

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Medicina Humana



*Una Institución Adventista*

**Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular  
atendidos en un hospital de referencia, Lima  
junio 2017 – junio 2018**

Tesis para optar el título Profesional de Médico Cirujano

Por:  
Liliam Edith Olazabal Chambilla

Asesor:  
Dr. Luis Enrique Palomino Astucuri

Lima, febrero del 2019

**ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS**


*Dr. Palomino Astucuri Luis Enrique* de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Peruana Unión.

**DECLARO:**

Que el presente informe de investigación titulado: ***“Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018”*** constituye la memoria que presenta la **Bachiller Olazabal Chambilla Liliam Edith** para aspirar al título de Profesional de/Grado académico de Médico Cirujano ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en *Lima*, a los *11* del año 2019

  
.....  
*Dr. Luis Palomino A.*  
MEDICO GERIATRA  
C.M.P. 38621 R.N.E. 22542  
\_\_\_\_\_  
Palomino Astucuri Luis Enrique



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a. 10 20 día(s) del mes de febrero del año 2019 siendo las 16:00 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Dr. Jorge Luis Peña Canuelo, el secretario: Dr. José Gregorio Loayza Salazar y los demás miembros: Mg. Romy Plutarco Troncoso y el asesor Dr. Enrique Palomino Astucuri

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: "Perfil Clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia", Lima junio 2017 - junio 2018"

de el(los)/a(la)(las) bachiller(es): a) Lilia Edith Olazabal Chaurilla b) conducente a la obtención del título profesional de Medicina Curativa (Nombre del Título Profesional) con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/a(la)(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Lilia Edith Olazabal Chaurilla

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Handwritten entry: Aprobado, 18, A-, muy bueno, sobresaliente

Candidato (b):

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Empty handwritten entry.

(\*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Signatures for Presidente, Asesor, Candidato/a (a), Secretario, and Miembro.

## **Dedicatoria**

A mis padres Omar y Naty, hermanos Roxana y Derly. Por brindarme su apoyo incondicional en cada momento de mi etapa universitaria.

## **Agradecimientos**

Al Dr. Jorge Aguayo Barbachan, jefe del departamento de medicina de una institución de salud, por su grato apoyo durante mi estadía y la ejecución de la investigación.

Al Dr. Luis Enrique Palomino Astucuri encargado de asesorar el trabajo de investigación, quien me apoyó con su guía y orientación.

A la Lic. Janett Chávez Sosa, docente asesora del programa de capacitación de tesis de la Escuela Profesional de Enfermería.

Al personal del servicio de hospitalización de una institución de salud especializada en el cuidado del adulto mayor, por enriquecer mis conocimientos en el área clínica y su agradable simpatía.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	IV
AGRADECIMIENTOS .....	V
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	VI
ABSTRACT .....	XIV
CAPÍTULO I .....	15
1.    Planteamiento del problema .....	15
2.    Formulación del problema .....	16
3.    Objetivos de la investigación .....	17
3.1.    Objetivo general .....	17
3.2.    Objetivos específicos .....	17
4.    Justificación del problema .....	17
4.1.    Aporte teórico .....	17
4.2.    Aporte metodológico .....	18
4.3.    Aporte práctico y social .....	18
5.    Presuposición filosófica .....	18
CAPÍTULO II .....	20
1.    Antecedentes .....	20
2.    Marco teórico .....	22
2.1.    Fibrilación auricular .....	22
2.1.1.    Definición .....	22
2.1.2.    Historia .....	22

2.1.3.	<b>Epidemiología.....</b>	<b>23</b>
2.1.4.	<b>Fisiopatología.....</b>	<b>24</b>
2.1.5.	<b>Clasificación .....</b>	<b>24</b>
2.1.6.	<b>Signos y síntomas .....</b>	<b>25</b>
2.1.7.	<b>Diagnóstico.....</b>	<b>25</b>
2.1.8.	<b>Tratamiento.....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>		<b>27</b>
1.	<b>Diseño y tipo de investigación .....</b>	<b>27</b>
2.	<b>Delimitación geográfica.....</b>	<b>27</b>
3.	<b>Participantes .....</b>	<b>27</b>
2.2.	<b>Muestra .....</b>	<b>27</b>
2.2.1.	<b>Criterios de inclusión y exclusión.....</b>	<b>28</b>
3.	<b>Variable .....</b>	<b>28</b>
3.1.	<b>Operacionalización de variables .....</b>	<b>28</b>
4.	<b>Técnica e instrumento de recolección de datos .....</b>	<b>35</b>
5.	<b>Proceso de recolección de datos.....</b>	<b>35</b>
6.	<b>Procesamiento y análisis de datos .....</b>	<b>36</b>
7.	<b>Consideraciones éticas .....</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO IV .....</b>		<b>37</b>
1.	<b>Resultados .....</b>	<b>37</b>
2.	<b>Discusión.....</b>	<b>56</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>		<b>60</b>

1. Conclusiones .....	60
2. Recomendaciones .....	60
REFERENCIAS .....	62
ANEXOS .....	70
Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.....	70
Anexo 2. Validación de instrumentos.....	72

## HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE "Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima - Perú durante el año 2017"

**INSTRUCCIÓN:** Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: 03/febrero/2019. Firma: \_\_\_\_\_

Dra. Akemi Kanashiro Arakaki  
Médico Geriatra  
C.N.R. 56050 R.N.E. 30103

Validado por: \_\_\_\_\_

Grado académico: especialista en Geriatría

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Edad de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018. ....	37
<b>Figura 2.</b> Género de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018. ....	38
<b>Figura 5.</b> Índice de masa corporal de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 - 2018.....	41
<b>Figura 6.</b> Presión arterial sistólica de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima-Perú, 2018. ....	42
<b>Figura 7.</b> Presión arterial diastólica de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 - 2018.....	43
<b>Figura 8.</b> Frecuencia cardíaca de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima-Perú, 2018.....	44
<b>Figura 9.</b> Estado funcional (índice de Kazt) de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima-Perú, 2018. ....	45

<b>Figura 10.</b> Presencia de hipertensión arterial en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima Junio 2017 – junio 2018..	46
<b>Figura 11.</b> Presencia de dislipidemia en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima-Perú, 2018. ....	47
<b>Figura 12.</b> Presencia de diabetes mellitus en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia Lima junio 2017 – junio 2018. ....	48
<b>Figura 13.</b> Presencia de insuficiencia cardiaca en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018. ...	48
<b>Figura 14.</b> Presencia de IMA en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.....	49
<b>Figura 15.</b> Presencia de cardiopatía isquémica en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018. ...	50
<b>Figura 16.</b> Presencia de insuficiencia renal en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018. ....	51
<b>Figura 17.</b> Tabaquismo en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018. 2018.....	52
<b>Figura 18.</b> Enfermedad cerebro vascular en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018. ....	53
<b>Figura 19.</b> Tratamiento anticoagulante de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018. ....	54
.....	54
<b>Figura 20.</b> CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.....	55

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO 2. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS. ....</b>	<b>72</b>

## Resumen

El estudio tuvo como objetivo identificar el perfil clínico de adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia. La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal, y de tipo descriptivo. La población estuvo conformada por los adultos mayores diagnosticados con FA en el periodo junio 2017 a junio 2018. La muestra fue no probabilística y de tipo censal, ya que toda población fue considerada como muestra. Para la recolección de datos de la historia clínica, se empleó una ficha de recolección que fue validada por juicio de 5 expertos y contó con una validez por V de Aiken de 0,75. Los resultados revelaron que la mayoría de pacientes con fibrilación auricular tuvieron una edad de 75 a 90 años, fueron de sexo masculino y de raza mestiza. Asimismo, el 82% presentaron como comorbilidad la HTA, el 61% obtuvo un índice funcional KATZ G. Además, un 100% presentó CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC mayor a 2 con alto riesgo a tromboembolismo, el 53% recibió tratamiento anticoagulante.

**Palabras Clave:** Perfil clínico, Fibrilación auricular, adulto mayor

## **Abstract**

The aim of the following research was to identify the clinical profile of elderly patients with atrial fibrillation receiving treatment at a referral hospital. The methodology used was a qualitative, non-experimental design, cross-sectional, and descriptive approach. The population consisted of elderly patients diagnosed with atrial fibrillation in the period from June 2017 to June 2018. The sample was non-probabilistic and census-type, as the whole population was considered a sample. For the data collection from clinical records, a collection form was used which was validated by judgment of five experts and by an Aiken V coefficient of 0.75. The results revealed that most of the patients with atrial fibrillation were aged 75 to 90 years, were male and of mixed race. Likewise, 82% presented arterial hypertension (AHT) as a comorbidity, 61% obtained a Katz G functional index assessment. In addition, 100% presented a CHA<sub>2</sub>DSVASC<sub>2</sub> score greater than two with high risk of thromboembolism, 53% received anticoagulant treatment.

**Keywords:** clinical profile, atrial fibrillation, elderly.

## Capítulo I

### El problema

#### 1. Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional es una realidad mundial, según la OMS actualmente 125 millones de personas tienen 80 años o más. Se calcula que el porcentaje de habitantes mayores de 60 años entre el 2015 y 2050 pasará de 900 millones a 2000 millones, lo cual representa un aumento de 12% al 22%. Además se prevé que más de 1 por cada 5 personas será mayor de 60 años para el año 2050.(1)

Se espera entre el 2025 y 2050 en América Latina y el Caribe que incrementará la población de 60 años o más, aproximadamente de 86 millones de personas. Los países con mayor población de la región; tales como: Brasil, México, Colombia, Argentina, Venezuela y Perú concentrarán la mayor parte de este aumento, en los países más pequeños este aumento será significativo a partir de 2025 (2).

En el Perú, los hogares con presencia de algún adulto mayor el año 2012 fue de 31,8% , según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, para el año 2016 representó el 33,4%. Por área de residencia, en el área rural fue 34,4% y en el área urbana el 33,1%. Según departamentos del país: Áncash 36,9% y Lambayeque 36,8% tienen mayores porcentajes de hogares con presencia de algún adulto mayor, seguido por la Provincia de Lima 36,6% (3).

El adulto mayor tiene una elevada prevalencia de patologías cardiovasculares, siendo la fibrilación auricular (FA) la arritmia cardiaca más común, a medida que

avanza la edad. El 5-6% en las personas de 65 años y de hasta el 10% entre las de 80 años o mayores. Se prevé que antes del año 2050 habrá 5,6 millones de individuos en los Estados Unidos con FA y que el 50% de estos tendrá más de 80 años.(4)

Según la Organización Panamericana de la Salud en las estadísticas presentadas de los indicadores básicos del año 2018. Las Américas alberga 1000 millones de personas. Aproximadamente cada año, nacen 15 millones y mueren casi 7 millones. La esperanza de vida es de 80,2 años para las mujeres y de 74,6 para los hombres. Siendo las enfermedades no transmisibles, como las cardíacas, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares, principales causas de muerte en las Américas. Considerando la tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles siete veces más alta que la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles(5).

Considerando esta problemática uno de los reportes en Perú, destacó resultados obtenidos como el porcentaje de fibrilación auricular persistente en 78%, siendo la más frecuente. La edad promedio de la población fue de 69.5 años. Así también se registró la hipertensión arterial y la insuficiencia cardíaca como las comorbilidades más frecuentes(6).

## **2. Formulación del problema**

¿Cuál es el perfil clínico de adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia en Lima , durante junio 2017 – junio 2018?

### **3. Objetivos de la investigación**

#### **3.1. Objetivo general**

Identificar el perfil clínico de adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Identificar grupo etario más frecuente en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia.
- Identificar el sexo más prevalente en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia.
- Identificar la comorbilidad más frecuentemente asociada en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia.
- Identificar el estado funcional de los pacientes adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia.
- Estratificar el riesgo de Ictus en pacientes adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, a través del CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc.
- Identificar el tratamiento registrado en los pacientes adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia.

### **4. Justificación del problema**

#### **4.1. Aporte teórico**

La investigación aporta bibliografía actualizada sobre las variables de estudio; además, servirá de referente para la realización de próximas investigaciones en el

campo clínico de la Medicina Humana del Perú. Asimismo, permitirá a los profesionales del área de Geriatría ampliar sus conocimientos sobre el perfil clínico de pacientes adultos mayores con fibrilación auricular.

#### **4.2. Aporte metodológico**

La lista de chequeo “Perfil clínico de pacientes adultos mayores con fibrilación auricular”, fue sometido al proceso de validez con el propósito de brindar datos confiables. A su vez, la base de datos quedó de aporte al departamento de Medicina del hospital para la toma de medidas correctivas necesarias.

#### **4.3. Aporte práctico y social**

Este estudio beneficiará al profesional de Medicina Humana porque evidenciará las principales características poblacionales en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, así también las comorbilidades más prevalentes, manejo terapéutico y el riesgo a patologías que aumenten la mortalidad en esta población. Para disminuir de este modo el costo, la estancia hospitalaria y tomar medidas en el manejo de esta patología. Además, con los resultados obtenidos, se podrán tomar medidas de seguridad en la administración de medicamentos.

### **5. Presuposición filosófica**

Existe la necesidad de personas que trabajen en favor de aquellos que padecen de enfermedad como; así como Cristo trabajó. El mundo esta lleno de personas

que a causa del pecado padecen sufrimiento por diferentes motivos, siendo una causa la enfermedad que le aqueja.

Según White E, en *Mente Carácter y Personalidad* menciona: “Las leyes físicas y morales han sido descuidadas, se aceptaron hábitos equivocados que alteran la salud física, mental y espiritual. Por medio de la obediencia a los principios bíblicos y la práctica saludable de cada recurso que Dios ofreció a sus hijos se podrá alcanzar la sanidad y restauración que cada doliente necesita”.

En el versículo 26 del capítulo 5 de Mateo, según la versión Reyna Valera de la Biblia, se encuentra escrito: “Así alumbre nuestra Luz delante de los hombres, y glorifiquen a nuestro Padre que está en los cielos”. El mundo necesita de personas que sean ejemplo de hábitos y prácticas saludables, la mayoría de las enfermedades se pueden prevenir.

La Iglesia Adventista del Séptimo Día fue bendecida con tanta luz de información sobre principios que no sólo restablecen la salud física, sino también que permite que se recobre la armonía del ser humano hacia su creador. Este privilegio debe motivar a capacitar e implementar estudios que demuestren al mundo la diferencia que marca Cristo en la vida de aquellos que lo aceptan y desean seguir su camino.

## Capítulo II

### Marco teórico

#### 1. Antecedentes

Reyes A, y colaboradores(7) el año 2007 en el Perú publicaron un estudio sobre “Prevalencia de fibrilación auricular en pacientes hospitalizados por enfermedad cerebrovascular en dos hospitales del ministerio de Salud”. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal. Revisaron las historias clínicas de 136 pacientes diagnosticados de Enfermedad Cerebrovascular del Hospital Nacional Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza desde febrero a junio del 2006. Entre los 136 pacientes con Enfermedad Cerebrovascular (ECV), 85.3% fueron de etiología isquémica, 55.1% fueron mujeres. La prevalencia de Fibrilación Auricular encontrada fue: 13,2%. La edad media de los pacientes con Fibrilación Auricular (79.72 ± 7.09). Además, la dilatación auricular izquierda fue el hallazgo ecocardiográfico más frecuente en 92.3%.

Medina F, (6) el año 2012 hizo una revisión de “La epidemiología de la fibrilación auricular y el registro SAFIR en el Perú”. Analizaron los datos de 450 pacientes que recibieron atención por 41 cardiólogos designados en cada ciudad del Perú; donde Lima, Arequipa y Cuzco fueron los lugares de mayor número de individuos con esta arritmia. Dentro de los datos clínicos que más destacaron fueron: fibrilación auricular persistente como la más frecuente en 78% y la edad promedio fue 69.5 años; así como hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca como las comorbilidades de mayor presencia.

Soto A, y colaboradores(4) en el año 2012 en España realizó el estudio de “Prevalencia de la fibrilación auricular y factores relacionados en pacientes

ancianos hospitalizados: estudio ESFINGE”. El estudio fue prospectivo, observacional y multicéntrico en pacientes de ambos sexos de 70 años con diagnóstico de FA, hospitalizados en unidades de Medicina Interna o de Geriátrica. De los cuales 922 estaban afectados con FA. La edad media registrada de 82 años, 57% de sexo femenino. El 88,7% de los pacientes presentaron episodios de FA antes del ingreso. La insuficiencia cardíaca congestiva fue el motivo más frecuente de ingreso. El 80,3% de los pacientes presentaban hipertensión arterial, 36,4% dislipidemia, 38,2% diabetes y el 5% eran fumadores activos, insuficiencia renal 38,1%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 38,2% y el 20,4% con antecedente de accidente cerebrovascular.

Perez J, y colaboradores(8) en el año 2013 realizó el estudio “Epidemiología de la fibrilación auricular en España durante los 20 últimos años”. Debido a las complicaciones producidas por la FA, tales como la insuficiencia cardíaca, embolias y deterioro cognitivo. Se calculó el coste anual empleado en la atención hospitalaria de la FA es de 13.500 millones de euros, sin incluir el tratamiento farmacológico y el seguimiento ambulatorio.

Gómez P, y colaboradores(9) el año 2016 realizaron el estudio de Epidemiología la fibrilación auricular, se estima que alrededor de 2,3 millones de personas en Norteamérica y 4,5 millones en la Unión Europea tienen FA paroxística o persistente. El motivo de hospitalización durante los 20 últimos años por FA se ha incrementado en un 66% considerando en su mayoría a la población adulta mayor. Así también el aumento de la prevalencia de cardiopatías crónicas, que conllevan a mayor riesgo de desarrollo de FA. Se evidenció prevalencia de ECV en Europa de 9,6 millones y 1,1 millones de nuevos ECV en Estados Unidos. Se

espera que este número aumentará a 1,5 millones hacia el año 2025, condicionada al aumento de la población adulta mayor.

Kirchhof P, y colaboradores(10) el año 2016 en el estudio “Diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS” En los últimos años, la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de Cirugía Cardio -Torácica (EACTS), han publicado un gran número de estudios. para la toma de decisiones en el tratamiento y diagnósticos. Considerando países desarrollados y en vías de desarrollo, donde la incidencia y la prevalencia de la FA ajustadas por edad son más bajas en las mujeres, mientras que el riesgo de muerte de las mujeres con FA es similar o mayor que el de los varones .

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Fibrilación auricular**

#### **2.1.1. Definición**

La fibrilación auricular es una arritmia cardíaca donde no existe coordinación entre la sístole auricular y el llenado ventricular, este último es deficiente. La aurícula puede contraerse con una frecuencia superior a las 350 pulsaciones por minuto. En el electrocardiograma, no hay onda P, en su lugar aparecen ondas rápidas de fibrilación, con una respuesta ventricular irregular. La onda A del movimiento valvular no se evidencia en el ecocardiograma(11).

#### **2.1.2. Historia**

En 1959, Gordon Moe probablemente habría sido el primero en reconocer el síndrome clínico de la fibrilación auricular , el describe la irregularidad continua del corazón. La reconoció aún antes de la existencia del electrocardiógrafo, los

médicos de esa época no tuvieron forma de entender lo que realmente sucedió en el corazón hasta 1911, cuando Lewis observó "fibrilación del corazón" en un caballo. Dado a este desafío, Gordon Moe desarrolló un modelo matemático en computadora que lo llevó a establecer el comportamiento eléctrico cardíaco de la fibrilación auricular, señala que el frente de onda se fracciona y se divide en islotes de tejido refractario y cada una de las ondas hijas puede ser considerada como independiente con la consecuencia de un ritmo caótico auricular desorganizado de la contracción ventricular(12).

### **2.1.3. Epidemiología**

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente con repercusión clínica , aumenta el número de consultas y de hospitalización. Incrementa la morbilidad y la mortalidad(13).

En 2010, el número estimado de varones y mujeres con FA en todo el mundo era de 20,9 millones y 12,6 millones respectivamente (14), los países más desarrollados registraron mayor incidencia(15). En Europa y Estados Unidos, 1 de cada 4 adultos presentará Fibrilación auricular(16). Se calcula que para el año 2030 la población de pacientes con FA en la Unión Europea será de 14 a 17 millones, con 120.000-215.000 nuevos diagnósticos cada año(17).

Según las investigaciones realizadas se espera que la prevalencia de la FA será mayor en ancianos(14), el 3% en personas de 20 o más años(18). Las comorbilidades asociadas con mayor frecuencia serán la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca , enfermedad arterial coronaria, valvulopatía, obesidad, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica(19).

Con el transcurso de los años los métodos de diagnóstico de FA silente facilitarán la detección temprana, para evitar las complicaciones tardías por esta patología(20).

#### **2.1.4. Fisiopatología**

La Fibrilación Auricular, es una arritmia supraventricular, se caracteriza por presentar un ritmo rápido y desincronizado, donde las aurículas no llegan a una contracción efectiva esto dificulta el llenado ventricular, disminuyendo la fracción de eyección y esto origina acúmulo sanguíneo en las aurículas, con flujos turbulentos, que favorecen procesos tromboembólicos(21).

También se genera modificaciones anatómicas que favorecen la activación de fibroblastos, el aumento de depósitos de tejido conectivo y la fibrosis son los elementos más importantes de este proceso. Además, la infiltración de grasa en las aurículas, la hipertrofia de miocitos, la necrosis y el aumento de depósito de amilode(22). Este remodelado estructural produce una disociación eléctrica, favoreciendo el fenómeno de reentrada y la perpetuación de la arritmia(23).

#### **2.1.5. Clasificación**

- **Primer episodio de FA**
- **Fibrilación auricular paroxística:** dos o más episodios recurrentes de fibrilación auricular que revierten espontáneamente antes de 7 días.
- **Fibrilación auricular persistente:** FA que se mantiene más allá de 7 días, o de duración inferior a 7 días, pero que requiere cardioversión farmacológica o eléctrica.

- **Fibrilación auricular permanente:** el ritmo de base del paciente es la FA, porque la cardioversión eléctrica ha fracasado o no se ha intentado.

#### **2.1.6. Signos y síntomas**

Las manifestaciones hemodinámicas de la FA pueden variar para cada paciente desde síntomas de fatiga, disnea, palpitaciones, hipotensión, síncope o insuficiencia cardíaca. Dentro de ellos, el síntoma más frecuente es la fatiga. (24)

#### **2.1.7. Diagnóstico**

Para diagnóstico de la FA se necesita la monitorización del ritmo cardíaco mediante un ECG donde se evidencie: intervalos R-R irregulares y ondas P indistinguibles o ausentes. Los episodios duran un mínimo de 30 segundos. Los individuos con FA pueden ser sintomáticos o asintomáticos(25). La FA silente de difícil diagnóstico es la más frecuente(26) , el diagnóstico tardío puede tener consecuencias graves, como los ECV y la muerte(27). La tecnología para detectar episodios de FA paroxística está evolucionando rápidamente permitiendo un diagnóstico temprano. La monitorización prolongada con el ECG aumenta la detección de la FA. El ECG diario a corto plazo aumenta la detección de FA en poblaciones de más de 75 años de edad(28).

La ecocardiografía transesofágica es mucho más sensible para identificar trombos en la aurícula izquierda o el apéndice auricular izquierdo y se puede usar para determinar la necesidad de anticoagulación antes de cualquier intento de cardioversión farmacológica o eléctrica(29).

### **2.1.8. Tratamiento**

Los fármacos usados para evitar la tromboembolia en pacientes con FA no valvular incluyen anticoagulantes como la heparina no fraccionada, heparina de bajo peso molecular y warfarin. Así también fármacos antiplaquetarios como la aspirina y clopidogrel(30). Los cuales tienen gran efectividad en la reducción accidente cerebrovascular isquémico. En algunos ensayos controlados de manera aleatoria, registraron que el uso de estos fármacos se asocia a un mayor riesgo de sangrado, que va desde un sangrado menor, hasta una hemorragia intracraneal o extracraneal que pueden llevar a la muerte. Los fármacos inhibidores de plaquetas solos o en combinación, son menos efectivos que la warfarina, pero mejor tolerados por algunos pacientes y se asocian a un menor riesgo de hemorragia intracerebral(31).

## **Capítulo III**

### **Materiales y método**

#### **1. Diseño y tipo de investigación**

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que se utiliza métodos estadísticos para analizar los datos; de diseño no experimental, ya que se observa los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un momento determinado; y por último, de tipo descriptivo porque la finalidad de la investigación fue identificar la prevalencia y las características de la variable de estudio.

#### **2. Delimitación geográfica**

El hospital de referencia se encuentra ubicada en el Distrito de Ate, provincia de Lima, departamento de Lima. Está clasificado en el nivel de atención II, ofrece los servicios de emergencia, consultorios, laboratorio, unidad de cuidados intensivos, hospital de día y hospitalización, donde se aplicó la investigación. El servicio de hospitalización cuenta con 40 camas.

#### **3. Participantes**

##### **2.2. Muestra**

Se recolectó información de 100 historias clínicas de pacientes con fibrilación auricular como comorbilidad. La selección de la muestra de estudio se realizó mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

### **2.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.**

#### *Inclusión*

- Pacientes hospitalizados mayores de 60 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con historia clínica registrada en el hospital de referencia a partir de junio del 2017- junio 2018
- Pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular según historia clínica.
- Pacientes sin válvulas protésicas

#### *Exclusión*

- Pacientes menores de 60 años
- Pacientes que no tienen la información completa en la ficha de evaluación
- Pacientes que no guarden relación entre sus datos tales como el nombre y el número de DNI
- Pacientes con sospecha de fibrilación auricular que no sea confirmado
- Pacientes con válvulas cardíacas protésicas

## **3. Variable**

### **3.1. Operacionalización de variables**

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. Expresada en años(32).	a) 60 - 74 años b) 75 – 90 años c) >90 años	Factores sociodemográficos	a)Edad avanzada b)Ancianos c)Grandes longevos	Politómica
Sexo	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos (1).	a) Masculino b)Femenino	Factores sociodemográficos		Bicotómica
Raza	Término que se usa para describir a un grupo de personas que comparten características físicas o rasgos genéticos similares. Estas pueden ser el color de la piel, el cabello y los ojos, las características faciales y los tipos constitucionales(32).	a)Mestizo b)Caucásica c)Afroamerica	Factores sociodemográficos		Politómica
Nivel de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso(1).	a)Sin estudios b)Primaria c)Secundaria d) Superior	Factores sociodemográficos		Politómica
Índice de masa corporal	Es un indicador de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado	a)18.5–24.9 b)25-29.9 c)≥30	Exploración física	a)Normal b)Sobrepeso c) Obesidad	Politómica

	de su talla en metros (kg/m <sup>2</sup> )(32).				
Presión arterial	Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón(32).	Sistólica a) <130 b) ≥130 Diastólica a) < 80 b) ≥ 80	Exploración física		Bicotómica
Frecuencia cardíaca	El número de contracciones del corazón por unidad de tiempo. Esta frecuencia suele expresarse en latidos por minuto(33).	a) <60 lpm b) 60-90 lpm c) >90	Exploración física	a) Bradicardia b) Normal c) Taquicardia	Politómica
Estado funcional	Valoración de las actividades de la vida diaria(34).	Índice de Katz	Exploración física	a) Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.  b) Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.	Politómica

				<p>c)Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.</p> <p>d)Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.</p> <p>e)Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.</p> <p>f)Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.</p> <p>g)Dependiente en las seis funciones.</p> <p>h)Dependiente en al menos dos funciones, pero no</p>	
--	--	--	--	--	--

				clasificable como c, d, e o f	
Hipertensión arterial	La estadificación, que se basan en una presión arterial medida adecuadamente, fueron sugeridos en 2017 por el Colegio Americano de Cardiología / Asociación Americana del Corazón(35).	a) Cumple criterios b) No cumple criterios	Factores de riesgo cardiovascular	La presión arterial sistólica $\geq 130$ La presión arterial diastólica $\geq 80$ mmHg	Bicotómica
Dislipidemia	El colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL-C), triglicéridos o lipoproteínas niveles por encima del percentil 90 o lipoproteínas de alta densidad (HDL -C) por debajo del percentil 10(36).	a) Cumple criterios b) No cumple criterios	Factores de riesgo cardiovascular	a)Colesterol total $>200$ mg/dl b)Colesterol HDL $\leq 35$ mg/dL c)Triglicéridos $\geq 200$ mg/dl	Bicotómica
Diabetes Mellitus	Se caracteriza por hiperglucemia y grados variables de deficiencia y resistencia a la insulina(37).	a) Cumple criterios b) No cumple criterios	Factores de riesgo cardiovascular	Glucosa plasmática en ayunas $\geq 126$ mg A1C $\geq 6.5$ por ciento Glucosa plasmática de dos horas $\geq 200$ mg / dL durante la prueba de tolerancia oral Glucosa plasmática aleatoria $\geq 200$ mg en	Bicotómica

				presencia de síntomas	
Tabaquismo	Adicción a fumar productos manufacturados del tabaco en cualquiera de sus presentaciones (cigarrillos, tabacos o picadura para pipas), ocasionada por su contenido en nicotina(35).	a) Fumador activo b)Ex fumador > 1 año c) Nunca fumador	Factores de riesgo cardiovascular		Politómica
Insuficiencia cardíaca	Desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre y las necesidades del organismo(38).	a)Cumple criterios b) No cumple criterios	Factores de riesgo cardiovascular		Bicotómica
Antecedente de Ictus	Lesión neurológica aguda que se produce como resultado de procesos patológicos(39).	a)Ictus isquémico b)Ictus Hemorrágico c) Accidente isquémico transitorio d) Embolismo sistémico	Factores de riesgo cardiovascular		Politómica
Antecedente de Infarto de miocárdio	Se define como un evento clínico en el contexto de la isquemia miocárdica (40).	a) Cumple criterios b) No cumple criterios	Factores de riesgo cardiovascular		Bicotómica
Insuficiencia renal	ERC se define como la presencia de daño renal excreción de albúmina urinaria de $\geq 30$ mg / día o equivalente o	a)TFG<60 mL / min b)TFG $\geq$ 60 mL / min	Factores de riesgo cardiovascular		Bicotómica

	función renal disminuida, definida como tasa de filtración glomerular estimada [eGFR] <60 mL / min / 1.73 m <sup>2</sup> ) durante tres o más meses(41).				
Riesgo de Ictus	La FA no valvular obliga a hacer una evaluación del riesgo de tromboembolia y articular su se recomienda calcular el riesgo de ictus con el sistema de puntuación CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc, mejora la capacidad predictiva de ictus y las indicaciones de anticoagulación(42).	a) 0 = bajo riesgo b) 1= moderado riesgo c) ≥2= alto riesgo	Factores de riesgo de Ictus	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc	Politémica
Tratamiento recibido para FA	La prevención de las complicaciones relacionadas con la FA reside en el tratamiento antitrombótico (43).	a)Anticoagulante b)Antiagregante c) Sin tratamiento	Tratamiento		Politémica

#### **4. Técnica e instrumento de recolección de datos**

La lista de chequeo sobre el perfil clínico de pacientes adultos mayores con fibrilación auricular fue modificado y adaptado por el investigador de este estudio, tomando en cuenta los criterios de validez. El instrumento está dividido en 5 dimensiones con sus respectivos ítems: factores sociodemográficos consta de 4 preguntas; Exploración física : 5; Factores de riesgo cardiovascular: 9 preguntas; Factores de riesgo de Ictus:1 pregunta y tratamiento: 1 pregunta. El resultado específico por cada dimensión, y el diagnóstico final de las mismas.

Se realizó la validación por juicio de 5 expertos en el área clínica. El resultado de la validez de contenido alcanzado, mediante la prueba estadística V de Aiken, fue de 0.75, lo cual indica que la lista de chequeo presenta una adecuada validez de contenido.

#### **5. Proceso de recolección de datos**

Para la recolección de datos se solicitará el permiso de la Jefatura del departamento de medicina del hospital de referencia, con el objetivo de presentar el perfil del proyecto ante el Consejo de la institución y conseguir la aprobación correspondiente. Una vez obtenido el permiso se dio inicio al estudio. Se aplicará la lista de chequeo del perfil clínico en pacientes adultos mayores con fibrilación auricular, que consta de 20 ítems en total.

## **6. Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0, en donde también se realizó la limpieza de datos. Se utilizó la estadística descriptiva con porcentajes y frecuencia. Los resultados de la investigación se evidenciaron en gráficos de barras.

## **7. Consideraciones éticas**

Por la naturaleza del estudio no se necesita de consentimiento informado escrito alguno. Se solicitaron las autorizaciones respectivas de la administración y la oficina de estadística e informática para el acceso a las historias clínicas del hospital de referencia.

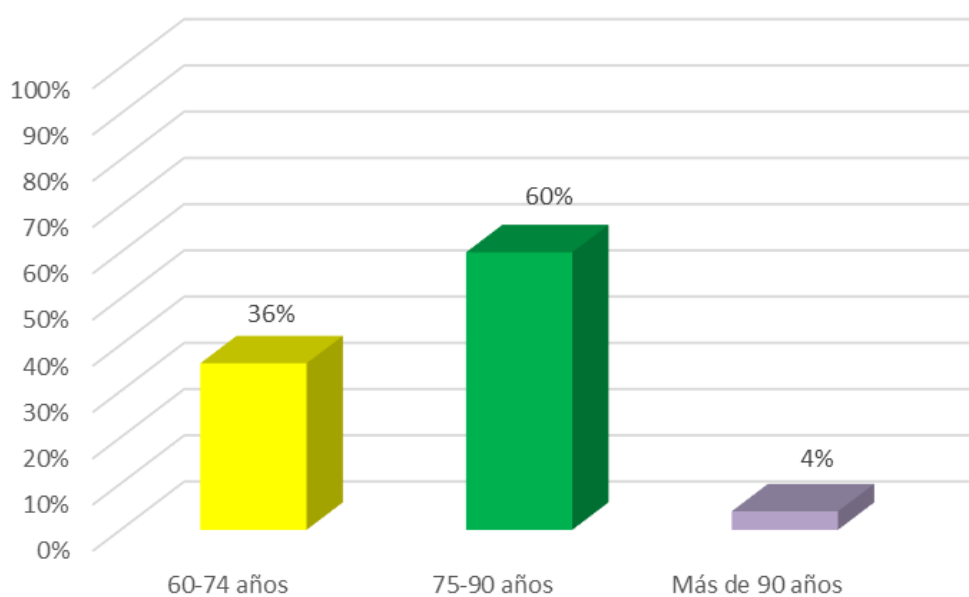
Se aclaró que la información obtenida no se empleará para ningún propósito fuera de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio.

## Capítulo IV

### Resultados y discusión

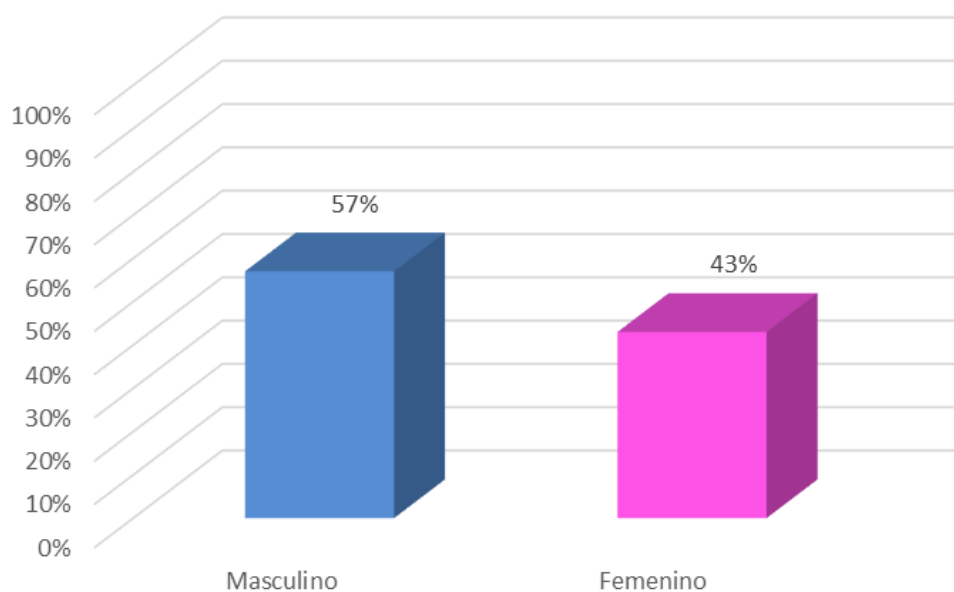
#### 1. Resultados

*Figura 1.* Edad de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.



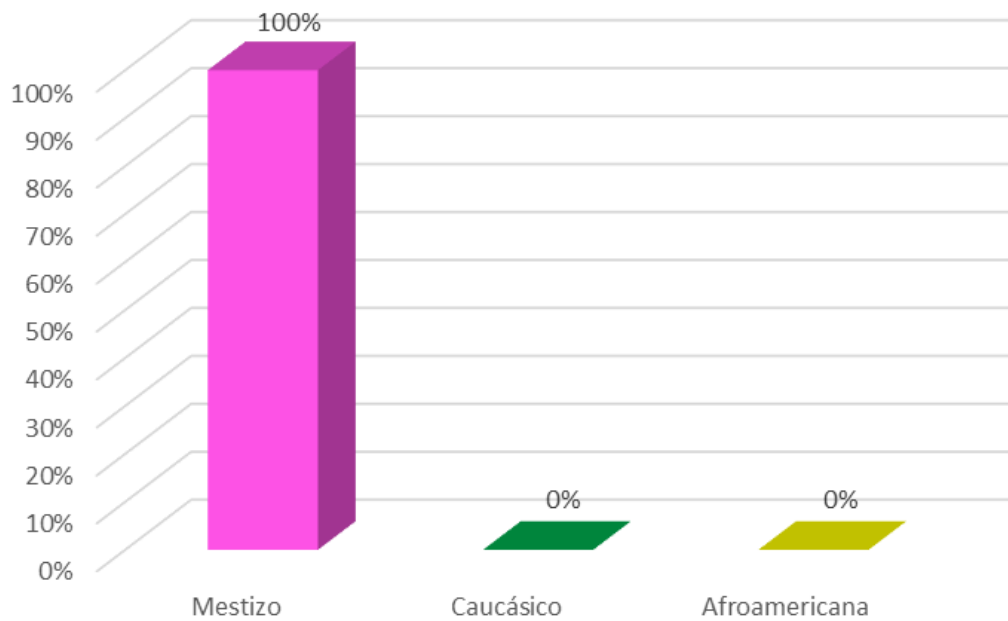
En la figura 1 se observa que el 60% de los pacientes con fibrilación auricular presentaron una edad de 75 a 90 años, el 36% de 60 a 74 años y el 4% mayor a 90 años.

Figura 2. Género de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.



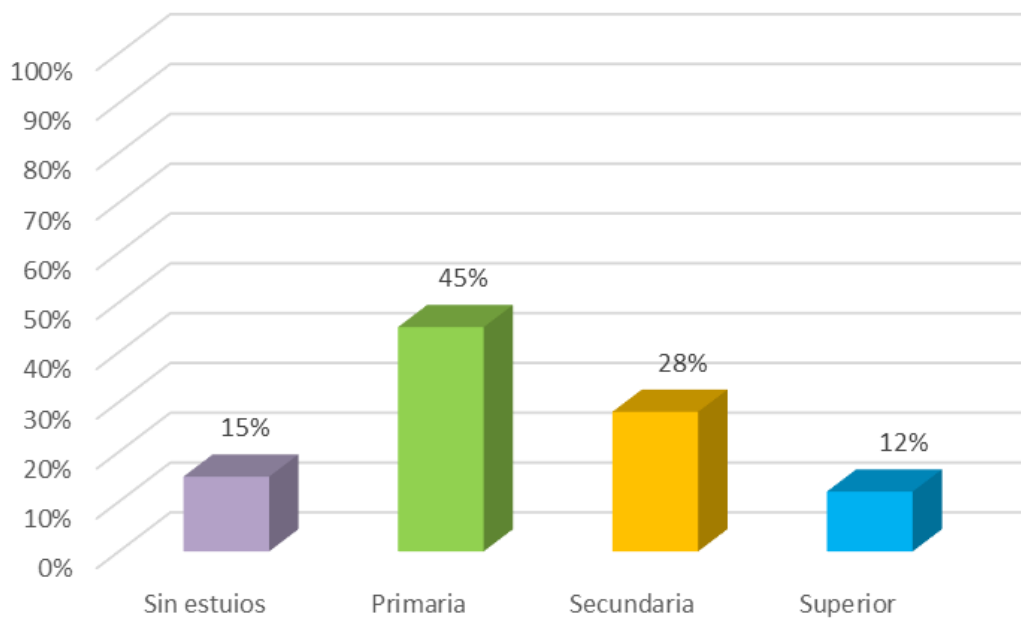
En la figura 2 se observa que el 57% de los pacientes con fibrilación auricular fueron del género masculino y el 43% femenino.

*Figura 3.* Raza de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.



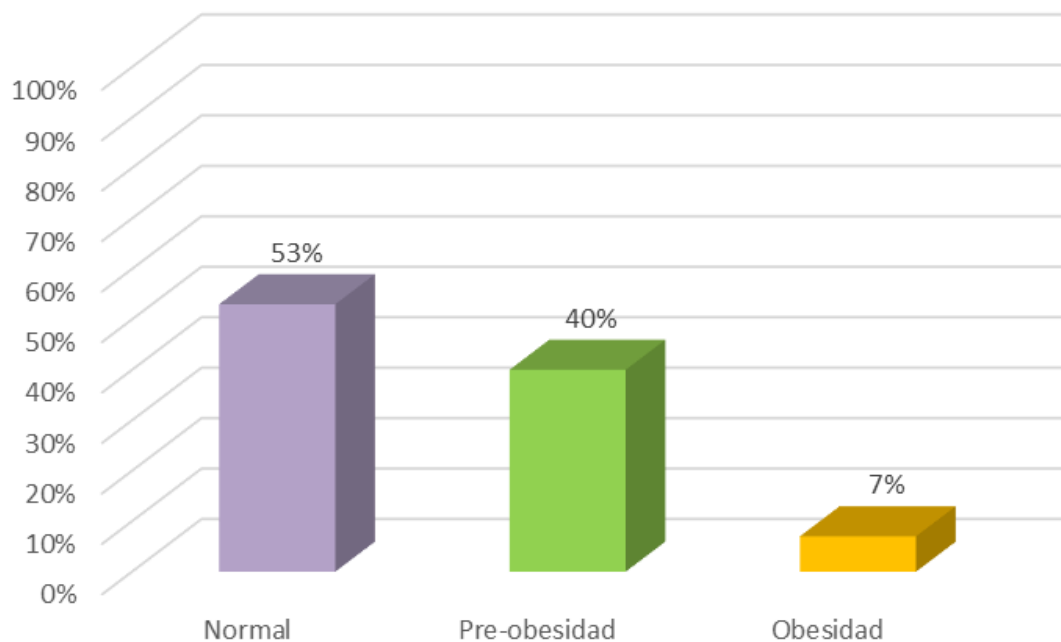
En la figura 3 se observa que el 100% de los pacientes con fibrilación auricular fueron de raza mestiza.

*Figura 4.* Nivel de instrucción de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.



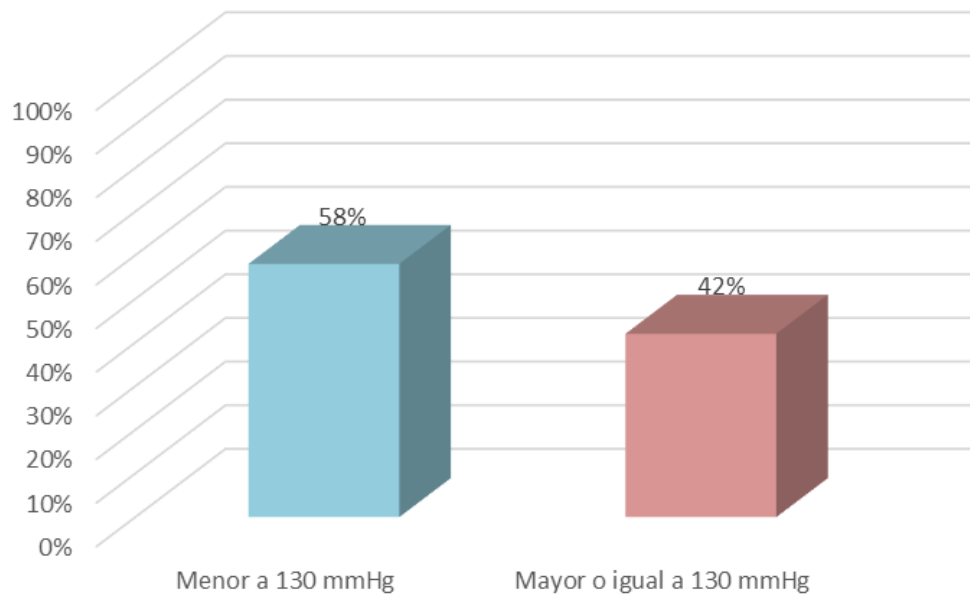
En la figura 4 se observa que el 45% de los pacientes con fibrilación auricular presentaron un nivel de instrucción de primaria, el 28% secundario, el 15% sin estudios y el 12% superior,

Figura 5. Índice de masa corporal de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 - 2018



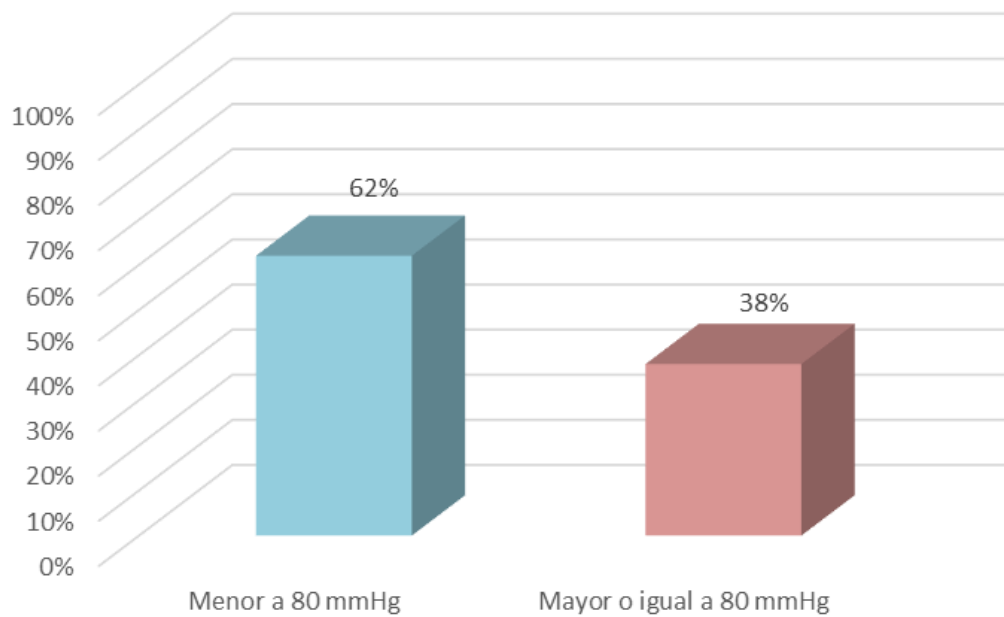
En la figura 5 se observa que el 53% de los pacientes con fibrilación auricular presentaron un IMC normal, el 40% estuvo en pre-obesidad y el 7% en obesidad.

Figura 6. Presión arterial sistólica de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 – junio 2018.



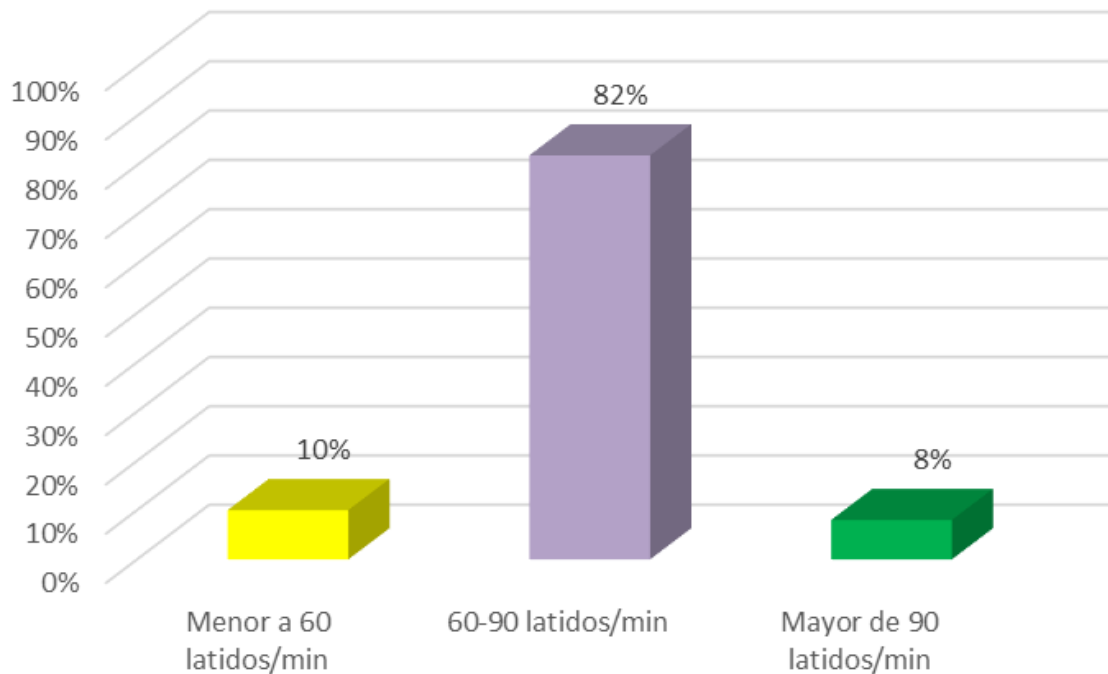
En la figura 6 se observa que el 58% de los pacientes con fibrilación auricular presentaron una presión arterial sistólica menor a 130 mmHg y el 42% mayor o igual a 130 mmHg.

Figura 7. Presión arterial diastólica de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 - 2018.



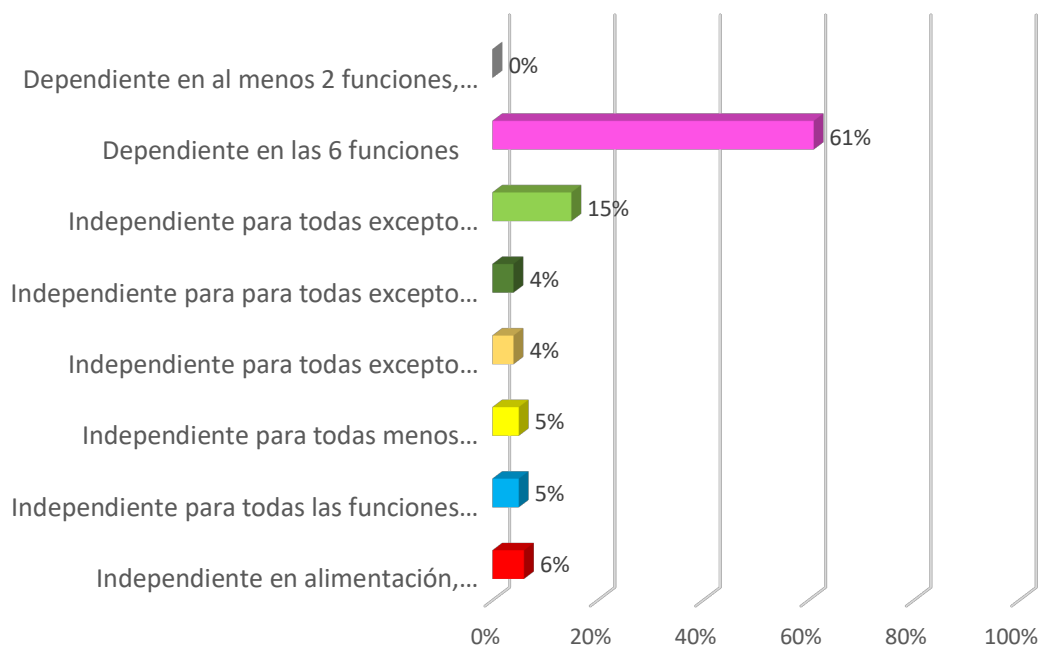
En la figura 7 se observa que el 62% de los pacientes con fibrilación auricular presentaron una presión arterial diastólica menor a 80 mmHg y el 38% mayor a 80 mmHg.

*Figura 8.* Frecuencia cardíaca de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 – junio 2018.



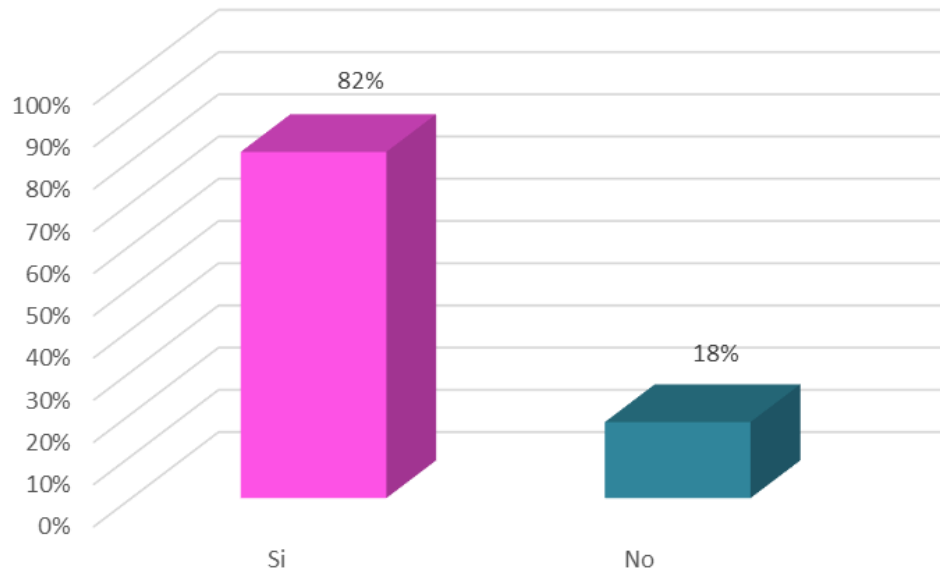
En la figura 8 se observa que el 82% de los pacientes con fibrilación auricular presentaron una frecuencia cardíaca de 60-90 latidos/min, el 10% menor a 60 latidos/min y el 8% mayor a 90 latidos/min.

**Figura 9.** Estado funcional (índice de Katz) de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 – junio 2018.



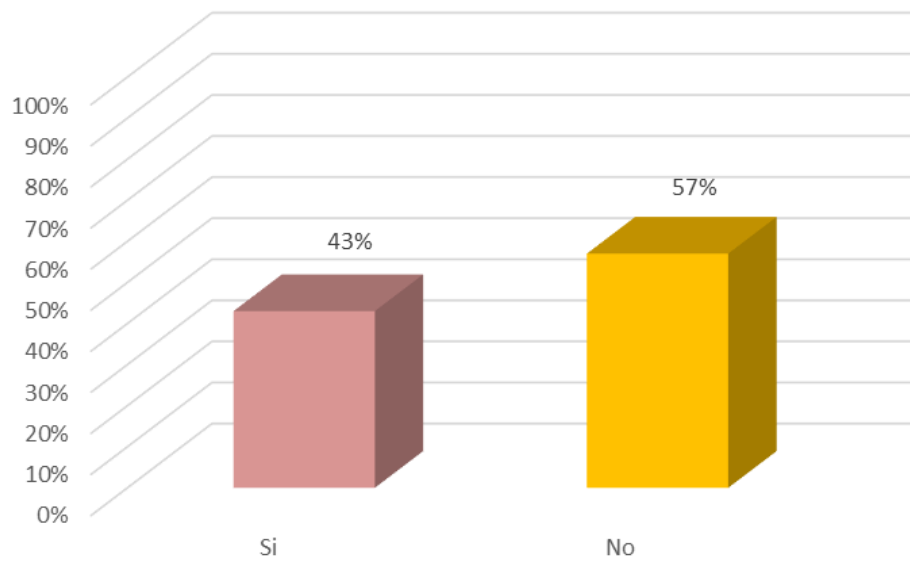
En la figura 9 se observa que el 61% de los pacientes con fibrilación auricular presentaron un estado funcional dependiente de las 6 funciones, el 15% independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otras.

*Figura 10.* Presencia de hipertensión arterial en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima Junio 2017 – junio 2018.



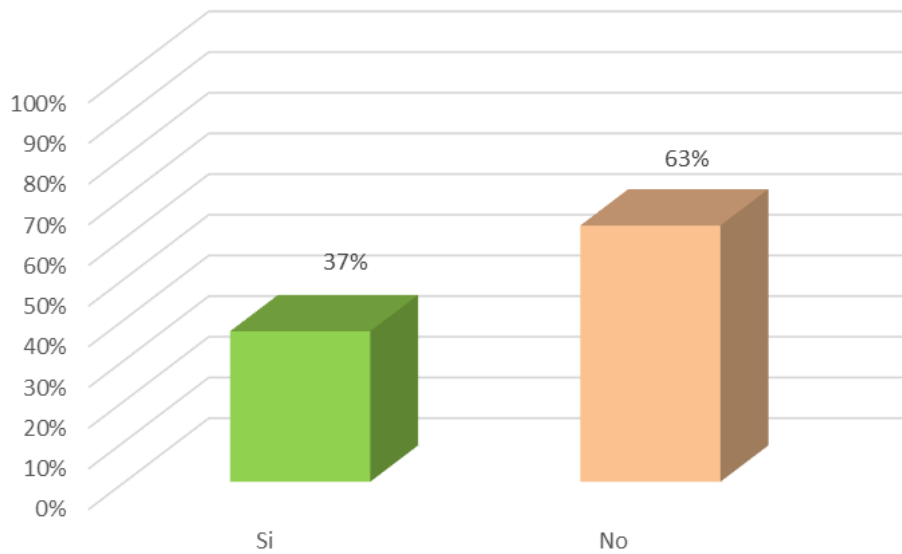
En la figura 10 se observa que el 82% de los pacientes con fibrilación auricular presentan hipertensión arterial y el 18% no.

*Figura 11.* Presencia de dislipidemia en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 - junio 2018.



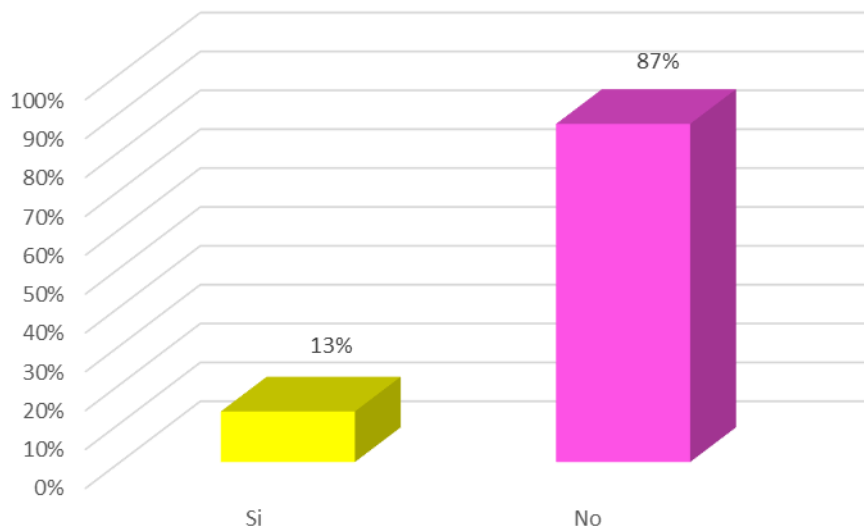
En la figura 11 se observa que el 57% de los pacientes con fibrilación auricular no presentaron dislipidemias y el 43% sí.

*Figura 12.* Presencia de diabetes mellitus en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia Lima junio 2017 – junio 2018.



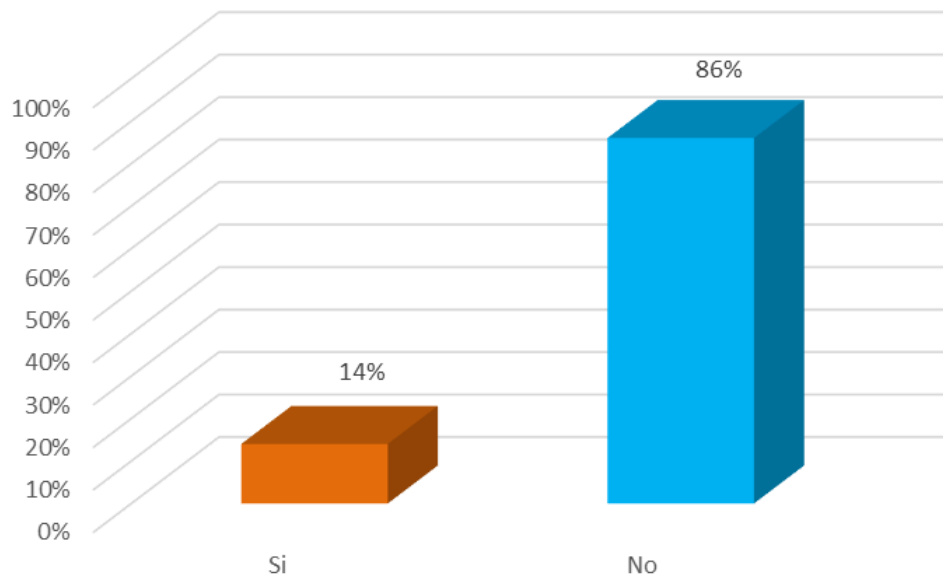
En la figura 12 se observa que el 63% de los pacientes con fibrilación auricular no padecen de diabetes mellitus y el 37% sí.

*Figura 13.* Presencia de insuficiencia cardíaca en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.



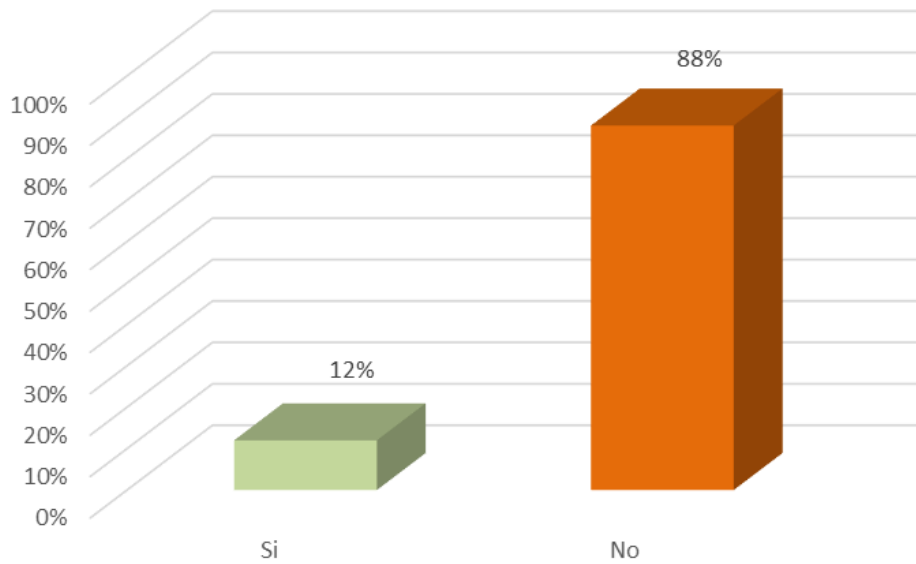
En la figura 13 se observa que el 87% de los pacientes con fibrilación auricular no presentaron insuficiencia cardíaca y el 13% sí.

*Figura 14.* Presencia de IMA en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018



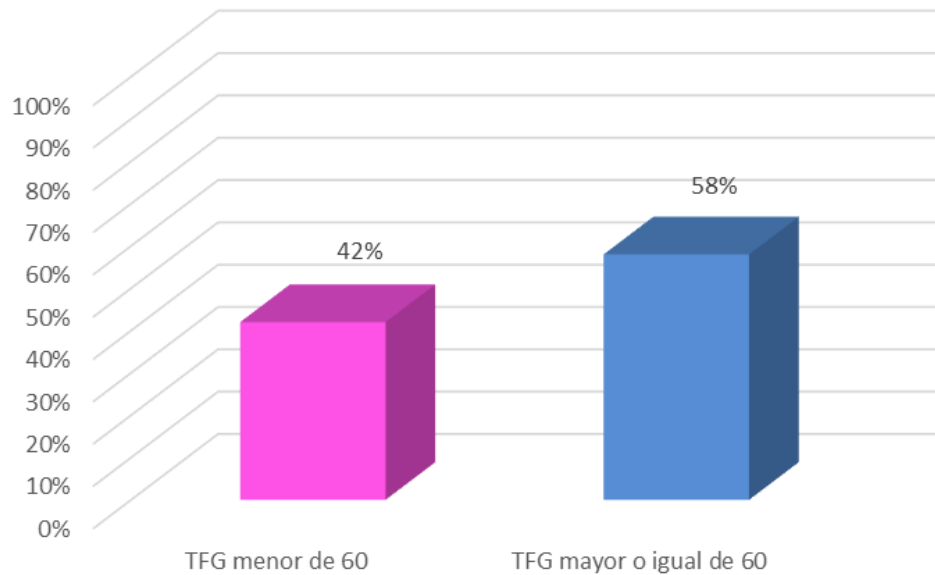
En la figura 14 se observa que el 86% de los pacientes con fibrilación auricular no presentaron IMA y el 14% sí.

*Figura 15.* Presencia de cardiopatía isquémica en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.



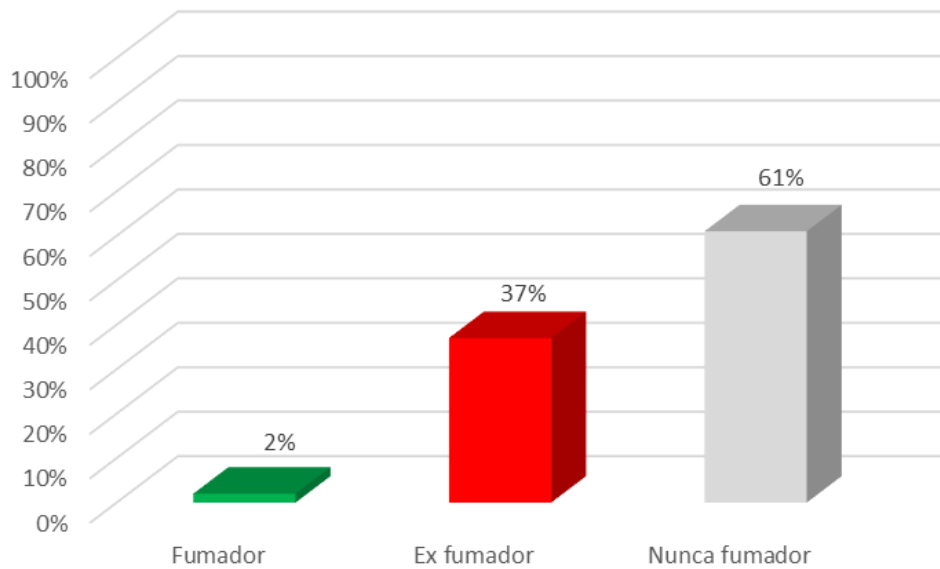
En la figura 15 se observa que el 88% de los pacientes con fibrilación auricular indicaron no padecer de cardiopatía isquémica y el 12% sí.

*Figura 16.* Presencia de insuficiencia renal en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.



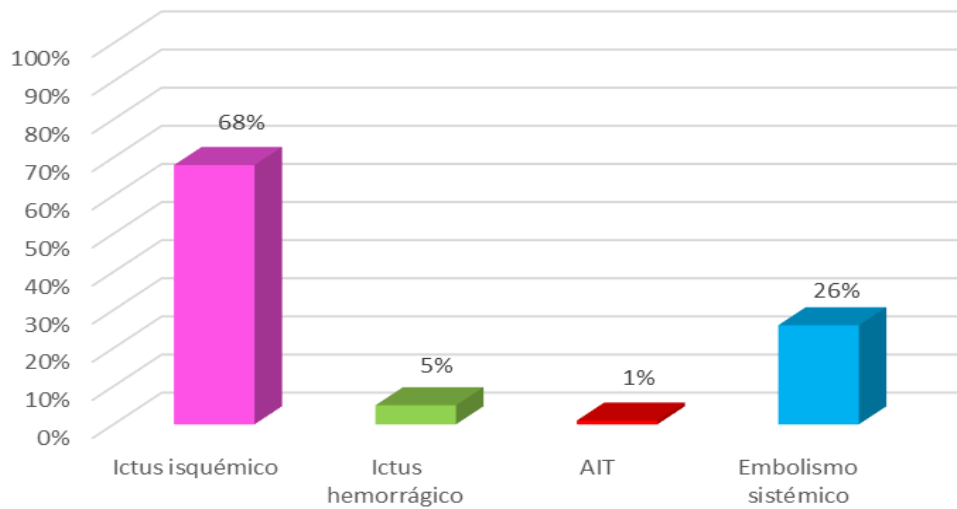
En la figura 16 se observa que el 58% de los pacientes con fibrilación auricular no presentaron insuficiencia renal y el 42% sí.

*Figura 17.* Tabaquismo en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018. 2018.



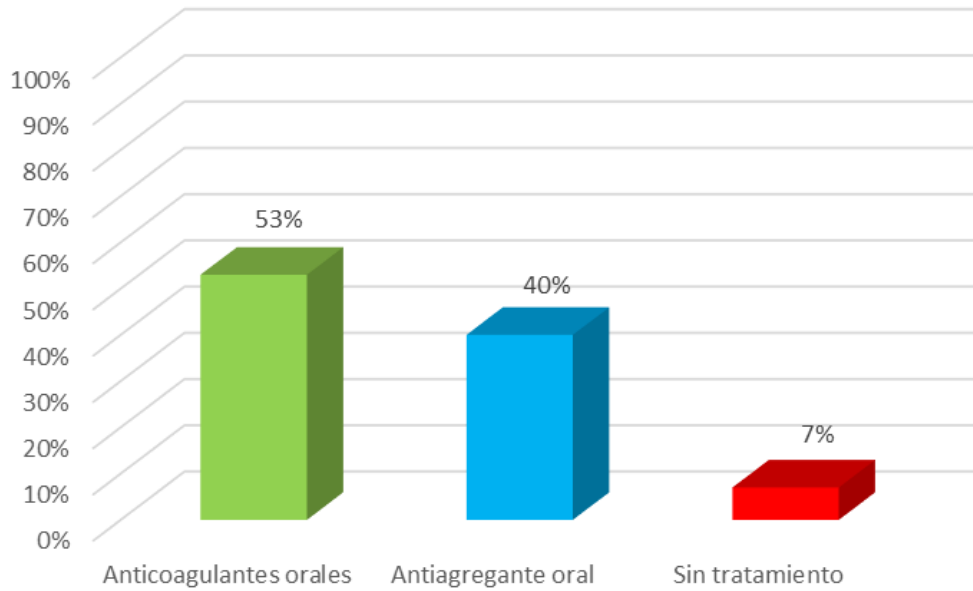
En la figura 17 se observa que el 61% de los pacientes con fibrilación auricular indicaron no haber fumado nunca, el 35% fueron ex fumadores y el 2% fumaban actualmente.

*Figura 18.* Enfermedad cerebro vascular en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.



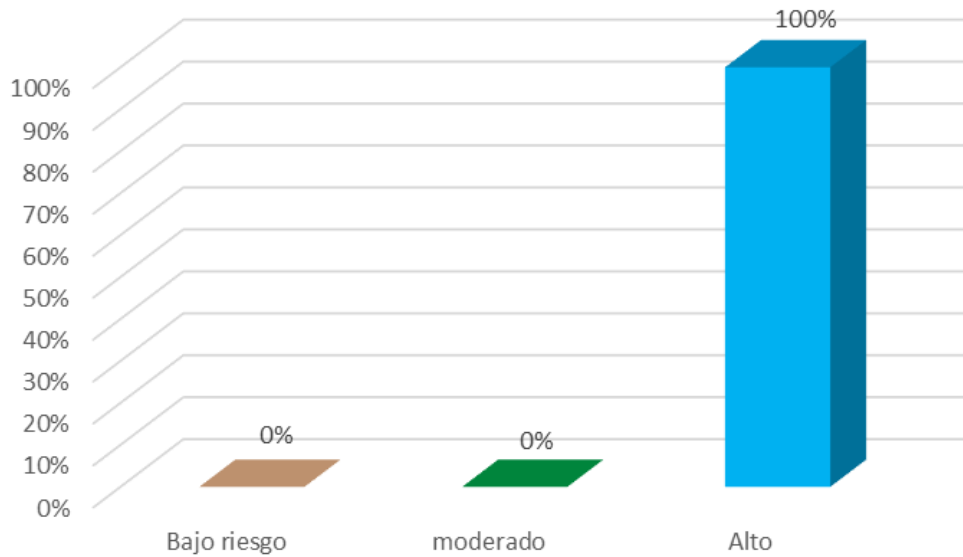
En la figura 18 se observa que el 68% de los pacientes con fibrilación auricular presentaron ACV isquémico y el 26% un embolismo sistémico.

*Figura 19.* Tratamiento anticoagulante de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018.



En la figura 19 se observa que el 53% de los pacientes con fibrilación auricular recibieron anticoagulantes orales, el 40% antiagregantes orales y el 7% estar sin tratamiento.

Figura 20. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc en los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017- junio 2018



En la figura 20 se observa que el 100% de los pacientes con fibrilación auricular presentaron un CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc alto.

## 2. Discusión

Según Urrutia (44), la fibrilación auricular representa la arritmia mantenida más frecuente en el adulto mayor, con una incidencia del 0,55% en menores de 60 años y del 9% en mayores de 80 años.

Los resultados de la investigación revelaron que el 60% de los pacientes con fibrilación auricular presentaron una edad entre los 75 y 90 años y el 57% fueron de sexo masculino. De igual manera, estudios realizados en Argentina (45) indican que la incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad y es mayor en los hombres en relación con las mujeres en cualquier grupo etario.

La prevalencia de esta patología en población anciana se debe a las alteraciones en el nodo sinusal que resultan en una pérdida gradual de fibras nodales, aumento de tejido fibroso y adiposo e infiltración amiloide. A su vez, la disminución de la capacidad de relajación ventricular debida a fibrosis miocárdica y dilatación auricular secundaria también predispone a la FA (46). En torno al sexo, la literatura señala que la mujer presenta una mayor frecuencia cardíaca.

Así también, se encontró que el 100% fue de raza mestiza, y el 45% cursaron con estudios primarios. Resultados parecidos, reportó Navas (47) en Colombia, donde el 63,3% de los pacientes con FA tuvieron solo una educación del nivel primario.

Cabe resaltar, que un estudio realizado en California (48), encontró que los pacientes de raza blanca presentan un riesgo, para el desarrollo de fibrilación auricular, 22 veces mayor que en los hispanos y 16 veces mayor que en los negros. Sin embargo, al ser nuestra población en su totalidad mestiza, podría hacernos suponer una menor incidencia de la FA.

En torno, a las comorbilidades de la enfermedad, se descubrió que el 71% si tuvieron hipertensión arterial, el 57% no evidenciaron insuficiencia cardíaca, el 86% no presentó ningún IMA, el 88% no reportó cardiopatía isquémica, el 57% no tuvo dislipidemias y el 63% negaron padecer diabetes mellitus. Un estudio hecho en España (49), demostró que la hipertensión (92,6%), hipercolesterolemia (70,6%), la insuficiencia cardíaca (21,3%) y cardiopatía isquémica (20,9%) fueron los principales factores de riesgo para el desarrollo de la fibrilación auricular permanente en el 45,3% de la población adulto mayor. Del mismo modo, un estudio en Ecuador (50) reveló que los factores de riesgo que tienen mayor relevancia dentro del grupo sintomático de FA fueron: la hipercolesterolemia, el síndrome metabólico, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la hipertrigliceridemia y la obesidad. En el grupo asintomático tienen mayor relevancia: insuficiencia renal y sobrepeso.

Estos hallazgos concuerdan con la literatura internacional, quienes señalan a la hipertrofia miocárdica, la cardiopatía isquémica y las valvulopatías como las anomalías cardíacas más frecuentemente asociadas a la FA, mientras que la hipertensión, diabetes, falla renal y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos cognitivos y enfermedad cerebrovascular son las comorbilidades más frecuentes (51).

Un dato importante a resaltar en la investigación realizada, fue que el 68% de los pacientes con FA tuvieron como antecedente al menos un evento de ACV isquémico. En relación a esto, la evidencia clínica demuestra que la FA es una de las principales causantes de esta enfermedad, encontrándose en aproximadamente el 25% de los pacientes como antecedente médico de riesgo. Asimismo, se que los pacientes con FA tienen cinco veces más riesgo de presentar

ACV isquémico y un riesgo dos veces mayor de morir como consecuencia de este evento (52). De igual manera, se registra que la mayoría de personas que llegan a desarrollar un evento cerebrovascular, limitan su capacidad funcional como secuela de la enfermedad, información que se confirma en este trabajo, donde el 61% de los pacientes con fibrilación auricular mostró dependencia en 6 funciones, a través del índice de Kazt.

Como parte del tratamiento de la FA, los anticoagulantes orales forman el eslabón base para la prevención de sucesos embólicos. Es así que, el 53% de los pacientes del estudio indicaron estar recibiendo tratamiento anticoagulante oral para la FA con un  $\text{CHA}_2\text{DSVAC}_2$  alto en el 100%. De manera similar, en Cuba (53), el 84,9 % de los pacientes tuvieron alto riesgo de ACV según el puntaje de  $\text{CHA}_2\text{DSVAC}_2$ .

El tratamiento con anticoagulantes ha demostrado su eficacia en la prevención de complicaciones cardioembólicas. Los antagonistas de la vitamina K han sido durante muchos años el único tratamiento, y la estandarización del International Normalized Ratio (INR) ha permitido que el seguimiento de estos fármacos se generalizara, se descentralizara y se extendiera el control a otros ámbitos como la atención primaria. Sin embargo, a pesar de la mayor facilidad para el seguimiento del paciente anticoagulado, la enorme variabilidad individual inherente a estos fármacos y su influencia por factores externos como la dieta, cambios de peso y enfermedades o tratamientos concomitantes, hace que sea difícil mantener el tratamiento en el estrecho margen terapéutico que se exige (INR entre 2 y 3). Distintos estudios establecen que el porcentaje de pacientes que se mantienen en rango terapéutico oscila entre el 29 y el 75%. Es así que, los nuevos fármacos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán y apixabán) han demostrado su

eficacia en términos de riesgo/beneficio, teniendo la ventaja de no precisar controles del INR (30).

Según estudios realizados en la administración de tratamiento antitrombótico en pacientes con FA, se evidenció claramente mayor riesgo de ECV conforme aumenta la edad. Se considera la edad como criterio mayor para el uso de anticoagulación. La anticoagulación oral con cociente de normalización internacional (INR) de 2 – 3, se asocia con una disminución de riesgo de ECV en 68% a diferencia de los antiagregantes con un 22%. A pesar de los estudios realizados, el uso de los anticoagulantes sigue siendo infrutilizado, por el riesgo de sangrado(43). Así como el 43% de pacientes con riesgo alto a ECV recibió tratamiento antiagregante.

Finalmente, la mayoría de las recomendaciones que tienen impacto en la prevención de la FA están relacionadas con el estilo de vida, especialmente la alimentación saludable, la práctica moderada de ejercicio físico y evitar el tabaquismo (54).

## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### 1. Conclusiones

- Los pacientes adultos mayores con diagnóstico de FA la mayoría son de 75 a 90 años, sexo masculino y de raza mestiza.
- La comorbilidad más frecuente es la hipertensión arterial
- Los pacientes adultos mayores con fibrilación auricular en su mayoría son dependientes en 6 funciones básicas
- Es necesario estratificar el riesgo de Ictus en pacientes adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital
- Los pacientes con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencial en su totalidad presentan riesgo alto para Ictus
- El tratamiento anticoagulante es el indicado para pacientes con alto riesgo de Ictus, y es el que la mayoría de los pacientes con fibrilación auricular recibe.

#### 2. Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos en el estudio, se recomienda:

- Estratificar el riesgo de ictus a través del CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc
- El uso de anticoagulantes en adultos mayores, salvo contraindicaciones en el paciente.
- Identificar y optimizar el tratamiento de las comorbilidades asociadas a FA

Con estas recomendaciones se disminuirá el riesgo de ictus en pacientes adultos mayores con FA.

## Referencias

1. Organización mundial de la salud: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización mundial de la salud 2015.
2. Guzmán, J., Sosa, Z., Muñoz, C., Jiménez, J., Espinoza, E., & Villa M. Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores. Boletín Inf CELADE/CEPAL, Div Población, Santiago Chile [Internet]. 2002;53(9):1–79. Available from: [https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin\\_envejecimiento.PDF](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF)
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de salud de la población adulta mayor, 2016. 2017; Available from: [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)
4. López Soto A, Formiga F, Bosch X, García Alegría J. Prevalencia de la fibrilación auricular y factores relacionados en pacientes ancianos hospitalizados: estudio ESFINGE. Med Clin (Barc). 2012;138(6):231–7.
5. Indicadores Básicos, Situación de Salud en las Américas 2018. Organ Panam la Salud. 2018;
6. Medina Palomino F. Epidemiología de la fibrilación auricular y el registro Saphir en Perú. Rev peru cardiol [Internet]. 2012;38(2):64–8. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=665035&indexSearch=ID>
7. Reyes A. M, Reyes V. A, Vives R. G, Salazar C. P. Prevalencia de fibrilación auricular en pacientes hospitalizados por enfermedad cerebrovascular en dos hospitales del ministerio de salud. Rev peru cardiol

- [Internet]. 2007;33(3):121–7. Available from:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cardiologia/v33%7B%7B%7D%7B\\_%7D%7B%7D%7Dn3/pdf/a02.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cardiologia/v33%7B%7B%7D%7B_%7D%7B%7D%7Dn3/pdf/a02.pdf)
8. Planas M. É a de la fibrilación auricular en España en los últimos años. *Epidemiol. 2016;66(7):561–5.*
  9. Gómez-doblas JJ, López-garrido MA, Esteve-ruiz I. Epidemiología de la fibrilación auricular. *2019;16:2–7.*
  10. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. *Rev Esp Cardiol. 2017;70(1):50.e1-50.e8.*
  11. SEPAR. Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC. *2007;50.* Available from:  
[https://www.aamr.org.ar/comunidad/guia\\_practica\\_clinica\\_epoc\\_guia\\_breve.pdf%0Awww.alatorax.org](https://www.aamr.org.ar/comunidad/guia_practica_clinica_epoc_guia_breve.pdf%0Awww.alatorax.org)
  12. Meijler FL, Strackee JAN, Ph D. Dr . Gordon Moe and the Analysis of Sustained Irregularity of the Pulse. *1990;1964.*
  13. Wang TJ, Larson MG, Levy D, Vasan RS, Leip EP, Wolf PA, et al. Temporal relations of atrial fibrillation and congestive heart failure and their joint influence on mortality: The Framingham heart study. *Circulation. 2003;107(23):2920–5.*
  14. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, Singh D, Rienstra M, Benjamin EJ, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: A global burden of disease 2010 study. *Circulation. 2014;129(8):837–47.*
  15. Colilla S, Crow A, Petkun W, Singer DE, Simon T, Liu X. Estimates of current

- and future incidence and prevalence of atrial fibrillation in the U.S. adult population. *Am J Cardiol* [Internet]. 2013;112(8):1142–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.05.063>
16. Heeringa J, Van Der Kuip DAM, Hofman A, Kors JA, Van Herpen G, Stricker BHC, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: The Rotterdam study. *Eur Heart J*. 2006;27(8):949–53.
  17. M. Z-B, F. L, T. C, S. D. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clin Epidemiol* [Internet]. 2014;6(1):213–20. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L373339718%5Cnhttp://dx.doi.org/10.2147/CLEP.S47385%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=11791349&id=doi:10.2147/CLEP.S47385&atitle=Epidemiology+of+atrial+fibrillation:>
  18. Haim M, Hoshen M, Reges O, Rabi Y, Balicer R, Leibowitz M. Prospective national study of the prevalence, incidence, management and outcome of a large contemporary cohort of patients with incident non-valvular atrial fibrillation. *J Am Heart Assoc*. 2015;4(1):1–12.
  19. Oldgren J, Healey JS, Ezekowitz M, Commerford P, Avezum A, Pais P, et al. Variations in cause and management of atrial fibrillation in a prospective registry of 15 400 emergency department patients in 46 countries: The RE-LY atrial fibrillation registry. *Circulation*. 2014;129(15):1568–76.
  20. Kishore A, Vail A, Majid A, Dawson J, Lees KR, Tyrrell PJ, et al. Detection of atrial fibrillation after ischemic stroke or transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2014;45(2):520–6.
  21. Pandit S V., Jalife J. Rotors and the dynamics of cardiac fibrillation. *Circ Res*. 2013;112(5):849–62.

22. Kirchhof P, Benussi S, Zamorano JL, Aboyans V, Achenbach S, Agewall S, et al. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Russ J Cardiol*. 2017;147(7):7–86.
23. Anné W, Willems R, Roskams T, Sergeant P, Herijgers P, Holemans P, et al. Matrix metalloproteinases and atrial remodeling in patients with mitral valve disease and atrial fibrillation. *Cardiovasc Res*. 2005;67(4):655–66.
24. Chugh SS, Blackshear JL, Shen WK, Hammill SC, Gersh BJ. Epidemiology and natural history of atrial fibrillation: Clinical implications. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2001;37(2):371–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0735-1097\(00\)01107-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0735-1097(00)01107-4)
25. Xiong Q, Proietti M, Senoo K, Lip GYH. Asymptomatic versus symptomatic atrial fibrillation: A systematic review of age/gender differences and cardiovascular outcomes. *Int J Cardiol* [Internet]. 2015;191:172–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.05.011>
26. Kirchhof P, Bax J, Blomstrom-Lundquist C, Calkins H, Camm AJ, Cappato R, et al. Early and comprehensive management of atrial fibrillation: Executive summary of the proceedings from the 2nd AFNET-EHRA consensus conference “research perspectives in AF.” *Eur Heart J*. 2009;30(24):2969–80.
27. Steinberg BA, Hellkamp AS, Lokhnygina Y, Patel MR, Breithardt G, Hankey GJ, et al. Higher risk of death and stroke in patients with persistent vs. paroxysmal atrial fibrillation: Results from the ROCKET-AF Trial. *Eur Heart J*. 2015;36(5):288–96.
28. Friberg L, Engdahl J, Frykman V, Svennberg E, Levin LÅ, Rosenqvist M. Population screening of 75- and 76-year-old men and women for silent atrial fibrillation (STROKESTOP). *Europace*. 2013;15(1):135–40.

29. Velasco JA, Cosín J, Maroto JM, Muñiz J, Casasnovas JA, Plaza I, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. 2019;1095–120.
30. Sánchez Ruano F, Santonja Granados A, Llobell Bertomeu V, Sellés Benavent D, Romeu Sánchez M, Martínez Moreno FA. Tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular no valvular en un centro de salud. Grado de control del INR e incidencia de episodios cardioembólicos. *Med Gen y Fam.* 2015 Apr;4(2):37–42.
31. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: A meta-analysis of randomised trials. *Lancet.* 2014;383(9921):955–62.
32. World Health Organization 2018. Monitoring Health for the SDGs. 2018.
33. Maroto-Castellanos LC, Pérez-Villacastín J. Fibrilación auricular. Generalidades. indicación de la ablación. *Cirugía Cardiovasc [Internet].* 2010;17(2):173–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134009610701121>
34. Medina JH, Torres L del P, Cortés RM, Verónica D, Martínez F, Esquivel G. Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2011;49(6):669–84.
35. Nazem F, Chenari H, Sadeghi O. Validation of the scale of knowledge management assessment in the technical and vocational training organization of Tehran. Vol. 2, Proceedings of the European Conference on Knowledge Management, ECKM. 2013. 490-495 p.
36. MINSAL. Orientación técnica dislipidemias. 2018; Available from:

<http://soched.cl/guias/Dislipidemias-MINSAL-Chile-2018.pdf>

37. American Diabetes Association. Standards of Medical in Diabetes. Diabetes Care. 2017;40(January):s33–43.
38. Ponikowski P, Voors AA, D Anker S, Bueno H, Cleland JGF, Unido R, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología ( ESC ) de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Unidad Evaluación Tecnol Sanit la Comunidad Madrid. 2016;69(12):214.
39. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Vol. 49, Stroke. 2018. 46-110 p.
40. Group SECW, Guidelines ESC, Infarction AM, Presenting P, Elevation WS, Reviewers E, et al. Comments on the 2017 ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting With ST-segment Elevation Comentarios a la guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes SEC Working Group for th. Rev Esp Cardiol. 2017;70(12):1039–45.
41. Gómez A, Arias E, Jiménez C. Prevalencia de la enfermedad renal crónica. Tratado Geriatria para Resid [Internet]. 2016;637–46. Available from: [https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05\\_62\\_III.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05_62_III.pdf)
42. Cid Conde L, López Castro J. Gu??a de pr??ctica cl??nica en fibrilaci??n auricular. Arch Med. 2013;9(4):1–15.

43. Lugo DCBBGHUP de HMMDJCDAM especialista en GHJGJ de la FCDILMG. Guía de buena práctica clínica en geriatría, anticoagulación. Sociedad Española de geriatría y Gerontología. 2012. 63 p.
44. Urrutia de Diego A. Fibrilación auricular en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008 Mar;43(2):106–12.
45. Liniado G, Labadet C, Ferreirós ER, Toro DI, Cragnolino R, Vargas O, et al. Características clínicas, ecocardiográficas y tratamientos administrados en pacientes con fibrilación auricular crónica según el sexo.
46. García-Seara J, González-Juanatey J. Epidemiología de la fibrilación auricular y comorbilidades asociadas. JoseRamónGonzálezJuanatey@sergas.es (JR González-Juanatey). 2012;12:3–10.
47. Navas D. Conductas de autocuidado de los pacientes con fibrilación auricular crónica que están recibiendo tratamiento con anticoagulación oral en una Institución de 4 nivel durante el periodo de septiembre a octubre del 2008. Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
48. Universidad de California. Un estudio descubre que los blancos tienen el mayor riesgo de sufrir de arritmia cardiaca. HealthDay. 2013.
49. Barrios V, Calderón A, Escobar C, de la Figuera M. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. Rev Española Cardiol. 2012 Jan;65(1):47–53.
50. Machado M. Factores de riesgo, comorbilidades y desarrollo de fibrilación auricular en el Hospital provincial general docente Riobamba, 2018. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2017.
51. Sociedad Uruguaya de Cardiología. M. Fibrilación auricular: un importante

- problema de salud pública. *Rev Uruguay Cardiol.* 2015;30(3):347–56.
52. García L, Pérez M, Amaya González P. Fibrilación auricular en pacientes con ataque cerebrovascular: experiencia en un centro de referencia del suroccidente colombiano. *Acta Neurol Colomb.* 2015;31(4):363–8.
53. Merino S, Mercedes J, Landaverde J, Lazo S, Morán J, Moreno F, et al. Caracterización de la fibrilación auricular en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional San Rafael (El Salvador). *CorSalud.* 2016;8(1):8–18.
54. Marzal Martín D, Rodríguez Padial L. Etiología y prevención de la fibrilación auricular. *Rev Española Cardiol Supl.* 2016 Dec;16(Supl.A):8–11.

## Anexos

### Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



#### LISTA DE CHEQUEO

#### Perfil clínico de pacientes adultos mayores con fibrilación auricular

N°	Pregunta	Categoría
1	Edad (años)	a)60-74 b)75-90 c)≥91
2	Sexo	a)Masculino b)Femenino
3	Raza	a)Mestizo b)Caucásico c)Afroamericana
4	Nivel de estudios	a)Sin estudios b)Primaria c)Secundaria d)Superior
5	IMC(Kg/m <sup>2</sup> )	a)18.5-24.9 b)25-29.9 c) ≥30
6	Presión arterial sistólica (mmHg)	a)<130 b) ≥130
7	Presión diastólica (mmHg)	a) <80 b) ≥80
8	Frecuencia cardíaca (lpm)	a) <60 b) 60-90 c) >90
9	Estado funcional	Índice de Katz a. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse. b. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una. c. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional. d. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional. e. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.

		f. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional. g. Dependiente en las seis funciones. h. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.
<b>10</b>	Hipertensión arterial	a)Si b)No
<b>11</b>	Dislipidemia	a)Si b)No
<b>12</b>	Diabetes Mellitus	a)Si b)No
<b>13</b>	Tabaquismo	a)Fumador activo b) Ex fumador (>1año) c)Nunca fumador
<b>14</b>	Insuficiencia cardiaca/ disfunción sistólica	a) FE ≥ 50% b) FE 40-49% c) FE 30-39% d) FE < 30%
<b>15</b>	Antecedente de ictus, AIT o embolismo sistémico	a)Ictus isquémico b)Ictus hemorrágico c) AIT d)Embolismo sistémico
<b>16</b>	Antecedente de infarto de miocardio	a)Si b)No
<b>17</b>	Cardiopatía isquémica	a)Si b)No
<b>18</b>	Insuficiencia renal	a)TFG <60 b)TFG >60
<b>19</b>	Tratamiento recibido para FA	a)Anticoagulantes orales b) Antiagregante oral c) Sin tratamiento
<b>20</b>	CHA2DS2VASc	a) 0 = bajo riesgo b) 1= moderado riesgo c) ≥2 = alto riesgo

## Anexo 2. Validación de instrumentos.

### HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE "Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima - Perú durante el año 2017"

**INSTRUCCIÓN:** Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto? *¿Cuál es el objetivo del estudio?*  
 0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga? *Factores sociodemográficos ≠ perfil clínico.*  
 0    10    20    30    40     50    60    70    80    90    100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga? *Los ítems de investigación los define el investigador*  
 0    10    20    30    40    50    60    70    80    90     100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
 0    10    20    30    40    50    60    70    80    90     100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
 0    10    20    30    40    50    60    70    80    90     100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?  
 @ Enfermedad fibrilada  
 @ Alteraciones cognitivas / demencia
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?  
 Factores sociodemográficos que no determinan el perfil clínico Ejm: Estado civil, vivienda, servicios, nivel de vivienda, nivel de estudios, etc.

Fecha: 09/02/17 Firma: 

Validado por: \_\_\_\_\_

Grado académico: Especialista en Geriátrica

## HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE "Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima - Perú durante el año 2017"

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?  
→ Ítem de desconocido en los factores de riesgo  
por ej: Fibrilación  
→ Fármaco usado para control de la FC o antiaritmico  
→ Sistema asociado a la Fibrilación (p. ej: Dronedronarona)
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar? (palpitaciones, embolismo)

Fecha: 07/ febrero / 2019

Firma: \_\_\_\_\_

  
EFREN S. MICHUE BOHORQUEZ  
MÉDICO - GERIATRÓLOGO CLÍNICO  
CNP 40401 RNE 33437

Validado por: EFREN S. MICHUE BOHORQUEZ

Grado académico: BACHILLER EN MEDICINA

## HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE "Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima - Perú durante el año 2017"

**INSTRUCCIÓN:** Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Fecha: 03/febrero/2019. Firma: \_\_\_\_\_

Dra. Akemi Kanashiro Arakaki  
Médico Geriatra  
CNR 56050 RNE 30103

Validado por: \_\_\_\_\_

Grado académico: especialista en Geriatría

## HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE "Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima - Perú durante el año 2017"

**INSTRUCCIÓN:** Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    **100 (%)**
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    **100 (%)**
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    **90**    100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    **100 (%)**
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    **100 (%)**
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: 02/02/14 Firma: \_\_\_\_\_

Validado por: Miguel Germán García Tenorio

Grado académico: Enfermería - Clínica

**EsSalud H. II.E.S.G.**  
SAN ISIDRO LABRADOR  
DR. MIGUEL GERMAN GARCIA TENORIO  
MEDICO ASISTENCIAL  
C.O.P. 34153 RNE 21408

## HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

**ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE “Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima - Perú durante el año 2017**

**INSTRUCCIÓN:** Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    **100** (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    **100** (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    **100** (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    **100** (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    **100** (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: 03/02/19

*Firma*  
**Claudia Pinedo Revilla**  
MEDICO GERIATRA  
CMP: 48928 RNE: 22452  
Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador  
**EsSalud**

Validado por: CLAUDIO PINEDO REVILLA

Grado académico: MAGISTER

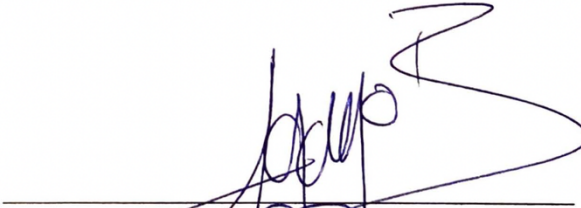
**ANEXO N°11**  
**CARTA DE ACEPTACION PARA LA REALIZACION DE LA**  
**INVESTIGACION POR EL JEFE DEL DEPARTAMENTO**

Dr. Jorge E. Amorós Castañeda  
Gerente Red Prestacional Almenara

De nuestra consideración

El jefe del departamento de medicina del Hospital Clínica II – E Geriátrica San Isidro Labrador, de la Red Almenara, a la cual pertenece el (la) DR. PALOMINO ASTUCURI LUIS ENRIQUE asesor principal e Investigadora principal OLAZABAL CHAMBILLA LILIAM EDITH del protocolo "**Identificación del perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos un hospital de referencia, Lima 2017**". Tienen el agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para la realización del proyecto señalado previamente. Este proyecto deberá contar además con las evaluaciones del comité de Investigación y el comité Institucional de Ética en investigación y la autorización correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Usted  
Atentamente.





---

Dr. Jorge Agudyo Barbachan  
Jefe de Departamento de Medicina  
Hospital II "Clínica Geriátrica San Isidro Labrador"

### CONSTANCIA DE REVISION ESTADÍSTICA DE TESIS

Yo **Janett Virginia Chávez Sosa**, identificada con el número de **DNI 46629577**, Licenciada en enfermería, Magister en gerencia de Salud y Especialista en estadística aplicada, realicé la revisión de la parte estadística de la tesis **“Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 a junio 2018”** de la bachiller **Liliam Edith Olazabal Chambilla**, identificada con el **DNI 73510811**.


Lic. Janett V. Chávez Sosa  
C.E.P. 066296  
Docente de la UPeH  
BIOESTADÍSTICA

---

**Janett Virginia Chávez Sosa**  
46629577

## CONSTANCIA DE REVISION LINGÜÍSTICA

Yo **Gladys Marlin Sosa Espinosa**, identificada con el número de **DNI 06956993**, Licenciada en Educación y Literatura, Maestría en Docencia Universitaria-Lingüística, Directora de Colegio Nacional José Carlos Mariategui -UGEL 04, realicé la revisión de la parte Lingüística de la tesis **“Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 a junio 2018”** de la bachiller **Liliam Edith Olazabal Chambilla**, identificada con el **DNI 73510811**.



Lic. Gladys M. Sosa Espinoza  
LINGÜÍSTICA  
Cod. Modular 1006956993