



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN**

**Enfermedad renal crónica como factor de riesgo asociado a fibrilación
auricular en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
Martins**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina Interna

AUTOR(ES)

**Bendezú Gamboa, Ismael Gustavo
(0000-0002-8280-121X)**

ASESOR(ES)

**Ángeles Villalva, Verónica Jeanette
(0000-0002-3814-4355)**

Lima, Perú

2023

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Bendezú Gamboa, Ismael Gustavo

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 43180760

Datos de asesor

Ángeles Villalva, Verónica Jeanette

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 07498389

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Soto Escalante, María Eugenia

DNI: 10135222

ORCID:0000-0001-8062-7687

SECRETARIO: Chávez Miñano, Victoria

DNI: 06739291

ORCID:0000-0001-7544-3453

VOCAL: Patrón Ordoñez, Gino

DNI: 40787846

ORCID: 0000-0002-3302-360X

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE:

Código del Programa: 912599

ÍNDICE

I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.....	3
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Línea de investigación.....	4
1.4 Objetivos.....	5
1.5 Justificación.....	5
1.6 Limitaciones.....	6
1.7 Viabilidad.....	6

II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....	7
2.2 Bases teóricas.....	9
2.3 Definiciones conceptuales.....	11
2.4 Hipótesis.....	12

III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio:.....	13
3.2 Diseño.....	13
3.3 Población y muestra.....	14
3.4 Operacionalización de variables.....	15
3.5 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos.....	15
3.6 Técnicas para el procesamiento de la información.....	16
3.7 Aspectos éticos.....	16

IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos.....	17
4.2 Cronograma.....	17
4.3 Presupuesto.....	19

V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

20

VI ANEXOS

1. Matriz de consistencia.....	24
2. Operalización de variables	25
3. Instrumento de recolección de datos.....	27

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La fibrilación auricular (FA) es una de las alteraciones del ritmo cardíaco más comunes, y su ocurrencia tiene un impacto significativo en mayores costos de atención médica, pérdida de productividad, hospitalizaciones frecuentes, un mayor riesgo de accidente cerebrovascular y una mayor mortalidad. La edad es el principal factor de riesgo de FA. En pacientes jóvenes (<49 años de edad), esta arritmia rara vez se diagnostica y afecta al 0,1-0,2% de la población. La prevalencia aumenta con la edad¹.

En la población mayor de 80 años, la FA se presenta en uno de cada cinco individuos. También es más prevalente en hombres (proporción hombre:mujer de 1,2:1) y en pacientes con comorbilidades, incluyendo hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, valvulopatía cardiopatía y miocardiopatía. El nivel de desarrollo socioeconómico de los países también es significativo, con tasas más altas de arritmia en los países desarrollados. Esto puede estar influenciado por las diferencias en la dieta, la prevalencia de un estilo de vida sedentario y diferencias cualitativas en la ingesta de alcohol, lo que se traduce en un mayor riesgo de trastornos metabólicos y diabetes².

La enfermedad renal crónica (ERC) es una importante contribuyente a la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles, y su control se encuentra dentro de los objetivos de desarrollo para reducir la mortalidad prematura de enfermedades no transmisibles en un tercio para 2030. Los costos del tratamiento aumentaron después de la disponibilidad de técnicas de reemplazo renal que, permiten a largo plazo salvar vidas de pacientes con enfermedad renal en etapa terminal³.

El número de personas que reciben terapia de reemplazo supera los 2,5 millones y se proyecta a duplicarse a 5,4 millones para 2030; sin embargo, en muchos países, hay escasez de reemplazo renal, y se estima que entre 2,3 y 7,1 millones de adultos fallecieron prematuramente por falta de acceso a este tratamiento⁴. El efecto de la enfermedad renal también se expande mucho más allá de la disposición de los servicios de reemplazo renal. A gran escala, a nivel nacional programas de cribado representativos emprendidos en Australia, Noruega, y los EE.UU. muestran que más del 10% de la población adulta tiene marcadores para nefropatía, siendo la hipertensión y la diabetes las causas más comunes⁵.

1.2 Formulación del problema:

¿Es la enfermedad renal crónica factor de riesgo asociado a fibrilación auricular en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

1.3 Línea de investigación

1.3.1. Según las prioridades de Investigación Nacional es la línea de investigación: Cáncer y enfermedades no transmisibles.

1.3.2. Según las prioridades de Investigación de la U.R.P es la línea de investigación: Cáncer y enfermedades no transmisibles.

1.4. Objetivos: General y específicos

1.4.1 General

Determinar si la enfermedad renal crónica es factor de riesgo asociado a fibrilación auricular en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.4.2 Específicos

Determinar la frecuencia de fibrilación auricular en pacientes expuestos a enfermedad renal crónica.

Determinar la frecuencia de fibrilación auricular en pacientes no expuestos a enfermedad renal crónica

Comparar la frecuencia de fibrilación auricular entre pacientes expuestos o no expuestos a enfermedad renal crónica

Comparar la frecuencia de diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia entre pacientes expuestos o no expuestos a enfermedad renal crónica

1.5. Justificación:

La fibrilación auricular es una patología cardíaca cuya historia natural se caracteriza por tener el patrón de una enfermedad crónica con episodios de descompensación y paroxismos, que suele presentar complicaciones macrovasculares responsables de un considerable grado de morbilidad y mortalidad, así como la coexistencia con otras comorbilidades de índole metabólico en este sentido se ha visto asociada con la presencia de otras comorbilidades crónicas; al respecto se han identificado publicaciones en las cuales se describen la mayor prevalencia e incidencia de esta arritmia cardíaca en pacientes con enfermedad renal crónica, a través de una serie de estados patológicos impuestos por este trastorno de la función renal, por ello consideramos pertinente verificar el grado de asociación entre estas variables, dado que no hemos identificado estudios similares en nuestra realidad.

1.6 Delimitaciones

Este estudio se realizará en Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2017 y 2021 que está ubicado en el Distrito de Lima. Se realizará en la población de pacientes adultos con o sin fibrilación auricular atendidas durante el periodo de seguimiento y quienes estuvieron expuestos o no a enfermedad renal crónica.

1.7 Viabilidad

La Universidad Ricardo Palma autorizará la ejecución de la investigación y la sede nosocomial autorizará la revisión de los libros de estadística de hospitalización del Servicio de Medicina Interna, así como para el ingreso al archivo y la utilización de las historias clínicas de los pacientes seleccionados. Se realizará la recolección de datos con una encuesta (Ficha de recolección de Datos). Por otro lado cabe precisar que las variables que se incluirán en la presente investigación pueden ser identificadas y operacionalizadas a través de su revisión en los expedientes clínicos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación:

Shang W, et al en China en el 2017 examinaron la asociación entre la enfermedad renal crónica y la fibrilación auricular de nueva aparición. Se realizaron búsquedas en PubMed, EMBASE, la Colaboración Cochrane y las listas de referencias de artículos relevantes para identificar estudios elegibles. Se utilizó el modelo de efectos aleatorios para calcular el índice de riesgos instantáneos (HR) global ajustado por múltiples variables con su correspondiente intervalo de confianza (IC) del 95 %. En este metaanálisis se incluyeron siete estudios de cohortes prospectivos (n = 400 189 participantes). Los resultados agrupados sugirieron que la ERC se asoció con una mayor estimación del riesgo ajustado de FA de inicio reciente (CRI, 1,47; IC 95 %, 1,21–1,78), con una heterogeneidad significativa entre estos estudios (I² = 79,7 %, P <0,001). El análisis de sensibilidad demostró además que los resultados son sólidos⁶.

Kuzma Ł. et al en el 2021 en Turquía investigaron la hipótesis que indica una mayor prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con FA, la población de estudio compuesta por 8026 pacientes remitidos para coronariografía electiva incluyendo 1621 con FA. En la comparación de prevalencia en grupos diferenciados se puede observar que la insuficiencia renal fue dos veces más frecuente en pacientes con FA en ambos grupos con ERC (ERC (+)/FA (+) 6,24% vs. ERC (+)/FA (-) 3,04%) y sin ERC (ERC (-)/FA (+) 2,32 % frente a ERC (-)/FA (-) 1,22 %) ⁷.

Rhem M, et al en Reino Unido en el 2022 evaluaron la relación entre la enfermedad renal crónica y la incidencia de fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca junto con la mortalidad como riesgo competitivo en cohortes de población general. Este estudio se realizó dentro del proyecto BiomarCaRE utilizando datos armonizados de 12 cohortes europeas basadas en la población (n = 48 518 participantes). La función renal se evaluó mediante la tasa de filtración glomerular estimada utilizando la

ecuación combinada de la Colaboración Epidemiológica de Enfermedades Renales Crónicas (CKD-EPI) con creatinina sérica estandarizada (Cr) y cistatina C sérica no estandarizada (CysC). La edad media al inicio del estudio fue de 51,4 (desviación estándar 12,1) años, el 49 % eran hombres. En general, el 4,3 % de los sujetos tenían ERC al inicio del estudio. La tasa de FA fue de 3,8 por 1000 años-persona durante el seguimiento. El riesgo de FA en pacientes con enfermedad renal en comparación con pacientes sin enfermedad renal fue de 1,28 (intervalo de confianza del 95 %: 1,07–1,54) después del ajuste por covariables⁸.

Baber U, et al en Norteamérica en el 2011 evaluaron la asociación de enfermedad renal crónica con fibrilación auricular detectada entre 26917 participantes en una cohorte basada en la población de adultos estadounidenses afroamericanos y blancos de 45 años de edad. Se calculó la tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) utilizando la ecuación abreviada del estudio Modification of Diet in Renal Disease y la albuminuria se definió como una proporción de albúmina a creatinina 30 mg/g. Los participantes se clasificaron según la función renal. La prevalencia de FA entre los participantes sin ERC y con ERC en estadio 1 a 2, estadio 3 y estadio 4 a 5 fue del 1,0%, 2,8%, 2,7% y 4,2%, respectivamente. En comparación con los participantes sin ERC, la edad, raza y los cocientes de probabilidades ajustados por sexo para la FA prevalente fueron 2,67 (intervalo de confianza del 95 %, 2,04 a 3,48), 1,68 (intervalo de confianza del 95 % intervalo, 1,26 a 2,24) y 3,52 (intervalo de confianza del 95%, 1,73 a 7,15) entre aquellos con etapa 1 a 2, etapa 3 y etapa 4 a 5 ERC⁹.

En la revisión bibliográfica realizada no se han identificado estudios nacionales, locales ni regionales.

2.2 Bases teóricas:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente; esta condición se caracteriza por varios factores de riesgo: tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus, apnea obstructiva del sueño y presión arterial elevada; una mayor concientización sobre la fibrilación auricular y un mayor uso de electrocardiogramas de rutina y dispositivos de monitorización electrocardiográfica ampliada mejoran la detección de la fibrilación auricular y, por lo tanto, pueden aumentar el número de casos identificados en la comunidad, lo que da lugar a aumentos en la incidencia y la prevalencia debido a una vigilancia mejorada. Con la evaluación de rutina de la fibrilación auricular y sus factores de riesgo, así como los resultados cardiovasculares durante más de medio siglo de observación, el Framingham Heart Study proporciona un recurso único para monitorear las tendencias a largo plazo en la prevalencia e incidencia de la fibrilación auricular, los factores de riesgo y los resultados en la comunidad y puede proporcionar ideas para guiar futuras estrategias de prevención¹⁰.

La enfermedad renal crónica (ERC) tiene en común con la fibrilación auricular, algunos de los factores de riesgo mencionados y su co-ocurrencia es cada vez más frecuente en la población general. La ERC es una afección caracterizada como silenciosa en etapas iniciales y que a menudo tiene una progresión rápida a enfermedad renal terminal, aunque el marco de tiempo no está bien definido. La ERC es principalmente una enfermedad tubulointersticial con atrofia tubular, fibrosis intersticial y glomeruloesclerosis¹¹.

Se requiere una evaluación de laboratorio para identificar ERC en las primeras etapas de la enfermedad. Se miden los niveles de creatinina y se utilizan para calcular la reducción de la función renal, más a menudo expresada como tasa de filtración glomerular (eGFR). Se ha observado que la progresión a enfermedad terminal en pocos años después de la primera evidencia. En última instancia, cuando se produce insuficiencia renal en estadios avanzados, las terapias de reemplazo (diálisis y trasplante renal) son necesarios para la supervivencia¹².

La hipertensión y la diabetes se encuentran entre los más factores de riesgo importantes para la ERC y representan gran parte de la carga de enfermedad. La ERC es también un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular y mortalidad por todas las causas¹³. La enfermedad renal crónica tiene una relación complicada con el corazón, lo que lleva a muchas consecuencias adversas¹⁴. Pueden ocurrir interacciones fisiopatológicas que conducen a cambios estructurales hemodinámicos y cardíacos. Estos también predisponen a la fibrilación auricular (FA) y la insuficiencia cardíaca, lo cual está asociado con mayores costos de atención médica y la mortalidad y, en combinación con la ERC, puede complicar el curso de la enfermedad y empeora el riesgo de resultados adversos¹⁵.

Dado el envejecimiento de la población y el aumento del riesgo común con la presencia de factores de ERC, FA, como hipertensión, diabetes, y la obesidad el riesgo de mortalidad aumentará en el futuro. Sin embargo, una mejor comprensión de la fisiopatología compartida, particularmente en poblaciones de bajo riesgo, puede ayudar a desarrollar más estrategias preventivas¹⁶.

La ERC y la FA no sólo comparten muchos factores de riesgo comunes, también hay efectos específicos de la ERC sobre la estructura cardíaca, la función endotelial y vascular. La sobrecarga crónica de líquidos y el aumento de la poscarga debida a la rigidez arterial puede conducir a hipertrofia de ventrículo izquierdo con marcada fibrosis miocárdica y, en consecuencia, disfunción diastólica del ventrículo izquierdo y agrandamiento¹⁷. En particular, las interacciones crónicas (las llamadas subtipo tipo 4) de síndromes cardiorenales pueden ser más caracterizadas por cambios hemodinámicos debido a la insuficiencia cardíaca y retorno venoso alterado. Además, mecanismos neurohormonales que desencadenan la alteración del sistema renina-angiotensina-aldosterona que conduce a una mayor sobrecarga de líquidos, inflamación, procesos de remodelado fibrótico renal y cardíaco, y finalmente, la degeneración de órganos juega un papel importante. Es muy probable que estas diferencias reflejen diferencias en la patología cardiovascular más que una depuración renal alterada¹⁸.

Desde una perspectiva de salud pública, las estrategias de tratamiento de las primeras etapas de un síndrome cardiorenal incluyen medidas preventivas y manejo de factores de riesgo y enfermedades concomitante. Cambios en el estilo de vida como reducción de peso, control adecuado de la presión arterial y lipoproteínas aterogénicas, el estado glucémico y dejar de fumar son elementos cruciales de una estrategia de tratamiento precoz¹⁹.

2.3 Definiciones conceptuales:

Fibrilación auricular: Alteración del ritmo con el que se contraen las aurículas, que laten de muy rápida y desordenada, provocando a su vez, un ritmo de contracción ventricular desordenado, que puede variar de ser muy rápido a ser muy lento dependiendo de la integridad del nodo Auriculoventricular⁶.

Enfermedad renal crónica: Corresponde a valores de filtrado glomerular menor a 60ml / min por 1.73m² por un periodo \geq de 3 meses con o sin daño renal. Para el cálculo del filtrado glomerular se utilizará la fórmula de CKD-EPI⁷.

Diabetes mellitus: Trastorno del metabolismo de los carbohidratos; evidenciado por alguno de los siguientes: glucemia al azar >200 g/dl; glucemia en ayunas >126 g/dl; hemoglobina glicosilada > 7%⁶.

Hipertensión arterial: Incremento patológico de los niveles de presión arterial evidenciado por valores de PAS > 140 y/o PAD > 90⁸.

Hipercolesterolemia: Incremento patológico de los niveles de colesterol sérico evidenciado por valores de colesterol total > 200 mg/dl⁷.

2.4 Hipótesis

Alternativa:

La enfermedad renal crónica es factor de riesgo asociado a fibrilación auricular en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Nula:

La enfermedad renal crónica es factor de riesgo asociado a fibrilación auricular en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio:

Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal analítico

3.2 Diseño de investigación:

Es retrospectivo, debido a que tomará datos de años anteriores; observacional porque no presentará intervención o no se manipulará variables; analítico, ya que demuestra una relación entre factores predisponentes y el efecto; cuantitativo porque se expresará numéricamente y hará uso de las estadísticas; y es transversal porque se tomará un periodo de tiempo específico. Es un estudio transversal analítico porque medirá la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida en un punto específico de tiempo y se comparará el resultado de aquellas personas expuestas a cada factor con aquellas que no fueron expuestas.

3.3 Población y muestra

Población Diana

Pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2017 a 2021.

Población Estudio:

Pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2017 a 2021; que cumplieron los criterios de selección.

✓ Criterios de Inclusión (cohorte expuesta):

- Pacientes con enfermedad renal crónica
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes mayores de 15 años
- Pacientes con historias clínicas completas

✓ **Criterios de Inclusión (cohorte no expuesta):**

- Pacientes sin enfermedad renal crónica
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes mayores de 15 años
- Pacientes con historias clínicas completas

✓ **Criterios de Exclusión:**

- ✓ Pacientes con cirrosis hepática
- ✓ Pacientes con obesidad mórbida
- ✓ Pacientes con cardiopatía congénita
- ✓ Pacientes con hipertiroidismo
- ✓ Pacientes con cardiopatía dilatada
- ✓ Pacientes gestantes

Muestra:

Se utilizará la siguiente fórmula²⁰:

$$n = \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1 - p_2)^2} * (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$$

Dónde:

n = Número de casos

$Z_{\alpha/2} = 2.58$ para $\alpha = 0.01$

$Z_{\beta} = 1.28$ para $\beta = 0.10$

$P1 = 0.073^{23}$

$$P2 = 0.023^{23}$$

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 239$$

GRUPO EXPUESTO: (ERC) = 239 pacientes

GRUPO NO EXPUESTA: (NO ERC) = 239 pacientes.

3.4 Operacionalización de variables: (Anexo 2).

3.5 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

Se presentará una solicitud de permiso dirigida al director del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins para la ejecución del proyecto de investigación luego se incluirán en el estudio a los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 2017 a 2021.

Se revisarán las historias clínicas de los pacientes, que se encuentran registrados en el sistema de estadística como diagnóstico definitivo o repetitivo con códigos CIE10 de enfermedad renal crónica. Se seleccionarán las historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y cuenten con un electrocardiograma del último año hasta llegar al tamaño muestral de 239. Posteriormente se dividirán en aquellos que presentaron fibrilación auricular en todas sus formas, y aquellos que no presentaron fibrilación auricular. Para el grupo no expuesto, se revisarán las historias de los pacientes hospitalizados en medicina interna, por patologías no cardíacas ni renales, y apareados por edad, hasta alcanzar el tamaño muestral de 239, para luego dividir entre aquellos que desarrollaron fibrilación auricular y aquellos que no. Los datos correspondientes a las variables intervinientes serán registrados en la ficha de recolección de datos (Anexo 1); para luego realizar el análisis de los mismos.

3.6 Técnicas para el procesamiento de la información

- **Estadística descriptiva:** Se determinarán frecuencias, porcentajes, gráficos y tablas de doble entrada, media mediana, rango intercuartilico.
- **Estadística analítica:** Se utilizará la prueba de Chi cuadrado (X^2) y la prueba T de student; se considerará que hay significancia estadística si se tiene un valor $P < 0.05$.
- **Estadígrafos:** Se realizará el cálculo de razón de prevalencia y su correspondiente intervalo de confianza al 95%.

3.7 Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación no realizará ningún experimento en seres humanos, ni animales; sin embargo, se obtendrá la aprobación del Departamento de Investigación y del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, así como la del Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, para su aprobación antes de ser realizado^{21,22}.

CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

4.1.1 Recursos Humanos:

- Personal investigador, asesor, estadístico.

4.1.2 Locales y otros ambientes:

- Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma.

4.1.3 Material y equipos:

- Protocolo diseñado por el autor.
- Material de escritorio.
- Material de impresión: computadora, impresora y fotocopidora.

4.2 Cronograma

4.2.1 Duración del Proyecto:

- 12 meses

4.2.2 Fecha de Inicio y Término del Proyecto:

- **Inicio** : 01 de Enero 2021
- **Término** : 30 de Diciembre 2021

4.2.3 Horas semanales dedicadas al proyecto:

Investigadores	Número de Horas Semanales
Autor	14
Asesor	7

4.2.4 Etapas del Proyecto: Cronograma de Gantt

N°	Actividad	TIEMPO (meses/semanas)											
		Enero - Diciembre											
		1 s	2 s	3 s	4 s	1 s	2 s	3 s	4 s	4 m	4m	1m	1m
1	Planificación y elaboración del proyecto	X	X	X	X	X							
2	Presentación y aprobación del proyecto						X	X	X				
3	Recolección de Datos									X	X		
4	Procesamiento y análisis											X	
5	Elaboración del Informe Final												X
DURACIÓN DEL PROYECTO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PERIODO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR MESES													

4.3 Presupuesto

Naturaleza del Gasto	Caracterización del bien	Unidades	Valor unidad (S/.)	Total
02.00 Bienes			Nuevos soles	Nuevos soles
02.06	Papel bond A4 80 g	2 millares	25.00	50 .00
02.06	Folders	5	1.00	5.00
02.06	Lapiceros	5	1.00	5.00
02.06	Engrapador	01	7.00	7.00
02.06	Grapas	01 caja	5.00	5.00
02.06	Resaltadores	02	3.50	7.00

02.14	CDs Rooms	10	1.00	10.00
0.300	Caracterización del Servicio	Unidades	Precio Unitario	Precio Total
0.310	Transporte	100	0.70	170.00
0.316	Fotocopias	200	0.10	30.00
0.317	Tipeo	50	0.50	45.00
0.318	Impresiones	300	0.30	90.00
0.318	Anillados	6	3.00	18.00
0.318	Empastados	6	12	72.00
0.307	Asesoría por Estadístico	1	150	500.00
0.327	Internet	3 meses	40	120.00
Total				S/.1034.00

5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Myrda K. Temporary Trends Concerning the Extent and Efficacy of Atrial Fibrillation Ablation Using Radiofrequency Energy in a Polish Single-Center Experience. *Medicina* 2022; 58: 187
- 2.-Kozieł M. Symptom management strategies: Rhythm vs rate control in patients with atrial fibrillation in the Balkan region: Data from the BALKAN-AF survey. *Int. J. Clin. Pract.* 2021; 75:14080.
- 3.-Bikbov B, Perico N, Remuzzi G. A comparison of metrics and performance characteristics of different search strategies for article retrieval for a systematic review of the global epidemiology of kidney and urinary diseases. *BMC Med Res Methodol* 2018; 18: 110.
- 4.-Carrero JJ, Hecking M, Chesnaye NC, Jager KJ. Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol* 2018; 14: 151–64
- 5.-Vos T. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2020; 395: 709–33.
- 6.-Shang W, Li L, Huang S, Zeng R, Huang L, Ge S, et al. Chronic Kidney Disease and the Risk of New-Onset Atrial Fibrillation: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *PLoS ONE* 2017; 11(5):
- 7.-Kuzma Ł. Atrial Fibrillation and Chronic Kidney Disease—A Risky Combination for Post-Contrast Acute Kidney Injury. *J. Clin. Med.* 2021; 10.

8.-Rhem M. Chronic kidney disease and risk of atrial fibrillation and heart failure in general population-based cohorts: the BiomarcARE Project. *ESC Heart Failure* 2022; 9: 57–65.

9.-Baber U. Association of Chronic Kidney Disease With Atrial Fibrillation Among Adults in the United States REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2011;4:26-32.

10.-Staerk L. Atrial Fibrillation: Epidemiology, Pathophysiology, and Clinical Outcomes. *Circ. Res.* 2017; 120: 1501–1517.

11.-Lozier M, Turcios-Ruiz RM, Noonan G, Ordunez P. Chronic kidney disease of nontraditional etiology in Central America: a provisional epidemiologic case definition for surveillance and epidemiologic studies. *Rev Panam Salud Publica.* 2017;(40)5:294-300.

12.-Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, Adebayo OM, Afarideh M, Agarwal SK, AgudeloBotero M, Ahmadian E. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet.* 2020; 395: 709–733. 2.

13.-Rothenbacher D, Rehm M, Iacoviello L, Costanzo S, Tunstall-Pedoe H, Belch JJF, Söderberg S, Hultdin J, Salomaa V, Jousilahti P, Linneberg A, Sans S, Padró T, Thorand B, Meisinger C, Kee F, McKnight AJ, Palosaari T, Kuulasmaa K, Waldeyer C, Zeller T, Blankenberg S, Koenig W, written on behalf of BiomarcARE consortium. Contribution of cystatin C- and creatinine-based definitions of chronic kidney disease to cardiovascular risk assessment in 20 population-based and 3 disease cohorts: The BiomarcARE project. *BMC Med* 2020; 18: 300.

14.-Kumar U, Wettersten N, Garimella PS. Cardiorenal syndrome: Pathophysiology. *Cardiol Clin* 2019; 37: 251–265.

15.-Vinter N, Huang Q, Fenger-Grøn M, Frost L, Benjamin EJ, Trinquart L. Trends in excess mortality associated with atrial fibrillation over 45 years (Framingham Heart Study): community based cohort study. *BMJ*. 2020; 370: m2724.

16.-Kaesler N, Babler A, Floege J, Kramann R. Cardiac remodeling in chronic kidney disease. *Toxins Multidisc* 2020; 12: 161.

17.-Magnussen C, Niiranen T, Ojeda F, Gianfagna F, Blankenberg S, Njølstad I, Vartiainen E, Sans S, Pasterkamp G, Hughes M, Costanzo S, Donati MB, Jousilahti P, Linneberg A, Palosaari T, de Gaetano G, Bobak M, den Ruijter HM, Mathiesen E, Jørgensen T, Söderberg S, Kuulasmaa K, Zeller T, Iacoviello L, Salomaa V, Schnabel RB. Sex differences and similarities in atrial fibrillation epidemiology, risk factors, and mortality in Community cohorts. *Circulation* 2017; 136: 1588–1597.

18.-Schrage B, Geelhoed B, Niiranen T, Gianfagna F, Vishram-Nielsen JKK, Costanzo S, Söderberg S, Ojeda F, Vartiainen E, Donati MB, Magnussen C, Di Castelnuovo A, Camen S, Kontto J, Koenig W, Blankenberg S, de Gaetano G, Linneberg A, Jørgensen T, Zeller T, Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Hughes M, Iacoviello L, Salomaa V, Schnabel RB. Comparison of cardiovascular risk factors in european population cohorts for predicting atrial fibrillation and heart failure, their subsequent onset, and death. *J Am Heart Assoc* 2020; 9: e015218.

19.-DeFilippi CR, Herzog CA. Interpreting cardiac biomarkers in the setting of chronic kidney disease. *Clin Chem* 2018; 63: 59–65.

20.-Di M. D18.-García J, Reding A, López J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Investigación en educación médica 2013; 2(8): 217-224.

21.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2011.

22.-Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética 2015; 6(1): 125-145.

23.-Ju N. Chronic kidney disease and undiagnosed atrial fibrillation in individuals with diabetes. Cardiovasc Diabetol (2020) 19:157

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Es la enfermedad renal crónica factor de riesgo asociado a fibrilación auricular en pacientes atendidos en el Hospital Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?	Determinar si la enfermedad renal crónica es factor de riesgo asociado a fibrilación auricular en pacientes atendidos en el Hospital Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.	La enfermedad renal crónica es un factor de riesgo asociado a fibrilación auricular en pacientes atendidos en el Hospital Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.	Fibrilación auricular Enfermedad renal crónica Diabetes mellitus Hipertensión arterial Hipercolesterolemia	Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal analítico	Pacientes adultos atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo 2017 a 2021.	Revisión de historias clínicas. Ficha de recolección de datos.	Se realizará el cálculo del estadígrafo razón de prevalencias y la prueba estadística chi cuadrado y t de student para verificar la diferencia de proporciones

2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Fibrilación auricular	<p>Alteración del ritmo con el que se contraen las aurículas, que laten de muy rápida y desordenada, provocando a su vez, un ritmo de contracción ventricular desordenado, que puede variar de ser muy rápido a ser muy lento dependiendo de la integridad del nodo Auriculoventricular.</p>	<p>Registro en el expediente clínico del paciente por medio de los hallazgos del electrocardiograma; se incluirán todos los tipos de fibrilación auricular.</p>	<p>Cualitativa.</p>	<p>Dependiente – dicotómica</p>	<p>Si - No</p>

Enfermedad renal crónica	Corresponde a valores de filtrado glomerular menor a 60ml / min por 1.73m ² por un periodo ≥ de 3 meses con o sin daño renal. Para el cálculo del filtrado glomerular se utilizará la fórmula de CKD-EPI.	Registro en el expediente clínico del paciente evidenciado por los valores de creatinina sérica y corroborado por la valoración del médico tratante con la codificación CIE 10	Cualitativa	Independiente – dicotómica	Si - No
Diabetes mellitus	Trastorno del metabolismo de los carbohidratos	Diagnóstico de DM referido por el paciente en los antecedentes o registrado en el diagnóstico por el médico tratante	Cualitativa.	Independiente – dicotómica	Si - No
Hipertensión arterial	Incremento patológico de los niveles de presión	Diagnóstico de HTA referido por el paciente en los antecedentes o			

	arterial	registrado en los diagnósticos por el médico tratante	Cualitativa.	Independiente - dicotómica	Si - No
Hipercolesterolemia	Incremento patológico de los niveles de colesterol sérico	Colesterol mayor a 200 mg durante los últimos 6 meses registrado en la historia clínica.	Cualitativa.	Independiente – dicotómica	Si - No

3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO
A FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

Nº Ficha:

I.-DATOS GENERALES:

Edad: _____

Diabetes mellitus: _____

Hipertensión arterial: _____

Hipercolesterolemia: _____

II.- DATOS DE VARIABLE EXPOSICION:

Enfermedad renal crónica: Sí () No ()

II.-DATOS DE VARIABLE RESULTADO:

Fibrilación auricular (todos los tipos): Sí () No ()

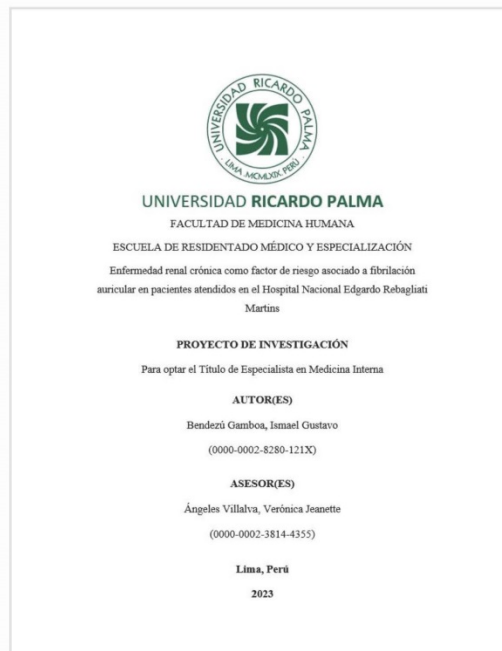


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Ismael Gustavo Bendezú Gamboa
Título del ejercicio:	Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega:	Enfermedad renal crónica como factor de riesgo asociado a ...
Nombre del archivo:	PROYECTO_5_DE_INVESTIGACION_BENDEZ_GAMBOA.docx
Tamaño del archivo:	259.61K
Total páginas:	28
Total de palabras:	4,119
Total de caracteres:	23,498
Fecha de entrega:	08-mar.-2023 09:30a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega...	2032107867



Enfermedad renal crónica como factor de riesgo asociado a fibrilación auricular en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	11%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	senfro.atlasit.com Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo