



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL VERACRUZ SUR

Especialidad en Urgencias Médicas

Apego a la Guía de práctica Clínica de Síndrome
Coronario Agudo del Médico Especialista en
Urgencias.

De un Hospital de Segundo Nivel de Atención de Salud

II AUTORES

*Misael Arreola Torres
**María Aurea Mendoza Olvera
*** Walfre López Benítez

*Alumno de la especialidad de Urgencias Médicas; Médico Familiar

**Investigador responsable del proyecto de investigación Médico no familiar profesor. Av.11 SN calles 1 y 2 Córdoba, Ver tel. 71438 000 ext. 122 o 129; aurea.mendoza@gmail.com

*** Profesor titular de la especialidad de Urgencias Médicas, Médico no familiar. Av.11 SN entre calles 1 y 2 Córdoba, Ver tel. 2717143800 ext.122 o 129; walfrelb@hotmail.com



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL VERACRUZ SUR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8

Autorización para informe final del trabajo de tesis de recepción
titulado:

APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE SÍNDROME
CORONARIO AGUDO DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN
URGENCIAS.

Nombre del Autor: Dr. Misael Arreola Torres

Número de Registro R-2014-3102-24

Especialidad que acredita: Urgencias Médicas

Promoción del 1 de marzo del 2013 al 28 de febrero del 2015

Hospital Sede: Hospital General de Zona No.8, Córdoba, Ver

Institución que otorga el aval: Universidad Nacional Autónoma
de México

Dr. Andrés Daniel Zavaleta Pérez.

Dr. José Alfredo Quintana Bonilla.

Coordinador Clínico de Educación en
Salud e Investigación.

Profesor Titular de la Residencia de
Medicina de Urgencia.

Dra. María Áurea Mendoza Olvera.

Asesor de Tesis.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL VERACRUZ SUR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8

Autorización para informe final de trabajo de recepción de tesis
titulado:

APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE SÍNDROME
CORONARIO AGUDO DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN
URGENCIAS

Hospital General de Zona No.8

Autorizaciones Delegacionales.

Dr. José Arturo Córdova Fernández.

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud.

Delegación Veracruz Sur.

Dr. Carlos Francisco Vázquez Rodríguez.

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud.

Delegación Veracruz Sur.

INDICE	PAGINA
I.-Portada	
II.-Autorización del autor	
III.-Autoridades Clínicas	
IV.-Índice	
V.-Dedicatorias	
VI.-Agradecimientos	
VII.-Contenido	
 1.-CAPITULO I	
Antecedentes	
1.1 Marco Conceptual	8
1.2 Marco Teórico	9-15
1.3 Planteamiento del Problema	16
1.4 Justificación	17
1.5 Hipótesis General	18
1.6 Objetivos	18
 2.-CAPITULO II	
Material y métodos	
2.1 Diseño de estudio	19
2.2 Universo de trabajo	19
2.3 Descripción de variables	19-24
2.4 Tamaño de la muestra	25
2.5 Criterios de selección	25
2.6 Procedimientos	26-27
2.7 Análisis estadístico	28
2.8 Consideraciones éticas	29
2.9 Recursos humanos materiales y financieros	30
 3.-CAPITULO III	
Resultados	31-34
 4.-CAPITULO IV	
Discusión	35-36
 5.-CAPITULO V	
Conclusiones	37
 VIII.- Referencia bibliográfica	38-43
IX.- Anexos	44-45

DEDICATORIAS

A DIOS

Por darme la oportunidad de existir en este mundo; y día a día recibir sus bendiciones; a la vez por haberme iluminado y guiarme por el buen camino de la sabiduría, y sobre todo por permitirme llegar a cumplir esta meta tan esperada, y verla mi sueño hecho realidad.

A MI ESPOSA

Laura que muchas veces tus preocupaciones estuvieron presentes, pero que de alguna manera han sido superadas y han dado fruto, y tu espera no ha sido en vano, ya que hemos pasado por muchas adversidades entre ello triunfos y derrotas de las cuales hemos salido adelante gracias a ti ya tus esfuerzos, gracias, muchas gracias, por ser el pilar de este logro tan importante, por todo tu amor y paciencia que me has demostrado, te amo.

A MIS HIJOS

Laura Melissa y Enrique mis tesoros más preciados, ni razón de ser, dios me ha bendecido con estos dos seres que alegran mi vida, y son mi razón de existir; le pido a mi dios los tenga siempre conmigo, me los proteja, y que su bendición siempre sea cubierta con su manto, los amo.

A MIS HERMANOS

Los que aún viven dios les dé más, les doy las gracias por tenerme siempre en sus oraciones, por su apoyo incondicional, por el estar siempre al cuidado de mi familia, los logros obtenidos en mi vida muchos han sido gracias a los consejos de ustedes; yo sé que he cometido errores pero como ser humano los he tratado de enmendar, a Eva y Mayra las cuales ya no están conmigo, quiero decirles que no están presentes físicamente pero que su ausencia ha dejado un hueco muy grande en mi corazón, gracias a ustedes he procurado ser mejor padre y mejor hijo, hermanas por todos los recuerdos vividos les doy las gracias y espero dios las tenga en su santa gloria; y las acobije siempre, su hermano que las extraña mucho MISAEL.

A MIS COMPAÑEROS

Sin nombrar a nadie en especial, ya que todos formaron parte de mí en algún momento, quiero decirles que siempre estarán en mi mente, y en mi corazón, por los momentos que convivimos juntos, superando cualquier adversidad, gracias, gracias de corazón, nunca terminare de agradecerles la amistad que cultivamos día a día en nuestro hospital, momentos buenos algunos estresantes pero que condicionaron y crearon este vínculo de respeto y trabajo en equipo, que mi dios los bendiga hoy mañana y siempre.

AGRADECIMIENTOS

A MIS MAESTROS.

Por formar parte de mí, por estar al pendiente de mi formación, por crear en mí el respeto, el conocimiento, los principios éticos, , sabiduría y la verdad, muy en especial al Dr. Walfre López B, un maestro y más que maestro un gran amigo, un gran ser humano una persona excepcional como hay pocas, le pido a dios día a día por usted y su familia, aunque ya no está con nosotros, todas sus enseñanzas y sus habilidades han dado fruto y le aseguro que no lo defraudaré seguiré adelante y tenga en presente que siempre habrá una persona que la agradecerá toda la vida, mil gracias profesor.

Dra. Aurea

Como olvidar las asesorías metodológicas, horas de espera pero siempre, su dedicación y su tiempo; aún con cansancio físico, muchas gracias maestra por compartir sus conocimientos, sus consejos, su confianza y por creer en mí, dios la proteja siempre, muchísimas gracias.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN VERACRUZ SUR
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD HOSPITAL GENERAL
DE ZONA NO. 8 CORDOBA VER.

RESUMEN

- Nombre del proyecto** Apego a la Guía de práctica Clínica de Síndrome Coronario Agudo del Médico Especialista en Urgencias. De un hospital de segundo nivel de atención a la salud.
- Autores** Arreola TM. López BW. Mendoza OMA.
- Objetivo** Identificar el apego a la guía de práctica clínica(GPC) en el síndrome coronario agudo(SICA) del médico especialista en urgencias(MEU)
- Material y métodos** **Diseño de estudio:** estudio transversal, analítico. **Universo de trabajo:** Médico especialista en Medicina Urgencias (MEU) del Hospital General de zona No.8; período estudio de Marzo a noviembre del año 2014.**Variables:** Apego a la guía de práctica clínica (GPC) de síndrome coronario agudo (SICA) de Médico especialista en Medicina Urgencias (MEU). **Tamaño de muestra:** 16 MEU. **Procedimiento.** Se aplicó un cuestionario que consta de dos partes: 1ª parte con variables sociodemográficas sexo, edad, turno, años de egreso de licenciatura y de la residencia. 2ª cuestionario elaborado expreso para medir apego a GPC de SICA, los parámetros para clasificar si hay apego o no son con base en GPC IMSS-191-10, SICA sin Elevación del Segmento ST y Elevación del ST, establecida por el Instituto Mexicano del Seguro Social. **Análisis estadístico:** Se identificaron las frecuencias y los porcentajes, Para comparación de medias de variables cuantitativas se empleó T de Studens y ANOVA para variables escala ordinal.
- Resultados** Población de estudio 16 MEU; con edad media de 37.94 ± 6.57 ; 12 Hombre y 4 mujeres. Se obtuvo apego alto a la GPC de SICA del 94%. De acuerdo a la puntuación obtenida en el cuestionario elaborado exprofeso para medir apego a GPC de SICA con puntuación 42 de 46 turno vespertino y nocturno y menor de 36 turno matutino. Los resultados obtenidos de las variables: Turno y antigüedad laboral, años de egreso de la licenciatura y de la especialidad se contrastaron mediante ANOVA sin encontrar diferencia estadísticamente significativa.
- Palabras clave** Médico Especialista en Urgencias Médicas, Guía de Práctica clínica y Síndrome coronario Agudo.

ANTECEDENTES

1.1 MARCO CONCEPTUAL

Existe amplio consenso acerca de los beneficios devenidos de la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC) en la atención de pacientes. Las GPC homogeneizan y disminuyen la variabilidad injustificada en las pautas de atención al difundir avances científicos basados en evidencia objetiva. Según el Institute of Medicine de los Estados Unidos, las GPC son “recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir las decisiones de los profesionales de la salud y de los pacientes acerca del cuidado de salud apropiado en circunstancias clínicas específicas”. El primer reporte de angina típica se atribuye a William Heberden (1768) quien la describió como “la sensación más desagradable en el pecho que se apodera de los pacientes cuando caminan y desaparece en el momento en que ellos pueden aún mantenerse en pie”.

El término síndrome coronario agudo (SCA) fue descrito por Valentín Fuster en 1985, quien junto con Steele y Chesebro propusieron diferenciar los eventos fisiopatológicos específicos que distinguen la angina inestable y el infarto agudo de miocardio de la enfermedad coronaria estable. SCA es un término operacional especialmente útil para la evaluación inicial de los pacientes con dolor torácico, que incluye cualquier tipo de IAM con o sin elevación del segmento ST y angina inestable¹.

1.2 MARCO TEORICO

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa más frecuente de morbi-mortalidad en los países desarrollados de Europa y América del Norte.

Los síndromes coronarios agudos (SCA) son causa de hospitalización de 1.6 millones de pacientes/año, la mayoría se presentan como SCA sin elevación del segmento ST (SCA-SST), el cual se asocia entre el 10 al 15 % a infarto o muertes por año. La estratificación temprana es importante para un correcto manejo, optimización del tratamiento y valoración del pronóstico².

El síndrome coronario agudo es una enfermedad antigua y muy frecuente con consecuencias en la sociedad no sólo en la parte económica, sino también en las tasas de morbimortalidad. En los Estados Unidos de América la enfermedad cardiovascular presentó una prevalencia de 71.3 millones; la enfermedad arterial coronaria, de 13.2 millones; y la insuficiencia cardiaca congestiva, de 5 millones. La mortalidad global por enfermedad cardiovascular, en el 2011, fue de 6 mil millones y 148 millones de dólares, correspondiendo a 12.5% para 2020, hay una proyección de 12% de muertes por enfermedad cardiovascular para una población estimada en 7.8 mil millones; y, para el 2030, la proyección es de 33% de muertes por enfermedad cardiovascular. En los países de primer mundo, la enfermedad coronaria se presenta como una de las principales causas de insuficiencia cardiaca y de morbimortalidad³.

El dolor torácico (DT) constituye una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias tanto nacionales como internacionales. Representa entre el 5 y 20%

de las consultas de urgencias en hospitales generales. Resulta fundamental diferenciar aquellos pacientes que padecen enfermedades de manejo simple como la patología osteomuscular, el trastorno ansioso, la bronquitis aguda o la gastritis, de patologías graves como el síndrome coronario, tromboembolismo pulmonar, disección aórtica, neumotórax a tensión, entre otros, que pueden comprometer la vida del paciente⁴.

La evaluación del paciente con DT es uno de los mayores retos para los médicos que presentan asistencia en los servicios de urgencias. Ese trastorno supone entre el 5 y el 20% del volumen total de urgencias médicas y se estima que por cada mil habitantes un hospital de referencia atiende una urgencia por dolor torácico al mes. La gestión del DT en los servicios de urgencias suele ser heterogénea, ya que en ella participan médicos de distintos grados de formación (residentes, médicos generales, especialistas), lo que puede originar problemas clínicos. Tradicionalmente, la estratificación de las unidades de dolor torácico de los pacientes el riesgo bajo-intermedio se basa en el resultado de las pruebas de detección de isquemia; ingresan los pacientes con pruebas positivas y se da el alta a los que tiene pruebas negativas o que implican bajo riesgos⁵.

La constante evolución de la sanidad en los últimos años, y con ella la atención primaria, hace pensar en una mejora en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, aumentando así la eficacia del sistema sanitario. La medicina de hoy se caracteriza, por ser cercana, continua e integral, para el paciente, con mayores y mejores servicios. En los últimos años se está produciendo un incremento en la demanda de los servicios de urgencias tanto a nivel de atención

primario como hospitalario, no siendo sólo en España sino también en otros países del entorno .Existen estudios que han calculado el porcentaje de pacientes que se atienden en urgencias de forma inadecuada, es decir, asumible desde atención primaria, oscilando entre el 20 y el 80% del total según el estudio.

El dolor torácico no cardíaco (DTNC) es un síntoma que se presenta clínicamente como dolor torácico subesternal, recurrente, no relacionado a enfermedad isquémica, el cual frecuentemente tiene su origen en el tracto gastrointestinal⁶.

En E.U.A. El DTNC afecta del 23 al 33% de la población general y representa entre el 2-5% de todas las admisiones a urgencias, sin diferencias en relación al género. Entre las principales causas de DTNC se describen la enfermedad por reflujo gastroesofágico, trastornos motores del esófago, hipersensibilidad visceral y trastornos psiquiátricos⁷.

En búsqueda de una mejor prevención de los síndromes coronarios agudos, se han realizado y continúan realizándose numerosos estudios poblacionales en el mundo, del análisis de algunas importantes casuísticas, Dueñas enunció el concepto de paciente con alto riesgo coronario; categoría establecida por la forma de asociarse los diferentes factores de riesgo coronario, cuyo control depende absolutamente la previsión del infarto agudo de miocardio y de la cardiopatía isquémica en general ⁸

El sustrato patológico de los SCA es generalmente la ateromatosis coronaria complicada. El accidente de placa determinado por rotura o fisura de una placa ateromatosa desencadena trombosis, vasoespasmo y disminución del flujo

coronario. Estudios angiográficos de pacientes portadores de SCA sin elevación del segmento ST, han comprobado ausencia de lesiones coronarias obstructivas en hasta 20% de los casos⁹.

La Arteriopatía periférica y la enfermedad cerebrovascular se han identificado repetidamente como marcadores de un riesgo cardiovascular más elevado en distintos tipos de poblaciones, tales como población general, personas con riesgo de enfermedades cardiovasculares, pacientes con antecedentes de acontecimientos cardiovasculares o con índice de tobillo-brazo reducido¹⁰.

El SCA con elevación no persistente del segmento ST es una entidad clínica caracterizada por la fugacidad de los cambios electrocardiográficos¹¹.

El infarto agudo al miocardio es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo y también de discapacidad en los sobrevivientes de un ataque coronario agudo. En los últimos años vemos un aumento de la tasa de morbilidad por cardiopatía isquémica en relación a la edad. Aproximadamente el 30% de los ataques cardiacos afectan a menores de 45 años y hasta hace 20 años esta cifra llegaba al 10%, siendo el sobrepeso estrés, falta de ejercicio y el hábito de fumar las causas más frecuentes relacionadas. Un estudio nacional realizado por Godoy, concluyó que el IAM en gente menor de 50 años constituyó el 5% de los pacientes atendidos con IAM durante los años 1997 al 2000, siendo los factores de riesgo predominantes el tabaquismo, dislipidemia, hipertensión arterial¹².

Estudios recientes han demostrado una correlación entre el momento de la angiografía coronaria y los resultados clínicos en los pacientes con síndrome coronario agudo¹³.

Las estatinas reducen las lipoproteínas de baja densidad bloqueando la coenzima 3-hidroximetilglutamil coenzima A, actúa a nivel hepático, reduciendo la LDL a nivel circulatorio¹⁴.

La auténtica historia natural del IAM con elevación del ST es difícil de establecer por una serie de razones: la frecuente incidencia del infarto silente, la frecuencia de muerte súbita pre hospitalaria, y los distintos métodos y definiciones utilizadas para el diagnóstico de esta enfermedad. Un diagnóstico rápido y estratificación temprana del riesgo en pacientes que se presentan con dolor torácico agudo son importantes para identificar a los pacientes en quienes una intervención puede mejorar su pronóstico¹⁵.

Los estudios dedicados a la estratificación y predicción del riesgo en pacientes que han experimentado un infarto de miocardio se iniciaron hace más de 50 años, y evolucionaron a medida que se perfeccionaron las técnicas estadísticas y el reconocimiento de la fisiopatología de la enfermedad coronaria ¹⁶.

A Principios del tercer milenio, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo (OMS 2003) ¹⁷.

Estudios epidemiológicos han mostrado perfiles de riesgo con diferencias significativas; el hábito de fumar y la historia familiar de cardiopatía isquémica son los más frecuentes¹⁸.

Los pacientes mayores tienen menores tasas de éxito de la intervención aguda y más complicaciones pos infarto. La edad es el predictor más fuerte de mortalidad a los 90 días de elevación del segmento ST en pacientes con infarto de miocardio sometidos a intervención coronaria percutánea primaria a pesar de la implementación para la elevación del segmento ST infarto de miocardio en pacientes de mayor edad, el riesgo temprano sigue siendo alta, lo que exige atención constante en la mejora de los resultados en esta población vulnerable¹⁹.

Los biomarcadores reflejan el mecanismo de la enfermedad, lo que incluye la activación neurohumoral, inflamación, daño miocito afección a la matriz extracelular²⁰.

El IAM, la angina de pecho y la muerte súbita son las principales manifestaciones de la cardiopatía isquémica, las cuales pueden presentarse en las etapas más productivas de la vida, por lo que tienen una repercusión socioeconómica para el paciente y familiares²¹.

El SCA es una enfermedad frecuente y antigua, con consecuencias en la sociedad, no solamente en el aspecto económico, sino también en las tasas de mortalidad de los Estados Unidos de América²².

La supervivencia de los pacientes con elevación del segmento ST infarto de miocardio se ve reforzada por la rápida, completa y sostenida reperusión de la arteria relacionada con el infarto²³.

La manifestación aguda de enfermedad coronaria habitualmente se presenta luego de la sexta o séptima década de la vida, y en las mujeres ocurre cinco años

más tarde que en los hombres. Las características clínicas del accidente de placa suele presentarse a edad avanzada, pero la aterosclerosis comienza varias décadas antes y progresa de manera silente^{24, 25,26}.

Estudios realizados en algunos países han demostrado que una de cada tres mujeres mueren por enfermedad coronaria, lo que equivale a más muertes por enfermedad cardiovascular que por accidente cerebrovascular, cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer de mama combinado²⁷.

En las últimas décadas los tratamientos en cardiología han tendido a una mayor estandarización basada en evidencias de grandes ensayos controlados; sin embargo, datos recientes sugieren que las desigualdades entre varones y mujeres en el abordaje de la enfermedad coronaria persisten incluso en relación con el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios agudos²⁸.

La estrategia para estadificación de riesgo apunta a una evaluación de variables que pueda prever resultados adversos al momento del ingreso en el departamento de emergencia. Debe basarse en la combinación de la historia clínica, síntomas presentados, alteraciones electrocardiográficas, Biomarcadores plasmáticos y resultados de scores de riesgo^{29, 30, 31, 32,33,}

Las estrategias de tratamiento de la fase aguda del infarto de miocardio con énfasis en la precocidad de los tratamientos, son fundamentales para la reducción de la morbimortalidad asociada a la enfermedad isquémica del miocardio³⁴.

1.3 Planteamiento del problema

El síndrome coronario agudo constituye una de las principales entidades clínicas de mayor prevalencia en la población mundial; y es una causa frecuente de ingreso en los servicios de urgencias médicas. En el sistema nacional de salud en México se reporta como una patología con alta morbimortalidad. En los hospitales de la Delegación Veracruz Sur no es la excepción. Paralelo a ello el manejo del Síndrome Coronario Agudo continúa experimentando cambios importantes sobre la base de la evidencia derivada de estudios clínicos bien conducidos y de las guías o lineamientos desarrollados por las sociedades de cardiología. En las Instituciones de salud de México se cuenta actualmente con guías de práctica clínica que sirven de apoyo al médico de primer contacto, específicamente en el IMSS se ha difundido e implementado el uso de la Guía de manejo de síndrome coronario agudo SICA donde se incluyen la angina inestable aguda y el infarto agudo de miocardio con elevación y sin elevación del ST. Recurso de gran utilidad cuando el paciente se presenta con SICA en las salas de urgencias. El uso de esta guía tiene como objetivo hacer un diagnóstico oportuno con terapéutica adecuada, con impacto en los índices de morbimortalidad de SICA. La problemática al respecto es, qué tanto se apega el médico de primer contacto a esta guía, qué tanto la conoce y sí aplica o no los lineamientos establecidos. Por lo que nos surge como motivo de esta investigación el siguiente cuestionamiento.

Pregunta: ¿Cuál es el apego a la guía de práctica clínica en el síndrome coronario agudo del médico especialista en urgencias médicas?

1.4 Justificación

Los síndromes coronarios agudos son un problema mayor de salud pública en todo el mundo. En los últimos años han ocurrido muchos avances en la epidemiología, fisiopatología y tratamiento que han impactado en las guías de manejo y el pronóstico de estos pacientes, por lo que es necesario que los clínicos en los servicios de urgencias cuenten con las herramientas necesarias para la atención oportuna y eficaz en el manejo de este tipo de patología

La evaluación del paciente con dolor torácico es uno de los mayores retos para los médicos que se encuentran en los servicios de urgencias. Como respuesta al comportamiento de esta enfermedad a nivel mundial, en México, el sector salud se ha dado la tarea de elaborar GPC para atención del síndrome coronario agudo tratando de facilitar la atención médica de este tipo de paciente en los servicios de urgencias, a la vez buscando impactar en la morbilidad y mortalidad de la misma, por lo que resulta necesario saber que tanto se apegan los médicos a esta guía y cuáles son los resultados obtenidos al respecto.

1.5 Hipótesis General

HI: El apego a la guía de práctica clínica en el síndrome coronario agudo del médico especialista en urgencias es mayor a lo reportado en la literatura.

HO: El apego a la guía de práctica clínica en el síndrome coronario agudo del médico especialista en urgencias es menor a lo reportado en la literatura.

1.6 Objetivos

Objetivo General

Identificar el apego a la guía de práctica clínica en el síndrome coronario agudo del médico especialista en urgencias.

Objetivos Específicos

1.-Identificar el apego del médico Especialista en urgencias a la Guía de práctica Clínica del Síndrome Coronario Agudo, de acuerdo al sexo del médico tratante.

2.- Identificar el apego del médico Especialista en urgencias a la Guía de práctica Clínica del Síndrome Coronario Agudo de acuerdo a los años de egreso de la Universidad

3.- Identificar el apego del médico Especialista en urgencias a la Guía de práctica Clínica del Síndrome Coronario Agudo de acuerdo al turno laboral.

4.-Identificar el apego del médico Especialista en urgencias a la Guía de práctica Clínica del Síndrome Coronario Agudo de acuerdo a la antigüedad laboral.

CAPITULO II

2. Materiales y Métodos

2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio transversal, analítico, observacional.

2.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Médicos Especialista en Urgencias Médicas adscritos al Hospital General de Zona
No. 8 Córdoba, Ver

PERÍODO DE ESTUDIO: Julio-Agosto 2014.

2.3.- DESCRIPCION DE VARIABLES

Conceptualización

Apego Guía de Práctica Clínica del Síndrome Coronario Agudo.

Porcentaje de cumplimiento en la atención de acuerdo a las pautas de experiencia en campo clínico elaboradas con base científica y la medicina basada en evidencia de conjunto de signos y síntomas de patología vascular del miocardio que se presente en forma súbita.

Médico Especialista en Urgencias Médicas

Definición conceptual

Sujeto que cursaron la licenciatura en medicina y un posgrado en la especialidad de Medicina de Urgencia y que se desempeña en una unidad de segundo nivel de atención en salud en el área hospitalaria de primer contacto, con la edad legal que de manera voluntaria presta sus servicios a cambio de una remuneración económica y que se encuentra incluido dentro de la plantilla laboral de la unidad de atención médica inmediata.

Operacionalización

Apego a la GPC de SICA

Para fines de éste estudio se tomará a la estimación de signos y síntomas del paciente reportados en el expediente y a las acciones llevadas a cabo por el médico tratante responsable de la evidencia escrita con estimación a las pautas de experiencia en campo clínico elaboradas con base científica y la medicina basada en evidencia de procesos que se lleven a cabo en la práctica clínica, todo esto con apego a la Guía de Práctica Clínica.

Se medirá de acuerdo el instrumento diseñado exprofeso que explora las variables relacionadas con los objetivos específicos. Este instrumento se encuentra estructurado de la siguiente manera un total de 23 Ítems y sumando un total de 46 puntos como se describe.

Factores de riesgo del 1 al 6 (12 puntos)

Características del dolor torácico 7 (2 puntos),

Irradiación del dolor del 8 al 12 (10 puntos),

Diagnóstico 13 al 16 (8 puntos),

Tratamiento 17 al 21 (10 puntos)

Clasificación del riesgo 22 y 23 (4 puntos).

Con respuestas dicotómicas sí (2 puntos) o no (un punto)

Se ha tomado en cuenta que hay parámetros para clasificar si hay apego o no en base a la guía de práctica clínica IMSS-191-10, Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del Segmento ST y Elevación del ST, establecida por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

INDICADORES

APEGO:	Parámetros presentes
ALTO	46-24
MEDIO	23-13
BAJO	12-11
SIN	
APEGO	10-0

	Indicador	Número	Respuestas presentes	Consulta	
				Fem	Masc
Apego alto 46-24	Factores de riesgo	1,2,3,4,5,6	12		
	Característica del dolor	7	2		
	Irradiación del dolor	8,9,10,11,12	10		
	Diagnóstico	13,14,15,16	8		
	Tratamiento	17,18,19,20,21	10		
	Clasificación del riesgo	22,23.	4		
Apego medio 23-13	Factores de riesgo	1,2,3,4,5,6	12		
	Característica del dolor	7	2		
	Irradiación del dolor	8,9,10,11,12	10		
	Diagnóstico	13,14,15,16	8		
	Tratamiento	17,18,19,20,21	10		
	Clasificación del riesgo	22,23	4		
Apego bajo 12-11	Factores de riesgo	1,2,3,4,5,6	12		
	Características del dolor	7	2		
	Irradiación del dolor	8,9,10,11,12	10		
	Diagnóstico	13,14,15,16	8		
	Tratamiento	17,18,19,20,21	10		
	Clasificación del riesgo	22, 23	4		
Sin apego 10-0	Factores de riesgo	1,2,3,4,5,6	12		
	Características del dolor	7	2		
	Irradiación del dolor	8,9,10,11,12	10		
	Diagnóstico	13,14,15,16	8		
	Tratamiento	17,18,19,20,21	10		
	Clasificación riesgo	22,23	4		

Definición operacional

Para fines de este estudio, se define a todo aquel individuo que se encuentra adscrito en la plantilla laboral en el servicio de urgencias al Hospital General de Zona No.8 de Córdoba, Ver., al momento del registro; y que lleva a cabo funciones relacionadas con la atención en equilibrio biológico, psicológico y social de los derechohabientes que así lo requieran.

Tipo de variable

Cualitativa

Tipo de escala Nominal dicotómica

Indicadores. Médico Especialista en Urgencias Médicas.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa.

TIPO DE ESCALA: Ordinal

VARIABLES					
Variables	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Indicadores
Género	Cualitativa	Características internas y externas que diferencian a cada individuo	Características Fenotípicas del individuo que se está estudiando	Nominal Dicotómica	Femenino Masculino
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha transcurrido en años a partir de la fecha de nacimiento de un individuo	Para fines de este estudio se considera como los años registrados por el individuo al momento del estudio	Razón	25 años y más
Estado civil	Cualitativa	Es la situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio que	Situación legal del individuo al momento de participar en el estudio	Nominal	Soltero Casado Viudo

		existen en el país.			Divorciado Otro
Escolaridad	Cualitativa	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para adquirir enseñanza adecuada	Se considera para fines del estudio el grado de escolaridad adquirido en el momento de registro en el censo del estudio a realizar	Ordinal	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Sin estudios posgrado
Ocupación	Cualitativa	Se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante), independientemente de la rama económica a la que pertenezca o a la categoría de empleo que tenga.	Para fines de este estudio se tomará la ocupación que se registra en el censo de los hospitales en estudio	Nominal	Médico Ama de casa Campesino. Oficio
Antecedentes familiares	cualitativa	La referencia que hace el sujeto de investigación de presencia de entidad patológica que anteceden y que se presenta en algún miembro de la familia.	Se tomaran aquellos antecedentes heredofamiliares relacionados con hipertensión, diabetes Mellitus, tabaquismo, sedentarismo, género en familiar con parentesco, padre o madre, hermano (a), abuelos, primos, hijos, registrados en el censo en el momento del estudio	Nominal/politómica	Padre Madre Hermano Abuelos Tíos (as) Primos (as)
Apego a las Guías de Práctica clínica en síndrome coronario agudo	Cualitativa.	Se entiende como el cumplimiento de manejo del paciente con dolor torácico agudo para excluir cualquier patología que simule un síndrome coronario agudo	Es un cuestionario constituido por 23 ITEMS, y 46 puntos en total, incluyendo a la vez datos demográficos del médico tratante y paciente en estudio, posteriormente se realizara la recolección en la base de datos obtenidos y posteriormente se realizará análisis estadístico con p significativa < a 0.05	Ordinal	ALTO 46-24 MEDIO 23-13 BAJO 12-11 SIN APEG10-0

Antigüedad laboral	Cuantitativa	La antigüedad se refiere al plazo de tiempo en el empleo o servicio de un trabajador	Para este estudio se considerará la antigüedad laboral a los años de trabajo que refiera el encuestado al momento de la entrevista y que se señalen en tarjetón de pago.	Razón	Años referidos
Turno	Cualitativa	Momento u ocasión en que a una persona le corresponde hacer, dar o recibir, o realizar una actividad	Se refiere en que turno labora el trabajador, durante el proceso de la encuesta	Nominal	Turno a referir
Años de Egreso	Cuantitativa	Se refiere a los años egresados de una persona de una carrera u objeto determinado	Se tomara en cuenta cuantos años tiene el trabajador egresado de su especialidad	Razón	Años a determinar desde su egreso hasta su actividad laboral actual.

2.4.-TAMAÑO DE MUESTRA:

Se calculó por censo en base al número de médicos adscritos al servicio de urgencias con nombramiento de Médico Especialistas en Urgencias Médicas siendo un total de N.16 médicos.

SELECCIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA: Por censo

2.5 Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- 1.- Médicos Especialistas en Medicina de Urgencias en Unidades segundo nivel de atención (Hospital General de Zona no. 8)
- 2.- Médicos especialistas que estén activos en la Especialidad de Urgencias Médicas.

Criterios de Exclusión.

- 1.- Médicos que no sean especialistas en Medicina de Urgencias.
- 2.- Médicos que no deseen ser evaluados.
- 3 Criterios de Eliminación: Instrumento contestado en menos del 95%, datos ilegibles e incompletos.

2.6 Procedimiento

Previa autorización de comité de Ética e investigación clínica y de las autoridades correspondientes, uno de los investigadores se procede a Invitar y solicitar su autorización del médico especialista en medicina de urgencia para a participar en este proceso de investigación, explicándole amplia y detalladamente las características del estudio y en qué consiste su participación en el mismo; así como se informara que su participación está exenta de riesgos que pongan en peligro su integridad física, sí el médico después de esta explicación considera que no se compromete su integridad psicológica, se le presenta la carta de consentimiento informado; evidencia científica y legal del respeto a su integridad como persona; sí el médico participante está de acuerdo la firmará como evidencia de autorización. Posteriormente se aplicara instrumento de evaluación tipo lista de cotejo al expediente de los pacientes manejados por el Médico Especialista en Urgencias en el período de estudio , elaborada por ex profesor para alcanzar los objetivos de este estudio; el cual consta con tres apartados: apartado 1.- Con variables Socio demográficas para identificar las características del médico en estudio, será llenado por uno de los encuestadores mediante interrogatorio directo a los médicos adscritos al servicio de urgencias que reúnan los criterios de selección. Apartado 2.- Contiene variables Sociodemográficas relacionadas con el paciente al cual pertenece el expediente y se obtendrán mediante la visita al archivo clínico, seleccionando el expediente del paciente que ha sido identificado como portador de SICA y manejado en el servicio de urgencias de las unidades de segundo nivel de atención del Hospital General de Zona No.8 Córdoba, Ver. Y

aparatado 3.- Que cuenta con 23 ítems relacionados con el SICA de acuerdo a la GPC DE SICA, lleva respuestas dicotómicas ausente o presente de acuerdo a los parámetros que marca la GPC buscando determinar el grado de apego a dicha guía , con 46 puntos. El puntaje anotado en el anexo de evaluación se determinó en base a la GPC del SCA, con respuestas dicotómicas si la respuesta en NO se la dará 1 punto, si la respuesta es SI se le asignará un 2; dicho puntaje está determinado en el formato de evaluación correspondiente (anexo de evaluación).

Una vez que se alcance el tamaño de muestra determinado, se procederá a realizar una base de datos digital en donde se copilaran los datos obtenidos, Se calificara de acuerdo al tipo de variable. Y el apego a la GPC de SICA será de acuerdo a la suma de respuestas obtenidas como presente de la siguiente forma: En cuatro categorías alto con 46 puntos, medio con 23 puntos, bajo con 12 puntos, y menor de 10 sin apego.

2.7 Análisis estadístico

Se llevó a cabo de acuerdo al tipo de variable y a los resultados obtenidos, de la siguiente forma: para identificar las características de la población estudiada se aplicó estadística descriptiva, y para el análisis comparativo se aplicó estadística inferencial. Presentando los resultados en frecuencias y porcentajes; se tomó como parámetro de aceptación de la hipótesis una $p < 0.05$ Obtenido mediante t de Studens y ANOVA para todo ello se empleó el paquete estadístico SPSS.

2.8 Consideraciones Éticas.

El presente estudio se apegará a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Se tomará en consideración lo que establece el Título Segundo, Capítulo I, artículo 13,14 fracción I, se ajustó a los principios éticos y científicos que lo justifiquen (SSA,1987). Fracción V, se contará con el consentimiento informado y por escrito de cada participante. Fracción VI, se realizará por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Fracción VII y VIII Se contará con la autorización del Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Zona No.8 Y se llevará a cabo cuando con la autorización del titular de atención de la salud y de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71,73 y 88 de éste reglamento.

El estudio se considerará de riesgo mínimo para los participantes, debido a que se realizaron mediciones neurofisiológicas de la sensibilidad, registro de datos demográficos y clínicos según el artículo 17, fracción II.

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, capítulo 1, artículo 17, fracción II³⁵.

2.9 Recursos

Recursos humanos, materiales y financieros.

Humanos:

Alumno del curso de especialización en Medicina de Urgencia.

Asesor metodológico

Asesor de contenido.

Materiales:

1 computadora

1 impresora

2000 hojas blancas

20 lápices

10 bolígrafos

1 engrapadora

1 marcador

1 calculadora

1 memoria USB

Financieros: Los propios del investigador

CAPITULO III

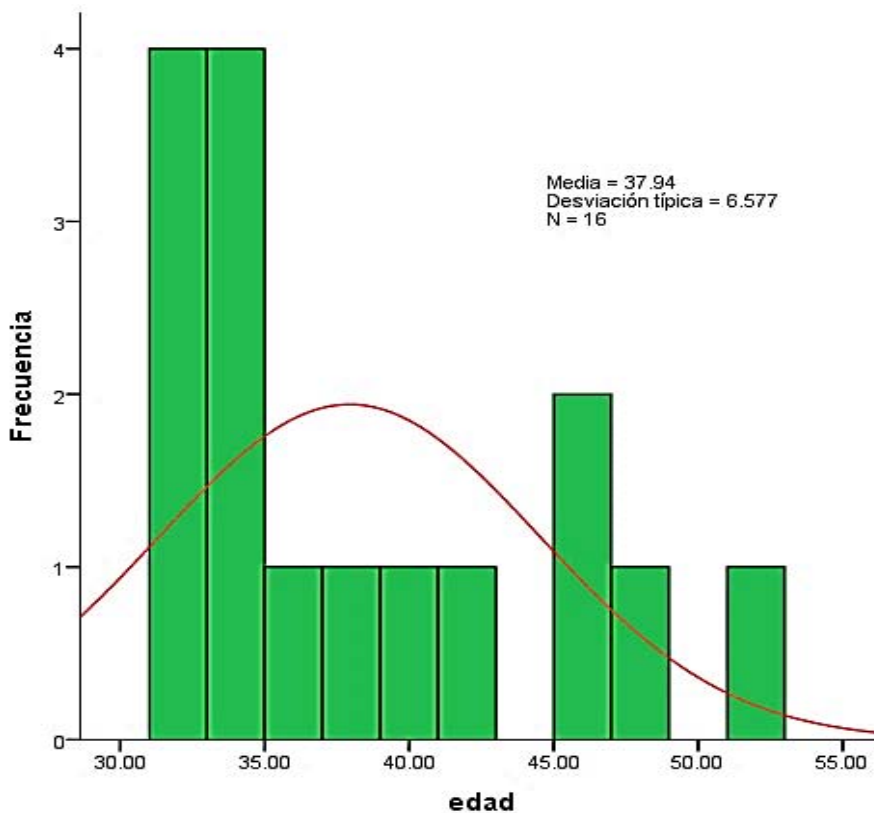
RESULTADOS

La media de la edad fue de 37.94 con una desviación estándar de 6.57 (Figura 1).

La media de egreso de la especialidad fue en hombres de 5.20+3.79 en mujeres de 4.80+4.32; con una P de .761. En este estudio el apego fue alto 94% encontrándose a la vez apego medio en un 6%. Figura. No. 2

De acuerdo al turno laboral de MEU 3 en matutino, 5 en vespertino, 5 nocturno, y 3 jornada acumulada con una P de .382 Tabla No. 3 y figura No. 3).

Figura No. 1 Edad en cuanto a variables numéricas con desviación estándar



Fuente de información: Base de datos del proyecto

Tabla No.1 variables de la población de estudio agrupadas por sexo y significancia estadística obtenida mediante t de Studens* y ANOVA**

Variables	Sexo		Total	Valor de p	C'	
	Hombre (12)	Mujer (4)				
Edad	37.27±6.37	39.40±7.53	16	.596*		
Antigüedad laboral	7.72± 3.57	7.80±4.81	16	.185		
Años de egreso de licenciatura	10.9±5.57	11.00±6.63	16	.470		
Puntuación total						
Puntos obtenido de acuerdo al apego a la GPC	31.00	1	0	1	.844**	.844
	36.00	1	1	2		
	37.00	1	0	1		
	39.00	3	1	4		
	40.00	3	1	4		
	42.00	2	2	4		
Total	11	5	16			

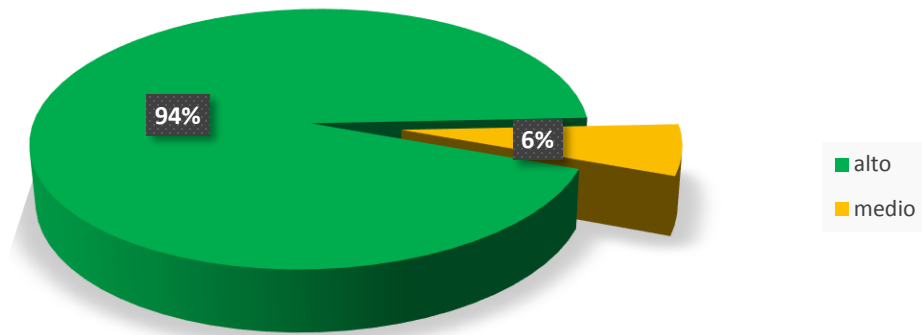
Fuente de información: Base de datos del proyecto

En cuanto la antigüedad laboral la media fue de 7.72± 3.57 en hombres y 7.80±4.81 en mujeres P de 185.

Los años de egreso de la licenciatura la media y desviación estándar fue de 10.9±5.57 en hombres y 11.00±6.63 en mujeres, P .470 (Tabla 1).

Los puntos obtenidos en cuanto a la aplicación de cuestionario el más alto fue de 42 con una P de .844 (tabla 1)

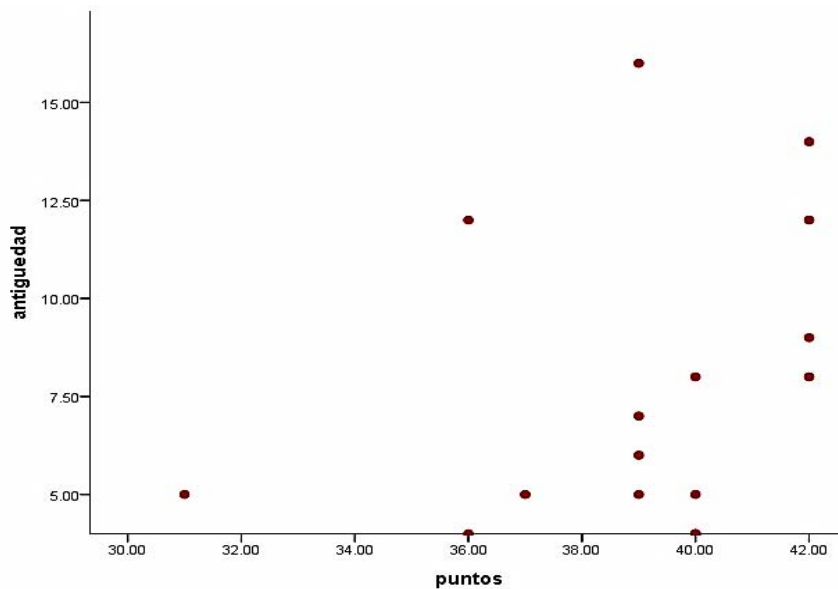
Figura No. 2 Grafica de apego de la GPC de SICA



Fuente de información: Base de datos del proyecto

Se tomó en cuenta también el apego a guía de práctica clínica en cuanto al turno observándose que el turno matutino y vespertino tiene puntuación más alta con una P de .382.

Figura No. 3 Antigüedad laboral de la población estudiada y la puntuación obtenida de apego a la GPC



Fuente de información: Base de datos del proyecto

Tabla No. 3 Apego por turno Laboral

Puntuación*	Matutino	Vespertino	Nocturno	Jornada acumulada	Total	Valor de p
31.00	0	0	0	1	1	.382
36.00	0	0	1	1	2	
37.00	0	1	0	0	1	
39.00	1	1	2	0	4	
40.00	0	1	2	1	4	
42.00	2	2	0	0	4	
Total	3	5	5	3	16	

Fuente de información: Base de datos del proyecto

El médico especialista que se encontró en el hospital en estudio de mayor antigüedad fue de 15 años y obtuvo un puntaje en la encuesta de 40.0 (figura 3) A la vez el rubro de egreso de la especialidad la media más alta fue de 42.00±4.24 y la más baja fue de 37.40± 3.78 con una P de .877 (tabla no.4).

Tabla No.4 Años de egreso y la media de la puntuación obtenida de apego a la GPC y valor de p obtenida mediante ANOVA

Años de egreso de la Especialidad	Media	N	Valor de p
1.00	38.00± 2.82	2	.877
2.00	37.40± 3.78	5	
3.00	39.00	1	
4.00	39.00	1	
5.00	41.00±1.41	2	
6.00	42.00±4.24	1	
9.00	39.00	2	
10.00	42.00	1	
14.00	39.00	1	
Total	39.00±2.89	16	

Fuente de información: Base de datos del proyecto

CAPITULO IV

DISCUSION

En el presente estudio se analizó el apego de la guía de práctica clínica del Síndrome Coronario Agudo, enfocado en un Hospital General de Zona .El apego fue alto en un 94%, sabemos que las guías de práctica clínica nos sirven de apoyo al personal de salud para tomar decisiones asertivas en beneficio de la atención oportuna, inmediata y certera de los pacientes que acuden a nuestros hospitales por dolor precordial, básicamente determinar la causa del mismo. Las guías de práctica clínica son consideradas en la actualidad de gran utilidad para el ejercicio clínico de los médicos, hoy en día forman parte fundamental de las herramientas con las que podemos apoyarnos para la toma de decisiones asertivas en beneficio del paciente.

Hoy en día, las enfermedades cardiovasculares representa uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, por lo tanto es necesario contar con una serie de herramientas diagnósticas que permitan reconocer oportunamente la presencia de isquemia miocárdica para establecer tratamiento oportuno y con ello evitar un daño isquémico mayor y disminuir la morbi-mortalidad, lo que se traduce en ahorro de recursos económicos. Es importante, también, que estas herramientas diagnósticas permitan reconocer a todo individuo «sano» pero con factores de riesgo para desarrollar un síndrome coronario agudo (SCA).

Si bien es cierto, muchas asociaciones de cardiología de diversos países han implementado este tipo de guías y han obtenido resultados favorables.

Actualmente se está realizando difusión a nivel mundial de las guías de práctica clínica de diversas enfermedades y por supuesto las de SICA no son la excepción, como es la elaborada en 2011 por la Sociedad Europea de Cardiología avalada por la Sociedad Española de Cardiología, en la cual nos hacen referencia en cuanto al uso oportuno de la GPC del SICA y su experiencia basada en evidencia clínica y seguimiento de casos, así mismo el beneficio obtenido en los pacientes manejados en hospitales de dichas asociaciones³⁶

En la literatura médica no se encontró trabajo alguno similar para comparar nuestros resultados con los de otros autores, pero existen otros estudios realizados en México sobre apego GPC de otras patologías como infección de vías urinarias en embarazadas trabajo realizado en la UMF No.61 de la ciudad de Córdoba, Ver. Donde los resultados difieren el apego en esta GPC es bajo con mayor predominio en el turno matutino (comunicación verbal, trabajo en prensa)

Por ser un estudio pionero en nuestra delegación, consideramos seguir implementando este tipo de evaluaciones Apego a las GPC, ya que con sus resultados nos da áreas de oportunidad para mejorar la atención en el área médica y retroalimenta al equipo de salud de nuestros hospitales.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

En esta población de estudio el apego a la GPC de SICA fue alto en un 94% de la población , con predominio en MEU con menor de 5 años de antigüedad , y de 5 a 7 años de egreso de la especialidad, el turno laboral vespertino tuvo apego medio, sin diferencias en cuanto a sexo,

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1.- Jiménez M, Arguedas C, Romero L. El síndrome coronario agudo y otros diagnósticos provocan subregistro del infarto agudo de miocardio en el Hospital México, Costa Rica. *Acta Med. Costarric.* 2013; 55 (1):167-171.
- 2.-Bagur R, Urinovsky F, Contreras A, Estrada C. Validación del Score de riesgo de TIMI para pacientes con síndrome coronario agudo. *Medicina (Buenos Aires)* 2009; 69: 526-528.
3. - Farah A, Mourilhe R, Esporcatte R, Correa L, Rangel R, Campos D. Análisis a largo plazo en el síndrome coronario agudo ¿Existen diferencias en la morbimortalidad? *Arq. Bras 2009 Cardiol.* 2012; 95 (6): 705-017.
- 4.- Muñoz D, Fuica P, Albertz N, De la Fuente M. Consulta por dolor torácico en el servicio de urgencias hospitalarias de una comunidad rural. *Rev Chil Salud Pública* 2008; 12 (2):93-102.
- 5.-Martínez-Selles M, Bueno H, Sacristan A, Estevez A, Ortiz J, Gallego L, et al. Dolor torácico en urgencias: Frecuencia, perfil clínico y estratificación del riesgo. *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61 (19):953-9.
- 6.- Villa M, Pérez A, López J, Del Río J, Raba S, Ovejero V. Concordancia en el diagnóstico de dolor torácico entre urgencias de atención primaria y especializada. *Rev Clin Med Fam* 2007; 1(4): 164-168.
- 7.- Xochiquetzal González M, Ruíz-Flores L, Blancas J, Moran S, Dehesa M. Causas de dolor torácico. *Rev Gastroenterol Mex* 2007; 72 (2):92-99

- 8.-Rodríguez I, Arbelo D, Vázquez E, Acevedo M. Características clínico epidemiológicas de pacientes con infarto agudo de miocardio. MEDISAN 2010; 14(9):2092-97.
- 9.- Barranco D, Cabrera C, Spinelli A, Vignolo G, Hiriart J. Síndromes Coronarios agudos con y sin lesión coronarias significativas: pronóstico a largo plazo. Rev. Urug Cardiol. Sept 2009; 24 (2):101-106.
- 10.- Ferreira G, Permanyer M, Heras M, Rivera A, Marsal J, Cascant P, et al. Pronóstico y manejo de los pacientes con síndrome coronario agudo y enfermedad polivascular. Rev. Esp Cardiol. 2009; 62(9): 102-21.
- 11.- Arroyo U, Domínguez A, Juárez R, Blanco G, Hernández C, Carrillo M, et al. Características diferenciales de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST con respecto a los que tienen elevación transitoria del segmento ST. Med Intensiva 2011; 35 (5): 122-126
- 12.-Infante M, Jáuregui M. Comparación de las características angiográficas de pacientes con infarto agudo de miocardio menores de 45 años con mayores de 45 años en el hospital Edgardo Rebagliati Martins. Revista Peruana Cardiología. 2010; 36 (1): 7-13.
- 13.- Kon A, Stanley Chia, JKB T, Zaini S, KWQ G, KK Y, et al. Impact of timing to coronary angiography in acute coronary syndrome on contemporary clinical practice. Am J Cardiovasc Dis 2012; 2(3): 248-252.

- 14.- Wang Z , Dai H, Xing M, Yu Z, Lin X, Wang S, et al. Effect of Single High Loading Dose of Rosuvastatin on Percutaneous Coronary Intervention for Acute Coronary Syndromes. *J of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutica* 2012; 18(4): 327-333.
- 15.- Cordero Q, Ramírez J, Moreno F, González O. Valor predictivo de algunos modelos de estratificación de riesgo en pacientes con infarto agudo al miocardio con elevación del ST. *Cor Salud* 2013; 5(1):57-71.
- 16.- Rizo G, Ramírez J, Pérez D, Novo L, Acosta F, Cordero Q, et al. Valor predictivo de muerte y complicaciones intrahospitalarias de los modelos de estratificación de riesgo en pacientes con infarto miocárdico agudo. *Rev Fed Arg Cardiol* 2011; 40(1):57–64.
- 17.- Esquivel C, Chávez L, Albarrán J, Ramírez R, Flores E, Martínez J, et al. Índice pronóstico de infarto agudo de miocardio con elevación–ST en la unidad de cuidados intensivos. *Med Int Mex* 2008; 24(1):22–7.
- 18.- Alonso A, Alonso, Alonso O, Grau R. Infarto agudo de miocardio en pacientes jóvenes ingresados en cuidados intensivos. *Cor Salud* 2012; 4(1): 20–29.
19. –Gharacholou M, Lopes R, Alexander K, Mehta R, Stebbins A, Pieper K,ET AL. Age and outcomes in st-segment elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention. *Arch Intern Med* 2011; 17(6): 559-67.

20.- Dinh W, Fùth R, Lankisch M, Hess G, Zdunek D, Scheffold T, et al. Factor de diferenciación de crecimiento 15 ¿un Nuevo biomarcador en pacientes con disfunción diastólica). Arq Bras Cardiol 2011; 97(1): 65-75.

21.- Núñez J, Almeida M, Guedez R, Gómez R, La Rosa H. Complicaciones en la evolución precoz del infarto agudo de miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos. N Engl J Med 2009; 35(5): 231-36.

22. - Le May M, So D, Dionne R, Giover C, Froeschi M, Wells G, et al .A Citywide Protocol for Primary PCI in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. N Engl J Med 2008; 358 (17): 231-240.

23.- De Abreu M, Cosarinsky L, Silberstein A, Mariani J, Doval H, Gagliardi J, et al. Características clínicas, angiográficas, estrategias terapéuticas y pronóstico de pacientes jóvenes con síndrome coronario agudo. Rev Argent Cardiol 2013; 18 (1):201-13.

24.- Gaguardi J, De Abreu M, Mariani J, Silberstein M, De Sagastizabal D, Salzberg S, et al. Motivos de ingreso, procedimientos, evolución y terapéuticas al alta de 54,000 pacientes ingresados a unidades de cuidados intensivos cardiovasculares en la Argentina. Seis años de registro Epicardio. Rev Argent Cardiol 2012; 80 (6):446-54.

25.- Andrés E, León M, Cordero A, MagallonR, Maagan P, Luengo E, et al. Cardiovascular risk factors and lifestyle associated with premature myocardial infarction diagnosis. Rev Esp Cardiol 2011; 64 (6):527-9.

- 26.- Barros M, Fusaro L, Coria N, Duronto E, Beck E, Bozovick G. Las mujeres con síndromes coronarios agudos reciben menos intervenciones en la fase aguda que los hombres en una población argentina. *Rev Argent Cardiol* 2013; 81 (4):316-321.
- 27.- Mariani J, Antonietti L, Tajer C, De Abreu M, Charask A, Silberstein M. et al. Diferencias de género de síndromes coronarios agudos: resultados de registro Epi- *Cardiol Rev Argent Cardiol*. 2013; 81(4):307-315
- 28.-Silva dos Santos E, Timerman A, Troncoso V, Cabrera T, Paulo Pereyra M, Minuzzo L, et al. Score de Riesgo Dante Pazzanese para Síndrome Coronario Agudo sin Supradesnivel del Segmento ST. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(4):336-344.
- 29.- Yoshio J, Cardoso L, Bicudo R. Hora de la Admisión en la Unidad de Emergencia y Mortalidad Hospitalaria en el Síndrome Coronario Agudo. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(2):104-110.
- 30.- Danchin N, Coste P, Ferriares J, Steg P, Cottin Y, Blanchard D, et al. Comparison of thrombolysis followed by broad use of percutaneous coronary intervention with primary percutaneous coronary intervention for ST-segment-elevation acute myocardial infarction: data from the french registry on acute ST-elevation myocardial infarction (FAST-MI). *Circulation* 2008; 118:268-76.
- 31- Gharacholow S, Alexander K, Chen A, Wang T. Implications and reasons for the lack of use of reperfusion therapy in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Am Heart J* 2011; 159 (7):757-63

32. -Bagnall A, Goodman S, Fox K, Yan R, Gore J. Canadian Acute Coronary Syndrome Registry I and II investigators: Canadian Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE/GRACE2) Investigators. Influence of age on use of cardiac catheterization and associated outcomes in patients with non-ST- elevation acute coronary syndromes. Am J Cardiol 2009; 103(14):1530-36.

33.-Casella G, Ottani F, Ortolani P. Off-hour primary percutaneous coronary angioplasty does not affect outcome of patients with ST-Segment elevation acute myocardial infarction treated within a regional network for reperfusion: The REAL (Registro Regionale Angioplastiche del'Emilia-Romagna) registry. JACC Cardiovasc Interv. 2011; 4(3):270-8.

34.-Jernberg T, Johanson P, Held C, Svennblad B. Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction. JAMA 2011; 305(16):1677-84.

35.-Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, capítulo 1, artículo 17, fracción II. (The International Response to Helsinki; VI the WAR, Declaration of Helsinki).

36. Gabriel Steg, Stefan K. James, Dan Atar, et al: Guía de Practica Clinica de la ESC para el manejo de Infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del ST. Rev Esp Cardiol. 2013; 33 (66): 46-53.

X Anexo 1

I DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DEL MEDICO					
Sexo:	Edad:	Turno:	Unidad:	Años de egreso de la residencia:	
Años de antigüedad:		Universidad:			
Hospital donde labora.		IMSS	SSA	ISSSTE	PEMEX Otros.
Años de egreso de la licenciatura.			Certificado:	si:	no:
Conoce la GPC de SICA:		Si:	No:		
Actualización:		Medicina. Basada en Evidencia:		Congresos:	Educación. Med, Continua:
II DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DEL PACIENTE					
Sexo:	Edad:	UMF de adscripción.		Estado Civil:	
Ocupación:	Obrero	Empleado	Comerciante	Profesionista	Ama de Casa
III Factores de Riesgo		SI	NO	TIEMPO DE EVOLUCION	
		SI	NO		Puntos
					12
1	Tabaquismo				2
2	Obesidad				2
3	Sedentarismo				2
4	Hipertensión Arterial				2
5	Diabetes Mellitus				2
6	Dislipidemia				2
IV Características de Dolor Torácico					
7	Tiempo de duración	Menos de 30 minutos		Más de 30 minutos	2
V Irradiación del dolor		SI	NO		Puntos
					10
8	Mentón				2
9	Hombro				2
10	Espalda				2
11	Brazo y antebrazo				2
12	Otros:				2
VI Diagnóstico					Puntos
					8
13	Clínico: SI: NO:	Síntomas adrenérgicos: SI NO			2
14	Electrocardiograma	Sin elevación ST: Con elevación ST:			2
15	Biomarcadores.	CPK:	CPK-MB:	Enzimas de control:	2
16	Referencia a Otro nivel:	SI	NO		2
VII Tratamiento					Puntos
					10
17	Analgesia para el dolor.	Morfina:	Buprenorfina:	Nalbufina:	2
18	Terapia anti isquémicas: Nitratos	SI:	NO		2
19	Oxígeno.	SI:	NO.		2
20	Antiagregante plaquetario	SI:	NO	Cuál;	2
21	Beta bloqueador.	SI	NO	Cuál:	2
VIII CLASIFICACION DEL RIESGO.					
	Puntos				4
22	Killip Kimball				2
23	TIMI				2

INSTRUMENTO PARA EVALUAR EL APEGO A LA GPC DE DEL SINDROME CORONARIO AGUDO Total de puntuación: 46 puntos Total Ítems: 23, cada respuesta por ser dicotómicas la respuesta No= 1 punto, Sí =2 puntos.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Apego a la Guía de práctica Clínica de Síndrome Coronario Agudo del Médico Especialista en Urgencias.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Córdoba, Ver Junio-Agosto 2014
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Dada la alta incidencia de morbimortalidad por patologías cardiovasculares entre ellas el Síndrome Coronario Agudo (SICA), en nuestros Hospitales de Segunda Nivel de atención, consideramos que el Médico Especialista en Urgencias Médicas, debe estar capacitado para la atención oportuna y diagnóstico certero, con el objetivo de saber que tanto se está apegando al manejo del paciente con SICA .en base a las Guías de práctica clínica.
Procedimientos:	Se aplicara un cuestionario de evaluación diseñado en base a la Guía de Práctica Clínica Compuesto de 23 ITEMS y 46 respuestas
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Que se lleve a cabo el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado por parte del Médico Especialista en Urgencias Médicas, y sobretodo que se aplique en forma adecuada La Guía de Práctica Clínica del SICA establecida por los servicios de Salud
Participación o retiro:	Ninguna
Privacidad y confidencialidad:	Cuando el médico tratante lo desee.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. María Aurea Mendoza Olvera
Colaboradores:	Dr. Walfre López Benítez/ Misael Arreola Torres

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio **Clave: 2810-009-013**

MEXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3102
H. GRAL. ZONA NUM 8, VERACRUZ SUR

FECHA 27/06/2014

DR. MISAEL ARREOLA TORRES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Apego a la Guía de práctica Clínica de Síndrome Coronario Agudo del Médico Especialista en Urgencias. De un Hospital de Segundo Nivel de Atención de Salud

que someto a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3102-24

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ RAMÓN DALGADO MARTÍNEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3102

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

http://sireleis.imss.gob.mx/pi_dictamen_clis.php?idProyecto=2014-3167&idCli=3102&m... 27/06/2014