

ERROR EN EL DIAGNÓSTICO DE SINDROMES CORONARIOS AGUDOS

Dr. Guillermo Maccagno NOBLE S. A. ®

La elevada prevalencia de dolor precordial agregada a la educación comunitaria acerca de la patología cardiovascular, trae como consecuencia que existan un gran número de consultas por dolor de pecho a los servicios de emergencia. Por lo tanto el médico que recibe estas consultas debe estar adecuadamente entrenado para tomar decisiones que conlleven a una importante responsabilidad, evitando internaciones innecesarias y no dando de alta a pacientes que están cursando un síndrome coronario agudo (SCA).

Cuando el paciente tiene una presentación "típica" (dolor precordial de características anginosas y/o cambios electrocardiográficos diagnósticos), la tarea del médico se ve facilitada. Sin embargo el médico encuentra su problemática en la amplia heterogenicidad de presentación de un SCA no permitiendo arribar a un diagnóstico preciso mediante los métodos habituales. Esta falla diagnóstica puede conducir al profesional a tomar la decisión inadecuada de dar de alta a pacientes que están cursando un SCA. Entre el 2 y el 10 % de los pacientes que son dados de alta desde los servicios de emergencia presentan finalmente un infarto agudo de miocardio (1). Teniendo ellos una tasa de mortalidad de aproximadamente el doble con respecto a la que le corresponde a los enfermos que fueron ingresados.

Este tipo de error representa entre el 20 y el 40 % de los motivos de demandas judiciales a los servicios de emergencia en Estados Unidos (1). A su vez, otros autores sostienen que la falla en el diagnóstico y tratamiento oportuno del IAM es la causa más común de juicios contra médicos de guardia, representando el 11% de todos los reclamos por mala praxis iniciados contra estos profesionales. (2)

A su vez estas demandas representan el 33 % de todo el dinero abonado en los juicios contra médicos emergentólogos.

En un estudio de demandas llevado a cabo por la Physician Insurers Association of America – Asociación que agrupa a más de 60 compañías

que aseguran en conjunto a más de 277,000 médicos y 1,100 hospitales en EEUU - se dejó en claro que los 5 principales factores que contribuyen con la falla diagnóstica son: (3)

1. Falta o retraso en la indicación de los exámenes complementarios adecuados (55% de las demandas)
2. Falta para sospechar IAM (48 % de las demandas)
3. Falta en la indicación de internación (39 % de las demandas)
4. Falta en la derivación o retraso en la interconsulta apropiada (31% de las demandas)
5. Falta en la interpretación de los exámenes complementarios solicitados incluyendo el ECG (27% de las demandas)

Finalmente dicho estudio documenta que los diagnósticos con los que se confundió a un SCA con mayor frecuencia fueron: Trastornos gastrointestinales (26 % de las demandas), Dolor musculoesquelético y osteocondritis (21% de las demandas).

Diagnóstico

El JUICIO CLÍNICO con un correcto interrogatorio que identifica las características del paciente y del dolor, sigue siendo el principal elemento diagnóstico.

El ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) es un pilar diagnóstico, máxime si fue efectuado intradolor. Sin embargo, la presencia de cambios inespecíficos o bien que se trate de un ECG normal, no debe tomarse como elemento diagnóstico. Los diferentes trabajos consultados hablan de que podrían perderse entre 7 al 15 % de los pacientes que están cursando un SCA, si se tomara la normalidad o pseudonormalidad del ECG como elemento único aislado. (4)

Considerando en forma conjunta el cuadro clínico y el ECG se puede establecer la probabilidad diagnóstica con mucha mayor precisión.

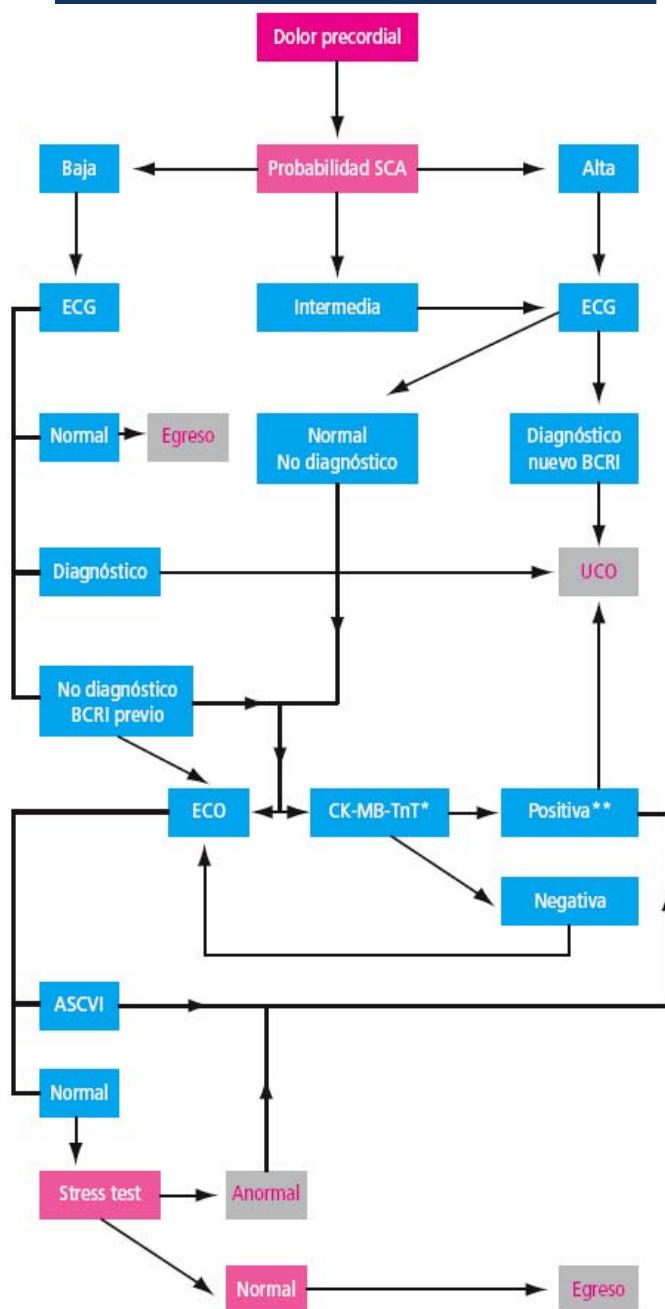
Los MARCADORES SEROLÓGICOS deben ser utilizados como una herramienta más en la evaluación de los pacientes con dolor precordial. No debiendo ser "la" herramienta que finalmente decida el tratamiento o bien la internación del paciente.

Si bien un estudio positivo de enzimas e isoenzimas (CPK, CPK MB, LDH, TGO y/o Troponinas I y T), es prácticamente diagnóstico de injuria miocárdica (5). Un resultado negativo no lo puede excluir. Deben considerarse los resultados falsos negativos o bien el hecho de haber tomado la muestra fuera de los tiempos oportunos en que cada una de ellas aparece, alcanza su concentración máxima, para luego decrecer (6)

En conclusión, la tríada diagnóstica en un orden decreciente la constituyen: el juicio clínico, el electrocardiograma y los marcadores serológicos. Vale decir el ECG y las enzimas, a diferencia de lo que ocurre con un adecuado juicio clínico, no constituyen en sí mismas piedras fundamentales en el diagnóstico de un SCA.

Para mejorar el diagnóstico del dolor torácico en los servicios de emergencia se han postulado el uso de guías diagnósticas aportadas por las diferentes sociedades, la formación de equipos multidisciplinarios, y finalmente el ingreso del paciente en áreas específicas conocidas con el nombre de Unidades de Dolor Precordial (UDP). Dichas unidades se ubican dentro del servicio de emergencia o adyacente a ella, y desde la década del '80 hasta la fecha han ido perfeccionando su funcionamiento. El éxito de su funcionamiento se basa en tener un personal calificado y formado que actúa en forma sincronizada de acuerdo a la sistemática propuesta para cuando se presenta en guardia un paciente con dolor torácico. Dicha sistemática tiene un tiempo final de aproximadamente 12 horas desde que el paciente ingresó a la guardia hasta que finalmente se decidió su internación o su externación con pautas de alarma.

Algoritmo propuesto para el manejo del dolor precordial en una UDT. (1)



Referencias:

BCRI: Bloqueo completo de rama izquierda

ECO: Ecocardiograma.

ASCVI: Alteraciones segmentarias de la contractilidad del ventrículo izquierdo.

* Si los síntomas presentan menos de 9 hs. de evolución, se solicita CPK y CPK-MB, repitiendo un nuevo dosaje a las 9 hs. del dolor con CPK-MB y troponina T. Si la consulta a guardia es pasadas las 9 hs. desde el último episodio de dolor. se solicita CPK-MB y troponina T de ingreso.

** Se consideran marcadores positivos una CPK total > 360 u/dl o CPK-MB > 6% (> 30 u/dl) y troponina T (cTnT) > 0,06 ng/dl.

Tipos de Errores

- Tiempo escaso para lograr un correcto interrogatorio y/o examen físico
- Mala relación médico paciente
- Falla en la identificación de un dolor atípico
- No asumir que los pacientes jóvenes también pueden sufrir un SCA
- Asumir que la ausencia de los llamados Factores de Riesgo Coronario descarta la posibilidad de sufrir un evento coronario agudo.
- No asumir que las mujeres pueden tener una presentación atípica de un SCA
- Inadecuada interpretación del electrocardiograma y otros exámenes complementarios
- Falta de indicación de ECG en cuadro que ameritaba realizarlo.
- Asumir que un ECG normal descarta la posibilidad de un SCA
- Obtención de enzimas fuera del período de ventana útil de cada una de ellas
- Asumir que un perfil enzimático único normal descarta la posibilidad de un SCA
- Asumir una conducta médica no acorde a la urgencia. Tardanza en tiempos de traslado. Traslados desde la guardia a la UCO sin médico acompañante.
- Fallas en el registro en el libro de guardia y en la Historia Clínica de internación.
- No brindar pautas de alarma claras.

Prevención

El dolor precordial es un motivo de consulta frecuente por servicios de guardia. El diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo no siempre es sencillo. Lo que conlleva al riesgo de dar el alta a un paciente de alto riesgo o internar a otro que no lo ameritaba provocando una sobrecarga al sistema.

Es cierto que una gran cantidad de los pacientes que consultan a una guardia por dolor precordial no terminan teniendo un infarto. Y que la mayoría de los pacientes con un SCA son bien diagnosticados por el médico de guardia

Debemos recordar que la medicina tiene su responsabilidad más en los medios que en los resultados. Si bien es probable que ante un caso problemático la justicia sea implacable con el médico tratante, nunca se le solicitará infalibilidad. Sí por el contrario se le solicitará que demuestre su decisión final de internar o al paciente, por medio de la documentación que acredite el interrogatorio, el examen físico, los exámenes complementarios solicitados y sus resultados y finalmente la interpretación clínica que dio pie a la decisión tomada. Por lo tanto:

JERARQUICE y DOCUMENTE los datos volcados en el Libro de Guardia y/o Historia Clínica de Internación

JERARQUICE y DOCUMENTE el interrogatorio. Por medio del cual pudo tomar contacto con los antecedentes personales y heredofamiliares, los factores de riesgo coronarios, las características del dolor.

JERARQUICE y DOCUMENTE los hallazgos de un examen físico prolijo y detallado.

JERARQUICE y DOCUMENTE los estudios complementarios que considera realizar y sus resultados

JERARQUICE y DOCUMENTE su diagnóstico final. Indicaciones de alta. Pautas de alarma

Consejo Final:

MANTENGA UN ALTO ÍNDICE DE ALARMA Y OBRE EN CONSECUENCIA

La decisión de internar o no a un paciente que consulta por dolor precordial es una importante decisión que pesa sobre el médico de guardia. El grado de cautela deberá ser proporcional a la magnitud y probabilidad de dicho riesgo.

La documentación debe reflejar el nivel de alarma del médico y su obrar en consecuencia. No es coherente pensar en que el paciente está cursando un SCA y enviarlo por sus propios medios a sacarse un ECG o a extraerse sangre para un perfil enzimático.

Las Unidades de Dolor Precordial (UDP), la utilización de isoenzimas como la Mioglobina y la Troponina y la realización de exámenes más sofisticados como el ecocardiograma o estudios de perfusión miocárdica, han logrado aumentar notablemente la sensibilidad diagnóstica de los pacientes con un SCA. Aunque ninguno de ellos ha logrado equiparar a la de un correcto juicio clínico.

Siempre tengamos en cuenta que un solo error diagnóstico puede costar más caro que todas las medidas destinadas a prevenirlo.

Bibliografía:

1. Unidad de Dolor Torácico. Revista CONAREC. Mayo – Junio 2008. Año 24, Nro 94; 137-142
2. Emergency Medicine Risk Management. Second Edition. 475.
3. Australian Family Physican Vol. 34, Nro 6, June 2005. 489 – 490
4. El paciente en la Unidad Coronaria. Barrero – Biombo. Editorial Panamericana
5. Myocardial infarction redefined-a consensus document of the Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology committee for the redefinition of myocardial infarction. Eur. Heart J 2000;21:1502-13
6. Braunwald E, mark D, Jones R y col. Unstable angina: diagnosis and management. Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, MD. 1994;94-0682.