



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL SONORA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 14 CON U.Q.**

**“DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO EN
PACIENTES QUE ACUDEN A SERVICIO DE URGENCIAS DE UN
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”**

T E S I S

**Que para obtener el Diploma de Especialidad en
MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA:

DR. GUSTAVO GONZALEZ LOPEZ



HERMOSILLO, SON. FEBRERO del 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

INVESTIGADOR

Dr. Reynaldo Reyes García

Matrícula: 99273715. Cargo: Médico No Familiar Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas. Adscripción: Hospital General de Zona No. 14, con Unidad de Quemados IMSS. Domicilio: Av. Tecnológico No. 93 esquina con República de Cuba. Colonia Mirasoles. CP83170, Teléfono: (662) 1415699. Hermosillo, Sonora

COLABORADOR:

Dr. José Javier Escobedo Colín

Matrícula: 99278261. Cargo: Médico No Familiar Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas. Adscripción: Hospital General de Zona No. 14, Unidad De Quemados IMSS. Domicilio: Av. Tecnológico No. 93 esquina con República de Cuba. Colonia Mirasoles. CP83170, Teléfono: (662) 1134556. Hermosillo, Sonora. Correo electrónico: jako_069@hotmail.com

TESISTA:

Dr. Gustavo González López

Alumno de tercer año Curso de Especialización en Medicina de Urgencias para médicos de base del Instituto Mexicano del Seguro Social

Matrícula: 11537248. . Adscripción: Hospital General de Zona No. 14, Unidad De Quemados IMSS. Domicilio: Av. Tecnológico No. 93 esquina con República de Cuba. Colonia Mirasoles. CP83170

Teléfono: (662) 1824573. Hermosillo, Sonora.

Correo electrónico: tyg_2503@hotmail.com

3/2/2017

Carta Dictamen

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



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



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2603** con número de registro **13 CI 26 018 155** ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 1, SONORA

FECHA **03/02/2017**

DR. GUSTAVO GONZÁLEZ LÓPEZ

PRESENTE

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

DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO EN PACIENTES QUE ACUDEN A SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

que sometió 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-2017-2603-4

ATENTAMENTE

DR. (A) MIGUEL ZEMPUAL LOPEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2603

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Instituto Mexicano del Seguro Social
 Coordinación de Investigación en Salud
 Informe de seguimiento técnico para protocolos

Periodo que abarca el informe técnico:				
Primer semestre <input checked="" type="checkbox"/>	Segundo semestre	Tercer semestre	Cuarto semestre	Otro semestre

Número de registro:	R-2017-2603-4
Título:	DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO EN PACIENTES QUE ACUDEN A SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Estado actual del protocolo de investigación en relación con el cronograma que se propuso:			
En tiempo	Terminado <input checked="" type="checkbox"/>	Atrasado	Cancelado
Justificación:			
Alternativas de solución:			

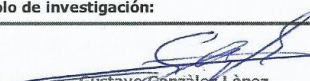
Fase de desarrollo del protocolo de investigación:				
Estandarización de métodos o instrumentos	Recolección de datos (trabajo de campo)	Análisis de resultados	Redacción del escrito final	Trabajo publicado
			<input checked="" type="checkbox"/>	

Nombre del alumno, Título de Tesis y Fecha de graduación del alumno e institución que avaló el curso (en caso de aplicar)			
Nombre	Título de tesis	Fecha de graduación	Institución
Gustavo González López	DOLOR TORACICO DE ORIGEN NO TRAUMATICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.	28/02/2017	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Referencia bibliográfica del trabajo de investigación si fue publicado:

Modificaciones metodológicas realizadas al protocolo de investigación:
--

2017-02-13
 Fecha del Informe


 Gustavo González López
 Investigador Responsable

**DOLOR TORACICO DE ORIGEN NO TRAUMATICO EN PACIENTES QUE ACUDEN A
SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL'**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA:
GUSTAVO GONZÁLEZ LÓPEZ

DELEGACIÓN SONORA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 14
CON UNIDAD DE QUEMADOS
HERMOSILLO SONORA



DR. FILIBERTO ISAAC GÓMEZ MENDOZA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

COORDINACIÓN CLÍNICA DE
EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. IVÁN ALFONSO LÓPEZ LÓPEZ
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA DE URGENCIAS**

DR. REYNALDO REYES GARCÍA

MÉDICO NO FAMILIAR ESPECIALISTA

EN URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS (ASESOR)

**DOLOR TORACICO DE ORIGEN NO TRAUMATICO EN PACIENTES QUE ACUDEN A
SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA:
GUSTAVO GONZÁLEZ LÓPEZ

**DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTTUCIONAL**

**DRA. BENITA ROSARIO URBAN REYES
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**DRA. CRUZ MONICA LOPEZ MORALES
COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD**

**DOLOR TORACICO DE ORIGEN NO TRAUMATICO EN PACIENTES QUE ACUDEN A
SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA:

DR. GUSTAVO GONZÁLEZ LÓPEZ

**DR. TITO FABRICIO LOPEZ BAZAN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE URGENCIAS MÉDICAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**DR. LEONARDO DANIEL JIMÉNEZ MUÑIZ
COORDINADOR DE PROGRAMAS MÉDICOS
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Agradecimientos

*A mi esposa Tania por su amor y apoyo incondicional, ella me motivó y alentó a iniciar este nuevo reto en mi vida
Gracias por estar a mi lado apoyándome siempre y en todo momento ya que sin ti no lo hubiera logrado.*

A mis hijos Alejandro y Ricardo ya que ellos también me impulsaban a llegar a la meta. Este logro también esta dedicado a ustedes.

A mis padres a pesar de que están lejos en la distancia siempre estuvieron cerca apoyándome en cada momento.

A mis hermanos por apoyarme, darme ánimo y aliento en cada momento.

A la familia Chimal García ya que siempre estuvieron apoyándonos a mi esposa y a mi durante estos tres años de residencia, muchas gracias.

A mis maestros por sus enseñanzas, muchas gracias

A mis compañeros de residencia, que más que amigos resultaron ser hermanos, gracias por su apoyo, consejo y enseñanzas durante las guardias y rotaciones que tuvimos juntos. Los llevaré siempre en mi corazón.

A todas aquellas personas me apoyaron, muchas gracias.

ÍNDICE

I Resumen-----	10
II Marco teórico-----	11
III Planteamiento del problema-----	14
IV Justificación-----	15
V Objetivos-----	16
VI Hipótesis-----	17
VII Material y métodos-----	18
VIII Aspectos éticos-----	23
IX Recursos humanos, Financiamiento y Factibilidad-----	24
X Resultados-----	26
XI Discusión-----	28
XII Conclusiones-----	29
XIII Bibliografía-----	30
XIV Anexos-----	33

I.- RESUMEN

TÍTULO: “DOLOR TORACICO DE ORIGEN NO TRAUMATICO EN PACIENTES QUE ACUDEN A SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”

Reyes García, R*, Escobedo Colín, JJ. *, González López, G. **. **Médico adscrito al servicio de urgencias del HGZ 14, CUQ. Hermosillo, Sonora. **Alumno del Curso de Especialización de Medicina de Urgencias, HGZ 14 con Unidad de Quemados, Hermosillo, Sonora*

INTRODUCCIÓN: En urgencias médicas; la patología cardiovascular es de las consultas más frecuentes, de todos los síntomas, el dolor torácico constituye el principal motivo de visitas, ya que desde un 15 y hasta un 48% tiene un origen cardíaco y su atención es prioritaria; el 15% presentan infarto agudo de miocardio (IAM), pero entre el 5 y el 10% se da de alta de manera inoportuna y desarrollan IAM del miocardio en las siguientes 48 horas, en el 2 al 8% el diagnóstico de infarto pasa inadvertido o bien no se hospitalizan por error.

Objetivo: Identificar la incidencia del dolor torácico no traumático de pacientes que acuden al servicio de urgencias médicas de un Hospital del IMSS en Hermosillo, Sonora.

Material y métodos: Estudio epidemiológico observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en 64 expedientes de pacientes seleccionados por muestreo no probabilístico y que ingresaron con dolor torácico no traumático. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva.

Resultados: El 54.7% de pacientes ingresaron por dolor torácico de origen cardíaco y 45.3% tuvieron dolor torácico de origen no cardíaco. Las comorbilidades encontradas fueron cardiovasculares 31 (48.4%), diabetes mellitus 27 (42.2%), neumopatías 3 (4.7%) y patología gástrica 1 (1.6%) así como solo 2 pacientes (3.1%) no contaban con comorbilidades.

Conclusiones. Se encontró que el dolor torácico de mayor frecuencia fue el de origen cardíaco.

PALABRAS CLAVES: dolor torácico, urgencias médicas, IAM

II.MARCO TEÓRICO:

El dolor torácico de origen no traumático, es un síntoma que presentan los pacientes que comúnmente acuden a urgencias, debido a su impacto al momento de llegar con esta sintomatología, representa para el clínico; un real problema de salud que requiere atención inmediata y un diagnóstico correcto para conocer su origen y por ende su manejo, esto para favorecer su pronóstico vital. ⁽¹⁾

La literatura reporta que entre un 15 y hasta un 48% , el dolor es de origen cardiaco, es por ello la atención urgente, sin embargo en más de un 40%, es de origen no cardiaco, que a pesar de no presentar la urgencia real, si es necesario conocer su causa para poder canalizar al paciente al servicio respectivo, entre estos padecimientos podemos englobar a: la depresión, ansiedad, osteocondritis, esofagitis, gastritis, colelitiasis, neumonía, EPOC, entre otros, sin embargo, se debe egresar del servicio ya que el diagnóstico se haya corroborado, ya que entre un 10 al 15% de ellos, si son de origen cardiaco y mueren en un periodo no mayor de 48 horas. ⁽²⁾.

Los dos objetivos primordiales de las unidades de dolor torácico son la detección temprana y efectiva del síndrome coronario agudo y la identificación rápida y eficiente de los pacientes de bajo riesgo que pueden ser tratados de forma ambulatoria. La necesidad de su creación se apoya en diversas razones de carácter clínico, práctico y económico. Los pacientes que acuden al servicio de urgencias con dolor torácico suponen una proporción significativa del volumen de urgencias y su atención aún dista de ser óptima: el 8% son dados de alta sin que se diagnostique el síndrome coronario agudo que en realidad padecen y en un 60% de los ingresos hospitalarios por dolor torácico finalmente se demuestra que no tenían un síndrome coronario agudo. ^(3,4)

Ante este tipo de pacientes, es importante, que cuando acuda a solicitar el servicio, es necesario que desde quien lo reciba conozca la urgencia de su atención, ya que en muchas ocasiones, este tipo de personal de salud no es de formación médica y por lo tanto desconoce el alcance que puede tener la enfermedad, por ello la capacitación en TRIAGE para priorizar la atención. ^(5,6)

En el servicio, el equipo multidisciplinario, en los 10 primeros minutos de la llegada del paciente al servicio con dolor torácico agudo no traumático debería hacerse una clasificación rápida en grupos de riesgo basada en la historia clínica y el electrocardiograma (ECG). Según el grupo de riesgo se decidirá la unidad de ingreso y el tratamiento adecuado, El consenso acerca de la obligatoriedad de practicar un ECG a todo paciente con dolor torácico no traumático es total, ya que tiene un valor no sólo diagnóstico, sino también pronóstico. ^(7,8)

Alrededor de 6 millones de pacientes al año, llegan a los servicios de emergencia de los Estados Unidos de Norteamérica, y se admiten más de la mitad para su evaluación cardíaca. Se comprueba su origen cardíaco en el 10 a 15%, de los cuales alrededor del 15% presentan infarto del miocardio. Entre el 5 y el 10% se da de alta y desarrollan infarto del miocardio en las siguientes 48 h. En el 2 al 8% el diagnóstico de infarto pasa inadvertido o bien no se hospitalizan por error.. La tasa de mortalidad se duplica comparando los pacientes no internados con los internados. ^(1,9-10)

En el diagnóstico diferencial del síndrome de dolor precordial el juicio clínico, historia minuciosa y cuidadosa exploración física juegan un papel esencial, sin embargo, el dolor puede presentar características atípicas, estar ausente o bien con manifestaciones equivalentes, que no excluyen el diagnóstico de infarto o isquemia. ⁽¹¹⁾

El dolor torácico y la posible asociación de este síntoma con enfermedades potencialmente mortales y el dato de que en cerca del 50% de los casos la clínica es compatible con un síndrome coronario agudo (SICA) provoca un importante

número de ingresos innecesarios que se podrían evitar con un diagnóstico inicial más preciso, ya que estas hospitalizaciones generan un elevado costo. ⁽¹²⁾

Estudios, señalan que, 1 de cada 5 pacientes que ingresan por SICA podría no tenerlo y su mortalidad relativamente elevada a los 6 meses sugiere que en algunos pacientes el diagnóstico de dolor torácico de origen no coronario fue incorrecto. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Díaz Barreiro LA, en su estudio publicado encontró que el dolor torácico, su origen en cerca de la mitad de los casos (48.3%), el diagnóstico de egreso fue un padecimiento cardiológico, de los cuales el infarto agudo al miocardio 27.6% y la angina inestable en un 13.8%, fueron los diagnósticos más frecuentes, pero en más de la mitad de las inconformidades (55.2%) ocurrieron por la percepción de tratamiento inadecuado, seguidos de 37.9% por la percepción de atención médica inadecuada. La omisión en el diagnóstico representó 34.5% de los submotivos o causas específicas que motivaron las quejas, el grupo de edad más frecuente en un 27.6% fue entre 31 y 40 años con una edad promedio de 49.1 años. ⁽¹⁷⁾

Donat, en su estudio de investigación, estima que acuden por dolor torácico agudo a servicios de urgencia, un promedio de 6 millones de personas al año, de los cuales el 60% aproximadamente tiene un electrocardiograma sin alteraciones electrocardiográficas, pero 10-15% requirieron de observación en el servicio de urgencias, para corroborar el origen cardíaco isquémico, requiriendo hospitalización. Entre 5% a 10% se egresan, pero reingresan en las siguientes horas con un infarto del miocardio. ⁽¹⁸⁾

Martínez de Tejada, encontró por orden de frecuencia en atención primaria, las etiologías más importantes por dolor torácico y son las siguientes: musculoesqueléticas (47%), cardiovasculares (15%) y psicógenas (11%). ⁽¹⁹⁾

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Entre el 15 y hasta un 48% de los pacientes que acuden a urgencias médicas por dolor torácico no traumático son compatibles con una patología de origen cardiaco, pero cerca de un 40% son de origen no cardiaco, sin embargo, a pesar de los avances de la medicina, alrededor de un 20% de los pacientes no se les hace un protocolo completo, se les da de alta, y regresan en menos de 48 horas con un cuadro instalado y en la mayoría de las veces, ya sin oportunidad de dar una atención, ya que cerca del 15% mueren en ese periodo.

De ahí la importancia de que todo el personal involucrado en el servicio de urgencias, aplique de manera adecuada el TRIAGE, y que prioritariamente en un periodo de no más de 10 minutos se complete el protocolo de atención a un paciente con dolor torácico, integrando una adecuada historia clínica y un electrocardiograma, se llegue a un adecuado diagnóstico y se tome la mejor decisión, pero no egresar al paciente hasta que no se tenga la certeza de que su diagnóstico y que la terapéutica empleada fue la correcta, y que su pronóstico será favorable, en caso contrario tratarlo y canalizarlo al servicio correspondiente.

Sin embargo, para buscar estrategias adecuadas y evitar un incremento de la mortalidad por no tener un apego protocolario en este grupo de pacientes, es necesario conocer la estadística de esta unidad, los antecedentes y su manejo empleado, esto para favorecer hacer a la realización de una planeación didáctica que abarque la capacitación del personal involucrado, buscando cumplir con el objetivo del servicio, que es dar una atención integral al paciente, un diagnóstico y tratamiento oportuno para mejorar su calidad y pronóstico de vida, por lo anterior llegamos a la siguiente pregunta de Investigación:

¿Cuál es la incidencia y características clínicas de pacientes que acuden con dolor torácico al HGZ 14?

IV. JUSTIFICACIÓN

No existe en la unidad de salud un estudio epidemiológico que sustente la información con evidencia en cuanto a diagnóstico manejo y evolución de los pacientes que han ingresado el servicio de urgencias médicas por dolor torácico no traumático, encontrando estadísticas en el 2014 de 64 pacientes que presentaron este síntoma. El juicio clínico continúa siendo la piedra angular en el diagnóstico de dolor torácico de origen no traumático a pesar de que cuentan con la tecnología apropiada y que no se están apegando a los protocolos de manejo de dicha patología.

Por lo tanto consideramos este estudio factible porque se trata de encaminar a la vigilancia de estos tipos de paciente en cuanto a la aplicación de la normatividad de los servicios de urgencias, mejorando la atención y la calidad a dichos pacientes. Evitando la morbi-mortalidad de dichos pacientes al dar un tratamiento adecuado.

Será dirigido a paciente que hayan presentado este tipo de dolor durante 2014, esto para que en un futuro, se tome este estudio como base para la elaboración de estrategias, en búsqueda de apego a lineamientos protocolarios en el abordaje de estos pacientes.

El beneficio, será para la institución, ya que inicialmente tendrá datos estadísticos confiables de que porcentaje de los pacientes que llegan con dolor torácico, son diagnosticados con abordaje adecuado y si su origen es cardíaco o no, ello servirá para la realización de otros estudios y para replantear estrategias de supervisión por ejemplo del cumplimiento del abordaje de estos pacientes.

La trascendencia, es que al conocer los resultados de esta investigación, estos podrán ser trasladados a otros lados de la región, buscando implementar estrategias que mejoren la práctica.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Interpretar cuál es la incidencia de dolor torácico de origen no traumático en pacientes que acuden a servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel en Hermosillo, Sonora

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la edad de los pacientes con dolor torácico no traumático.
- Identificar el sexo de los de los pacientes con dolor torácico no traumático.
- Distinguir el grado escolar de los pacientes con dolor torácico no traumático.
- Describir el tipo de actividad laboral de los pacientes con dolor torácico no traumático
- Identificar el estado civil de los pacientes con dolor torácico no traumático.
- Categorizar las comorbilidades tienen los pacientes con dolor torácico no traumático, como obesidad, sedentarismo, HAS, DM2, cardiopatías, secuelas EVC, psiquiátricos, digestivos o endocrinos.
- Estimar el tiempo de inicio del dolor torácico no traumático del paciente en urgencias.
- Describir si el dolor torácico no traumático es de primera vez o repetición
- Describir el diagnóstico definitivo del paciente con dolor torácico no traumático que acudió al servicio de urgencias reportado en el expediente.
- Identificar si se realizó historia clínica, exploración física completa y electrocardiograma al paciente con dolor torácico no traumático en urgencias médicas.

VI. HIPOTESIS:

HIPÓTESIS DE TRABAJO: H1 más del 75% de los pacientes con dolor torácico no traumático son de origen cardiovascular.

HIPÓTESIS NULA: H0 menos del 75% de los pacientes con dolor torácico no traumático son de origen cardiovascular.

VII. MATERIAL Y METODOS

Variable	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	Escala de medición	indicadores
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	De 18 a 65 años, señalados en el expediente y en la entrevista individual.	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Sexo	División del género humano en dos grupos: mujer u hombre.	Masculino y femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- masculino 2.- femenino
Escolaridad	Grado de estudios que diferencian a una persona, la cual puede llegar desde la primaria a una carrera profesional.	Lo detallado en el expediente clínico.	Cualitativa Ordinal	1.- Analfabeta 2.- Educación básica 3.- Preparatoria o/y nivel técnico 4.- Superior o más
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	El estado civil se tomara de las encuestas realizadas y se registrará como: solteros, unión libre, casados, divorciados, viudos	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Soltero 2.- Casado
Actividad laboral	Tipo de actividad que se dedica una persona para obtener una remuneración para su subsistencia.	Lo expresado en el expediente.	Cualitativa Nominal Politómica	1)Operativo 2)Administrativo 3)Gerencial 4)Ninguna
Comorbilidades	Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías médicas no relacionadas	Las que se señalan en el expediente clínico	Cualitativa nominal Politómica	1)No tiene 2)cardiovascular 3)neumopatía 4)patología gástrica 5)diabetes mellitus-
Diagnóstico definitivo	Acto que posterior a una adecuada historia clínica, exploración física apoyado con estudios complementarios, se llegó a un diagnóstico definitivo de un paciente.	Los señalados en el expediente clínico de los pacientes.	Cualitativa nominal.	1)SICA y/o angina 2) Tromboembolismo pulmonar 3) Neumonía 4) Gastritis o trastorno digestivo 5) Trastorno Psiquiatrico.

CARACTERISTICAS DEL LUGAR

Se realizó en el HGZ 14, ubicado en la capital del estado de Sonora, en donde se atiende población de segundo nivel de atención, en dicha unidad se tiene como referencias comunidades y ciudades de la periferia completando una atención de derechohabientes de más de 100 mil pacientes, esta unidad de salud, tiene además la modalidad de tener personal en formación, como médicos, enfermeras, radiología, nutrición entre otros. En el aspecto Médico están las residencias de Urgencias Médicas y Medicina Familiar en ambas modalidades (curso y residencia). La población derechohabiente puede trasladarse a la unidad por diversos medios de transporte como camión, vehículos propios o caminando.

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

- ° Clínico, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Universo o población en estudio:

Expedientes de 64 pacientes que acudieron a urgencias médicas con dolor torácico no traumático durante 2014.

Muestra:

Se estudiarán únicamente expedientes de pacientes con dicho dolor.

Tipo de muestreo: No probabilístico por números consecutivos.

Tamaño de la muestra:

Fórmula para calcular el tamaño de la muestra, será de acuerdo a la fórmula de proporciones, tomando en cuenta la incidencia de dolor torácico no traumático en la unidad de salud, que son 64 pacientes que en 2014 presentaron este tipo de dolor.

$$n = \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Población Total: 64 pacientes que tuvieron dolor torácico no traumático en 2014.

P = Prevalencia: 33% (media entre 15 y 48%)

Z² = Índice de confianza de un 95% (1.96)

d = Margen de error: 5% (0.05)

$$n = [64 \times 1.96^2 \times 0.33 \times 0.67] \div [0.05^2 \times (64 - 1) + (1.96^2 \times 0.33 \times 0.67)]$$

$$n = [64 \times 3.84 \times 0.33 \times 0.67] \div [0.0025 \times (63) + (3.84 \times 0.33 \times 0.67)]$$

$$n = [54.33] \div [0.1575 + 0.84] = 54.33 \div 0.99 = 54.9$$

Por lo que se requerirán 55 expedientes para realizar inferencias estadísticas a la población con un nivel de confianza de 95% y un poder estadístico de 95%; debido al tamaño de la muestra se decide revisar la población total estimando las posibles pérdidas con un margen del 15%.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSION

Expedientes de paciente que:

- Adscritos al HGZ14 de Hermosillo, Sonora.
- Ambos géneros.
- De que edades
- Que hayan acudido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014 con registro en el expediente de dolor torácico no traumático.

EXCLUSION

Expedientes de pacientes que:

- No tengan los estudios necesarios para diferenciar el diagnóstico del dolor torácico no traumático.

ELIMINACION

Expedientes de pacientes que:

- No tengan expediente completo

VIII. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio de investigación nos permitió saber *“cuál es la incidencia de dolor torácico de origen no traumático en pacientes que acuden a servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel en Hermosillo, Sonora”* mismo que se llevó a cabo en el servicio de Urgencias Médicas del Hospital General de Zona número 14 con Unidad de Quemados del Instituto Mexicano del Seguro Social de la capital del estado, a un total de 64 expedientes de pacientes que acudieron del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014 con dolor torácico no traumático y que fueron seleccionados de acuerdo al tipo de muestreo no probabilístico por números consecutivos.

Con previa autorización del CLIES y posteriormente del director de la unidad, se acudió al servicio con la asistente médico para verificar las listas de los pacientes que durante 2014 acudieron con diagnóstico de dolor torácico no traumático, una vez obtenido el listado de los pacientes, se seleccionaron de manera no probabilística y de forma consecutiva los datos de 64 pacientes que hayan acudido con dicha sintomatología.

Los datos de los pacientes se anotaron en un listado, en donde se colocaron los datos de identificación como número de seguridad social y nombre, una vez descritos, se revisaron el resto de las variables en el expediente clínico.

Dichas variables son: edad, sexo, ocupación, escolaridad, comorbilidad, diagnóstico, una vez concentrados, se excluyeron y eliminaron los que no cumplieron con los requisitos para el estudio para iniciar a concentrar los datos de manera individual y posteriormente global.

Ya obtenido todos los datos de las variables en los 64 expedientes de los pacientes con dolor torácico no traumático, se anotaron en el paquete estadístico SPSS versión 18, la concentración de estos en dicho paquete es para analizar las variables, por medio de la cual se observará la distribución de sexo, media de edad, tipo de ocupación y sus comorbilidades, así como el diagnóstico definitivo,

esto es para describir si existe algún tipo de relación entre las variables con el diagnóstico que este influyendo en el origen de la sintomatología en estudios y para que en un futuro se realicen estudios con diseño distinto.

ANÁLISIS DE LOS DATOS O ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para este protocolo de investigación utilizaremos el tipo de estadística descriptiva y medidas de tendencia central y de dispersión, porcentajes y frecuencias. Se utilizará intervalos de confianza al 95%, en la media es la medida más exacta de que la información es de categoría o de confianza.

Para este análisis percentil utilizaremos el paquete estadístico SPSS versión 18 y Excel 2010 se analizarán los resultados obtenidos.

ASPECTOS ÉTICOS

En el presente proyecto el procedimiento se considera una investigación sin riesgo, es decir es un estudio de nulo riesgo, ya que no se entrevistara de manera personal a cada paciente porque solo se revisará en cada expediente las variables de edad, sexo, ocupación, escolaridad, diagnóstico definitivo y comorbilidades de los 64 expedientes de los pacientes seleccionados, además está de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración del Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Así mismo, el investigador principal se apegará a las normas y reglamentos institucionales y a los de la Ley General de Salud.⁽²²⁾

Se ha tomado el cuidado, seguridad y bienestar de los pacientes, que se respetarán cabalmente los principios contenidos en cada expediente no revisando otros elementos, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, Código de Nuremberg, el informe de Belmont, y en el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

IX. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y MATERIALES, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Recursos humanos:

Un investigador principal es quien se encargara de elaborar y desarrollar el proyecto recabar los datos enunciados capturarlos y redactar la interpretación discusión y conclusiones del estudio.

Investigador metodológico es quien asesora y verificara que la elaboración del protocolo se realice dentro de lo estipulado en materia de investigación en salud y de acuerdo al método científico así mismo el análisis estadístico y la interpretación de su resultado.

- Investigador: Dr. Gustavo González López

- Asesores: Dr. Reynaldo Reyes Garcia, Dr. José Javier Escobedo Colín

Recursos físicos y materiales.

Se cuenta con el área de servicio de urgencias del cual tiene sus módulos de consulta, área de hospitalización de pacientes, 2 áreas de estabilización así mismo cuenta con los insumos y equipos necesarios para su desarrollo.

Financiamiento.

El proyecto será financiado con los recursos propios del investigador, no se cuenta con financiamiento externo ni de ninguna otra institución, y para ello el gasto aproximado será, como a continuación se presenta:

Factibilidad.

Si es factible realizarlo, por revisar expedientes clínicos y estará apegado a los artículos de la Ley General de Salud en lo que respecta a investigación en salud.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

DESGLOSE PRESUPUESTAL PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Título del protocolo de investigación		
“Dolor torácico de origen no traumático en pacientes que acuden a servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel en Hermosillo, Sonora”		
Nombre del Investigador responsable		
González	López	Gustavo
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Presupuesto por tipo de gasto		
Gasto de inversión		
1.	Equipo de cómputo: - Computadora portátil Sony - Impresora HP Deskjet 3050 - Memoria USB Sony de 8 GB - Tinta para impresora	5000.00 1,000.00 100.00 500.00
Subtotal Gasto de Inversión		6600.00
Gasto corriente		
1.	Artículos, materiales y útiles diversos: - Hojas blancas - Copias fotostáticas - Plumas - Lápices	200.00 50.00 50.00 20.00
2.	Gastos de trabajo de campo: - Recolección, procesamiento, análisis de muestras	0.00
Subtotal Gasto Corriente		0.00
TOTAL		6920.00

*Para ser llenados únicamente en caso de protocolos de investigación en salud con vinculación con la industria farmacéutica o proyectos de desarrollo institucional

NOTA: Para un correcto requisitado de los conceptos y sus montos deberá consultar el anexo 4 de este procedimiento “Catalogo para la clasificación del gasto de los recursos financieros que administra el Fondo”

Clave: 2810-009-020

X. RESULTADOS

Se revisaron un total de 64 expedientes clínicos de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, donde se encontró que 33 (51.6%) de ellos eran del sexo masculino y 31 era del sexo femenino (48.4%) como lo muestra la **Gráfica 1**, así mismo se observó que de los 64 pacientes 1(1.6%) fue del grupo de edad de 25 a 44 años, 40 (62.5%) fueron en el grupo de edad 45-64 años y 23 (35.9%) fueron más de 65 años. **(Gráfica 2)** Respecto al estado civil se encontró que 19(29.7%) eran solteros y 45 (70.3%) eran casados. **(Gráfica 3)**

Por otra parte se observó que en el grado escolar de 4 pacientes (6.3%) eran analfabetas, 36 (56.3%) tienen educación básica, 20 (31.3%) cuentan con educación preparatoria o técnica y solo 4 (6.3%) contaban con grado profesional. **(Gráfica 4)** Además se encontró que en la ocupación de los pacientes 35 (54.7%) tienen un nivel operativo, 12 (18.8%) cuentan con nivel administrativo, 1 (1.6%) nivel gerencial y solo 16 (25.0%) no contaban con ninguna ocupación. **(Gráfica 5)**

En la revisión de los expedientes se encontró que las comorbilidades que tienen los pacientes estudiados fueron de origen cardiovascular en 31pacientes (48.4%), neumopatía solo 3 pacientes (4.7%), patología gástrica o de tracto digestivo 1 (1.6%), diabetes mellitus 27 (42.2%) y solo 2 (3.1%) no tienen comorbilidades. **(Gráfica 6)** En el tiempo de inicio del dolor se detectó que en 8 (12.5) casos fue menos de una hora, 46 (71.9) de 1 a 3 hrs y en 10 (15.6%) fue de más de 3 hrs. **(Gráfica 7)** En la frecuencia del dolor se observó que en 58 (90.6%) de los casos el dolor fue de inicio y en 6 (9.4%) fue repetitivo. **(Gráfica 8)**

En los diagnóstico definitivo se observó que 35 (54.7%) fue SICA y/o angina, 9(14.1%) fue neumonía, 14 (21.9%) fueron gastritis o trastorno digestivo y en 6(9.4%) se trató de trastorno psiquiátrico. **(Gráfica 9)** Por lo anterior se observó que el tipo de dolor en 35 pacientes (54.7%) fue de origen cardiaco y 29 (45.3%) de origen no cardiaco. **(Gráfica 10)**

La atención de los pacientes fue en 63 (98.4%) integral y solo 1 (1.6%) no fue integral; 8 (12.5%) pacientes reingresaron con dolor (grafica 12) y 56(87.5%) no reingresaron. **(Gráfica 11)** La situación del paciente 62 (96.9%) viven y 2 (3.1%) fallecieron. **(Gráfica 13)**

XI. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se observó que de los 64 pacientes el grupo de edad que presento mayor predominio fue el grupo de 45-64 años con un 62.5% (40 pacientes) así mismo el estado civil que tuvo más incidencia fue casado con el 70.3%. La frecuencia de hombres y mujeres fue muy similar, cercana al 50% en ambos casos, por lo que no fue necesario realizar ningún análisis estratificado ya que las observaciones se aplican en ambos sexos por igual.

Dentro de las comorbilidades las de origen vascular fueron las que más tuvieron incidencia con un 48.4% y las de diabetes mellitus con un 42.2%, pero la suma de ambas comorbilidades crónico degenerativas da en total un 90.6%. Dentro de la ocupación laboral de los pacientes se observó que el nivel operativo fue el de mayor incidencia con un 54.7% y el grado escolar de mayor frecuencia fue el de educación básica con un 53.3%.

El tiempo de evolución del dolor fue de 1 a 3 hrs el en un 71.9% y la incidencia del dolor fue de tipo inicial en un 90.6%. Por otra parte se observa que la frecuencia del diagnóstico definitivo el de síndrome coronario agudo fue el de mayor incidencia con un 54.7% y el dolor de tipo cardiaco fue del 54.7% discretamente mayor a lo reportado en la literatura con un rango que va entre un 15 y hasta un 48% de incidencia de dolor de origen cardiaco. ^(3,4) De esta forma, en nuestro estudio en poco más de un 40% el dolor torácico fue origen no cardiaco.

Debido a este predominio de pacientes cuyo origen del dolor torácico es cardiaco nuestra investigación justifica la implementación de acciones estratégicas para un abordaje oportuno y eficaz de los pacientes que acuden a la unidad con dolor torácico para disminuir los tiempos de atención y evitar subestimar la presentación de estas causas.

XII. CONCLUSIONES

La incidencia del dolor torácico de origen no traumático en el H.G.Z. 14 con U.Q, fue del 54.7% y se encuentra discretamente por arriba de lo reportado por Díaz-Barreiro et al que fue del 48.3%., aunque nuestro resultado pudo haberse afectado por sesgo estadístico ya que fue el año que entro en funciones el H.G.Z. 14 con U.Q.

Nuestro trabajo será la base para la elaboración de estrategias en beneficio para la institución, ya que el reporte del porcentaje de los pacientes que llegan con dolor torácico, que son diagnosticados con manejo adecuado y si su origen es cardiaco o no, justifica la realización de otros estudios y permitirá replantear estrategias de supervisión en relación al apego a los lineamientos y protocolos del abordaje de estos pacientes; así como lo proponen Bialostozky et al y Torre J et al respectivamente.

Se puede realizar un estudio prospectivo con estas mismas variables y probablemente se podrán observar resultados diferentes a los encontrados en el este estudio, ya que han mejorado los protocolo de manejo y las condiciones de la unidad médica en la cual se realizó el presente estudio. Por otra parte el estudio cuenta con sesgo estadístico ya que el año 2014 fue el año en que se iniciaron las labores en el HGZ 14 con UQ y no se contaba con toda la plantilla laboral completa lo que pudo ser factor en los resultados obtenidos.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Bayón-Fernández et al. Unidades de dolor torácico. Organización y protocolo para el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos. Revista Española de Cardiología, Volume 55, Issue 2, Pags 143-154.
- 2.- Bialostozky d: Evaluación del Dolor Precordial en el Servicio de Urgencias. Papel de la Cardiología Nuclear. En: Diagnóstico de la Cardiopatía Isquémica. Un enfoque multidisciplinario. Editor Dr. Jesús Vargas Barrón. Editorial Médica Panamericana. México DF 1999: 213-24; 239-44.
- 3.-Bialostozky. El síndrome de dolor torácico en presencia de ECG convencional normal o no diagnóstico en el Servicio de Emergencia. Evaluación a través de la perfusión miocárdica (SPECT) y de la función ventricular (Gated-SPECT) Volumen 74 (1); enero-marzo 2004.
- 4.-Torre-J: La cardiología en el manuscrito de Martín de la Cruz y Juan Badiano. Arch Inst Cardiol Mex 1979; 49: 103-13.
- 5.-Bassan R, Brian Gibler W. Unidades de dolor torácico: estado actual del manejo de pacientes con dolor torácico en los servicios de urgencias. Rev Esp Cardiol. 2001;54:1103-9.
- 6.-Sanhueza HG Causas no Cardiovasculares de Dolor Torácico: Características Clínicas y Diagnóstico Diferencial, Cardiología Clínica 2010; 26(2):69-74
- 7.-Branwald's Heart Disease. A textbook of Cardiovascular Medicine. Elsevier Saunders, 8th Edition 2009.
- 8.-Bialostozky. El síndrome de dolor torácico en presencia de ECG convencional normal o no diagnóstico en el Servicio de Emergencia. Evaluación a través de la perfusión miocárdica (SPECT) y de la función ventricular (Gated-SPECT) Volumen 74 (1); enero-marzo 2004.

- 9.-Harrison. Principios de Medicina Interna. McGraw-Hill, 14ª Edición 2009.
- 10.- Chest Pain. Dolor torácico. Rev. Med. Clin. Condes - 2011; 22(5) 655-664
11. Kontos MC, Diercks DB, Kirk JD. Emergency department and office-based evaluation of patients with chest pain. Mayo Clin Proc. 2010; 85: 284-299.
12. McCord J, Jneid H, Hollander JE, de Lemos JA, Cercek V, Hsue P, et al. Management of cocaine – associated chest pain and myocardial infarction: A scientific statement from the American Heart Association Acute Cardiac Care Committee of the Council on Clinical Cardiology. Circulation. 2008; 117:1897-907.
- 13.- Braunwald's Heart Disease. A textbook of Cardiovascular. Medicine. Elsevier Saunders, 8th Edition 2009.
- 14.- Díaz BLA y cols. Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en pacientes con dolor torácico. Rev Mex Cardiol 2006; 17 (3): 142-154
- 15.- Rutledge JC, Amsterdam EA. Differential diagnosis and clinical approach to the patient with acute chest pain. Cardiol Clin 1984; 2: 257.
16. Armstrong WF, Bach DS, Carey LM et al. Clinical and echocardiographic findings in patients with suspected acute aortic dissection. Am Heart J 1998; 136: 1051
- 17.- Díaz-Barreiro LA. Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en pacientes con dolor torácico. Rev Mex Cardiol 2006; 17 (3): 142-154
MG
- 18.- Donat WE. Chest Pain: Cardiac and noncardiac causes. Clin Chest Med 1987; 8: 241.
- 19.- Martínez de Tejada Á . A partir de un síntoma. Dolor torácico atípico. AMF 2010;6(1):32-35.

19.- Grupo Cooperativo RENASICA (+). El Registro Nacional de los Síndromes Isquémicos Coronarios Agudos (RENASICA). Sociedad Mexicana de Cardiología. Arch Cardiol Mex 2002; 72(supl 2): S45-S64.

20.- Yoo HH, De Paiva SA, Silveira LV, Queluz TT. Logistic regression analysis of potential prognostic factors for pulmonary thromboembolism. Chest 2003; 123(3): 813-821

21.- García-Castillo A, Jerjes-Sánchez C, Martínez-Bermúdez P, Azpiri-López JR, Autrey-Caballero A, Martínez SC, Ramos CA, Llamas G, Martínez SJ, Treviño AJ. RENASICA II. Registro Mexicano de Síndromes Coronarios Agudos. Arch Cardiol Mex 2005;75 (supl 1): S6-S19.

22.- Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud, [consultado enero de 2014], <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>.

ANEXO I CARTA DE CONSENTIMIENTO REVISION DE EXPEDIENTES



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 14
COORDINACIÓN CLÍNICA EN EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CICLO 2016 – 2017**

Dr. JAIME IBARRA GONZALEZ

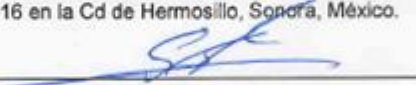
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 14

HERMOSILLO, SONORA.


PRESENTE


Por medio de este conducto solicito su autorización para revisar los expedientes de 64 pacientes seleccionados para realizar el protocolo de investigación: **"Incidencia de dolor toracico de origen no traumático en pacientes que acuden a servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel en Hermosillo, sonora"** esto con el objetivo de realizar el protocolo de investigación, requisito indispensable para obtener el título de especialista en medicina de urgencias

Si más por el momento me despido cordialmente de usted y esperando una respuesta favorable a mi petición a los 08 de Octubre de 2016 en la Cd de Hermosillo, Sonora, México.


Dr. Gustavo González López

Médico residente de curso de especialización en urgencias.
Matrícula 11537248
Investigador Principal.


Dr Reynaldo Reyes Garcia
Médico No Familiar
Matrícula 99273415
Investigador Colaborador


Dr José Javier Escobedo Colín
Médico No Familiar
Matrícula 99278251
Investigador Colaborador

VoBo DIRECTOR DE LA UNIDAD



**Instituto Mexicano del Seguro Social
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 14**

Dr. Jaime Ibarra González
Director

CEO PROF. Ibarra

IMSS

México 10366974

ANEXO II CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SONORA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 14 CON UNIDAD DE QUEMADOS



"Incidencia de dolor torácico de origen no traumático en pacientes que acuden a servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel en Hermosillo, Sonora"

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al tratarse de un estudio retrospectivo cuya fuente son los expedientes clínicos y al no involucrar riesgo alguno, no es necesaria la obtención de un consentimiento informado. En ninguno de los procedimientos que se realizarán en el estudio (obtención de datos mediante hojas de consulta externa, revisión de expedientes físicos y electrónicos) existe riesgo alguno de daño a la salud del investigador o de los pacientes incluidos en la investigación.

Dr. Gustavo González López

Médico residente de curso de especialización en urgencias. Matrícula 11537248
email: tyg_2503@hotmail.com
Investigador principal

Dr Reynaldo Reyes Garcia
Médico No Familiar
Matrícula 99273415
Investigador Colaborador

Dr José Javier Escobedo Colín
Médico No Familiar
Matrícula 99278251
Investigador Colaborador

VoBo DIRECTOR DE LA UNIDAD
Instituto Mexicano del Seguro Social
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 14
Dr. Jaime Ibarra González
Director
CDD PROF. ESQUIVALE 19 DE AGO. 2007-08
MUBICAR: 10365074

ANEXO III. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SONORA
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
 COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 14 CON UNIDAD DE QUEMADOS



**“Dolor torácico de origen no traumático en pacientes que acuden a servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel en Hermosillo, Sonora”
 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Semestre	Actividad	Producto
1 03 Marzo a 31 Diciembre 2016	– Inicio del curso. – Selección del tema y tutor. – Planteamiento del problema. – Recabar bibliografía. – Planteamiento del problema. – Recabar bibliografía. – Título del protocolo. – Marco teórico – Justificación – Objetivos – Recabar bibliografía – Título del protocolo – Marco teórico – Justificación – Objetivos – Diseño – Material y métodos	– Se conoce el plan de estudios 2016 del curso de Medicina de Urgencias. – Se selecciona tema investigación y se asigna un tutor que fungirá como el investigador principal. – Planteamiento del problema. – Recolección de datos e información bibliográfica referente al tema seleccionado. – Planteamiento del problema. – Recolección de datos e información bibliográfica referente al tema seleccionado. – Título protocolo. – Elaboración marco teórico. – Justificación del trabajo investigación. – Formulación de objetivos general y específico. – Recolección de datos e información bibliográfica referente al tema seleccionado. – Título protocolo. – Elaboración marco teórico. – Justificación del trabajo investigación. – Elaboración de objetivos general y específico. – Diseño del trabajo. – El estudio se llevara a cabo en el HGZ No.14 CUQ de Hermosillo, Sonora a los usuarios que hayan ingresado al servicio de Urgencias y Neurocirugía con Diagnóstico de Dolor torácico de origen no traumático en el año 2014..
2 01 al 31 Enero 2017	– Presentación y registro a SIRELCIS	– Registro y Envío de protocolo a SIRELCIS – Autorización de protocolo por parte de SIRELCIS
3 01 al 14 Febrero	– Trabajo de proyecto y trabajo de campo – Trabajo de campo	– Inicio de la aplicación del instrumento de medición

<p>4 15 al 28 febrero 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo de campo - Recopilación y vaciamiento de datos en paquete estadístico - Análisis estadístico - Resultados - Discusión y conclusiones - Discusión y conclusiones - Presentación de la investigación en cartel - Entrega de documentos - Fin del curso 	<ul style="list-style-type: none"> - Continúa la aplicación instrumento de medición. - Vaciamiento de datos en hoja de recolección de datos y en programa estadístico - Análisis estadístico - Resultados - Discusión y conclusiones - Discusión y conclusión de resultados - Presentación de resultados del estudio a directivos del HGZ No.14 CUQ - Obtención de certificado y reconocimiento como Médico Especialista en Medicina de Urgencias. - Escrito final. - Envío para publicación.
--	---	---

ANEXO IV.- FORMATO DE CONCENTRADO INDIVIDUAL



“Dolor toracico de origen no traumatico en pacientes que acuden a servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel en Hermosillo, Sonora”

Formato de concentrado individual

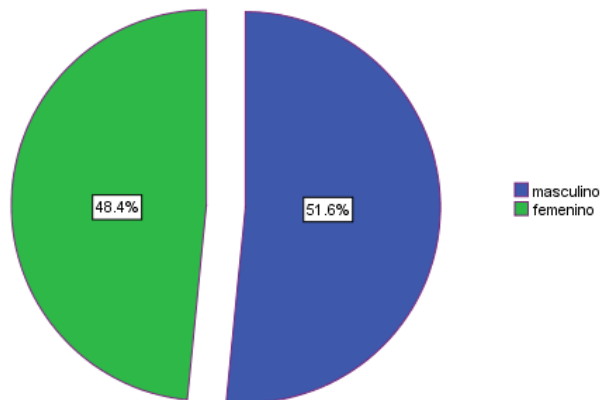
FOLIO NÚMERO: _____

INICIALES DE SU NOMBRE: _____ **Número de Seguridad Social:** _____

EDAD- _____	SEXO: () 1.- Masculino 2.- Femenino	OCUPACIÓN: 1)Operativo 2)Administrati vo 3)Gerencial 4)Ninguna	ESTADO CIVIL: 1.-soltero(a) 2.-casado (a)	GRADO ESCOLAR: 1.- Analfabeta 2.- Educación básica 3.- Preparatoria y/o técnica 4.- Profesional o mas
COMORBILIDADES 1)No tiene 2) Cardiovascular 3) Neumopatía 4) Patología gástrica 5) Diabetes mellitus			DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: 1)SICA y/o Angina 2) Tromboembolismo pulmonar 3) Neumonía 4) Gastritis o trastorno digestivo 5) Trastorno Psiquiátrico.	
TIEMPO DE INICIO DE DOLOR 1.- Menos de 1 hra 2.-de 1 a 3 horas 3.- más de 3 horas			FRECUENCIA DEL DOLOR: 1.- Es de inicio 2.- Es repetitivo	
DURANTE LA ATENCIÓN: 1.- Fue integral (historia clínica, exploración física y electrocardiograma 2.- No fue integral, falto algún elemento.			TIPO DE DOLOR 1.- Origen cardiaco 2.- Origen no cardiaco.	
REINGRESO CON EL DOLOR 1.- Si 2.- No			CONSECUENCIA: 1.- Paciente vive 2.- Paciente muere	

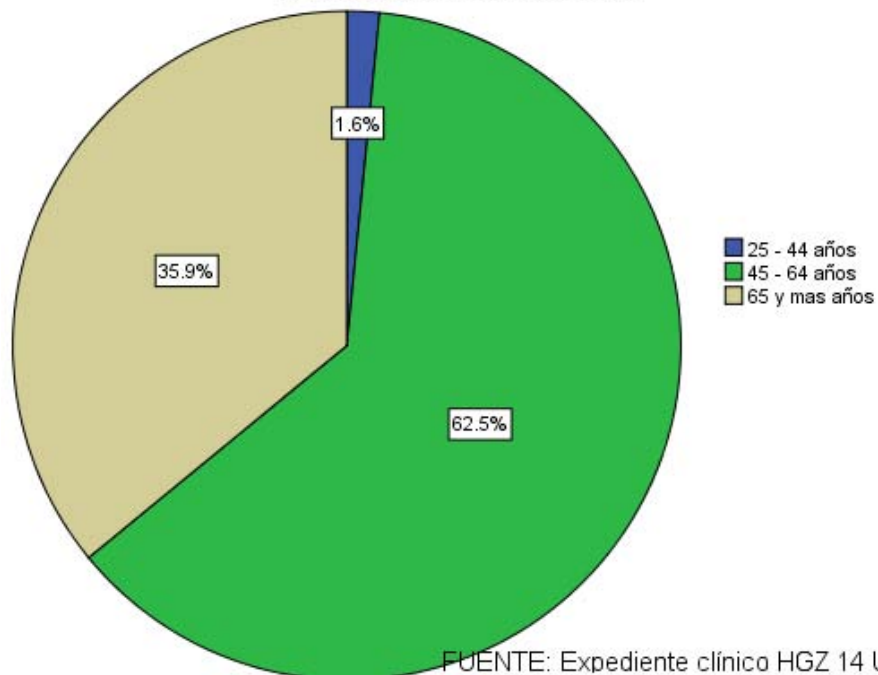
ANEXO V.- GRÁFICAS

GRAFICA 1 SEXO



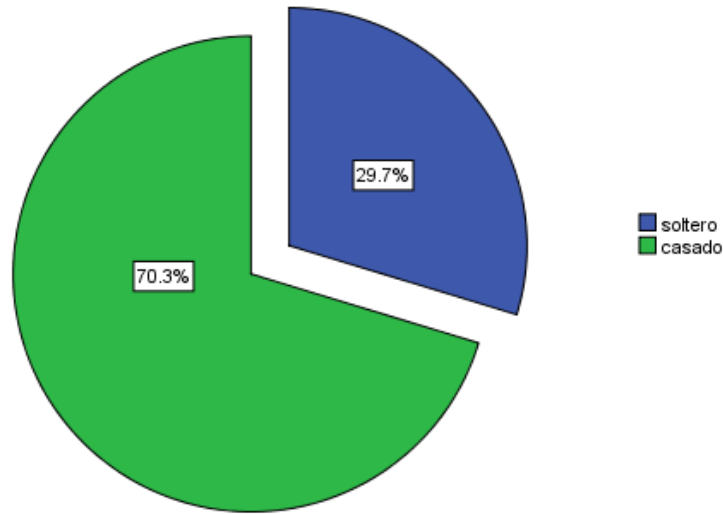
Fuente: expediente clínico HGZ No 14 UQ

GRAFICA 2 GRUPOS DE EDAD



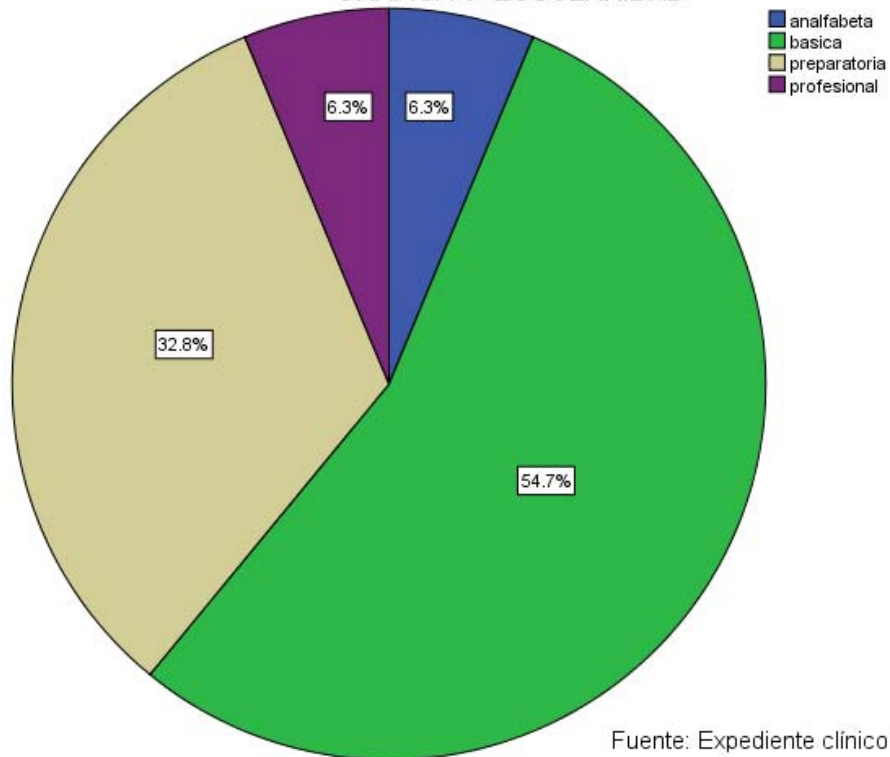
FUENTE: Expediente clínico HGZ 14 UQ

GRAFICA 3 ESTADO CIVIL



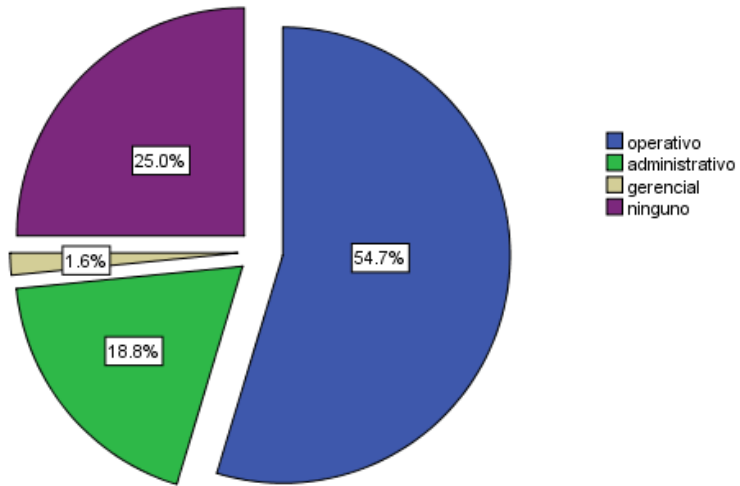
Fuente: Expediente clínico HGZ No 14 UQ

GRAFICA 4 ESCOLARIDAD



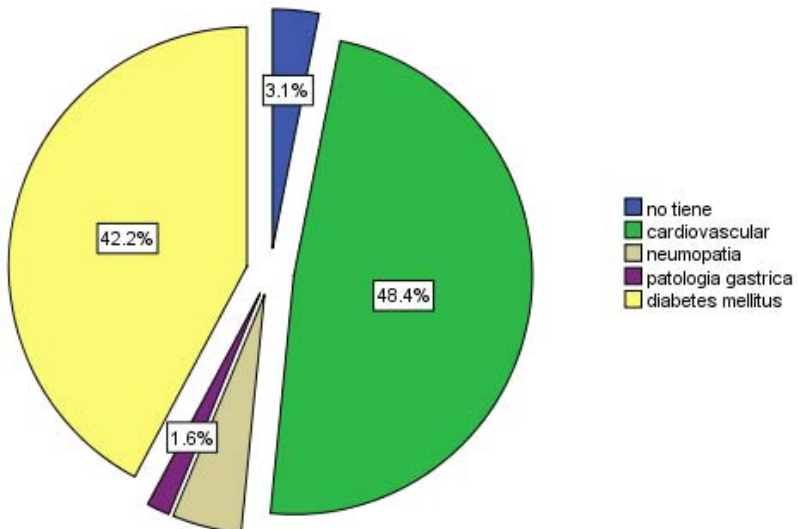
Fuente: Expediente clínico HGZ 14 UQ

GRAFICA 5 OCUPACION



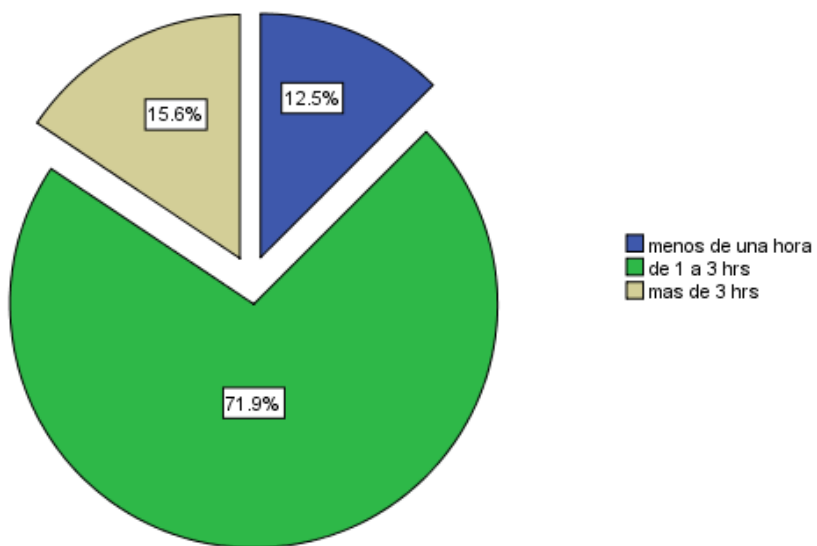
Fuente: Expediente clínico HGZ 14 UQ

GRAFICA 6 COMORBILIDADES



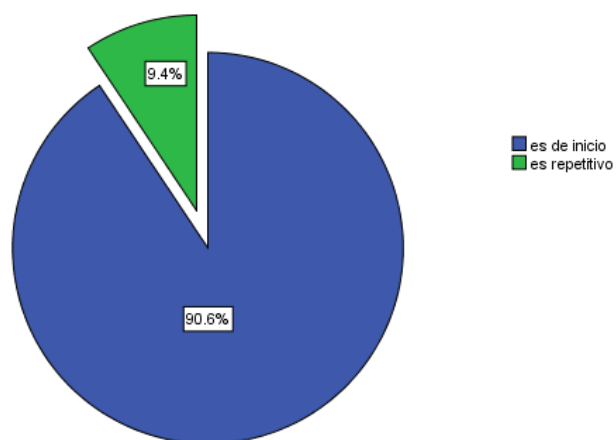
Fuente: Expediente clínico HGZ 14 UQ

GRAFICA7 TIEMPO DE INICIO DEL DOLOR



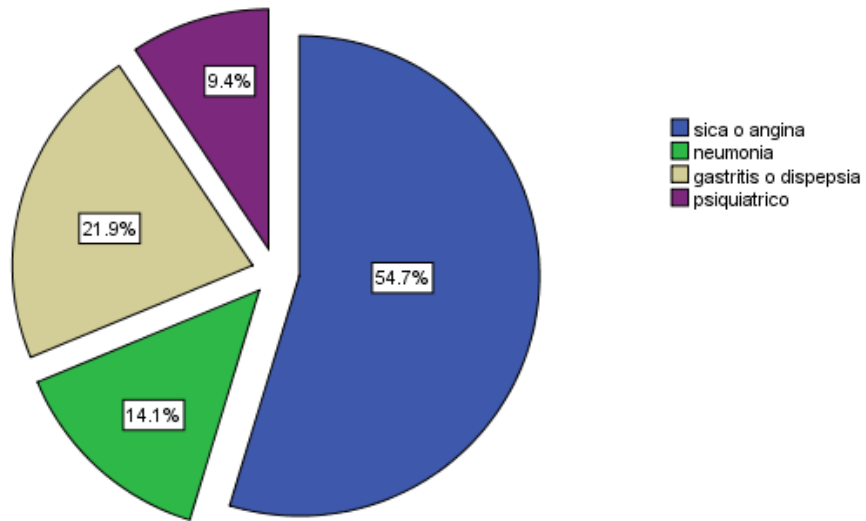
Fuente: Expediente clínico HGZ 14 UQ

GRAFICA8 FRECUENCIA DEL DOLOR



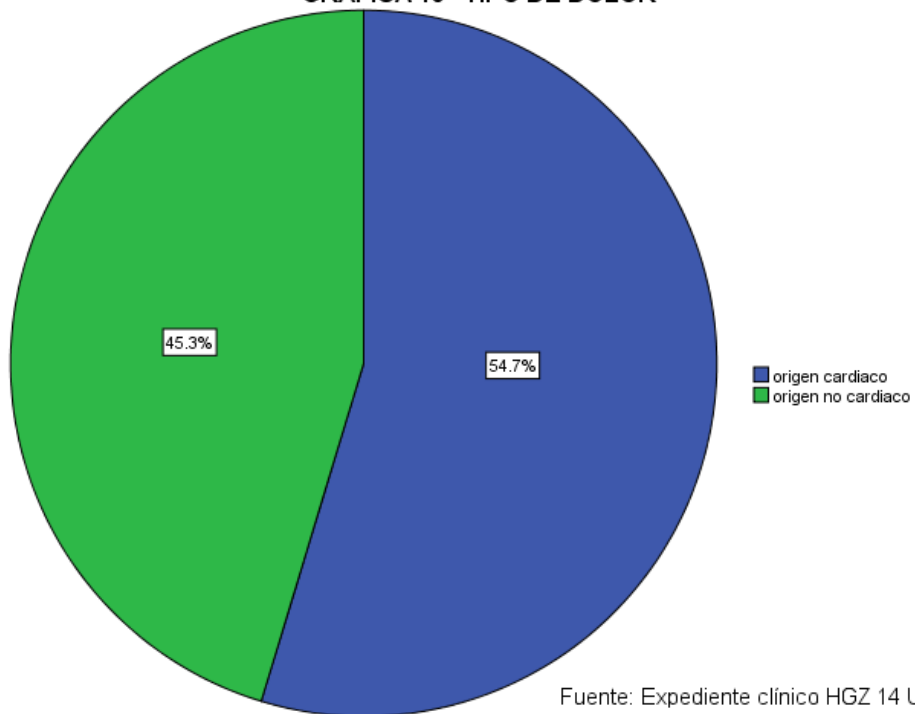
Fuente: Expediente clínico HGZ 14 UQ

GRAFICA 9 DIAGNOSTICO DEFINITIVO



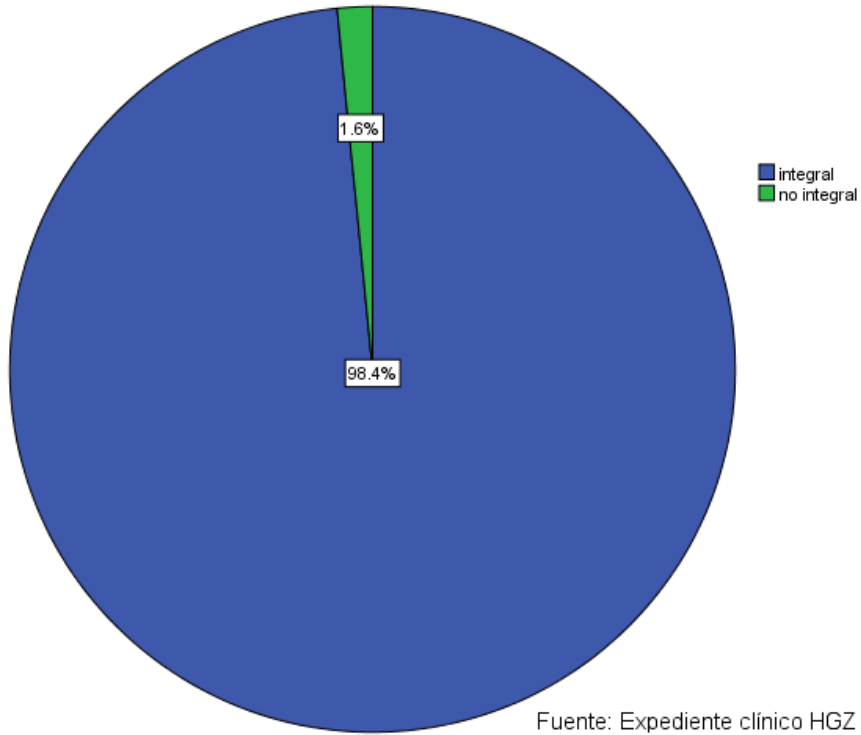
Fuente: Expediente Clínico HGZ 14 UQ

GRAFICA 10 TIPO DE DOLOR



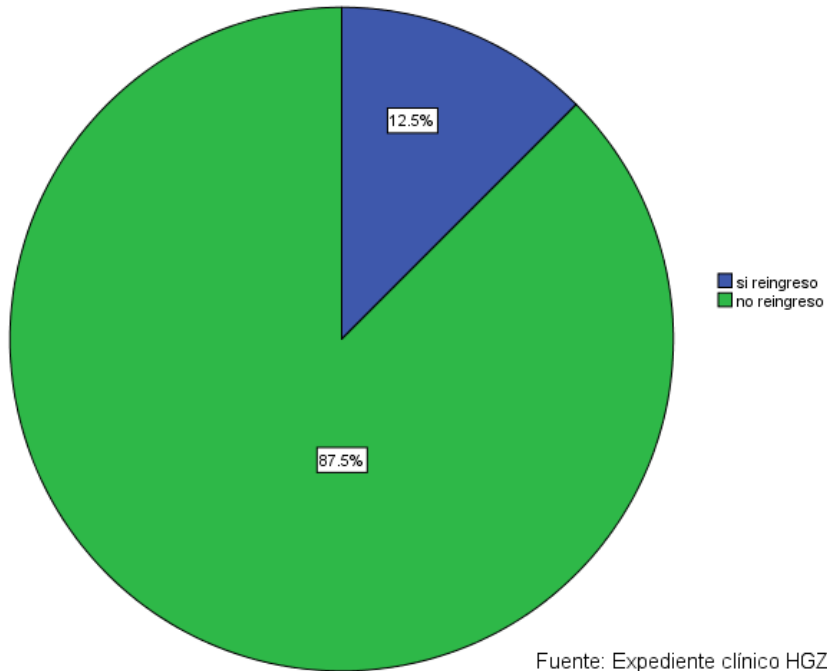
Fuente: Expediente clínico HGZ 14 UQ

GRAFICA 11 TIPO DE ATENCION



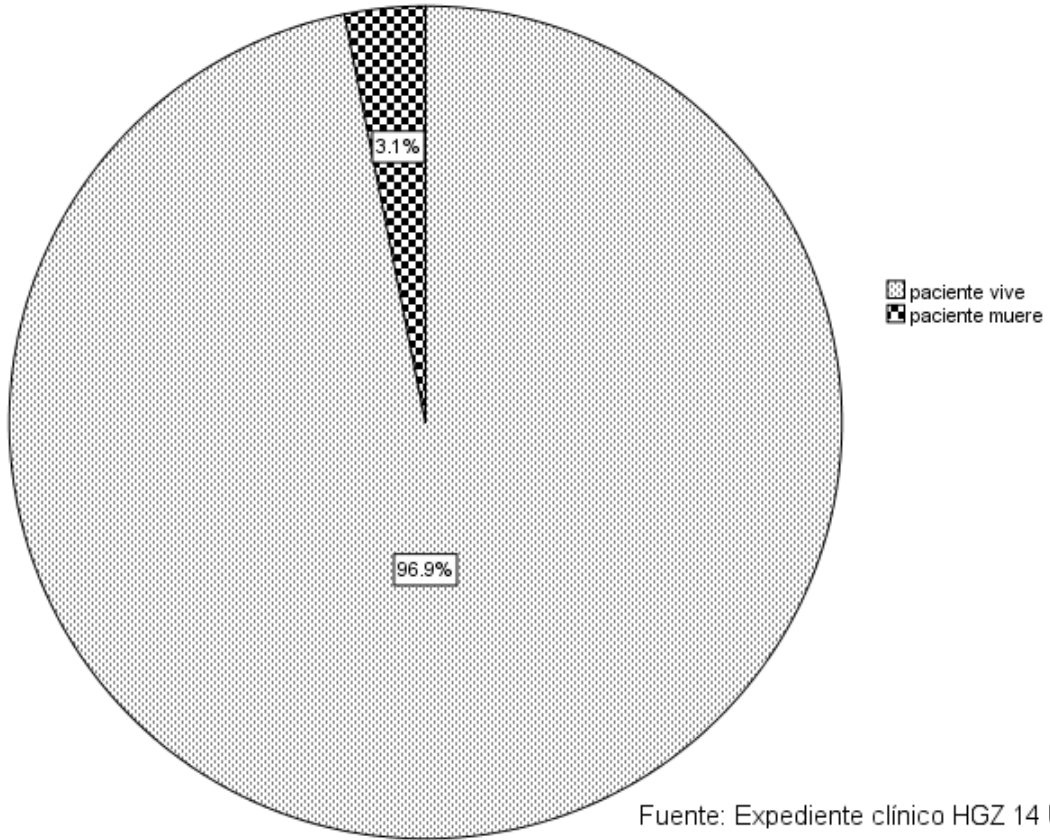
Fuente: Expediente clínico HGZ 14 UQ

GRAFICA 12 REINGRESO A HOSPITAL



Fuente: Expediente clínico HGZ 14 UQ

GRAFICA13 SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE



Fuente: Expediente clínico HGZ 14 UQ