

Dra. María del Carmen Dubón-Peniche¹

1. Síntesis de la Queja.

El paciente del género masculino de 66 años de edad, refirió que por presentar dolor intenso, coloración rojiza y aumento de temperatura en muslo derecho, asistió al hospital demandado, donde diagnosticaron desgarro muscular, indicando vendaje, analgésicos y antiinflamatorios. Ese mismo día en la noche, por la misma causa, regresó al citado hospital, después de esperar más de treinta minutos, el médico informó que no sabría a qué hora podría ser atendido debido a falta de personal y al explicarle brevemente el caso, indicó una radiografía; sin embargo, después de realizada nuevamente estuvo esperando ser atendido, sin que esto sucediera, por ello decidió asistir a otro hospital, pues el dolor era muy intenso y se sentía mal.

2. Resumen clínico.

Expediente clínico, hospital demandado.

28 de diciembre de 2008, 10:25 horas, Urgencias:

Paciente del género masculino de 66 años, que acude por presentar tumoración y dolor en muslo derecho de tres días de evolución, sensación de punzada al caminar; tratado con compresas. Actualmente dolor intenso y edema de muslo. Paciente hidratado, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin alteraciones. Miembro pélvico derecho con edema en muslo, aumento de temperatura, pulsos presentes, datos de insuficiencia venosa, resto sin compromiso.

28 de diciembre de 2008, sin hora, nota de valoración, Angiología y Cirugía Vascul:

Dolor en miembro pélvico derecho que incapacita al paciente para caminar. Antecedente de hipertensión arte-

rial, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia bajo control médico. Hace tres días presentó dolor súbito en cara anterior de muslo derecho impidiéndole la deambulacion, en pocas horas comenzó con eritema y edema, actualmente el dolor es importante. En la exploración dirigida se encontró: pulsos arteriales y venosos íntegros, temperatura conservada, excepto en muslo, cara anterior e interna. No presenta alteración vascular en este momento. Descartar proceso infeccioso en piel.

28 de diciembre de 2008, 23:00 horas, Urgencias:

Se vocea a las 23:15, 23:30 y 23:50 horas. El paciente no se encuentra, refieren las personas que se encontraban en la Sala de espera que se fue.

Expediente clínico, atención subsecuente.

29 de diciembre de 2008, Urgencias:

Asiste por dolor en miembro pélvico derecho. Padecimiento actual: inicia al ir caminando y sentir dolor intenso 9/10 en ingle derecha, sin irradiaciones, ocasionándole diaforesis, se sentó por cuarenta minutos y al volver a incorporarse el dolor reinició. Acudió a servicio médico, donde fue valorado por Angiología, Cirugía y Ortopedia, dándole de alta con tratamiento ambulatorio, se aplicó ketoprofeno intramuscular con mejoría relativa de la sintomatología; ha notado aumento de volumen del muslo. Exploración física: temperatura 37° C, frecuencia cardiaca 98 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, tensión arterial 114/70. Facies álgica, signos: Hommans, Pratt y Hallow positivos, aumento de volumen en cara lateral de muslo derecho, dolor a la presión, aumento de temperatura en la zona mencionada. Diagnóstico: probable desgarro muscular en el muslo, a descartar trombosis venosa profunda. Plan: ultrasonido Doppler (muslo a pantorrilla); interconsulta a Ortopedia.

¹ Directora Árbitro Médico de la Primera Sala en la Dirección General de Arbitraje. CONAMED.

Correspondencia: María del Carmen Dubón Peniche. Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Narvarte. Deleg. Benito Juárez, C. P. 03020. México, D. F., México. Correo electrónico: revista @conamed.gob.mx.

Reporte de ultrasonido Doppler:

Miembro pélvico derecho con disminución del flujo venoso, permeabilidad venosa.

Resultados de Laboratorio:

Hemoglobina 12.6 gramos, hematocrito 37.8%, leucocitos 17,400, linfocitos 11%, segmentados 77%, en banda 8%, tiempo de protrombina 13, tiempo de tromboplastina parcial 35.1, nitrógeno ureico 57.7%, creatinina 3.5 mg, ácido úrico 9.6 mg, dióxido de carbono 11.2.

29 de diciembre de 2008, 3:45 horas, Ortopedia:

Dolor en muslo derecho que ha incrementado su intensidad, aumento de volumen, claudicación, incapacidad funcional. Lo atendieron en otro hospital, donde diagnosticaron desgarre muscular y colocaron vendaje de Jones. No tiene antecedente traumático, de esfuerzo o algún otro que cause desgarre. Exploración física: facies de dolor, extremidad pélvica derecha en actitud antiálgica, leve flexión de cadera y rodilla, aumento de volumen en muslo (++) y pierna (+), Hommans positivo, pulso distal simétrico. En exámenes de laboratorio leucocitosis (17,400), neutrofilia, presencia de bandas, nitrógeno ureico 53.7 mg, creatinina 3.8 mg. Se descarta desgarre muscular o algún problema ortopédico. Interconsulta a Cirugía Vascul.

5:10 horas, nota de ingreso, Cirugía vascular:

Facies dolorosa, postrado, extremidad inferior derecha en flexión de rodilla; mucosas secas, campos pulmonares ventilados, frecuencia respiratoria 22 por minuto, taquicardia (115), tensión arterial 80/60; abdomen sin alteraciones. Miembro pélvico derecho con edema y eritema en muslo, doloroso a la palpación, pulso femoral a la palpación, no se palpan pulsos distales, tiene buena señal en ambos pedios con Doppler portátil. Por laboratorio: leucocitosis, anemia, retención de azoados. Por gabinete: Doppler negativo para trombosis venosa profunda. Diagnóstico: Dolor en miembro pélvico derecho en estudio, celulitis en miembro pélvico derecho. Plan: antibiótico intravenoso (ectapenem), tomografía axial computarizada de abdomen y miembros pélvicos. Ingresa para estudio y manejo del dolor.

Reporte de tomografía axial computarizada de miembros inferiores y abdomen:

Incremento importante en el tamaño del muslo derecho con infiltración de gas en tejidos blandos.

29 de diciembre de 2008, Infectología:

Edema, eritema y dolor intenso en muslo derecho.

Laboratorio:

Biometría hemática con leucocitosis, creatinina 3.6 mg, nitrógeno ureico 53 mg, pruebas de función hepática con aumento de fosfatasa alcalina, transaminasa glutámico oxalacética, albúmina 2.2, globulina 4.0. Impresión diagnóstica: infección de tejidos blandos, probable fascitis. Se agrega clindamicina al manejo.

Angiología:

La tomografía de abdomen y miembros inferiores muestra diverticulosis, ausencia de abscesos o colecciones intra-abdominales, colecciones líquidas en compartimentos musculares del muslo. Impresión diagnóstica: fascitis necrotizante. Continúa hipotenso con aspecto séptico, mucho dolor en muslo, se informa al paciente y familiares necesidad de intervenir quirúrgicamente a la brevedad, se explican riesgos y gravedad del caso.

Nota operatoria, 16:40 horas:

Cirugía efectuada: fasciotomía, exploración de compartimentos, drenaje de abscesos, toma de cultivos, lavado quirúrgico, colocación de gasas con furacin. Hallazgos: absceso a nivel de cara interna de fascia lata, extendido a región posterior a la articulación de cadera; drenaje de absceso que seguía el trayecto del Sartorio derecho; líquido abundante. Diagnóstico postoperatorio: abscesos intercompartimentales en muslo derecho. Durante el procedimiento paciente hipotenso, oligúrico, con signos de hipoperfusión, ingresará a Terapia Intensiva.

29 de diciembre de 2008, Infectología:

Enterados de hallazgo y procedimientos; en estos momentos presenta respuesta inflamatoria sistémica. En tinción de Gram se encontraron cocos Gram positivos, sugestivos de estreptococo. Se ajustó esquema amoxil-sulbac-

tam, clindamicina, vancomicina, entre tanto se reportan los cultivos.

30 de diciembre de 2008, Infectología:

Con requerimiento de vasopresores, mejoría en la diuresis. Desarrollo de estreptococo pyogenes como germen único; adecuada cobertura, continúa grave.

Unidad de Cuidados Intensivos, 00:50 horas, nota de ingreso:

Toda la cirugía con tendencia a hipotensión, se manejó con soluciones y vasopresor sistémico; ingresa por persistencia de datos graves de hipoperfusión tisular; volumen urinario de dos horas en quirófano ascendió a 100 cc., Ramsay 5 por sedoanalgesia, en ventilación mecánica protectora, hemodinámicamente estable pero con dosis altas de vasopresor, hiperazoemia grave de patrón pre-renal, reposición fisiológica de esteroide, glucemias menores de 100 mg, alargamiento de tiempos de coagulación, plaquetas en parámetros normales, la determinación de procalcitonina apoya la sospecha de sepsis grave. Cursa con francos datos de choque séptico de origen en tejidos blandos del muslo. Se encuentra grave.

31 de diciembre de 2008, Infectología:

Menor requerimiento de aminos, ayer pico febril, presenta secreciones purulentas, infiltrados en radiografía de tórax, cobertura para neumonía asociada a ventilación mecánica, se envía muestra respiratoria a cultivo.

13:20 horas:

Sedado, midriasis izquierda, hemodinámicamente dependiente de vasopresor; mejoría en la perfusión con disminución del lactato, aun con ventilación mecánica. Radiografía de tórax muestra congestión por sobrecarga de líquidos; los azoados aumentaron; incremento de leucocitos a 23,400, bandas 22, los tiempos de coagulación disminuyeron aunque continúan prolongados. Se incrementa espectro con cefepime y medidas mecánicas profilácticas para tromboembolia pulmonar.

Hoja de alta voluntaria, 0:30 horas:

Egresada para continuar la atención en Terapia Intensiva de hospital público.

Resumen clínico, hospital público:

Evolucionó lentamente hacia la mejoría, ingresó al Servicio de Cirugía donde fue tratado mediante antibióticos, lavados quirúrgicos, desbridación de tejido necrótico, tomándose muestras para cultivo. Egresó sin datos de infección, con tejido de granulación en fasciotomías; posteriormente Cirugía Plástica y Reconstructiva efectuó cierre de herida por segunda intención con extensión de colgajos, siendo la evolución satisfactoria.

Análisis del Caso.

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

En términos de la literatura especializada, la fascitis necrotizante es una infección severa, fulminante, del tejido blando que involucra la fascia superficial y el tejido subcutáneo, con trombosis de la microcirculación subcutánea. Para establecer el diagnóstico, es necesario valorar cuidadosamente los datos clínicos, pues las infecciones de piel, músculo y partes blandas, deben sospecharse en casos dolor e hipersensibilidad de partes blandas, incluso en ausencia de inflamación cutánea aguda, así como en fiebre inexplicable, entre otras.

La protección de la epidermis frente a la infección, depende de la barrera mecánica que proporciona el estrato córneo de la piel; la afección de esta barrera por cualquier factor, permite penetración de bacterias hacia las estructuras profundas; así mismo, el folículo piloso sirve de entrada tanto a flora normal, como patógena y también por inoculación cutánea como ocurre en caso de los virus. Las bacterias que infectan la epidermis como el estreptococo pyogenes, pueden desplazarse lateralmente a estructuras profundas a través de los linfáticos y posteriormente por el plexo capilar, ello permite el acceso de bacterias hacia la circulación y facilita la diseminación local, así como la bacteremia; la pérdida de la integridad vascular, obliga a explorar estructuras profundas en busca de signos de fascitis necrotizante o mionecrosis.

La fascitis necrotizante es una infección invasiva, rápidamente progresiva en la cual ocurre necrosis de la piel, teji-

do celular subcutáneo y fascia; si no se trata a tiempo, la mortalidad es elevada (20% al 47%), según refiere la literatura especializada. La piel puede tener apariencia normal, puede encontrarse eritema o tinte oscuro, bulas o parecer celulitis, existe sensibilidad exquisita y crepitación a la palpación; los pacientes presentan mayor toxicidad de lo que aparenta la piel, cursan con hipotensión, fiebre elevada y leucocitosis.

Para establecer el diagnóstico se requiere su sospecha, principalmente en afecciones con apariencia de celulitis; la ausencia de gas no excluye el diagnóstico, son útiles la tomografía computada y resonancia magnética, así como el cultivo. El diagnóstico diferencial debe realizarse con impétigo, erisipela, osteomielitis, tromboflebitis y reacción medicamentosa.

Atendiendo a la literatura médica, la identificación oportuna y el manejo mediante desbridación quirúrgica y uso de antibiótico, disminuye la morbi-mortalidad de la fascitis necrotizante, teniendo como prioridad la preservación de la vida, lo cual permitirá en un segundo tiempo, el manejo para mejorar la función de la extremidad y reincorporar al paciente a la vida cotidiana.

La fascitis necrotizante puede asociarse con infección por estreptococos del grupo "A", con infección mixta por bacterias anaerobias, o bien, puede formar parte de gangrena gaseosa por clostridium. Al inicio, los síntomas pueden ser fiebre inexplicable o dolor, después se presentan tumefacción, edema e hiperestesia; posteriormente induración de color rojo oscuro, ampollas, y más tarde, la piel se torna friable de color azul, marrón o negro, debido a que en esta fase existe trombosis extensa de vasos sanguíneos y extensión de la infección a la fascia profunda. En las fases tardías, los pacientes presentan toxicidad, frecuentemente choque y falla multiorgánica.

La fascitis necrotizante debida a infección mixta por bacterias anaerobias y aerobias, suele acompañarse de gas en los tejidos profundos, la puerta de entrada puede ser un tumor, divertículo, hemorroide, fisura anal o desgarró uretral; otros factores predisponentes

son diabetes mellitus y enfermedad vascular periférica.

La fascitis necrotizante causada por estreptococo pyogenes, con frecuencia inicia en el sitio de un traumatismo leve no penetrante, como equimosis o distensión muscular, o bien, puede producirse siembra a partir de bacteremia transitoria, aunque la mayoría de los pacientes niegan haber padecido infecciones estreptocócicas previas. Otra posibilidad es que el estreptococo pyogenes alcance la fascia profunda a partir de una zona de infección cutánea o de un traumatismo penetrante. La toxicidad en la fascitis necrotizante por estreptococo pyogenes es intensa y puede existir afección renal previa a la aparición del choque séptico; en 20% al 40% de los casos se produce miositis concomitante, por lo que los valores séricos de creatinfosfocinasa son elevados y no suele haber gas en los tejidos. Es esencial la rápida exploración quirúrgica hasta la fascia profunda y el músculo, para extirpar el tejido necrótico, así como, cobertura amplia con antibióticos tipo penicilina, cefalosporinas y clindamicina.

Por su parte, la sepsis se manifiesta como reacción del paciente a microorganismos invasores, cuya primera expresión puede ser fiebre o hipotermia, leucocitosis, taquicardia y taquipnea; puede evolucionar a sepsis grave, si fallan los mecanismos de contra-regulación y se afectan órganos vitales, puede existir encefalopatía aguda, oliguria, acidosis metabólica y posteriormente choque séptico que se caracteriza por hipotensión y alteraciones funcionales de diferentes órganos, lo que aumenta el riesgo de muerte. El diagnóstico etiológico, en forma definitiva, lo constituye el asilamiento del microorganismo en sangre o en el foco infeccioso.

En el presente caso, el paciente asistió al hospital demandado el 28 de diciembre de 2008 a las 10:25 horas. En efecto, la nota médica señala que presentaba tumoración en muslo derecho de tres días de evolución, dolor intenso que dificultaba la marcha y edema. En la exploración física se reportaron datos sugestivos de proceso infeccioso (absceso), como son: aumento de volumen y temperatura a

nivel de muslo derecho, esto aunado al dolor ya referido.

En ese sentido, el personal médico que atendió al paciente, no cumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba. En efecto, la nota médica de dicha atención, no refiere diagnóstico presuntivo alguno, ni el plan a seguir. Esto, además, demuestra incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico, que en su parágrafo 7, De las Notas Médicas de Urgencias, establece que las mismas, deberán contener: signos vitales, diagnósticos o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico, lo cual no sucedió en el presente caso.

A mayor abundamiento, el paciente fue valorado por el Servicio de Angiología, quien en su nota señala, que no presentaba alteración vascular en ese momento y que era necesario descartar proceso infeccioso en piel; sin embargo, no se tomaron las medidas necesarias para descartar o corroborar tal patología.

Por el contrario, de las notas médicas se desprende, que no se realizó interrogatorio ni exploración física de manera completa, tampoco se solicitaron los estudios auxiliares de diagnóstico que el caso ameritaba. En esos términos, el enfermo fue egresado del Hospital demandado, sin haber sido estudiado suficientemente y sin brindarse indicaciones médicas.

Así las cosas, quedó demostrado que el personal médico que brindó la atención al paciente en el Hospital demandado, incurrió en mala práctica, por negligencia.

Atendiendo al cuadro clínico que presentaba el enfermo, era necesaria su hospitalización para estudio y tratamiento, pues los datos clínicos de aumento de volumen (tumor), aumento de temperatura (calor) y dolor, son diagnósticos patognomónicos de absceso, y si bien el Servicio de Angiología sospechó tal situación, no se brindó la atención necesaria. Es decir, la atención brindada no se efectuó en términos de lo establecido por *lex artis*.

La nota de valoración por el Servicio de Urgencias del 28 de diciembre de 2005 a las 23:00 horas, refiere que se voceó al enfermo en tres ocasiones en

la sala de espera a las 23:15, 23:30 y 23:50 horas, señalándose que el paciente no se encontraba y que las personas que estaban en la sala de espera refirieron que se había retirado. Al respecto, el paciente en su queja, manifestó que después de esperar más de treinta minutos, el médico le indicó una radiografía; sin embargo, debido a que permaneció en espera de consulta, sin ser llamado y por persistir con dolor intenso, optó por acudir a otro hospital. Este hecho se tuvo por cierto, pues ni siquiera fue negado ni controvertido por el hospital demandado.

Más aun, fue demostrado que desde la primera atención en el Servicio de Urgencias, el personal médico del Hospital demandado, contaba con elementos suficientes para ingresar al paciente a observación, realizar los estudios auxiliares y brindar el tratamiento que el caso ameritaba, situación que no ocurrió en el presente caso.

La evolución del paciente fue mala, presentó alteraciones sistémicas por la progresión del padecimiento infeccioso, debido a la mala praxis, por negligencia, en que incurrió el personal médico del Hospital demandado, al no brindar la atención oportuna y en términos de la *lex artis* médica.

Debido a las omisiones observadas, el paciente fue atendido por otros facultativos, quienes diagnosticaron y trataron la patología que presentaba. En efecto, el enfermo ingresó a otro hospital, donde fue valorado por Angiología, Ortopedia e Infectología, realizándose estudios de laboratorio y gabinete, integrándose el diagnóstico de fascitis necrotizante. Cabe mencionar, que la citada fascitis fue corroborada mediante tomografía computarizada de miembro pélvico derecho, la cual mostró colecciones líquidas y aire en los compartimientos musculares del muslo.

El enfermo fue intervenido quirúrgicamente; atendiendo a la nota operatoria, se realizó fasciotomía, exploración de compartimientos, drenaje de absceso, toma de cultivo y lavado quirúrgico, lo cual era necesario para atender la patología que presentaba. Así mismo, del expediente clínico de la atención subsecuente, se desprende que el pa-

ciente presentó insuficiencia renal, alteraciones metabólicas, prolongación de los tiempos de coagulación, así como alteraciones hemodinámicas y respiratorias, secundarias a choque séptico, por ello fue necesario su internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos. De igual manera, fue demostrado que el 31 de diciembre de 2008, el enfermo fue trasladado al Servicio de Terapia Intensiva de un hospital público, para continuar su atención.

Apreciaciones Finales

La atención brindada por el personal médico del hospital demandado, no se ajustó a la *lex artis* médica, pues ante el cuadro clínico que presentaba el enfermo, se incumplieron las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

La decisión del paciente para acudir a otro Hospital, estaba plenamente justificada, debido a la mala práctica, por negligencia, en que incurrió el personal médico del Hospital demandado.

No se realizan pronunciamientos respecto de la atención ulterior, brindada al paciente por facultativos distintos al demandado, pues no formó parte de la controversia, sólo se incluyó para el análisis integral del caso.

Referencias

1. Alejandro Martínez Otero, Sixto Rodríguez Ramírez, Gerardo Mafara Flores. Fascitis necrotizante de miembro pélvico. Su diagnóstico y tratamiento. *Acta Ortopédica Mexicana* 2006; 20(3): May-Jun, pp.121-125.
2. Harrison, Fauci, Braunwald et al. Principios de Medicina Interna. 16ava. ed. Vol I y II. Mc Graw Hill Interamericana. España, 2005.
3. Halabe, Lifshitz, López Barcena, Ramiro. *El Internista. Medicina Interna para Internistas*. 2ª ed. Mc Graw Hill Interamericana. México, 2002.
4. BMJ, Legis. Evidencia Clínica Concisa. 2º ed. España, 2003.
5. Espinosa López R. *Terapéutica en enfermedades infecciosas*. 2ª ed. México, 2001.
6. Starlin Richard MD. *Infectious Diseases Subspecialty Consult. The Washington Manual*. Missouri, USA, 2005.



Organización Mundial
de la Salud

Lista de cotejo de la OMS para cuidados al Paciente con Influenza Humana A (H1N1)



Organización Mundial
de la Salud

Esta Lista fue desarrollada por un grupo de expertos del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, en respuesta a la pandemia por la Nueva Influenza A H1N1. Se consultaron expertos en 3 áreas: 1) Control de infecciones, 2) manejo clínico de pandemias de influenza y, 3) lista de cuidados de salud. Su uso en la práctica clínica será sujeto a evaluaciones futuras. Este documento pertenece a la serie de Listas de cotejo para la Seguridad del Paciente de la OMS, que son herramientas prácticas y fáciles de usar, las cuales destacan acciones críticas que deben tomarse en momentos vulnerables de la atención. Fue diseñado por la OMS para ser utilizado por el personal salud que trata un paciente sospechoso o confirmado como caso de influenza A H1N1. Combina 2 aspectos para la atención: 1) manejo clínico para cada paciente y 2) medidas de control para limitar la diseminación de esta enfermedad.

CUANDO EL PACIENTE LLEGA AL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA

- Dirija al paciente con síntomas de influenza a la sala de espera.
- Proporcione instrucciones y materiales sobre síntomas de influenza, higiene respiratoria y la etiqueta del estornudo.
- Coloque al paciente un cubrebocas, si existe el recurso y las condiciones del paciente le permiten tolerarlo.

DURANTE LA EVALUACIÓN INICIAL

- Tome la frecuencia respiratoria (FR) durante un minuto completo y si es posible, la saturación de oxígeno (O₂). Si la FR es alta* o la saturación de O₂ es menor a 90%, tome medidas de urgencia.
- Realice la historia clínica, enfatizando en síntomas de influenza, fecha de inicio, viajes y contacto con personas con síntomas similares.
- Valore pruebas de diagnóstico especializado (pruebas rápidas, etc.).
- Use cubrebocas, protección ocular y guantes cuando tome muestras del paciente.
- Etiquete correctamente las muestras y envíelas al INDRE o a su jurisdicción sanitaria respectiva.
- Considere alternativas de diagnóstico adicionales.
- Reporte el caso a las autoridades regulatorias o epidemiológicas.

MANEJO INICIAL Y SUBSECUENTE DEL PACIENTE

- La terapia de apoyo para un paciente con influenza A (H1N1) o para cualquier tipo de influenza incluye:
- Proporcionar oxígeno para mantener la saturación de O₂ arriba de 90% o si la frecuencia respiratoria es elevada (si no está disponible la saturación de O₂).
- Si considera usar antipiréticos, dar paracetamol (acetaminofén) en pacientes menores de 18 años.
- Indique antibióticos específicos si comprueba infección bacteriana agregada (ej. Neumonía).

Rangos normales de frecuencia respiratoria:

EDAD	RANGO RESPIRATORIO
< 2 meses	>60 x minuto
2-11 meses	>50 x minuto
1-5 años	>40 x minuto
>5-12 años	>30 x minuto
>13 años	>20 x minuto

- Considere diagnósticos alternativos o adicionales.
- Valore el uso de antivirales (oseltamivir o zanamivir), considerando contraindicaciones e interacciones medicamentosas.

ANTES DE TRANSFERIR O CANALIZAR AL PACIENTE

- Cuando sea posible y tolerable por el paciente, colóquele un cubrebocas.

ANTES DE CUALQUIER CONTACTO CON EL PACIENTE

- Utilice cubrebocas.
- Lávese las manos.
- Use protección ocular, guantes y traje de aislamiento, si existe riesgo de exposición a fluidos corporales o salpicaduras.
- Limpie y desinfecte el equipo de uso personal, entre cada paciente.
- Cámbiese guantes (si aplica) y lávese las manos entre pacientes.

SI USA PROCEDIMIENTOS QUE TAMBIÉN PUEDEN GENERAR DISEMINACIÓN AÉREA DE SECRECIONES (ej. intubación, broncoscopia, RCP, succión)

- Permita entrar solamente al personal indispensable.
- Use un traje de aislamiento completo.
- Use una mascarilla/respirador específico (N95), si está disponible.
- Use protección ocular y guantes.
- Efectúe el procedimiento planeado en un área con ventilación adecuada.

ANTES DE LA ENTRADA DEL PACIENTE AL ÁREA DESIGNADA (sala de aislamiento o de restricción)

- Marque el área restringida y los signos de control de infección.
- Proporcione equipo dedicado exclusivamente para el paciente (si está disponible).
- Asegure por lo menos una distancia de 1 metro entre pacientes en el área restringida.

- Acentúe la rutina de limpieza de superficies frecuente así como el cambio de ropa del lugar.

ANTES DE LA ENTRADA AL ÁREA DESIGNADA (sala de aislamiento o de restricción EQUIPO Y VISITANTES)

- Use cubrebocas.
- Lávese las manos.

ANTES DE LA SALIDA DEL ÁREA DESIGNADA (sala de aislamiento o de restricción EQUIPO Y VISITANTES)

- Deseche cualquier equipo de protección personal (guantes, cubrebocas, protección ocular, traje de aislamiento completo).
- Deseche todos los objetos de protección mencionados, con la rutina de protección establecida.
- Lávese las manos.
- Limpie y desinfecte el equipo designado al paciente y los objetos personales que estén en contacto con el paciente.
- Deseche la basura contaminada, en un recipiente específico de residuos contaminados.

ANTES DE DESECHAR UN CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO

- Proporcione información y material al paciente y al personal de sobre tos e higiene respiratoria.
- Proporcione asesoramiento sobre aislamiento de enfermos y cuidados de contactos social.
- Lleve el registro de dirección y teléfonos de pacientes.

DESPUÉS DE LA ELIMINACIÓN

- Deseche, limpie o desinfecte los objetos personales y equipo del protocolo.
- Cambie la ropa de cama sin agitar.
- Limpie todas las superficies de acuerdo al protocolo de limpieza.
- Deseche la basura viral contaminada como todo objeto contaminado.
- Dar antibiótico específico si hay evidencia de infección bacteriana agregada (ej. neumonía).

* Etiqueta de estornudo: Los trabajadores de la salud, pacientes y familiares deben cubrir boca y nariz cuando tosan o estornuden. Si se utiliza un pañuelo de papel, deséchelo en una caja con una tapa o bolsa de plástico y, a continuación, lave las manos. Se debe promover la etiqueta de estornudo de tos en carteles y panfletos.

Se aceptan adecuaciones y modificaciones de orden local a esta lista.

Trad. Dr. Marco A. Fuentes

Liga en Internet para ver esta guía (en inglés), la cual se actualiza con frecuencia y automáticamente:

http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/ah1n1_checklist.pdf