultativa N° 0113-2022-FMH-UNJFSC, que por la naturaleza de lo resuelto deberá de ser aprobada por el Consejo Universitario,** que es en donde se aprobó el Reglamento para Fomentar la Investigación a través de Fondos Concursables en la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión – UNJFSC y las Bases de Concurso aprobados en el presente año para ejecución de proyectos de investigación no formativa. Por lo tanto, señor Rector, se remite lo actuado para que, por vuestro intermedio, se eleve al Consejo Universitario y tenga a bien aprobar lo solicitado por el Consejo de Facultad de Medicina Humana (...)"*.



Que, de acuerdo al primer párrafo del artículo 13° de la Ley Universitaria N°30220, debe entenderse al licenciamiento como el procedimiento que tiene como objetivo verificar el cumplimiento de condiciones básicas de calidad establecidas por la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), para ofrecer el servicio educativo superior universitario y autorizar su funcionamiento.

Que, el Artículo 214° del Estatuto Universitario establece a la Unidad de Investigación, la encargada de integrar las actividades de investigación de la facultad, preferentemente de naturaleza interdisciplinaria destinada al desarrollo de la ciencia, la tecnología y las humanidades y orientadas a la solución de la problemática local, regional, nacional e internacional.

Que, conforme a lo solicitado por la Facultad de Medicina Humana y el Vicerrectorado de Investigación, y con la finalidad de dar cumplimiento con el cronograma establecido en el marco del proceso de licenciamiento, el Rector de esta Casa Superior de Estudios, mediante Decreto de Rectorado N° 7312-2022-R-UNJFSC, de fecha 18 de octubre de 2022, determina: *"para la emisión de la resolución de presidencia de consejo universitario con cargo a dar cuenta al colegiado"*.





Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
Resolución de Presidencia de Consejo Universitario
N° 0020-2022-P-CU-UNJFSC
Huacho, 18 de octubre de 2022

Estando a lo expuesto en los considerandos precedentes, y en uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220 y el Estatuto Vigente de la Universidad; y, **con cargo a dar cuenta al Consejo Universitario;**

SE RESUELVE:

- Artículo 1°.- DEJAR**, sin efecto la Resolución Facultativa N°0109-2022-FMH-UNJFSC, de fecha 27 de setiembre de 2022, emitida por la Facultad de Medicina Humana, por observaciones realizadas por el Vicerrectorado de Investigación de esta Casa Superior de Estudios, conforme a los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.
- Artículo 2°.** **APROBAR**, de manera excepcional y por única vez, la exoneración de concurso y evaluación de los proyectos de investigación: 1. Neuronas en espejo en el cerebro del feminicida (Homicida de la pareja íntima) Lima 2022. Coordinador de Proyecto: Dr. Edwin Efraín Suarez Alvarado; 2. Predictores de letalidad temprana en pacientes que debutan con ACV, Isquémico admitidos al Hospital Alberto Sabogal durante el año 2022-2023 Coordinador de Proyecto: Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto; debiéndose de sujetarse estrictamente, una vez aprobados y evaluados, a las condiciones normativas establecidas en el Reglamento para Fomentar la Investigación, a través de Fondos Concursables en la UNJFSC y Bases de Concurso aprobados en el presente año, para ejecución de proyectos de investigación no formativa; proyectos que en anexo y por separado, forman parte de la presente resolución.
- Artículo 3º** **DISPONER**, que la Oficina de Servicios Informáticos efectúe la publicación del presente acto administrativo, en el Portal Institucional Web, de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión que corresponda (www.unjfsc.edu.pe).
- Artículo 4°.- TRANSCRIBIR**, la presente resolución a las instancias y dependencias de la Universidad, para su conocimiento, y demás fines.

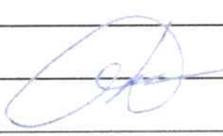
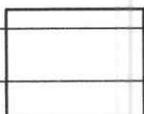
Regístrese, comuníquese y archívese.




Dr. VÍCTOR JOSELITO LINARES CABRERA
SECRETARIO GENERAL
CADV/VJLC/smr.-




Dr. CÉSAR ARMANDO DÍAZ VALLADARES
RECTOR

ANEXO 01	
CARTA DE PRESENTACIÓN	
Huacho, <u>23</u> de <u>setiembre</u> del 2022	
Sr. Dr.	
Luis Alberto Baldeos Ardian	
Vicerrector de Investigación	
Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión	
Presente. -	
Nos dirigimos a usted para presentar el proyecto denominado:	
" <u>Predictores de letalidad temprana en pacientes que debutan con ACV Isquémico admitidos</u>	
<u>al Hospital Alberto Sabogal durante el año 2022-2023</u> " Línea de investigación:	
<u>Salud Pública</u> ,	
Bajo la responsabilidad de <u>Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto</u> Docente de la	
Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.	
Domicilio	: <u>Calle Manuel Asencio Segura N° 157 - La Perla. Callao</u>
Teléfono celular	: <u>999318170</u>
Correo electrónico	: <u>mespinozare@unjfsc.edu.pe</u>
Atentamente,	
	
FIRMA	
	
Huella Dactilar	
CODIGO:	<u>999318170</u>
D.N.I.:	<u>15740212</u>
COLEGIATURA:	<u>CMP 035073</u>
RUC:	<u>10157402124</u>

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Huacho, 23 de setiembre del 2022

Sr. Dr.

Luis Alberto Baldeos Ardian

Vicerrector de Investigación

Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Presente. -

Proyecto de investigación:

„Predictores de letalidad temprana en pacientes que debutan con ACV Isquémico admitidos al Hospital Alberto Sabogal durante el año 2022-2023”

_____”

De conformidad con lo establecido en las Bases del Concurso de la referencia, el suscrito Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto identificado con D.N.I.

N° 15740212 y domicilio legal en _____

Calle Manuel Asencio Segura N° 157 - La Perla. Callao

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, el presente Proyecto es Original y Auténtico, el mismo que pretende contribuir, de ser el caso, a resolver una problemática local, regional o nacional.

Atentamente.

FIRMA



DNI N° 15740212

ANEXO 03

SOLICITO: FINANCIAMIENTO PARA PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN PARA DOCENTES FINANCIADOS CON
RECURSOS ORDINARIOS 2022

Sr. Dr.

Luis Alberto Baldeos Ardian

Vicerrector de Investigación

Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Yo, Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto docente ordinario de la Facultad de Medicina Humana, identificado(a) con D.N.I. N° 15740212 con domicilio (Calle/Jirón/Avenida): Calle Manuel Asencio Segura N° 157, Distrito La Perla, Provincia Callao, Departamento Lima, Teléfono 999318170; en mi condición de Coordinador General del Proyecto de Investigación titulado:

"

"Predictores de letalidad temprana en pacientes que debutan con ACV Isquémico al Hospital Alberto Sabogal durante el año 2022-2023"

Ante usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, requiriendo financiamiento de Proyecto de Investigación Científica y Tecnológica para Docentes con Recursos Ordinarios, solicito a usted, se me considere como postulante en la siguiente Línea de Investigación:

SALUD PÚBLICA

POR LO EXPUESTO:

Señor Vicerrector, atender mi solicitud por ser de justicia.

Huacho, 23 de setiembre del 2022

FIRMA: 

(COORDINADOR GENERAL DEL PROYECTO) PROFESIÓN: MÉDICO CIRUJANO

ANEXO 05

**DECLARACIÓN JURADA DE LOS INVESTIGADORES CON PARTICIPACIÓN ACTIVA EN EL DESARROLLO
DE LA INVESTIGACIÓN**

Yo, WILLIAMS GUSTAVO GAVIDIA CHÁVEZ docente ordinario de la Facultad de Medicina Humana, identificado(a) con D.N.I. N° 15613314 con domicilio (Calle/Jirón/Avenida): Urb. Los Sauces A-20 -, Distrito Huacho, Provincia Huaura, Departamento Lima, Teléfono 994691147; en mi condición de Integrante del Proyecto de investigación "Predictores de letalidad temprana en pacientes que debutan con ACV Isquémico al Hospital Alberto Sabogal durante el año 2022-2023"

Declaro bajo juramento que me comprometo participar activamente en el desarrollo de la investigación hasta su culminación, y no tener deudas pendientes con la DPCTyH.

De lo contrario me someto a las sanciones establecidas en las normas establecidas para tal fin, así como a las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso.

En señal de cumplimiento del presente documento firmo en la ciudad de Huacho a los 23 días del mes de setiembre 2022



Huella Dactilar

Firma : 

Profesión: MÉDICO CIRUJANO

DNI N° : 15613314

ANEXO 06

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

JURADO EVALUADOR:		Presidente:		
		Secretario:		
		Vocal:		
COORDINADOR GENERAL DE PROYECTO:		Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto		
TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:		"Predictores de letalidad temprana en pacientes que debutan con ACV Isquémico admitidos al Hospital Alberto Sabogal durante el año 2022-2023"		
PUNTUACIÓN:	0-25 MALO	26-49 REGULAR	50-80 BUENO	81-100 EXCELENTE
ITEM				PUNTAJE MÁXIMO
INVESTIGADORES (cada ítem como máximo 5)				20
• El Coordinador General de Investigación reúne los requisitos necesarios				
• El equipo de investigadores reúne los requisitos necesarios				
• El equipo de investigadores tiene experiencia con relación al tema del proyecto				
• El equipo de investigadores tiene labor reconocida en investigación				
• Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto				
PROYECTO (cada ítem como máximo 10)				80
• Existe concordancia entre el título, objetivos y metodología				
• Existe coherencia en el aspecto Metodológico				
• El proyecto se ciñe a los lineamientos de las bases de concurso				
• El tema propuesto tiene importancia, originalidad y actualidad.				
• Existe concordancia entre los objetivos, el cronograma y el presupuesto.				
• La técnica e instrumentos de recolección de datos son adecuados para el proyecto propuesto.				
• La técnica y procesamiento de datos son adecuados para el proyecto propuesto.				
• Los resultados tendrán un impacto favorable en el avance de la ciencia, tecnología y conocimientos para contribuir a la sociedad.				
PUNTAJE TOTAL				100

Presidente

secretario

Vocal

ANEXO 07

COMPROMISO DE OBLIGACIONES Y CONTROL ECONÓMICO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Consta en este COMPROMISO de Adjudicación de Recursos Económicos Vía recursos ordinarios que otorga la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, para el desarrollo de Proyecto de investigación, titulado “

“Predictores de letalidad temprana en pacientes que debutan con ACV Isquémico admitidos al Hospital Alberto Sabogal durante el año 2022-2023” Que, se celebra entre la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, debidamente representado por el Sr. Vicerrector de la UNJFSC, LUIS ALBERTO BALDEOS ARDIAN, identificado con D.N.I. N° 15612744, con domicilio en Av. Mercedes Indacochea N° 609, Provincia de Huaura, que en adelante se denominará UNJFSC, y de otra parte, el Coordinador General del Proyecto, Señor(a) Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto, identificado con D.N.I. N° 15740212 señalando domicilio legal para éstos efectos en: Calle Manuel Asencio Segura N° 157 – La Perla - Callao a quien en adelante se denominará **“COORDINADOR GENERAL DEL PROYECTO”**; declarando que las partes convienen en lo siguiente:

COMPROMISO PRIMERO: ANTECEDENTES

El Vicerrectorado de Investigación - UNJFSC, con Resolución _____ aprobó las bases de concurso para Docentes Financiados con Recursos Ordinarios.

COMPROMISO SEGUNDO: OBJETO

El Vicerrectorado de Investigación - UNJFSC”, con Resolución N° _____-20...- UNJFSC, de fecha _____ de _____ del 20..., aprueba la ejecución del Proyecto de Investigación titulado:

_____”, en adelante denominado el **“PROYECTO”**, que será desarrollado por el **“COORDINADOR GENERAL”** del Proyecto de Investigación y el equipo de Investigadores, quien en declaración jurada comprometen su carácter original.

El **“COORDINADOR GENERAL”** del Proyecto de Investigación, se obliga a informar por escrito al Sr. Vicerrector de Investigación de la UNJFSC, sobre el avance programado y sobre cualquier otro financiamiento pasado, disponible o que se obtenga durante la ejecución del proyecto, contando para ello con la aprobación de la Dirección de Promoción de la Ciencia Tecnología y Humanidades - DPCTyH. El incumplimiento de esta obligación será causal de resolución del presente compromiso y el **“COORDINADOR GENERAL”** del Proyecto de Investigación con su equipo de investigadores, deberán reembolsar en forma solidaria a la UNJFSC, el integro de los fondos recibidos (en el supuesto de haberlo recibido).

El **“COORDINADOR GENERAL”** del Proyecto de Investigación, se exime de solicitar Licencia de Año Sabático y de capacitación mientras dure su proyecto de investigación, si no pudiera evitarlo, debería ceder la coordinación del proyecto a un miembro integrante del proyecto, bajo las mismas condiciones académicas y profesionales, así como de la misma categoría y dedicación.

COMPROMISO TERCERO: DURACIÓN

El presente compromiso tiene una duración de no mayor de doce meses, preferente su ejecución será dentro del año presupuestal 2022 para el desarrollo, ejecución y transferencia.

Asimismo, las partes establecen que las actividades deberán ser concluidas en el plazo establecido según cronograma aprobado. Sólo en caso de fuerza mayor debidamente acreditada mediante un informe técnico, emitido por la DPCTyH, se podrá autorizar la prórroga del término del presente compromiso; por un plazo que se establecerán en su informe aprobatorio.

COMPROMISO CUARTO: DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para la ejecución del objeto de este **COMPROMISO**, las partes se obligan a cumplir el tenor de la propuesta del proyecto de investigación aprobado.

COMPROMISO QUINTO: OBLIGACIONES DEL “COORDINADOR GENERAL” DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El “**COORDINADOR GENERAL**” del Proyecto de Investigación, se compromete a:

1. Informar oportunamente las actividades desarrolladas en la ejecución del **PROYECTO**, de acuerdo con el cronograma aprobado.
2. Presentar avances parciales, en forma digital del **PROYECTO**, al Vicerrectorado de Investigación. Los informes parciales y el final deberán ser en versión electrónica.
3. Presentar el Informe Final de Resultados Técnicos y Científicos de la investigación realizada, de acuerdo con la propuesta del Proyecto de Investigación aprobado. El informe final debe incluir adicionalmente, un resumen ejecutivo de 2 a 6 páginas como máximo, y deberá respetar las pautas de edición.
4. Sustentar, a solicitud del Vicerrectorado de Investigación - UNJFSC, los resultados intermedios y/o finales del **PROYECTO** en una o más reuniones de trabajo en el lugar y fechas acordadas por ambas partes.

COMPROMISO SEXTO: OBLIGACIONES DE LA UNJFSC.

La **UNJFSC** se compromete a financiar el proyecto por un monto de _____ 00/100 Soles (S/ _____), para lo cual se invertirá y/o adquirirá todo lo programado en el presupuesto del Proyecto en **coordinación con el Vicerrectorado de Investigación y la Dirección General de Administración de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, entre otras dependencias.**

COMPROMISO SETIMO: CONTROL Y FISCALIZACIÓN

La UNJFSC tiene la prerrogativa de mantener la autoridad normativa de| ejercicio de control y fiscalización en la ejecución del presente **COMPROMISO**.

Sin perjuicio de lo expuesto, las partes acuerdan que la Auditoría a la UNJFSC incluye al “**COORDINADOR GENERAL**” del Proyecto de Investigación, en lo que respecta a la celebración del presente **COMPROMISO**, y se llevará a cabo de conformidad con las Normas dispuestas por la Contraloría General de la República.

COMPROMISO OCTAVO: COORDINACIÓN ENTRE LAS PARTES

La coordinación a nivel de decisión se establecerá entre el “**COORDINADOR GENERAL**” del Proyecto de Investigación y las Direcciones de Promoción de la Ciencia, Tecnología y Humanidades y, Gestión de la Investigación **del Vicerrectorado de Investigación.**

COMPROMISO NOVENO: PROPIEDAD DE EQUIPOS Y BIENES DE CAPITAL

Las partes acuerdan que los equipos y bienes de capital adquiridos para la ejecución del **PROYECTO** pasarán al ambiente y/o laboratorio en la que se ejecutó la investigación, para el uso en otras investigaciones, siendo que este ambiente y/o laboratorio reúne las condiciones de infraestructura y mantenimiento adecuado, previamente serán devueltos al Vicerrectorado de Investigación para su verificación (condición en la que se devuelve los equipos y bienes de capital adquiridos) y su disposición mediante un documento o acta de entrega.

Los equipos (Computadoras, laptops, Tablet u otros adquiridos) también serán devueltos al Vicerrectorado de investigación para su verificación y disposición.

El “**COORDINADOR GENERAL**” del Proyecto de Investigación es responsable del mantenimiento y custodia de los bienes adquiridos durante la ejecución del **PROYECTO**.

COMPROMISO DÉCIMO: DERECHOS DE PROPIEDAD

Las partes acuerdan respetar la normatividad vigente referente a los derechos de propiedad intelectual sobre los bienes tecnológicos, conocimientos, métodos, técnicas, metodologías de Bases del Concurso y cualquier otro producto que se genere durante y como resultado de la ejecución del **PROYECTO**, a favor de ambas partes, según acuerdo previo.

COMPROMISO DÉCIMO PRIMERO: RESOLUCIÓN DEL COMPROMISO

En caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de las partes, quien se vea afectado podrá disolver el presente **COMPROMISO**, independientemente de la interpelación judicial o extrajudicial previa o posterior, respondiendo la parte involucrada por las pérdidas y daños ocasionados, exceptuándose el caso de fuerza mayor debidamente acreditado. En caso de incumplimiento por el "**COORDINADOR GENERAL**" del Proyecto de Investigación, el Vicerrector de Investigación de la UNJFSC requerirá por escrito el cumplimiento de la obligación observada. De no levantarse la observación, se comunicará al Rector de la UNJFSC quien cursará Carta Notarial para comunicar la resolución del presente **COMPROMISO** y del motivo que lo justifica. El presente **COMPROMISO** quedará resuelto de pleno derecho a partir de la recepción de dicha comunicación. Igual derecho asiste al "**COORDINADOR GENERAL**" del Proyecto de Investigación, ante el incumplimiento por parte de la UNJFSC de sus obligaciones, éste cursará Carta Notarial de requerimiento.

En la ciudad de Huacho a los ____ días del mes de _____ del año dos mil _____, encontrándose conformes con el contenido del presente documento, en dos copias de igual valor y tenor, firman:

VICERRECTOR DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO
FAUSTINO
SÁNCHEZ CARRIÓN

COORDINADOR GENERAL
UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE
SÁNCHEZ CARRIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Proyecto de Investigación

**PREDICTORES DE LETALIDAD TEMPRANA EN PACIENTES QUE DEBUTAN
CON ACV ISQUÉMICO ADMITIDOS AL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL
DURANTE EL AÑO 2022-2023**

AUTORES:

Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto
M.C. Williams Gustavo Gavidia Chávez

HUACHO – PERÚ

2022

INDICE

	Pág.
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1. Descripción de la realidad problemática: Delimitación y definición	03
1.2. Formulación del problema	05
1.3. Objetivos: General y específicos	06
1.4. Justificación e importancia de la investigación	06
II. MARCO TEÓRICO	08
2.1. Antecedentes de la investigación	08
2.2. Hipótesis y variables	12
2.3. Operacionalización de variables	13
III. DISEÑO METODOLÓGICO	16
3.1. Tipo de investigación	16
3.2. Área de estudio	16
3.3. Población y Muestra	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
3.5. Técnicas de procesamiento de datos	18
3.6. Técnicas de Análisis e Interpretación de Datos	18
IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	19
4.1. Recursos Humanos	19
4.2. Presupuesto	19
4.3. Cronograma de actividades	20
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	22
VI. ANEXOS	24

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El ataque cerebrovascular (ACV) o ictus es un importante problema de salud pública. Es la segunda causa de muerte en el mundo, la primera causa de discapacidad adquirida en adultos y la segunda de demencia en muchos países(1).

Durante las últimas cuatro décadas, la incidencia de ACV disminuyó un 42 % en los países de ingresos altos, pero aumentó más del 100 % en los países de ingresos bajos y medios (PIBM). Asimismo, mientras que en los países desarrollados la mortalidad por ACV está disminuyendo, en el mundo subdesarrollado se está incrementando(2).

El ACV ha creado una gran carga social y económica en PIBM. La Organización Mundial de la Salud estima que para 2030, el 80% de todos los ACV ocurrirán en personas que viven en PIBM, donde representarán el 7,9% de toda la mortalidad (3). Aproximadamente el 40 % de estas muertes ocurren durante los años más productivos de la vida de una persona (4).

El ictus da cuenta de aproximadamente una de cada 17 muertes en los Estados Unidos. En promedio cada 3 a 4 minutos, alguien fallece por ictus. El mayor riesgo de mortalidad para pacientes con infarto cerebral ocurre los primeros 30 días, y los rangos de la tasa de mortalidad varía ampliamente desde 3.7 a 35% dependiendo de la población estudiada. De todas las muertes ocurridas en este periodo: entre el comienzo y el séptimo día ocurrió el 51-66%; en la segunda semana (8-14 días) ocurrió el 32%; en la tercera semana (15-21 días) esta cifra fue de 8% y en la cuarta semana (21-28 días) fue del 9%(5)

En América Latina el número absoluto de personas con ACV incidentes aumentó en un 81 % entre 1990 y 2017, el número de personas que sobrevivieron en un 95 % y el número de personas que murieron a causa de un ACV en un 40 %(6). Estos datos sugieren que existen problemas sustanciales en el manejo de la atención del ACV agudo, en las estrategias de prevención primaria del ACV en toda la población, en la calificación individual del ACV con alto riesgo mortalidad, en las estrategias de prevención secundaria del ACV o cualquier combinación de estos factores(6)

De acuerdo con la información proporcionada por el MINSA, la incidencia de muerte por enfermedades cardiovasculares en las provincias de Lima y Callao en el año 2013 fue de 67 por 100 000 habitantes. Las dos primeras causas específicas de muerte según CIE-10 correspondieron a infarto agudo de miocardio (31,7%) y accidente vascular encefálico agudo

(11,3%) (7) Un estudio de 1517 pacientes hospitalizados con ictus en el servicio de neurología del Hospital Guillermo Almenara, reportó una tasa de mortalidad de 5,4% para los pacientes con ictus isquémico y 24,1% para los pacientes con ictus hemorrágico. Mientras, que el Hospital Nacional Cayetano Heredia para ambos tipos de ACV reportó una mortalidad hospitalaria de 20% entre los años 2000 y 2009 (8)

Los factores que contribuyen a un incremento de mortalidad del ictus en los PIBM como el nuestro incluyen: limitado estudio diagnóstico y un subóptimo control de los factores de riesgo más comunes (hipertensión arterial y diabetes mellitus); limitado acceso a las intervenciones del ictus agudo tales como la trombólisis y la trombectomía; limitados recursos para la prevención y manejos de las complicaciones intrahospitalarias y exiguas cantidades de unidades ictus e inadecuados servicios de rehabilitación post-ACV (9).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los predictores de letalidad temprana de una cohorte de paciente con un primer evento de ACV isquémico admitidos al Hospital Sabogal durante los meses de agosto del 2022 a mayo del 2023?

1.3. OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.3.1. Objetivo General:

- Identificar los predictores de letalidad temprana de una cohorte de paciente con un primer evento de ACV isquémico admitidos al Hospital Sabogal durante los meses de agosto del 2022 a mayo del 2023

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar los factores sociodemográficos relacionadas a letalidad temprana de una cohorte de paciente con un primer evento de ACV isquémico admitidos al Hospital Sabogal durante los meses de agosto del 2022 a mayo del 2023.
- Identificar los factores de riesgo preexistentes relacionadas a letalidad temprana de una cohorte de paciente con un primer evento de ACV isquémico admitidos al Hospital Sabogal durante los meses de agosto del 2022 a mayo del 2023.
- Identificar la severidad del ictus utilizando escalas de puntaje clínico relacionadas a letalidad temprana de una cohorte de paciente con un primer

evento de ACV isquémico admitidos al Hospital Sabogal durante los meses de agosto del 2022 a mayo del 2023.

- Identificar las variables fisiológicas relacionadas a letalidad temprana de una cohorte de paciente con un primer evento de ACV isquémico admitidos al Hospital Sabogal durante los meses de agosto del 2022 a mayo del 2023.
- Identificar las variables resultados de exámenes auxiliares relacionadas a letalidad temprana de una cohorte de paciente con un primer evento de ACV isquémico admitidos al Hospital Sabogal durante los meses de agosto del 2022 a mayo del 2023.
- Describir las complicaciones neurológicas y médicas relacionadas a letalidad temprana de una cohorte de paciente con un primer evento de ACV isquémico admitidos al Hospital Sabogal durante los meses de agosto del 2022 a mayo del 2023.
- Identificar las variables del proceso de atención relacionadas a letalidad precoz de una cohorte de paciente con un primer evento de ACV isquémico admitidos al Hospital Sabogal durante los meses de agosto del 2022 a mayo del 2023

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En el Perú del manejo del ictus agudo aún es conservador y representan una carga difícil de manejar para el Sistema de Salud peruano. Aunque se han identificado varios predictores de mortalidad temprana en pacientes con ictus, estos han sido realizados en poblaciones de altos ingresos(5,10) con muy pocos estudios en PBMI como la nuestra(8). Los predictores de desenlaces de una enfermedad no juegan el mismo papel en todas las poblaciones, diferencias biológicas y sociales influyen en su rol en determinadas poblaciones, por lo que es importante realizar la replicación y confirmación del rol de estos predictores en poblaciones independientes(11).Y más en entornos con limitados recursos como el sistema de salud peruano son importantes identificar factores predictores de mortalidad temprana, especialmente, aquellos fácilmente evaluables en los tres primeros días posterior al ictus, para luego proponer el desarrollo de modelos predictivos(12,13), plantear blancos de intervención que se evalúen en ensayos clínicos aleatorios, mejorar u optimizar la cadena asistencial hospitalaria del ictus o implementar estrategias de manejo locales como la creación de la unidad de ACV que puedan ser aplicados a los pacientes que están en alto riesgo de muerte o discapacidad. El daño generado por esta enfermedad no solo se estima por los gastos directos que ocasiona al

sistema de salud los pacientes sobrevivientes de un ACV sino, en el mayor impacto que genera en la familia y la sociedad un paciente discapacitado, pues usualmente requerirá la ayuda permanente de un cuidador. El ACV al ser una enfermedad desatendida, desde el rol que nos corresponda, nos exige buscar intervenciones y recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible que permitan disminuir su devastador impacto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mittal SH y Goel D publicó, en 2017, un estudio prospectivo observacional para descubrir factores predictores de muerte prematura y desarrollar un sistema de puntuación para predecir el riesgo de mortalidad hospitalaria en la India. 188 pacientes consecutivos con ACV isquémico fueron seguidos durante su evolución en el hospital, y los pacientes que fallecieron se agruparon como “grupo de mortalidad” y el resto como “grupo de alta”. Entre estos, 47 (25%) pacientes fallecieron mientras que 141 (75%) pacientes sobrevivieron hasta 30 días después del ACV. Los factores predictores positivos en los casos de ACV isquémicos fueron la presentación tardía al hospital, fiebre, baja presión diastólica al momento de la admisión, hipoxia (saturación de oxígeno < 94%), score National Institute of Health Stroke Study (NIHSS) >15, escala de coma de Glasgow (SCG) < 8, hiperglicemia (glicemia al azar > 200 mg/dL), aumento del conteo de leucocito e incremento de la proteína C reactiva (> 10 mg/L). Basados en estos hallazgos se desarrolló, un simple y fácilmente aplicable, score de mortalidad de ACV isquémico (14).

Shah B, et al. en 2017, publicó un estudio retrospectivo de pacientes con ACV isquémico agudo admitidos a un centro de atención terciaria en el este de Nepal. Entre los 257 pacientes captados, la tasa de mortalidad intrahospitalaria fue de 20.5%. El promedio de edad de los pacientes enrolados fue de 66 años. Los predictores relacionados a mortalidad intrahospitalaria en adultos con ACV isquémicos fue un bajo puntaje de la SCG, taquicardia, taquipnea y baja saturación de oxígeno arterial (15)

Koton S, et al. publicó, en 2010, el primer estudio prospectivo nacional en enfermedades cerebrovasculares en Israel. Se recolectaron los datos de todos los pacientes con ACV hospitalizados en 28 centros médicos durante un período de 2 meses. Se incluyeron un total de 1.079 pacientes con un primer evento de ACV isquémico. La tasa de mortalidad acumulada fue de 9,9 % a 1 mes y del 31,1 % a los 3 años. Las variables independientes predictoras de mortalidad al mes fueron la edad, la disminución del nivel de conciencia, la severidad del ACV en la admisión y el infarto total de la circulación anterior (TACI). Mientras que las comorbilidades y variables asociadas a la enfermedad vascular aterosclerótica predijeron mortalidad a largo plazo(16).

Nedeltcheva K, et al. publicó, en 2010, un estudio prospectivo donde se recolectaron pacientes con un primer evento de ACV isquémico que se presentaron dentro de las primeras 24 horas posteriores al inicio de sus síntomas a un Hospital Universitario de Berna (17). Para el análisis los datos de 467pacientes (93 %) a los 30 días de seguimiento estuvieron disponibles. Reportó 13% de mortalidad a los 30 días después del ACV isquémico. Los únicos predictores independientes de mortalidad precoz, en esta serie de casos, fueron la edad avanzada y la puntuación NIHSS elevada(17)

BASES TEORICAS

El ACV comprende un grupo heterogéneo de síntomas y signos secundarios a una lesión del cerebro (generalmente focal, transitoria o permanente), originado por la alteración del flujo sanguíneo cerebral de uno o más vasos. Desde el punto de vista patológico se distinguen dos tipos principales de ACV: isquémicos que representan el 80% al 85% del total de casos, y hemorrágicos (incluye la hemorragia intraparenquimatoso y la hemorragia subaracnoidea), que constituyen el 15% al 20% restante (17).

La incidencia de ACV es más alta en adultos mayores y en personas con factores de riesgo vascular. Más de 100 condiciones patológicas pueden desempeñar un papel en la etiopatogenia del ACV isquémico(18). En la mayor parte de los pacientes, una compleja interacción de factores de riesgo vascular, condiciones ambientales y factores genéticos desencadenan el daño vascular y endotelial aterosclerótico.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo del ACV isquémico se pueden clasificar en factores modificables y factores no modificables(18):

1. Factores de riesgo modificables: hipertensión, diabetes, fibrilación auricular, estados de hipercoagulabilidad, cigarrillo, obesidad abdominal, alto consumo de carnes rojas, comidas cocinadas con grasa y ricas en sal, sedentarismo, ingesta frecuente de alcohol, estrés psicosocial, depresión y dislipidemia.
2. Factores de riesgo no modificables: edad, sexo, raza, herencia y ubicación geográfica.

El ACV isquémico se define por la pérdida súbita del flujo sanguíneo a un área del cerebro con la consiguiente pérdida de la función neurológica. Es causada por una trombosis o embolia que ocluye un vaso cerebral que irriga un área específica del cerebro. Durante la oclusión de un vaso, hay un área central (necrosis tisular) donde el daño al cerebro es irreversible y un área de penumbra donde el cerebro ha perdido su función

debido a la disminución del flujo sanguíneo, pero no sufre una lesión irreversible. Convencionalmente se considera como tal cuando el déficit neurológico tiene una duración superior a 24 horas, aunque con el advenimiento de la resonancia magnética (RM), la definición de ictus ahora incluye eventos de menos de 24 horas de duración, cuando hay evidencia radiológica de un infarto en el territorio encefálico correspondiente a la clínica. Hay diversos subtipos de ictus isquémico según sea su mecanismo de producción, la categoría clínica en la que se encuadra y la localización topográfica (13,14).

La clasificación topográfica del ictus isquémico se hace usando la clasificación *Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP)*. La singularidad de esta clasificación es que utiliza criterios exclusivamente clínicos y ha demostrado buena correspondencia con la patología vascular subyacente y los hallazgos de la tomografía computarizada (TC). Las tasas de mortalidad por ictus al mes de seguimiento, según los criterios OCSP son: TACI (Total Anterior Cerebral Infarction, infarto completo de la circulación anterior): 19.8-39%; POCI (Posterior Circulation Infarction, infarto de la circulación posterior): 7-8.3%; LACI (Lacunar Infarction, infarto lacunar): 1.6-2% y PACI (Partial Anterior Cerebral Infarction, infarto parcial de la circulación anterior): 0.7-4% (15, 18). Los pacientes con infartos lacunares tienen un mejor pronóstico hasta un año después del inicio que aquellos con infartos debido a otros mecanismos. Comparados con otros subtipos de ictus isquémicos, los ictus criptogénicos, donde el mecanismo del ictus no es identificado, tienden a tener un mejor pronóstico hasta un año de seguimiento. Los pacientes con ictus de etiología cardioembólica o de grandes arterias tienden a tener una peor recuperación comparados con otros subtipos de ictus isquémicos (13, 14, 15).

Desde el punto de vista nosológico, resulta de utilidad la clasificación de los infartos cerebrales en sus diferentes subtipos etiológicos (adaptada de NINDS (1990), TOAST (1993), Lausanne Stroke Registry (1997) y del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (1998)) (18):

1. Infarto aterotrombótico o aterosclerosis de grandes arterias. Para considerarlo en esta categoría debe cumplir una de las dos condiciones siguientes: a) aterosclerosis con estenosis igual o mayor del 50% del diámetro luminal de las arterias cerebrales extracraneales o intracraneales (cerebral media, cerebral posterior o basilar) de gran calibre en ausencia de otra etiología. b) aterosclerosis sin estenosis: presencia de placas o estenosis arterial inferior al 50% en las arterias antedichas y al menos dos de los siguientes factores de riesgo: edad mayor de 50 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo o hipercolesterolemia. La frecuencia de este subtipo etiológico varía según las series, situándose en torno al 25-30% del total de los infartos.
2. Infarto cardioembólico. La base para el diagnóstico reside en la demostración de una fuente cardíaca-transcardíaca de émbolos sin evidencia de otras posibles causas de isquemia cerebral. Se divide en dos grupos: a) de alto riesgo, como la fibrilación auricular y la prótesis valvular mecánica, y b) de bajo riesgo, como foramen oval permeable y aneurisma del septum auricular. Aproximadamente el 20% de los infartos cerebrales tienen este origen, siendo mayor la proporción en pacientes jóvenes (entre el 23 y el 36%).
3. Enfermedad oclusiva de pequeño vaso. Isquemia de pequeño tamaño (menor de 1,5 cm de diámetro) en el territorio de una arteria cerebral perforante que habitualmente ocasiona un síndrome lacunar en un paciente con antecedente personal de hipertensión arterial y diabetes mellitus en ausencia de otra etiología. Estas oclusiones representan del 10% al 23% de los ictus isquémicos agudos.
4. ACV de causa inhabitual. Incluye diversas causas infrecuentes de ACV, observables sobre todo en pacientes jóvenes. Se suele producir por enfermedades sistémicas como vasculitis y síndromes de hipercoagulabilidad y otras enfermedades como disección arterial, migraña, etc., en un paciente en el que se ha descartado el origen aterotrombótico, cardioembólico o lacunar. Aproximadamente del 2% al 11% de los ictus isquémicos tienen causas inusuales.
5. ACV de etiología indeterminada. Distinguiéndose tres subgrupos: presencia de dos o más causas, estudio diagnóstico incompleto y evaluación diagnóstica negativa.

En muchos estudios de investigación y en la práctica clínica el deterioro neurológico es medido cuantitativamente mediante el uso del National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), la cual mide el deterioro neurológico usando una escala de 11 ítems o menos frecuentemente se usa la Canadian Neurological Scale. Los ítems evaluados del NIHSS (anexo 3) incluyen conciencia, orientación, respuesta a órdenes, lenguaje, articulación,

atención (negligencia), campos visuales, movimientos extraoculares, sensibilidad, fuerza de la cara, brazo y pierna, y coordinación (2). Tiene una excelente concordancia inter-observador e intra-observador, particularmente si es usado por personal apropiadamente entrenado [22]. Varios estudios han demostrado que el NIHSS es un buen predictor de los resultados de ictus. Un reporte analizó el score NIHSS obtenido dentro de las 24 horas de inicio de los síntomas de un ictus isquémico agudo de más de 1200 pacientes reclutados en un ensayo clínico. A los tres meses, la proporción de pacientes con excelentes resultados para un score NIHSS de 7 a 10 y de 11 a 15 fueron aproximadamente 46% y 23%, respectivamente. Por cada punto adicional en el score NIHSS disminuyó la posibilidad de excelentes resultados a los tres meses en 17% [7, 8]. Un score NIHSS de ≤ 6 predice un buen resultado (capaces de vivir independientemente), mientras un score ≥ 16 estaba asociada con alta probabilidad de muerte o severa discapacidad (8, 13,15, 16).

Los resultados el ictus isquémico pueden evaluarse con la escala de Rankin modificada (mRS) y el índice de Barthel. El mRS (anexo 4) mide la independencia funcional en una escala de 7 grados. La mRS ha sido utilizada como una medida del hándicap relacionada al ictus en muchos ensayos de intervención y es frecuentemente usado como una medida global del impacto funcional del ictus (14,18).

La escala de coma de Glasgow (SCG) es otra escala utilizada para evaluar los resultados después de una injuria cerebral aguda. La SCG (anexo 5) es simple de administrar en el entorno de atención del paciente con ictus. Pacientes con un puntaje < 8 tienen una muy seria injuria cerebral y un pobre pronóstico. La escala es más útil en la evaluación de pacientes con alteración de la conciencia (2, 15, 17).

Infarto visible en una tomografía precoz fue un predictor independiente de muerte a los 14 días en un modelo de regresión logística. Los cambios isquémicos tempranos, calculados semi-cuantitativamente usando el Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS) ha demostrado ser un fuerte factor pronóstico de dependencia o resultados fatales cuando el score ASPECT es menor de 7(13, 18, 19)

Una serie de condiciones comorbidas pre-ictus están asociadas con un incremento de riesgo de pobres resultados seguidos a un evento isquémico, incluyendo los siguientes: fibrilación atrial, cáncer, enfermedad de arterias coronarias, demencia, dependencia, hiperglicemia (glicemia > 110 mg/dL) en la admisión, falla cardiaca, infarto de miocardio, enfermedad de sustancia blanca periventricular o leucoaraiosis, disfunción renal o diálisis, pobre estado nutricional y bajo nivel de hemoglobina (8,9).

Las complicaciones después de un ictus isquémico son médicas y neurológicas. Las complicaciones neurológicas incluyen edema cerebral, transformación hemorrágica, convulsiones, epilepsia, ictus recurrente y delirios. Estas complicaciones son menos frecuentes que las médicas, pero ocurre temprano en el curso de la progresión de ictus - dentro de las 48 – 72 h del inicio del evento- más que dentro las primeras semanas del ictus (11). De las complicaciones médicas, la neumonía tiene el más alto riesgo atribuible de muerte, dando cuenta de alrededor de la tercera parte de todas ellas (2, 12, 18).

Estudios de factores predictores de mortalidad temprana, llevados a cabo la mayoría de ellos en países desarrollados y de raza blanca, captada durante los primeros días de admisión hospitalaria, han demostrado mediante un análisis univariado que la edad avanzada (8, 12, 16, 20), el sexo masculino (11), puntaje NIHSS > 14 (8, 20, 21), score SCG ≤ 8 (8, 21), el trastorno de conciencia (12, 16, 20, 26, 27), el deterioro neurológico (12, 10), la discapacidad preadmisión (16, 24), ictus con hemianopsia o de ambos lados (16, 27), la hipertensión (18, 21), la enfermedad coronaria (16, 20, 21, 24), la diabetes mellitus (24), el tabaquismo actual (26), la etiología indeterminada del ictus/infarto no lacunar (21, 24), el ictus previo (18), la comorbilidad relevante (12, 16, 21), la fibrilación atrial/electrocardiograma (ECG) con arritmia (16, 20, 21), la disfagia (12, 16), la incontinencia urinaria (21, 22), la temperatura (16, 18, 20, 21, 22), la menor presión diastólica en la admisión (18, 21), los signos tempranos de isquemia en la TC (19, 21), el signo de la arteria hiperdensa (21), la oclusión vascular proximal (21), la trombólisis (21), la hiperglicemia (16, 18, 21, 22), la leucocitosis (16, 18, 21, 22), la creatinina ≥ 1.13 mg/dL (16), la hemoglobina ≤ 11 g/dL (16), la proteína C reactiva (8, 18, 21), la interleucina 6 (8) y las complicaciones médicas (21) estaban asociadas con mortalidad precoz. Mientras que, en el análisis multivariado utilizando regresión logística o regresión de Cox, la edad avanzada (8, 10, 12, 16, 20, 21), un score NIHSS alto (8, 10, 12, 16, 20, 21), el deterioro neurológico (12, 16, 20, 21, 22), la dependencia preadmisión (16, 22), la disfagia (22), la incontinencia urinaria (22), el infarto no lacunar (21, 22), la fibrilación auricular/ECG con arritmia (10, 16, 20, 21), la insuficiencia cardíaca (16, 21), la mayor comorbilidad (12, 16, 24), la temperatura (21, 22), la hiperglicemia (16, 19, 20, 21, 22), la leucocitosis (16), la anemia (16), la neumonía (12), el no uso de antitrombóticos y falta de evaluación por el equipo de ictus (12) fueron predictores independientes de mortalidad temprana.

2.2. HIPÓTESIS

2.2.1. Hipótesis General

Los predictores de letalidad temprana de una cohorte de paciente con un primer evento de ACV isquémico admitidos al Hospital Sabogal durante los meses de agosto del 2022 a mayo del 2023, son altos.

2.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL	FORMA DE REGISTRO	EXPRESION FINAL
Edad	Cuantitativa, discreta	De razón	Años de vida cumplidos que tiene el paciente	Captación directa, durante la entrevista al paciente o familiar.	Edad expresada en años.
Sexo	Cualitativa, dicotómica	Nominal	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra	Lo que se observa, durante la entrevista al paciente	Femenino (0) Masculino (1)
Tiempo de arribo a la emergencia	Cuantitativa, continua	De razón	Tiempo calculado en horas y minutos desde que el paciente inicia la enfermedad hasta su llegada al SE	Recolectada mediante la anamnesis directa o indirecta o extraída de la historia clínica (HC)	Expresada en horas y minutos (< 72 horas)
Temperatura	Cuantitativa, continua	Intervalo	Temperatura tomada por la enfermera a nivel de la axila con el termómetro de mercurio de uso habitual en SE del hospital en las primeras 24 horas de admisión	Del primer control de temperatura de la hoja de registro de funciones vitales de la HC de emergencia.	Estimada en grados centígrados.
Presión arterial sistólica	Cuantitativa, continua	Razón	Tomada por la enfermera con un tensiómetro de uso habitual en SE del hospital o la obtenida del equipo de monitoreo de constantes vitales en las primeras 24 horas de admisión	Del primer control de presión arterial de la hoja de registro de funciones vitales de la HC de emergencia	Expresada en mm Hg.
Presión arterial diastólica	Cuantitativa, continua	Razón	Tomada por la enfermera con un tensiómetro de uso habitual en SE del hospital u la obtenida del monitor cardiaco en las primeras 24 horas de admisión	Del primer control de presión arterial de la hoja de registro de funciones vitales de la HC de emergencia	Expresada en mm Hg.
Glicemia	Numérica continua	Razón	Valor de glicemia obtenida bajo procesamiento habitual en las primeras 24 horas del ingreso del paciente al SE	Del primer control de glicemia encontrada en la sección de exámenes de laboratorio de la HC de emergencia	Expresada en mg%

Leucocitos	Numérica continua	Razón	Número de recuento absoluto de leucocitos obtenida del hemograma completo dentro de las primeras 24 horas de admisión. Se considerará como leucocitosis aquel conteo que excede 10 000/mm ³	Del primer control de hemograma encontrada en la sección de exámenes de laboratorio de la HC de emergencia	Conteo por mm ³
Creatinina	Numérica continua	Razón	Valor sérico obtenida en ayunas bajo proceso habitual durante la estancia en el SE o salas de hospitalización en las primeras 24 horas de admisión	De la primera analítica sanguínea encontrada en la sección de exámenes de laboratorio de la HC de emergencia	Expresada en mg%
Hemoglobina	Numérica continua	Razón	Valor obtenido durante la estancia en el SE o salas de hospitalización en las primeras 24 horas de la admisión	De la primera analítica sanguínea encontrada en la sección de exámenes de laboratorio de la HC de emergencia	Expresada en mg/dl
PCR	Numérica continua	Razón	Valor sérico obtenida en ayunas bajo proceso habitual durante la estancia en el SE o salas de hospitalización en las primeras 72 horas de admisión	De la primera analítica sanguínea encontrada en la sección de exámenes de laboratorio de la HC de emergencia	Expresada en mg%
Fibrilación auricular (FA)	Categórica nominal dicotómica	Nominal	Paciente con FA de novo documentado en el ECG o Holter o telemetría (registros vistos) durante la hospitalización o diagnóstico registrado en la HC antes del accidente cerebrovascular. La FA paroxística podría pasar desapercibida durante el monitoreo inicial o no estar registrada en la HC	Obtenida de cualquier registro de ECG o Holter adosado a la HC o de la observación directa del monitor de constantes vitales o del diagnóstico registrado en la HC antes o durante la hospitalización	No=0, Si= 1
Hipertensión arterial	Categórica nominal dicotómica	Nominal	Antecedente personal o tratamiento actual con medicación antihipertensiva o presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg durante más de 48 horas después del ingreso.	Obtenida por captación directa mediante la entrevista al paciente o familiar.	No=0, Si= 1
Ictus previo	Categórica nominal dicotómica	Nominal	Paciente con antecedente de ictus (isquémico o hemorrágico) o evidencia de déficit neurológico agudo de más de o igual a 24 horas antes del evento actual.	Obtenida por captación directa mediante la entrevista al paciente o familiar o por revisión de la HC	No=0, Si= 1

Diabetes mellitus	Categoría nominal dicotómica	Nominal	Paciente al que se le ha diagnosticado diabetes mellitus o que ha notificado que padece esta afección y/o reciben antidiabéticos orales [14] o reciben insulina o si la glucosa plasmática fue superior a 200 mg/dl (11,1 mmol/l) al ingreso o durante la estancia hospitalaria.	Obtenida por captación directa mediante la entrevista al paciente o familiar.	No=0, Si= 1
Enfermedad cardíaca isquémica	Categoría nominal dicotómica	Nominal	Paciente al que se le ha diagnosticado infarto de miocardio o angina o que ha notificado que ha padecido estas afecciones.	Obtenida por captación directa mediante la entrevista al paciente o familiar o por revisión de la HC	No=0, Si= 1
Insuficiencia cardíaca	Categoría nominal dicotómica	Nominal	Consignada en la HC o ha notificado que padece esta condición	Obtenida por captación directa durante la entrevista al paciente o familiar	No=0, Si= 1
Demencia	Categoría nominal dicotómica	Nominal	Consignada en la HC o ha notificado que padece esta condición o diagnosticada durante la admisión	Obtenida por captación directa durante la entrevista al paciente o familiar	No=0, Si= 1
IRC	Categoría nominal dicotómica	Nominal	Consignada en la HC o ha notificado que padece esta condición o diagnosticada durante la admisión	Obtenida por captación directa durante la entrevista al paciente o familiar	No=0, Si= 1
Cáncer	Categoría nominal dicotómica	Nominal	Consignada en la HC o ha notificado que padece algún tipo de cáncer o diagnosticada durante la admisión	Obtenida por captación directa durante la entrevista al paciente o familiar	No=0, Si= 1
NIHSS	Numérica discreta	Ordinal	Es una valoración de la severidad del déficit neurológico. Será obtenida al ingreso y a las 72 horas de evolución.	Obtenida por observación directa durante el examen clínico	Leve (0-6), moderado (7-14) y severo (≥ 15)
Escala de Coma de Glasgow	Numérica discreta	Ordinal	Es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Determinada en las primeras 24 horas de admisión	Obtenida por observación directa durante el examen clínico o extraída de la historia clínica	15= normal, 9-14= estupor, 3-8=coma
Escala de Rankin modificada	Numérica discreta	Ordinal	Es una medida del grado de discapacidad. Será determinada al ingreso (primeras 24 horas) y al mes de seguimiento	Obtenida por observación directa durante el examen clínico o mediante una entrevista telefónica	Excelente/favorable (score 0-1), pobre/desfavorable (score 2-5) y muerte (score 6)

OCSP	Catagórica nominal politómica	Nominal	Es la clasificación clínica del ictus infarto cerebral según territorio vascular comprometido [29]	Obtenida por observación directa durante el examen clínico	TACI PACI LACI POCI
ECG	Catagórica nominal dicotómica	Nominal	Registro de ECG en papel o digital que muestra hallazgo compatible con fibrilación auricular u otra arritmia en las primeras 24 horas de admisión	Obtenida por observación directa del trazado o de la historia clínica	Normal = 0, Anormal = 1
Infarto en territorio de la ACM	Catagórica nominal dicotómica	Nominal	Lesión hipodensa en ≥ 3 áreas de las 10 que corresponden al territorio irrigado por ACM según la metodología ASPECTS determinada en las primeras 24 horas	Obtenida por observación directa de la placa de TC o del monitor o captada de la HC	No = 0, Si = 1
Ictus en evolución	Catagórica nominal dicotómica	Nominal	Progresión del déficit neurológico dentro de las 72 horas de ingreso, evidenciado por un score NIHSS ≥ 3 puntos o un punto en el ítem estado de conciencia	Obtenida por observación directa durante el examen clínico o de la historia clínica	No = 0, Si = 1
Complicaciones infecciosas	Catagórica nominal dicotómica	Nominal	Aparición de neumonía, infección urinaria, sepsis y/u otra infección durante la estancia hospitalaria	Obtenida de la HC o de la evaluación clínica durante el curso de la hospitalización	No = 0, Si = 1
Complicación cardiovascular	Catagórica nominal dicotómica	Nominal	Aparición de infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares, paro cardíaco y embolia pulmonar durante la estancia hospitalaria	Obtenida de la HC o de la evaluación clínica durante el curso de la hospitalización	No = 0, Si = 1
Trastorno de la deglución	Catagórica nominal dicotómica	Nominal	Disfagia a líquidos que aparece durante la durante las primeras 72 horas. La presencia de sonda nasogástrica en un paciente con ictus indica su presencia	Obtenida de la HC o resultado de la exploración neurológica	No = 0, Si = 1
Incontinencia urinaria	Catagórica nominal dicotómica	Nominal	Incapacidad para retener cualquier cantidad de orina en las primeras 72 horas. La presencia de sonda vesical en un paciente con ictus indica su presencia	Obtenida de la HC o resultado de la exploración neurológica	No = 0, Si = 1
Uso de trombolítico	Catagórica nominal dicotómica	Nominal	Utilización del activador del plasminógeno humano recombinante (rt-PA) en pacientes dentro de 4.5 horas de inicio de los síntomas	Obtenida de la HC	No = 0, Si = 1

Variable dependiente

Estado vital en el día 30	Catógica nominal	Nominal	Seguimiento en el día 30 después del inicio del ictus isquémico	Obtenido de la HC, exploración física y entrevista telefónica	Vivo (0) Fallecido (1)
---------------------------	------------------	---------	---	---	---------------------------

4.2 Diseño muestral**4.2.1 Población blanco**

El universo de estudio lo constituirá toda la población adulta hospitalizada con el diagnóstico de un primer evento de ACV durante el período de la investigación. La muestra, no probalística, por conveniencia, será obtenida a partir de los casos incidentes de ACV isquémico (aproximadamente 35 pacientes/mes) atendidos en el SE del Hospital Alberto Sabogal. El periodo de enrolamiento durará 10 meses. El cálculo de la muestra fue determinado por la fórmula de Beneth's(20):

$$N = (Z_{1-\alpha})^2 (p)(1-p) / d^2$$

N es el tamaño mínimo de la muestra, mientras que P es la mejor estimación de la prevalencia de accidentes cerebrovasculares a p

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

Estudio descriptivo, observacional, exploratorio y confirmatorio de variables predictoras - de las características del paciente y del proceso de atención de salud- en una cohorte de pacientes con un primer episodio de ACV isquémico, con seguimiento intra y extrahospitalario a 30 días.

3.2. AREA DE ESTUDIO

Pacientes del hospital Alberto Sabogal con debut de episodios de ACV isquémico.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

El universo de estudio lo constituirá toda la población adulta hospitalizada con el diagnóstico de un primer evento de ACV durante el período de la investigación. La muestra, no probalística, por conveniencia, será obtenida a partir de los casos incidentes de ACV isquémico (aproximadamente 35 pacientes/mes) atendidos en el SE del Hospital Alberto Sabogal. El periodo de enrolamiento durará 10 meses. El cálculo de la muestra fue determinado por la fórmula de Beneth's(20)

Muestra

$$N = (Z_{1-\alpha})^2 (p)(1-p) /d^2$$

N es el tamaño mínimo de la muestra, mientras que P es la mejor estimación de la prevalencia de accidentes cerebrovasculares a p

N es el tamaño mínimo de la muestra, mientras que P es la mejor estimación de la prevalencia de accidentes cerebrovasculares a partir de la revisión de la literatura expresada como una fracción de 100. La prevalencia comunitaria en Perú varía, pero la prevalencia más temprana es 7.05/1, 000 habitantes, por lo tanto, se utilizó 0,71(21). Zi-a es una constante como el intervalo de confianza del 95 % para estudios descriptivos de dos colas (1,96), mientras que d es la precisión absoluta que es el valor (en puntos porcentuales) que en términos reales describe la diferencia máxima entre la tasa de la población y la tasa de la muestra que se

puede tolerar. Para este estudio se adoptó 5 % que se traducen en 0,0025. El tamaño mínimo de la muestra es 316. Sin embargo, teniendo en cuenta la perdida en el seguimiento (10%), se tendrá que reclutar un total 348 pacientes para el estudio.

Criterios de inclusión:

1. Primer evento de ictus (basado en la anamnesis reportado por el paciente o los familiares)
2. Presentación dentro de las 72 horas de inicio de los síntomas.
3. Ictus isquémico agudo confirmado por TC cerebral o en los casos dudosos por imágenes de resonancia magnética.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes re-ingresados por un nuevo ictus agudo durante el periodo de estudio.
2. Pacientes con causas raras de ictus como vasculitis, disección arterial carotidea, displasia fibromuscular, etc. Debido a que ellos son demasiados heterogéneos para encajar con nuestro objetivo de estudio.
3. Población menor de 18 años.
4. Pacientes a los que no se les pudo realizar estudios de neuroimágenes.
5. Pacientes con ictus antiguos detectados por TC en forma incidental, sin historia clínica compatible con un evento agudo.
6. Pacientes con sospecha de embarazo, cirugía en el mes previo y enfermedad psiquiátrica.
7. Pacientes que tengan planeado mudarse durante la conducción del estudio.
8. Pacientes en los que no se puede definir el tiempo de llegada al hospital luego del inicio de los síntomas o pasados las 72 horas de inicio
9. Pacientes transferidos a otro hospital antes de completar el tercer día de seguimiento

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A todo paciente que presentan un déficit neurológico global o focal agudo se le observará para su posible inclusión en el estudio. Se obtendrá el consentimiento escrito del paciente o familiar, se le solicitará su dirección domiciliaria y se obtendrá el número de teléfono de los pacientes que aceptan participar en el estudio. Los casos positivos que se captarán serán

diagnosticados inicialmente por un médico residente del postgrado de neurología o por el médico de emergencia y luego serán confirmados por especialistas en neurología.

La TC craneal servirá para confirmar el ictus (será interpretada por un radiólogo del hospital) y la clasificación clínica del ictus se hará usando la clasificación OCSF, que refleja la extensión de esta. No se influirá en las prácticas de tratamiento hospitalario dado la naturaleza observacional de nuestra investigación. En todos ellos se seguirá el manejo conservador siguiendo el protocolo del servicio de neurología que es una adaptación de las guías clínicas internacionales para el manejo del ictus isquémico agudo. La evaluación inicial y las atenciones de seguimiento estarán a cargo de los miembros del equipo ictus, quienes usarán un formulario estándar para la recolección de datos (anexo 1). Para mejorar la concordancia en la administración del NIHSS y la mRS, los médicos residentes de neurología y neurólogos del equipo de ictus, seguirán un programa gratuito de capacitación y certificación por internet (<http://www.nihstrokescale.org/>). Una vez finalizada la capacitación, se realizará un piloto entre los médicos neurólogos y se estimará la concordancia interobservador que ellos obtengan mediante el coeficiente kappa. Un coeficiente kappa mayor a 0.75 entre los neurólogos investigadores será considerado aceptable para el estudio.

Los pacientes que cumplen los criterios de selección serán seguidos hasta los 30 días, su fallecimiento o retiro del estudio, lo que ocurra primero. Dependiendo el paciente, el seguimiento podría concluir en el hospital o posterior al alta para identificar complicaciones, discapacidad o el deceso. Las captaciones de variables serán aquellas de fácil medición en hospitales nivel III del Perú y que en los estudios previos han demostrado o proponen, durante los primeros 3 días después del ingreso al SE del paciente con ictus isquémico agudo, estar relacionadas a mortalidad a los 30 días de seguimiento (mortalidad temprana).

La evaluación basal tendrá lugar el primer día de ingreso del paciente al SE, será con finalidad de captar las siguientes variables como son las características demográficas (edad, sexo); calcular el tiempo de arribo al SE, identificar los factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes mellitus, fibrilación auricular, enfermedad cardíaca isquémica, ictus previo); recoger los marcadores de laboratorio (número de leucocitos, hemoglobina, glicemia, creatinina, PCR); registrar las constantes vitales (temperatura, presión arterial); describir el estado neurológico funcional global utilizando la mRS; identificar la comorbilidad (cáncer, insuficiencia renal crónica, demencia); evaluar la severidad del ictus usando las escalas de

puntaje clínico como son el NIHSS y la SCG las cuales se administrarán mediante un instructivo para mejorar la concordancia; evaluar el tipo de ictus isquémico utilizando la clasificación OCSF; puntuar los resultados de las imágenes de TC con el score ASPECT y solicitar pruebas complementarias pertinentes que permitan llenar el formulario de recolección de datos. Una historia de HTA, cáncer, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica estará basada en la documentación que trae el paciente, y no incluirá el diagnóstico nuevo hecho durante la hospitalización del caso incidente. De igual manera, si la puntuación de las escalas de valoración neurológica o el puntaje ASPECTS de las TC o el tipo de infarto cerebral no estuvieran consignadas en la historia clínica, será evaluada por un médico del equipo ictus. Si surge alguna discrepancia en la clasificación del ictus, la categorización final estará basada en un acuerdo de consenso de todos los miembros del equipo.

El segundo abordaje tendrá lugar el tercer día del curso clínico con la finalidad de valorar el deterioro neurológico usando la escala NIHSS, identificar la presencia de disfagia e incontinencia urinaria. El deterioro neurológico podría progresar hasta el séptimo día después del evento incidente, entonces para claramente separarlo del concepto de recurrencia temprana se tendrá en cuenta el criterio de la OMS: nuevo episodio que se produce inequívocamente en un territorio arterial diferente antes de los 28 días. La presencia de sonda nasogástrica y/o vesical, clasifica como disfagia o incontinencia, respectivamente a cada una de ellas. Así mismo, se registrará alguna complicación neurológica o infecciosa durante esta fase temprana del ictus y se recogerá el resultado del ECG (debido a que este examen usualmente no está disponible en el momento de la admisión). También se registrará la causa y fecha de muerte, si es que lo hubiere.

En la tercera intervención, a los sobrevivientes, se les citará a los 30 días para determinar su status vital (valoración activa). Los pacientes que no acudieran a su cita serán contactados vía teléfono (valoración pasiva). Los casos que no pudieran contactarse luego de tres llamadas telefónicas en diferentes días y que no acudieran a su cita de seguimiento, como una estrategia para minimizar las pérdidas, antes de excluirlos del estudio se les realizará una visita domiciliaria. Se registrará la fecha y la causa primaria de la muerte del certificado de defunción. La tasa de letalidad a los 30 días será definida como la proporción de pacientes con ictus isquémico que fallecen ocurrida dentro de este periodo desde el momento de admisión. Todas las muertes ocurridas dentro de 30 días después de ictus serán clasificadas

como debido al ictus, a menos que otra causa sea obvia o innegable (Ej. accidente de tránsito, malignidad, infarto de miocardio, etc.)

3.5. Técnicas de Procesamiento de Datos

Los datos serán recopilados directos en un formulario electrónico disponible en dispositivos móviles (celular, tabletas, laptops). Los formularios electrónicos generados tendrán reglas de verificación lógica para reducir el riesgo de ingresar datos inconsistentes o erróneos. Asimismo, los formularios serán sometidos a un piloto antes de su utilización en el estudio. Durante su recolección, los datos serán sometidos a un proceso de control de calidad. Para caracterizar a la población de estudio, se realizará un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Las variables categóricas serán reportadas como frecuencias absolutas y proporciones. Exploraremos las asociaciones bivariadas entre las covariables y el desenlace mortalidad a 30 días mediante la prueba Chi-2 o exacta de Fisher, en el caso de covariables categóricas y mediante la prueba *t* de Student o *U* de Mann-Whitney, en el caso de variables numéricas. Curvas de supervivencia bivariadas estimadas por el método de producto límite de Kaplan-Meier serán presentadas por cada covariable categórica. En el caso de las covariables numéricas, estas serán divididas en quintiles previamente. Se usará una prueba de hipótesis de comparación de curvas de sobrevivencia (log-rank test, u otra ad hoc), para evaluar estas asociaciones bivariadas.

3.6. Técnicas de Análisis e Interpretación de Datos

Con la finalidad de identificar predictores independientes de mortalidad a 30 días, utilizaremos un enfoque de modelado de regresión logística multivariable para estimar razón de odds (ORa). Las variables que ingresarán al modelo serán identificadas en base a un criterio clínico de su rol predictivo en estudios previos(22) este será considerado como modelo teórico. Con la finalidad de obtener un modelo más parsimonioso, se desarrollarán modelos alternativos que seleccionarán a las variables mediante eliminación recursiva hacia atrás (*backward elimination*). Utilizaremos un nivel de significancia de 0.15 como criterio de eliminación, tal y como ha sido recomendado por diversos autores para mejorar la captura de variables relevantes(23,24). Las covariables numéricas serán modeladas de manera continua sin asumir linealidad tal y como es recomendado para estudios de predictores

clínicos (12). Los supuestos de los modelos serán evaluados mediante análisis de residuos. Puntos potenciales influyentes serán identificados y explorados en análisis de sensibilidad con y sin estos potenciales puntos(23,24).

Todos los análisis estadísticos se realizarán con el programa Stata 14 (Corporation, College Station, TX, USA). Se establecerá una significancia estadística para valores de $p < 0.05$ y un nivel de confianza del 95%.

CAPITULO IV

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. RECURSOS HUMANOS

RESPONSABLES:

Ejecutores del Proyecto: Dr. Marcelo Fausto Espinoza Retuerto
M.C. Williams Gustavo Gavidia Chávez

4.2. PRESUPUESTO

BIENES Y SERVICIOS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO S/.	COSTO PARCIAL S/.	DISTRIB. %
MATERIALES Y SERVICIOS				11,237.00	0.75
CONSULTORIA Y ASESORIA ESPECIALIZADA CON FINES DE INVESTITACION				3,000.00	
Asesor medico	1.00	Servicio	1,500.00	1,500.00	
Estadístico	1.00	Servicio	1,500.00	1,500.00	
MATERIALES, INSUMOS, INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS MEDICOS, QUIRURGICOS, DE ODONTOLOGIA Y DE LABORATORIO				5,237.00	
Papel bond	4.00	Millar	25.00	100.00	
Lapiceros (rojo, azul, negro)	12.00	Unidad	0.50	6.00	
Corrector	2.00	Unidad	2.00	4.00	
Lápiz	4.00	Unidad	0.50	2.00	
Borrador	4.00	Unidad	0.50	2.00	
Regla	2.00	Unidad	1.00	2.00	
Resaltador	4.00	Unidad	1.00	4.00	
Folder manila A4 plastificadas	10.00	Unidad	4.00	40.00	
Perdordor	1.00	Unidad	5.00	5.00	
Engrapador	1.00	Unidad	12.00	12.00	
Cuaderno A4 cuadriculado	1.00	Unidad	5.00	5.00	
Sobres manila	10.00	Unidad	0.50	5.00	
impresiones	2,000.00	Servicio	0.20	400.00	
Servicio de Internet	100.00	Servicio	1.50	150.00	
Servicio de Ingeniero de sistemas	1.00	Servicio	1,000.00	1,000.00	
Alimento para personas	50.00	Servicio	10.00	500.00	
Movilidad local	150.00	Servicio	10.00	1,500.00	
Otros	1.00	Servicio	1,500.00	1,500.00	
GESTION PARA LA PUBLICACION				3,000.00	
Gestio para la elaboracionn del articulo cientifico	5.00	Servicio	300.00	1,500.00	
Gestion para la publicacion del articulo cientifico	5.00	Servicio	300.00	1,500.00	
ACTIVOS NO FINANCIEROS				3,700.00	0.25
Computadora Personal portatil con sistema operativo	1.00	Unidad	3,200.00	3,200.00	
Imresora inyeccion a tinta	1.00	Unidad	500.00	500.00	
TOTAL				14,937.00	1.00

- Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S. Stroke: a global response is needed. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2016;94(9):634-634A. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/9/16-181636.pdf>.
- Yan LL, Li C, Chen J, Miranda JJ, Luo R, Bettger J, et al. Prevention, management, and rehabilitation of stroke in low- and middle-income countries. *eNeurologicalSci* [Internet]. 2016 [citado el 9 de febrero de 2022];2:21–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29473058/>.
- Namale G, Kamacooko O, Makhoba A, Mugabi T, Ndagire M, Ssanyu P, et al. Predictors of 30-day and 90-day mortality among hemorrhagic and ischemic stroke patients in urban Uganda: a prospective hospital-based cohort study. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2020;20(1):442. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-020-01724-6>.
- Martins SCO, Lavados P, Secchi TL, Brainin M, Ameriso S, Gongora-Rivera F, et al. Fighting against stroke in Latin America: A joint effort of medical professional societies and governments. *Front Neurol* [Internet]. 2021;12:743732. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2021.743732>.
- Saposnik G, et al. Variables Associated With 7-Day, 30-Day, and 1-Year Fatality After Ischemic Stroke. *Stroke*. 2008;39:2318-2324.
- Ouriques Martins SC, Sacks C, Hacke W, Brainin M, de Assis Figueiredo F, Marques Pontes-Neto O, et al. Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American countries. *Lancet Neurol* [Internet]. 2019;18(7):674–83. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30068-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30068-7).
- Hernández-Vásquez Akram, Díaz-Seijas Deysi, Espinoza-Alva Daniel, Vilcarrromero Stalin. Análisis espacial de la mortalidad distrital por enfermedades cardiovasculares en las provincias de Lima y Callao. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2016 Ene [citado 2022 Feb 17]; 33(1): 185-186. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000100031&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.2022>.
- Abanto C, Ton TG, Tirschwell DL, Montano S, Quispe Y, Gonzales I, et al. Predictors of Functional Outcome among Stroke Patients in Lima, Peru. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 22, No. 7 (October), 2013: pp 1156-1162.

- Nutakki A, Chomba M, Chishimba L, Mataa MM, Zimba S, Kvalsund M, et al. Predictors of in-hospital and 90-day post-discharge stroke mortality in Lusaka, Zambia. *J Neurol Sci.* 2022 Jun;437:120249.
- Kortazar- Zubizarreta I, Pinedo- Brochado A, Azkune- Calle I, Aguirre- Larracochea U, Gomez- Beldarrain M, Garcia- Monco JC. Predictors of in- hospital mortality after ischemic stroke: A prospective, single- center study. *Health Sci Rep.* 2019;2:e110. <https://doi.org/10.1002/hsr2.110>.
- Riley RD, van der Windt DA, Croft P, Moons KG. *Prognosis Research in Healthcare*. First Edition published in 2019 de Kindle. Oxford University Press 2019.
- Riley RD, Hayden JA, Steyerberg EW, Moons KG, Abrams K, Kyzas PA, Malats N, Briggs A, Schroter S, Altman DG, Hemingway H; PROGRESS Group. Prognosis Research Strategy (PROGRESS) 2: prognostic factor research. *PLoS Med.* 2013;10(2):e1001380. doi: 10.1371/journal.pmed.1001380. Epub 2013 Feb 5. PMID: 23393429; PMCID: PMC3564757.
- Steyerberg EW, Moons KG, van der Windt DA, Hayden JA, Perel P, Schroter S, Riley RD, Hemingway H, Altman DG; PROGRESS Group. Prognosis Research Strategy (PROGRESS) 3: prognostic model research. *PLoS Med.* 2013;10(2):e1001381. doi: 10.1371/journal.pmed.1001381. Epub 2013 Feb 5. PMID: 23393430; PMCID: PMC3564751.
- Mittal SH, Goel D. Mortality in ischemic stroke score: A predictive score of mortality for acute ischemic stroke. *Brain Circ.* 2017 Jan-Mar;3(1):29-34. doi: 10.4103/2394-8108.203256. Epub 2017 Mar 29. PMID: 30276301; PMCID: PMC6126235.
- Shah B, Bartaula B, Adhikari J, Neupane HS, Shah BP, Poudel G. Predictors of in-hospital mortality of acute ischemic stroke in adult population. *J Neurosci Rural Pract [Internet].* 2017 [citado el 15 de febrero de 2022];8(4):591–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC5709883/>.
- Koton S, Tanne D, Green MS, Bornstein NM. Mortality and predictors of death 1 month and 3 years after first-ever ischemic stroke: data from the first national acute stroke Israeli survey (NASIS 2004). *Neuroepidemiology [Internet].* 2010;34(2):90–6. Disponible en: <https://www.karger.com/DOI/10.1159/000264826>.
- Nedeltsheva K, et al. Predictors of early mortality after acute ischaemic stroke. *SWISS MED WKLY* 2010; 14 0 (17 – 18): 254 – 259 · www.smw.ch.

- Méndez J, Leiguarda RC. Enfermedad cerebrovasculares isquémicas y hemorrágicas. *Mediterraneo*; 2011.
- Phipps M S, Cronin C A. Management of acute ischemic stroke *BMJ* 2020; 368 :l6983 doi:10.1136/bmj.l6983.
- Ekeh B, Ogunniyi A, Isamade E, et al. Stroke mortality and its predictors in a Nigerian teaching hospital, *Afr. Health Sci.* 15 (1) (2015) 74–81.DOI: <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v15i1.10>.
- Moyano LM, Montano SM, Vilchez Barreto P, Reto N, Larrauri L, Mori N, et al. (2021) Prevalence of stroke survival in rural communities living in northern Peru. *PLoS ONE* 16(7): e0254440. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254440>.
- Sauerbrei W, Perperoglou A, Schmid M, et al. State of the art in selection of variables and functional forms in multivariable analysis-outstanding issues. *Diagn Progn Res.* 2020;4:3. Published 2020 Apr 2. doi:10.1186/s41512-020-00074-3.
- Royston P, Willi Sauerbrei W. *Multivariable Model - Building: A Pragmatic Approach to Regression Analysis based on Fractional Polynomials for Modelling Continuous Variables.* 2008 JohnWiley & Sons, Ltd.
- Frank E. Harrell , Jr. *Regression Modeling Strategies. With Applications to Linear Models, Logistic and Ordinal Regression, and Survival Analysis.* Springer Nature Switzerland AG 2015. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-19425-7>.

ANEXO 1
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
IDENTIFICACION

Fecha -- N° identificación Teléfonos.: _____
 Domicilio: _____

FACTORES PREDICTORES PRE-ADMISION

1) FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Edad Sexo: Varón Mujer Tiempo de arribo al SE: :

2) DISCAPACIDAD PRE-ICTUS (MEDIDA CON mRS)

Independiente (0-2): Dependiente (3-5): Desconocido:

3) FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PREVIOS AL ICTUS

Hipertensión arterial	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiaca isquémica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardiaca	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

4) COMORBILIDAD

Demencia No Si Cáncer No Si IRC/hemodiálisis No Si

FACTORES PREDICTORES BASALES

1) VARIABLES FISIOLÓGICAS DE ADMISION

Presión arterial sistólica Presión arterial diastólica Temperatura axilar .

2) ESCALAS DE EXAMEN NEUROLÓGICO

NIHSS SCG

3) CLASIFICACION CLINICA DEL INFARTO CEREBRAL SEGÚN OCSP

TACI PACI LACI POCI Desconocido

PREDICTORES RESULTADOS DE EXAMENES DE INVESTIGACION

1) PARAMETROS DE LABORATORIO

Número de leucocitos/mm³ Hemoglobina Glicemia (mg/dl)
 Creatinina (mg/dl) PCR

2) ELECTROCARDIOGRAMA

Fibrilación auricular u otra arritmia No Si

3) DATOS DE IMÁGENES DE TC

Infarto de la ACM ASPECTS ≤7: No Si

COMPLICACIONES TEMPRANAS

NEUROLOGICAS: Ictus en evolución Trastorno de la deglución Incontinencia
urinaria Uso de trombolítico Otras

INFECCIOSAS: Neumonía Infección urinaria Sepsis Otras

VALORACION DE RESULTADOS A LOS 30 DIAS DE SEGUIMIENTO SEGÚN mRS

Independiente (0-2): Dependiente (3-5): Muerte

ANEXO 2

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO: DESCRIPCION DE FACTORES PREDICTORES DE LETALIDAD TEMPRANA DESPUÉS DE UN PRIMER EPISODIO DE ICTUS ISQUEMICO EN PACIENTES ADMITIDOS A UN SERVICIO DE EMERGENCIA.

El infarto cerebral es un accidente cerebrovascular (“derrame”) causado por la obstrucción de una arteria cerebral, durante el cual muere parte de la masa cerebral debido al fallo en la irrigación sanguínea. Los factores pronósticos son características clínicas o variables resultado de exámenes auxiliares o del sistema de atención que cuando están presentes en el paciente con infarto cerebral agudo nos permitirá predecir con relativa exactitud quien morirá o tendrá malos resultados a corto plazo después del evento.

Usted se beneficiará de la evaluación clínica y de imágenes para el diagnóstico de esta enfermedad. Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los exámenes realizados. Los costos de todos los exámenes serán cubiertos por el seguro y no le ocasionarán gasto alguno.

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de la evolución y manejo de esta enfermedad.

El investigador no intervendrá directamente en el manejo de su enfermedad. Solamente se abocará a extraer datos de la historia clínica o si hay algún dato faltante o discordante le realizará un examen clínico o le pasara las escalas de valoración neurológica, y si le faltara algún análisis para cumplir con el propósito del estudio, lo solicitará. No existen riesgos por participar en el estudio, no se le realizará ningún procedimiento adicional

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto el investigador Marcelo Espinoza Retuerto, quien manejará la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, nosotros las responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación y la atención en la consulta o en otros servicios será siempre la misma y con la calidad a al que usted está acostumbrado/a

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con el investigador, Marcelo Espinoza Retuerto, al teléfono 999318170.

CONSENTIMIENTO

Tras haber recibido información verbal clara y sencilla y leer este escrito explicativo sobre el estudio DESCRIPCION DE FACTORES PREDICTORES DE LETALIDAD TEMPRANA DESPUÉS DE UN PRIMER EPISODIO DE ICTUS ISQUEMICO EN PACIENTES ADMITIDOS AL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL, he podido hacer preguntas y aclarar mis dudas sobre qué es, cómo se hace, para qué sirve, qué riesgos conlleva y por qué es importante en mi caso. Así, tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para participar en dicho estudio. También se me ha indicado que puedo tener una copia de este documento y que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.

Observaciones del
paciente.....
.....
Lugar y Fecha

Firma del paciente (familiar o representante legal en caso
de incapacidad)
DNI.....

Firma del médico
N.º Colegiado.....

Ítems	Instrucciones	Puntos
1a. Nivel de conciencia	Alerta Somnolencia Obnubilación Coma	0 1 2 3
1b. Nivel de conciencia Preguntas Verbales ¿En qué mes vivimos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas son correctas Una respuesta correcta Ninguna respuesta correcta	0 1 2
1c. Nivel de conciencia. Ordenes Motoras 1. Cierre los ojos, después ábralos. 2. Cierre la mano, después ábrala.	Ambas respuestas son correctas Una respuesta correcta Ninguna respuesta correcta	0 1 2
2. Mirada conjugada (voluntariamente o reflejos óculocefálicos, no permitidos óculo-vestibulares) Si lesión de un nervio periférico: 1 punto	Normal Paresia parcial de la mirada Paresia total o desviación forzada	0 1 2
3. Campos visuales (confrontación) Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 puntos Si extinción visual: 1 punto	Normal Hemianopsia parcial Hemianopsia completa Ceguera bilateral	0 1 2 3
4. Paresia facial	Normal. Paresia leve (asimetría al sonreír) Parálisis total de músculo facial inferior. Parálisis total de músculo facial superior e inferior.	0 1 2 3
5. Paresia de extremidades superiores (ES) Se explora 1º la ES no parética. Debe levantar el brazo extendido a 45º (decúbito) o a 90º (sentado). No se evalúa la fuerza distal Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global	Mantiene la posición 10". Claudica en menos de 10" sin llegar a tocar la cama. Claudica y toca la cama en menos de 10". Hay movimiento, pero no vence gravedad. Parálisis completa. Extremidad amputada o inmovilizada	0 1 2 3 4 9
6. Paresia de extremidades inferiores (EI) Se explora 1º la EI no patética. Debe levantar la pierna extendida y mantener a 30". Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 5". Claudica en menos de 5" sin llegar a tocar la cama Claudica y toca la cama en menos de 5". Hay movimiento, pero no vence la gravedad Parálisis completa. Extremidad amputada o inmovilizada.	0 1 2 3 4 9
7. Ataxia de las extremidades. Dedo-nariz y talón-rodilla. Si déficit motor que impida medir disimetría: 0 puntos.	Normal. Ataxia en una extremidad. Ataxia en dos extremidades.	0 1 2
8. Sensibilidad. Si obnubilado evaluar la retirada al estímulo doloroso. Si déficit bilateral o coma: 2 puntos.	Normal Leve o moderada hipoestesia. Anestesia.	0 1 2
9. Lenguaje. Si coma: 3 puntos. Si intubación o anartria: explorar por escritura.	Normal. Afasia leve o moderada. Afasia grave, no posible entenderse. Afasia global o en coma	0 1 2 3
10. Disartria. Si afasia: 3 puntos	Normal. Leve, se le puede entender. Grave, ininteligible o anartria.	0 1 2

	Intubado. No puntúa.	9	27
11. Extinción-Negligencia- Inatención. Si coma: 2 puntos.	Normal.	0	
	Inatención/extinción en una modalidad	1	
	Inatención/extinción en más de una modalidad.	2	
TOTAL			

ANEXO 4

Escala de Rankin modificada (mRS)

0. Asintomático
1. Sin incapacidad significativa a pesar de los síntomas. Realiza actividades laborales y sociales
2. Discapacidad leve. Incapaz de realizar todas las actividades previas, pero atiende sus asuntos sin ayuda
3. Discapacidad moderada. Camina sin ayuda de otra persona. Precisa ayuda para algunas tareas. Necesidad de cuidador al menos 2 veces en semana
4. Discapacidad moderadamente grave. Incapaz de andar y de atender satisfactoriamente sus necesidades. Precisa ayuda para caminar y para actividades básicas. Cuidador 1 vez/día
5. Discapacidad grave: encamado, incontinente. Atención constante
6. Éxito

Bibliografía

Wilson JT, Hareendran A, Grant M, Baird T, Ursula GR, et al. Improving the Assessment of Outcomes in Stroke. Use of a Structured Interview to Assign Grades on the Modified Rankin Scale. *Stroke*. 2002; 33:2243-2246.

ANEXO 5
Escala de Coma de Glasgow (ECG)

Apertura ocular	Respuesta verbal (V)	Respuesta motora (M)
4= Espontánea	5= Orientado	6= Obedece órdenes
3= A la llamada	4= Confuso	5= Localiza al dolor
2= Al estímulo doloroso	3= Palabras inapropiadas	4= Retiro al dolor
1= No responde	2= Sonidos incomprensibles	3= Decorticación
	1= No responde	2= Descerebración
		1= No responde
ECG= O + V + M		

Bibliografía

Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974,2:81-84.

ANEXO 6
JUICIO DE EXPERTOS

Formato juicio de expertos

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Nº	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuada.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....
.....
.....

Firma y sello

ANEXO 01	
CARTA DE PRESENTACIÓN	
Huacho, <u>23</u> de <u>setiembre</u> del 2022	
Sr. Dr.	
Luis Alberto Baldeos Ardian	
Vicerrector de Investigación	
Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión	
Presente. -	
Nos dirigimos a usted para presentar el proyecto denominado:	
" <u>"Neuronas en espejo en cerebro del feminicida (Homicida de la pareja íntima) Lima - 2022"</u>	
" <u>SALUD PÚBLICA</u> " Línea de investigación:	
Bajo la responsabilidad de <u>Dr. Edwin Efraín Suárez Alvarado</u> Docente de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.	
Domicilio : <u>Urb. PRO Lima Mz. O Lt 23 - Los Olivos</u>	
Teléfono celular : <u>996491530</u>	
Correo electrónico : <u>esuarez@unjfsc.edu.pe</u>	
Atentamente,	
	
FIRMA	
	
Huella Dactilar	
CODIGO:	<u>DNH068</u>
D.N.I.:	<u>08336034</u>
COLEGIATURA:	<u>CMP 023745</u>
RUC:	<u>10083360343</u>

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Huacho, 23 de setiembre del 2022

Sr. Dr.

Luis Alberto Baldeos Ardian

Vicerrector de Investigación

Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Presente. -

Proyecto de investigación:

«Neuronas en espejo en cerebro del feminicida (Homicida de la pareja íntima) Lima - 2022»

De conformidad con lo establecido en las Bases del Concurso de la referencia, el suscrito Dr. Edwin Efraín Suárez Alvarado identificado con D.N.I. N° 08336034 y domicilio legal en Urb. PRO Lima Mz. O Lt 23

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, el presente Proyecto es Original y Auténtico, el mismo que pretende contribuir, de ser el caso, a resolver una problemática local, regional o nacional.

Atentamente.

FIRMA

DNI N°


08336034

ANEXO 03

SOLICITO: FINANCIAMIENTO PARA PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN PARA DOCENTES FINANCIADOS CON
RECURSOS ORDINARIOS 2022

Sr. Dr.

Luis Alberto Baldeos Ardian

Vicerrector de Investigación

Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Yo, Dr. Edwin Efraín Suárez Alvarado docente ordinario de la Facultad de
Medicina Humana, identificado(a) con D.N.I. N° 08336034 con
domicilio (Calle/Jirón/Avenida): Urb. PRO Lima Mz. O Lt 23, Distrito
Los Olivos, Provincia Lima, Departamento Lima,
Teléfono 996491530; en mi condición de Coordinador General del Proyecto de Investigación titulado:
"Neuronas en espejo en cerebro del feminicida
(Homicida de la pareja íntima) Lima - 2022"

Ante usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, requiriendo financiamiento de Proyecto de Investigación Científica y Tecnológica para Docentes con Recursos Ordinarios, solicito a usted, se me considere como postulante en la siguiente Línea de Investigación:

SALUD PÚBLICA

POR LO EXPUESTO:

Señor Vicerrector, atender mi solicitud por ser de justicia.

Huacho, 23 de setiembre del 2022

FIRMA: 

(COORDINADOR GENERAL DEL PROYECTO) PROFESIÓN: MÉDICO CIRUJANO

ANEXO 05

**DECLARACIÓN JURADA DE LOS INVESTIGADORES CON PARTICIPACIÓN ACTIVA EN EL DESARROLLO
DE LA INVESTIGACIÓN**

Yo, M.C. Efraín Ademar Estrada Choque docente ordinario de la Facultad de Medicina Humana, identificado(a) con D.N.I. N° 08802473 con domicilio (Calle/Jirón/Avenida): AV. ECHENIQUE NRO. 641 LIMA, Distrito Huacho, Provincia Huaura, Departamento Lima, Teléfono 999494158; en mi condición de Integrante del Proyecto de "Neuronas en espejo de investigación en cerebro del feminicida (Homicida de la pareja íntima) Lima - 2022"

Declaro bajo juramento que me comprometo participar activamente en el desarrollo de la investigación hasta su culminación, y no tener deudas pendientes con la DPCTyH.

De lo contrario me someto a las sanciones establecidas en las normas establecidas para tal fin, así como a las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso.

En señal de cumplimiento del presente documento firmo en la ciudad de Huacho a los 23 días del mes de setiembre 2022



Huella Dactilar

Firma : 
 Profesión: MÉDICO CIRUJANO
 DNI N° : 08802473

ANEXO 06

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

<u>JURADO EVALUADOR:</u>		<u>Presidente:</u>		
		<u>Secretario:</u>		
		<u>Vocal:</u>		
COORDINADOR GENERAL DE PROYECTO:		Dr. Edwin Efraín Suárez Alvarado		
TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:		"Neuronas en espejo en cerebro del feminicida (Homicida de la pareja íntima) Lima - 2022"		
PUNTUACIÓN:	0-25 MALO	26-49 REGULAR	50-80 BUENO	81-100 EXCELENTE
ITEM				PUNTAJE MÁXIMO
INVESTIGADORES (cada ítem como máximo 5)				20
• El Coordinador General de Investigación reúne los requisitos necesarios				
• El equipo de investigadores reúne los requisitos necesarios				
• El equipo de investigadores tiene experiencia con relación al tema del proyecto				
• El equipo de investigadores tiene labor reconocida en investigación				
•				
PROYECTO (cada ítem como máximo 10)				80
• Existe concordancia entre el título, objetivos y metodología				
• Existe coherencia en el aspecto Metodológico				
• El proyecto se ciñe a los lineamientos de las bases de concurso				
• El tema propuesto tiene importancia, originalidad y actualidad.				
• Existe concordancia entre los objetivos, el cronograma y el presupuesto.				
• La técnica e instrumentos de recolección de datos son adecuados para el proyecto propuesto.				
• La técnica y procesamiento de datos son adecuados para el proyecto propuesto.				
• Los resultados tendrán un impacto favorable en el avance de la ciencia, tecnología y conocimientos para contribuir a la sociedad.				
PUNTAJE TOTAL				100

Presidente

secretario

Vocal

ANEXO 07

COMPROMISO DE OBLIGACIONES Y CONTROL ECONÓMICO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Consta en este COMPROMISO de Adjudicación de Recursos Económicos Vía recursos ordinarios que otorga la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, para el desarrollo de Proyecto de investigación, titulado “

“Neuronas en espejo en cerebro del feminicida (homicida de la pareja íntima) Lima 2022” Que, se celebra entre la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, debidamente representado por el Sr. Vicerrector de la UNJFSC, LUIS ALBERTO BALDEOS ARDIAN, identificado con D.N.I. N° 15612744, con domicilio en Av. Mercedes Indacochea N° 609, Provincia de Huaura, que en adelante se denominará UNJFSC, y de otra parte, el Coordinador General del Proyecto, Señor(a) Dr. Edwin Efraín Suárez Alvarado, identificado con D.N.I. N° 08336034 señalando domicilio legal para éstos efectos en: Urb. PRO Lima Mz O Lt 23 – Los Olivos, a quien en adelante se denominará **“COORDINADOR GENERAL DEL PROYECTO”**; declarando que las partes convienen en lo siguiente:

COMPROMISO PRIMERO: ANTECEDENTES

El Vicerrectorado de Investigación - UNJFSC, con Resolución _____ aprobó las bases de concurso para Docentes Financiados con Recursos Ordinarios.

COMPROMISO SEGUNDO: OBJETO

El Vicerrectorado de Investigación - UNJFSC”, con Resolución N° _____-20...- UNJFSC, de fecha _____ de _____ del 20..., aprueba la ejecución del Proyecto de Investigación titulado:

_____”, en adelante denominado el **“PROYECTO”**, que será desarrollado por el **“COORDINADOR GENERAL”** del Proyecto de Investigación y el equipo de Investigadores, quien en declaración jurada comprometen su carácter original.

El **“COORDINADOR GENERAL”** del Proyecto de Investigación, se obliga a informar por escrito al Sr. Vicerrector de Investigación de la UNJFSC, sobre el avance programado y sobre cualquier otro financiamiento pasado, disponible o que se obtenga durante la ejecución del proyecto, contando para ello con la aprobación de la Dirección de Promoción de la Ciencia Tecnología y Humanidades - DPCTyH. El incumplimiento de esta obligación será causal de resolución del presente compromiso y el **“COORDINADOR GENERAL”** del Proyecto de Investigación con su equipo de investigadores, deberán reembolsar en forma solidaria a la UNJFSC, el integro de los fondos recibidos (en el supuesto de haberlo recibido).

El **“COORDINADOR GENERAL”** del Proyecto de Investigación, se exime de solicitar Licencia de Año Sabático y de capacitación mientras dure su proyecto de investigación, si no pudiera evitarlo, debería ceder la coordinación del proyecto a un miembro integrante del proyecto, bajo las mismas condiciones académicas y profesionales, así como de la misma categoría y dedicación.

COMPROMISO TERCERO: DURACIÓN

El presente compromiso tiene una duración de no mayor de doce meses, preferente su ejecución será dentro del año presupuestal 2022 para el desarrollo, ejecución y transferencia.

Asimismo, las partes establecen que las actividades deberán ser concluidas en el plazo establecido según cronograma aprobado. Sólo en caso de fuerza mayor debidamente acreditada

mediante un informe técnico, emitido por la DPCTyH, se podrá autorizar la prórroga del término del presente compromiso; por un plazo que se establecerán en su informe aprobatorio.

COMPROMISO CUARTO: DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para la ejecución del objeto de este **COMPROMISO**, las partes se obligan a cumplir el tenor de la propuesta del proyecto de investigación aprobado.

COMPROMISO QUINTO: OBLIGACIONES DEL “COORDINADOR GENERAL” DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El “**COORDINADOR GENERAL**” del Proyecto de Investigación, se compromete a:

1. Informar oportunamente las actividades desarrolladas en la ejecución del **PROYECTO**, de acuerdo con el cronograma aprobado.
2. Presentar avances parciales, en forma digital del **PROYECTO**, al Vicerrectorado de Investigación. Los informes parciales y el final deberán ser en versión electrónica.
3. Presentar el Informe Final de Resultados Técnicos y Científicos de la investigación realizada, de acuerdo con la propuesta del Proyecto de Investigación aprobado. El informe final debe incluir adicionalmente, un resumen ejecutivo de 2 a 6 páginas como máximo, y deberá respetar las pautas de edición.
4. Sustentar, a solicitud del Vicerrectorado de Investigación - UNJFSC, los resultados intermedios y/o finales del **PROYECTO** en una o más reuniones de trabajo en el lugar y fechas acordadas por ambas partes.

COMPROMISO SEXTO: OBLIGACIONES DE LA UNJFSC.

La **UNJFSC** se compromete a financiar el proyecto por un monto de _____ 00/100 Soles (S/ _____), para lo cual se invertirá y/o adquirirá todo lo programado en el presupuesto del Proyecto en **coordinación con el Vicerrectorado de Investigación y la Dirección General de Administración de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, entre otras dependencias.**

COMPROMISO SETIMO: CONTROL Y FISCALIZACIÓN

La UNJFSC tiene la prerrogativa de mantener la autoridad normativa del ejercicio de control y fiscalización en la ejecución del presente **COMPROMISO**.

Sin perjuicio de lo expuesto, las partes acuerdan que la Auditoría a la UNJFSC incluye al “**COORDINADOR GENERAL**” del Proyecto de Investigación, en lo que respecta a la celebración del presente **COMPROMISO**, y se llevará a cabo de conformidad con las Normas dispuestas por la Contraloría General de la República.

COMPROMISO OCTAVO: COORDINACIÓN ENTRE LAS PARTES

La coordinación a nivel de decisión se establecerá entre el “**COORDINADOR GENERAL**” del Proyecto de Investigación y las Direcciones de Promoción de la Ciencia, Tecnología y Humanidades y, Gestión de la Investigación **del Vicerrectorado de Investigación.**

COMPROMISO NOVENO: PROPIEDAD DE EQUIPOS Y BIENES DE CAPITAL

Las partes acuerdan que los equipos y bienes de capital adquiridos para la ejecución del **PROYECTO** pasarán al ambiente y/o laboratorio en la que se ejecutó la investigación, para el uso en otras investigaciones, siendo que este ambiente y/o laboratorio reúne las condiciones de infraestructura y mantenimiento adecuado, previamente serán devueltos al Vicerrectorado de Investigación para su verificación (condición en la que se devuelve los equipos y bienes de capital adquiridos) y su disposición mediante un documento o acta de entrega.

Los equipos (Computadoras, laptops, Tablet u otros adquiridos) también serán devueltos al Vicerrectorado de investigación para su verificación y disposición.

El “**COORDINADOR GENERAL**” del Proyecto de Investigación es responsable del mantenimiento y custodia de los bienes adquiridos durante la ejecución del PROYECTO.

COMPROMISO DÉCIMO: DERECHOS DE PROPIEDAD

Las partes acuerdan respetar la normatividad vigente referente a los derechos de propiedad intelectual sobre los bienes tecnológicos, conocimientos, métodos, técnicas, metodologías de Bases del Concurso y cualquier otro producto que se genere durante y como resultado de la ejecución del **PROYECTO**, a favor de ambas partes, según acuerdo previo.

COMPROMISO DÉCIMO PRIMERO: RESOLUCIÓN DEL COMPROMISO

En caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de las partes, quien se vea afectado podrá disolver el presente **COMPROMISO**, independientemente de la interpelación judicial o extrajudicial previa o posterior, respondiendo la parte involucrada por las pérdidas y daños ocasionados, exceptuándose el caso de fuerza mayor debidamente acreditado. En caso de incumplimiento por el “**COORDINADOR GENERAL**” del Proyecto de Investigación, el Vicerrector de Investigación de la UNJFSC requerirá por escrito el cumplimiento de la obligación observada. De no levantarse la observación, se comunicará al Rector de la UNJFSC quien cursará Carta Notarial para comunicar la resolución del presente **COMPROMISO** y del motivo que lo justifica. El presente **COMPROMISO** quedará resuelto de pleno derecho a partir de la recepción de dicha comunicación. Igual derecho asiste al “**COORDINADOR GENERAL**” del Proyecto de Investigación, ante el incumplimiento por parte de la UNJFSC de sus obligaciones, éste cursará Carta Notarial de requerimiento.

En la ciudad de Huacho a los ____ días del mes de _____ del año dos mil _____, encontrándose conformes con el contenido del presente documento, en dos copias de igual valor y tenor, firman:

VICERRECTOR DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO
FAUSTINO
SÁNCHEZ CARRIÓN

COORDINADOR GENERAL
UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE
SÁNCHEZ CARRIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Proyecto de Investigación

**NEURONAS EN ESPEJO EN EL CEREBRO DEL FEMINICIDA
(HOMICIDA DE LA PAREJA INTIMA) EN EL PERU DE LIMA.**

2022

**Dr. Edwin Efraín Suarez Alvarado
MC. Efraín Ademar Estrada Choque**

Lima – Perú

2022



ÍNDICE

I.	Introducción.....	3
II.	Justificación	4
III.	Objetivos	5
	3.1 Objetivo General	5
	3.2 Objetivo Específico	5
IV.	Hipótesis	5
V.	Revisión de la literatura y marco teórico	6
VI.	Metodología	8
	6.1 Diseño de Estudio	8
	6.2 Población y muestra	8
	6.3 Operacionalización de las variables	8
	6.4 Instrumentos	9
VII.	Resultados e Impactos esperados	10
VIII.	Plan de trabajo y cronograma de actividades	11
IX.	Costo del Proyecto	12
X.	Financiamiento del Proyecto	12
XI.	Referencias Bibliográficas	14
	Anexos	15

I. INTRODUCCIÓN

Son diversas las formas cómo el hombre peruano asesina a la su pareja sentimental - sexual mujer, según los casos registrados.. Tenemos las siguientes formas: La asfixia o estrangulamiento, son las formas más utilizadas por el victimario, con un 30,1% de los casos, en un segundo lugar, con un 26,1% de los casos, está el acuchillamiento, posteriormente Golpeada, baleada o envenenada, con 17,9%, 15,7% y 3,4% respectivamente, por otro lado, el lugar donde más han ocurrido los feminicidios, esta acción se realiza, lamentablemente, en la casa habitada por la pareja mujer. El 59,7% de los casos, ha ocurrido la propia casa de la asesinada. (4)

El factor de riesgo para la perpetración del homicidio de la pareja íntima fueron los trastornos por uso de sustancias, con un 14,8% (IC 95% 9,0-21,6%), y el factor histórico más importante fue haber presenciado o haber sido víctima de violencia en la infancia en un 12,2%, I con un C del 95%: 6,5-17,4%).(6)

II. JUSTIFICACIÓN

La relevancia de este estudio es que el homicidio de pareja íntima (IPH) es un problema grave en todo el mundo. Aproximadamente el 13.5% de todos los homicidios en todo el mundo son cometidos por una pareja íntima actual o anterior, Al examinar las diferencias de género en Victimización global de IPH, aproximadamente el 38,6% de los homicidios cometidos contra mujeres y el 6,3% de los homicidios cometidos contra los hombres son cometidos por una pareja íntima

Examinando las tasas de IPH en los Estados Unidos, en 2010, 39% (n = 1.192) de los homicidios cometidos contra mujeres y 3% (n = 305) contra hombres fueron

cometidos por su pareja sentimental sexual. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recientemente publicó un informe que examinó los homicidios de 18 estados de 2003 a 2014 y encontró que más de la mitad (55,3%) de los homicidios cometidos contra las mujeres en los Estados Unidos implicó un pareja íntima. Es importante señalar que estas tasas de prevalencia son de homicidios completados, falta, pues, la información sobre intentos de homicidio en estas tasas, lo que indudablemente el número de personas que han experimentado esta tipo de violencia extrema aún se mantiene como dato no dilucidado.

En el Perú el Ministerio Público, publica de los casos de feminicidio en el Perú, en el periodo 2009 - 2018 (hasta el mes de junio). Respecto a la incidencia de las edades, tanto de las víctimas como de los victimarios, prevalece el intervalo de 18 a 34 años de edad, con un 56 y 57% respectivamente; seguido por el intervalo de 35 a 44 años. El tipo más frecuente es el de feminicidio íntimo; es decir, cuando el victimario es o ha sido pareja de la víctima, es el tipo que más ha ocurrido, en el periodo de estudio (2009 - 2018), con el 80% de los casos.

El siguiente cuadro solo muestra hasta 2018

Perú: Evolución de feminicidios 2009-2018.



Que como se puede ver es un promedio anual es de 119 con una DE +- 18
Este fenómeno se comporta como un mal endémico que hasta ahora no se tiene solución, se espera que con el presente estudio se tenga una herramienta para poder prevenir estos asesinatos

III. OBJETIVO

3.1 Objetivo General

Evaluar la empatía sentimental de los feminicidas respecto al sexo opuesto y compararlo con un grupo control

3.2 Objetivos Específicos

- Evaluar la empatía sentimental de los feminicidas en su dimensión contagio emocional
- Evaluar la empatía sentimental de los feminicidas en su dimensión autoconciencia
- Evaluar la empatía sentimental de los feminicidas en su dimensión toma de perspectiva
- Evaluar la empatía sentimental de los feminicidas en su dimensión regulación emocional
- Evaluar la empatía sentimental de los feminicidas en su dimensión actitud empática.

IV. HIPOTESIS:

Existe diferencia estadísticamente significativa entre la empatía sentimental del feminicida y el grupo control evaluado.

V. REVISION DE LA LITERATURA O MARCO TEÓRICO

El sistema de neuronas en espejo es un importante contribuyente neuronal para comprender el hecho social de la empatía del ser humano ya que existen un componente motores, emocionales y cognitivos de la empatía (1)

Pero además sabemos que existe una relación en red con sistema límbico y la red de neuronas en espejo que hacen lo que se llama la empatía emocional, la capacidad que se tiene de sentir lo que la otra persona siente (2)

La interacción social depende de la empatía que tengamos con otras personas. En lo que corresponde a la neuroanatomía de la ubicación dentro del cerebro las llamadas neuronas en espejo, que se activan cuando otra persona realiza una acción, llamándose a este fenómeno neurofisiológico empatía motora las partes del cerebro que se activan, de la persona que mira una acción, se encuentra en la área 06 en la clasificación de Brodman o área pre motora, pero, además existe un tipo de empatía, en los seres humanos en las cuales pueden sentir el dolor y la tristeza de la otra a eso le llama empatía emocional, las zonas en la cual se activan del cerebro es la zona dorso lateral de la ínsula y la frontomedial anterior de la corteza cingulada.

Los seres humanos tienen la capacidad de adivinar los pensamientos de otra persona, desde la inferencia más básica de intención hasta de creencias, pensamientos, conocimientos, suposiciones, mentiras, confianza, entre otros, es decir, podemos inferir usando una serie de lenguajes no verbales: lo que otra persona cree, piensa, sabe o supone, si finge o si confía esto o aquello, el famoso dicho” yo soy bruja(o) se lo que estas tramando”

Tenemos una mentalización automática cuando nos encontramos en frente a otro y sobre todo frente a nuestra pareja sentimental { sexual consideramos ser adivinos y poseer poder telepático, utilizando una serie de mensajes no verbales, como por

ejemplo: vemos el rostro, los movimientos corporales, la dirección de la mirada, la entonación o el ritmo de la voz y a través de estos mensajes no verbales “leemos su pensamiento” de otra persona.

Por otra parte tenemos un fenómeno llamado en el Perú el feminicidio que es una figura legal que se estila en el país pero conocido en los ambientes científicos como el Homicidio de Pareja Íntima (IPH) y la victimización femenina de IPH, que es problema grave en todo el mundo.

El enfoque para solucionar el problema es identificar al probable feminicida para prevenir la acción e identificar los factores de riesgo de IPH. En un metanálisis sobre los factores de riesgo de la perpetración de IPH masculina y la victimización femenina de IPH examinó resultados de 17 estudios, encuentra que: Los factores de riesgo más fuertes para IPH fueron que uno de los predictores más reconocidos de IPH es 1.- una historia previa de violencia de pareja íntima que , 2.-que el perpetrador tuviera acceso directo a un arma,3.- el estrangulamiento previo no fatal del perpetrador,4.- la violación anterior de la víctima por parte del perpetrador, 5.-la amenaza anterior del perpetrador con un arma,6.- la demostración de conductas controladoras, y 7.- las amenazas previas del perpetrador de dañar a la víctima. (3)

En el Perú el Ministerio Público, publica de los casos de feminicidio, en el periodo 2009 - 2018 (hasta el mes de junio) Respecto a la incidencia de las edades, tanto de las víctimas como de los victimarios, prevalece el intervalo de 18 a 34 años de edad, con un 56 y 57% respectivamente (4) (3)

Si bien es cierto el patrón de oro para evaluar las células en espejo es a través de la resonancia funcional, en segundo lugar el electroencefalograma con ausencia de patrón mu, podemos utilizar una encuesta de empatía operacionalizando sus dimen-

siones de contagio emocional, autoconciencia, toma de perspectiva, regulación emocional y actitud empática. (5)

VI. MÉTODOLÓGIA

6.1 Diseño de Estudio

Estudio transversal , descriptivo, comparativo, analítico,

6.2. Población y muestra

El grupo de estudio está formado por los feminicidas sentenciados que purgan condena en un numero de 25 del sexo masculino y el grupo control formado por 50 personas también del sexo masculino 2 controles por 1 feminicida se le aplica a ambos la encuesta de empatía y se ve posteriormente si existe diferencia estadística .

Unidades de Muestreo.

Tipo de muestra.

En el grupo de estudio no se toma muestra son escogidos por la disponibilidad y facilidad que se tenga para poder realizar el trabajo

6.3. Operacionalización de variables

- Operacionalización de Variable: NEURONAS EN ESPEJO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
NEURONAS EN ESPEJO	NEURONAS QUE SE ACTIVAN FRENTE AL CONTAGIO EMOCIONAL	ACTIVACION NEURONAS A NIVEL DE LA ZONA INSULAR ACTIVACION NEURONAS A NIVEL FRONTOMEDIAL ANTERIOR		

- Operacionalización de Variable: Evaluación Social del Proyecto

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
FEMINICIDA (HOMICIDA DE LA PAREJA INTIMA)	PERSONA DE SEXO MASCULINO O FEMENINO DE ASESINA ASU PAREJA O EX PAREJA SENTIMENTAL SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> • CONTAGIO EMOCIONAL • AUTOCONCIENCIA • TOMA DE PERSPECTIVA • REGULACIÓN EMOCIONAL • ACTITUD EMPÁTICA. 		

6.4. Instrumentos

ENCUESTA MULTIDIMENSIONAL DE LA EMPATÍA. MODIFICADA POR DR SUAREZ ALVARADO EDWIN

SEXO:

EDAD:

Por favor, hacer una cruz X en la opción que muestre mejor lo que a usted le pasa. Hacer sólo una cruz para cada afirmación. No hay respuestas correctas o equivocadas. Gracias por contestar a todos los ítems.

	Nunca	Pocas	A veces si, A veces no	Muchas veces	Siempre
1. Cuando veo a mi pareja llorar, aunque no quiera, se me llenan los ojos de lágrimas					
2. Soy consciente de que a mí puede no dolerme un golpe y a mi pareja sí.					
3. Aunque mi pareja piense distinto a mí, puedo comprenderla(o).					
4. Tengo ataques de ira.					
5. Tiendo a ayudar a mi pareja cuando está en problemas.					
6. Cuando mi pareja se ríe a carcajadas, me da risa a mí también.					
7. Aunque yo me sienta bien me doy cuenta cuando mi pareja se siente mal.					
8. Cuando varios se pelean, trato de entender el punto de vista de cada uno.					
9. Mantengo siempre la calma.					
10. Cuando pareja está triste trato de consolarla.					

11. Cuando a alguien le da un ataque de risa, me río, aunque no quiera.					
12. Me doy cuenta de que hay cosas que a mí me divierten pero que a mi pareja le aburre.					
13. Puedo entender que otros opinen diferente que yo.					
14. Cuando me enoja puedo controlarme para que los demás no se den cuenta.					
15. Trato de ayudar en lo que puedo.					

VII. RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

Los resultados que se espera será, encontrar una diferencia estadísticamente significativa en la empatía emocional

Con estos resultados podemos ayudar a la identificación de los posibles feminicidas con anticipación por parte de profesionales.

Los resultados esperados es que, a través de una encuesta se podrá predecir y prevenir las muertes de las parejas mujeres proporcionando un conocimiento científico para poder desarrollar políticas públicas de prevención del homicidio de la pareja íntima en el Perú

El impacto de los resultados será esta herramienta permita detectar a tiempo y realizar una prevención del delito identificando adecuadamente al probable feminicida.

VIII. PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2022			2023		
	O C T	N O V	D I C	A B R	M A Y	J U N
Realización del protocolo	X					
Revisión del protocolo		X				
Autorización del protocolo			X			
Recolección de datos				X		
Procesamiento y análisis de datos					X	
Taller de presentación protocolo/investigación		X	X	X	X	X
Informe final						X
Presentación del informe final						X
Publicación del trabajo						X
Publicación						X

IX. COSTO DEL PROYECTO S/ 14,937.00

X. FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

PRESUPUESTO:					S/ 14,937.00	
BIENES Y SERVICIOS					11,237.00	
2.3.1 5.1 2	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA					
GASTOS POR LA ADQUISICIÓN DE PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA, TALES COMO: ARCHIVADORES, BORRADORES, CORRECTORES, IMPLEMENTOS PARA ESCRITORIO EN GENERAL; MEDIOS PARA ESCRIBIR, NUMERAR Y SELLAR; PAPELES, CARTONES Y CARTULINAS; SUJETADORES DE PAPEL; ENTRE OTROS AFINES.						
ESPECIFICA	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PU	TOTAL S/.	
2.3.1 5.1 2	PAPEL BOND A4 80 gramos	Empaq. X 500	8	12.50	100.00	
2.3.1 5.1 2	BOLIGRAFOS TINTA SECA ROJO	UNIDAD	4	0.50	2.00	
2.3.1 5.1 2	BOLIGRAFOS TINTA SECA AZUL	UNIDAD	4	0.50	2.00	
2.3.1 5.1 2	BOLIGRAFOS TINTA SECA NEGRO	UNIDAD	4	0.50	2.00	
2.3.1 5.1 2	CORRECTOR	UNIDAD	2	2.00	4.00	
2.3.1 5.1 2	LÁPIZ	UNIDAD	4	0.50	2.00	
2.3.1 5.1 2	BORRADOR	UNIDAD	4	0.50	2.00	
2.3.1 5.1 2	REGLA	UNIDAD	2	1.00	2.00	
2.3.1 5.1 2	RESALTADOR	UNIDAD	4	1.00	4.00	
2.3.1 5.1 2	FOLDER MANILA A4 PLASTIFICADO	UNIDAD	10	4.00	40.00	
2.3.1 5.1 2	PERFORADOR	UNIDAD	1	5.00	5.00	
2.3.1 5.1 2	ENGRAPADOR	UNIDAD	1	12.00	12.00	
2.3.1 5.1 2	CUADERNO A4 CUADRICULADO	UNIDAD	1	5.00	5.00	
2.3.1 5.1 2	SOBRE MANILA	UNIDAD	10	0.50	5.00	
SUB TOTAL					S/. 187.00	

2.3.2 1. 2 99	OTROS GASTOS				
OTROS GASTOS DE VIAJES DOMESTICOS NO ESPECIFICADOS EN LAS PARTIDAS ANTERIORES, COMO MOVILIDAD LOCAL CUANDO EL SERVIDOR SE DESPLAZA FUERA DE SU CENTRO DE TRABAJO.					
ESPECIFICA	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PU	TOTAL S/.
2.3.2 1. 2 99	MOVILIDAD LOCAL	SERVICIO	150	10.00	1,500.00
SUB TOTAL					1,500.00
2.3.2 7.11 5	SERVICIOS DE ALIMENTACION DE CONSUMO HUMANO				
GASTOS POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN PARA EL CONSUMO HUMANO, BRINDADOS POR PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FUNCIÓN PÚBLICA.					
ESPECIFICA	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PU	TOTAL S/.
2.3.2 7.11 5	SERVICIO DE ATENCIÓN DE REFRIGERIOS	SERVICIO	50	10.00	500.00
SUB TOTAL					500.00
2.3.2 7.11 6	SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO				
GASTOS POR LOS SERVICIOS DE IMPRESIÓN, ENCUADERNACIÓN Y EMPASTADO DE DOCUMENTOS OFICIALES NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO QUE BRINDAN LAS ENTIDADES PÚBLICAS.					
ESPECIFICA	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PU	TOTAL S/.
2.3.2 7.11 6	SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO	SERVICIO	2000	0.20	400.00
SUB TOTAL					400.00

2.3.2.7.2.1	SERVICIOS DE CONSULTORIAS Y SIMILARES DESARROLLADOS POR PERSONAS NATURALES				
GASTOS POR LA PRESTACIÓN DE CONSULTORIAS, ENTENDIDAS COMO INSUMOS PARA LA TOMA DE DECISIONES DE ENTIDADES, CUYA APLICACIÓN NECESARIAMENTE IMPULSE O CONSTITUYA VALOR PÚBLICO EN EL MARCO DE LAS COMPETENCIAS DE CADA ENTIDAD, POR PERSONAS NATURALES					
ESPECIFICA	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PU	TOTAL S/.
2.3.2.7.2.1	ASESORÍA DE UN MÉDICO	SERVICIO	1	1500	1,500.00
2.3.2.7.2.1	ASESORÍA DE UN ESTADÍSTICO	SERVICIO	1	1500	1,500.00
2.3.2.7.2.1	CONSULTORIA EN INGENIERÍA SE SISTEMAS	SERVICIO	1	1,000.00	1,000.00
SUB TOTAL					4,000.00
2.3.2.9.1.1	LOCACIÓN DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONAS NATURALES RELACIONADAS AL ROL DE LA ENTIDAD				
GASTOS POR LOCACIONES DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONAS NATURALES RELACIONADAS AL ROL DE LA ENTIDAD.					
ESPECIFICA	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	CANT.	PU	TOTAL S/.
2.3.2.9.1.1	SERVICIO DE ELABORACIÓN DE CONTENIDO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PARA SU PUBLICACIÓN EN UNA REVISTA INDEXADA	SERVICIO	5	300.00	1,500.00
2.3.2.9.1.1	SERVICIO DE ELABORACIÓN DE CONTENIDO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PARA SU PUBLICACIÓN EN UNA REVISTA INDEXADA	SERVICIO	5	300.00	1,500.00
SUB TOTAL					3,000.00
ACTIVOS NO FINANCIEROS					3,000.00
2.6.3.2.3.1	EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFÉRICOS				
GASTOS POR LA ADQUISICION DE EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFÉRICOS.					
ESPECIFICA	DESCRIPCIÓN	UNID.	CANT.	PU	MONTO
2.6.3.2.3.1	COMPUTADORA PERSONAL PORTÁTIL (CON SISTEMA OPERATIVO)	Unidad	1	4,850.00	4,850.00
2.6.3.2.3.1	IMPRESORA A INYECCION DE TINTA A COLOR	Unidad	1	500.00	500.00
SUB TOTAL					5,350.00
PRESUPUESTO TOTAL					S/. 14,937.00

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Bekkali S, Youssef GJ, Donaldson PH, Albein-Urios N, Hyde C, Enticott PG. Is the Putative Mirror Neuron System Associated with Empathy? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev.* 2021;31(1):14–57.
- Lamm C, Majdandžić J. The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy - A critical comment. *Neurosci Res.* 2015;90:15–24.
- Spencer CM, Stith SM. Risk Factors for Male Perpetration and Female Victimization of Intimate Partner Homicide: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, Abus.* 2020;21(3):527–40.
- Montenegro-Ordoñez J. Estado del arte sobre el feminicidio en el Perú. Características y tendencias. *Paian [Internet]*. 2018;9(2):17–34. Available from: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/942>
- Lemos V, Richaud MC. Un nuevo cuestionario de empatía multidimensional en español para adolescentes tempranos y medios. *Int J Psychol Res.* 2021;14(1).
- Fazel S, Smith EN, Chang Z, Geddes JR. Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses. *Br J Psychiatry.* 2018;213(4):609–14.

ANEXOS

ENCUESTA MULTIDIMENSIONAL DE LA EMPATÍA. MODIFICADA POR DR SUAREZ ALVARADO EDWIN

SEXO:

EDAD:

Por favor, hacer una cruz X en la opción que muestre mejor lo que a usted te pasa. Hacer sólo una cruz para cada afirmación. No hay respuestas correctas o equivocadas. Gracias por contestar a todos los ítems.

	Nunca	Pocas	A veces sí, A veces no	Muchas veces	Siempre
1. Cuando veo a mi pareja llorar, aunque no quiera, se me llenan los ojos de lágrimas					
2. Soy consciente de que a mí puede no darme un golpe y a mi pareja sí.					
3. Aunque mi pareja piense distinto a mí, puedo comprenderla(o).					
4. Tengo ataques de ira.					
5. Tiendo a ayudar a mi pareja cuando está en problemas.					
6. Cuando mi pareja se ríe a carcajadas, me da risa a mí también.					
7. Aunque yo me sienta bien me doy cuenta cuando mi pareja se siente mal.					
8. Cuando varios se pelean, trato de entender el punto de vista de cada uno.					
9. Mantengo siempre la calma.					
10. Cuando pareja está triste trato de consolarla.					
11. Cuando a alguien le da un ataque de risa, me río, aunque no quiera.					
12. Me doy cuenta de que hay cosas que a mí me divierten pero que a mi pareja le aburre.					
13. Puedo entender que otros opinen diferente que yo.					
14. Cuando me enojo puedo controlarme para que los demás no se den cuenta.					
15. Trato de ayudar en lo que puedo.					

Clave de respuestas (de Nunca a Siempre, de 1 a 5; el ítem 4 es negativo y se invierte el puntaje)

Contagio emocional: ítems 1–6–11 Autoconciencia: ítems 2–7–12 Toma de perspectiva: ítems 3–8–13 Control emocional: ítems 4–9–14

Actitud empática: ítems 5–10–15

Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.
Señor(a)(ita)

.....
.....
.....
.....

Cumplo con remitirle para su conocimiento y fines
consiguientes copia de la RESOLUCION DE
PRESIDENTE DE CONSEJO UNIVERSITARIO N° 0020
-2022-P-CU-UNJFSC que es la transcripción oficial del
original de la Resolución respectiva.

Huacho, 19 de Octubre del 2022

Atentamente,

**Dr. LINARES CABRERA VICTOR JOSELITO
SECRETARIO GENERAL**

DISTRIBUCIÓN: 19

RECTORADO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
VICERRECTORADO ACADEMICO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL
OFICINA DE ASESORIA JURIDICA
OFICINA DE SERVICIOS INFORMATICOS
DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION
DIRECCION DE EVALUACION, ACREDITACION Y CERTIFICACION-UNJFSC
DIRECCION DE LICENCIAMIENTO - DIRECCION
UNIDAD TRAMITE DOCUMENTARIO
UNIDAD DE ESTADISTICA - OFICINA DE PLANIFICACION Y PRESUPUESTO
OFICINA DE IMAGEN INSTITUCIONAL
UNIDAD DE CONTROL INTERNO - JEFE DE UNIDAD - SECRETARIA GENERAL
OFICINA DE PLANIFICACION Y PRESUPUESTO
UNIDAD DE PROGRAMACION Y EVALUACION PRESUPUESTARIA - OFICINA DE PLANIFICACION Y PRESUPUESTO
UNIDAD PLANEAMIENTO Y RACIONALIZACION - OFICINA DE PLANIFICACION Y PRESUPUESTO
ARCHIVO
- / STD2445