

Malap Praxis en la emergencia pediátrica: Error en el diagnóstico de meningitis y meningococemia/bacteriemia

Palabras clave: MENINGITIS - diagnóstico
MENINGITIS - terapia
ERRORES DIAGNÓSTICOS
MALPRAXIS

Palabras chave: MENINGITE - diagnostico
MENINGITE - terapia
ERROS DE DIAGNÓSTICO
IMPERÍCIA

DR. STEVEN M. SELBST¹

Introducción

Los niños con fiebre son frecuentemente evaluados y manejados en el Departamento de Emergencia. La mayoría de estos niños tienen infecciones virales menores y autolimitadas. Sin embargo, algunos de ellos tienen meningitis bacteriana o sepsis a meningococo. Detectar esto último puede ser muy difícil. La falla en reconocer cual niño tiene una enfermedad bacteriana es probablemente la causa más común de los juicios por malap Praxis en pediatría⁽¹⁾. La meningitis es una enfermedad tratable y frecuentemente curable. Desafortunadamente no hay una guía efectiva para ayudar al médico o al pediatra a hacer un diagnóstico correcto. Los clínicos experimentados generalmente son capaces de identificar un niño con apariencia tóxica. Sin embargo algunas infecciones progresan rápidamente y los signos de alarma pueden estar ausentes en el primer examen físico de un niño con fiebre⁽²⁾.

Casos ilustrativos

Caso N° 1

Una lactante de tres meses de edad consultó en un departamento de emergencia de Nueva York por fiebre baja y una convulsión⁽³⁾. La paciente fue evaluada y

dada de alta con diagnóstico de infección respiratoria menor. Al día siguiente regresa al mismo departamento de emergencia y es ingresada con diagnóstico de meningitis. La niña eventualmente sufrió daño cerebral y cuadriparesia. A los dieciséis años está confinada a una silla de ruedas y es cuidada por su madre en su casa.

La familia reclamó al departamento de emergencia que la niña debió ser ingresada al hospital en la primera consulta. También reclamaron al pediatra tratante durante la internación por la dosis inadecuada de antibióticos (50% de la que debió recibir). El pediatra argumenta que la medicación administrada fue apropiada y que el daño cerebral fue resultado de injuria prenatal o del parto. El fallo del jurado fue a favor de la familia.

Caso N° 2

Un lactante de siete meses, en California, presentó fiebre, malestar general y pérdida del apetito⁽⁴⁾. Fue tratado en la casa con acetaminofen. A la mañana siguiente el bebé presentó fiebre alta, rechazo del alimento y líquidos, y no pudieron despertarlo. Consultaron con un médico que diagnosticó infección respiratoria alta, lo trató con medicación antifebril e indicó a los padres que consultaran al departamento de emergencia si los síntomas empeoraban. En la tarde agregó convulsiones y fue llevado al departamento de emergencia. Se diagnosticó

1. Profesor del Pediatrics Jefferson Medical College. Thomas Jefferson University. Philadelphia, EE.UU. División de Emergencia Médica A.I. du Pont Hospital for Children. Wilmington, EE.UU.

Profesor del Pediatrics Jefferson Medical College.

Traducción: Dra. Dione Carrasco, Dra. Loredana Matrai

Fecha de recibido: 4/9/2001

Fecha aprobado: 24/9/2001

meningitis a neumococo, quedando como secuela una sordera definitiva.

La familia demandó al médico por un examen clínico inadecuado y la no realización de exámenes paraclínicos. El médico argumentó que el niño fue correctamente examinado y que un diagnóstico precoz no hubiera cambiado la evolución. Se acordó una indemnización al contado.

Caso N° 3

Un lactante de 11 meses, de sexo femenino, consultó en California por vómitos, fiebre y decaimiento⁽⁵⁾. El médico recomendó acetaminofen y dieta líquida. La niña no mejoró y sus padres consultaron telefónicamente al día siguiente. Hablaron con una enfermera que les indicó acetaminofen y baños fríos. La enfermera no consultó con ningún médico. Como la niña no mejoró, los padres la llevaron al departamento de emergencia. Como no había pediatra, fue trasladada a un hospital al que llegó 6 horas después. La niña falleció de meningitis. Los padres demandaron al grupo médico y al departamento de emergencia del hospital local. Se otorgó una indemnización a los padres.

Problemas diagnósticos

Los casos relatados ilustran sobre la dificultad de diagnosticar meningitis en niños pequeños. También demuestran lo trágico que puede ser un diagnóstico tardío o la omisión de éste⁽¹⁾. El fallo en el diagnóstico de meningitis representa el quince por ciento del dinero gastado por malapraxis en Estados Unidos. Los pleitos que se refieren a niños con fiebre son los más costosos dentro de la medicina de emergencia. Dado que estos casos a veces dejan secuelas severas, las indemnizaciones a la familia son altas. Los jurados en Estados Unidos generalmente simpatizan con los niños con hándicaps severos que requieren muchos años de cuidado⁽⁷⁾.

Los médicos generalmente sospechan una meningitis cuando el niño con fiebre presenta rigidez de nuca, irritabilidad y llanto continuo. El diagnóstico de meningitis siempre debe ser considerado en un niño con fiebre que presenta convulsiones (a menos que el niño tenga todas las características de una convulsión febril benigna y tenga un examen neurológico normal luego de la misma)⁽¹⁾. Desafortunadamente, los niños con meningitis no siempre se presentan con signos tan claros. Ningún signo o síntoma es patognomónico. La ausencia de los signos de Kernig y Brudzinski no descarta el diagnóstico. Los signos de irritación meníngea, las convulsiones y la fontanela sobreelevada, son signos tardíos de meningitis en los niños pequeños. Comúnmente, los niños con meningitis tienen síntomas inespecíficos como vó-

mitos, rechazo al alimento y llanto débil. Es un desafío diagnosticar una infección bacteriana severa cuando se presentan sólo estos síntomas.

Generalmente ayuda observar al niño en el departamento de emergencia por un período de tiempo para controlar la conciencia y la capacidad para ingerir líquidos. La superpoblación de los departamentos de emergencia dificulta la posibilidad de dejar a estos niños en observación, aunque otorgar el alta en forma precoz puede ser riesgoso. Un niño lúcido, activo, que tolera la alimentación por vía oral es poco probable que tenga una meningitis^(1,7). Los médicos emergencistas y los pediatras deben ser muy cuidadosos al otorgar el alta a un niño con fiebre, irritable, decaído o incapaz de tomar líquidos. A veces el decaimiento se debe a deshidratación, de modo que es importante reexaminar cuidadosamente al paciente luego de hidratarlo en el departamento de emergencia^(1,7). Si el niño no mejora luego de una administración correcta de líquidos puede ser necesaria la punción lumbar.

Los médicos de emergencia deben tener un bajo umbral para realizar una punción lumbar. No es una maniobra riesgosa y el médico no debe dudar en hacerla. A la mayoría de nosotros se nos enseñó: "Si pensó hacer una punción lumbar, ¡hágala!".

Demora en el tratamiento de la meningitis

Una vez diagnosticada la meningitis, el tratamiento no debe ser demorado innecesariamente. Desafortunadamente muchos textos proclaman el inicio de los antibióticos entre treinta a sesenta minutos luego de hecho el diagnóstico^(1,7). Esto es irreal y en muchos departamentos de emergencia en los Estados Unidos no se cumplen estos plazos, incluso en las mejores circunstancias. En un estudio realizado⁽⁸⁾ el tiempo medio empleado desde el registro del paciente con meningitis hasta el comienzo de los antibióticos fue de tres horas. Algunos expertos en enfermedades infecciosas creen que el retraso de algunas horas en el uso de antibióticos no afecta la evolución de los pacientes. Sin embargo el público espera que el tratamiento sea iniciado en forma rápida. Nadie puede estar seguro de cuál es el período de tiempo crítico en que un paciente evolucione favorablemente o presente complicaciones⁽⁹⁾. El caso que sigue ilustra como el público juzga la demora en el tratamiento.

Caso N° 4

En agosto de 1989 la madre de una lactante de un mes de vida de Louisiana llamó a un pediatra porque su beba tenía una temperatura mayor de 38°C⁽¹⁰⁾. Los padres se mantuvieron en contacto con el médico las siguientes cinco horas. Se les dijo que llevaran a la niña al departa-

Tabla 1. Aproximación al tratamiento precoz de la meningitis

1. No dude en realizar una punción lumbar si la meningitis es uno de los diagnósticos posibles.
2. Comience el tratamiento antibiótico antes de que el paciente deje el departamento de emergencia.
3. No retrase el tratamiento antibiótico por realizar una tomografía u otros estudios.
4. Asegúrese que la medicación indicada haya sido administrada.
5. Inicie los antibióticos en forma inmediata si el LCR es turbio.

mento de emergencia local. El médico se contactó con el staff del departamento de emergencia y les indicó que consultaran al pediatra ni bien llegara la niña. La familia, sin embargo, fue demorada en la admisión del departamento de emergencia. El pediatra vio a la beba treinta minutos luego de su arribo y ésta presentó una convulsión ocho minutos después. La niña tenía una meningitis a *Haemophilus* y presentó un infarto cerebral con hemiparesia y trastornos en la marcha, también tiene convulsiones y trastornos del habla.

La familia demandó al hospital y fue indemnizada.

Cuando se sospecha una meningitis lo mejor es comenzar el tratamiento antibiótico en el departamento de emergencia, que esperar hasta que el niño sea transferido a la sala de internación^(4,7). Esto ayudará a evitar malentendidos y demoras durante la transferencia del niño. Los antibióticos tampoco deben ser demorados por estudios como la tomografía computada. En general la tomografía computada no es necesaria para un niño con fiebre o sospecha de meningitis. Si se considera necesario hacer una tomografía previa a la punción lumbar, es prudente iniciar los antibióticos antes de la misma. Esta práctica es segura para el niño, incluso si los antibióticos alteran los cultivos del líquido cefalorraquídeo (LCR). El hemocultivo realizado antes de los antibióticos y una respuesta celular en el LCR ayudarán al diagnóstico de meningitis, mientras se minimiza la demora en el inicio del tratamiento. Hay que asegurarse, además, de que las indicaciones fueron realmente cumplidas⁽⁹⁾. Un malentendido con enfermería puede ser perjudicial. Si el LCR es turbio hay que iniciar los antibióticos en forma inmediata, sin esperar los resultados del laboratorio⁽¹⁾. La tabla 1 resume como iniciar el tratamiento rápidamente.

Sepsis bacteriana/meningococemia

A menudo es difícil identificar un niño con bacteriemia a meningococo, neumococo u otros organismos. Algunos niños con bacteriemia oculta pueden no presentar un aspecto tóxico inicialmente. Además las infecciones

Tabla 2. Cómo mejorar el registro en la historia clínica *

1. Registre siempre el motivo de consulta.
2. Anote tanto los hallazgos positivos como negativos pertinentes.
3. Registre alergias, inmunizaciones, tratamientos y otros antecedentes de la historia.
4. Describa cuidadosamente el estado general del paciente y el estado de hidratación.
5. Agregue una hoja de evolución en todo paciente que permanezca en el departamento de emergencia por un tiempo prolongado.
6. Complete una planilla en forma precisa y profesional.
7. Establezca coherencia con otros registros de la historia.

* Adaptado de Selbst SM, Korin JB. The medical record. In: Preventing Malpractice Lawsuits in Pediatric Emergency Medicine. Dallas: American College of Emergency Physicians, 1999: pp 51.

como la meningococemia generalmente progresan rápidamente y los clásicos signos de alarma pueden estar ausentes en la consulta al departamento de emergencia⁽¹⁾. Los casos siguientes muestran como el diagnóstico de sepsis meningocócica puede ser difícil y devastador.

Caso N° 5

Un niño de 22 meses es llevado a un departamento de emergencia de Illinois con fiebre alta, rush, y petequias en el hombro izquierdo⁽¹¹⁾. Los médicos de la emergencia diagnosticaron una infección en el oído y sospecharon maltrato. El niño fue dado de alta del departamento de emergencia y el caso es reportado a la agencia de protección de la infancia de Illinois. El niño murió doce horas más tarde por púrpura fulminante y shock.

La familia demandó el médico de la emergencia quien argumentó que la infección no se había manifestado hasta luego del alta del departamento de emergencia. También manifestó que el niño no hubiera sobrevivido incluso si hubiera sido hospitalizado inmediatamente.

El veredicto del jurado fue en contra del médico e indemnizaron a la familia.

Caso N° 6

Una adolescente de dieciséis años comenzó con vómitos y fiebre en el colegio y fue tratada en la enfermería⁽¹²⁾. Se le indicó ibuprofeno y la mandaron de vuelta para la clase. Esa tarde fue examinada por un médico que le notó una erupción (pensó que era una dermatitis). La paciente permaneció en la enfermería toda la noche, en la mañana encontraron que no respondía y fue transferida al departamento de emergencia local, donde se le diagnosticó meningitis meningocócica. Luego fue transferida a otro hospital, donde falleció.

La familia demandó al médico del colegio por no haber reconocido la enfermedad precozmente. El médico sostuvo que la paciente no tenía signos ni síntomas de meningitis y que nadie notó en ninguno de los dos hospitales una erupción petequeial.

El veredicto del jurado fue a favor del médico.

Caso N° 7

Una niña de 18 meses fue llevada a una clínica en Massachusetts por fiebre y decaimiento⁽¹³⁾. Los padres informaron que había dormido durante 16 horas. Se le encontró un rush en el tórax y se le diagnosticó una infección viral. Se le indicaron líquidos y acetaminofen. La madre llamó al médico a las 19 horas para informarle que la niña había dormido todo el día y que le había aparecido una nueva erupción en el tórax. Se le dijo que consultara al día siguiente. Llamó una hora más tarde porque la paciente tenía fiebre de 41°C y manchas rojas en todo el cuerpo. Le dijeron nuevamente que consultara al día siguiente. A las 3:30 horas de la madrugada la madre llamó nuevamente por vómitos y diarrea. El médico diagnosticó por teléfono erupción viral e indicó esperar hasta el día siguiente. La niña fue encontrada muerta en la mañana y la autopsia reveló meningococemia. La familia demandó al médico y a la clínica porque consideraban que deberían haberse indicado antibióticos precozmente.

Se indemnizó a la familia.

La meningococemia es uno de los cuadros más temidos en la pediatría y esto es por razones justificadas. Esta infección progresa rápidamente y tiene una mortalidad del 10%. El diagnóstico puede ser extremadamente difícil porque las características que pueden distinguirla de una infección viral pueden estar ausentes cuando el paciente consulta por primera vez en el departamento de emergencia^(15,16).

Como si fuera poco, el tratamiento antibiótico de esta infección puede no alterar su evolución espontánea.

Cuando el paciente tiene apariencia tóxica la conducta a seguir es clara. Estos niños requieren la administración inmediata de fluidos intravenosos y antibióticos e internación hospitalaria. Aunque el niño o niña no tengan un aspecto crítico en el departamento de emergencia, cualquier niño con fiebre y erupción petequeial debe ser manejado con gran precaución. Es prudente obtener hemograma completo y hemocultivos y observar su evolución atentamente en la emergencia. Los antibióticos intravenosos y la internación no son siempre necesarios. No obstante la meningococemia debe ser considerada y el tratamiento garantizado si el paciente tiene aspecto enfermo o la paraclínica es anormal^(1,7).

El diagnóstico de meningococemia puede ser proble-

mático porque muchos niños se presentan sin la erupción petequeial clásica. Aproximadamente 50% de los pacientes con meningococemia se presentan con una erupción pálida no petequeial y 30% sin ninguna erupción⁽¹⁵⁾. El hemograma en niños con meningococemia revela un alto número de bandas sin leucocitosis. Es así que algunos expertos recomiendan la internación hospitalaria y el inicio de antibioticoterapia presuntiva a aquellos niños con fiebre y petequias con aumento absoluto de las bandas en sangre periférica⁽¹⁷⁾. Además la fiebre alta con dolor en un miembro o la espalda o que se niegue a caminar debe hacer sospechar esta infección. Los niños con meningococemia pueden tener dolor en las extremidades debido a daño en la microcirculación. A pesar de que hay pocos datos que validen esta asociación, si un niño con fiebre tiene dolor intenso en miembros o en la espalda el diagnóstico de meningococemia debe ser, por lo menos, considerado^(1,7).

El alta del departamento de emergencia debe ser reconsiderada si un niño con fiebre tiene aspecto grave para algún miembro del equipo médico, incluyendo al médico que lo refirió. Si sobreviene una demanda por malapraxis, será difícil defender el alta del paciente si figura en la historia clínica que algún médico o enfermera lo vio con “aspecto de niño enfermo”⁽¹⁾.

El manejo del niño febril sin apariencia tóxica es muy controvertido. Algunas guías de tratamiento recomiendan realizar hemograma y hemocultivos en niños entre 3 y 36 meses con fiebre por encima de 39°C y sin foco evidente. Si el hemograma muestra leucocitosis mayor de 15.000/mm³ el protocolo indica antibióticos parenterales (ceftriaxona). Muchos médicos discrepan con esta conducta. Estas guías son anteriores al uso difundido de vacunas anti *H. influenzae* y *Strep. pneumoniae*. Ahora que tantos niños han sido vacunados en EE.UU., el riesgo de bacteriemia o sepsis bacteriana en un niño con fiebre sin foco es extremadamente bajo. Muchos médicos no creen necesario hacer hemograma ni hemocultivos en niños con fiebre entre tres y 36 meses. Las guías terapéuticas no sólo no están actualizadas sino que fallan en diagnosticar a todos los niños con bacteriemia. Muchos niños con meningococemia u otras infecciones severas no tienen leucocitosis elevada ni fiebre mayor de 39°C^(21,22).

Los lactantes menores de dos meses deben ser manejados con cautela, dado que su sistema inmune es inmaduro. Todo lactante menor de 8 semanas con fiebre o aspecto de enfermo debe ser evaluado para descartar una sepsis con hemograma, hemocultivos, examen de orina y urocultivo, cultivo de LCR y radiografía de tórax. La mayoría de los expertos recomiendan internar a los lactantes menores de cuatro semanas para el inicio de antibioticoterapia empírica intravenosa, dado el alto riesgo

de infección bacteriana^(18,23). Otros recomiendan que los lactantes entre 4 y 8 semanas pueden ser dados de alta a domicilio si un médico con experiencia considera que tiene buen estado general y que los exámenes de laboratorio son normales. Algunos recomiendan administrar ceftriaxona previo al alta del servicio de emergencia⁽²⁵⁾.

La imposibilidad de seguir todas las recomendaciones publicadas no significa un mal proceder. Uno debe seguir un criterio clínico y un manejo razonable del niño con fiebre. Desafortunadamente los médicos que no puedan manejar al paciente, según estas guías terapéuticas, van a encontrar dificultades en defender su conducta en una demanda por malap Praxis⁽¹⁾.

Documentación

Nadie puede predecir qué paciente tendrá una mala evolución y termine en un litigio. Es por eso muy importante documentar adecuadamente los cuidados que recibió cada lactante o niño con fiebre en el departamento de emergencia. Una buena documentación previene las demandas legales. La historia clínica es el primer documento revisado por los padres o el abogado. Se solicitará asesoramiento a un médico consultante para determinar si corresponde una demanda. Indudablemente la historia clínica influirá en esta decisión. Si ésta demuestra un correcto examen y valoración paraclínica adecuada el consultante puede convencer al abogado de no continuar adelante. Por el contrario si los exámenes de laboratorio o el examen físico no están debidamente registrados, alguien puede asumir que no fueron hechos^(1,26). La historia clínica puede ser el mejor amigo o enemigo del médico demandado, dependiendo como haya sido registrada en el momento de la visita en el departamento de emergencia⁽¹⁾.

En los EE.UU. se han pagado millones de dólares en casos en los que el médico actuó correctamente pero no estaba debidamente registrado en la historia clínica.

Los datos de la enfermedad actual deben ser registrados en su totalidad. Toda información que pueda ser relevante debe estar registrada. Esto puede ser difícil en el departamento de emergencia donde habitualmente hay demasiado trabajo. No obstante si la historia es demasiado breve o ilegible puede transmitir la idea de falta de cuidado en ese caso clínico⁽²⁸⁾. Es conveniente tomarse el tiempo para registrar datos sobre la dieta actual, actividades del niño y medicación que recibe. Esto puede ahorrarle al médico varias horas en el juzgado.

Además es necesario documentar el examen físico, incluyendo algunos signos vitales en cada niño. Los signos vitales deben ser monitorizados mientras el paciente permanezca en la emergencia para su observación. Los signos anormales deben ser registrados. También debe

figurar el estado general del paciente así como el estado de hidratación, actividad del niño, etcétera. Los médicos y enfermeros a cargo del paciente deben describir su aspecto en detalle. Por ejemplo la descripción “lúcido, activo, jugando en brazos de la madre”, demuestra claramente que el paciente no tenía aspecto enfermo en el momento de la consulta. En lugar de anotar “niño irritable” es preferible (si es cierto) registrar “llanto al examinarlo, pero se consuela fácilmente con la madre”. En los casos de niños con fiebre siempre debe quedar claro en la historia clínica que el niño tenía un buen aspecto general antes de ser dado de alta del departamento de emergencia⁽¹⁾. Esto puede requerir una nota adjunta a la historia o una hoja de evolución, en especial en aquellos niños que permanecieron durante varias horas en la emergencia luego de la primera evaluación clínica. Si la hoja no existiera dentro de la historia no debe dudarse en agregarla, ya que esto no es un argumento para una incorrecta documentación^(1,26). Todos los hallazgos deben ser documentados aunque parezcan menores. Las indicaciones médicas y los pedidos de exámenes paraclínicos deben estar registrados, y con sus respectivos horarios. Esto puede demostrar que una indicación fue demorada y que esto repercutió en la evolución del paciente. Además es importante documentar las opiniones de otros médicos que fueron consultados en la emergencia. Esto demuestra preocupación por el paciente y buena intención de tratarlo correctamente. También puede significar compartir la responsabilidad si la evolución no es buena⁽¹⁾.

Hay que documentar todo procedimiento realizado al niño y como lo toleró. Hay que revisar y documentar todos los resultados de exámenes (incluyendo los cultivos) aunque no estén disponibles hasta después del alta. Se debe explicar a los familiares y anotarlo en la historia que las radiografías vistas en la emergencia serán luego informadas por el radiólogo. Avisar a la familia si el informe del radiólogo difiere del realizado por el médico de emergencia⁽²⁹⁾. Esta actitud puede evitar enojos o la sensación de poco interés en el paciente, si es convocado más adelante para un tratamiento complementario.

En muchos casos de malap Praxis el médico en la emergencia ordena exámenes que luego son cancelados. Si bien no está mal cambiar el manejo inicial del paciente, es mejor justificar en la historia las razones de los cambios. Por ejemplo, el médico puede escribir: “mejoría clínica, tolera vía oral, no es necesaria la punción lumbar”^(1,26). El diagnóstico del médico debe estar registrado con claridad y el tratamiento debe estar acorde a dicho diagnóstico.

Las instrucciones al alta deben estar escritas con claridad y ser revisadas con la familia para asegurarse que son comprendidas. Es mejor no dejar demasiadas cosas

a criterio de los padres. No hay que escribir indicaciones poco específicas como “dar líquidos” o regrese “si es necesario”. Se deben usar términos que los padres entiendan y hay que evitar el uso de abreviaturas. En las instrucciones es conveniente anotar algunos signos de alarma que los padres deben controlar en domicilio. Cuando no sea posible hacer una lista de las probables complicaciones, hay que explicar a los padres cuando deben consultar con su pediatra y en que casos deben consultar nuevamente en la emergencia. Hay que informar a los padres el diagnóstico y escribirlo en el resumen de alta. Inquirir si existen dudas o preguntas y explorar la existencia de problemas sociales como capacidad de obtener la medicación, locomoción, control médico o cualquier factor que interfiera con el cuidado del niño ^(1,26).

Los familiares deben firmar la historia clínica demostrando que recibieron y entendieron las indicaciones de alta. Una copia de éstas debe figurar en la historia ya que el médico no recordará que fue lo que informó a la familia años más tarde. Aunque estas indicaciones no eviten una demanda legal, sí pueden ayudar a defender el caso ^(1,26).

Algunos departamentos de emergencia en EE.UU. utilizan una lista de chequeo en sus historias clínicas para ayudarse y ahorrar tiempo. En estos casos, aunque sea válido registrar como “normal” algunas partes del examen clínico, los hallazgos pertinentes tanto positivos como negativos deben ser agregados siempre. Por ejemplo, en la evaluación de la piel de un niño con fiebre, puede ser muy importante registrar “no petequias o síndrome purpúrico”. Si el examen clínico en su totalidad está registrado como “normal”, puede transmitir la idea de que el paciente no fue examinado cuidadosamente. No hay que anotar como “normal” partes del examen físico que no fueron realizadas, por ejemplo tacto rectal. En caso de una demanda esto puede disminuir la credibilidad del médico y hacer dudar al jurado si otras partes del examen fueron realmente realizadas ^(1,26).

El médico debe leer las anotaciones de enfermería. Ayuda mucho que las anotaciones del médico coincidan con las de enfermería, así como con otras anotaciones que figuren en la historia. Si el médico no está de acuerdo con la evaluación hecha por enfermería (si por ejemplo no considera que el niño esté deprimido) debe registrar en la historia su discrepancia en buenos términos ⁽¹⁾. Es importante que ni enfermería, ni los médicos tratantes o consultantes, así como otros integrantes del staff médico, registren una batalla de opiniones en la historia clínica ⁽³⁰⁾. Las discrepancias acerca del manejo del paciente deben ser discutidas antes de que éste sea dado de alta y los registros en la historia deben reflejar, en lo posible, acuerdo en el equipo tratante. Las discusiones sobre problemas que surjan durante el tratamiento del pa-

ciente no deben quedar registradas en la historia. La tabla 2 resume las recomendaciones para mejorar la documentación.

Reevaluación luego del alta del departamento de emergencia

Los niños que fueron sometidos a estudios para descartar una sepsis deben ser reevaluados por un médico (quizás el pediatra del niño) en 12-24 horas. Si esto no es posible el niño debe ser llevado al departamento de emergencia o ser internado en el hospital ^(1,31). Si a los padres se les dice que coordinen una consulta para el seguimiento, esto puede fracasar. En algunas situaciones el médico debe hacerse responsable si no pueden conseguir una consulta en la clínica del paciente. Algunas veces es necesario que el staff del departamento de emergencia se comunique con la clínica o el médico tratante para coordinar una consulta. Esto asegura la correcta transmisión de la información y las expectativas en el seguimiento.

Contacto telefónico luego de la visita al departamento de emergencia

Muchos departamentos de emergencia de EE.UU. hacen seguimiento telefónico de los pacientes recientemente dados de alta. Esto es útil como oportunidad de contestar preguntas y aclarar instrucciones. No es posible llamar a todos los pacientes que visitan un departamento de emergencia, por lo general sobrecargado. Sin embargo estas llamadas pueden permitir reducir los errores diagnósticos y puede dar al staff la oportunidad de hacer ajustes o correcciones al tratamiento ^(1,31). Algunas veces estas llamadas pueden revelar que los padres no están cumpliendo las indicaciones, o no tienen dinero o medios para concurrir a la consulta. El staff puede descubrir que los padres no consiguieron los medicamentos o los están administrando en forma incorrecta. En algunos departamentos de emergencia una enfermera pediátrica hace las llamadas, en otros los médicos llaman a las familias en las horas de menor trabajo. Es importante que las llamadas las haga alguien con conocimientos médicos. El que realiza la llamada debe asegurarse de que las indicaciones al alta fueron comprendidas, y algunas veces el niño deberá ser derivado a otro centro de asistencia ⁽³²⁾. No se deben indicar tratamientos extensos por teléfono. Si los padres informan que el niño no mejora, se les solicitará que vuelvan a la emergencia ^(1,31).

Se documentará brevemente la llamada en la historia, de esta manera si existiera una demanda por la mala evo-

Tabla 3. Recomendaciones en la reevaluación del paciente del departamento de emergencia *.

1. Indique a los padres que regresen si el niño empeora.
2. Explique en forma verbal y escrita cuando deben consultar nuevamente.
3. Coordine un control para el día siguiente cuando corresponda.
4. Llame por teléfono a los padres más tarde si la condición del paciente era preocupante.
5. Informe a los padres sobre los resultados de los exámenes y de las radiografías.
6. Indique una nueva visita si los padres llaman porque el niño no mejora.
7. Registre en la historia las llamadas telefónicas y las indicaciones de seguimiento.

* Adaptado de Selbst SM, Korin JB. The medical record. In: Preventing Malpractice Lawsuits in Pediatric Emergency Medicine. Dallas: American College of Emergency Physicians, 1999: pp 148.

lución del paciente, el staff del departamento de emergencia podrá probar que se preocupó por el paciente en darle asistencia^(1,31).

Reingreso al departamento de emergencia

Con frecuencia un paciente con fiebre es llevado nuevamente al departamento de emergencia para controlar su evolución. Este paciente debe ser reexaminado cuidadosamente. El staff debe preocuparse si el paciente no ha mejorado luego de su primera visita a la emergencia⁽¹⁾. A veces es útil que sea otro médico quien realice una nueva historia y examen físico. Esto puede brindar una nueva perspectiva en el caso. La historia y exámenes anteriores deben ser revisados cuidadosamente. Cualquier niño que consulte en la emergencia más de una vez por el mismo cuadro, tiene mayor riesgo de realizar una demanda legal. Algunos creen que si el paciente consulta por tercera vez en la emergencia, debe ser internado⁽³³⁾. No todos siguen este “proverbio”, pero sería inteligente ingresar todo niño cuyo diagnóstico no es claro; cuyos padres no ven mejoría con los cuidados; aquéllos que no tengan la evolución esperada y sin duda aquéllos que tengan aspecto enfermo^(1,30). La tabla 3 resume las recomendaciones para el cuidado del niño con fiebre y seguimiento de los que consultaron en el departamento de emergencia.

En suma, puede ser imposible diagnosticar todos los casos de meningitis o sepsis/meningococemia en la primera consulta en el departamento de emergencia. Una bacteriemia con posterior localización en el sistema nervioso central puede ocurrir luego de que el niño se vaya

del departamento de emergencia. Sin embargo una evaluación cuidadosa, una buena documentación y una meticulosa coordinación para el posterior seguimiento pueden reducir las demandas por malpraxis⁽¹⁾.

Key words: MENINGITIS - diagnosis
MENINGITIS - therapy
DIAGNOSTIC ERRORS
MALPRACTICE

Bibliografía

1. **Selbst SM.** The febrile child-missed meningitis and bacteremia. *Clin Pediatr Emerg Med* 2000; 1: 64-171.
2. **Committee on Medical Liability.** Liability issues in diagnosing meningitis. In: Robertson WO, Lockhart JD (editors). *Medical Liability for Pediatricians*. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1995: pp 99-103.
3. **Laska L.** Medical Malpractice, Verdicts, Settlements, Experts 1995; 11(2): 41.
4. **Laska L.** Medical Malpractice, Verdicts, Settlements, Experts 1996; 12(3): 43.
5. **Laska L.** Medical Malpractice, Verdicts, Settlements, Experts. 1995; 11(3):43.
6. **Henry GL, George JE.** Selected medical problems. In: Henry GL (editor). *Emergency Medicine Risk Management – A Comprehensive Review*. Dallas: American College of Emergency Physicians, 1991: pp 415-31.
7. **Selbst SM, Korin JB.** The febrile child-missed meningitis and bacteremia. In: *Preventing Malpractice Lawsuits in Pediatric Emergency Medicine*. Dallas: American College of Emergency Physicians, 1999: pp 59-64.
8. **Talan DA, Guterman JJ, Overturf GD, Singer C, Hoffman JR, Lambert B.** Analysis of emergency department management of suspected bacterial meningitis. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 856-62.
9. **Talan DA.** Malpractice aspects of selected infectious diseases. *Foresight* 1993; 28:1-6.
10. **Laska L.** Medical Malpractice, Verdicts, Settlements, Experts. 1998; 14(5): 23.
11. **Laska L.** Medical Malpractice, Verdicts, Settlements, Experts. 1996; 13(8): 18.
12. **Laska L.** Medical Malpractice, Verdicts, Settlements, Experts. 1997; 13(7): 11.
13. **Laska L.** Medical Malpractice, Verdicts, Settlements, Experts. 1997; 13(7): 38.
14. **Selbst SM.** Pediatric Emergency Medicine Legal Briefs. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14: 161-4.
15. **Wong VK, Hitchcock W, Mason WH.** Meningococcal infections in children: a review of 100 cases. *Pediatr Infect Dis J* 1989; 8: 224-7.
16. **Tesoro LJ, Selbst SM.** Factors affecting outcome in meningococcal infections. *Am J Dis Child* 1991; 145: 218-20.
17. **Baker RC, Sequin JH, Leslie N, Gilchrist MJR, Myers MG.** Fever and petechiae in children. *Pediatr* 1989; 84: 1051-5.
18. **Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR, Klein JO, McCracken GH Jr, Powell KR et al.** Practice guidelines for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. *Pediatr* 1993; 92: 1-12.

19. **Long SS.** Antibiotic therapy in febrile children: "Best-laid schemes..." (editorial). *J Pediatr* 1994; 124: 585-8.
20. **Wald ER, Dashefsky B.** Cautionary note on the use of empiric ceftriaxone for suspected bacteremia (editorial). *Am J Dis Child* 1991; 145: 1359-61.
21. **Mandl KD, Stack AM, Fleisher GR.** Incidence of bacteremia in infants and children with fever and petechiae. *J Pediatr* 1997; 131: 398-404.
22. **Kupperman N, Malley R, Inklis SH, Fleisher GR.** Clinical and hematologic features do not reliably identify children with unsuspected meningococcal disease. *Pediatr* 103: e20, 1999 (www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/2/e20).
23. **McCarthy PL.** The febrile infant (editorial). *Pediatr* 1994; 94: 397-9.
24. **Baker MD, Bell L, Avner JR.** Outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. *N Engl J Med* 1993; 329: 1437-41.
25. **Baskin MN, Fleisher GR, O'Rourke EJ.** Outpatient management of febrile infants 28-90 days of age with intramuscular ceftriaxone. *Am J. Dis Child* 1988; 142: 391.
26. **Selbst SM, Korin JB.** The medical record, in: *Preventing Malpractice Lawsuits in Pediatric Emergency Medicine*. Dallas: American College of Emergency Physicians, 1999: pp 46-53.
27. **George JE, Quattrone MS.** The ED record: Legal implications. *Emerg Phys Legal Bull* 1984; 10: 2.
28. **Bukata WR.** Emergency department medical record. In: Henry GL, Sullivan DJ (eds). *Emergency Medicine Risk Management – a Comprehensive Review* (2nd ed). Dallas: American College of Emergency Physicians, 1997: pp 295-308.
29. **SAEM Task Force on Physician –Patient Communication.** Physician-patient communication in the emergency department, part 3; Clinical and educational issues. *Acad Emerg Med* 1997; 4: 72-8.
30. **Fossarelli P, Baker MD.** What you don't record can hurt you: documentation in the emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1985; 1: 223-7.
31. **Selbst SM, Korin JB.** Follow-up care. In: *Preventing Malpractice Lawsuits in Pediatric Emergency Medicine*. Dallas: American College of Emergency Physicians, 1999: pp 145-52.
32. **Rakowski J, Groskeph E, Walsh M.** An emergency department telephone follow-up service. *J Emerg Nurs* 1994; 20: 199-203.
33. **Henry GL.** Risk management and high risk issues in emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am* 1993; 11: 909-11.

Correspondencia: Dr. Steven Selbst.

E-mail: sselbst@nemours.org