



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACION.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS**

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1
“LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“PREVALENCIA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON AFILIACIÓN AL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 “LIC.
IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ” DEL AÑO 2020 AL 2022”**

NUMERO DE REGISTRO: SIRELCIS R-2025-1701-012

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE
URGENCIAS**

PRESENTA: DR. CRAIGH WILLIAM CALLAN WATTS ISLAVA.

NO.CVU: 2168884

ASESOR DE TESIS:

DRA. MARIA MIROSLAVA OLIVAREC BONILLA

CUERNAVACA MORELOS, FEBRERO 2025

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador Responsable:

Nombre: M.E. María Miroslava Olivarec Bonilla

Adscripción: Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos.

Teléfono: 7772226895

Correo electrónico: dra.miros@hotmail.com

Matrícula: 99203863

Investigadores Asociados:

Nombre: Médico Residente Craigh William Callan Watts Islava

Adscripción: Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos.

Teléfono: 7771306953.

Correo electrónico: drwattsislava@gmail.com

NO.CVU: 2168884

Matrícula: 98181840

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1701**.
H GRAL REGIONAL -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS **18 CI 17 007 032**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 17 CEI 004 2018121**

FECHA **Viernes, 14 de febrero de 2025**

Doctor (a) Maria Miroslava Olivarec Bonilla

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia de Síndrome Coronario Agudo en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con afiliación al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 "Lic. Ignacio García Téllez" del año 2020 al 2022..** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2025-1701-012

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

ROBERTO GONZALEZ CARCAÑO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1701

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE
URGENCIAS PRESENTA:
CRAIGH WILLIAM CALLAN WATTS ISLAVA RESIDENTE DE MEDICINA DE
URGENCIAS DEL HGR NO. 1.

AUTORIZACIONES:

DRA. AMELIA MARISA LEYVA DORANTES.
COORD. DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA AVILA JIMENEZ
COORD. AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

DR. MARIANO CASTILLO SALAZAR
COORD. AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD

DRA. SARAHÍ RODRÍGUEZ ROJAS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

DR. JOSÉ DE JESÚS ARTEAGA CASTREJÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS

DRA. MARÍA MIROSLAVA OLIVAREC BONILLA
ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO

**“PREVALENCIA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON AFILIACIÓN AL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 “LIC.
IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ” DEL AÑO 2020 AL 2022”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE
URGENCIAS PRESENTA:

CRAIGH WILLIAM CALLAN WATTS ISLAVA RESIDENTE DE MEDICINA DE
URGENCIAS DEL HGR NO. 1.

**DR. JOSÉ DE JESÚS ARTEAGA CASTREJÓN
PRESIDENTE DEL JURADO**

**DR. JUVENTINO RAMÓN CISNEROS BAHENA
SECRETARIO DEL JURADO**

**DRA. MARÍA MIROSLAVA OLIVAREC BONILLA
VOCAL DEL JURADO**

DEDICATORIA

A mi mamá Leticia Caridad Islava Gálvez y a mi abuelita María Jesús por siempre apoyarme y estar dispuestas para sacar lo mejor de mí.

A mi tío Marco ya que si no hubiera sido por el no me habría aventurado en este hermoso mundo de la medicina.

A mi novia Jackie por apoyarme incondicionalmente día con día.

Al resto de mi familia por estar, aunque yo no esté.

AGRADECIMIENTOS

Al IMSS por brindarme las armas y el conocimiento necesario para poder desempeñar mi carrera. Al Hospital General Regional No1 Cuernavaca por acogirme durante mi formación profesional.

Contenido

RESUMEN.....	9
Marco teórico.....	11
Justificación.....	16
Planteamiento del problema.....	17
Objetivo:.....	18
Hipótesis:.....	18
Material y métodos.....	19
Criterios de Selección.....	19
Variables.....	21
Técnica de recolección de datos.....	24
Plan de Análisis.....	24
Aspectos Éticos.....	24
Aspectos de bioseguridad:.....	26
Recursos Financieros y Factibilidad.....	26
Resultados.....	27
Discusión.....	31
Conclusiones.....	32
Cronograma de Actividades 2023-2025.....	33
Anexos:.....	36

RESUMEN

Prevalencia de Síndrome Coronario Agudo en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con afiliación al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del año 2020 al 2022

M.E. María Miroslava Olivarec Bonilla; M.R. Craigh William Callan Watts Islava

Introducción: Los enfermos renales crónicos tienen el riesgo cardiovascular elevado, especialmente en síndromes coronarios agudos. La disminución del filtrado glomerular aumenta la probabilidad de eventos coronarios. Las tasas de mortalidad a los 30 días son variadas, cerca del 2% para angina inestable, 7% para infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (NSTEMI) y 11% para infarto agudo de miocardio con elevación del ST (STEMI). Después del primer infarto de miocardio alrededor del 25% de los hombres y el 38% de las mujeres mueren en el primer año. Un segundo infarto afecta alrededor del 18% en el sexo masculino y el 35% en el sexo femenino en un periodo de seis años. Además, desarrollan insuficiencia cardiaca en un 22% y 46% respectivamente.

Objetivo: Conocer la prevalencia de síndromes coronarios agudos en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal afiliados al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del año 2020 al 2022

Material y métodos: Diseño transversal, descriptivo, retrospectivo y observacional, en el que se incluirán pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica que cumplan con los criterios de inclusión. Para la obtención de variables se usará el sistema PHEDS y SIMO. Se plasmará esta información en tablas. Se realizará análisis descriptivo, cualitativo utilizando fórmulas de proporción para determinar características sociodemográficas y clínicas. Los resultados se analizarán con apoyo del programa estadístico STATA 13.

Recursos materiales: Se requerirá una computadora, paquete básico de Office, Programa estadístico STATA, una impresora, artículos de oficina: hojas blancas tamaño carta, bolígrafos, lápices, goma, sacapuntas, tabla porta documentos y calculadora.

Recursos Físicos: Utilizaremos el recinto de la biblioteca del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez”, para realizar recolección de la información.

Recursos Financieros: Todos los gastos relacionados con la investigación serán cubiertos por el tesista.

Experiencia del grupo: El grupo de investigadores está conformado por personal médico capacitado y con formación en el área clínica, docencia e investigación.

Tiempo para desarrollarse: 8 semanas al obtener la autorización de los comités de ética e investigación.

Palabras clave: Prevalencia. Síndrome coronario agudo. Enfermedad renal Crónica.

Marco teórico

A través de un exhaustivo análisis histórico, se reconstruye la evolución de la comprensión del síndrome coronario agudo (SCA), desde las descripciones gráficas realizadas por Horemkens en el 1500 a.C. hasta los avances médicos de la era moderna (1).

Basado en la cuarta definición de infarto, el síndrome coronario agudo, se define como daño miocárdico agudo secundario a un evento por la reducción repentina o bloqueo del aporte de oxígeno al corazón, conduciendo a lesión miocárdica aguda que se traducen en cambios clínicos, electrocardiográficos y de laboratorio los cuales son necesarios para su diagnóstico (2). Esta patología se divide en dos grandes entidades, las cuales incluyen infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST y síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST(2)(3).

Los pacientes enfermos renales crónicas tiene una alta prevalencia de patologías cardiacas. La enfermedad renal crónica (ERC) se define como alteraciones renales estructurales o en la función renal que se presentan más de 3 meses con descenso de la tasa de filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min/ 1.73 m². Para evaluar a los pacientes con ERC nos basamos en las guías "The Kidney Disease Improving Global Outcomes" (KDIGO). (4).

El grado de afección se divide según la tasa de filtrado glomerular (TFG) (4):

Grado	Definición	Tasa de filtrado glomerular
1	Normal o alto	>90 ml/min/1,73m ²
2	Descenso ligero	60 – 89 ml/min/1,73m ²
3a	Descenso ligero-moderado	45 – 59 ml/min/1,73m ²
3b	Descenso moderado-severo	30 – 44 ml/min/1,73m ²
4	Descenso severo	15 - 29 ml/min/1,73m ²
5	Fallo renal	<15 ml/min/1,73m ²

El informe del estudio de la "Global Burden Disease" (GBD) en 2015 respecto a la enfermedad renal crónica reveló que en 1990 se registraron en promedio 592,921 fallecimientos a nivel mundial debido a esta enfermedad. Para el año 2013, esta cifra aumentó significativamente a 1,234,931 muertes, lo que representa un

aumento del 108.28% en el período mencionado. La tasa de mortalidad a nivel global, considerando todas las edades y ambos sexos, experimentó un incremento de 11.18 a 16.75 por cada 100,000 habitantes en ese mismo intervalo de tiempo (5).

En Estados Unidos se reportaron 660,000 muertes por enfermedad renal crónica y actualmente hay un aproximado de 30,000,000 de pacientes con afección renal en estadios iniciales con afección renal (6). Un estudio realizado por Thompson en residentes de Alberta reportó que el motivo más común de morbilidad en pacientes con TFG menor a 60 ml/min/1.73/m² fueron las enfermedades cardiovasculares, también hicieron referencia que la mortalidad secundaria a estas enfermedades era inversamente proporcional al filtrado renal (7).

INEGI en 2021 publicó que las enfermedades cardíacas fue la segunda causa de defunción en México, reportando 113,893 decesos, Hombres (H): 62,617 Mujeres (M): 51,276 (8).

En nuestro país la ERC se encuentra en novena posición de mortalidad y se estima la existencia de 11,000,000 a 12,000,000 de pacientes con este padecimiento, de los cuales el 1-3% se encuentra en grados avanzados de la enfermedad. El costo anual para la cobertura en México en pacientes del seguro social fue de \$1,450,000,000 MX. Se estima que los enfermos renales crónicos aumentarán al 14.3% en 2030 y los costos anuales aumentarán en un 28%. En el 2013 se reportó que la mitad de las muertes en pacientes con diálisis fue a causa de patologías cardíacas (9). En el Estado de Morelos en 2005 los casos prevalentes de enfermos renales crónicos en etapas terminales fueron 2053, significando una tasa de prevalencia por millón de 1267. Se midió una incidencia de 389 por millón de habitantes.(10)

En 2016 Morelos fue la segunda delegación del IMSS con mayor incidencia de casos de pacientes que iniciaron terapia de reemplazo renal con diálisis peritoneal. (11)

Los pacientes con diagnóstico de ERC tienen un riesgo cardiovascular elevado, principalmente en contexto de lesión miocárdica aguda. Autopsias realizadas han demostrado más placas ateromatosas y mayores lesiones ateromatosas por calcificaciones en pacientes con afección renal contra los que no la tienen. Aproximadamente el 40 a 50% de los pacientes con el antecedente previamente comentado han sido diagnosticados con algún síndrome coronario agudo. (12,13)

Los datos obtenidos del registro global “*Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes*” revelan que la tasa de mortalidad a los 30 días varía, siendo alrededor del 2% para pacientes con angina inestable, aumentando al 7% con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (NSTEMI) y alcanzando un 11% para quienes padecen infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (STEMI). (14)

Los resultados del Estudio Familiar del Corazón señalan que después de sufrir un primer infarto de miocardio (IM) reconocido, aproximadamente el 25% del sexo masculino y el 38% del sexo femenino morirán dentro del primer año. Asimismo, un segundo IM afectará alrededor del 18% de varones y el 35% de féminas en un lapso de 6 años; durante este período, aproximadamente el 22% y 46% respectivamente desarrollarán insuficiencia cardíaca derivado de este evento. (15)

Los principales factores de riesgo asociados a síndromes coronarios agudos se han descrito a lo largo del tiempo, los cuales incluyen edad por arriba de 65 años, IMC mayor a 25/kg/m², tabaquismo, diabetes, hipertensión e historia familiar (3). Los pacientes con ERC, además de tener estos antecedentes descritos por sus patologías de base, tienen factores de riesgo que aumentan la exposición a SICA, como son las lesiones cardiovasculares asociadas a elevación de la urea, inflamación crónica, estrés oxidativo aumentado y metabolismo anormal de calcio-fosforo (16).

Hossain et al. Realizó un estudio en el Centro Médico de la Universidad de Nueva Jersey en el cual tomaron 497 pacientes a los cuales realizaron intervención coronaria percutánea. Una población estudiada de 354 fueron hombres y 143 mujeres. Como mayores comorbilidades encontraron Hipertensión arterial 417,

Hiperlipidemia en 423 y Enfermedad renal crónica en 350, los cuales representaron el 70.4% (350/497). Por grado de progresión de la enfermedad por KDIGO encontraron 242 pacientes (69%) en estadio G2, 93 pacientes (27%) en estadio G3, 5 (1%) en estadio G4 y 9 (3%) en estadio G5 (17).

Gyurjian et al, realizaron un estudio en 1753 pacientes jóvenes con IAM tipo 1, mediana de edad 45 años, 85,3% fueron hombres, la enfermedad renal crónica estaba presente en 112 (6,8%) pacientes. Una mayor proporción de pacientes con ERC tenían hipertensión, hiperlipidemia, diabetes y obesidad concomitantes (18).

Thus, Shlipak et al. Realizaron un estudio en 130,099 pacientes, con infarto agudo al miocardio y encontraron que el aumento de la creatinina de 1.5 y 2.4 mg/dl, y 2.5 – 3.9 mg/dl, fueron predictores independientes relacionados al riesgo de mortalidad (19).

Jurkovitz y colaboradores escribieron en un estudio prospectivo de 13,329 pacientes en un periodo de 9 años en donde asociaron la anemia y aumento de la creatinina 1.5 mg/dl en hombres y 1.2 mg/dl en mujeres, incrementó el riesgo de infarto agudo al miocardio en 2.7 veces comparados con los que conservaban la función renal (20).

En 2020 Moisi y colaboradores realizaron un estudio en el Hospital Clínico de Emergencias del condado de Oradea, Rumania en donde tomaron como población 137 pacientes con diagnóstico de SICA y enfermedad renal crónica y 136 con diagnóstico de SICA sin afección renal en donde encontraron infarto agudo al miocardio con mayor prevalencia en pacientes sin enfermedad renal crónica 43.88% vs 36% en pacientes con enfermedad renal crónica. Encontraron mayor prevalencia de pacientes con diagnóstico STEMI en pacientes con ERC representando un total de 28.47% vs 18% en pacientes con función renal conservada. Reportaron angina inestable en 32% de pacientes con función renal conservada vs 26% de pacientes con enfermedad renal crónica. Respecto al infarto agudo al miocardio sin obstrucción en las arterias coronarias encontraron una baja prevalencia 6% y 9% respectivamente (21).

Romero y colaboradores realizaron un estudio en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro, en donde expusieron la relación que existe entre el diagnóstico del SICA y los grados de la ERC. Todos los diagnósticos del SICA se evidenciaron con mayor amplitud en los pacientes con grado 3 de la ERC representando el 86.6%, STEMI el 56,1 % y AI en un 24,4 %; mientras que, NSTEMI el 6,1 %. Por otra parte, el grado 4 se encontró en el 12,2 % del total de los diagnósticos (22).

Este trabajo de investigación tiene como objetivo en medir la prevalencia de síndromes coronarios agudos en pacientes con enfermedad renal crónica desde una perspectiva epidemiológica y diagnóstica. La investigación también se centra en el contexto mexicano, donde las enfermedades cardiacas y la ERC tienen un impacto significativo en la mortalidad. Se presentan datos estadísticos actuales sobre las defunciones por enfermedades cardiacas en México y la creciente prevalencia de pacientes con ERC. Así mismo, se destaca la relevancia económica de la ERC y su proyección a futuro, lo que subraya la importancia de abordar eficazmente esta patología para prevenir el desarrollo de síndromes coronarios agudos en estos pacientes.

Justificación

Las enfermedades cardíacas son la segunda causa de decesos a nivel nacional, para los pacientes con enfermedad renal crónica representó la mitad de las causas de muerte en el 2013. Los síndromes coronarios agudos representan un costo anual importante al Instituto Mexicano del Seguro Social. Morelos es una delegación con alta prevalencia de pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, ocupando los primeros lugares a nivel nacional de incidencia en inicio de terapia de reemplazo renal. Se estima un aumento de 14.3% en la prevalencia de enfermos renales crónicos para el año 2030. Con estos antecedentes, es importante conocer la prevalencia de pacientes con síndrome coronario agudo en pacientes con diagnóstico enfermedad renal crónica afiliados al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez”.

Planteamiento del problema

La enfermedad renal crónica es un problema de salud a nivel mundial, afectando aproximadamente entre el 8 a 15% de la población. Nuestro hospital es de alta concentración en el estado de Morelos y tiene una gran población de pacientes que padecen afección renal crónica en alguno de sus grados de estadificación de la enfermedad, por lo que conocer la prevalencia de diagnóstico de síndrome coronario agudo en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica es muy importante para dar apertura a nuevas líneas de investigación e iniciar protocolos de prevención. Sin embargo, no encontramos en la literatura algún estudio o dato que nos indique cual es la prevalencia del síndrome coronario agudo en los pacientes con enfermedad renal crónica de nuestro hospital, es por eso que formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la Prevalencia de Síndromes Coronarios Agudos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en Pacientes afiliados al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del año 2020 al 2022?

Objetivo:

General:

Conocer la prevalencia de síndromes coronarios agudos en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal afiliados al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del año 2020 al 2022.

Específicos:

Describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico enfermedad renal crónica en pacientes con síndrome coronario agudo afiliados al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del año 2020 al 2022.

Identificar el grado de la enfermedad renal crónica con diagnóstico de síndrome coronario agudo afiliados al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del año 2020 al 2022.

Describir los tipos de síndromes coronarios agudos en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica.

Hipótesis:

1. La prevalencia de síndrome coronario agudo en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en pacientes afiliados al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” será de del 40%.

Material y métodos

Tipo de estudio: observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo.

Población blanco: Expedientes de pacientes derechohabientes hombres y mujeres del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” con diagnóstico de enfermedad renal crónica de 18 a 99 años atendidos en urgencias.

Población accesible: Expedientes de pacientes derechohabientes hombres y mujeres del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” con diagnóstico de enfermedad renal crónica y síndrome coronario agudo de 18 a 99 años atendidos en urgencias.

Muestra: No probabilística de casos consecutivos.

Tamaño de muestra:

Técnica de muestreo: por conveniencia.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Expedientes de mujeres y hombres derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social de 18 a 99 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica que se atendieron en el servicio de urgencias durante el periodo del primero de enero 2020 al treinta y uno de diciembre 2022.
- Expedientes de mujeres y hombres derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social de 18 a 99 años con diagnóstico de dolor torácico, angina inestable, infarto agudo al miocardio con antecedente de enfermedad renal crónica que se atendieron en el servicio de urgencias durante el periodo del primero de enero 2020 al treinta y uno de diciembre 2022.
-

Criterios de exclusión:

- Expedientes incompletos
- Expedientes con causa no determinada de muerte
- Pacientes con diagnóstico de insuficiencia hepática, enfermedades reumatológicas y cáncer.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Función	Tipo	Escala	Indicador
Síndrome Coronario Agudo	Término que se usa para un grupo de afecciones que repentinamente detienen o reducen de manera considerable el flujo de sangre al músculo cardíaco	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST ⁺ , " infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST ⁺ , " Angina Inestable"	Variable dependiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	1
Infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST	Término que se debe usar cuando haya daño miocárdico agudo con evidencia clínica de isquemia miocárdica aguda y detección de un aumento o caída de los valores de cTn con al menos 1 valor por encima del percentil 99 y elevación del segmento ST en dos o más caras contiguas en el electrocardiograma	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST según los criterios de la Cuarta definición de infarto.	Variable dependiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	2
Infarto agudo del miocardio sin elevación del segmento ST	Término que se debe usar cuando haya daño miocárdico agudo con evidencia clínica de isquemia miocárdica aguda y detección de un aumento o caída de los valores de cTn con al menos 1 valor por encima del percentil 99 sin elevación del segmento ST en dos o más caras contiguas en el electrocardiograma	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de " infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST de acuerdo a lo criterios según la Cuarta definición de infarto.	Variable dependiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	3
Angina Inestable	El término se debe usar cuando los niveles de marcadores cardíacos no cumplen los criterios para infarto agudo de miocardio acompañado de angina en reposo prolongada (en general, > 20 min).	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de " angina inestable.	Variable dependiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	4
Enfermedad renal crónica KDIGO G3A	Enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular de 45 a 59 ml/min/1.73m ²	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular de 45 a 59 ml/min/1.73m ² según la fórmula de MDRD	Variable independiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	5

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Función	Tipo	Escala	Indicador
Enfermedad renal crónica KDIGO G3B	Enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular de 30 a 44 ml/min/1.73m ²	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular de 30 a 44 ml/min/1.73m ² según la fórmula de MDRD	Variable dependiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	7
Enfermedad renal crónica KDIGO G4	Enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular de 15 a 29 ml/min/1.73m ²	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular de 15 a 29 ml/min/1.73m ² según la fórmula de MDRD	Variable independiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	8
Enfermedad renal crónica KDIGO G5	Enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular menor a 15 ml/min/1.73m ²	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular menor a 15 ml/min/1.73m ² con o sin tratamiento sustitutivo de la función renal según la fórmula de MDRD	Variable independiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	9
Tipo de terapia sustitutiva de la función renal	Paciente con terapia sustitutiva de la función renal en Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva de la función renal en Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal	Variable independiente	Cualitativa, nominal dicotómica	1. Hemodiálisis 2. Diálisis Peritoneal	10
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Expediente de paciente con descripción de características fenotípicas que definen a hombres y mujeres	Variable independiente	Cualitativa, nominal dicotómica	1. Mujer 2. Hombre	11
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	Edad plasmada en el expediente	Variable independiente	Cuantitativa discreta	Edad en años	12

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Función	Tipo	Escala	Indicador
Hipertensión arterial sistémica	Trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.	Variable independiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	13
Diabetes Mellitus	Enfermedad metabólica crónica caracterizada por la glucosa en sangre elevada	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de Diabetes Mellitus.	Variable independiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	14
Dislipidemias	Concentración elevada de lípidos	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de dislipidemia.	Variable independiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	15
Tabaquismo	Edad en años completos, en que una persona comienza a usar algún producto de tabaco en forma regular	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de tabaquismo.	Variable independiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	16
Obesidad	Exceso de grasa en el organismo con índice de masa corporal en el adulto mayor de 30 kg/m ²	Expediente con diagnóstico o antecedente diagnóstico de obesidad.	Variable independiente	Cualitativa, nominal dicotómica	0. No 1. Si	17

Técnica de recolección de datos

- Posterior a la evaluación y aprobación por parte del Comité de Ética y Comité Local, iniciaremos la recolección de datos (la cual tendrá duración de un mes), realizando una búsqueda exhaustiva en expedientes de pacientes que ingresaron por el servicio de urgencias del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez en el periodo del primero de enero de 2020 al treinta y uno de diciembre de 2022 por medio del sistema PHEDS y SIMO con cualquiera de los siguientes diagnósticos: enfermedad renal crónica, dolor torácico, infarto agudo al miocardio, angina inestable.
- Los expedientes que cumplen con criterios de elección serán agregados al protocolo.
- Omitiremos el registro de nombre y seguridad social por protección de confidencialidad del derechohabiente, por lo que se le otorgará un folio seriado a cada expediente.
- Se tomarán en cuenta todas las variables y serán capturadas en el cuestionario de recolección de datos.
- Usaremos el cuestionario de recolección para hacer una base de datos en Excel.

Plan de Análisis

- Realizaremos análisis descriptivo cualitativo utilizando fórmulas de proporción para conocer la prevalencia de síndrome coronario agudo en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, así como sus características clínicas, grado de enfermedad y tipos de síndromes coronarios agudos.
- Una vez obteniendo los resultados se plasmarán en tablas y gráficos de frecuencias.

Aspectos Éticos

Este análisis cumple con los principios científicos y éticos establecidos en la Ley General de Salud para investigaciones en humanos. Además, sigue los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus modificaciones posteriores, así como las recomendaciones del Reporte de Belmont, que enfatizan el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia. También se adhiere a las directrices del Consejo de las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y a los estándares nacionales e internacionales que regulan la investigación clínica responsable.

Dado el diseño del estudio, no existen riesgos ni afectaciones para los participantes, ya que no se llevarán a cabo procedimientos que comprometan su confidencialidad. La investigación se basará exclusivamente en la revisión de expedientes clínicos, asegurando la protección de los datos personales. Los autores no manejarán información identificable de los pacientes.

Los investigadores se apegan a un estricto código de ética, el cual prohíbe la divulgación de cualquier dato relacionado con los registros utilizados en este estudio. La recopilación de información seguirá un protocolo estandarizado en el que solo incluirán datos sin identificación personal. Esta información será procesada en un equipo de cómputo privado para conformar una base de datos única, lo que minimizará cualquier posibilidad de filtración y garantizará la privacidad de los pacientes.

Este estudio se desarrolla conforme a lo establecido en la Ley General de Salud, particularmente en su Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 100 y se rige por los siguientes principios fundamentales:

- Base científica y ética, con el objetivo de aportar conocimientos relevantes para la salud y el desarrollo de la ciencia médica.
- Justificación metodológica, realizándose únicamente cuando la información requerida no pueda obtenerse por otros medios.
- Garantía de seguridad, asegurando que los participantes no sean expuestos a ningún tipo de daño o riesgo innecesario.

De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud, en su Artículo 17, esta investigación se clasifica como libre de riesgo, ya que no implica ninguna intervención directa sobre los participantes. Este tipo de estudio incluyen aquellos que emplean métodos retrospectivos basados en documentos y aquellos que no modifican aspectos fisiológicos, psicológicos o sociales de los individuos. Dentro de esta categoría se encuentran las investigaciones que se basan en encuestas, entrevistas o análisis de expedientes clínicos, siempre que no se trate información sensible sobre la conducta de los sujetos.

Dado que no habrá contacto directo con los participantes, este estudio no generará beneficios inmediatos para ellos ni contempla ningún tipo de compensación.

Aspectos de bioseguridad:

Contaremos con protocolo para evitar la propagación de SARS COV-2 realizando higiene de manos, uso de cubrebocas, manteniendo distancia entre investigadores y buscar espacios abiertos para realizar la recopilación de datos.

Recursos Financieros y Factibilidad

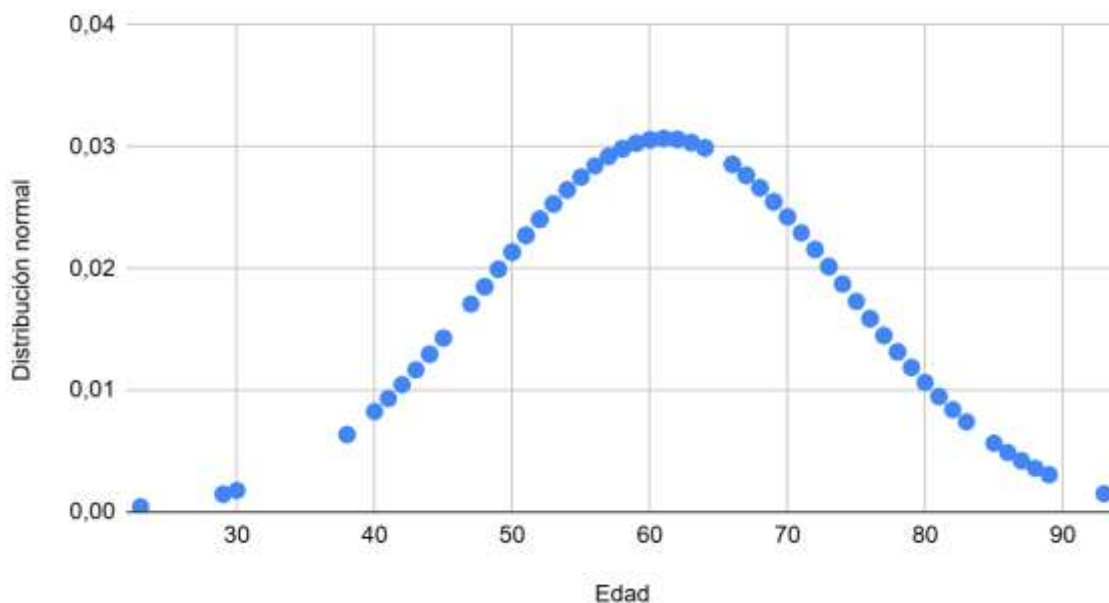
El recurso financiero será otorgado por los investigadores. Contamos con hojas de papel, plumas y material personal el cual incluye computadora, Excel e impresora para captura de datos. Es factible ya que se usarán bases de datos con pacientes ya capturados en Sistema de Código Infarto y SIMO.

Resultados

Revisamos un total de 500 expedientes de pacientes enfermos renales crónicos quienes ingresaron por el servicio de urgencias del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1 IMSS Cuernavaca, del periodo de enero 2020 a diciembre 2022, de los cuales excluimos un total de 339 al no cumplir con los criterios de selección, ya que alguno de ellos se encontraba con diagnóstico de cáncer, insuficiencia hepática y expedientes incompletos.

La muestra total de expedientes fue de 161. Dentro de los cuales un total de 111 (68.9%) pertenecía a hombres y 50 (31%) mujeres, con una media de edad de 61 años, desviación estándar de 13.005 (hombres 60 años / mujeres 62 años).

Gráfico 1. Distribución normal frente a Edad



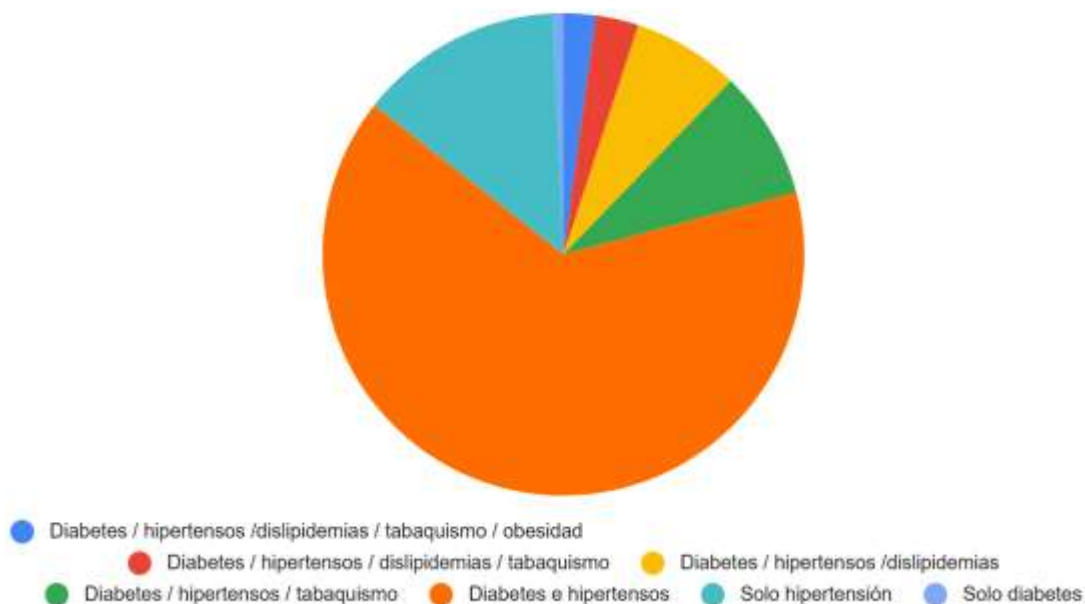
Los expedientes por grado de ERC fueron de G3A 1 (0.62%), G3B 4 (2.48%), G4 13 (8.0%), G5 141 (87.5%), de los cuales 92 pacientes se encontraban en diálisis peritoneal, 40 en hemodiálisis y 9 sin terapia de reemplazo renal.

Tabla 2. Número de expedientes por estadio grado de ERC

Estadio clínico de enfermedad	Frecuencia N= 161
G3A	1
G3B	4
G4	13
G5	143
Diálisis peritoneal	92
Hemodiálisis	40
Sin terapia de reemplazo renal	11

Las características clínicas de los expedientes fueron: total de diabetes, hipertensión, dislipidemias, tabaquismo y obesidad 3. Diabetes, hipertensión dislipidemias y tabaquismo 4. Diabetes, hipertensión y dislipidemias 10. Diabetes hipertensión y tabaquismo 12. Diabetes e hipertensión 90. Sólo hipertensión 19. Solo Diabetes 1. Mientras que solo dislipidemias, solo tabaquismo y solo obesidad un total de 0.

Gráfica 2. Características clínicas



Del total de la población estudiada encontramos un total de 33 expedientes con diagnóstico o antecedente diagnóstico de SICA representando una prevalencia del 20.49%. Desglosando los tipos de SICA hallados en los expedientes: infarto agudo

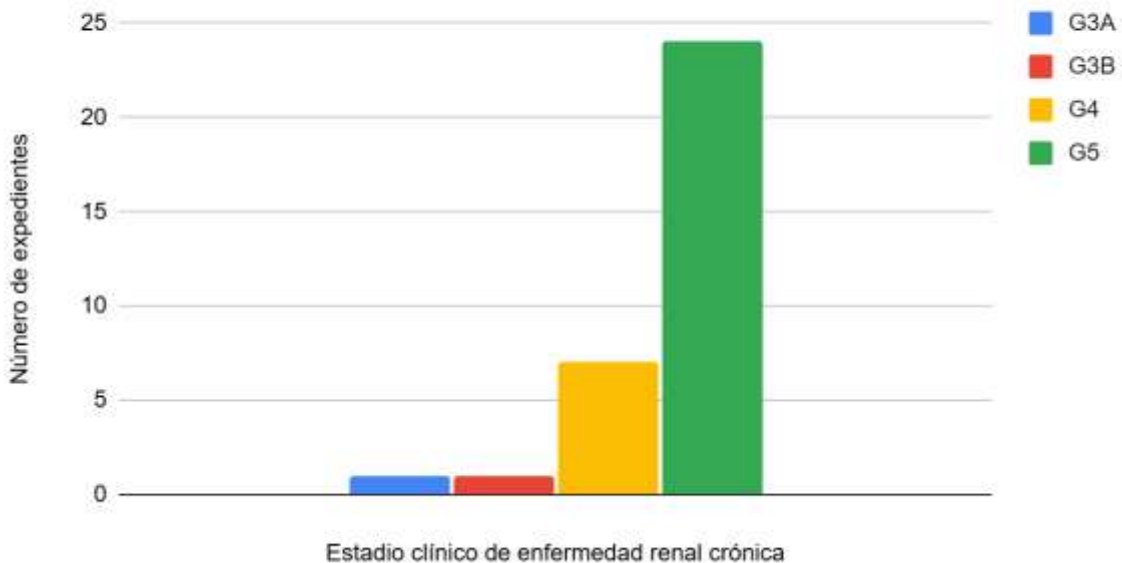
del miocardio 9, Infarto agudo del miocardio sin elevación del segmento ST 13 y angina inestable 11.

Tabla 1. Desglose de expedientes con diagnóstico o antecedente diagnóstico de síndrome coronario agudo

Tipo de SICA	Frecuencia N=33
Infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST	9
Infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST	13
Angina inestable	11

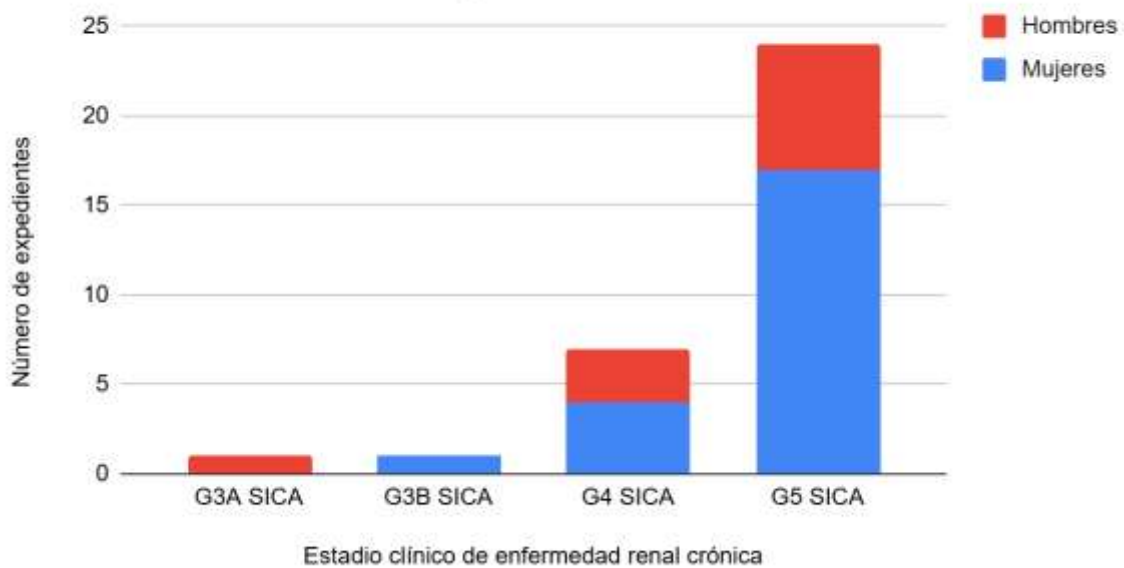
La frecuencia de síndromes coronarios agudos por estadio clínico de enfermedad renal crónica fue de G3A 1 (3%), G3B 1 (3%), G4 7 (21%), G5 4 (73%) (G5 en diálisis peritoneal 13, G5 en hemodiálisis 10, G5 sin terapia sustitutiva de la función renal 1).

Gráfica 3. Síndrome coronario agudo frente a estadio clínico de enfermedad renal crónica.



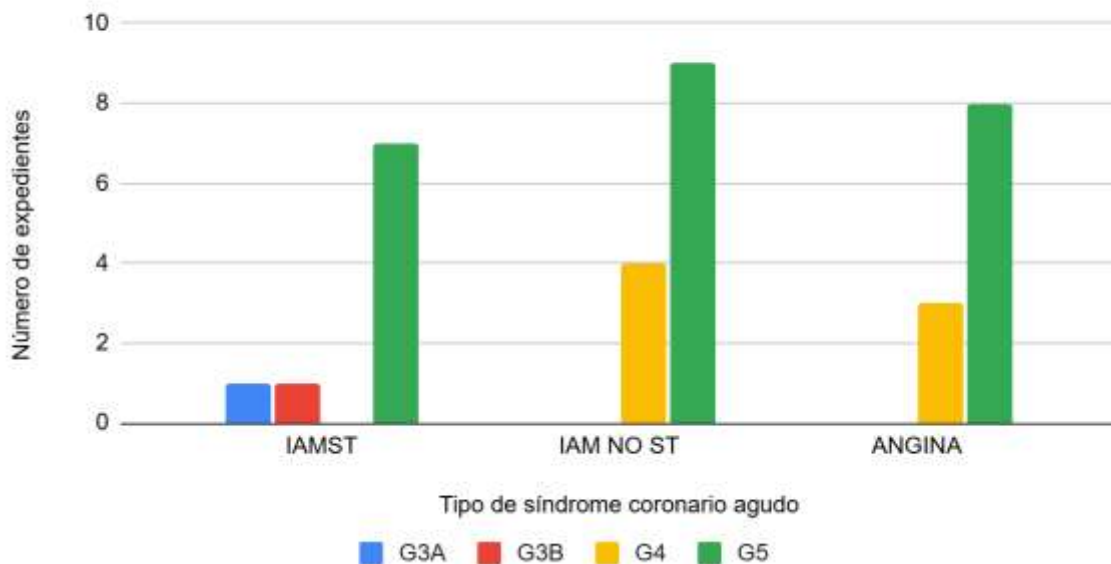
Clasificamos el total de expedientes expuestos a síndrome coronario agudo por estadio clínico y sexo encontrando un total de hombres en estadio clínico de la enfermedad G3A 0, G3B 1, G4 4 y G5 17. Así mismo mujeres en estadio clínico G3A 1, G3B 0, G4 3 y G5 7.

Gráfica 4. Síndrome coronario agudo frente a estadio clínico de enfermedad renal crónica por sexo.



Desglosamos la frecuencia de estadio clínico por tipo de SICA con los siguientes resultados: G3A con infarto STEMI 1, G3A NSTEMI ST 0, G3A AI 0. G3B con STEMI 1, G3B NSTEMI 0, G3B AI 0. G3B con STEMI 0, G3B NSTEMI 4, G3B con AI 3. G5 con STEMI 7, G5 con NSTEMI 9, G5 AI 8.

Gráfica . Tipo de síndrome coronario agudo según estadio clínico de la enfermedad renal crónica.



Discusión

En el estudio realizado la prevalencia de síndrome coronario agudo en el Hospital General Regional con unidad de medicina familiar No. 1 IMSS Cuernavaca fue baja comparada con lo esperado y reportado en la literatura internacional (20.49% vs 40%).

La característica clínica que se encontró con más frecuencia en los expedientes fue el sexo hombre y las enfermedades diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en conjunto.

La literatura internacional menciona que el estadio clínico de la enfermedad con mayor frecuencia de casos de síndrome coronario agudo es G3A, sin embargo, encontramos el mayor número de casos en grupos G4 y G5.

Corroboramos que la frecuencia de síndromes coronarios agudos fue inversamente proporcional a la TFG, siendo el grado 5 con el mayor número casos reportados.

Encontramos que el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST fue más frecuente en estadio G3A y G3B, mientras que el infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST el de mayor frecuencia en el estadio G4 y G5.

Se identificaron las siguientes limitaciones dentro del estudio:

1. Encontramos muchos expedientes incompletos los cuales no pudieron ser incluidos dentro del estudio.
2. Muchos de los pacientes no llevaron adecuado control de niveles séricos de creatinina previo al evento de síndrome coronario agudo por lo que probablemente no incluyen antecedente de afección renal crónica.
3. Los años que se tomaron en cuenta para recabar la muestra del estudio fue durante la pandemia por lo que muchos no llevaron adecuado seguimiento y actualización de expediente.

Nuestro estudio cuenta con valor teórico ya que brindó conocimiento de las características clínicas de los pacientes enfermos renales crónicos expuestos a síndromes coronarios agudos. Pese a que encontramos una prevalencia menor a la esperada y descrita en la literatura, comprobamos que la frecuencia de casos de síndromes coronarios agudos fue inversamente proporcional a la TFG.

Lo reportado en el estudio es información nueva la cual no se había publicado en la unidad médica y puede servir como apertura a otras líneas de investigación.

Conclusiones

Nuestro estudio cuenta con valor teórico al brindar conocimiento de las características clínicas de los pacientes enfermos renales crónicos expuestos a síndromes coronarios agudos.

La prevalencia de síndromes coronarios agudos en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 IMSS, Cuernavaca, Morelos fue menor que la esperada y descrita en la literatura.

La característica clínica que se encontró con más frecuencia en los expedientes fue el sexo hombre y las enfermedades diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en conjunto.

La frecuencia de síndromes coronarios agudos fue inversamente proporcional a la tasa de filtrado glomerular, siendo el estadio G5 con el mayor número casos reportados.

Encontramos el infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST más común en estadio G3A y G3B, mientras que el infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST fue el de mayor frecuencia en el estadio G4 y G5.

Cronograma de Actividades 2023-2025

“Prevalencia de Síndrome Coronario Agudo en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con afiliación al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. “Lic. Ignacio García Téllez” del año 2020 al 2022”

Investigador principal:

M.E. María Miroslava Olivarec Bonilla **Teléfono:** 7772226895 **Correo electrónico:** **Matrícula:** 99203863.

Investigador asociado:

Médico Residente Craigh William Callan Watts Islava **Adscripción:** Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos. **Teléfono:** 7771306953. **Correo electrónico:** drwattsislava@gmail.com

Matrícula: 98181840

Actividades	Agosto- octubre 2023	Noviembre- diciembre 2023	Noviembre 2023	Diciembre 2023	Noviembre 2024	Diciembre 2024	Enero 2025	Febrero 2025	Marzo 2025	Abril 2025
<i>Búsqueda bibliográfica</i>										
<i>Elaboración del protocolo</i>										
<i>Presentación y autorización del proyecto por los comités de ética e Investigación</i>										
<i>Respuesta por los comités de ética e investigación</i>										
<i>Recolección de datos</i>										
<i>Análisis de la base de datos</i>										
<i>Escritura de los resultados</i>										
<i>Discusión</i>										
<i>Conclusiones del estudio</i>										
<i>Defensa de tesis</i>										

Actividades realizadas	
Actividades por realizar	


Referencias Bibliográficas

1. Cabrera Carlos, Moguel R. Breve recorrido por la historia del infarto del miocardio. *Cardiovascular and Metabolic Science*. 2020;31(3):104–8.
2. Kristian Thygesen JSA. Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:2–3.
3. Nohria R, Viera AJ. Acute Coronary Syndrome: Diagnosis and Initial Management. Vol. 109, *American Family Physician*.
4. KDIGO 2023 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE PUBLIC REVIEW DRAFT. 2023.
5. Torres-Toledano M, Granados-García V, Rafael López-Ocaña L, et al. Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;
6. Alejandro Treviño Becerra. La Atención Nefrológica en México Retos y replanteamiento. Seminario sobre Medicina y Salud UNAM. 2016;
7. Thompson S, James M, Wiebe N, et al. Cause of death in patients with reduced kidney function. *Journal of the American Society of Nephrology*. el 1 de octubre de 2015;26(10):2504–11.
8. Inegi. ESTADÍSTICA DE DEFUNCIONES REGISTRADAS DE ENERO A JUNIO DE 2021 (PRELIMINAR) [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-epidemiological-calendar.pdf>
9. Alejandro Treviño Becerra. PROTECCIÓN RENAL. *NEFROLOGÍA MEXICANA*. 2020;41(1).
10. López Cervantes M. ESTUDIO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y ATENCIÓN MEDIANTE TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN [Internet]. 2008 [citado el 14 de enero de 2025]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/EIRC_AMTS.pdf
11. Méndez-Durán A, Humberto Ignorosa-Luna M, Pérez-Aguilar G, et al. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social Current status of alternative therapies renal function at the Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 54, *Aportaciones originales Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016.
12. Saleiro C, Puga L, De Campos D, et al. Chronic kidney disease in acute coronary syndromes: real-world data of long-term outcomes. *Future Cardiol*. el 1 de noviembre de 2021;17(8):1359–69.
13. Wachter DL, Neureiter D, Câmpean V, et al. In-situ analysis of mast cells and dendritic cells in coronary atherosclerosis in chronic kidney disease (CKD). *Histol Histopathol*. el 1 de agosto de 2018;33(8):871–86.

14. Fox KAA. Registries and surveys in acute coronary syndrome. Vol. 27, *European Heart Journal*. 2006. p. 2260–2.
15. Thom T, Haase N, Rosamond W, et al. Heart disease and stroke statistics - 2006 Update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Vol. 113, *Circulation*. 2006.
16. House AA, Wanner C, Sarnak MJ, et al. Heart failure in chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney Int*. el 1 de junio de 2019;95(6):1304–17.
17. Hossain MA, Quinlan A, Heck-Kanellidis J, et al. Prevalence of chronic kidney disease among patients undergoing transradial percutaneous coronary interventions. *Journal of Vascular Access*. el 1 de julio de 2018;19(4):346–9.
18. Gyurjian K, Schweis F, Patel S, et al. Acute myocardial infarction in young adults with chronic kidney disease. *Coron Artery Dis*. 2022;33(7).
19. Shlipak MG, Heidenreich PA, Noguchi H, et al. Association of Renal Insufficiency with Treatment and Outcomes after Myocardial Infarction in Elderly Patients. *Ann Intern Med*. el 1 de octubre de 2002;137(7):555–62.
20. Jurkovitz CT, Abramson JL, Vaccarino LV, et al. Association of High Serum Creatinine and Anemia Increases the Risk of Coronary Events: Results from the Prospective Community-Based Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Journal of the American Society of Nephrology [Internet]*. 2003;14(11).
21. Moisi MI, Rus M, Bungau S, et al. Acute coronary syndromes in chronic kidney disease: Clinical and therapeutic characteristics. *Medicina (Lithuania)*. el 1 de marzo de 2020;56(3).
22. Jorge López Romero ERC. Enfermedad renal crónica oculta en pacientes con síndrome coronario agudo. *Medicent Electrón*. 2020;24.

Anexos:

Anexo 1: Cuestionario de recolección de datos.

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA MORELOS JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No 1		
Tabla 1: Cuestionario de recolección de datos		
Llenar con letra legible y tachar la respuesta correspondiente		
Número de folio		
1. Sexo		1. Hombre 2. Mujer
2. Edad en años		
3. Hipertensión arterial sistémica	0. No	1. Si
4. Diabetes Mellitus	0. No	1. Si
5. Dislipidemias	0. No	1. Si
6. Tabaquismo	0. No	1. Si
7. Obesidad (índice de masa corporal)		
8. Enfermedad Renal Crónica leve	0. No	1. Si
9. Enfermedad Renal Crónica KDIGO G3A	0. No	1. Si
10. Enfermedad Renal Crónica KDIGO G3B	0. No	1. Si
11. Enfermedad Renal Crónica KDIGO G4	0. No	1. Si
12. Enfermedad Renal Crónica KDIGO G5	0. No	1. Si
13. Terapia sustitutiva de la función renal	1. Hemodiálisis	2. Diálisis peritoneal
14. Síndrome coronario agudo	0. No	1. Si
15. Antecedente de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST	0. No	1. Si
16. Antecedente de infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST	0. No	1. Si
17. Antecedente de angina inestable	0. No	1. Si
TFG = Tasa de filtrado glomerular		

Anexo 4: Carta de solicitud de excepción de consentimiento informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA MORELOS
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No 1

SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación del **Hospital General Regional con Medicina Familiar No 1, Cuernavaca Morelos**, que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **“Prevalencia de Síndrome Coronario Agudo en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con afiliación al Hospital General Regional 1 con Unidad de Medicina Familiar Cuernavaca, Morelos del año 2020 al 2022”**, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Síndrome coronario agudo (Angina inestable, Infarto con elevación del segmento ST, Infarto sin elevación del segmento ST)
- d) Comorbilidades (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémica, obesidad, tabaquismo, dislipidemias)
- e) Tasa de filtrado glomerular (Enfermedad Renal crónica KDIGO G3, Enfermedad Renal Crónica KDIGO G3B, Enfermedad renal crónica KDIGO G4, Enfermedad renal crónica KDIGO G5)

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **"Prevalencia de Síndrome Coronario Agudo en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con afiliación al Hospital General Regional 1 con Unidad de Medicina Familiar Cuernavaca, Morelos del año 2020 al 2022"** cuyo propósito es producto **para tesis.**

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud, vigentes y aplicables.



Atentamente:

Nombre: M.E. María Miroslava Olivarec Bonilla
Adscripción: HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No 1
Investigador Responsable

Anexo 5: Carta de solicitud de anuencia para realizar proyecto de investigación

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA MORELOS
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No 1

SOLICITUD DE ANUENCIA PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Cuernavaca, Morelos a 24 de 28 del 2022

Asunto: SOLICITUD DE ANUENCIA PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

DR. Roberto González Carcaño
Director del HGR C/MF No 1
P R E S E N T E

Por medio de la presente me permito solicitar a usted de manera atenta y respetuosa su autorización para realizar en el HGR C/MF No 1 a su digno cargo, el proyecto de investigación titulado "Prevalencia de Síndrome Coronario Agudo en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con afiliación al Hospital General Regional 1 con Unidad de Medicina Familiar Cuernavaca, Morelos del año 2020 al 2022". La cual tiene como objetivo: Medir la prevalencia de síndromes coronarios agudos en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal que ingresan al servicio de urgencias del Hospital General Regional 1 con Unidad de Medicina Familiar Cuernavaca, Morelos, por lo que se requiere de revisión de expedientes a través del SIMF/SIOC. En esta investigación su servidor Médico Especialista M.E. María Miroslava Olivarec Bonilla con adscripción en el HGR C/MF No 1 "; funge como la investigador responsable y como investigadores asociados Médico Residente Craigh William Callan Watts Islava.

Cabe mencionar que el protocolo será sometido a evaluación y, en su caso, aprobación de los Comités de Ética e Investigación 17018 y 1701, respectivamente. El equipo de investigación se compromete no hacer mal uso de las instalaciones, documentos, expedientes, archivos físicos y/o electrónicos o cualquier información relacionada con la investigación. Asimismo, también refrenda el compromiso de resguardar la confidencialidad de los datos a través de folios y codificación de los nombres y apellidos de los pacientes, además de, salvaguardar la privacidad de los participantes. La divulgación de información será exclusivamente a través de foros, carteles, medios impresos, electrónicos o presenciales con fines científico-académicos. No se difundirá, distribuirá o comercializará información derivada de la ejecución de este estudio.

De no tener ningún inconveniente para que este estudio se realice en HGR C/MF No 1 a su digno cargo, le solicito, de manera atenta y respetuosa, realizar un oficio dirigido a Médico Especialista Roberto González Carcaño, Presidenta del Comité Local de Investigación 1701, en donde se manifieste la no inconveniencia de su parte para que este equipo de investigación lleve a cabo el estudio en esta unidad médica.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
M.E. María Miroslava Olivarec Bonilla



Anexo 6: Carta de no inconveniencia

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA MORELOS
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No 1

CARTA DE NO INCONVENIENCIA

Cuernavaca, Morelos a Cuernavaca, Morelos a 24 agosto 2023
Asunto: NO INCONVENIENCIA

Comité Local de Investigación 1701

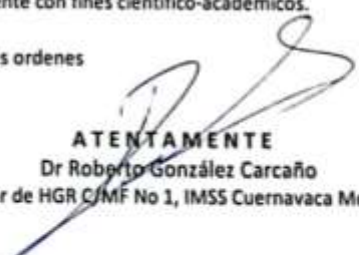
PRESENTE

En respuesta a la solicitud realizada con fecha del 24 de agosto 2023 por parte de Médico Especialista María Miroslava Olivarez Bonilla y los investigadores asociados Médico Residente Craigh William Callan Watts Islava quienes están desarrollando la propuesta de investigación titulada "Prevalencia de Síndrome Coronario Agudo en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con afiliación al Hospital General Regional 1 con Unidad de Medicina Familiar Cuernavaca, Morelos del año 2020 al 2022" cuyo objetivo es Medir la prevalencia de síndromes coronarios agudos en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal que ingresan al servicio de urgencias del Hospital General Regional 1 con Unidad de Medicina Familiar Cuernavaca, Morelos. la cual será desarrollada a través de recolección de datos directamente de revisión de expedientes a través del SIMF/PHEDS de este HGR C/MF No 1.

Le hago de su conocimiento que no tengo ningún inconveniente para que este estudio se realice en esta unidad médica. Asimismo, manifiesto mi compromiso para apoyar el desarrollo de actividades de investigación dentro de esta HGR C/MF No 1 a mi cargo. Esperando que se aporte conocimientos científicos que apoyen a mejorar la atención a nuestros derechohabientes.

Aprovecho para reiterar el compromiso que manifestó el equipo de investigación de resguardar la confidencialidad y salvaguardar la privacidad de los participantes. Asimismo, que la divulgación de información será exclusivamente con fines científico-académicos.

Quedo de usted a sus amables ordenes


ATENTAMENTE
Dr Roberto González Carcaño
Director de HGR C/MF No 1, IMSS Cuernavaca Morelos