

54  
201



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"R C P EN PACIENTES  
INFECTOCONTAGIOSOS"



**T E S I S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N :

CANELA PEREZ ADRIANA

GOMEZ SOLIS SINDY VERONICA

ASESOR: C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA



MEXICO, D.F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

262282



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## A MIS PADRES

No quiero dejar pasar éste momento tan importante en mi vida, sin decirles algunas de las muchas cosas que mi corazón guarda para ustedes.

Gracias, ante todo, por formar parte tan importante de mi vida, porque siempre han estado a mi lado, desde que recuerdo, y me han mostrado muy a su modo, el significado del amor.

Gracias por haberme enseñado tantas cosas que hasta la fecha enriquecen mi vida, alimentan mi cerebro e inspiran mis sentimientos.

Por haberme enseñado, que un hombre puede ser tierno, sin dejar de ser fuerte, por su paciencia infinita al enseñarme el amor a la vida, a Dios y a mis semejantes.

Porque con ustedes aprendí el significado de las palabras, bondad, verdad, justicia y compasión. Porque siempre compartieron conmigo el orgullo de mis pequeños triunfos y me apoyaron en mis fracasos. Porque nunca me han hecho sentir que yo fuera una carga para ustedes, ni una insoportable responsabilidad, sino algo así como un premio, que les había dado la vida sin merecerlo, a ustedes que merecen todo lo bueno del mundo.

Porque aún en sus momentos de enojo, de preocupación e incluso cuando tuvieron que reprenderme, los guió el amor de padres y su responsabilidad e interés por el bienestar de los suyos y tarde o temprano, he reconocido que la mayor parte de veces ¡TENÍAN RAZÓN!

Gracias papás porque aunque no pudieron cambiar el mundo como hubieran querido, para hacerlo un lugar más feliz, si lograron cambiar el mundo de mis hermanas y el mío, simplemente por ser ustedes.

Porque nuestro mundo fue mejor con su presencia de lo que habría sido sin ustedes.

PACO

Gracias por ser parte de éste gran sueño el apoyo incondicional y el amor con el que has estado conmigo en las buenas y en las malas, porque sin tu ayuda no lo hubiera de ver logrado, porque éste triunfo está dedicado a ti amor.

TE AMO.

HORTENCIA, LILIA Y NEYBARI

Gracias por ayudarme a sacar esto adelante y el apoyo incondicional de su parte y por ser parte de lo que quiero y amo.

GRACIAS A DIOS

Por darme oportunidad de vivir ésta vida.

## A DIOS

Por darme la oportunidad de vivir, para completar otra etapa de mi vida.

## A MIS PADRES

Por todo su apoyo, amor y sacrificios para que tuviera la mejor herencia, UNA PROFESIÓN.

## A MI HERMANO ALDO

Por todo lo que significas para mí y el contar siempre contigo, por tu cariño y por ser mi gran amigo.

## A MI TÍO FEDE Y A MI FAMILIA

Por estar siempre a mi lado en todas las etapas importantes de mi vida.

## A TI CORAZÓN

Gracias por esta siempre a mi lado cuando más lo necesité, sin importar cuan difícil sea, éste triunfo también es para ti.

## A MIS PROFESORES

Por la participación en mi formación profesional y en especial a la Dra. Paty y María de Lourdes.

## A MIS AMIGAS EDNA,PATY Y CANELA

Por traerme como ciclón. Por darme la oportunidad de tener su amistad y apoyo.

## A LOS ALEGRES COMPADRES

Por su apoyo y confianza recibida. Gracias.

A todos aquellos que participaron en la elaboración de ésta tesina, Gracias.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I	
I ANTECEDENTES . .....	7-41
I . 1 HEPATITIS A , B , C , D , E.	
I . 2 TUBERCULOSIS	
I . 3 SIDA	
OBJETIVOS GENERALES.....	42
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	43
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	43

## CAPITULO I I

ANATOMIA CARDIOPULMONAR.....	45-51
------------------------------	-------

## CAPITULO I I I

REANIMACIÓN CARDIOPULMAR.....	53-64
-------------------------------	-------

I.I.I.1 PARA ADULTO

I I I 2 PARA NIÑO

I I I . 3 USO DE MASCARILLA

## CAPITULO I V

MODIFICACIÓN AL R C P PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES INFECTO- CONTAGIOSOS.....	66
--	----

CONCLUSIONES.....	67-68
GLOSARIO.....	72-73
ANEXOS.....	70-71
BIBLIOGRAFÍA.....	74-78

# FALTAN PAGINAS

De la: **1**

A la: **4**

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, se ha incrementado. Es por ello, que en algunas áreas, sino es que en todas del sector salud y personal que labora, requiere de cierta capacitación y actualización en la atención del paciente infectocontagioso, que requieran de una atención médica urgente; como es el caso , del soporte básico de vida (RCP).

Por lo cual, hemos elaborado éste estudio, para dar a conocer lo más actual en atención de reanimación cardiopulmonar en pacientes infectocontagiosos, como una alternativa más para su atención inmediata e impedir lo más posible, el contagio de enfermedades transmisibles, ya sea por vía oral o hemático.

## **CAPITULO I.**

### **ANTECEDENTES**

## **ANTECEDENTES**

Las enfermedades infectocontagiosas ha tratar en éste trabajo son:

### **I . 1 .HEPATITIS**

#### **HEPATITIS TIPO A**

##### **a .) VIRUS**

El virus de ésta hepatitis fue identificado mediante microscopio electrónico por Feinstone en 1973. Tiene un diámetro de 27nm, su genoma está formado por una cadena de ARN, de polaridad [+] de 7.8 kb y por una cápside de cuatro proteínas estructurales [VP1, VP2, VP3 y VP4]. Pertenece a la familia de los picarnavirus, incluido en el género de los heparnavirus o hepatovirus. La cápside es bastante resistente a agentes físicos y químicos por lo cual su transmisión es fácil a través de agua y alimentos.

## **b. EPIDEMIOLOGÍA**

Enfermedad de distribución universal. Su epidemiología se sustenta en dos pilares fundamentales: la transmisión por vía orofecal y la inmunidad permanente después de la infección. El periodo de viremia es corto, no existen portadores crónicos, la transmisión por vía parenteral es excepcional. Son susceptibles de contagio los individuos sanos no inmunizados, niños, jóvenes drogadictos, homosexuales, viajeros a países de alta endenmicidad, personal de guarderías y laboratorios clínicos y trabajadores en contacto con aguas residuales.

## **c. CLÍNICA**

Clínicamente indiferenciable, su curso es más benigno.

Periodo de incubación oscila de 2 a 6 semanas y en la mayoría de los casos es de 28 días.

Tiene una expresión clínica variable:

1. HEPATITIS ASINTOMÁTICO. Síntomas inespecíficos gastrointestinales o pseudogripales, el diagnóstico se hace por pruebas de laboratorio.

2. HEPATITIS SINTOMÁTICA. Generalmente con coluria, hipocolia e ictericia

3. HEPATITIS COLESTÁSICA. Acontece en adultos manifestándose con ictericia intensa, prurito y elevación de enzimas de colestasis [ FAL,GGT ].

4. HEPATITIS FULMINANTE. El riesgo es menor de 1/1000 enfermos caracterizado por encefalopatía hepática progresiva, acompañada de alteraciones de coagulación [alargamiento de tiempo de protrombina y déficit de factor V].

Ocasionalmente tiene un curso recidivante, odulante o bifásico. Se han descrito complicaciones extrahepáticas en la fase inicial como meningoencefalitis, síndrome de Guillain-Barré, insuficiencia renal aguda, pancreatitis, urticaria, artralgias, anemia aplásica, vasculitis y crioglobulemia.

#### **d. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO**

Se realiza al detectar en el suero la presencia de antiVHA de clase IgM, coincidiendo en los primeros síntomas y alcanzando sus niveles máximos entre las 3 y 6 semanas, decreciendo paulatinamente hasta su desaparición transcurridos los 6 meses. El anti VHA de clase IgG ofrece inmunoprotección frente al VHA.

#### **e. PREVENCIÓN Y PROFILAXIS**

Se excreta en las heces antes de diagnosticada la hepatitis aguda. La medida más efectiva es mejorando el nivel de higiene pública.

## **f. INMUNOPROFILAXIS**

**PASIVA.** La gammaglobulina polivalente o convencional, está indicada en personas que están en contacto con pacientes infectados, viajeros a países endémicos, obteniendo protección de los 3 a 6 días y con duración entre 3 a 4 meses.

**ACTIVA.** Vacunación del virus inactivo, administrado por vía I.M. en tres dosis: a los quince días de la inicial , se aplica la segunda dosis y al mes la tercera dosis obteniendo una inmunidad cercana al 100% con duración de 10 años.

## **g. TRATAMIENTO**

Ningún fármaco antivírico. Únicamente paleativo a los síntomas

## HEPATITIS TIPO B

El avance sobre los conocimientos fue dada en 1965, cuando Blumberg describió el AgHBs como marcador específico de infección por el virus de la hepatitis B.

### a. VIRUS

Pertenece a la familia de los heptavirus. El virón completo [partícula Dane] tiene 42nm de diámetro. Posee una envoltura externa formada por el AgHBs y un nucleocápside o core, con el genoma constituido por ADN de 3.2kb parcialmente bicatenario y circular presentando una cadena de ADN completo de polaridad [-]. El virus se replica principalmente en el hígado por medio de un posible receptor específico sobre los hepatocitos.

## **b. EPIDEMIOLOGÍA**

La transmisión se realiza por vía parenteral, contacto sexual, transmisión perinatal y neonatal.

## **c. CLÍNICA**

Presenta un periodo de incubación de 75 días [40-140 límites], se presentan los primeros anticuerpos antiHBs de la clase IgM. Evolución aguda de la HB a forma crónica de un 10% de los casos. La mayoría de los pacientes son asintomáticos. Por lo general presentan ataque al estado general.

En la hepatitis aguda se han descrito complicaciones extrahepáticas como : síndrome de Guillan-Barré; meningoencefalitis, anemia aplásica, miocondritis, insuficiencia renal aguda y afecciones dermatológicas como urticaria y acrodermatitis papulosa en niños [síndrome de Gianotti]. La hepatitis crónica tipo B se puede acompañar de patologías por depósito de inmunocomplejos como vasculitis, artralgias, crioglobulinemias,

fenómeno de Raynaud, poliartritis crónica seronegativa y panarteritis nodosa.

#### **d. MARCADORES SEROLOGICOS DE LA INFECCIÓN**

Inicialmente se caracterizaron:

**SISTEMA ANTÍGENO ANTICUERPO AgHBs.** Se detecta en el suero en fase aguda y crónica.

**ANTI HBs.** Su positividad indica recuperación de la infección e inmunidad.

**DETECCIÓN DE ADN VHB.** En el suero es el marcador más directo de replicación viral

#### **HEPATITIS CRÓNICA B**

En el curso de un HBC típica existe la tendencia a la seroconversión espontánea anti HBe, distinguiéndose tres fases:

1. Replicativa. Caracterizada por hipertransaminasemia sostenida y detección de AgHBC en los hepatocitos.

2. Seroconversión de anti HBe. De forma inaparente, que refleja el aclaramiento inmune de los hepatocitos infectados.

3. No replicativa o fase de integración. Sus características son la ausencia replicativa del virus y las transaminasas son normales.

#### **e. PROFILAXIS**

Vigilancia epidemiológicas con medidas higiéno-sanitarias.

Inmunoprofilaxis pasiva. Dosis de 0.06 ml/kg vía I.M. de gammaglobulina, previene un 75% de hepatitis posexposición.

Inmunoprofilaxis activa. Vacunas recombinantes vía I.M. de 20 mg en adultos con intervalo de un mes entre las dos primeras y una tercera dosis a los seis meses de la primera, proporciona inmunidad durante cinco años.

#### **f. TRATAMIENTO**

HEPATITIS AGUDA. Sintomática

HEPATITIS CRÓNICA. Interferón alfa, dotada de propiedades antivíricas (inhibición de replicación), inmunomoduladores y antiproliferativas.

### HEPATITIS TIPO C

En 1988 Houghton y colaboradores, clonaron el genoma del virus asociado a la hepatitis NANB, conocida hoy como hepatitis tipo C.

#### a. VIRUS

Mide entre 30 y 60nm, está compuesto por una cubierta y una nucleocápside que contiene el genoma compuesto por ARN monocatenario de polaridad (+), de 9.4kb y con una única ORF que codifica una lipoproteína de 3.011 aminoácidos, la cual es dividida en diferentes péptidos. Pertenece al género de los flaviviridae.

## **b. EPIDEMIOLOGIA**

La infección tienen una distribución universal. La vía fundamental de transmisión de las hepatitis transfusionales y receptoras del mismo órgano, es de un 80%.

## **c. PRUEBAS DIAGNOSTICAS**

Pruebas serológicas para la detección de anti VHC de clase IgG.

1. ELISA de primera generación que detecta anticuerpos frente a un polipéptido recombinante de la zona no estructural del genoma.

2. ELISA de segunda y tercera generación, los cuales comportan un claro aumento de la sensibilidad y especificidad aunque no alcanzan el 100%.

3. INMUNOBLOT, usado para confirmación de la infección del VHC, aunque presenta algunas limitaciones

## **d. CLÍNICA**

La infección aguda evoluciona a la cronicidad en un 50% de los pacientes, e el 20% desarrolla cirrosis.

Tienen un periodo de incubación de 5-12 semanas. El incremento de las transaminasas tiende a ser menos marcado de que en las hepatitis A o B. Ocasionalmente los pacientes son asintomáticos, descubriéndose de forma fortuita al realizar un control analítico de transaminasas encontrándose elevadas.

#### **e. VHC Y AUTOINMUNIDAD**

Se puede detectar la presencia de anticuerpos no orgaospecíficos. Se considera también como factor etiopatogénico en un número de enfermedades extrahepáticas como crioglobulinemia mixta tipos I y II, síndrome de Sjögren, glomerulonefritis membranoproliferativa, tiroiditis autoinmune.

#### **f. PROFILAXIS**

No existe vacuna dada la variabilidad antigénica. Recomendaciones higiénicas.

#### **g. TRATAMIENTO**

Sintomático

## HEPATITIS TIPO D

Enfermedad producida por un virus defectivo, el cual requiere de la colaboración del VHB.

### **a. VIRUS**

Fué identificado por Rizzetto en 1977. Partícula esférica de 36nm de diámetro con envoltura constituida por el AgHBs y un core formado por ácido nucléico y una proteína o AgHD. Su genoma tiene 1.7kb con una cadena simple circular de ARN con polaridad (-). La replicación del VHD se lleva a cabo através de la transcripción del ARN genómico, en ARN antígenómico comportándose como ARNm y codificando la proteína HD. Posteriormente el ARN antígenómico se transcribe a ARN genómico.

## **b. EPIDEMIOLOGÍA**

Vía más importante de transmisión es parenteral, transmisión sexual o por vía madre a hijo, integran el grupo de alto riesgo los pacientes infectados con el VHB.

## **c. CLÍNICA**

### **1. COINFECCION**

Infección simultánea de VHB y VHD, caracterizada por hepatitis aguda. Evoluciona a la cronicidad con frecuencia similar a la infección aguda por VHB. La pérdida del IgM anti VHD confirma la resolución de infección delta.

### **2. SOBREENFECCION**

Puede aparecer como una hepatitis aguda a lo que junto al hallazgo de AgHBs positivo e IgM antiHBs negativo, los anti VHD de clase IgM e IgG aumentan y se mantienen títulos elevados mientras persista. Evolución a la cronicidad casi el 90%.

### **3. HEPATITIS CRÓNICA DELTA**

Casi siempre su origen es una sobreinfección y suele determinar ocasionalmente el desarrollo de cirrosis precozmente los pacientes presentan elevación prolongada de las transaminasas. La infección se asocia a fenómenos autoinmunes.

#### **d. DIAGNOSTICO**

##### **MARCADORES DE INFECCIÓN**

1. Antígeno. Es positivo en el suero al comienzo de la infección aguda y durante la fase crónica.

2. ARN VHD. Se detecta por técnicas de hibridación molecular y PCR en el suero como en el tejido hepático.

3. Anticuerpos (anti VHD)

a. IgG anti VHD marcador valorable de infección activa.

b. IgM anti VHD indica infección activa o crónica.

#### **e. PROFILAXIS**

Prevención de la infección VHB. Vacunación anti VHB constituye una profilaxis eficaz.

## **F. TRATAMIENTO**

Sólo es sintomático

### **HEPATITIS TIPO E**

De transmisión entérica; es responsable de la hepatitis no A no B. ES en 1980 cuando definen éste tipo de hepatitis por Wong.

#### **a. VIRUS**

Es un virus sin cubierta, de 34nm de diámetro. Su genoma es una cadena simple de ARN de polaridad (+), de 8 Kb, con tres regiones de lectura abierta que codifican proteínas estructurales y no estructurales. Se clasifica como un calicivirus. La clonación molecular de VHE revela variabilidades entre los aislados en Asia y México.

#### **b. EPIDEMIOLOGÍA**

Se produce por contaminación de los suministros de agua potable. Su transmisión es orofecal.

#### **c. CLÍNICA**

Produce una enfermedad aguda autolimitada que semeja a la HA afectando a personas jóvenes y de media edad. Su período de incubación es de seis semanas. En mujeres embarazadas el 20% sobreviene la muerte, principalmente en el tercer trimestre de la gestación. Se ha observado la asociación de una incidencia alta de coagulación intravascular diseminada.

#### **d. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO**

Se desarrolló un ELISA con proteínas recombinantes del virus expresadas por secuencias genómicas que detectan antiVHE de clase IgG e IgM.

La serología de la hepatitis E, parece similar a la HA. El AgVHE se positiviza a los pocos días de la infección, desapareciendo a las tres ó cuatro semanas, casi simultáneamente a la aparición de los anticuerpos IgM e IgG y de la elevación de transaminasas

#### **e. PREVENCIÓN**

Medidas higiénicas para evitar la propagación e infección,  
similares a las aplicadas para el VHA.

**f. TRATAMIENTO** sólo es sintomático

## **I . 2 . TUBERCULOSIS.**

La primera evidencia de que la tuberculosis correspondía a un proceso infectocontagioso fue lograda por Villemin en 1865, en 1882 R. Koch aísla el bacilo tuberculoso. La llamada época moderna se extiende a partir de 1919, en la que se citan los estudios de investigadores como Ghon, Opie, Calmette, entre otros, que contribuyeron a un mejor conocimiento, manejo y prevención de la enfermedad.

En 1950, algunos cuadros clínicos de tuberculosis pulmonar, causados por diferentes especies de mycobacterias, fueron identificadas.

Es una enfermedad que ataca principalmente a los pulmones, ocasionalmente el bacilo entra en el torrente sanguíneo y alcanza a otros órganos del cuerpo de manera que recibe el nombre de tuberculosis extrapulmonar.

### **SÍNTOMAS**

Se presenta tos por un tiempo mayor a tres semanas, en algunas ocasiones con esputo sanguinolento y dolor en el pecho, se

presenta debilidad generalizada, sudoración nocturna, fiebre, pérdida de peso sin aparente causa.

La tuberculosis pulmonar activa, es la única que se contagia de persona a persona a través del aire, dichas personas desarrollan cavidades o espacios que se llenan del bacilo, cuando el paciente estornuda las pequeñas gotas se esparcen en el aire, formando así la fuente de contagio.

Cuando alguna persona está expuesta al contagio de la Tb, ese contagio se dice que es latente, ocasionalmente la infección progresa y se toma propiamente tuberculosis (Tb activa). Una vez infectado el paciente permanece así por el resto de su vida, pero la mayoría de los pacientes que la desarrollaron y no son infectantes, el bacilo se multiplica y comienza a destruir los tejidos del pulmón.

## **DETECCIÓN Y TRATAMIENTO CORRECTO**

Los enfermos sólo pueden contagiar la Tb a otros cuando tienen la enfermedad activa. Se debe dar importancia a la identificación de

pacientes con Tb activa con pruebas positivas de esputo. La identificación puede ser:

1. PASIVA. Síntomas de Tb en centros de salud.
2. ACTIVA. Diagnóstico de toda la comunidad con probable Tb.

### **MÉTODOS DE DIAGNOSTICO**

**MICROSCOPIA DE PRUEBA DE ESPUTO.** Confiable, con posibilidad de detección de la mayoría de los casos positivos de Tb pulmonar. Toma de tres muestras con periodo de 24 horas.

**CULTIVO.** Es el más delicado, que la microscopía, tiene el inconveniente del equipo empleado y el personal capacitado.

**PRUEBA DE TUBERCULINA.** Es menos útil en el diagnóstico clínico en adultos, en niños es de mayor utilidad.

**Rx. DE TÓRAX.** No es el método más confiable para el diagnóstico la radiografía es un método de apoyo.

**VACUNACIÓN BCG.** En el niño es de ayuda contra las manifestaciones más severas de la enfermedad, que pone en peligro su vida durante la niñez. La BCG no reduce el riesgo de resultar contagiado

con Tb y su eficacia es limitada en la enfermedad pulmonar, ya que no evita el contagio o infección en la comunidad. La vacunación deberá aplicarse al niño de preferencia después del nacimiento.

## **TRATAMIENTO**

Los principios para un tratamiento son:

1. Una combinación adecuada de medicamentos para evitar el desarrollo de resistencias.
2. Dosis correctas.
3. Toma adecuada y regular del tratamiento.
4. Período suficiente de tratamiento.

Medicamentos de primera elección:

ISONIAZIDA, RIFAMPICINA, ETHAMBUTAL,  
PYRAZINAMIDA, ESTREPTOMICINA, THIA CETAZONA

La duración del tratamiento se divide en dos:

1. FASE INICIAL INTENSIVA: Se hace una combinación de cuatro medicamentos se suministra diariamente para eliminar tantos

bacilos de Tb como sea posible y evitar una resistencia al tratamiento, se da por un período mínimo de dos meses y continuar hasta que el paciente tenga una conversión negativa.

2. FASE DE CONTINUACIÓN: En ésta fase se suministran menos medicamentos, pero el tratamiento necesita continuarse durante un tiempo suficiente y ésta puede ser de cuatro a seis meses.

Hasta hace poco el período de tratamiento estándar era de aproximadamente 12 a 18 meses, después el régimen fue reducido denominando a éste régimen de quimioterapia a corto plazo (QCP) con una duración de seis a ocho meses.

## **ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO**

Tratamiento quimioterapéutico para la tuberculosis en casos nuevos, adultos 75 kg.

Fase inicial a dos meses: Isoniazida 150mg y Rifampicina 300mg dos tabletas diario.

Pyrazinamida 500mg cuatro tabletas diario

Ethambutol 400mg tres tabletas diario o Estreptomicinas polvo 1 gramo base en solución inyectable diario.

Fase de Continuación cuatro meses: Isoniazida y rifampicina 100mg y 150mg cuatro tabletas, tres por semana

Isoniazida de 300mg una tableta tres por semana.

A seis meses: Ethambutol e Isoniazida 400 y 150 mg dos tabletas diario.

## **RETRATAMIENTO**

FASE INICIAL tres meses:

Isoniazida (150 mg) y rifampicina (300 mg) dos tabletas diario

Pyrazinamida (500 mg) cuatro tabletas diario

Ethambutol (400 mg) tres tabletas diario.

Sólo los dos primeros meses estreptomicina polvo un gramo base inyectable diaria 750mg.

FASE DE CONTINUACIÓN cinco meses tratamiento ambulatorio.

Isoniazida (100mg) y rifampicina (150 mg) cuatro tabletas ,  
tres por semana

Isoniazida (300mg) una tableta tres por semana

Ethambutol (400 mg) cuatro tabletas por semana

### 1. 3. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

Aparentemente surge en el continente negro, ésta enfermedad ya no es considerada propia de los homosexuales. El SIDA se caracteriza por una baja considerable en el sistema inmunitario dejando al organismo que lo ataquen infecciones que normalmente no tienen ninguna consecuencia de cuidado.

Es originada por un virus transmisible y del cual no existe cura alguna. Era considerada una enfermedad viral porque era muy parecida a la hepatitis tipo B y su contagio era por vía sexual al igual que por transfusiones sanguíneas.

En 1983, el doctor Luke Montane, J.C. Chekmann y F. Barresinoussis del Instituto Pasteur, en Francia, aislaron un virus nuevo en pacientes que sufrían de enfermedades sexuales denominándolo L.A.V. En 1984, en Estados Unidos de Norteamérica, el doctor Robert Kalo, aisló también del suero de pacientes enfermos, un tipo de virus al que llamó HTLV3, después se supo que éstos dos virus eran el mismo, es entonces,

que la organización de taxonomía de nomenclatura de la OMS, resolvió denominarlo virus de la insuficiencia humana o VIH.

Los antecedentes más antiguos que se tienen registro es de 1959 en Zaire, de un marino inglés, que murió de lo que hoy se considera la enfermedad del SIDA.

Los principales síntomas de la enfermedad son divididos en dos:

**AGUDOS:** se presenta fiebre, aumento en los ganglios linfáticos, ataque al estado general, lesiones cutáneas parecidas al sarampión.

**CRÓNICOS:** se presenta fiebre persistente, pérdida de peso, diarrea, crecimiento de ganglios linfáticos en cuello, ataque al estado general.

Una vez presentados los síntomas, el período de vida es aproximadamente de 18 meses, siendo la causa final por infección oportunista grave y tumores.

## VIH 2

En 1986, se aisló un virus con diferencias genéticas bien definidas, en pacientes de África Occidental, actualmente se conoce como VIH-2. El virus, tiene una notable capacidad para cambiar, lo cual, hace más difícil, hacer una vacuna efectiva, en cada mutación el virus cambia algunas proteínas de su envoltura. Las evidencias epidemiológicas de que disponen actualmente indican que el VIH-2 ha sido la circulación limitada en África Occidental y Europa. En Estados Unidos, únicamente se documentó un sólo caso. Los mecanismos de transmisión son los mismo que para el VIH-1.

Recientemente se ha observado que sujetos con VIH desarrollan SIDA y el 10 al 15%, no presentan la enfermedad, tras 10 años a éstos pacientes se les denominan no progresores de SIDA. Mientras que los que comienzan con síntomas en los primeros dos a tres años se les considera del grupo de pacientes progresores rápidos. La diferencia entre ambos son que los no progresores presentan VIH, así como escasos o nulos anticuerpos que neutralicen los aislamientos del

VIH y los progresores tienen una actividad linfocítica T citotóxica. Las concentraciones plasmáticas de VIH se encuentran elevadas.

### **INTERROGATORIO EN CASO DE SOSPECHA**

1. Transfusiones sanguíneas y derivados apartir de 1980

2. Donación remunerada

3. Uso de drogas

4. Punción con agujas y jeringas sin esterilizar

5. Transmisión sexual

a. relaciones sexuales sin protección con personas en las que se desconocen sus preferencias sexuales

b. ser o haber sido pareja de alguien infectado con VIH.

c. tener un sólo compañero sexual, pero con prácticas de riesgo por parte de él

d. tener múltiples parejas sexuales

e. tener antecedentes de vinculación

f. antecedentes de sexo servidoras

g. antecedentes de enfermedades de transmisión sexual

## 6. Transmisión perinatal.

### **PRUEBAS DE DETECCIÓN DE VIH.**

Las pruebas se clasifican en tres:

#### 1. Pruebas iniciales o de tamizaje.

ELISA

EIE, aluminación

Pruebas rápidas con formato inmunoblot por métodos no invasores.

#### 2. Pruebas suplementarias o confirmatorias

Inmunoelctrotransferencia o westernblood (Wb)

#### 3. Pruebas auxiliares

Biometría hemáticas.

Química sanguínea

Cuenta de linfocitos

P.P.D.

Se considera positivo un resultado cuando:

Dos resultados de tamisaje y Wb son positivas en pacientes asintomáticos y dos resultados positivos de prueba de tamizaje, en pacientes con cuadro clínico surge positivo de infección con VIH.

Se considerará negativo el resultado cuando una de las pruebas de tamizaje resultara positiva y el resultado de las pruebas suplementarias fueron negativa.

**CAUSAS DE FALSA POSITIVIDAD EN LA PRUEBA DE ELISA.**

Enfermedad autoinmune.

Cirrosis biliar segunda

Hepatitis alcohólica

Vacunación reciente contra influenza

prueba para sífilis positivas

**CAUSAS DE FALSA NEGATIVIDAD EN LAS PRUEBAS  
DE ELISA.**

Período de ventana (2 a 4 meses de la infección)

Tratamiento inmunosupresor

Transfusión masiva

Transplante de médula ósea

Presencia de polvo de guantes de laboratorio.

**EXÁMENES INDISPENSABLES EN EL PACIENTE  
INFECTADO POR VIH**

**BIOMETRIA HEMÁTICA**

Leucopenia ( $< 4,000$  leucocitos/mm<sup>3</sup>)

Linfopenia ( $< 1,500$  linfocitos/mm<sup>3</sup>)

Trombocitopenia ( $< 1,500$  plaquetas/mm<sup>3</sup>)

ANEMIA (-12 g Hb)

VDRL Y SEROLOGIA PARA TOXOPLASMOSIS Y HB

PROTEÍNAS TOTALES Y ALBÚMINAS.

CONTEOS DE LINFOCITOS CD4.

### **PRECAUCIONES EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE**

Lavado de manos

Guantes

Batas

Máscara y /o lentes

Prevención de heridas con material punzocortantes

Esterilización

Contaminación ambiental.

Manejo de ropa

## **RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA EL PACIENTE CON VIH**

1. Sexo seguro y/o uso de preservativo
2. No donar sangre, semen, ni órganos para trasplante
3. No compartir objetos potencialmente contaminantes
4. Se recomienda al paciente que informe de su estado de salud al servicio que lo atienda
5. No es conveniente estar en contacto con pacientes con enfermedad contagiosa
6. Deberá evitar el contacto con los animales como gato, aves de corral, tortugas y reptiles.
7. Evitar la automedicación
8. Solicitar la atención médica periódica
9. Evitar el uso de drogas, cigarros, tabaco y el alcohol
10. En mujeres papanicolao y/o colposcopia cada seis meses

11. Valorar la convivencia y evitar el embarazo

12. Brindar alternativas terapéuticas, si ya se encuentra embarazada

13. Las mujeres infectadas no deberán amamantar a sus hijos.

## OBJETIVOS GENERALES

EN LA ACTUALIDAD,EL RCP SE HA VISTO MODIFICADO SUBSTANCIALMENTE PARA LLEVAR ACABO LAS NUEVAS TÉCNICAS EN LA ATENCIÓN Y EL CUIDADO DEL PACIENTE INFECTOCONTAGIOSO ,ASI COMO SU MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, ESTE PROCEDIMIENTO TIENE LA FACILIDAD DE QUE SE PUEDE REALIZAR TANTO EN EL CONSULTORIO, COMO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA INCLUYENDO A NIVEL HOSPITALARIO, POR LO QUE SE LLEVA A CABO LA REVISIÓN MAS ACTUAL DE DICHA TÉCNICA.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

EL POCO CONOCIMIENTO DE LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, POR PARTE DEL EQUIPO DE TRABAJO Y DE SALVAMENTO, INTEGRADO POR PARAMEDICOS, ESTUDIANTES DEL SECTOR SALUD, ENTRE OTROS, HACE DIFÍCIL EL TRATAMIENTO O MANEJO DE LA TÉCNICA DE RCP EN ESTE TIPO DE PACIENTES, YA QUE COMO SE SABE, LA TRANSMISIÓN DE ESTAS ENFERMEDADES PUEDE SER POR VÍA ORAL Y/O HEMÁTICA.

## JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

EL CONOCER MAS ACERCA DE LAS TÉCNICAS QUE EXISTE, DEL TRATAMIENTO DE RCP, QUE SE LE OFRECE A UN PACIENTE INFECTOCONTAGIOSO .

EN EL MOMENTO DE REQUERIR LA ATENCION, ENCONTRANDOSE EN PELIGRO INMINENTE SU VIDA

## **CAPITULO II**

### **ANATOMIA CARDIACA Y PULMONAR.**

## ANATOMÍA CARDIACA.

### **CORAZÓN**

El corazón está situado en el mediastino medio, se encuentra dividido en dos mitades, derecha e izquierda, por un tabique que longitudinal colocado oblicuamente, cada lado se compone de una cavidad denominada Aurícula la cual recibe la sangre de las venas y otra llamada Ventrículo que se encarga de impulsar sangre hacia las arterias. El corazón se encuentra ubicado un poco más a la izquierda de la línea media.

En el corazón se da origen a dos tipos de circulación:

1. Circulación mayor o sistémica: Este circuito se inicia en el ventrículo izquierdo continuando por la arteria aorta y de ahí a todo el organismo, retornando al corazón através de las venas cavas superior e inferior, que ingresan por las aurícula derecha.

2.Circulación menor. El recorrido se inicia en el ventrículo derecho pasando por las arterias pulmonares hacia los lechos capilares, de los cuales retorna através de las venas pulmonares a la aurícula derecha.

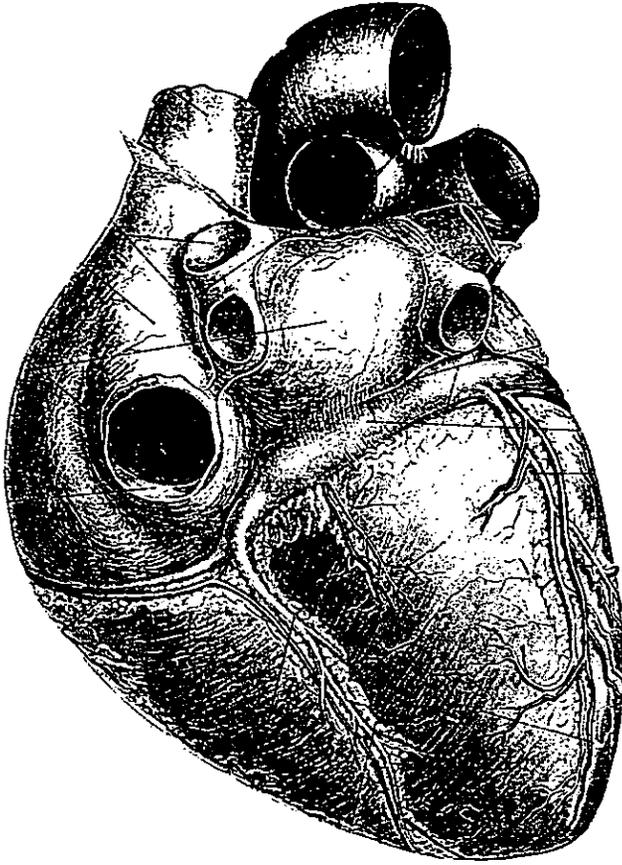
### **PERICARDIO.**

Para su estudio se ha dividido en dos tipos:

1.PERICARDIO SEROSO. A su vez se considera en un saco fibroso que envuelve al corazón en su lugar al igual que lo lubrica, permitiéndole así su libre movimiento.

2.PERICARDIO FIBROSO.Es una lámina de colágena, en su parte más profunda se une con el diafragma,es atravesada por la vena cava inferior, en su parte posterior se encuentran las estructuras del mediastino posterior como son el esófago y la aorta torácica

Por último tenemos el mediastino anterior, por lo cual pasan los nervios frénicos y vasos que lo acompañan.



## ÁREA PRECORDIAL O CARDIACA.

Se le da el nombre de área cardíaca, al espacio que ocupa el corazón, proyectando sus contornos a la superficie del tórax, tiene una forma aproximada a un cuadrilátero, limitando sus cuatro ángulos y líneas como sigue:

1. Angulo superior derecho a un centímetro del borde esternal derecho a nivel del borde superior del tercer cartílago costal derecho.

2. Angulo superior izquierdo a dos centímetros del borde esternal izquierdo a nivel del segundo espacio intercostal izquierdo.

3. Angulo inferior derecho, se localiza a nivel del quinto espacio intercostal derecho inmediatamente hacia afuera del borde esternal derecho.

4. Angulo inferior izquierdo, está situado a nivel del quinto espacio intercostal izquierdo a uno u ocho centímetros de la línea media del esternón.

Estos cuatro ángulos unidos forman entre sí por medio de líneas más o menos convexas, el área cardíaca o precordial.

## ANATOMÍA PULMONAR.

Los dos pulmones son esencialmente semejantes, pero diferentes en algunos detalles de su anatomía. Cada uno de ellos está suspendido en la cavidad pleural por su raíz o hilio y el ,ligamento triangular del pulmón que une la pleura parietal a la pulmonar.

El extremo superior cada ves más angosto del pulmón constituye su vértice y su zona inferior ancha es la base, sus caras reciben el nombre con base a su relación que guardan con otras zonas y de ésta manera, existe:

**CARA EXTERNA O COSTAL.** Que es la que mira hacia adelante, hacia afuera y atrás, l a superficie inferior cóncava recibe el nombre de cara diafragmática y la cara interna es divisible en partes posterior y anterior, una parte ventral que está en contacto con la columna vertebral y otra porción de mayor tamaño y cóncava que es la parte medial.

Cada pulmón tiene un borde anterior fino que separa las caras costal y mediastínica y un borde inferior perfectamente delimitada que separa la cara diafragmática de la costal y la interna.

El hilio es una zona de contorno aproximadamente triangular, en la cual entra y salen del pulmón estructuras como el bronquio principal. La zona de fijación del ligamento triangular del pulmón se extiende hacia abajo, desde el hilio, la concavidad en la cara mediastínica corresponde al corazón.

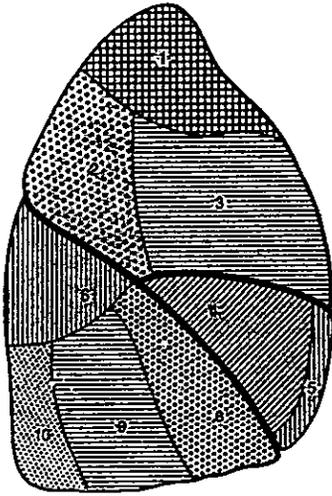
El pulmón izquierdo, presenta la escotadura cardíaca, conocida como lingula. La principal relación que tiene cada pulmón en su cara interna es el corazón.

### **LÓBULOS Y CISURAS.**

Cada pulmón está dividido en lóbulos, ambos pulmones tienen una cisura oblicua, que comienza por arriba y por detrás y se extiende hacia abajo y adelante. En sentido inferior, en su cara interna ésta cisura termina un poco arriba del hilio.

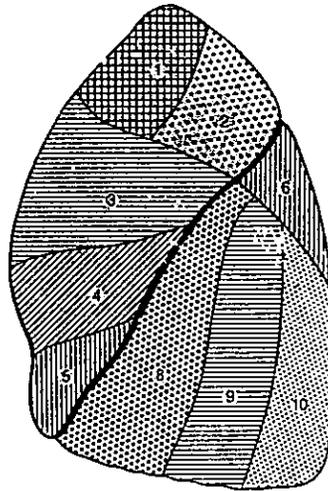
El pulmón derecho también tiene una cisura horizontal, que comienza hacia los lados en la cisura oblicua, la parte superior de la cisura oblicua separa el lóbulo superior del inferior, la parte inferior separando lóbulos medio e inferior.

El pulmón izquierdo, la cisura oblicua separa los lóbulos superior e inferior, y por lo regular no existe un lóbulo medio en dicho pulmón.



Pulmón derecho

Pulmón izquierdo



## ESTERNÓN.

Es un hueso impar y medio, plano, situado en el plano anterior al tórax y dirigido de arriba a abajo y de atrás para adelante. Se le conocen 3 porciones principales.

### **1. MANUBRIO.**

Es el segmento superior del hueso tiene en su ángulo superoexterno una escotadura clavicular, para articularse con la clavícula y una concavidad hueca en el extremo superior entre las dos escotaduras, llamada orquilla esternal.

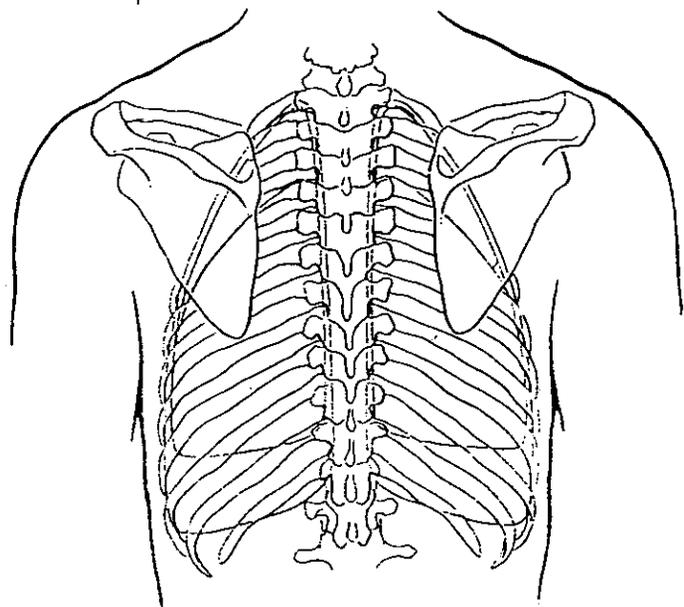
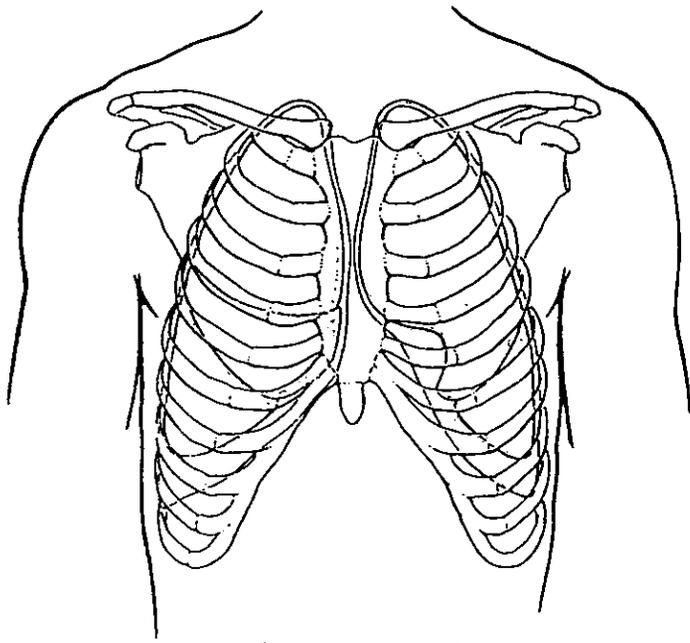
### **2 . CUERPO.**

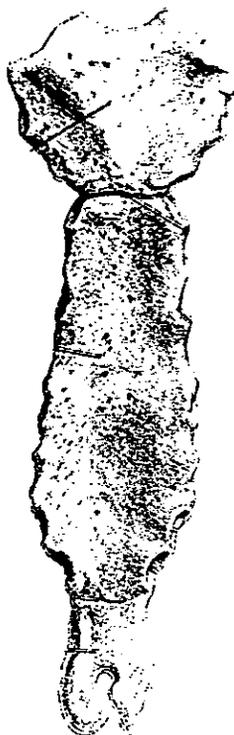
Es en planos poco distintos y su línea de unión, la denominada sincondrosis esternal o articulación esternal forma un ángulo que sobresale hacia adelante, conocido como ángulo esternal o de Louis, que puede palparse en el sujeto vivo.

### **3 . .APENDICE XIFOIDES.**

Proceso de menor tamaño,se fusiona con el cuerpo, llamándose sincondrosis xifoesternal, que se une a las partes .La cara anterior del apéndice xifoides está en el plano posterior al cuerpo y el apéndice puede palpase en el punto más alto del ángulo subesternal.

En sus bordes laterales, se insertan los cartílagos coxales y en ésta las costillas. Por arriba de la primera costilla,se encuentra una superficie articular para la extremidad interna de la clavícula.





## **CAPITULO III**

**REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.**

## REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Desde la Biblia hasta nuestros siglos ,la historia ha dejado constancia de pasajes del cual se aplicó reanimación con métodos basados en el empirismo, cuando no en la superstición o en las técnicas paracientíficas.

Apartir de la década de los 50 ,el redescubrimiento de la eficacia de la técnica de ventilación boca- boca, fué asociada a la técnica de masaje cardiaco externo, posteriormente se emplearía la desfibrilación eléctrica, complementando así el concepto modernista de la “reanimación cardiopulmonar” .Desde entonces se cuenta con un recurso terapéutico eficaz para revertir la muerte clínica y así evitar la muerte biológica.

Como definición, la RCP, es el conjunto de maniobras encaminadas a revertir la situación de para cardiorespiratorio ,evitando muerte biológica por lesión irreversible de los órganos vitales, especialmente el cerebro.

El éxito de la RCP, depende de la eficacia con que se instauren el auxilio inmediato, ya que solo se tiene disposición de 4 minutos iniciándose la RCP y de 8 minutos para la administración de las técnicas avanzadas por el personal capacitados.

## **FASES DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.**

### **FASE I. SOPORTE VITAL BÁSICO SIN EQUIPO.**

Comprende el ABC y tiene como objetivo garantizar un mínimo de soporte de oxígeno a los tejidos y evitar lesiones anóxicas del corazón y el cerebro.

### **FASE II SOPORTE VITAL AVANZADO (CON MEDIO).**

Tiene por objeto, el tratamiento definitivo de la PCR, hasta el restablecimiento de las funciones ventilatorias y cardíacas. Los pasos A,B,C se complementan con ayuda de equipo auxiliar y técnicas especiales.

### **FASE III CUIDADOS INTENSIVOS POSREANIMACIÓN (S.V.P.).**

El S.V.P ,se inicia con la valoración del paciente, determinando la causa de la PCR. La situación clínica tras la recuperación de las funciones ventilatorias y cardiacas y sus posibilidades de supervivencias.

### **PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA RCP**

La víctima de paro cardíaco, no responde a estímulos verbales y táctiles, carece de pulsaciones, puede dejar de respirar o presentar inspiraciones bruscas ocasionalmente (respiración agónica).

### **PASOS DE LA RCP**

#### **VÍA RESPIRATORIA.**

Inmediatamente después del reconocimiento clínico de un paciente con paro cardíaco, la prioridad de la RCP es el establecer métodos para mantener una vía aérea, ésta se puede dar por medio de la

maniobra frente-mentón y en caso de sospecha de lesión cervical la maniobra triple. Estas maniobras elevan la lengua de la parte posterior de la garganta dejando libre el paso de aire.

### **VENTILACIÓN.**

Si después de abrir las vías aéreas, no se recupera la respiración espontánea, se deberá iniciar ventilación por métodos artificiales (Respiración boca -boca, boca-nariz ,con bolsa de ambú o mascarrilla).

Estas alternativas muy aceptables, se deberá determinar si existe obstrucción de la vía aérea alta, por un cuerpo extraño y tratar de extraerlo rápidamente.

### **MASAJE CARDIACO.**

Si no existe pulso ,se iniciará el masaje cardiaco. Las compresiones torácicas, se efectúan localizando el apéndice xifoides a dos traveses de dedos ,por arriba se coloca la zona más distal de la mano

derecha y por encima de ésta se coloca la mano izquierda entrelazando los dedos, será en la parte media del esternón.

En un adulto la profundidad de la compresión es de 3 a 5 cm aproximadamente, lo que corresponde al 50% del ciclo cardiaco. En infantes la profundidad de compresión será de 2 a 3 cm.

### **CRITERIO DE LA RCP.**

Para fines técnicos se consideran las siguientes reglas:

NEONATOS      0 días a 30 días de nacido.

LACTANTES    30 días a 1 año.

NIÑOS          1 año a 8 años.

ADULTOS       8 años en adelante.

Con ésto, se determinará la profundidad del masaje cardiaco y la cantidad de aire que se administrará por medio de las insuflaciones, teniendo en cuenta el número de proveedores que asistan al paciente

## VALORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

VALORAR INCONSCIENCIA

PERDIDA DE TONO MUSCULAR.

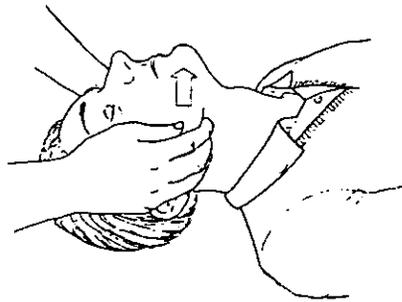
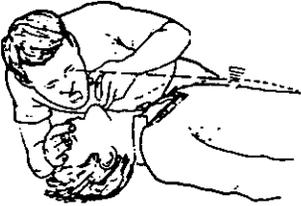
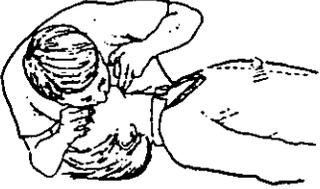
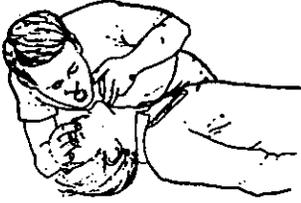
REVISIÓN DE LA VÍA AÉREA

RETIRAR OBJETOS EXTRAÑOS (LIQ- SOL.)

MANIOBRA FRENTE-MENTON

ACTIVAR EL VOS POR 10 MIN.

2 VENTILACIONES(INICIO DE LA RESPIRACIÓN ASISTIDA)



En adultos se darán 12 ventilaciones por minuto, 1 cada 5 seg, en niños 1 cada 4 segundos y en bebés será 1 cada 3 segundos.

## **MASAJE CARDIACO**

**ADULTOS**

**1 PROVEEDOR.**

2 Insuflaciones.

15 compresiones.

2 insuflaciones

2 x15 x 2.

Se valorara el pulso y respiración al termino del cuarto ciclo durante 5 segundos.

1 insuflación inicial

**2 PROVEEDORES.**

5 compresiones

1 x 5 x 1.

Se valorara el pulso y respiración cada 12 ciclos durante 5 segundos.

NIÑOS.

IPROVEEDOR.

2 insuflaciones

15 compresiones

2 insuflaciones

2 x 15 x 2.

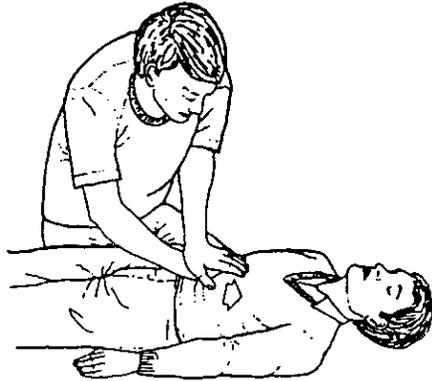
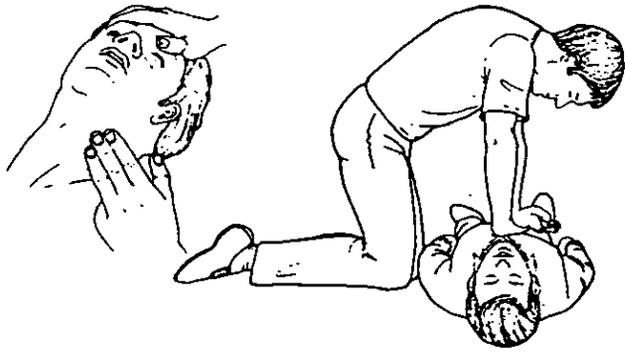
1 insuflación

2 proveedores.

5 compresiones

1 insuflación

1 x 5 x 1.



## LACTANTES.

La profundidad en las compresiones deberá ser de 1 a 2 cm, se realizará con los dedos medio e índice colocándolos ,en una línea imaginaria entre las dos tetillas a la mitad del esternón. Las insuflaciones se darán nariz-boca y con el aire que se tenga en la cavidad oral,la relación será conforme a un solo proveedor.

Del mismo modo se realizará a neonatos.Siendo los ciclos 1 x 5 x 1 en ambos casos.

## III. 3 USO DE MASCARRILLA EN RCP.

Por definición una mascarilla es un dispositivo transparente semisuave, con una forma de cono que embona sobre la boca y nariz del paciente, ayudando a la ventilación.

Como ventajas tenemos:

- 1.permite ventilar al paciente por boca y nariz al mismo tiempo.
- 2.Provee un sellado adecuado, aún en lesiones faciales.

3. Permite administrar oxígeno suplementario.

4. EVITA LAS INFECCIONES CRUZADAS.

### **PRINCIPIOS DE LA OPERACIÓN DE LA BOLSA- VALVULA-MASCARRILLA**

Durante la fase de presión negativa en la bolsa de ventilación, se levanta la membrana de disco de la válvula de entrada, dejando abierta la perforación en el asiento de la válvula, es entonces, donde penetra aire ambiental a la bolsa.

Dicha presión ocurre en la bolsa mientras se reexpande la bolsa después de la compresión, o cuando el paciente comienza a respirar espontáneamente, a través del sistema.

## **REGULADORES DE PRESIÓN E INSPIRACIÓN.**

Los resucitadores para infantes tienen una válvula denominada de reinhalación con un dispositivo especial de limitación montado en el casquillo de la válvula superior.

Si la inspiración se encuentra con una resistencia pulmonar, que exceda los 35cm, el dispositivo se abre limitando el riesgo de roptura de los pulmones, se requiere una inspiración mayor, el operador podrá mantener el dispositivo limitador de presión excesiva, cerrado al apretar el botón mientras comprime la bolsa.

## **COLOCACIÓN DE LA MASCARILLA.**

1. Abrir la mascarrilla empujando el domo con los pulgares e índices de ambas manos.
2. Colocación de la válvula unidireccional en su sitio.
3. Movimientos de la mascarilla hacia adelante y aplicar la presión sobre de ella con los pulgares, a cada lado, de tal manera que el

labio inferior se empuja hacia delante y la boca se mantenga bajo la máscara.

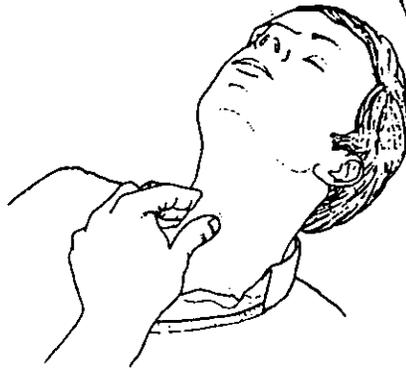
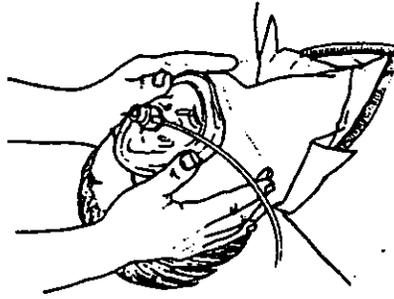
4.Colocación de la mascarilla en el paciente con el anillo entre el labio inferior y el mentón.

5 .Colocación de los dedos de ambas manos a lo largo de la mandíbula del paciente.

6 .Se asegura que la boca del paciente esté abierta y sopla la mascarilla hasta que eleve el pecho.

7.Continuar la respiración artificial siguiendo las pautas de la la edad del paciente.

Se harán descansar los codos sobre la superficie donde descansa el paciente y se utilizará la la triple maniobra para mantener la vía aérea permeable y en posición la mascarilla.



## **CAPITULO I V**

**MODIFICACION DE LA RCP PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES  
INFECTOCONTAGIOSOS.**

MODIFICACIÓN AL R C P PARA ATENCIÓN A PACIENTES  
INFECTOCONTAGIOSOS

La realización en el procedimiento de las insuflaciones se dará por medio de mascarilla ,para evitar los posibles contagios por alguna herida que presentara el paciente.

La atención será realizada por los mismos procedimientos, sin dejar de atender las siguientes especificaciones especiales:

Empleo de guantes de latex, para el manejo del paciente y sus secreciones.

Mascarilla tipo venturi para proporcionar insuflaciones apoyados por empleo de bolsa de ambú o boca mascarilla.

Utilización de anteojos o goggles y cubrebocas para la revisión del paciente.

NO SE REALIZARA EL RCP A PACIENTES QUE SE  
ENCUENTREN EN ETAPA TERMINAL DE DICHAS  
ENFERMEDADES(HEPATITIS, TUBERCULOSIS Y SIDA).

## **CONCLUSIONES**

Hemos llegado a la conclusión, de que no existe información documentada acerca de contagios por la atención de pacientes con enfermedades infectocontagiosas.

Sin embargo, la atención hacia un paciente infectocontagioso forma un criterio y una ética profesional, ya que en los últimos años los índices van en aumento, dando lugar a que todos los pacientes sean tratados como de ALTO RIESGO.

Es necesario el resaltar que el uso de equipo básico, como guantes, cubrebocas, lentes y mascarilla ;sean de uso cotidiano para la atención del paciente y así lograr por completo contagios innecesarios por enfermedades infectocontagiosas.

La información acerca del soporte básico de vida (RCP), en pacientes de alto riesgo, en nuestro país se encuentra limitada ya que pocos saben de la existencia de un protocolo para RCP en pacientes infectocontagiosos.

De la misma forma, la información que es dada por medio de otros países, sólo se encuentra en forma resumida, ya que dicha información no llega a nuestro país y la información que se encuentra es negada para su estudio.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ANEXOS

## ABREVIATURAS.

VHB VIRUS HEPATITIS B

VHA VIRUS HEPATITIS A

VHC VIRUS HEPATITIS C

VHD VIRUS HEPATITIS D

VHE VIRUS HEPATITIS E

VIH VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

RCP REANIMACION CARDIOPULMONAR

PCR PARADA CARDIOPULMONAR.

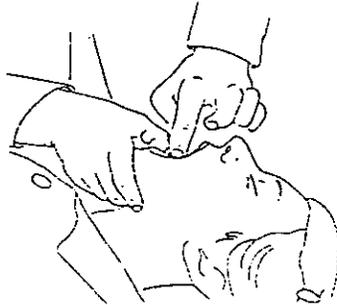
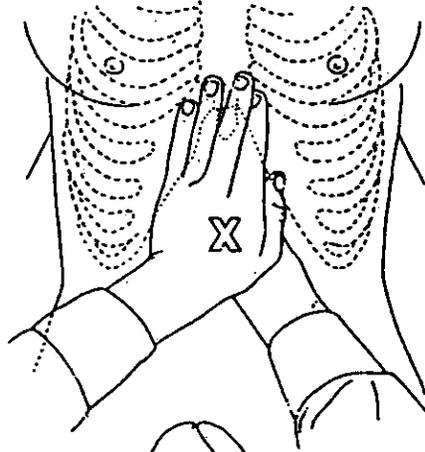
TB TUBERCULOSIS

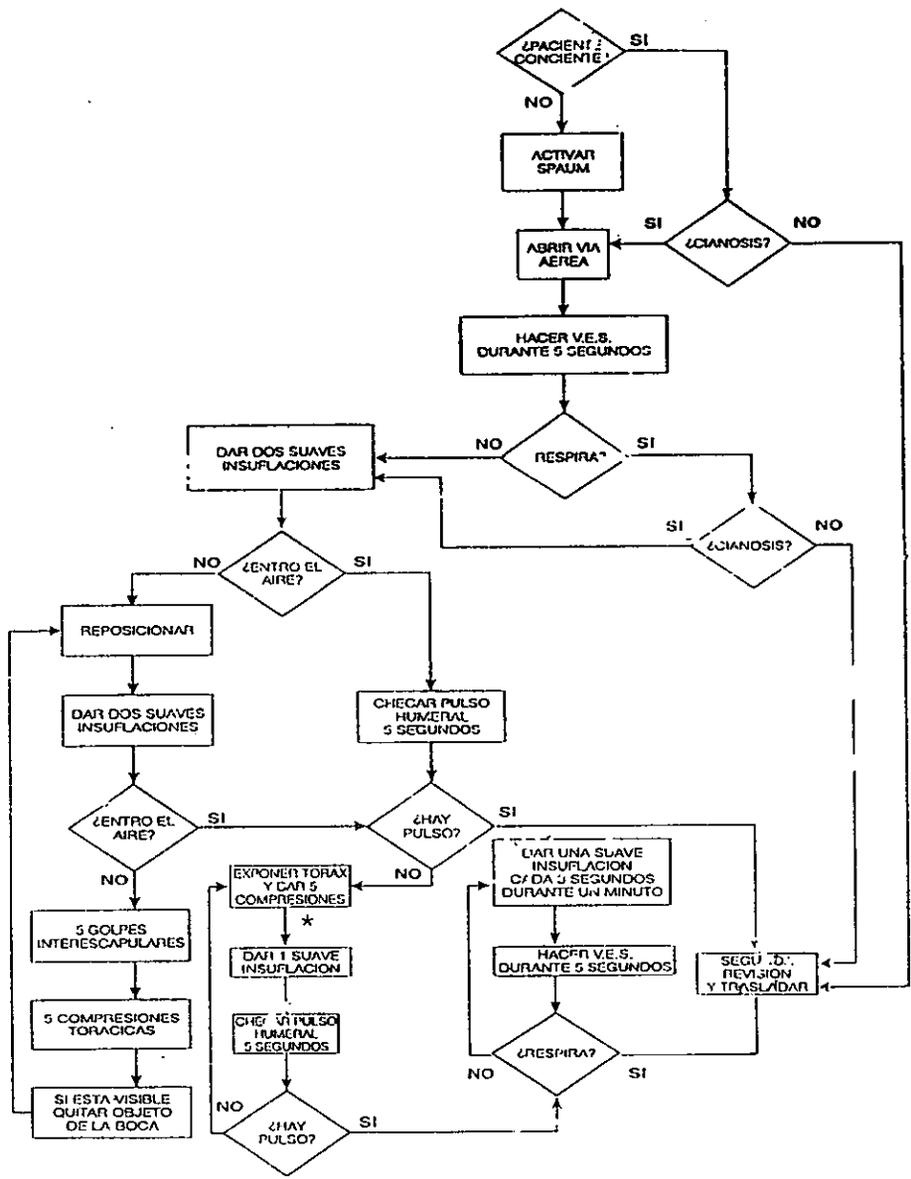
HTLV3 HUMAN T .CELL VIRUS TYPE 3

L.A.V LYMFADENOPATHIA ASSOCIATE VIRUS

O MS ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

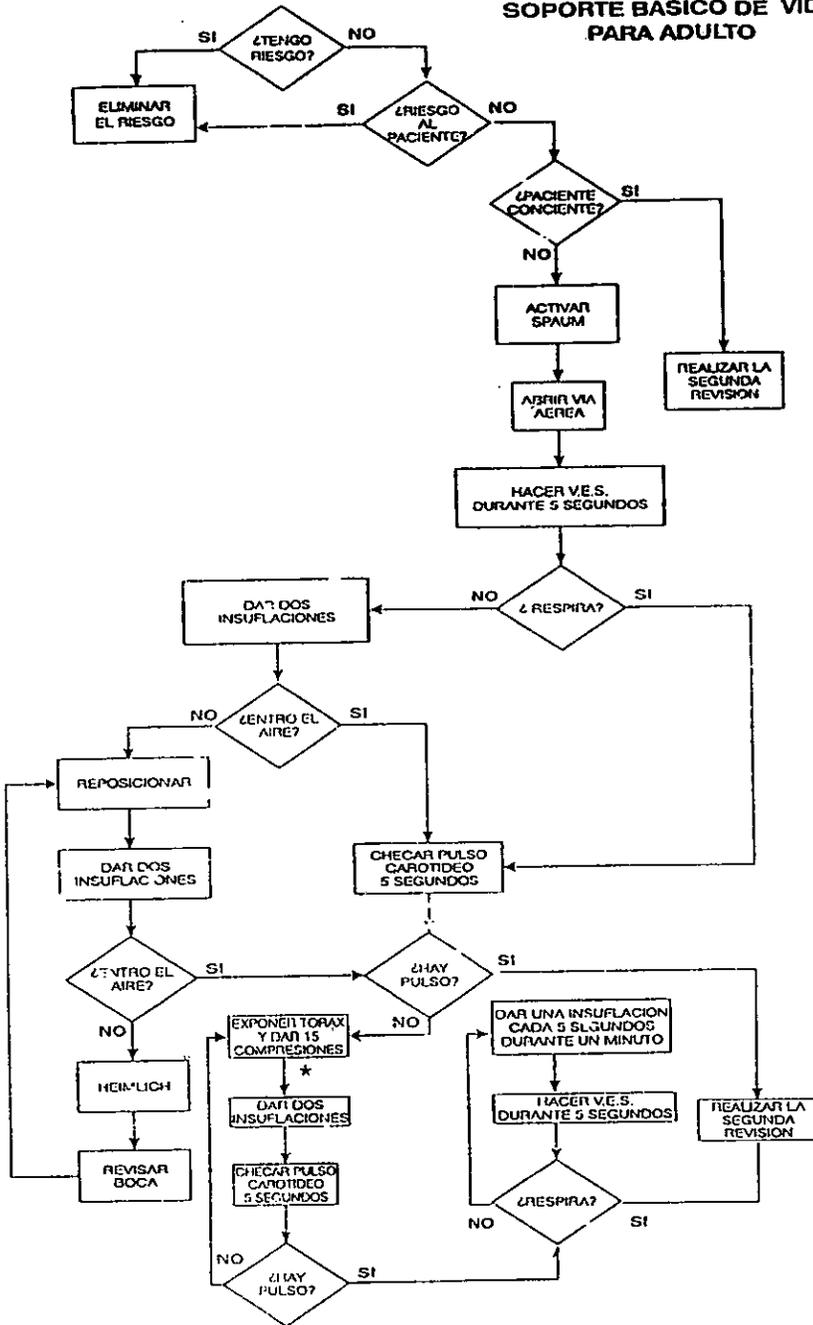
A D N ACIDO DESOXIRRIBUNOCLEICO







## SOPORTE BASICO DE VIDA PARA ADULTO



## **GLOSARIO**

**ACRODERMATITIS:**Inflamación de la piel de las manos y los pies.

**ARTRALGIAS:**Dolor en una o más articulaciones.

**BIFASICO:** Sistema electrico de 2 corrientes alternas iguales.

**CAPSIDE:** Vaina o envoltura de proteínas que rodean y protegen al ácido nucleico virósico.

**CITOLISIS:** Disolución de células.

**CRIOGLOBULEMIA:** Estado caracterizado por la presencia de crioglobulinas en la sangre.

**ENDOMICIDAD:** Enfermedad siempre presente en una comunidad.

**ESPUTO:** Flema.

**GENOMA:** Conjunto completo de cromosoma que contienen el total de sus genes.

**PALEATIVO:** Que cura pero no alivia.

**PANARTERITIS:** Enfermedad inflamatoria difusa del sistema arterial.

**POLIVALENTES:** Que tiene más de una valencia.

**POLIARTERITIS:** Inflamación que afecta a múltiples arterias.

**VASCULITIS:** Inflamación de un vaso.

**.VIRÓN:** Particula infecciosa completa con envoltura o sin ella.

## BIBLIOGRAFÍA.

1 . ALCARAZ,I.;Manual de Anatomía Humana.(ED) Francisco Mendez.  
México,1979 :143-158 y 297-309 pp.

2 . CALDERON,E.; Conceptos Clínicos de Infectología.(ED)Francisco  
mendez. México,1978 :672-73.

3 . CASSUTO. Manual de SIDA e Infección por VIH.(ED) Mansson.  
España,1991.

4 . CONMACK,D.; Histología de Ham. (ED) Harla .México, 1992.

5 . CUMMINS,R.O.; Reanimación Cardiopulmonar Avanzada (ED)  
American Heart Association 1997.

6 . Gaceta Conasida. 1988 Jul- Agos.(2):9 AÑO 1.

- 7 . GARCIA,L.; GONZALEZ,F.et all.; MEDICINE. Enfermedades infecciosas III.Marzo 1996 39 (1992);53-80.
  
- 8 . GANONG,W.; Fisiología Médica.(ED) Manual Moderno. México 1992.
  
- 9 . GARDNER,GRAY,O'RAHILLY.; Anatomia.(ED) Interamericana, México,1989 :326-349.
  
- 10 . GESTAL OTERO,J.J.; Riesgo del trabajo del Personal Sanitario.(ED) Interamericana. Mc Graw-Hill. MÉXICO,1993.
  
- 11 . GINESTAL,G.; Cuidados Intensivos.(ED) Libro del año. 1991.
  
- 12 . GUARGA,A.; Monografía clínica en atención primaria. Enfermedades Infecciosas.(ED) Doyma. México.

13. HOLLINSHEAD, W.H.; Anatomía Humana. Capítulos 7 y 9.  
(DE) Harla. México, 1992.
  
14. KUMATE, J., GUTIERREZ, G.; Manual de Infectología.(ED)  
Méndez editores. México, 1992.
  
15. LANCET.; Conferencia “Resistencia a la infección por VIH”,  
Lancet 1993;341:624.
  
16. LANCET.; Cardiopulmonary Resuscitation, AIDS, and  
public panic. 1992; Aug (340): 456-57.
  
17. ANÓNIMO.; Manual del Servicio Médico de Urgencias. A.C.
  
18. ANÓNIMO.; Manual del Comité Nacional de Capacitación  
del Paramédicos. Cruz Roja Mexicana. 1991.

19 . McMILLAN, et all. ; Enfermedades de Transmición Sexual (diagnóstico y tratamiento, prevención y repercusión social)(ED) DOYMA. México.

20 . PONCE DE LEON ,S.; Guia para la atención Médica de Pacientes con Infección por VIH -SIDA, en consulta externa y Hospitales. CONASIDA.

21 . RAVIGLIONE,M BATTAN,R.;TARANTA,A; Cardiopulmonary Resucitation in patients with acquired Immunodeficiency Syndrome. arch intern med. 1989;149:2380.

22 . SALUD BUCODENTAL. Organizaciòn Panamericana de La Salud .1995.525 Twenty thir street N.W. Washington D : C:

23 . SHELDON, J.; Reanimaciòn Cardiopulmonar. (ED) Manual Moderno México, 1985.

24 . STEINBROOK, R., Lo,B; et all.; Ethical Dilemas in caring for patients whit Acquired immunodeficiency syndrome. Annals of internal Medicine 1985;103:787-790.

25 . ACCIÓN EN SIDA “Abordando Tuberculosis y VIH”. 1996 Jul - Dic (30-31).