



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Características clínicas y puntaje CHA₂DS₂-VA en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico criptogénico atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2025-2026

Clinical characteristics and CHA₂DS₂-VA score in patients with cryptogenic ischemic stroke treated at the Arzobispo Loayza National Hospital during the period 2025-2026

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

AUTOR

ORLANDO JEFFERSON RICALDI VICTORIO

ASESOR

PAOLA GISSELA OLIVER RENGIFO

LIMA – PERÚ

2026

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	RICALDI VICTORIO ORLANDO JEFFERSON
2.	

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertenecientes al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN CARDIOLOGÍA**, autor del proyecto de investigación titulado: **Características clínicas y puntaje CHA₂DS₂-VA en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico criptogénico atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2025-2026**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN CARDIOLOGÍA**, bajo la modalidad de **Proyecto de investigación**.

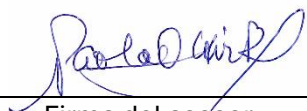
En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	OLIVER RENGIFO PAOLA GISSELA	MEDICINA	Asesor
2.		MEDICINA	Co-asesor

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de 18%, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3600502845**; fecha de entrega: **23/06/2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 13 de Julio del 2026**



Firma del asesor
Nº DNI: 40318078
ORCID: 0000-0002-9527-1000

Firma del Co-asesor
Nº DNI:
ORCID:

1. RESUMEN

El impacto del accidente cerebrovascular isquémico en función a discapacidad permanente y muerte sigue siendo clínicamente relevante y de este hasta un 30% es de origen desconocido o criptogénico. La puntuación CHA₂DS₂-VA integra factores de riesgo cardiovasculares que forman una herramienta de screening diagnóstico en el subgrupo de pacientes de etiología criptogénica, en la búsqueda de fibrilación auricular subclínica, describir la puntuación CHA₂DS₂-VA en este grupo permitirá implementar protocolos de monitoreo estricto e individualizado en la detección de arritmias no documentadas, así mismo la descripción de características clínicas permite conocer mejor nuestra población de estudio, lo que motiva el desarrollo del presente estudio.

Objetivo: Describir las características clínicas y el puntaje CHA₂DS₂-VA en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico criptogénico documentada tratados en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Marzo 2025 a Marzo 2026. **Diseño del**

estudio: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Material y método: Se revisará la documentación clínica correspondiente con el diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico de etiología criptogénica, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el intervalo marzo 2025–marzo 2026. Se exceptuará todo paciente con etiología conocida de accidente cerebrovascular, así como pacientes con historias clínicas incompletas. Se recopilarán las variables clínicas necesarias para el cálculo de la puntuación CHA₂DS₂-VA, la cual será determinada utilizando su estructura original. **Análisis de datos:** Se realizará estadística descriptiva mediante el software Stata versión 17.0.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular isquémico criptogénico, CHA₂DS₂-VA, riesgo tromboembólico.

2. INTRODUCCIÓN:

A lo largo de los años, se ha visto el gran impacto que genera el accidente cerebrovascular (ACV) o stroke o ictus en relación a muerte y discapacidad permanente. A nivel internacional en la última década alrededor del 85% de los ACV son de etiología isquémica, de éste hasta un 25% tienen el diagnóstico de fibrilación auricular y de estos al menos un 25% son ACV de origen desconocido o criptogénico (1,2,3). En Estados Unidos de 690 000 casos de stroke reportados al año, al menos un 30% son AVC criptogénico (4).

En el Perú, la incidencia de stroke ha mostrado un incremento en los últimos años, alcanzando tasas estandarizadas cercanas a 109,8 por 100,000 personas al año, siendo la variante isquémica el más frecuente (5). Es importante resaltar que el grupo de pacientes que tienen fibrilación auricular presentan hasta 5 veces mayor riesgo de desarrollar stroke (6).

Frente a este problema se han estudiado diferentes herramientas clínicas predictivas, siendo una de las más representativas la puntuación CHA₂DS₂-VASc, cuya finalidad es medir el riesgo tromboembólico en pacientes con presencia de esta arritmia; este score integra variables clínicas tales como la edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad vascular (7). En actualizaciones recientes de la Sociedad Europea de Cardiología han propuesto el uso del puntaje

CHA₂DS₂-VA, que excluye el sexo femenino como factor independiente, con el objetivo de mejorar la precisión en la estimación del riesgo tromboembólico (8).

Los beneficios del score CHA₂DS₂-VASc no solo se limita a pacientes con fibrilación auricular documentada, su uso también se ha dirigido como screening diagnóstico en pacientes luego de un accidente cerebrovascular, con el fin de poder detectar el aleteo auricular a lo largo del seguimiento (AUC ~ 0.744) (9,10). Cabe mencionar, que dentro del grupo de stroke criptogénico, se detectó la aparición de un episodio de arritmia en 1 de cada 2 pacientes en un tiempo de 2 años post evento, así como un tiempo estimado de 72 días para la aparición del episodio de arritmia (11). También se vio que, un CHA₂DS₂-VASc mayor a 4 puntos está asociado a una carga de riesgo cardioembólico significativo que sugiere la indicación de monitoreo continuo a través de dispositivos invasivos, para la detección de fibrilación auricular oculta, así mismo, el estudio ATTICUS, subraya la importancia de usar el score como screening diagnóstico de riesgo vascular global más allá de la fibrilación auricular manifiesta (12)

La puntuación CHA₂DS₂-VASc fue validada en un estudio alemán de cohorte en pacientes portadores de dispositivo intracardiaco sin diagnóstico de fibrilación auricular, cuyo CHA₂DS₂-VASc promedio fue de 2.8, en aquellos pacientes alrededor del 6.6% desarrollaron stroke en los siguientes 5 años (13). Otro estudio realizado en Canadá evidenció que por cada punto incrementado en la puntuación de CHA₂DS₂-VASc hubo 1.36 veces más riesgo de desarrollar stroke, lo que respalda su valor como marcador cuantitativo de riesgo vascular global (14). En paciente con stroke sin fibrilación auricular el CHA₂DS₂-VASc predijo mal pronóstico en función de

mortalidad y evento cardiovascular a medida que la puntuación se incrementa en una unidad, al año de seguimiento (HR 1.28), por lo que surge la importancia de hacer una adecuada estratificación de riesgo vascular en pacientes con stroke sin la presencia de fibrilación auricular en población latinoamericana (15).

A pesar de la evidencia internacional emergente, en el Perú existe una limitada información sobre las características clínicas de esta población así como la puntuación CHA₂DS₂-VA en pacientes con ACV isquémico de etiología criptogénica, lo que representa un vacío de conocimiento importante en un contexto de alta carga de enfermedad cerebrovascular ya que la descripción del porcentaje de pacientes con puntuación de CHA₂DS₂-VA alto (mayor a 4) permite justificar la necesidad de implementar protocolos de monitoreo cardiológico más estrictos y prolongados para el hallazgo de arritmias ocultas. Frente a este contexto, nace la presente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características clínicas y la puntuación CHA₂DS₂-VA en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico criptogénico atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el intervalo de marzo de 2025 y marzo de 2026?

3. Objetivos

General

- Describir las características clínicas y la puntuación CHA₂DS₂-VA en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico criptogénico hospitalizados en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el intervalo de marzo de 2025 y marzo de 2026.

Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico criptogénico de la población de estudio.
- Determinar la frecuencia de los componentes individuales del puntaje CHA₂DS₂-VA de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico criptogénico.
- Determinar la frecuencia de pacientes con stroke criptogénico que presentan un puntaje CHA₂DS₂-VASc ≥ 4 .
- Determinar la severidad del compromiso neurológico al ingreso mediante la escala NIH Stroke Scale (NIHSS) en los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico criptogénico.
- Describir los desenlaces intrahospitalarios, incluyendo mortalidad y estancia hospitalaria de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico sin fibrilación auricular.

4. Material y métodos.

a) Diseño del estudio: Se realizará un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

b) Población: Pacientes adultos atendidos en el área de Emergencia y Medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el intervalo de marzo de 2025 y marzo de 2026, con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico criptogénico definido según los criterios internacionales actualizados como la confirmación de infarto

isquémico no lacunar por neuroimagen, la exclusión de causas evidentes tales como estenosis de vasos intra y extracraneales, ausencia de fuentes cardioembólicas y ausencia de aleteo auricular documentado (16).

Los participantes serán seleccionados según los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: Paciente mayor o igual de 18 años, diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico (CIE-10 I63) de etiología criptogénica que cumpla con los criterios internacionales para stroke criptogénico: Confirmación de infarto isquémico no lacunar por neuroimagen, la exclusión de causas evidentes tales como estenosis de vasos intra y extracraneales, ausencia de fuentes cardioembólicas y ausencia de aleteo auricular documentado. confirmado clínicamente y/o por neuroimagen, ausencia de diagnóstico previo o actual de fibrilación auricular documentada, historia clínica con información suficiente para el cálculo de la puntuación CHA₂DS₂-VA.
- Criterios de exclusión: Diagnóstico de fibrilación auricular (previa o durante la hospitalización), ACV isquémico de etiología conocida determinada (aterotrombótico macrovascular, infarto lacunar microvascular, u otras causas específicas como disección arterial o vasculitis), diagnóstico de accidente isquémico transitorio (AIT), presencia de valvulopatía significativa (ej. estenosis mitral moderada-severa o prótesis valvular), uso de anticoagulación crónica previa, historias clínicas incompletas o con datos insuficientes para calcular la puntuación CHA₂DS₂-VA.

c) Muestra: El cálculo del tamaño muestral se realizará mediante la estimación de proporciones en poblaciones finitas. Se estima en el Hospital Loayza que el número de ingreso de pacientes con ACV isquémico es de 500 por año, siendo 100 pacientes los casos de stroke criptogénico según el cálculo del 20% de la población total de ACV isquémico de acuerdo con múltiples registros internacionales. Al tratarse de un estudio descriptivo y la no existencia de antecedentes locales para stroke criptogénico, se aplicará el principio de máxima variabilidad estadística, fijando la proporción en 0.5, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error absoluto del 5%. Aplicando dichos parámetros se determinó un tamaño muestral mínimo de 80 pacientes. Sin embargo, con el objetivo de aumentar la potencia del estudio, se seleccionará los pacientes mediante un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, incorporando la totalidad de pacientes atendidos entre Marzo del 2025 y Marzo 2026 que cumplan con los criterios expuestos, proyectando una muestra total de 100 casos. (Anexo 1)

d) Definición operacional de variables (Anexo 2)

e) Procedimientos y técnicas:

Se hará una evaluación meticulosa de las historias clínicas y bases de datos hospitalarias para identificar a los pacientes que reúnan los criterios de inclusión. Los participantes serán seleccionados mediante códigos CIE-10 correspondientes a accidente cerebrovascular isquémico (I63) en el intervalo de marzo de 2025 y marzo de 2026.

Posteriormente, se procederá a la evaluación detallada de la documentación clínica para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, aceptándose únicamente como stroke de etiología criptogénica a aquellos que cumplan con todos los criterios diagnósticos clínicos e imagenológicos mencionados dentro de los criterios de inclusión.

En la ficha de recolección de datos (Anexo 2), elaborado por el autor, se registrarán las variables sociodemográficas: Edad, sexo, procedencia étnica y ocupación. Variables de características clínicas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular.

La puntuación CHA₂DS₂-VA será calculada utilizando su estructura original, en base a los siguientes componentes: insuficiencia cardíaca (1 punto), hipertensión arterial (1 punto), edad mayor o igual a 75 años (2 puntos), diabetes mellitus (1 punto), enfermedad vascular (1 punto), edad entre 65 - 74 años (1 punto).

El puntaje total será registrado como variable cuantitativa discreta y descrito en la población estudiada. Adicionalmente, para fines descriptivos, podrá ser categorizado en rangos de puntaje.

f) Validez y confiabilidad

La validez del estudio estará garantizada mediante la adecuada definición operacional de las variables, basada en criterios clínicos estandarizados y ampliamente aceptados en la literatura científica. El diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico criptogénico será establecido en base a criterios clínicos, estudios de neuroimagen y

etiología no establecida consignados en la historia clínica, asegurando una adecuada validez diagnóstica.

La puntuación CHA₂DS₂-VA será calculada a partir de variables clínicas objetivas registradas en la historia clínica, utilizando su estructura original, lo que garantiza la validez de su medición como herramienta clínica reconocida.

La confiabilidad de los datos se garantizará mediante la recolección protocolizada de los datos, la cual se hará a través de una ficha de recolección diseñada por el autor; así mismo, la obtención de los datos será de manera uniforme, haciendo uso de criterios establecidos para cada variable, esto permitirá disminuir la variabilidad durante la medición; también se realizará una doble revisión de las historias clínicas para verificar y disminuir los errores en el registro de los datos obtenidos.

g) Aspectos éticos.

El uso de la información obtenida de las historias clínicas será manejado bajo estricta confidencialidad, permitiendo así garantizar la protección de los datos personales de los pacientes; para ello, los pacientes serán codificados mediante un sistema de numeración a fin de evitar que puedan ser identificados o reconocidos directamente.

La base de datos estará protegida con usuario y contraseña con acceso solo para el investigador responsable, de esta forma se garantizará la confidencialidad de la información durante todas las etapas del estudio.

El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo por lo que no se realizará intervención alguna sobre los pacientes, ni se modificará su manejo clínico, por ello tampoco se hará uso del consentimiento informado.

El presente proyecto, será evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, garantizando el cumplimiento de los principios éticos de la investigación científica.

h) Plan de análisis

Los datos recopilados se registrarán en una base de datos en Microsoft Excel y después serán analizados utilizando el software estadístico Stata versión 17.

Se efectuará un análisis descriptivo de las variables del estudio; las variables cuantitativas serán presentadas como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico de acuerdo con su distribución y las variables cualitativas serán presentadas como frecuencias absolutas y relativas.

La puntuación CHA₂DS₂-VA será descrita como una variable cuantitativa discreta dando a conocer su tendencia central y dispersión; así mismo, para su descripción se presentará una distribución en categorías de puntaje (por ejemplo: 0-1, 2-3 y ≥ 4 puntos).

Se realizará la descripción de la distribución del puntaje, según características clínicas relevantes de la población, como grupos etarios y presencia de comorbilidades en tablas descriptivas.

El puntaje NIHSS se describirá como una variable cuantitativa y será categorizado para fines descriptivos en leve, moderado y severo. Así mismo, se estudiarán desenlaces intrahospitalarios como estancia hospitalaria y mortalidad intrahospitalaria.

Se estudiará de forma exploratoria la distribución del compromiso neurológico y de los desenlaces intrahospitalarios según categorías de la puntuación CHA₂DS₂-VA, en tablas descriptivas.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. *Circ Res*. 2017;120(3):439–448.
2. Henriksson KM, Farahmand B, Asberg S, Edvardsson N, Terent A. Comparison of cardiovascular risk factors and survival in patients with ischemic or hemorrhagic stroke. *Int J Stroke*. 2012;7(4):276–281.
3. Ornello R, Degan D, Tiseo C, Di Carmine C, Perciballi L, Pistoia F, et al. Distribution and temporal trends from 1993 to 2015 of ischemic stroke subtypes: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2018;49(4):814–819.
4. Yaghi S, Bernstein RA, Passman R, Okin PM, Furie KL. Cryptogenic stroke: research and practice. *Circ Res*. 2017;120(3):527–540.
5. Bernabé-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Incidence rate of stroke in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;38(3):399–405.
6. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*. 1991;22(8):983–988.
7. Lip GYH, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJGM. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach. *Chest*. 2010;137(2):263–272.
8. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2024;45(36):3314–3414.
9. Andrade JBC, Pisa I, Oliveira NS, Gomes RP, Guedes de Moraes ABC, Silva JV, et al. Predicting incident atrial fibrillation after stroke: a scoping review of clinical scores, biomarkers, and AI-enhanced strategies. *Cerebrovasc Dis Extra*. 2026;16:94–109. doi: 10.1159/000550097.
10. Ekizoglu E, Yuksel B, Uluduz D, et al. CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc scores can guide the evaluation of cryptogenic ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021;30(4):105644.

11. Quartieri F, Baek YS, Kim TH, Honma K, Shin SY, Feng L, et al. Continuing evaluation of atrial fibrillation detection after cryptogenic stroke: 2-year findings from a multicentre study with Confirm Rx ICM. *Open Heart*. 2025;12(1):e003242.
12. Geisler T, Poli S, Martus P, et al. Apixaban versus aspirin for embolic stroke of undetermined source. *NEJM Evid*. 2024;3(2). doi: 10.1056/EVIDoa2300235.
13. Meyer C, Schneider R, Hoffmann BA, et al. Risk stratification for ischemic stroke and major bleeding in patients without atrial fibrillation: validity of CHA2DS2-VASc and HAS-BLED score. *Europace*. 2016;18(Suppl 1):i135.
14. Mitchell LB, Southern DA, Galbraith D, Ghali WA, Knudtson M, Wilton SB. Prediction of stroke or transient ischemic attack in patients without atrial fibrillation using CHADS2 and CHA2DS2-VASc scores. *Heart*. 2014;100(19):1524-1530. doi: 10.1136/heartjnl-2014-305827.
15. Song M, Chen X. CHA₂DS₂-VASc score is associated with prognosis in patients with acute ischemic stroke without atrial fibrillation. *Tex Heart Inst J*. 2025;52(1):e248450.
16. Hart RG, Diener HC, Coutts SB, Easton JD, Granger CB, O'Donnell MJ, et al. Embolic strokes of undetermined source: the case for a new clinical construct. *Lancet Neurol*. 2014;13(4):429-438. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70310-7.

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA: Autofinanciado

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	COSTO (SOLES)
Transporte	Gastos de movilidad hacia el Hospital Nacional Arzobispo Loayza	600
Material de escritorio	Fólder manila, hojas bond, lapiceros, resaltadores	100
Insumos de impresión	Tinta de impresora	120
Impresión de fichas	Formatos de recolección de datos	50
Copias	Reproducción de fichas de recolección	100

Revisión de historias clínicas	Sin costo institucional	0
Procesamiento de datos	Análisis en Stata	0
Servicios básicos	Consumo de luz y electricidad	300
TOTAL		1370

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

CRONOGRAMA	2026						
ETAPAS	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AG	SET
Elaboración del proyecto de investigación.	X	X	X				
Aprobación				X			
Selección de pacientes					X		
Registro y procesamiento de datos						X	
Revisión por asesores						X	

Publicación del proyecto							X
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---

7. ANEXOS

ANEXO 1: CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL

Para la estimación de la muestra de una proporción en una población de tamaño finita se aplicó la siguiente fórmula estadística utilizada por el software OpenEpi:

$$n = [N * Z^2 * p * q] / [d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q]$$

Donde los valores asignados para el estudio fueron:

- **n** = Tamaño de la muestra final requerida.
- **N** = Tamaño de la población diana total en el periodo de estudio = 100 (pacientes estimados con ACV criptogénico en un año).
- **Z** = Valor correspondiente al nivel de confianza elegido (95%) = 1.96 (fijado al cuadrado como $1.96^2 = 3.8416$).
- **p** = Proporción esperada del fenómeno (principio de máxima variabilidad) = 0.50 (50%).
- **q** = Probabilidad de que no ocurra el fenómeno $(1 - p) = 0.50$ (50%).
- **d** = Margen de error absoluto tolerado (5%) = 0.05 (fijado al cuadrado como $0.05^2 = 0.0025$).

Desarrollo matemático del cálculo:

1. Numerador: $100 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5 = 96.04$
2. Denominador: $(0.05)^2 * (100 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5 0.0025 * 99 + 3.8416 * 0.25 0.2475 + 0.9604 = 1.2079$
3. Resultado final (n): $n = 96.04 / 1.2079 = 79.51$

Se determinó que el tamaño muestral mínimo calculado por OpenEpi es de 80 pacientes.

ANEXO 2: DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Forma de registro
Puntuación CHA ₂ DS ₂ -VA	Variable principal	Cuantitativa discreta	Suma de los componentes del puntaje CHA ₂ DS ₂ -VA: Insuficiencia cardíaca (1), Hipertensión arterial (1), Edad 65–74 años (1), Edad ≥75 años (2), Diabetes mellitus (1), Enfermedad vascular (1) y Antecedente de ACV/AIT previo (2)	Puntaje total 0-8
Edad	Covariable	Cuantitativa de razón	Número de años cumplidos al ingreso a la investigación o fallecimiento	Años
Sexo	Covariable	Cualitativa dicotómica	Sexo biológico	1=Masculino 2=Femenino

Procedencia étnica	Covariable	Cualitativa politómica	Clasificación del paciente según sus características fenotípicas, lingüísticas o culturales consignado en la historia clínica.	1=Mestizo, 2=Caucásico 3=Afrodescendiente 4=Otro
Ocupación	Covariable	Cualitativa politómica	Es la actividad laboral u oficio principal para generar ingresos consignado en la historia clínica	1=Desempleado 2=Trabajador independiente 3=Trabajador dependiente 4: Jubilado
Hipertensión arterial	Covariable	Cualitativa dicotómica	Diagnóstico previo o uso de tratamiento antihipertensivo consignado en la historia clínica	1=Si,0=No
Diabetes mellitus	Covariable	Cualitativa dicotómica	Diagnóstico previo o uso de tratamiento hipoglucemiante consignado en la historia clínica	1=Si,0=No
Insuficiencia cardíaca	Covariable	Cualitativa dicotómica	Diagnóstico previo u hospitalización por este motivo consignado en la historia clínica	1=Si,0=No
Enfermedad vascular	Covariable	Cualitativa dicotómica	Diagnóstico previo de Infarto agudo de miocardio o enfermedad arterial periférica	1=Si,0=No
ACV/AIT previo	Covariable	Cualitativa dicotómica	Antecedente de accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio previo a la	1=Si,0=No

			hospitalización consignado en la historia clínica	
Dislipidemia	Covariable	Cualitativa dicotómica	Antecedente de dislipidemia consignado en la historia clínica	1=Si,0=No
Tabaquismo	Covariable	Cualitativa dicotómica	Condición del paciente respecto al consumo de tabaco, clasificada según la carga tabáquica cuantitativa mediante el Índice de Paquetes-Año (IPA). Se establece el punto de corte en más de 10 paquetes-año para definir el riesgo.	1: Tabaquista de riesgo (IPA $\geq$ 10) 0: No tabaquista de riesgo (Nunca fumadores, exfumadores o IPA < 10)
Enfermedad renal crónica	Covariable	Cualitativa dicotómica	Diagnóstico previo o depuración renal de creatinina menor de 60, consignado en la historia clínica	1=Si,0=No
NIHSS	Covariable	Cualitativa ordinal	Puntaje de la escala NIH Stroke Scale registrado al ingreso hospitalario, el cual será categorizado en cuatro grupos: sin ACV, leve, moderado y severo	0= sin ACV 1= 1-4 pts. ACV leve 2= 5-15 pts ACV moderado 3= 16-20 ACV moderado-severo 4= 21-42 pts ACV severo
Mortalidad intrahospitalaria	Desenlace	Cualitativa dicotómica	Fallecimiento ocurrido durante la hospitalización	1=Si, 0=No

			consignado en la historia clínica	
Estancia hospitalaria	Desenlace	Cuantitativa de razón	Número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de alta hospitalaria	Número de días

ANEXO 3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código del paciente: _____ Fecha de revisión: __ / __ / __

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____ años

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

3. Procedencia étnica:

☐ Mestizo

☐ Caucásico

☐ Afrodescendiente

☐ Otro: _____

4. Ocupación:

☐ Desempleado

☐ Trabajador independiente

☐ Trabajador dependiente

☐ Jubilado

II. COMPONENTES DE LA PUNTUACIÓN CHA₂DS₂-VA

1. Insuficiencia cardíaca:

☐ Sí

☐ No

2. Hipertensión arterial:

☐ Sí

☐ No

3. Diabetes mellitus:

☐ Sí ☐ No

4. Enfermedad vascular:

☐ Sí ☐ No

5. Antecedente de ACV/AIT previo:

☐ Sí ☐ No

6. Puntuación CHA₂DS₂-VA total: _____

7. Categoría CHA₂DS₂-VA:

☐ 0–1 puntos

☐ 2–3 puntos

☐ ≥4 puntos

III. COMPROMISO NEUROLÓGICO

8. NIHSS al ingreso: _____

IV: OTRAS COMORBILIDADES

1. Dislipidemia:

☐ Sí ☐ No

2. Tabaquismo

Nº de cigarrillos al día: _____

Nº de años fumando:

Cálculo del IPA: cigarrillos/20 x años: _____ paquetes-año

3. Enfermedad renal crónica:

☐ Sí ☐ No

IV. DESENLACES INTRAHOSPITALARIOS

1. Mortalidad intrahospitalaria:

☐ Sí ☐ No

2. Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____

1. Fecha de alta: ____ / ____ / ____

2. Estancia hospitalaria: _____ días

V. OBSERVACIONES