

# INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

## Prevención de Demandas por Error Diagnóstico

NOBLE S. A. ®

Pocos errores de diagnóstico son potencialmente tan catastróficos como los infartos agudos de miocardio (IAM) no diagnosticados. Un estudio de la Clínica Mayo (Rochester, Minnesota) indica que entre 6.000 a 10.000 norteamericanos mueren cada año de ataques cardíacos luego de haber sido evaluados en servicios de emergencia y enviados a sus domicilios debido a que el examen inicial allí efectuado no fue concluyente. Entre el 4% al 8% de todos los IAM serían mal diagnosticados en su primera evaluación en guardia, perdiéndose más de 40.000 diagnósticos por año.

Esto sin duda representa un gran problema para los pacientes (en primer lugar), pero también para los médicos y sus aseguradoras, ya que la falla en el diagnóstico de IAM es una de las principales causas de demandas por responsabilidad profesional en todo el mundo. De acuerdo al estudio realizado por la Asociación de Aseguradoras de Médicos de los Estados Unidos, que agrupa a más de 60 compañías y fondos que defienden a médicos en ese país, la falla en el diagnóstico de esta patología se encuentra en tercer lugar en cuanto al monto indemnizatorio pagado a los demandantes, sólo superada por casos de recién nacidos con daño neurológico y el retraso en el diagnóstico de cáncer de mama. Cerca del 40% de las demandas por falla en este diagnóstico se pierden con un monto promedio en los EE.UU. de \$220.000 por caso. Representan el 10% de los reclamos originados en guardia de emergencias pero se llevan entre el 20 al 40% de los costos.

¿Por qué son tan costosas estas demandas? En su capítulo de dolor torácico del American College of Emergency Physicians (ACEP), publicado en Emergency Medicine Risk Management: A Comprehensive Review, los doctores Gregory L Henry y James E. George explican las razones de estos números:

*“El dolor torácico... tiene todos los elementos que pueden hacer de un juicio una pesadilla. Las víctimas generalmente son jóvenes en su edad de mayor productividad, son el sostén de sus familias y experimentan el comienzo de la enfermedad como una*

*absoluta sorpresa. Nadie quiere escuchar que su marido tiene gastritis y luego encontrarlo muerto en la cama de su casa horas más tarde...”*

### TIPOS DE ERRORES

- Falla para reconocer una presentación atípica.
- Asumir que el dolor torácico es de origen gastrointestinal o esquelético.
- Asumir que las mujeres raramente tienen infartos.
- Asumir que los pacientes menores de 40 años no se infartan.
- Asumir que la ausencia de factores de riesgo cardíaco descarta la posibilidad de infarto.
- Falla para interrogar y documentar cuidadosamente la historia.
- Falta de indicación de electrocardiograma (ECG).
- Inadecuada interpretación del ECG.
- Lectura tardía del ECG.
- Falla en la obtención de enzimas o isoenzimas.
- Inadecuada interpretación de los valores de enzimas (no son confiables en los estadios tempranos y pueden no ser positivas en casos de angina inestable.)
- Falla para derivar al paciente al departamento de emergencias.
- Negativa a la internación (u observación en guardia) de pacientes con síntomas vagos.
- Falla para brindar adecuadas instrucciones de alta (signos de alarma, cuándo consultar nuevamente).
- Inadecuado entrenamiento y experiencia del médico de guardia.

## PREVENCIÓN

El infarto de miocardio puede ser difícil de diagnosticar. Los síntomas clásicos de dolor subesternal con irradiación a brazo izquierdo, náuseas, vómitos y diaforesis se encuentran sólo en el 50% de todos los pacientes con IAM. Por otra parte, millones de pacientes se presentan en una guardia o llaman al servicio de emergencias por dolor torácico. ¿Todos tienen enfermedad cardiovascular? ¿Están todos experimentando un infarto?, ¿Debería internarse a todos en unidad coronaria? La respuesta obvia es NO. El médico de guardia o de emergencias atiende a muchos pacientes con dolor torácico que son dados de alta y evolucionan bien. La gran mayoría de los pacientes con dolor torácico no están sufriendo un infarto o una situación que amenace la vida.

Sin embargo, en el caso de que se presenten problemas, es probable que los demandantes y la justicia sean implacables cuando un paciente que fue atendido y enviado a su casa por dolor torácico muere horas después. ¿Se le exige entonces al médico infalibilidad? La respuesta también es NO. En el caso de una demanda, el médico deberá demostrar que su decisión de internar o externar al paciente se basó en criterios lógicos y que tomó los recaudos necesarios que hubiera tomado el médico medio en esas circunstancias. Es aquí donde la documentación del interrogatorio, examen físico y estudios complementarios resulta fundamental. Se deberían documentar tanto los hallazgos positivos que apoyan el diagnóstico como los negativos pertinentes que ayudan a descartar un riesgo elevado.

**DOCUMENTE la historia del dolor:** Localización, irradiación, duración. Relación con la respiración.

**DOCUMENTE los factores de riesgo:** Usted se encontrará en mejor posición si en la documentación se refleja que investigó adecuadamente los factores de riesgo como diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria previa, infartos previos, edad (más de 30), sexo (todavía es más frecuente en varones, pero las diferencias se están achicando). Antecedentes de hiperlipidemia, colesterol alto, sedentarismo, tabaquismo, alcohol.

**DOCUMENTE los síntomas asociados:** diaforesis, ansiedad excesiva, náuseas, mareos, piel fría, sudoración.

**DOCUMENTE los antecedentes familiares** de DBT, hipertensión, enfermedad coronaria o muerte súbita de etiología desconocida.

**DOCUMENTE los hallazgos del examen físico**, con especial atención a signos de diaforesis, presencia de enfermedad vascular, signos de falla de bomba, enfermedad valvular, alteración de ruidos cardíacos, arritmias.

**DOCUMENTE los diagnósticos diferenciales con patologías que amenazan la vida:** neumotórax, aneurisma disecante, embolia pulmonar.

**DOCUMENTE sus indicaciones de alta.** En el caso de decidir la externación o no internación del paciente, resulta útil brindar instrucciones por escrito y dejarlo asentado en la historia. Las instrucciones deberían advertir al paciente que llame a emergencias ante los siguientes síntomas: aumento del dolor torácico, palpitaciones, náuseas o vómitos, sudoración, irradiación del dolor al cuello, brazos, mandíbula o dorso, indigestión, mareos.

## ELECTROCARDIOGRAMA Y ENZIMAS

Ambos métodos de diagnóstico son muy útiles pero no son perfectos ya que no siempre permiten al médico realizar el diagnóstico en el momento. El paciente puede estar sufriendo un IAM y estos exámenes pueden ser negativos ya que dependen mucho del tiempo en que se realizan y se positivizan luego de que el corazón ha sufrido algún tipo de daño.

La sensibilidad del ECG de reposo para detectar insuficiencia coronaria apenas llega al 50%. El ECG tiene una especificidad elevada para el diagnóstico de IAM (75-86 %) cuando los cambios eléctricos son típicos, pero sólo el 50 al 65% de los pacientes con IAM presentan estos hallazgos.

Si bien un estudio de enzimas e isoenzimas (CPKMB, LDH, TGO) positivo es diagnóstico de injuria miocárdica en este contexto, las enzimas cardíacas normales no excluyen el diagnóstico de IAM ya que toma cierto tiempo para que las mismas aparezcan en niveles mensurables en sangre (3 horas para la CPKMB y la Troponina T y 10 horas para la LDH). Por otra parte, los estudios de enzimas normales tampoco ayudan cuando se considera la probabilidad de insuficiencia coronaria sin infarto, lo que puede causar muerte súbita.

En conclusión, un ECG y enzimas normales en agudo no excluyen el diagnóstico de IAM. Son herramientas que ayudan al médico a formular un diagnóstico pero no son diagnósticas per se. La piedra angular del diagnóstico es el juicio clínico.

**CONSEJO FINAL:  
MANTENGA UN ALTO ÍNDICE DE SOSPECHA Y  
TENGA CRITERIOS DE ADMISIÓN AMPLIOS.**

La decisión de internar o externar a un paciente con una condición que amenaza potencialmente su vida deberá ser siempre considerada a la luz del riesgo que se corre. El grado de cautela deberá ser proporcional a la magnitud y probabilidad de dicho riesgo. La documentación deberá poder probar que el médico actuó diligentemente.

Las instituciones y las empresas de emergencias deberían desarrollar criterios de admisión amplios, pudiendo designarse un área de observación específica de dolor torácico. También puede plantearse como norma repetir enzimas y ECG a intervalos más cortos. La utilización de isoenzimas como la mioglobina y la troponina pueden ser indicadores más sensibles de daño cardíaco.

Se debe tener en cuenta que un solo error diagnóstico puede costarle más a la institución que las medidas destinadas a prevenirlo.

i Hill M. Failure to diagnose myocardial infarction: The emergency physician greatest liability in practice. *QRC Advisor* 1989 Dec; 6(2):1

ii Rouan GW, Hedges JR, Toltzis R. A chest pain clinic to improve the follow up of patients released from an urban university teaching hospital emergency department. *Ann Emerg Med* 1987; 16: 1145

iii Physician Insurers Association of America: Enduring Material of Acute Myocardial Infarctions Claims. 1996

iv Hill M. Ver nota 1

v Henry GL, George JF. Selected medical problems. In: Henry GL, ed. *Emergency medicine risk management. A comprehensive review*. Dallas, TX: ACEP, 1991:415

vi Physicians Insurance Exchange. Taking myocardial infarctions to heart. Physicians Risk Management Update. July 1994 Vol 5, N° 4

vii Serra CMJ El electrocardiograma en la enfermedad coronaria. VII-3. *El electrocardiograma en la práctica médica*. 2da edición. Editorial Atlante Buenos Aires, 1991