



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE URGENCIAS**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7
MONCLOVA COAHUILA**

**CAUSAS DE DOLOR TORACICO NO TRAUMATICO EN
EL AREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA NUMERO 7 DE MONCLOVA COAHUILA EN EL
PERIODO DE 1° DE DICIEMBRE 2011 AL 31 ENERO
2012**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA:

DRA. MARIA DE JESUS ROSADO ROBLEDO

MONCLOVA, COAH.

2012



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.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA

DRA. MARIA DE JESUS ROSADO ROBLEDO

AUTORIZACIONES

DR. CARLOS ORTIZ VALDEZ
ASESOR CLINICO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
DE URGENCIAS PARA MEDICOS DE MEDICINA DE URGENCIAS
HGZ/UMF No 7 MONCLOVA COAHUILA.

DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
ASESOR METODOLOGICO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ/UMF No 24 NUEVA ROSITA COAHUILA.

DEDICATORIA

**ESTE TRABAJO ESTA DEDICADO PRIMERO A DIOS POR
DARME VIDA Y SALUD PARA REALIZAR MI ESPECIALIDAD Y
SER MEJOR EN MI VIDA PROFESIONAL.
DESPUES A MI PADRE (+) Y MADRE, ESPOSO Y MIS HIJOS A
QUIENES ME HAN APOYADO PARA VER REALIZADA ESTA
META EN MI VIDA**

INDICE

Pagina	
Resumen -----	5
Marco teórico -----	6
Planteamiento del problema -----	22
Justificación -----	23
Objetivos -----	24
Metodología -----	25
Presentación de Resultados -----	29
Tablas y Graficas -----	30
Análisis de Resultados -----	34
Conclusiones y Recomendaciones -----	35
Bibliografía -----	36
Anexos -----	37

RESUMEN

INTRODUCCION

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuente y de más difícil valoración con los que se encuentra el médico de Urgencias en la práctica diaria. El paciente que consulta por DTA es un reto diagnóstico, terapéutico y hasta económico, puesto que son numerosos los pacientes internados por dolor torácico secundario a una patología banal, y son muchos también los dados de alta con coronariopatía inestable, la cual podrá evolucionar desfavorablemente, con nuevas consultas, internamientos, inclusive muerte y demandas legales.(5)

OBJETIVO. Conocer las causas de ingreso del paciente con dolor torácico no traumático en el área de urgencias del HGZ No. 7 de Monclova Coahuila del 1° noviembre al 31 diciembre 2011.

METODOS. Se realizará un estudio Observacional, descriptivo, transversal de Serie de Casos. Se incluirán Pacientes derechohabientes que acudan al servicio de urgencias, de ambos sexos y de 21 a 80 años, con dolor torácico agudo no traumático. Se analizarán características clínicas, de gabinete y laboratorio. Análisis estadístico. Se utilizarán medidas de frecuencia simple y de dispersión para las variables cualitativas.

RESULTADOS El número total de pacientes que acudieron en los 2 meses fueron 10,077 de los cuales 4785 fueron menores y 7708 fueron adultos de estos totales solo 480 solicitaron consulta por dolor torácico con las características estudiadas. Por género 225 (47%) fueron mujeres y 255 hombres (53%) Por turno acudieron un total de 114 en el turno matutino (24%), 123 durante el turno vespertino (25%) y 243 en el turno nocturno (51%). En relación a padecimientos 161 pacientes presentaron padecimientos cardiacos (34%) y 319 pacientes presentaron padecimientos no cardiacos (66%) (pulmonares 228 pacientes, osteomusculares 87 pacientes, gastrointestinales 1 paciente, ginecológicos 1 paciente y de ansiedad 2 pacientes). Del total de 480 pacientes solo 51 pacientes presentaron alteraciones cardiacas y en 87 pacientes se encontraron alteraciones en radiografías de tórax.

CONCLUSIONES La principal causa de dolor torácico en la HGZ no 7 Monclova Coahuila fue osteocondritis seguida de angina de pecho.

MARCO TEORICO-

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuente y de más difícil valoración con los que se encuentra el médico de Urgencias en la práctica diaria.

(1)

Se define como dolor torácico a cualquier sensación álgica localizada en la zona correspondiente entre el diafragma y la base de el cuello, de instauración reciente que requiere diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que se derive un tratamiento médico-quirúrgico urgente.(1)

El dolor torácico de origen isquémico es una de las causas más frecuentes de consulta a los servicios de urgencias. Arribar a un diagnóstico preciso es un verdadero desafío, especialmente cuando las características del cuadro clínico son atípicas y el electrocardiograma no presenta signos evidentes de isquemia miocárdica aguda, lo que obliga al médico a realizar un diagnóstico diferencial correcto en un breve espacio de tiempo y con los recursos disponibles en cada centro de urgencias (2).

Está definido por un amplio rango de manifestaciones que pueden ir desde la molestia, la sensación de pesadez u ocupación hasta el dolor intenso con o sin irradiación. El dolor puede verse modificado por condiciones del paciente, edad, enfermedades de base como diabetes, o por aspectos étnicos y culturales. La intensidad de la manifestación no se correlaciona con la gravedad del proceso. (3)

Ante un enfermo con dolor torácico agudo (DTA) es prioritario discernir entre aquel dolor que indica enfermedad grave y que requiere tratamiento urgente del que indica un proceso banal que permite adoptar una actitud expectante (4)

Constituyen signos de alarma:

1. Hipotensión y shock.

2. Disnea.
3. Cianosis.
4. Taquipnea.
5. Arritmias.
6. Alteración de la consciencia.
7. Ausencia de pulsos periféricos y/o signos de focalización
8. Neurológica. (5)

El paciente que consulta por DTA es un reto diagnóstico, terapéutico y hasta económico, puesto que son numerosos los pacientes internados por dolor torácico secundario a una patología banal, y son muchos también los dados de alta con coronariopatía inestable, la cual podrá evolucionar desfavorablemente, con nuevas consultas, internamientos, inclusive muerte y demandas legales.(5)

La atención de los pacientes que consultan en la guardia por DTA se acompaña de 3 problemas bien definidos:

1. EL SUBDIAGNOSTICO, con el riesgo de enviar al domicilio a pacientes con síndrome coronario agudo (SICA). La mortalidad en el IAM ambulatorio es del 25% en diferentes series.
2. SOBRESHOSPITALIZACION con la consiguiente mayor utilización de los recursos en pacientes que no lo requieran (camas de hospital, enfermeras, laboratorio, etc.).
3. DEMORAS EN EL DIAGNOSTICO E INICIO DE TRATAMIENTO por diferentes causas, como confundidores clínicos o electrocardiográficos, dolores precordiales de probable origen coronario, presencia de bloqueos de rama, edad avanzada, sexo femenino, etc. (6)

El objetivo de la valoración en urgencias, de un paciente con dolor torácico agudo es el despistaje precoz de aquellos procesos que puedan poner en peligro la vida del paciente. lo que se puede realizar en la mayoría de los casos con una buena Historia Clínica y Exploración Física. (7)

Muchos factores fisiológicos, psicológicos y culturales contribuyen a la manera en que el paciente percibe, interpreta y comunica sus síntomas. Tanto sexo como edad, otras enfermedades concomitantes, el uso de múltiples medicamentos, drogas y alcohol afectan la percepción dolorosa. (8)

EPIDEMIOLOGIA

Para que se tenga una idea de la importancia de esta queja, en estudios realizados por el Colegio Americano de Cardiología cada año se hospitalizan aproximadamente 3 millones de personas para evaluación de dolor torácico, que representa el 5% de todos los pacientes que acuden al servicio de urgencias. Del 2 al 8% de los enfermos con infarto agudo de miocardio es dado de alta sin diagnosticar, presentando el doble de riesgo, en cuanto a morbilidad en relación a los ingresados y tratados correctamente.

Por otra parte, entre el 40 y el 60% de los enfermos que ingresan en el hospital no presenta cardiopatía con la consiguiente pérdida de tiempo y dinero que ello supone. (9)

Existen varios estudios que orientan sobre las causas de dolor torácico en diferentes zonas geográficas como se describen a continuación:

EEUU se realizan 5.600.000 visitas a los servicios de urgencias por dolor torácico, que corresponden al segundo lugar en consultas, precedidas solamente por el dolor abdominal. En una población típica de pacientes con dolor torácico no traumático, aproximadamente el 15% presenta infarto agudo de miocardio (IAM) y entre un 30% y un 35% angina inestable (AI).(10)

Las estadísticas establecen que en Estados Unidos (USA) de todos los pacientes que consultan por dolor torácico en el servicio de urgencias, 15% tendrá un IAM y 30% angina inestable. En pacientes con dolor torácico y ECG normal, el diagnóstico definitivo corresponde en el 13% a IAM, 35% dolor torácico de origen no precisado o parietal, 27% reflujo gastroesofágico o úlcera péptica y en 25% a trastornos de la esfera psiquiátrica¹¹. No existe información epidemiológica

fidedigna sobre las otras causas de dolor torácico atendidos en las Unidades de Emergencia.(11)

La prevalencia del DTA fue del 4,4% (22.468 visitas totales). Comparados con el resto, los pacientes con DT eran más frecuentemente varones, de mayor edad, esperaron menos, pero ingresaron más. De los 1.000 pacientes, el 25,9% tenía un síndrome coronario agudo (SCA), el 64,7% no presentaba un SCA, y el 9,4% quedó sin diagnóstico por no efectuarse una prueba de esfuerzo (PE). Los pacientes con SCA eran mayores y con más factores de riesgo, pero sin diferencias de sexo(12)

El 22.4% de los pacientes con diagnóstico de dolor torácico de posible origen cardíaco atendidos en urgencias fueron reingresados. El 68.04% correspondieron al género masculino. El principal diagnóstico con el que los pacientes se egresaron fue costocondritis (74.23%). Los diagnósticos principales en el reingreso de estos pacientes fueron ángor (38.33%), seguido de arritmia (20.37%). Las principales causas que motivaron el reingreso de estos pacientes fueron la orientación diagnóstico/terapéutica inadecuada al egreso (29.35%), seguido de agudización de la enfermedad (22.35%). . La frecuencia de reingreso en pacientes con dolor torácico posiblemente de origen cardíaco en el Servicio de Urgencias es mayor al reportado en la literatura. Los diagnósticos principales en el ingreso de estos pacientes fueron ángor (38.33%), seguido de arritmia (20.37%) (13).

FISIOPATOLGIA

La dificultad de los médicos de urgencias para diagnosticar el dolor precordial radica en la propia naturaleza de las fibras del sistema somático y visceral. Las fibras nerviosas aferentes del corazón, los pulmones, los grandes vasos y el esófago penetran en el mismo ganglio dorsal torácico motivo por el cual todos estos órganos generan un dolor con el mismo carácter y localización inespecífica. Dado a que los segmentos dorsales se solapan con tres segmentos por encima y tres segmentos por abajo de un nivel, una patología puede causar un dolor en cualquier lugar entre la mandíbula y el epigastrio. La irradiación del dolor se explica por las fibras aferentes somáticas que hacen sinapsis en el mismo ganglio de la raíz dorsal que la víscera torácica. Este estímulo puede confundir al sistema

nervioso central del paciente, dando la impresión de que el dolor se origina en los brazos o en el hombro..(14)

DIAGNOSTICO Y EVALUACION INICIAL

Podemos dividir el DTA en afecciones de etiología cardiovascular -subdividas en isquémicos y no isquémicos-; de etiología no cardiovascular que son las respiratorias, neurocostomusculares, Afecciones gastrointestinales y psicógenas (15)

Existen tres problemas principales en el manejo de los pacientes con dolor torácico de origen isquémico:

1. Demora entre el inicio de los síntomas y la Llegada al hospital,
2. Retardo en el diagnóstico de IAM y comienzo del tratamiento adecuado.
3. Diagnóstico incorrecto, principalmente en pacientes con síntomas atípicos. (16).

Síndromes de Dolor T o r á c i c o

Origen Cardiovascular *Isquémico*

Cardiopatía isquémica
esófago
Angina de pecho
Arteriosclerosis
Espasmo,
,
Síndrome X
Valvulopatías aórtica
Miocardiopatías
Infarto del miocardio

***esquelético* No Isquémico**

Tietze)
Pericarditis aguda
Dissección aórtica

Origen no Cardiovascular *Digestivo*

Alteraciones del
Esófagitis
Espasmo esofágico
coronario
Hernia de hiato
Úlcera péptica
Gastritis
Colelitiasis

Neuromuscular-

Costo condritis (síndrome de
Radiculopatías
Artropatías de hombro

Embolia pulmonar
Hipertensión pulmonar

Dolor de la pared torácica

Toracorrespiratorio

Neumotórax
Mediastinitis
Pleuritis

Neoplasias intratorácicas

Funcionales

psicógenos (13)

↑
psicosomáticas

hiperventilación

conversión

Causas

Ataque de pánico
Síndrome de

Reacción de

Ansiedad
Depresión (17)

CARACTERISTICAS DE DOLOR TORACICO

Cuadro patológico	Duración	Características	Sitio	Características concurrentes
Angina estable	Más de 2 y menos de 10 min	"Opresivo", compresivo, constrictivo, "de pesantez", ardoroso	Retroesternales a menudo con radiación al cuello, la mandíbula, los hombros o los brazos (a menudo el izquierdo) o como molestia circunscrita en tales sitios	Desencadenado por el ejercicio, exposición al frío o tensión emocional. Ritmo de galope S o soplo de insuficiencia mitral durante el dolor
Angina inestable	10-20 min	Semejante al de la angina, pero a menudo más intenso	Semejante al de la angina	Similar al de la angina, pero aparece con ejercicio leve y aun en reposo
Infarto agudo de miocardio	Variable; a menudo más de 30 min	Semejante al de la angina, pero a menudo más intenso	Semejante al de la angina	No se alivia con nitroglicerina. Puede acompañarse de manifestaciones de insuficiencia cardíaca o arritmias

Estenosis aórtica	Episodios recurrentes, como se han descrito en caso de angina	Igual al descrito en la angina	Igual al descrito en la angina	Soplo sistólico con un punto máximo tardío que irradia a las arterias carótidas
Pericarditis	Horas o días; puede ser episódica	Invasiva	Retroesternal o hacia la punta del corazón; puede irradiar al hombro izquierdo	Puede ceder cuando la persona se sienta y flexiona la cintura hacia adelante Frote pericárdico
Disección de aorta	Comienzo repentino de dolor incesante	Sensación de desgarramiento o rotura; transfiere	Cara anterior del tórax que a menudo irradia el dorso, en la zona interescapular	Surge junto con hipertensión, con alguna enfermedad primaria de tejido conectivo o en ambas situaciones como el síndrome de Marfan Soplo de insuficiencia aórtica roce y taponamiento pericárdicos o ausencia de pulso periféricos
Embolia pulmonar	Comienzo repentino; dura varios minutos a varias horas	Pleurítico	A menudo lateral, en el lado de la embolia	Disnea, taquipnea, taquicardia e hipotensión
Hipertensión pulmonar	Variable	Opresivo	Subesternal	Disnea, signos de mayor tensión venosa, como edema y distensión de vena yugular
Neumonitis o pleuritis	Variable	Pleurítico	Unilateral, a menudo circunscrita	Disnea, tos, fiebre, estertores, roce ocasional
Neumotórax espontáneo	Comienzo repentino; varias horas	Pleurítico	En sentido lateral al lado del neumotórax	Disnea, apagamiento de ruidos respiratorios en el lado del

			(hacia afuer	neumotórax
Reflujo esofági	10-60 min	Ardoroso	Subesternal Epigástrico	Empeora con el decúbito postpran Cede con los Antiácidos
Espasmo ágico	2-30 min	Opresivo, compresivo, ardoroso	Retroesterna	Muy similar al dolor Anginoso
Úlcera péptica	Dolor prolongado	Ardoroso	Epigástrico, Subesternal	Cede con los alimentos o los antiácidos
Enfermedades vesícula biliar	Dolor prolongado	Ardoroso, Compresivo	Epigástrico, cuadrante superior derecho abdominal, subesternal	Puede aparecer después de una comida
Enfermedades musculo eléticas	Variable	Sordo	Variable	Se agrava con el movimiento Puede reproducirse con presión local e la exploración (palpación)
Herpes zoster	Variable	Penetrante o Ardoroso	Distribución en dermatomas	Aparición de vesículas en la zona de la molestia
Cuadros emocionales y psiquiátricos	Variable; puede ser pasajero	Variable	Variable; puede ser retroesterna	situacionales pueden desencadenar los síntomas

Discernir la causa del dolor torácico es una de las tareas clave del médico. A pesar del desarrollo tecnológico y de los sofisticados medios diagnósticos de que se dispone hoy en día para distinguir entre las múltiples causas de dolor torácico, lo más importante es la clínica cuidadosa del paciente. (18)

Anamnesis

Debe caracterizarse bien el dolor (inicio, intensidad, duración, tipo de dolor) y se interrogará sobre otros síntomas asociados (fiebre, palpitaciones, náuseas, síncope). Se

Preguntará sobre posibles factores precipitantes: ejercicio, traumatismos inicialmente no relacionados, tos intensa o persistente, infecciones respiratorias concomitantes, reflujo gastroesofágico, ansiedad, posible ingesta de fármacos (β-agonistas), exposición a drogas (cocaína, nicotina), antecedente de cirugía aórtica o cardíaca. Se interrogará sobre eventuales factores que agravan el dolor (ingesta de alimentos irritantes, respiración, tos, decúbito) o que lo alivian (sedestación, reposo). Siempre hay que tener presente las características del dolor torácico de origen isquémico: relacionado con el ejercicio, retro esternal, de carácter opresivo y difuso, y que puede acompañarse de síncope, disnea, palidez, sudoración, náuseas o vómitos. Se averiguará si el paciente tiene alguna enfermedad de base que pueda explicar alteraciones en la exploración (asma, cardiopatía) o que constituya un factor de riesgo: trastornos de la coagulación (embolismo pulmonar), enfermedad de Marfan o Ehlers-Danlos (disección aórtica), tumores torácicos, antecedente de enfermedad de Kawasaki, enfermedad cardíaca, drepanocitosis, etc.

Sólo si el dolor es de apariencia totalmente banal y con una clara orientación diagnóstica de enfermedad diferente a cardiopatía isquémica y en ausencia de factores de riesgo coronario podrá prescindirse de la realización del ECG.

Si después de hacer las exploraciones anteriores no hay diagnóstico, hay que valorar el perfil clínico para tomar decisiones:

Isquémico. Debe enviarse siempre al hospital para valoración en observación.

Pleuropulmonar. En este caso es necesario hacer una *Radiografía de Tórax* que dará el diagnóstico en el neumotórax (a veces es necesaria radiografía en espiración para ponerlo de manifiesto) y neumonía. Un ensanchamiento mediastínico sugiere disección aórtica; una silueta cardíaca aumentada con borde izquierdo rectificado va a favor de pericarditis con derrame pericardio; la existencia de neumomediastino hace pensar en una Mediastinitis aguda; la aparición de signos radiológicos de infarto pulmonar apoyan este diagnóstico.

Emergencias

Perfiles clínicos del dolor torácico

PERFIL ISQUEMICO.

Dolor opresivo, retro esternal, de intensidad creciente y De, al menos, 1-2 Minutos de duración Irradiado a cuello mandíbula, hombro y brazo izquierdo Habitualmente suele acompañarse de cuadro vegetativo náuseas, vómitos, diaforesis)

PERFIL PLEUROPERICARDICO

Dolor punzante de localización variable que aumenta con la tos y la inspiración profunda.

PERFIL OSTEOMUSCULAR

Aparece con los movimientos y cede con la inmovilización. Suele desencadenarse por la presión local.

PERFIL NEUROGENICO

Dolor lancinante, pulsante, Sigue el recorrido de un nervio, especialmente un trayecto

Intercostal

PERFIL DIGESTIVO

No hay perfil definido Punzante o quemante Se localiza también en epigastrio o hipocondrio derecho Tiene relación con la ingesta de alimentos irritantes y puede acompañarse de vómitos.

PERFIL PSICOGENO

Generalmente punzante a punta de dedo, infra mamario, Se acompaña de estado de ansiedad y síntomas de hiperventilación (opresión torácica generalizada, parestesias, mareo) (19)

EXPLORACION FISICA

Debe realizarse una exploración física completa, especialmente torácica y abdominal.

Se buscará también cualquier signo de inestabilidad hemodinámica. Descartaremos

Que el dolor se origine en la mama o en la piel. Con el movimiento, la percusión y la palpación intentaremos reproducir el dolor y así establecer su eventual origen en la pared torácica (costillas, músculos, ligamentos).

Aspecto externo.

Cuando se observa dificultad respiratoria aguda se debe de pensar como diagnostico en embolia pulmonar, neumotórax a tensión, IAM o neumotórax simple.

Si se observa diaforesis se debe sospechar como diagnostico de IAM, Disección aortica, Isquemia coronaria, Embolia Pulmonar, Rotura esofágica, Angina inestable, Colecistitis o Ulcera péptica perforada

Signos vitales

Si se observa hipotensión se debe sospechar en neumotórax a tensión, Embolia Pulmón. IAM, Disección aortica (tardía), Isquemia coronaria, Rotura esofágica, Pericarditis, miocarditis.

Si observamos taquicardia debemos sospechar de IAM, Embolia Pulmonar, Disección Aortica, Isquemia, Neumotórax a tensión, Rotura esofágica, Espasmo coronario, Pericarditis, Miocarditis, Mediastinitis, Colecistitis, Desgarro esofágico (Mallory Weiss).

Si se observa Bradicardia se debe pensar en IAM, Isquemia coronaria o Angina Inestable

Si se detecta Hipertensión debemos de sospechar en IAM, Isquemia coronaria, Disección aortica (temprana)

Si se detecta Fiebre se sospecha de Embolia Pulmonar, Rotura esofágica, Pericarditis, Miocarditis o colecistitis.

Si se detecta Hipoxemia debemos tener en cuenta que puede presentar Embolia Pulmonar, neumotórax a tensión. Neumotórax

Exploración cardiovascular

Si se observan diferencias significativas en la tensiones arteriales de la extremidades superiores debemos sospechar de Disección aortica.

Si observamos pulsos parvos se debe sospechar de pericarditis (con derrame)

Si se detecta nuevo soplo debemos sospechar de IAM, disección aortica o isquemia coronaria.

Si se detecta S3/S4 se debe sospechar de IAM Isquemia coronaria o Pericarditis.

Si se detecta roce pericardio debemos pensar en pericarditis como diagnostico.

Si se detecta chasquido sistólico audible en la exploración cardiaca (signo de HAMMAN) se debe pensar en rotura esofágica o mediastinitis.

Si se observa distensión venosa yugular debemos sospechar en el diagnostico de IAM, Isquemia coronaria, neumotórax a tensión, embolia pulmonar, pericarditis.

Exploración Pulmonar

Si se observa Disminución o ausencia unilateral del murmullo vesicular debemos sospechar de neumotórax a tensión o neumotórax simple.

Si escuchamos Roce pleural el diagnostico más certero es de Embolia Pulmonar

Si se observa enfisema subcutáneo puede ser el diagnostico de Neumotórax a tensión, Rotura esofágica, Neumotórax, mediastinitis.

Si se escuchan Estertores puede ser IAM, Isquemia Coronaria o Angina Inestable.

Exploración Abdominal.

Si existe dolor a la palpación en epigástrico se debe pensar en los diagnósticos de Rotura esofágica, desgarro esofágico, colecistitis, pancreatitis.

Si existe dolor a la palpación del cuadrante superior izquierdo se debe pensar en una pancreatitis-

Si existe dolor a la palpación en cuadrante superior derecho el diagnostico mas probable es una colecistitis.

Exploración de extremidades

Si observamos Inflamación o calentamiento, dolor, o irritabilidad eritema unilateral en la extremidad inferior se debe sospechar en embolia pulmonar.

Exploración neurológica.

Si encontramos hallazgos focales debemos pensar en una disección aortica-

Si se encuentra Ictus debemos pensar en disección aortica, Isquemia coronaria, IAM o espasmo coronario (20,8)

D) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL•

	TIPO	CARÁCTER	LUGAR	INICIO	IRRADIACIÓN	DURACIÓN	APARICIÓN	ASOCIADO	MEJORA	AGRAVA
ANGINA	isquémico	Opresivo	Retroesternal	progresivo	hombro brazo mandíbula	2-20 min	esfuerzo o comida estrés	frío	reposo nitritos	Esfuerzo
INFARTO	isquémico	Opresivo	retroesternal	progresivo	Ídem	mas de 20 min	ídem	ninguno	cuadro vegetativo	-
ANEURISMA	isquémico	lancinante	Retroesternal	Brusco	ídem espalda	mas de 20 min		neurológicos		
PERFORACIÓN ESOFAGICA	pleurítico	lancinante	Retroesternal	Brusco	Costado	Prolongado		fiebre		tos inspiración
PERICARDITIS	pleurítico	Opresivo	Retroesternal	insidioso	Costado	Prolongado		fiebre		tos inspiración
EMBOLIA	pleurítico	VARIABLE	VARIABLE	variable	Variable	variable		disnea flebitis		Tos Inspiración
NEUMONIA	pleurítico	punzante	VARIABLE	variable	Variable	Prolongado		fiebre		Tos Inspiraciones
NEUMOTORAX	pleurítico	punzante	costado	Brusco	Insidioso	costado	prolongado	esfuerzo o a veces	reposo	Inspiración
ABDOMINAL	digestivo	VARIABLE	VARIABLE	variable	Variable	Prolongado	VARIABLE	VARIABLE	variable	Variable

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- La utilización de los exámenes complementarios debe ser racional y tener una indicación lógica, dependiendo de la sospecha clínica tras la anamnesis detallada y la exploración física minuciosa.

- Electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones: es la prueba más sencilla, fácil y rentable
- para la evaluación rutinaria de los pacientes con DTA. En los primeros 10 minutos es de
- total consenso la obligatoriedad de realizar un ECG a todo paciente con dolor torácico no
- Traumático. Con el ECG se llega al diagnóstico en el 75% de los casos de CI, pero si se realizan seriados esta sensibilidad aumenta al 85%. (20)
- Enzimas cardíacas: CK, CKMB, troponinas T o I, mioglobina cuando se detectan en sangre periférica, son útiles para establecer el diagnóstico y pronóstico del daño miocárdico; su determinación debe realizarse siempre al ingreso y repetirlo cada 8 horas en 12 a 24 horas
- Los resultados deben estar disponibles de 30 a 60 min. posteriores a la extracción.
- Gasometría arterial: se realiza si se sospecha TEP y para diagnosticar acidosis metabólica que se asocia a patologías que producen shock (IAM, TEP, disección aórtica).
- Hemograma completo y hematocrito en los casos de anemia.
- Glicemia: puede estar elevada en los pacientes diabéticos.
- Urea, creatinina: puede estar elevada en los nefrópatas crónicos.
- Radiografía de tórax: partes blandas en el neumomediastino (enfisema subcutáneo), marco óseo (fracturas costales, osteoartritis cervical), campos pulmonares (neumotórax, derrame pleural), mediastino (neumomediastino, elongación de la aorta, signos de aneurisma aórtico, tamaño de la silueta cardíaca e hipertensión arterial pulmonar).
- La ecocardiografía como exploración no invasiva permite excluir algunas cardiopatías que pueden provocar angina, como estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, cardiopatía hipertensiva e hipertensión pulmonar. (16)
- Electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones: es la prueba más sencilla, fácil y rentable para la evaluación rutinaria de los pacientes con DTA. En los primeros 10 minutos es de total consenso la obligatoriedad

de realizar un ECG a todo paciente con dolor torácico no traumático. Con el EGC se llega al diagnóstico. En los demás casos, si no se dispone de valoración electrocardiográfica inmediata deberá enviarse al enfermo a un centro donde se pueda realizar, o requerir la asistencia de un servicio de emergencia extra hospitalario.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

Todo paciente con DTA con posible riesgo fatal, es susceptible de traslado inmediato a una medio hospitalaria previa estabilización clínica. Los criterios para el traslado son:

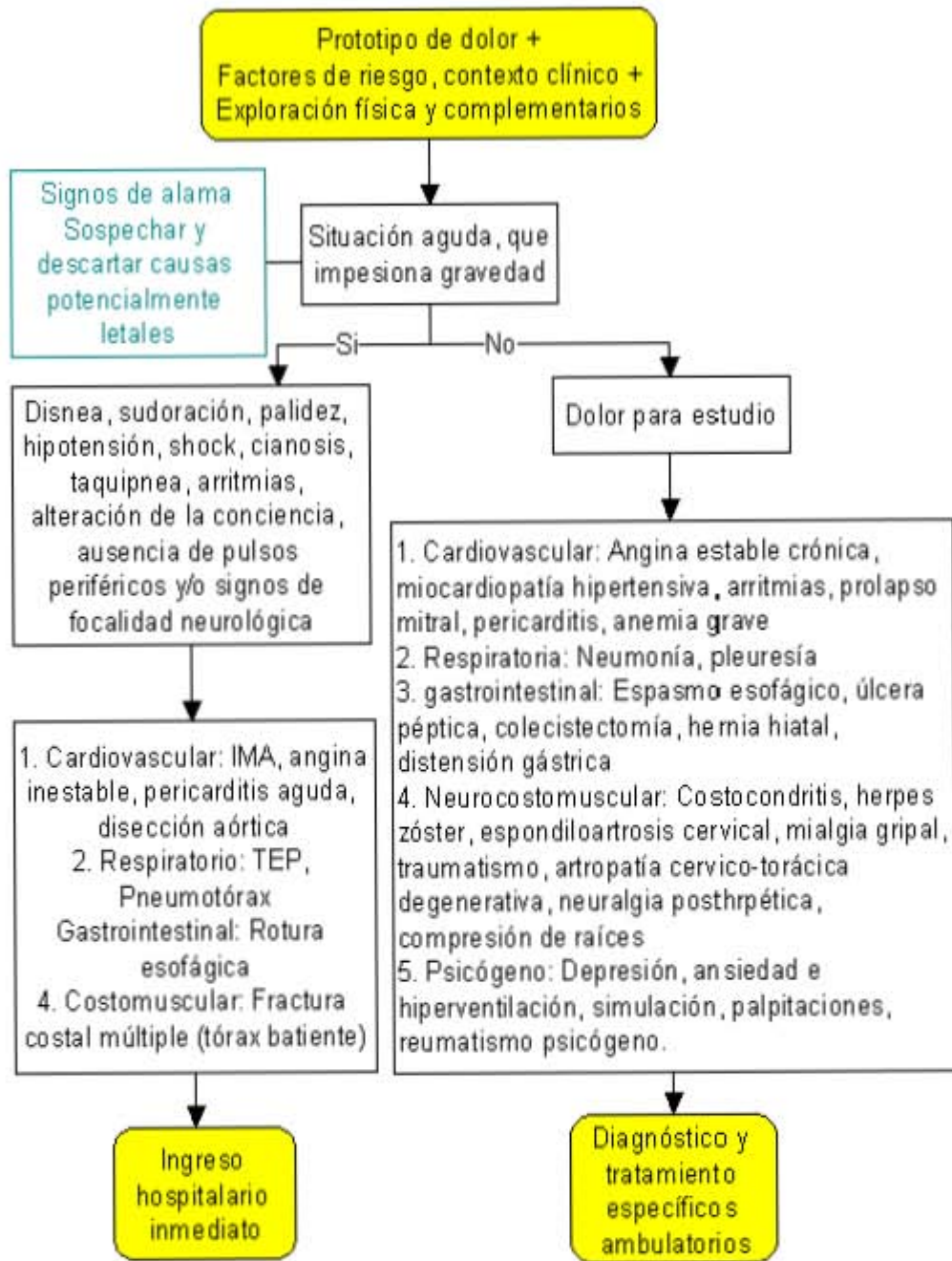
- Todo paciente con dolor torácico secundario a patología potencialmente grave (con riesgo vital), con inestabilidad hemodinámica (hipotensión y/o shock, disnea, cianosis, taquipnea, arritmias, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos y/o signos de focalidad neurológica aguda)
- DTA secundario a patología potencialmente grave, aún con estabilidad hemodinámica.
- Enfermo con dolor e imposibilidad de hacer valoración electrocardiográfica en el medio
- Extrahospitalario.
- Todo paciente con dolor torácico secundario a patología no grave, pero subsidiaria de ingreso hospitalario.
- Ausencia de diagnóstico a pesar de la valoración adecuada en el medio extrahospitalario y que necesite exámenes complementarios disponibles a nivel hospitalario (21)

CRITERIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS DE CARDIOPATIA ISQUEMICA

Infarto del miocardio clásico	Elevación del segmento ST (mayor de 1 mm) en derivaciones contiguas, BRI de reciente aparición. Ondas Q mayor 0-04 s
-------------------------------	--

Infarto Subendocardico	Inversión de la onda T y/o depresión del Segmento ST en derivaciones concordantes
Angina Inestable	Frecuentemente normal o sin cambios específicos. Posible inversión de la onda T
Pericarditis	Elevación difusa del segmento ST. Depresión del segmento PR

(22)



PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA

El dolor torácico es una causa frecuente de atención en el servicio de urgencias de este hospital y no existen estadísticas que determinen las causas más frecuentes; por lo que no se puede realizar una evaluación de el desempeño realizado por los médicos en relación al diagnostico, prioridades de origen etiológico, porcentaje de reingreso y congruencia clínico- diagnóstica.

Si existieran estadísticas epidemiológicas facilitarían el establecer protocolos de diagnostico, apego a guías de práctica clínica, priorizando el origen del dolor torácico por gravedad estableciendo programas de capacitación continua para los médicos que reciben estos pacientes sobre las patologías detectadas de acuerdo a casuística y de esta manera disminuir la morbimortalidad.

¿Cuáles son las causas más frecuentes detectadas en el área de urgencias en pacientes que acuden con dolor torácico no traumático al Hospital General de zona No 7 de Monclova Coahuila?

JUSTIFICACION

El dolor torácico es uno de los síntomas que más riesgo tiene de representar una patología grave debido a la falta de diagnóstico preciso y precoz aumentando la morbilidad y la mortalidad y esto origina un incremento en el gasto anual de recursos tanto materiales como humanos.

Debido al alto índice de pacientes que acuden al servicio de urgencias refiriendo dolor torácico es importante lograr un diagnóstico a la brevedad posible para realizar un tratamiento oportuno y así, disminuir la morbilidad y mortalidad de este departamento debido a esta causa.

Este trabajo está dirigido a todos los médicos que atienden pacientes con dolor torácico con la intención de determinar cuáles son las causas más frecuentes y establezcan métodos para disminuir el porcentaje de error en el diagnóstico y así, mejorar la evolución de los pacientes y por ende el costo hospitalario

OBJETIVOS:

Conocer las causas de ingreso del paciente con dolor torácico no traumático en el área de urgencias

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Explorar las características clínicas más frecuentes en pacientes con dolor torácico
2. Conocer los hallazgos radiológicos de los pacientes que ingresen con dolor torácico
3. Conocer los hallazgos electrocardiográficos de los pacientes que ingresen con dolor torácico.
4. Conocer el desenlace de los pacientes que ingresen con dolor torácico al servicio de urgencias

HIPOTESIS

No amerita

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio. Observacional, descriptivo de Serie de Casos

Población de estudio. Pacientes mayores de 18 años que acudan al servicio de Urgencias del HGZMF 7, Monclova, Coahuila por presentar dolor torácico agudo no traumático.

Criterios de Selección.

a. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años
- Ambos géneros
- Con dolor torácico agudo no traumático

b. Criterios de exclusión

- Pacientes con dificultad para colaborar porque le impide expresar su sintomatología
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Muestra.

- Técnica muestral. Muestreo no probabilístico por conveniencia
- Tamaño de la muestra.

ESTIMAR UNA PROPORCIÓN	
Total de la población (N)	0
<small>(Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)</small>	
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
<small>(Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)</small>	
TAMAÑO MUESTRAL (n)	203
EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS	
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	239

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable dependiente: Dolor Torácico

- a. Definición conceptual. Cualquier sensación álgica localizada en la zona correspondiente entre el diafragma y la base del cuello, de instauración reciente que requiere diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que se derive un tratamiento médico-quirúrgico urgente.
- b. Definición Operacional. Dolor agudo no traumático localizado en tórax, con límites entre el diafragma y la base del cuello
- c. Escala de medición. Nominal (1= Si; 2= NO)
- d. Fuente de Información. Hoja de recolección de datos

Variables Independientes:

VARIABLE	OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	Escala de medición	Nivel de medición
Edad	Número de años cumplidos al momento de el estudio	Años del paciente al inicio del estudio	Intervalo	Años cumplidos
Sexo	Genero del paciente	Masculino o Femenino	nominal	Masculino o femenino
Peso	Cantidad de kilogramos obtenidos a través de una báscula clínica en ropa interior, sin zapatos	Medida en kilogramos de la fuerza de gravedad sobre el cuerpo.	intervalo	Kilogramos
Talla	Estatura en centímetros medidos en el paciente sin zapatos, mediante una bascula con estadímetro.	Distancia que existe entre la planta del pie y la cabeza en bipedestación	Intervalo	Centímetros
Estado Civil				
Nivel socioeconómico				
Enfermedades concomitantes				
Religión				

Procedimiento del Estudio. Se llevara a cabo en el servicio de urgencias del HGZ No. 7 de Monclova Coahuila donde todo paciente que acuda al servicio será valorado por el médico adscrito y se llenara un formato de historia clínica elaborada que incluye: Tiempos de arribo, de atención y derivación, Semiología del dolor, Antecedentes patológicos y no patológicos, Ficha de identificación, Categoría del médico, nombre y antigüedad, Exámenes realizados y descripción y Diagnostico para determinar la causa de DTA.

Posteriormente se realizaran estudios complementarios como son electrocardiograma, RX tele de tórax enzimas cardiacas, se tomara oximetría de pulso y se mantendrá en observación para determinar la causa exacta de DTA

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizarán medidas de frecuencia simple y de dispersión para las variables cualitativas. Se utilizará el programa Excel versión 2010.

ASPECTOS ÉTICOS

El investigador garantiza que este estudio se llevará a cabo en plena conformidad con los principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) y en apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio. El estudio seguirá estrictamente los principios de la Directriz tripartita del ICH titulada “Recomendaciones para Buenas Prácticas Clínicas” (enero 1997). Este protocolo será sometido al Comité Local de Investigación 506 del Instituto Mexicano del Seguro Social

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El investigador es el responsable de obtener el consentimiento informado de cada sujeto que participe en el estudio, después de haber explicado correctamente los objetivos, métodos, y peligros potenciales del mismo. Explicará a los pacientes que son totalmente libres de negarse a participar en el estudio o abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Si el sujeto no sabe leer, un testigo

imparcial debe estar presente durante toda la plática relativa al consentimiento informado. Una vez que el sujeto haya otorgado su consentimiento oral para participar en el estudio, la firma del testigo en la carta de consentimiento informado certificará que la información contenida en el consentimiento se explicó y entendió perfectamente. El investigador también explicará a los sujetos que están totalmente libres de negarse a participar en el estudio y pueden abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. La carta de consentimiento informado será llenada correctamente. Si surgen nuevos datos sobre la seguridad que modifiquen significativamente los riesgos y beneficios se revisarán el documento del consentimiento informado y se actualizara si es necesario. A todos los sujetos del estudio se les entregará una copia de la carta de consentimiento y de las actualizaciones que se realicen para seguir participando en el estudio.

Se anexa carta de consentimiento informado (Anexo 4)

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El total de pacientes que solicitaron consulta en el servicio de urgencias en el periodo comprendido entre el 1º de diciembre del 2011 y el 31 de enero del 2012 fue de 10,077 de los cuales 671 solicitaron atención debido a presentar dolor torácico y solo 480 llenaron los requisitos del estudio.

De las 480 encuestas realizadas encontraron un rango de edades de 21 a 80 años.

Por género 225 (47%) fueron mujeres y 255 hombres (53%) .(Grafica No 1).

Por turno acudieron un total de 114 en el turno matutino (24%), 123 durante el turno vespertino (25%) y 243 en el turno nocturno (51%).(Grafica No 2).

En relación a padecimientos 161 pacientes presentaron padecimientos cardiacos (34%) y 319 pacientes presentaron padecimientos no cardiacos (66%) (pulmonares, osteomusculares, gastrointestinales, ginecológicos y de ansiedad) (Grafica No 3).

Revisando los pacientes por padecimientos se encontraron en el area cardiaca 76 pacientes con angina de pecho (46%), 23 con arritmia (3%), 7 con cardiopatía (4%), 29 acudieron con una emergencia hipertensiva (18%), 1 con fibrilación (1%), 1 con pericarditis (1%), 2 con bloqueo cardiaco(1%), 22 con

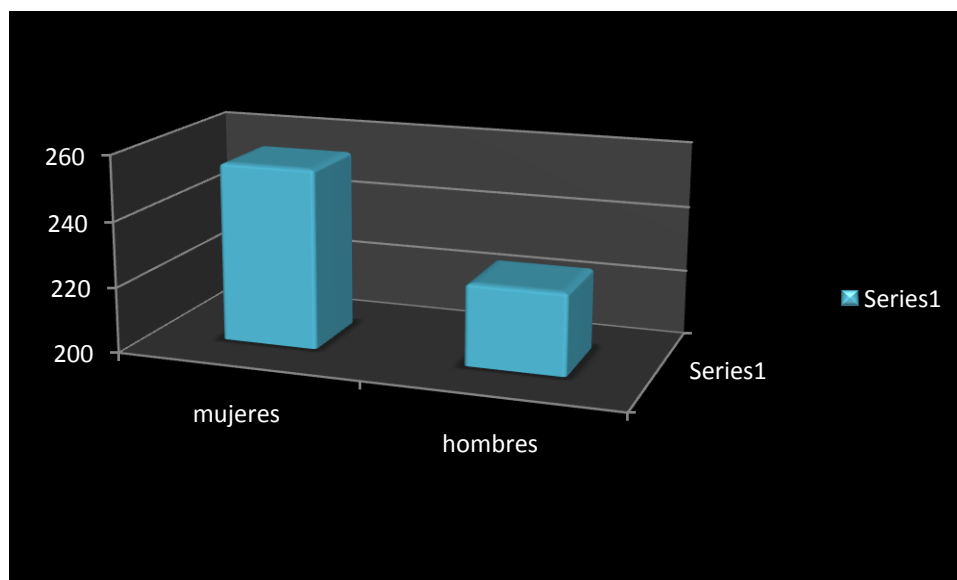
síndrome coronario agudo (13%), siendo un total de 161 pacientes por este padecimiento.(Grafica 4).

En relación a padecimientos Pulmonares fueron un total de 228 pacientes de los cuales 28 tuvieron una crisis asmática (12%), 14 presentaron bronconeumonía (6%), 75 bronquitis (33%), 27 derrame pleural (11%), 18 edema agudo de pulmón (8%) , 8 EPOC (6%), 3 fibrosis pulmonar (1%), 27 insuficiencia respiratoria aguda (11%), 25 neumonía (11%) y 3 por probable tuberculosos pulmonar(1%). (Grafica 5).

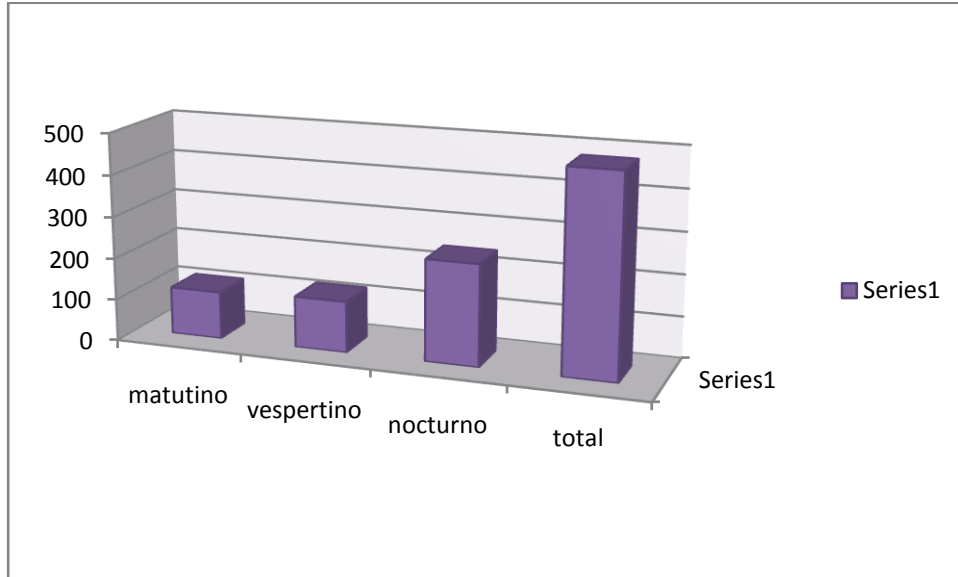
Se encontraron 91 padecimientos distintos a cardiacos y pulmonares los cuales fueron 2 de dolor torácico por ansiedad, 1 por esofagitis, 1 por mastitis fibroquistica y 87 por osteocondritis. (grafica 6).

Del total de 480 pacientes solo 51 pacientes presentaron alteraciones cardiacas y en 87 pacientes se encontraron alteraciones en radiografías de tórax. (Grafica 7)

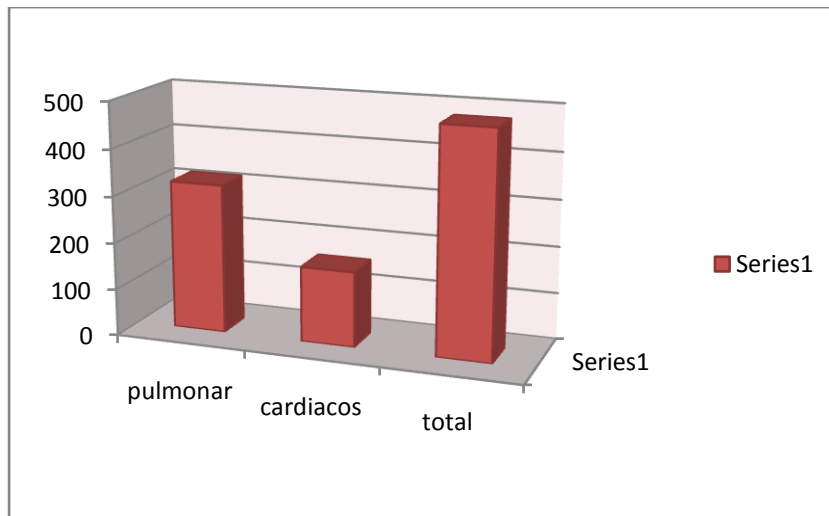
GRAFICAS



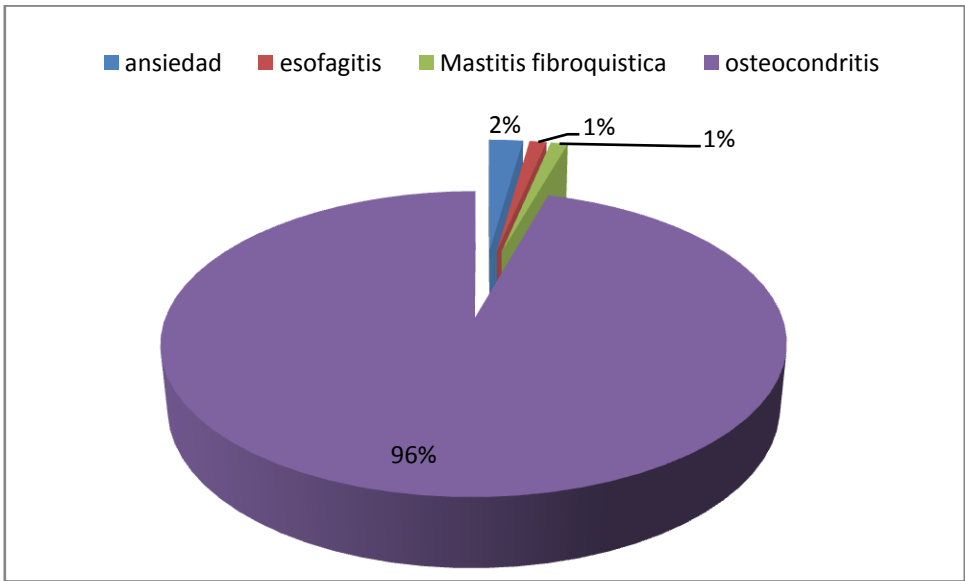
Grafica No 1 Relación de hombres y mujeres



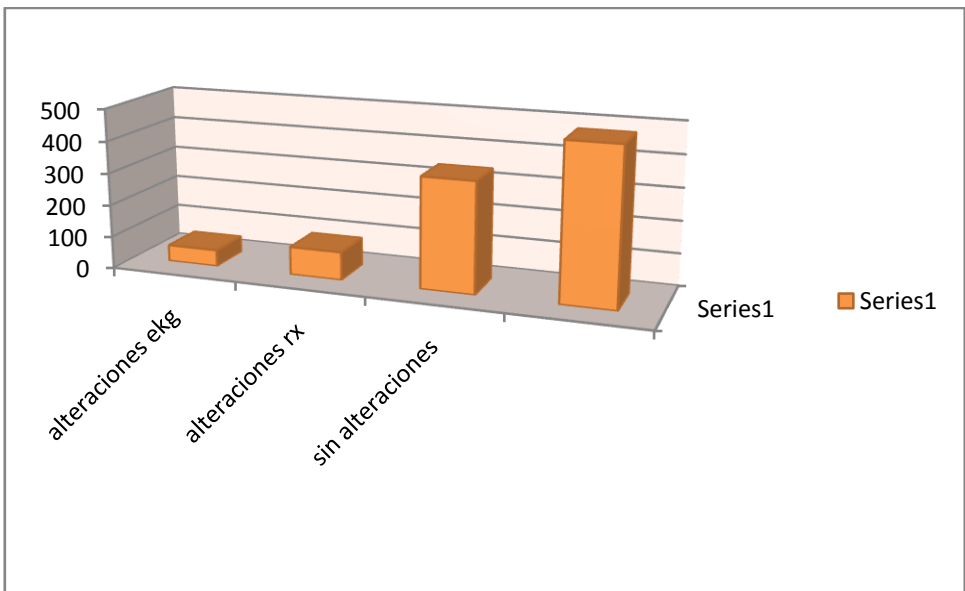
Grafica No 2 Relación de consultas x turno



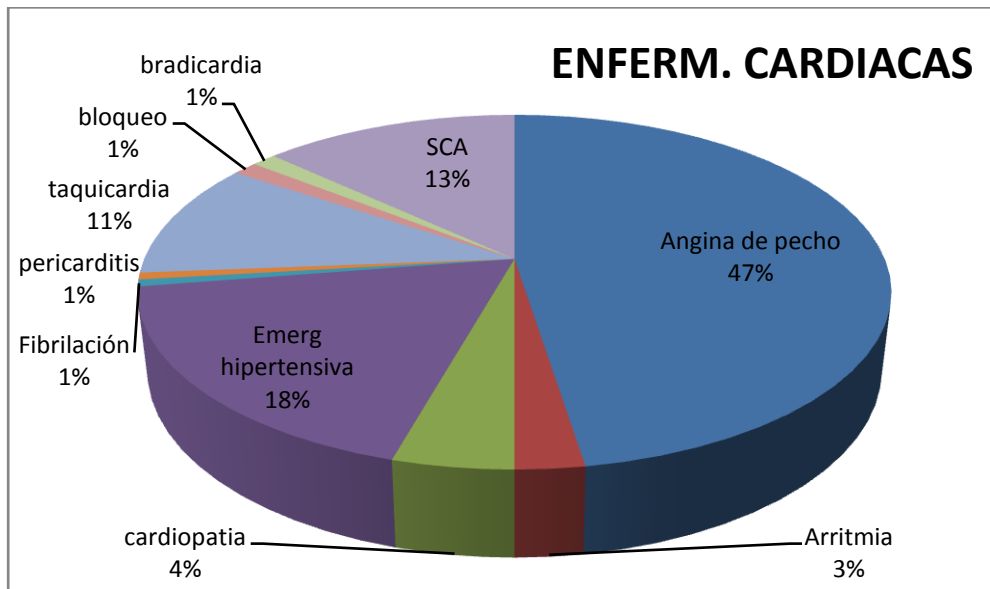
Grafica No 3 Relación de pacientes por padecimiento



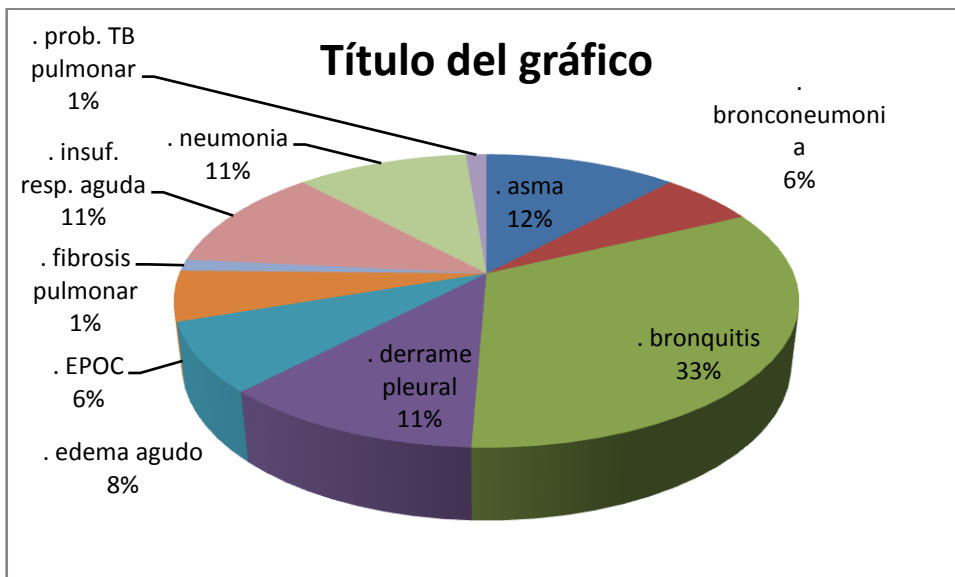
Grafica 6 Otros padecimientos distintos a cardiacos y pulmonares



Grafica 7 alteraciones en electrocardiograma y en Radiografías de Torax



Grafica 4 por padecimiento cardiaco



Grafica 5 Por padecimientos pulmonares

ANALISIS DE RESULTADOS

De las 480 encuestas realizadas encontraron un rango de edades de 21 a 80 años, los grupos de edades fueron de 21 a 30, de 31 a 40, de 41 a 50, de 51 a 60, de 61 a 70 y de 71 a 80 años, el rango que más solicitó consulta fue de 51 a 60 años con un total de 115 consultas (24%). EL 47 % fueron mujeres y el 53 fueron hombres. Hubo más consulta por dolor torácico durante el turno nocturno siendo un 51%. Se encontró mayor incidencia de consulta por padecimientos no cardíacos siendo un 66% en total.

Debido a padecimientos cardíacos se encontraron consultas por angina de pecho, arritmia, cardiopatía no especificada, emergencia hipertensiva, fibrilación pericarditis, bloqueo de rama y síndrome coronario agudo, ocupando el primer lugar la angina de pecho con un 47% del total de consultas por este padecimiento.

En relación a padecimientos Pulmonares acudieron por crisis asmática, bronconeumonía, bronquitis, derrame pleural, edema agudo de pulmón, EPOC, fibrosis, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía y por probable tuberculosos pulmonar, ocupando el primer lugar de estos la bronquitis con un 33%

Se encontraron padecimientos distintos a cardíacos y pulmonares los cuales fueron dolor torácico, ansiedad, esofagitis, mastitis fibroquística y por osteocondritis siendo este último el más encontrado con un 96%

Del total pacientes solo el 11% pacientes presentaron alteraciones cardíacas y el 18% pacientes se encontraron alteraciones en radiografías de tórax.

CONCLUSIONES

Se concluye que la consulta por dolor torácico es casi igual en hombres que en mujeres, presentándose este padecimiento con mayor frecuencia durante la noche, encontrándose como causa principal de esta consulta fue la osteocondritis en pacientes de 41 a 60 años, seguida de la angina de pecho, se observo que el uso de Rx solo es necesario cuando se utilizan para la confirmación de diagnósticos cardiacos y pulmonares siendo innecesarias para cuando existe sospecha de padecimiento distinto a estos. No olvidando que en los pacientes de la tercera edad los cuadros son atípicos por lo que si se utilizarían los estudios complementarios

CONCLUSION FINAL

La causa principal de dolor torácico no traumático en el área de urgencias en el hospital general de zona numero 7 de Monclova Coahuila en el periodo de 1º de diciembre 2011 al 31 enero 2012 de consulta por dolor torácico es no cardiaca siendo la osteocondritis, seguida de la principal causa cardiaca que es la angina de pecho.

RECOMENDACIONES

Es recomendable el tener en mente que no todo dolor torácico es debido a causa cardiaca y enfocar mejor la clínica para no usar recursos de EKG y Radiografías si no son necesarias para la corroboración de un diagnostico .

BIBLIOGRAFIAS.

1. Manejo del Dolor Torácico Agudo. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, Revisión 0. Febrero 1999.
2. Manejo del Dolor Torácico Rev. argentina de Card. Vol. 73. Sept. 3 Nov.dic 2005.
3. Dolor Torácico. Curso de formación continuada en medicina de urgencias .Reconocido de interés sanitario por el ministerio de sanidad y consumo

4. E. GARCIA LOPEZ. Urgencias en Atención Primaria Dolor Torácico
5. Grupo de trabajo SEMES Indsalud Dolor Torácico Agudo .EMERGENCIAS 200013: 66 -71
6. DR PEDRO AMONTE Primer Consenso Uruguayo del Dolor Torácico.. Noticias 144. Mayo 2008
7. JUAN ANTONIO RIVERO. GUERRERO ADJUNTO DE URGENCIAS MANUEL J RUIZ RUIZ Dolor Torácico, hospital Clínico Universitario de Malaga médico interno residente de cardiología
8. PETEN ROSEN Dolor Precordial Medicina de Urgencias Conceptos y Practica Clínica Capitulo 19 Pag. 1
9. JUDITH TINTINALL I M.D.M.S. Dolor Precordial y Posible Isquemia del Miocardio Medicina de Urgencias Sexta edición cap. 45 pag. 387
10. Dr. Antonio Aguirre Yanela Caterina Foglia, Nélica Inés Giménez DOLOR TORACICO EN EMERGENCIA Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 156 – Abril 2006
11. Sergio Alvizú C1, Fernanda Bellolio A1, Rodrigo Poblete U1, Miguel Marchesse R1, Fernando Saldías P2. Series clínicas de medicina de urgencia Evaluación del dolor torácico no traumático en el Servicio de Urgencia
12. Revista Española de Cardiología Volumen 60, Issue 3, March 2007, Pages 276-284
13. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias Rev. Cub. Med. Int. Emerg. 2008;7(2):1062-1072.
14. Dolor pre-cordial Diagnostico Diferencial y pautas de tratamiento
15. MARIO INAUDIS FAJARDO PEREZ-RODEL PEREZ PEREZ-HUBERT BLAS- RIVERO MARTINEZ-JUAN ANTONIO SAMPERNOA- FRANCISCO PEREZ LEMUS Dolor Torácico Agudo.- Guías clínicas en atención primaria 2004 la Habana Cuba
16. MONICA JARAMILLO MD -Dolor Torácico Instituto de enfermedades cardiovasculares Fundación de Santa Fe Bogotá
17. DR EUSEBIO L. PEREZ FLORES - Síndrome Doloroso Torácico. Foro de Investigación y Tratamiento para el Dolor por la comunidad medica
18. DRES LORELY GARCIA GARGELIO-ANTONIO LUSTEMBERG Dolor Torácico en el Departamento de Emergencia. Arch. Pediatría. Urg. 2005; 76(2) 111-114
19. Dolor pre-cordial Diagnostico Diferencial y pautas de tratamiento
20. DR HERBERT HOFMANN El Dolor Torácico
21. JUDITH TINTINALL IM.D.M.S. Dolor Precordial y Posible Isquemia del Miocardio Medicina de Urgencias Sexta edición cap. 45 pag. 387

ANEXOS

DRA ROSADO ROBLEDO MARIA DE JESUS
HGZ/UMF NO 7 MONCLOVA COAHUILA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y fecha

_____Monclova Coahuila a _____Diciembre 2011_____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

CAUSAS DE DOLOR TORACICO NO TRAUMATICO EN EL AREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 7 DE MONCLOVA COAHUILA EN EL PERIODO DE 1º DE DICIEMBRE 2011 AL 31 ENERO 2012

Registrado ante el comité local de investigación en salud o la CNIC

506 Nueva Rosita Coahuila

El objetivo del estudio es:

Conocer las causas, del paciente con dolor torácico no traumático en el área de urgencias del HGZ No. 7 de Monclova Coahuila del 1º Diciembre 2011 al 31 enero 2012

Se me ha explicado que mi participación consistió en:

Contestar preguntas y realizarme estudios por ejemplo de laboratorio, radiografías, los cuales no afectan a mi salud u organismo

Declaro que se me ha explicado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: _____

Pudiera ser solo un poco de dolor a la toma del laboratorio, cosa común en cualquier examen que se toma uno por otras razones

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia del mismo.

Nombre y firma del paciente

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas con el estudio
HGZ No 7 TEL 6 33 58 11 EXT 41222 CELULAR INVESTIGADOR PRINCIPAL 86661128860

CAUSAS DE DOLOR TORACICO NO TRAUMATICO EN EL AREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 7 DE MONCLOVA COAHUILA EN EL PERIODO DE

Fecha ___/___/___ turno _____ Medico _____

- TA. Brazo Izq. ___/___ FC _____ FR _____ T _____ Hora _____

Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Tabaquismo _____ Alcoholismo-----

Hipertensión Arterial _____ Diabetes Mellitus _____ Enf. Coronaria _____ C. Cardiovascular _____
gastritis _____ RGE _____ obesidad _____ EPOC _____ Uso de cocaína última semana _____
Sí _____ No _____
Cambio brusco de temperatura _____ Traumatismo _____

Anamnesis

Molestia o dolor torácico ahora _____
Tiempo evolución de dolor
Horas _____ Días _____

Irradiación. _____

Espalda _____ Mandíbula _____ Brazo Izq. _____
Brazo Der _____ Hombro _____
Otro (cual) _____

Características:

Pungitivo ___ Ardoroso ___ opresivo ___
Transfictivo _____ Punzante _____ adolorido _____

Síntomas acompañantes

Disnea _____ Diaforesis _____ Vomito _____ Tos _____
Mareo _____ Parestesias _____ Sx. gripal _____

Exploración Física

Dolor
a la palpación ___ al inspirar _____
a la digito presión _____ Sensibilidad _____
Dificultad Respiratoria _____
Diaforesis _____
Soplos _____
Chasquido Sistólico _____
Distensión Ven Yug _____
Dism. murmullo Vesic _____
Roce Pleural _____
Enfisema subcutáneo _____
Estertores _____
Dolor epigástrico _____
Dolor en CSD _____

Estudios Complementarios

ECG alteración onda t ___ ST ___ Q ___ Normal _____ Hora _____
Rx. Normal _____ Derrame _____ opacidad _____ infiltrados _____ Hiperclaridad _____

- SO2 _____ Dextroxtist _____

Diagnostico medico y seguimiento

Consultorio _____, domicilio _____, área de choque _____, curaciones _____

Diagnostico inicial _____ Dx Final _____