



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

INCIDENCIA DE EPILEPSIA POST INFARTO CEREBRAL EN PACIENTES CON
CRISIS EPILÉPTICA SINTOMÁTICA AGUDA POST INFARTO CEREBRAL EN
EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DURANTE LOS
AÑOS 2024, 2025 Y SUS FACTORES CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS
ASOCIADOS

INCIDENCE OF POST-CEREBRAL INFARCTION EPILEPSY IN PATIENTS WITH
ACUTE SYMPTOMATIC EPILEPTIC SEIZURES POST-CEREBRAL
INFARCTION IN EDGARDO REBAGLIATI MARTINS NATIONAL HOSPITAL
DURING THE YEARS 2024, 2025 AND ITS ASSOCIATED CLINICAL AND
RADIOLOGICAL FACTORS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
NEUROLOGIA

AUTOR

ENRIQUE JESUS PORTOCARRERO NIETO

ASESOR

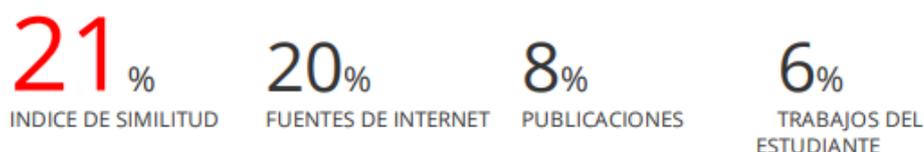
RUTH ZEGARRA OSORIO

LIMA – PERÚ

2023

INCIDENCIA DE EPILEPSIA POST INFARTO CEREBRAL EN
PACIENTES CON CRISIS EPILÉPTICA SINTOMÁTICA AGUDA
POST INFARTO CEREBRAL EN EL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DURANTE LOS AÑOS 2024,
2025 Y SUS FACTORES CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS ASOCIADOS

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	8%
2	docplayer.es Fuente de Internet	2%
3	1library.co Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	www.studocu.com Fuente de Internet	1%
7	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%

8	ddd.uab.cat Fuente de Internet	1 %
9	www.coursehero.com Fuente de Internet	1 %
10	www.hsr.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
11	www.dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	cnnespanol.cnn.com Fuente de Internet	<1 %
14	www.cippsv.com Fuente de Internet	<1 %
15	Vázquez Lizarraga Ana Marcela. "Epilepsia :", TESIUNAM, 2018 Publicación	<1 %
16	doaj.org Fuente de Internet	<1 %
17	www.benidormciudad.net Fuente de Internet	<1 %
18	www.mic.gov.py Fuente de Internet	<1 %

19	Hernández Palacios Pedro Refugio. " lean manufacturing como estrategia competitiva : experiencias en el desempeño productivo de las empresas manufactureras en los municipios de Cuautitlan Izcalli, Naucalpan de Juárez y Tlalnepantla de Baz", TESIUNAM, 2013 Publicación	<1 %
20	epilepsia.sen.es Fuente de Internet	<1 %
21	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1 %
22	www.revespcardiol.org Fuente de Internet	<1 %
23	Borbón Galaviz Ciarol Mireya. "Etiología y características clínicas de la epilepsia en pacientes pediátricos del Hospital Infantil del Estado de Sonora", TESIUNAM, 2021 Publicación	<1 %
24	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo determinar la incidencia de epilepsia post infarto cerebral en pacientes con crisis sintomática aguda post infarto cerebral hospitalizados en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2024 y 2025 y sus factores clínicos y radiológicos asociados. La metodología empleada es no experimental con enfoque cualitativo y de corte longitudinal. La población estará conformada por pacientes con crisis sintomática aguda post accidente cerebrovascular que se atiendan en el servicio de neurología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2024 y 2025, se empleará como instrumento la ficha de recolección de datos y ficha de seguimiento, el cual recopilará información de las historias clínicas de la población del estudio y la evolución de los pacientes en el seguimiento. Finalmente se utilizará el programa SPSS 25 con la finalidad de dar respuesta a los objetivos propuestos mediante la generación de tablas y gráficos, para luego plantear las conclusiones correspondientes.

Palabras clave: factores asociados, epilepsia, crisis sintomática aguda, infarto cerebral

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad incapacitante más frecuente es el ictus, siendo la tercera causa de muerte después de la enfermedad coronaria y el cáncer. Las enfermedades cerebrovasculares desempeñan un papel en la patogénesis de la epilepsia, especialmente a edades avanzadas (1).

Se denomina “crisis epiléptica” a la aparición transitoria de signos y/o síntomas provocados por una actividad neuronal anómala excesiva o simultánea en el cerebro (2), pueden ser “provocadas” (por factores precipitantes) o “no provocadas”. La epilepsia es la predisposición del cerebro a desarrollar crisis epilépticas, y es definido por una de las siguientes situaciones, al menos dos crisis epilépticas no provocadas (o reflejas) con > 24 h de separación, una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de presentar nuevas crisis durante los 10 años siguientes similar al riesgo general de recurrencia (al menos el 60 %) tras la aparición de dos crisis no provocadas, o el diagnóstico de un síndrome epiléptico (2).

Se denomina crisis sintomática aguda, a las crisis epilépticas que se deben de manera directa o en importante relación temporal con un evento precipitante (metabólico, tóxico, estructural, infeccioso o inflamatorio) que ocasiona una afectación cerebral aguda, pero que no condicionan el diagnóstico de epilepsia. Las crisis sintomáticas agudas no implican un tratamiento antiepiléptico a largo plazo. Cuando las crisis epilépticas persisten por más de 1 semana luego de resuelta la fase aguda del evento, se define el diagnóstico de epilepsia, y en ese caso requerirá tratamiento antiepiléptico.

La epilepsia post infarto cerebral se desarrolla en alrededor del 6% de los 3 a 6 millones de personas que sufren un accidente cerebrovascular anualmente. El riesgo

de crisis epilépticas no provocadas después de las crisis sintomáticas agudas es de alrededor del 30%. (3). El accidente cerebrovascular, es la principal causa de epilepsia en ancianos y representa del 30% al 50% de la epilepsia por cualquier causa en este grupo (4). De acuerdo estudios, un 90% de los ictus son isquémicos, siendo el resto hemorrágicos. Según estudios se encontró la incidencia de epilepsia posterior a un accidente cerebrovascular del 6.4% tanto en poblaciones en Londres como en países de Suecia. En aquellos que desarrollan epilepsia, casi el 85% experimenta la primera crisis epiléptica dentro de los primeros 2 años (5).

En Corea, de 23 pacientes, la tasa de crisis sintomática aguda post accidente cerebrovascular fue causado por un infarto cerebral debido a aterosclerosis de grandes arterias en 1,3%, oclusión de vasos pequeños 0,3% y cardio embolismo 0,2% (6). De acuerdo con estudios, en pacientes de Francia el 6.9% tuvieron crisis epilépticas post accidente cerebrovascular, mientras que en Finlandia los casos reportados fueron de 3.5%, a su vez, se observó una mayor prevalencia de personas con crisis epilépticas en Holanda y Corea (7).

Las características clínicas, las imágenes y los hallazgos de electroencefalogramas, y los biomarcadores de sangre se pueden integrar en los modelos pronósticos para medir el riesgo de crisis convulsivas después de un post accidente cerebrovascular (5). El principio de la epilepsia post accidente cerebrovascular no se conoce con certeza. La mayoría de los exámenes accesibles coinciden en que el desequilibrio iónico celular y los neurotransmisores excitotóxicos son el factor principal de las crisis epilépticas prematuras, en tanto que las crisis epilépticas tardías se relacionan con la disposición de la cicatriz glial que provoca la expansión de la volatilidad nerviosa (8).

De acuerdo con la Liga Internacional Contra la Epilepsia (LICE), sostiene que las crisis epilépticas tempranas por sí solas no son adecuadas para realizar un diagnóstico de epilepsia, ya que se piensa que son provocadas, mientras que una sola convulsión de inicio tardío se califica como epilepsia debido al gran riesgo de repetición de crisis epilépticas dentro de los siguientes 10 años (9). Se ha registrado que las crisis epilépticas ocurren en aproximadamente el 5% de los individuos después de un ictus isquémico, de los cuales el 33% ocurre dentro de las primeras 24 horas post accidente cerebrovascular y la mitad dentro de los primeros 30 días después del accidente cerebrovascular (10).

Según los estudios realizados en clínicas médicas especializadas, que en general tratan a pacientes más jóvenes y a casos más extremos de ictus, la incidencia agregada de epilepsia subsiguiente podría ser mayor del 15%, especialmente en pacientes muy afectados que reciben trombólisis (11). La aparición de epilepsia tras un ictus hemorrágico es apenas superior al 12%. El riesgo de epilepsia post accidente cerebrovascular es más notable durante los primeros años después del accidente (12). Las crisis epilépticas sintomáticas agudas se observan en el 1% al 4% de los pacientes con ictus isquémico, pero hasta en el 16% de los pacientes que tienen hemorragia intracerebral (13).

En el Perú, lamentablemente existe un monitoreo limitado sobre el accidente cerebrovascular, como ejemplo, no se sabe cuál es la incidencia poblacional de accidente cerebrovascular, puesto que, la mayor parte de la data procede de modelos matemáticos con data internacional que son aplicadas a nuestro contexto. Se realizó un estudio a nivel de todo el Perú en el que se confirma que para el año 2017 se diagnosticaron 10 570 casos de accidente cerebrovascular y para el año 2018 fueron

alrededor de 12 835, por lo que, registro un incremento sobre esta enfermedad, siendo, el accidente cerebrovascular isquémico con más casos confirmados (14).

Según los datos proporcionados por el departamento de estadística, en el servicio de neurología del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins fueron dados de alta 340 pacientes hospitalizados con diagnóstico infarto cerebral durante el año 2022. Con el presente trabajo plantea conocer la incidencia de epilepsia post infarto cerebral en pacientes con crisis sintomática aguda post infarto cerebral en los pacientes de nuestro servicio, además de sus factores clínicos y radiológicos asociados, del cual no hay datos estadísticos, por lo que, la investigación resulta de gran importancia.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la incidencia de epilepsia post infarto cerebral en pacientes con crisis sintomática aguda post infarto cerebral en el servicio de neurología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante los años 2024 y 2025.

Objetivos específicos

- Determinar las características clínicas asociadas al desarrollo de epilepsia en pacientes con crisis epiléptica sintomática aguda post infarto cerebral en el servicio de neurología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante los años 2024 y 2025.
- Determinar las características imagenológicas asociadas al desarrollo de epilepsia en pacientes con crisis epiléptica sintomática aguda post infarto cerebral en el servicio de neurología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante los años 2024 y 2025.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

a) Diseño del estudio

Por el propósito perseguido, la presente investigación es un estudio de enfoque no experimental, de cohortes prospectivo, longitudinal, que permite profundizar la información y comprensión correspondientes al estudio observando los datos existentes presentados en su contexto natural.

Se considera que la investigación posee un enfoque cualitativo porque se va a determinar la presencia o ausencia y características de epilepsia post infarto cerebral en aquellos pacientes que previamente haya tenido una crisis sintomática aguda post infarto cerebral, es un estudio de corte longitudinal porque se van a observar datos recopilados en un periodo de tiempo y a una población determinada de la Unidad Neurológica del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

b) Población

Estará conformada por pacientes con diagnóstico de crisis sintomática aguda post infarto cerebral hospitalizados en el servicio de neurología del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2024 y 2025.

Teniendo en cuenta que en el servicio de neurología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se hospitalizaron 340 pacientes con el diagnóstico de infarto cerebral durante el año 2022, y se estima que el 4% presentara una crisis sintomática, se estima una población de aproximadamente 28 pacientes en 2 años.

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de crisis epiléptica sintomática post infarto cerebral.
- Haber estado hospitalizado durante los años 2024 y 2025 en el servicio de neurología del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Criterios de Exclusión

- Tener antecedente de epilepsia.
- Tener crisis epilépticas sintomáticas agudas de etiología no vascular isquémica.
- Presentar lesiones cerebrales previas que puedan justificar crisis epilépticas.
- Presentar malformaciones cerebrales congénitas.
- Presentar epilepsia de causa no vascular isquémica durante el seguimiento a 2 años.
- Ser menor de 14 años de edad.

Adherencia

Se espera que un 10% de pacientes se pierda en el seguimiento por los siguientes motivos:

- Fallecimiento en el seguimiento a 2 años.
- No atienden a las llamadas telefónicas de seguimiento
- Deciden no continuar con el estudio.
- Presentan algún criterio de exclusión.
- Etc.

c) Muestra

Para este estudio se ha calculado una muestra de 30 participantes. La muestra estará conformada por pacientes con diagnóstico de crisis sintomática aguda post infarto cerebral ingresados al servicio de neurología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. en el servicio se hospitalizan un aproximado de 340 pacientes por infarto cerebral durante el año 2022, de los cuales se estima según la literatura que el 4% presentara una crisis sintomática aguda postinfarto cerebral, por lo que se considera una población de 28 pacientes en 2 años.

Se procede a realizar el cálculo de tamaño muestral, se asigna un margen de error alfa de 0.05, un intervalo de confianza de 95% y tomando en consideración un universo de pacientes de 28 que el hospital espera atender con crisis sintomática aguda post infarto cerebral en el lapso de 2 años.

Los cálculos fueron realizados en función a la siguiente fórmula:

- fórmula para calcular tamaño muestral de estudio cualitativo

$$\text{Sample size} = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Lo que finalmente da un resultado de 27 pacientes.

Finalmente se calcula que el 10% de los pacientes se perderán en el seguimiento por razones expuestas en el apartado de adherencia, por lo que usamos la fórmula de tamaño de muestra ajustado, la cual es la siguiente:

- Tamaño de muestra ajustado = Tamaño de muestra sin pérdida de pacientes / (1 - Porcentaje esperado de pérdida de pacientes)

Lo que finalmente da un resultado de 30 pacientes.

d) Definición operacional de variables

Variables		Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala	Instrumento
Características clínicas	Edad	Tiempo de vida en años	Número de edad en años	N/A	- 0-11 años: niño - 12-17: adolescente - 18-29: joven - 30-59: adulto - 60 o más: adulto mayor	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos
	Sexo	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	condición sexual orgánica de la persona	N/A	- Masculino - Femenino	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Demencia	Deterioro cognitivo que altera las actividades de la vida diaria	Diagnóstico de demencia por medico	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Gravedad del infarto	Extensión del infarto cerebral	Nivel de escala NIHSS	N/A	- Leve: Nihss 0-5. - Moderado: Nihss 6-15. - Moderadamente severo: Nihss 16-25. - Severo: Nihss mayor de 25.	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos
	Diabetes mellitus	Enfermedad crónica no trasmisible caracterizada por alteración en el metabolismo de la glucosa	Diagnóstico de DM por medico	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos

	HTA	Enfermedad crónica no trasmisible caracterizada por presiones altas	Diagnóstico de HTA por medico	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Dislipidemia	Enfermedad caracterizada por niveles altos de lípidos y triglicéridos en sangre	Diagnóstico de dislipidemia por medico	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Antecedente de TEC moderado o severo	Antecedente de TEC moderado o severo	Antecedente de TEC con Glasgow menor o igual a 13	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Crisis epilépticas de inicio focal	Descarga eléctrica neuronal anómala que inicia en un hemisferio del cerebro	Crisis epiléptica focal según clasificación de ILAE	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Crisis epilépticas de inicio generalizado	Descarga eléctrica neuronal anómala que inicia en ambos hemisferios del cerebro	Crisis epiléptica generalizada según clasificación de ILAE	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Status epiléptico durante la 1ra semana del infarto	Estado en el que fallan los mecanismos de inicio y terminación de una crisis epiléptica	Persistencia de la crisis epiléptica por más de 5 minutos	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos

	Complicaciones cerebrales dentro de la 1ra semana post infarto cerebral	Presencia de otras comorbilidades cerebrales secundarias al infarto cerebral	Complicaciones cerebrales secundarias al infarto cerebral	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Complicaciones sistémicas dentro de la 1ra semana post infarto cerebral	Presencia de otras comorbilidades sistémicas secundarias al infarto cerebral	Complicaciones sistémicas intrahospitalarias secundarias al infarto cerebral	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Etiología del infarto cerebral	Causa fisiopatológica que produjo el infarto	Etiología según clasificación TOAST	N/A	-Aterotrombótico de gran vaso. - Aterotrombótico de pequeño vaso. - Cardioembólico. - De otras causas. - De causa indeterminada	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Tratado con Trombólisis	Tratamiento farmacológico enfocado en disolución del coagulo que produce el infarto cerebral	Si fue sometido a trombólisis o no a su ingreso a emergencia	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
Características radiol	Localización del infarto	Zona del parénquima cerebral que se encuentra afectada en el infarto cerebral	Zona del parénquima cerebral que se encuentra afectada en el infarto cerebral	N/A	Cortical / Subcortical / Cortico-subcortical / Ganglios basales / Troncoencefalico / Frontal Parietal / Temporal Occipital / Ínsula Cerebelo	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos

ógi cas	Tamaño del infarto	Extensión en del infarto	Extensión en centímetros del infarto	N/A	- Pequeño: Menos o igual a 1.5 cm. - Mediano: entre 1.6cm y menos de 2/3 del territorio vascular de la acm, acá o circulación posterior. - Extenso: igual o mayor a 2/3 del territorio vascular de la acm, acá o circulación posterior.	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Trasformación hemorrágica	Sangrado del parénquima cerebral que fue infartado	Presencia de sangre en zona infartada en tem encéfalo	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	ASPECTS	extensión del infarto cerebral en el territorio de la arteria cerebral media	Extensión de infarto cerebral en territorio de ACM según tem encéfalo	N/A	Del 0 al 10	Cuantitativa	Discreta	Ficha de recolección de datos
	Territorio Vascular	Zona de parénquima cerebral irrigado por una arteria cerebral	Arteria cerebral obstruida según zona infartada en tomografía de encéfalo	N/A	- ACM - ACA - ACP - BASILAR	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Presencia de Leucoaraiosis	Rarefacciones de sustancia blanca	Presencia de hipodensidades subcorticales de aspecto isquémico crónico en tomografía	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos

	desplazamiento de línea media	Desplazamiento del parénquima cerebral por encima de la línea media de manera patológica	Desplazamiento de septum pelúcido a través de la línea media en tomografía de encéfalo	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Hidrocefalia	Dilatación de los ventrículos cerebrales mayor de lo normal	Presencia de hidrocefalia en tomografía de encéfalo	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Atrofia cerebral	Encogimiento del cerebro por reducción del parénquima cerebral	Presencia de atrofia cerebral en tomografía de encéfalo	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
	Crisis epiléptica no provocada post infarto cerebral	Cursar con al menos una crisis epiléptica no provocada post infarto cerebral dentro de los 2 años de seguimiento y luego de una semana del infarto cerebral por el que fue hospitalizado.	Presencia de al menos una crisis epiléptica diagnosticada por personal médico, y que haya sido atribuible al infarto cerebral por el que ingreso al estudio y no a otra causa que la justifique	N/A	Si No	Cualitativa	Dicotómica	Ficha de recolección de datos

e) Procedimientos y técnicas

En un principio, se solicitará el permiso correspondiente al director del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, proporcionándoles el conocimiento acerca de la finalidad del presente estudio. Por lo tanto, se solicitará la autorización necesaria para recolectar información dentro del servicio de Neurología del Hospital, mediante el cual se hará uso de fichas de recolección para compilar toda la información requerida acorde a las variables de estudio.

De la misma manera, la información será recopilada mediante historias clínicas de pacientes con infarto cerebral y crisis sintomática aguda post infarto cerebral, evidenciando las características demográficas, los factores clínicos y radiológicos presentes en los pacientes que serán parte de la población del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Los pacientes que forman parte de la población tendrán un seguimiento después de 2 años con la finalidad de obtener conocimiento mediante preguntas clave y detectar si en el transcurso de ese período tuvieron recurrencia de al menos un episodio de crisis epiléptica y que se concluye fue ocasionada por el infarto cerebral ocurrido al momento que el paciente fue incorporado al estudio.

Finalmente, los datos compilados serán transferidos al programa estadístico con la finalidad de elaborar una comparación a través de tablas y gráficos porcentuales para proporcionar una buena comprensión respecto a los objetivos de investigación.

f) Aspectos éticos

Se toma en cuenta la privacidad de la información proporcionada de las historias clínicas de los pacientes con epilepsia, puesto que serán descritos mediante codificación con el propósito de no dar a conocer los datos personales de los

participantes. Del mismo modo, se solicitará la autorización informada para el seguimiento telefónico del paciente cada 6 meses hasta los 2 años, ya que el estudio se centra en recabar datos de historias clínicas y hacer un seguimiento a 2 años.

Por último, este proyecto pasará por revisión del Comité de Ética del Hospital Edgardo Rebagliati Martins y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Para garantizar el libre acceso a la base de datos utilizada en esta investigación, se implementarán diversas medidas de seguridad y políticas de acceso. Estas medidas están diseñadas para salvaguardar la integridad de los datos y promover la transparencia y apertura en el ámbito de la investigación, entre las estrategias que se aplicaran están la autenticación y autorización, el respaldo y la recuperación, la auditoria y registro de eventos, y políticas de acceso y uso.

g) Plan de análisis

La base de datos será tabulada en el Excel 2016 para posteriormente ser derivada al programa estadístico SPSS versión 25, donde las variables cuantitativas serán mostradas sus promedios, moda, mínimo y máximo. Además, se hará asociación bivariado para la cual se usará chi cuadrado, y para el modelo de significancia estadística se usará el modelo de regresión logística. Todos los resultados serán presentados en tablas y figuras para su posterior interpretación.

IV. REFERENCIAS

1. Ozon A, Cuce F. Clinical and radiological evaluation of epilepsy after ischemic cerebrovascular disease. *Gulhane Med J.* 2020; 62(1): p. 126-130.
2. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the international league against epilepsy (ILAE) and the international bureau for epilepsy (IBE). *Epilepsia.* 2005; 46: 470-2.
3. Galovic M, Atuesta C, Abraira L, Dohler L, Sinka L, Brigo F, et al. Seizures and Epilepsy After Stroke: Epidemiology, Biomarkers and Management. *Drugs Aging.* 2021; 38(4): p. 285-299.
4. Lin R, Yu Y, Wang Y, Foster E, Kwan P, Lin M, et al. Risk of Post-stroke Epilepsy Following Stroke-Associated Acute Symptomatic Seizures. *Frontiers in aging neuroscience.* 2021; 13(1): p. 1-15.
5. Galovic M, Atuesta C, Abraira L, Dohler N, Sinka L, Brigó F, et al. Seizures and Epilepsy After Stroke: Epidemiology, Biomarkers and Management. *Drugs & Aging.* 2021; 38(1): p. 285-299.
6. Seok B, Yoon B, Jin L. Acute Symptomatic Seizures in Patients with Acute Ischemic Stroke: Incidence and Predictive Factors. *J Korean Neurol Assoc.* 2019; 33(2): p. 89-96.
7. Hujar S, Kopyta I. Poststroke epilepsy: current perspectives on diagnosis and treatment. *Dovepress.* 2018; 19(15): p. 95-103.
8. Liang M, Zhang L, Geng Z. Advances in the Development of Biomarkers for Poststroke Epilepsy. *BioMed Research International.* 2021; 1(1).
9. Fu Y, Feng L, Xiao B. Current advances on mechanisms and treatment of post-stroke seizures. *Acta Epileptologica.* 2021; 3(14): p. 1-5.
10. Castro J, Quintero I, González C, Jiménez A, Reyes B, Hernández S. EEG findings and outcomes of continuous video-EEG monitoring started prior to initiation of seizure treatment in the perinatal stroke. *Early Human Development.* 2018; 120(1): p. 1-9.
11. Zou S, Chen Y. Research progress on the prediction of post-stroke epilepsy. *Acta Epileptologica.* 2020; 2(24).

12. Bentes C, Peralta A, Martins H, Casimiro C, Morgado C, Franco A, et al. Seizures, electroencephalographic abnormalities, and outcome of ischemic stroke patients. *Epilepsia Open*. 2017; 2(4): p. 441-452.
13. Galovic M, Döhler N, Erdélyi B, Felbecker A, Siebel P, Conrad J, et al. Prediction of late seizures after ischaemic stroke with a novel prognostic model (the SeLECT score): a multivariable prediction model development and validation study. *The Lancet Neurology*. 2018; 17(2): p. 143-152.
14. Bernabé A, Carrillo R. Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2021; 38(3): p. 399-405.

V. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto

MATERIALES DE ESCRITORIO			
Detalle	Cantidad	Valor (S/.)	Total (S/.)
Útiles para escritorio	1	S/. 308.00	S/. 308.00
Papel A4	2	S/. 12.00	S/. 24.00
Tinta de impresión	1	S/. 52.00	S/. 52.00
USB	1	S/. 43.00	S/. 43.00
CD's	2	S/. 3.00	S/. 6.00
Sobres manila	10	S/. 1.00	S/. 10.00
Sub Total			S/. 443.00
SERVICIOS			
Detalle	Cantidad	Valor (S/.)	Total (S/.)
Fotocopias	190	S/. 0.10	S/. 19.00
Internet/hora	90	S/. 1.00	S/. 90.00
Asesoría		S/. 630.00	S/. 630.00
Sub Total			S/. 739.00
OTROS			
Detalle	Cantidad	Valor (S/.)	Total (S/.)
Transporte		S/. 90.00	S/. 90.00
Refrigerio		S/. 65.00	S/. 65.00
Imprevistos		S/. 45.00	S/. 45.00
Sub Total			S/. 200.00
TOTAL			S/. 1 382

Cronograma

Actividades		AÑO: 2023					2024	2025	2026
		Ene	Feb	Mar	Abr	Jun			Ene
1	Revisión de información	X							
2	Elaboración del proyecto		X						
3	Revisión del proyecto			X	X	X			
4	Aplicación de instrumentos						X	X	
5	Tabulación de la data							X	
6	Preparación de los datos para análisis							X	
7	Discusión							X	
8	conclusiones y recomendaciones							X	
9	Presentación de tesis							X	

ANEXOS

Anexo N°1. Ficha de recolección de datos

DATOS DEL PACIENTE AL INGRESO DEL ESTUDIO DURANTE HOSPITALIZACION									
LUEGO DE LLENAR LOS DATOS DEL PACIENTE, MARCAR SEGÚN CORRESPONDA A LAS CARACTERISTICAS CLINICAS O RADIOLOGICAS DEL PACIENTE									
NUMERO DE FICHA				Localización del infarto	Cortical				
FECHA					Subcortical				
NOMBRES Y APELLIDOS					Cortico-subcortical				
DNI					Ganglios basales				
TELEFONO					Frontal				
Edad	0-11 años: niño			Parietal					
	12-17: adolescente			Temporal					
	18-29: joven			Occipital					
	30-59: adulto			Troncoencefálico					
	60 o más: adulto mayor			Ínsula					
Sexo	Masculino	Femenino		Tamaño del infarto	Cerebelo				
	Demencia	Si	No		Pequeño: Menos o igual a 1.5 cm.				
Gravedad del infarto		Leve: Nihss 0-5.			Transformación hemorrágica	Mediano: entre 1.6cm y menos de 2/3 del territorio vascular de la acm, acá o circulación posterior.			
	Moderado: Nihss 6-15.			Extenso: igual o mayor a 2/3 del territorio vascular de la acm, acá o circulación posterior.					
	Moderadamente severo: Nihss 16-25.			ASPECTS					
	Severo: Nihss mayor de 25.			Si No					
Diabetes mellitus	Si	No		1 2 3 4 5					
HTA	Si	No		6 7 8 9 10					
Dislipidemia	Si	No		Territorio Vascular	ACM				
Antecedente de TEC moderado o severo	Si	No			ACA				
Crisis epilépticas de inicio focal	Si	No		ACP					
Crisis epilépticas de inicio generalizado	Si	No		BASILAR					
Status epiléptico durante la 1ra semana del infarto	Si	No		Presencia de Leucoaraiosis	Si	No			
Complicaciones cerebrales dentro de la 1ra semana post stroke	Si	No		Presencia de Edema con desplazamiento de línea media	Si	No			
Complicaciones sistémicas dentro de la 1ra semana post stroke	Si	No		Hidrocefalia	Si	No			
Etiología del infarto cerebral	Aterotrombótico de gran vaso.			Atrofia cerebral	Si	No			
	Aterotrombotico de pequeño vaso.								
	Cardioembólico.								
	De otras causas.								
	De causa indeterminada								
Tratado con Trombólisis	Si	No							
DATOS DE SEGUIMIENTO TELEFONICO DEL PACIENTE									
				PRESENCIA DE ALMENOS UNA CRISIS EPILEPTICA DIAGNOSTICADA POR PERSONAL MEDICO, Y QUE HAYA SIDO ATRIBUIBLE AL INFARTO CEREBRAL POR EL QUE INGRESO AL ESTUDIO Y NO A OTRA CAUSA QUE LA JUSTIFIQUE					
PRIMERA LLAMADA DE CONTROL A LOS 6 MESES				SI		NO			
PRIMERA LLAMADA DE CONTROL A LOS 12 MESES				SI		NO			
PRIMERA LLAMADA DE CONTROL A LOS 18 MESES				SI		NO			
PRIMERA LLAMADA DE CONTROL A LOS 24 MESES				SI		NO			

Anexo N°2. Consentimiento informado de seguimiento

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he recibido información suficiente sobre el estudio de "CARACTERISTICAS CLINICAS E IMAGENOLOGICAS ASOCIADAS A DESARROLLO DE EPILEPSIA POST INFARTO CEREBRAL EN PACIENTES CON CRISIS EPILEPTICA SINTOMÁTICA AGUDA POST INFARTO CEREBRAL EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2023". Después de la entrevista, acepto libremente se usen los datos de mi historia clínica, y acepto participar en el seguimiento de este estudio por parte de llamadas telefónicas.

Declaro que he recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que he tenido la oportunidad de hacer sobre la naturaleza del estudio, sus objetivos, su metodología. Después de leer (o que me hayan leído) todo lo anterior, estoy de acuerdo libremente y sin restricciones para participar en este estudio.

Entiendo que mi participación implicará:

- Participar de las llamadas telefónicas cada 6 meses por 2 años y responder a las preguntas realizadas.
- Aceptar el uso de los datos registrados en mi historia clínica.

También estoy de acuerdo en que los resultados de este estudio se publiquen en revistas científicas siempre que se respeten mi anonimato y mis derechos de propiedad privada.

Soy libre de participar y soy consciente de que, si me inscribo en este estudio, puedo dejarlo en cualquier momento sin tener que dar ninguna razón.

Nombres y apellidos del participante o apoderado representante

Firma del participante o apoderado representante (o huella dactilar)

Fecha: