



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

TP Y INR COMO FACTOR PREDICTOR DE ACV EN
PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR NO
VALVULAR ANTICOAGULADOS EN EL HOSPITAL
CARLOS LAN FRANCO LA HOZ DE ENERO A DICIEMBRE
DEL AÑO 2018

PRESENTADA POR
KARINA JULISSA SANCHEZ SAUCEDO

ASESOR
DR. FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
INTERNA

LIMA – PERÚ

2018



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual

CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

TP Y INR COMO FACTOR PREDICTOR DE ACV EN PACIENTES CON
FIBRILACION AURICULAR NO VALVULAR ANTICOAGULADOS EN EL
HOSPITAL CARLOS LAN FRANCO LA HOZ DE ENERO A DICIEMBRE
DEL AÑO 2018

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

PRESENTADO POR

KARINA JULISSA SANCHEZ SAUCEDO

ASESOR

DR. FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación	5
1.5 Viabilidad y factibilidad	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definiciones de términos básicos	17
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	18
3.2 Variables y su operacionalización	18
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	20
4.2 Diseño muestral	20
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	21
4.4 Procesamiento y análisis de datos	22
4.5 Aspectos éticos	22
CRONOGRAMA	24
PRESUPUESTO	25
FUENTES DE INFORMACIÓN	26
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	33
2. Instrumento de recolección de datos	34
3. Consentimiento Director Hospital CLLH	35

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Definimos fibrilación auricular como una taquicardia supra ventricular muy frecuente y se presenta con un ritmo rápido de la aurícula, totalmente desordenado y no sincronizado, siendo incapaz de crear contracciones efectivas. Su impacto hoy en día en nuestra población es del al 0,4%, el cual va en aumentando su prevalencia cuando aumenta la edad, presentándose en el 5% en los pacientes con edad mayor a 65 años ¹

Este tipo de taquicardia es tolerada sin embargo actúa es marcador de mal pronóstico en las cardiopatías previas evolucionadas. Esta taquiarritmia presenta dos tipos de complicaciones principalmente. Primero insuficiencia cardiaca. Segundo, cuando se desarrollan trombos intra – cavitarios y así terminan en embolizar en todo el sistema a nivel arterial. Características que enfocan la terapéutica: como son restablecer el ritmo, controlar la frecuencia y realizar la anticoagulación. ^{2,3}

La fisiopatología de esta arritmia empieza con la desaparición de la actividad auricular izquierda la cual disminuye el flujo arterial y favoreciendo que se formen trombos y se presenta la complicación más grave que es los accidentes cerebrovasculares tromboembolicos (ACV). Los factores asociados que van a incrementar el riesgo de accidente cerebrovascular, son a la cabeza una cardiopatía, pacientes portadores de prótesis valvular mecánica y antecedente algún episodio embólico; este constituye un

importante predictor de nuevos episodios. Es importante mencionar que la HTA, DM, cardiopatías, ICC, edad. Van a aumentar el riesgo ICTUS ⁴

La anticoagulación es uno de los objetivos fundamentales en el manejo de la FANV. En Los últimos años se han publicado ensayos clínicos con números superiores a 20.000 pacientes que participaron, se valoró el riesgo de embolizar en aquellos participantes con diagnóstico de FANV y su impacto en el tratamiento. Los resultados impactaron y se representaron en una disminución del riesgo de que embolizaran en un total de participantes en un 68%. ^{5,6}

Los análogos de la vitamina K, van a interferir en la síntesis hepática en los factores de coagulación (anticoagulantes orales), principales para la profilaxis de los accidentes cerebrovasculares en la Fibrilación auricular. El empleo es beneficioso para el paciente y muchos de ellos presentan adhesión al tratamiento, sin embargo, por sus múltiples efectos adversos hay que ir controlándolos y reajustando las dosis, e allí el gran problema que muchas veces se presentan. El dosaje permanente (TP) e INR). El objetivo de rango terapéutico con los anticoagulantes orales son INR de 2 y 3, donde se demostró que es óptimo, presentándose sangrado con un menor riesgo ⁷

Este problema tiene un impacto alto, por su influencia en la supervivencia negativamente, por los eventos embólicos que se presentan, ya que causan una mala calidad de vida en las personas que lo presentan principalmente, además del impacto económico para el sector salud ⁸.

Hoy en día Las guías de práctica clínica, apoyan la literatura incidiendo en la anticoagulación como prevención^{2, 3}. Existen nuevos anticoagulantes orales, que son los antagonistas de los factores trombina y factor Xa^{9, 10}, sin embargo, sigue siendo los antagonistas de la vitamina K, predominantes en la población anticoagulada.

Las anticoagulaciones reducen los accidentes tromboembólicos y hay que resaltar que la efectividad va depender del buen control de la anticoagulación, demostrado a través del INR siendo entre 2 y 3. Se viene demostrando a través de estudios que los pacientes con FANV anti coagulados tienen un INR fuera de rango terapéutico ^{12, 13}, lo cual los predispone a un alto riesgo de eventos tromboembólicos - hemorrágicos.

Este tema es muy estudiado por expertos ya que en muchas investigaciones a nivel Mundial se ha demostrado Que entre el 60 y 70 por ciento de la población afectada que se encuentra en tratamiento anticoagulante llevan un buen control de este y un 40 por ciento no. Esto Se detallará en los antecedentes en el marco teórico más adelante.

En nuestro hospital la incidencia de ACV es alta, y muchos de los pacientes no saben que padecen de esta arritmia supra ventricular, sin embargo, hay muchos de estos pacientes que conocen su enfermedad, que se encuentran actualmente en tratamiento y no se explican porque llegan a desarrollar

estas complicaciones, se revisa las historias clínicas y se ha identificado en varios de estos un mal control de los índices de TP – INR

En nuestro estudio queremos analizar el control que tenemos sobre la anticoagulación en nuestros pacientes diagnosticados con FANV y su relación con el desarrollo de ACV. Ya que en nuestro hospital la incidencia de ACV en pacientes con FA es muy alta.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el TP y INR como factor predictor de ACV en pacientes con fibrilación auricular no valvular anticoagulados en el Hospital Carlos Lan Franco La hoz de enero a diciembre del año 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Identificar la relación entre el TP y INR como factor predictor de ACV asociado a pacientes con fibrilación auricular no valvular anticoagulados en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz de enero a diciembre del año 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el grupo etario más prevalente de pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados que presentan ACV.
- Determinar las causas más frecuentes en los pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados que desarrollaron ACV.
- Identificar los rangos de TP – INR de los pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados y ACV

- Identificar el anticoagulante más frecuente en los pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados y ACV.
- Identificar las dosis diarias más frecuente en los pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados y ACV.
- Identificar porcentajes de pacientes con fibrilación auricular con ACV con adhesión al tratamiento.
- Identificar los factores de riesgo asociados a pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados con ACV.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

Conocer los rangos (TP Y INR) que presentan los pacientes fibriladores de origen no valvular anti coagulados y desarrollaron algún ACV a pesar del tratamiento anticoagulante en nuestro hospital, es muy importante, ya que nos va permitir, identificar y controlar diferentes aspectos, que puedan disminuir la incidencia y /o prevalencia de las complicaciones futuras y demostrar que estamos haciendo un mal control de la anticoagulación y que podemos prevenir un ACV, mejorando nuestro manejo. Este tema sigue siendo controversial y es muy estudiado por expertos ya que en muchos estudios se ha demostrado que entre el 60 y 70 por ciento de la población afectada que se encuentra en tratamiento anticoagulante llevan un buen control de este y un 40 por ciento no.

En nuestro hospital la incidencia de ACV es alta, y muchos de los pacientes no saben que padecen de esta arritmia supra ventricular, sin embargo, hay muchos de estos pacientes que conocen su enfermedad, que se encuentran actualmente en tratamiento y no se explican porque llegan a desarrollar estas complicaciones, se

revisa las historias clínicas y se ha identificado en varios de estos un mal control del TP – INR. Como no hay evidencia científica aplicada a nuestro hospital no podemos intervenir en el manejo y capacitación a los profesionales para poner hincapié de lo que no estamos manejado adecuadamente y con un mejor control podríamos prevenir esta complicación que ya de por si es frecuente en estos pacientes.

Por eso de la importancia de este estudio aplicado en nuestro medio con el fin de poder controlar el manejo y disminuir el impacto económico de su tratamiento ²

1.4.2. Viabilidad de la investigación:

El proyecto es definitivamente viable, se cuenta con recursos humanos, además de realizarse de forma retrospectiva y los datos serán tomados de las bases de datos del hospital además de poder acceder a los archivos de historias clínicas de donde se extraerán los datos para la investigación.

Este proyecto será autofinanciado, por lo cual nos apoya aún más a la viabilidad de este proyecto.

Este proyecto es políticamente factible y no se necesita consentimiento informado debido a que su valoración es durante sus controles hospitalarios.

1.5 Limitaciones del estudio

La muestra es heterogénea, muchos de ellos con comorbilidades, asociadas a lo que se le va dosar un mismo indicador para valorar el pronóstico de complicaciones cardioembolicas.

Los pacientes deben ser atendidos en el hospital y tener un seguimiento, pacientes son de bajos recursos muchos de ellos pertenecer al SIS y otros no, pero deben de pertenecer al a la red del hospital Carlos Lan Franco La Hoz. Lo cual connota un diferente nivel socioeconómico que la población general, teniendo limitación al momento de extrapolar resultados.

Otra de las limitaciones son los pacientes que han necesitado procedimientos invasivos que son derivados a otro hospital de mayor capacidad resolutive, donde algunos no regresan para su seguimiento al hospital de base.

Existe bibliografía respecto al dosaje de marcadores a investigar. Sin embargo, estos son limitados hoy en día, ya que en los últimos estudios se están investigando los nuevos anticoagulantes orales, que por el bajo nivel socioeconómico en nuestro hospital no se puede utilizar como protocolo.

En hospitales de MINSA el dosaje de estos marcadores muchas veces no se pueden realizar de forma periódica por falta de presupuesto, esta es una limitación para mi estudio.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

El 2017 Narayanaswamy V, *et al.* Hicieron una revisión sobre la epidemiología del ACV en países asiáticos, mediante un estudio de tipo descriptivo, donde encontraron índices de mortalidad más bajos en Japón 43.4/1000 000 y Singapur 47.9/100 000. Las tasas más altas en Mongolia 222.6/100 000 e Indonesia 193.3/100 000. La HTA, diabetes mellitus y el hábito de fumar fueron las causas de ACV más comunes. Además, un gran número han sufrido de eventos cerebrovasculares previos y enfermedad arterial coronaria. Concluyeron que el AVC isquémico es más frecuente, excepto en India y Vietnam, donde pudieron observar lo contrario.³⁸

En 2016, Horacio Vázquez Nosiglia publico una revisión Accidente cerebrovascular criptogénico, fibrilación auricular subclínica y anticoagulación. Concluye El ACV criptogénico es una entidad que plantea un difícil desafío al equipo de salud. La FA subclínica puede explicar una parte de los mismos y un monitoreo electrocardiográfico prolongado puede identificarla, sin embargo, está lejos de ser la única causa. La extrasístole auricular se identificó como factor de riesgo importante. Subsisten importantes áreas de incertidumbre en cuanto a la relación entre la FA subclínica y el mecanismo del ACV y también en cuanto al mejor manejo en prevención secundaria.¹⁴

En 2015, Vivencio Barrios et al. (PAULA) un estudio español. Evaluaron 1524 pacientes. Concluyeron que un 40% de participantes fibriladores no valvulares anti coagulados, presentaron un mal control dela misma¹⁵

En 2015 Sergio Cinza-Sanjurjo et al. Publicaron el estudio Estudio ANFAGAL, se incluyeron a participantes mayores 65 años, con diagnóstico de FANV anticoagulados por 1 año. Se Concluye que el 40% estudiados no alcanzaron el rango establecido terapéutico. Los factores que influyeron identificados, enfermedad renal y el riesgo de hemorragia. ¹⁶

En 2015 Lina García et al. Publicaron un Estudio descriptivo-retrospectivo de individuos con ACV isquémico donde describe el ataque cerebrovascular isquémico (ACV) de los pacientes y la relación entre las características con fibrilación auricular. Concluyeron que El ACV isquémico es una patología prevalente en nuestra población y aproximadamente uno de cada cinco pacientes con ACV presentan fibrilación auricular previa o diagnosticada de novo durante el evento. La mortalidad en este subgrupo fue del 16%.¹⁷

En 2015 Carlos Cantú-Brito, Fernando Flores Silva; publicaron un Artículo de revisión sobre la Enfermedad vascular cerebral y la taquicardia supra ventricular más frecuente (FANV), Describen que el riesgo de ocurrencia de un Infarto cerebral en presencia de FA no valvular es cuatro veces mayor comparado con sujetos sin FA, elevándose hasta 20% para la FA valvular. Además, nos describen que el riesgo aumenta a mayor edad, principalmente de 80 años a mas que desarrollan IC detectándose FA hasta en el 50% de los casos. Teniendo en cuenta que el riesgo atribuible a la FA como causa de IC alcanza el 20% en este grupo de edad. ³⁴

En 2015, Alfageme R logro identificar las características epidemiológicas y clínicas del ACV, estudio descriptivo, en 72 pacientes, de los cuales fue 51.4 % origen hemorrágico y 48.6% origen isquémico. La edad donde se observó con más

frecuencia ACV fue 65 años. El ACV origen hemorrágico predominó en sexo femenino de menos de 60 años. La HTA fue frecuente en 61.1%. EL ACV Isquémico cardioembólico 40% relacionado a fibrilación auricular fue el más observado. Concluyó que los factores de riesgo se podrían prevenir y controlar ³⁶.

En 2015, Piloto R *et al.*, realizaron una descripción sobre las características clínicas y epidemiológicas del accidente cerebrovascular en un total de 451 pacientes, estudio que identificó el ACV isquémico con mayor prevalencia, y principalmente en varones de 75 años. Los factores de riesgos que se asociaron en este estudio fueron hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Dentro de Las secuelas encontramos a los trastornos de la memoria y la dificultad para la marcha ³⁹.

En 2015, Camejo C, *et al*, realizaron un estudio, donde describen la clínica del accidente cerebrovascular, los factores de riesgo y algunos indicadores de manejo, se realizó en 784 pacientes con ACV de los cuales fueron 75% diagnosticados como infartos, 16% como hemorragias y 9% como AIT. La mayor prevalencia se encontró entre 60 y 79 años varones. Dentro de los factores de riesgo; HTA representa un 76%, fumar el 39%, la diabetes el 20% y la dislipemia en el 22%. Los días de hospitalización promedio fueron de 14 días y además mejoró la función motora a los seis meses. Se llegó a la conclusión que el entrenamiento de inicio, el diagnóstico y el tratamiento adecuado redujeron los días de hospitalización y la recuperación de los pacientes ⁴⁰.

En 2014, VANESSA ANDREA NAVARRO PAREDES publicó un estudio sobre la monitorización ambulatoria de la anticoagulación en adultos y complicaciones en la terapia con acenocumarol (2001-2010) Estudio retrospectivo de pacientes ambulatorios en TACO con AC, controlados en el Hospital Base Valdivia, donde

concluye que El control de los pacientes en TACO es bajo y la TI de EH es mayor a lo descrito en la literatura. Se hace necesario generar estrategias de mejora en el control de la anticoagulación, para asegurar el éxito en el tratamiento y la reducción en las complicaciones de este tratamiento. ¹⁸

En 2014 Hsieh Fy y Chiou Hy demostraron mediante estudio descriptivo, determinaron epidemiología de ACV en Taiwán. Encontraron el ACV isquémico es más común. La oclusión de vasos pequeños fue por ACV isquémico. La edad, el sexo, la hipertensión, la hiperlipidemia diabética, la obesidad, la fibrilación auricular y el tabaquismo son factores que aumentan la morbilidad. El tratamiento para el ACV isquémico agudo es la trombólisis; sin embargo, la tasa de esta terapia es aún baja en Taiwán. Concluyeron se debe mejorar el conocimiento, acceso del servicio de salud y manejo del ACV ³⁷.

En 2013, Josep Guindo Soldevila et al. Publicaron un artículo sobre riesgo tromboembólico - hemorrágico y fibrilación auricular. Donde concluyen que a pesar de ser efectiva la anticoagulación en estos participantes existe un alto riesgo de presentarse eventos hemorrágicos. Por lo cual antes de instaurar el tratamiento es responsabilidad de los profesionales evaluar el beneficio y riesgo de este tratamiento, para el cual se puede utilizar los scores de estratificación de riesgo. ¹⁹

En 2013, Gonzales R, et al., publicó un estudio descriptivo, comparativo donde determinó los aspectos epidemiológicos del ICTUS en 2003 y 2011 en un total de 153 pacientes, 66 al primer período y 87 al segundo periodo. El ICTUS se presentó en varones de más 60 años. La hipertensión prevaleció en ambos grupos primero

y segundo además fue el más frecuente que se presentó. El ACV isquémico se presentó en un 91% en el 2003 y el 84% en 2011. ⁴¹.

En 2011, Ferri C, et al., estudiaron a la prevalencia del ACV y a la discapacidad relacionada con este, además de investigar sobre la dependencia del cuidador en América Latina, China y la India. La prevalencia en los ángeles fue del 6% y el 6% en la China urbana, en India el 1.1%, China rural 1.6% y en Perú 2.7%. Las secuelas que se presentaron fueron la demencia y la depresión. Se Concluyó que la prevalencia del ACV tanto en centros urbanos los Ángeles y China es muy similar a los países desarrollados ⁴²

En 2008, Martín Ruiz Ortiz et al. Publicaron un estudio donde evaluaron el CHADS2 como herramienta en una población europea diagnosticada con FANV y se confirma que la escala de CHADS sigue siendo buena herramienta de valoración de riesgos embólicos en pacientes fibriladores de origen no valvular. ³⁵

2.2 BASES TEORICAS

Iniciamos definiendo a la fibrilación auricular como la taquiarritmia con mayor incidencia en la población. Aproximadamente la prevalencia es del 2%, la cual aumenta con la edad, comorbilidades ²⁰. En el mundo existen muchos estudios sobre fibrilación auricular, como se han plasmado en los antecedentes previos. España es un país donde se realizan miles de estudios y recientemente se evaluó la situación de esta taquiarritmia en la actualidad. Tenemos un estudio VAL-FAAP ²¹, que reafirma esta arritmia como frecuente. ²².

Cabe resaltar que pacientes con diagnosticados con fibrilación auricular están expuestos al doble de riesgo que incluye muerte, además elevado riesgo de presentar un accidente cerebrovascular²³. Los accidentes cerebrovasculares que

están asociados a pacientes con FA tienen una alta mortalidad además de un mayor número de recurrencias produciendo mayores secuelas²⁴. Todas las guías clínicas nos mencionan a anticoagulación oral crónica como indicación en los pacientes con FA y así disminuir el riesgo de complicaciones trombo-embólicas. A nivel mundial son los antagonistas de la vitamina K los más utilizados, anticoagulantes que vienen demostrando bajar el riesgo en aproximadamente un 64% de accidentes cerebrovasculares ²⁵.

Debemos mencionar que estos anticoagulantes presentan importantes limitaciones. Por lo cual es obligatorio tener en control adecuado además de ir corrigiendo las dosis, y alcanzar los rangos terapéuticos. Para lo cual como se describe en las guías debemos observar el INR, y así mantener los rangos terapéuticos para reducir las complicaciones. Se ha demostrado en los pacientes fibriladores con un CHADS2 ≥ 2 que reciben warfarina y que alcanzaron control en rango terapéutico del 70% a más del tiempo en rango terapéutico presentan un menor riesgo de presentar un ACV en aquellos que nunca fueron anticoagulados.

Como ya mencioné líneas arriba esta taquiarritmia, es bastante frecuente en todo el mundo, mencionaremos que cuando se produce esta arritmia, el corazón va muy rápido a un ritmo totalmente irregular donde se producen señales eléctricas desorganizadas.²⁶

Esta taquiarritmia supraventricular es la arritmia donde la fuerza de contracción se presenta menor que la esperada por lo cual queda sangre acumulada da lugar a los coágulos, al desprenderse van a la circulación arterial y al llegar al cerebro, quedan atrapados, bloqueando de esta manera el flujo sanguíneo produciéndose

un accidente cerebrovascular. Estos se originan según estudios en más del 90% en la orejuela auricular izquierda del corazón.

Debemos tener en cuenta que la fibrilación auricular se clasifica de acuerdo al tiempo, esta podría presentarse con síntomas que aparecen y desaparecen en un solo episodio y se resuelve en menos de 7 días (paroxística). Puede ser persistente mayor a 7 días, pero menor a 30 y debe iniciar tratamiento. Permanente de larga data más de 30 días, pero menor de 1 año o permanente donde el objetivo del tratamiento ya no es el ritmo si no controlar la frecuencia.

Mencionaremos los principales factores que predisponen a esta taquiarritmia.³

- Insuficiencia cardíaca hipertensión
- Hipertensión arterial
- Alcohol/tabaco
- Diabetes
- Isquemia auricular
- Algunos factores genéticos
- Edad avanzada

Conceptúa la OMS al accidente cerebrovascular como un síndrome clínico que presenta síntomas neurológicos focales o globales que duran 24 horas o más y pueden producir la muerte del paciente, descartando alguna causa aparente de origen vascular. Siendo la pérdida de conocimiento uno de los principales síntomas además de los signos de focalización que se pudieran presentar. ²⁷

Mencionaremos en este estudio las causas de los accidentes cerebrovasculares entre las cuales mencionamos, un coágulo que se encarga de obstruir el flujo sanguíneo cerebral (ACV ISQUEMICO) o cuando se rompe un vaso sanguíneo (ACV HEMORRAGICO). Hay un apartado en el que los síntomas duran menos de 24 horas y es un accidente isquémico de forma transitoria. Sin embargo, estos pacientes tienen una alta probabilidad de sufrir un evento próximo.²⁸

Debemos tener en cuenta la definición de la OMS y sus estadísticas, quien nos demuestra que el accidente cerebrovascular es el trastorno más frecuente luego de la cardiopatía, además afecta aproximadamente 17 millones de personas al año a nivel mundial. Se calcula que es la segunda causa de muerte, los 6.7 millones de estos fallecen.²⁸

Sabemos que la Fibrilación auricular como factor de riesgo de ACV es muy importante. Cada persona con FA presenta alta probabilidad, hablamos de cinco veces más probabilidad de un ACV que el total de la población. Aproximadamente es causante del 15 % además 20 % son isquémicos. A medida que la población envejezca, este irá en aumento a nivel mundial.²⁹

Recalcaremos que la tasa de prevalencia de los ACV en los pacientes que sufren de fibrilación auricular que sean mayores de 70 años aumenta al doble con cada una de las décadas de la vida. Es importante destacar que los ACV asociados con la Fibrilación auricular nos presenta resultados no favorables en comparación con los que se desencadenan por diferentes causas asociadas.²⁹

Mencionaremos el manejo de estos pacientes con diagnóstico con Fibrilación auricular no valvular, sabiendo que el objetivo es reducir los síntomas además del

riesgo de las complicaciones que se asocian. Debemos destacar que la piedra angular es la anticoagulación oral para disminuir el riesgo de ACV. Siendo warfarina el fármaco de elección actual. Sin embargo, mencionaremos otras estrategias, tenemos el cierre de la orejuela auricular izquierda, como otra alternativa terapéutica.³⁰

Un objetivo de la anticoagulación, es utilizar la menor dosis posible y de esta forma disminuir el riesgo de embolismos.³⁰

El uso de warfarina puede variar por factores que podrían modificar su efecto, como cambios en la alimentación. El tratamiento es eficaz con warfarina si es supervisado frecuentemente. La FDA menciona a la warfarina como parte de los 10 fármacos con mayores reacciones adversas notificadas entre los 90 y los años 2000.³⁰

Por lo antes descrito en los últimos años, han ido tomando mayor relevancia los nuevos ACOS. Tenemos apixaban, dabigatrán/rivaroxaban los cuales son una alternativa como prevención en ACV en pacientes diagnosticados con fibrilación auricular de origen no valvular.³¹

Es verdad que anticoagulantes orales que se encuentran en investigación, ofrecen algunos beneficios sobre la warfarina, aún no puede hablarse de superioridad frente a warfarina hasta que no existan más datos que lo demuestren. El cumplimiento terapéutico sigue siendo un problema significativo en la reducción de ACV en los pacientes fibriladores y el control del TP y INR como factor pronóstico para desarrollar ACV debe ser fundamental para poder disminuir el riesgo de padecerlo.^{32,33}

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

FIBRILACIÓN AURICULAR: Taquiarritmias supraventriculares más frecuentes, en el electrocardiograma no presencia de ondas P, se presentan ondas f además de intervalos R-R irregulares; el QRS es normal. Esta taquiarritmia Se presenta con cardiopatía estructural de base; (Hipertensiva, isquémica o valvular), además también se presenta en pacientes sin trastorno cardiaco de fondo que sean de edad avanzada.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: síndrome neurológico vascular con duración mayor a 24 horas.

ANTICOAGULACIÓN: Utilización de sustancia endógena o exógena que interfieren o inhiben la coagulación, creando un estado antitrombótico o pro hemorrágico, es la piedra angular del tratamiento en pacientes fibriladores para disminuir el riesgo de ACV.

TP: El tiempo de protrombina (TP) nos permite medir cuanto tiempo tarda en formarse un coágulo en la sangre. OMS, recomendó el uso de INR (Ratio Internacional Normalizada) junto al tiempo de protrombina (TP), que se utilicen para control de pacientes anticoagulación.

INR: Forma de estandarizada de los cambios obtenidos en el tiempo de protrombina utilizados para el control de pacientes anticoagulados. El tiempo de protrombina o INR evalúan la función de los factores de la coagulación en la vía extrínseca.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS

Al pertenecer al grupo de estudios descriptivos, no se realizará formulación de hipótesis.

3.2 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERCINAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	DIMENSIONES / CATEGORÍAS	VALOR FINAL
TP	VALOR DEL TP	CUANTITATIVA	ORDINAL	VALOR DEL TP SERICO	11 – 13.5’’ ≤11 O ≥ 13.5’’	1 2
INR	VALOR DEL INR	CUANTITATIVA	ORDINAL	VALOR DEL INR SERICO	2 – 3 ≤2 O ≥ 3	1 2
FIBRILACION AURICULAR NO VALVULAR ANTICOAGULADOS	TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR FRECUENTE, , QUE SE PRODUCE POR MULTIPLES FOCOS SIMULTANEOS ACTIVADOS EN LA AURÍCULA. QUE RECCIBEN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE.	CUALITATIVA DICOTÓMICA	NOMINAL	DIAGNOSTICO EN EL HISTORIAL CLÍNICO DE LAS ARRITMIAS, CON VALORACION DE LA ESCALA DE CHADSVASC	FIBRILACION AURICULAR ANTICOAGULADOS CHADVASC ≥2 EN RANGO TERAPEUTICO FIBRILACION AURICULAR ANTICOAGULADOS CHADVASC ≥2 NO EN RANGO TERAPEUTICO	1 2
EDAD	AÑOS CONSIDERADOS DESDE NACIMIENTO HASTA LA MEDICIÓN	CUANTITATIVA DISCRETA	ORDINAL	AÑOS	ADULTO JOVEN ≤ 45 AÑOS ADULTO 45 – 74 AÑOS ADULTO MAYOR ≥ 75	1 2 3
SEXO	FENOTIPO SEXUAL AL NACIMIENTO	CUALITATIVA DICOTOMICA	NOMINAL	CONDICION BIOLÓGICA	HOMBRE MUJER	1 2

ACCIDENTE Cerebrovascular	Síndrome Neurológico vascular, con duración mayor a 24 hs. Es provocado por el taponamiento o rotura arterial cerebral.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Diagnóstico en el historial clínico de las enfermedades cerebrovasculares	Presencia de accidente cerebrovascular Ausencia de presencia cerebrovascular	1 2
---------------------------	---	------------------------	---------	---	---	------------

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

- Tipo Descriptivo - Retrospectivo.
- Diseño transversal - no experimental. Se revisarán historias clínicas, medidos una vez en el tiempo.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

4.2.1 POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes ingresados en el servicio de emergencias, consultorio externo de medicina y neurología del Hospital Carlos Lan franco La Hoz. Ya sea de forma directa o por sistema de referencia con diagnóstico de Accidente cerebrovascular y con fibrilación auricular no valvular anticoagulados. Periodo enero - diciembre del 2018.

4.2.2 MARCO MUESTRAL

Registros de pacientes ingresados en el sistema del departamento de Medicina del Hospital Carlos Lan franco La Hoz, con diagnóstico de Accidente cerebrovascular y con fibrilación auricular no valvular anticoagulados. Periodo de enero a diciembre del 2018.

4.2.3 DISEÑO MUESTRAL Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se trabajarán con todos los registros de pacientes ingresados en la base de datos del departamento de medicina con diagnósticos estudiados y tiempo señalado en el proyecto, por lo que no se hará selección de muestra

4.2.4 MUESTRA

Cada paciente registrado en la base del departamento de Medicina en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, con diagnóstico de Accidente cerebrovascular y con fibrilación auricular no valvular anticoagulados. Durante enero - diciembre del 2018. Que cumplan los criterios de elegibilidad.

4.2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de inclusión

- Individuos mayores de edad (18 años)
- Individuos con identificación completa en la base de datos que cuenten con historia clínica correspondiente en el servicio de archivos del departamento de medicina del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.

Criterios de exclusión

- Individuos con comorbilidades que contraindiquen la anticoagulación.
- Individuos con identificación incompleta en la base de datos que cuenten con historias clínicas incompletas en el servicio de archivos del departamento de medicina del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

4.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se procederá a identificar los pacientes de la base de datos del departamento de Medicina del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, con diagnóstico de Accidente cerebrovascular y con fibrilación auricular no valvular anticoagulados. Periodo enero - diciembre del 2018.

- Una vez identificados los pacientes se procederá a buscar su historia clínica en archivo del hospital.
- Se extraerán los datos necesarios para el estudio como (Filiación, edad, sexo, antecedentes, medicamento de anticoagulación y valores del TP – INR) y se llenara la "ficha de registro de datos."
- Por otro lado, se procederá a llamar por vía telefónica para confirmar la información recolectada en las historias clínicas.

4.4 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

- Los datos se registrarán en el programa "Excel".
- Para el análisis de los datos, se utilizará el programa estadístico SPSS.
- Las técnicas que se utilizarán serán en función al tipo de variable a medir, en nominales moda y rango. Se realizará la distribución de frecuencias con sus gráficos respectivos.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

- En el presente proyecto se trabajará con información de los pacientes luego que establecieron el diagnóstico de accidente cerebrovascular y fibrilación auricular no valvular, ingresados en la base de datos del departamento de medicina.
- Cada paciente registrado que participará en el estudio, firmará un consentimiento informado donde se le explicará el propósito del estudio y se le solicitará su consentimiento para utilizar la información presente en cada historia clínica.

- Guardaremos la confidencialidad de datos, asignando un código de acuerdo a sus iniciales y la fecha de ingreso al hospital al hospital de manera que no se pueda tener acceso a la información recolectada a terceras personas.
- Los participantes no serán expuestos a riesgos adicionales, ni serán manipulados ya que es un estudio no experimental.
- Se le explicará que no habrá compensación económica de por medio, ya que es un estudio con fines educativos y de mejora en la atención de pacientes por parte de los profesionales y que sirva como precedente para trabajos futuros.
- Al finalizar se le entregara los resultados de su evaluación a los participantes de manera que ellos puedan conocer y tener mayor comprensión acerca de si presentaron o no las variables estudiadas.

CRONOGRAMA

Pasos	2018				2019							
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre
Redacción final del proyecto de investigación	X											
Aprobación del proyecto de investigación		X										
Recolección de datos			X	X								
Procesamiento y análisis de datos					X	X						
Elaboración del informe							X	X				
Correcciones del trabajo de investigación									X			
Aprobación del trabajo de investigación										X		
Publicación del artículo científico											X	X

PRESUPUESTO

CONCEPTO	MONTO ESTIMADO (SOLES)
Material de escritorio	250.00
Soporte especializado	500.00
Empastado de la tesis	300.00
Transcripción	500.00
Impresiones	500.00
Logística	300.00
Refrigerio y movilidad	500.00
TOTAL	2850.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Chugh SS, Blackshear JL, Shen WK, Hammill SC, Gersh BJ. Epidemiology and natural history of atrial fibrillation: clinical implications. *J Am Coll Cardiol.* 2011;37:371-8.
2. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, Domanski MJ, Rosenberg Y, Schron EB, et al; Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2012;347:1825-33.
3. Hohnloser SH, Crijns HJ, van Eickels M, Gaudin C, Page RL, TorpPedersen C, et al; ATHENA Investigators. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2013;360:668-78.
4. Wolf PA, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB. Probability of stroke: a risk profile from the Framingham Study. *Stroke.* 2014;22:312- 8.
5. Taylor FC, Cohen H, Ebrahim S. Systematic review of long term anticoagulation or antiplatelet treatment in patients with non-rheumatic atrial fibrillation. *BMJ.* 2014;322:321-6.
6. Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attack or minor stroke. EAFT (European Atrial Fibrillation Trial) Study Group. *Lancet.* 1993;342:1255-62.
7. Hylek EM, Go AS, Chang Y, Jensvold NG, Henault LE, Selby JV, et al. Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2013;349:1019-26.
8. Wann LS, Curtis AB, January CT, Ellenbogen KA, Lowe JE, Estes NA, 3rd , et al, ACCF/AHA Task Force Members 2015. ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation (updating the 2006 guideline):

- a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*.2015;123:104-23.
9. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al, RE-LY Steering Committee and Investigators. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;361:1139-51.
 10. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al, ROCKET AF Investigators. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*.2011;365:883-91.
 11. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al, the ARISTOTLE Committees and Investigators. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365:981-92.
 12. Wan Y, Heneghan C, Perera R, Roberts N, Hollowell J, Glasziou P, et al. Anticoagulation control and prediction of adverse events in patients with atrial fibrillation. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2016;1:84-91.
 13. Van Spall HGC, Wallentin L, Yusuf S, Eikelboom JW, Nieuwlaat R, Yang S, et al. Variation in warfarin dose adjustment practice is responsible for differences in the quality of anticoagulation control between centers and countries: an analysis of patients receiving warfarin in the RE-LY trial. *Circulation*. 2012;126:2309-16.
 14. Horacio Vázquez Nosiglia, Servicio de Cardiología. Asociación Española. Montevideo, Uruguay. Accidente cerebrovascular criptogénico, fibrilación auricular subclínica y anticoagulación. *Rev.Urug.Cardiol*. vol.31 no.1 Montevideo abr. 2016.
 15. Vivencio Barrios· Carlos Escobar , Luis Prieto , Genoveva Osorio , José Polo , José María Lobos , Diego Vargas , Nicolás García Grupo de Atención Primaria

- de la sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. Rev Esp Cardiol. 2015;68:769-76
16. Sergio Cinza-Sanjurjo^a, Daniel Rey-Aldana^b, Enrique Gestal-Pereira^a, Carlos Calvo-Gómez, Evaluación del grado de anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular en el ámbito de atención primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL, Rev Esp Cardiol. 2015;68:753-60
 17. Lina García (1), Manuel Pérez (2), Pablo Amaya González (3), Fibrilación auricular en pacientes con ataque cerebrovascular: experiencia en un centro de referencia del suroccidente colombiano. Acta Neurol Colomb. 2015; 31(4): 363-368.
 18. Vanessa andrea navarro paredes, control ambulatorio de la anticoagulación oral en adultos y complicaciones de la terapia con acenocumarol (2001-2010). Universidad austral de chile, valdivia-chile 2014.
 19. Josep Guindo Soldevila , María Dolores Martínez Ruíz, Ignasi Duran Robert , Pilar Tornos , Antoni Martínez-Rubio. Evaluación de riesgo tromboembólico y hemorrágico de los pacientes con fibrilación auricular, Rev Esp Cardiol Supl. 2013;13(C):9-13 - Vol. 13.
 20. Rahman F, Kwan GF, Benjamin EJ. Global epidemiology of atrial fibrillation. Nat Rev Cardiol.2014;11:639-54.
 21. Barrios V, Calderon A, Escobar C, De la Figuera M, Grupo de Atención Primaria de la sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. Rev Esp Cardiol.2012;65:47-53.

22. Morillas P, Pallarés V, Llisterri JL, Sanchis C, Sánchez T, Fácila L, et al. Prevalencia de fibrilación auricular y uso de fármacos antitrombóticos en el paciente hipertenso ≥ 65 años. El registro FAPRES. Rev Esp Cardiol. 2010;63:943-50.
23. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991;22:983-8.
24. Masjuán J, Álvarez-Sabín J, Blanco M, De Felipe A, Gil-Núñez A, Gállego-Culleré J, et al. Manejo actual del tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular no valvular y antecedentes de ictus o ataque isquémico transitorio. Rev Neurol. 2014;59:25-36.
25. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI, Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. Ann Intern Med. 2007;146:857-67.
26. National Lung Blood and Heart Institute, National Institutes of Health (NIH), 1 de julio de 2011.
27. Randall J. Lee, MD, PhD; Krzysztof Bartus, MD; Steven J. Yakubov, MD, Catheter-Based Left Atrial Appendage (LAA) Ligation for the Prevention of Embolic Events Arising From the LAA: Initial Experience in a Canine Model, Circ Cardiovasc Interv 2010;3;224-229.
28. Medscape:<http://emedicine.medscape.com/article/151066-overview#aw2aab6b2b3aa>. (Accessed: November 3, 2015 – 12:53 am).
29. Camm JA et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, European Heart Journal 2012, 33:2719–2747.
30. AFA, Anticoagulation Europe UK The AF Report. Atrial Fibrillation: Preventing A Stroke Crisis <http://www.preventafstrokecrisis.org/report/chapter1/>

31. Altman R, Vidal HO. Battle of oral anticoagulants in the field of atrial fibrillation scrutinised from a clinical practice (the real world) perspective. *Thromb J.* 2011; 9: 12.
32. Camm JA et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, *European Heart Journal* 2012, 33:2719–2747.
33. Hatano S. Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report. *Bulletin of the World Health Organisation* 1976;54: 41-53. WHO Cardiovascular Diseases Fact Sheet No. 317. Updated January 2015.
34. Carlos Cantú-Brito, Fernando Flores Silva; Departamento de Neurología, Curso de Posgrado de Alta Especialidad en Enfermedad Vascul ar Cerebral. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México. Enfermedad vascular cerebral y fibrilación auricular no valvular, *Rev.Urug.Cardi ol.* vol.30 no.3 Montevideo dic. 2015
35. Martín Ruiz Ortiz ^a, Elías Romo ^a, Dolores Mesa ^a, Mónica Delgado ^a, Manuel Anguita ^a, Amador López Granados ^a, Juan C Castillo ^a, José M Arizón ^a, José Suárez de Lezo. Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España Predicción de eventos embólicos en pacientes con fibrilación auricular no valvular: evaluación del score CHADS ₂ en una población mediterránea *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61: 29 – 35.
36. .Alfageme R. Características epidemiológicas y clínicas del accidente cerebrovascular. Lima- Perú: USMP [Internet]; 2015. Extraído 16 Oct 2016 Disponibl en:http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1212/5/Alfageme_rm.pdf

37. Hsieh FI, Chiou HY. Stroke: Morbidity, Risk Factors, and Care in Taiwan. *Journal of Stroke* [Internet]. 2014. Extraído 15 Oct;16(2):59-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4060269/>
38. Narayanaswamy V, Woo Y, Pandian J, y Navarro J. Stroke Epidemiology in South, East, and South-East Asia: A Review. *Journal of Stroke* [Internet]. 2017. Extraído 15 Oct 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5647629/>
39. Piloto R, Herrera G, Ramos Y, Mujica D, Gutiérrez M. Caracterización clínica-epidemiológica de la enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. *Rev. Ciencias Médicas*. [Internet]. 2015. Extraído 16 Oct 2016; 19 (6):996-1005. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2015/rcm156e.pdf>
40. Camejo C, Legnani C, Gaye A, Arcieri B, Brunett F. et al. Unidad de ACV en el Hospital de Clínicas: Comportamiento Clínico-Epidemiológico de los Pacientes con ACV. *Arch Med Interna*. [Internet] 2015. Extraído 16 Oct 2017; 37(1):30-35. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v37n1/v37n1a06.pdf>
41. González R, Armas L, Gavilla B, Díaz D. Enfermedad cerebrovascular en el Policlínico Docente José Antonio Echeverría, de Cárdenas. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2013. Extraído 16 Oct 2017. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n1/tema02.pdf>
42. Ferri C, Schoenborn C, Kalra L, Acosta D, Guerra M, et al. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2011. Extraído 16 Oct 2017;82:1074-1082. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3171978/>

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS	TIPO - DISEÑO METODOLÓGICO	MUESTRA	INSTRUMENTOS
<p>TP y INR Como Factor Predictor De ACV En Pacientes Con Fibrilacion Auricular No Valvular Anticoagulados En El Hospital Carlos Lan Franco La Hoz De Enero A Diciembre Del Año 2018</p>	<p>¿Cuál es la relación entre el TP y INR como factor predictor de ACV en pacientes con fibrilacion auricular no valvular anticoagulados en el Hospital Carlos Lan Franco La hoz de enero a diciembre del año 2018?</p>	<p>General:</p> <p>Identificar la relación entre el TP y INR como factor predictor de ACV asociado a pacientes con fibrilación auricular no valvular anticoagulados en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz de enero a diciembre del año 2018.</p> <p>Específicos:</p> <p>Determinar el grupo etario más prevalente de pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados con ACV.</p> <p>Determinar las causas más frecuentes en los pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados con ACV.</p> <p>Identificar los rangos de TP – INR de los pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados con ACV</p> <p>Identificar el anticoagulante más frecuente en los pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados con ACV.</p> <p>Identificar la dosis diaria más frecuente en los pacientes con fibrilación auricular no valvular anti coagulados con ACV.</p> <p>Identificar el porcentaje de pacientes con fibrilación auricular con ACV con adhesión al tratamiento.</p>	<p>Descriptivo - transversal - Retrospectivo.</p>	<p>Cada paciente ingresado en la base de datos del departamento de Medicina del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, con diagnóstico de Accidente cerebrovascular y con fibrilación auricular no valvular anticoagulados. Durante el periodo de enero a diciembre del año 2018. Que cumplan con los criterios de elegibilidad.</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p>

ANEXO 02: RECOLECCIÓN DE DATOS

PACIENTE:

EDAD:

SEXO:

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:

FECHA DE INGRESO:

SERVICIO DE INGRESO

AREA:

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

.....
.....

TIPO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

.....
.....

FIBRILACIÓN AURICULAR:

SI

NO

CHADSVASC:

0 – 1 ()

2 – 3 ()

3 – 5 ()

ANTICOAGULADO :

SI

NO

MEDICAMENTO:

TP – INR

DIAGNÓSTICO DE EGRESO:

ANEXO 03:

SOLICITUD PARA REALIZACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima,.....de..... de 2018

Señor doctor

Director Ejecutivo HCLLH

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Presente

De mi especial consideración.

Yo, Karina Julissa Sánchez Saucedo, alumna de Residentado de la Sección de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y poner en su conocimiento que me encuentro desarrollando el proyecto de investigación titulado " TP Y INR COMO FACTOR PREDICTOR DE ACV EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR NO VALVULAR ANTICOAGULADOS EN EL HOSPITAL CARLOS LAN FRANCO LA HOZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2018 " Por este motivo, solicito a usted que tenga a bien el considerar brindar su permiso para realizar mi proyecto de investigación y obtención de datos de las historias clínicas.

Sin otro particular, quedo de usted:

Atentamente.

RESIDENTE

