

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Autores:

Hellen Gissele Camposeco Pinto.
Elena Guadalupe Maldonado Fernández.

Tema de investigación:

Neumonía. Una complicación de las IRAS en pediátricos.

Asesor del proyecto:

Dr. Erick Jose Villatoro Verdugo

Fecha:

•

Lugar:

Comitán de Domínguez, Chiapas.

Citlali Fernández.
Mario Gordillo.

Noviembre 2022.

Universidad del sureste, campus Comitán.
Medicina Humana.
Seminario de tesis.

Copyright © 2020 por Citlali Fernández y Mario Gordillo. Todos los derechos reservados.

Queremos dedicar esta tesina en primer lugar a Dios, a nuestros padres por su amor, apoyo y por forjarnos como la persona que somos actualmente, a nuestros hermanos y a todos los que nos rodean por ser mejores seres humanos día con día.

Agradecimientos

v

En primer lugar quiero agradecer a la universidad por prestarnos sus instalaciones y brindarnos el apoyo para poder realizar esta tesina y por ultimo pero no menos importante, quiero agradecer a mi asesor la licenciada Gladis Hernández por enseñarnos y sobre todo brindarnos de sus grandes conocimientos para poder concluir satisfactoriamente esta tesis.

ABSTRACT:

Drug addiction is currently a social problem that produces organic alterations in the human body who ingests them, especially the most vulnerable such as adolescents, affecting the family and the environment in which it develops such as the place where they study. This investigation pretend analyze, assess and if necessary, state how drugs affect adolescents or, otherwise, clarify that drugs do not affect the academic level of students.

This investigation is done in the university of surest with students of career of human medicine (career which we know requires a high demand, for this reason students constantly keep awake) for this reason, I induce that the students have used at least one occasion to some drug such as (energy drinks, coffee, stimulant drugs, etcétera), therefore we will check if the consumption of drugs is beneficial or harmful to the academic performance of students.

Tabla de Contenidos

viii

Planteamiento del problema.....	2
Pregunta de investigación	3
Importancia, justificación y viabilidad.	4
Variables	5
1. Objetivo general.....	9
2. Objetivos específicos	9
Fundamentación de la investigación.....	11
1. Antecedentes.....	11
2. Marco Teórico.....	12
2.1. Médicos internos de pregrado.....	12
2.1.1. Generalidades.....	12
2.1.2. Definición de internado.....	13
2.1.3. Drogas:	13
2.1.4. Drogas ilícitas	13
2.1.5. Drogas licitas.	14
2.1.6 Tipos de drogas.	14
2.1.6.1. Drogas estimulantes:.....	14
2.1.6.2. Drogas depresivas:	14
2.1.6.3 Drogas hipnóticas y sedantes:.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.6.4. Drogas alucinógenos:.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.6.5. Drogas opioides:	¡Error! Marcador no definido.
2.1.6.6. Por su origen (naturales y sintéticas).	16
2.1.6.7. Por su acción farmacológica:	16
2.1.6.8. Por su consideración sociológica:	16
2.1.6.9. Por su peligrosidad para la salud.	¡Error! Marcador no definido.
2.1.7. Drogadicción:.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.8. Definición:	18
2.2. Costo social:.....	19
2.3. Fisiología:	19
2.4. Fisiopatología:.....	20
2.5. Tratamiento:	21
2.6. Pronostico:	22
2.7. Causas:	23
2.7.1. Curiosidad:	23
2.7.2. Problemas familiares:.....	23
2.7.3. Influencia en el entorno en el que se desarrollan los adolescentes:	24
2.7.4. Problemas familiares/carencia familiar:	24
2.7.5. Para sentirse bien:	24
2.7.6. Para sentirse mejor:	25
2.7.7. Para rendir mejor:	25
2.8. Signos y síntomas:	26
2.8.1. Área mental:.....	27

2.8.2. Familia:	 Error! Marcador no definido. ^{ix}
2.8.3. Escuela:	 Error! Marcador no definido.
2.8.4. Síntomas físicos.	 Error! Marcador no definido.
2.9. Tipo de drogas más consumidas por adolescentes:.....	 Error! Marcador no definido.
2.9.1. Alcohol:.....	 Error! Marcador no definido.
2.9.1. Tabaco:.....	 Error! Marcador no definido.
2.9.2. Marihuana:.....	 Error! Marcador no definido.
2.9.3. Cocaína:	 Error! Marcador no definido.
2.9.4. Heroína:.....	 Error! Marcador no definido.
2.9.5. Alucinógenos:	 Error! Marcador no definido.
3. Adicción:.....	 Error! Marcador no definido.
3.1. Definición:	 Error! Marcador no definido.
3.2. Adolescencia:	 Error! Marcador no definido.
3.2.1. Generalidades:.....	 Error! Marcador no definido.
3.2.2. Definición:	 Error! Marcador no definido.
3.2.3. Pre- adolescencia:	 Error! Marcador no definido.
3.2.4. Adolescencia temprana:	 Error! Marcador no definido.
3.2.5. Adolescencia media:	 Error! Marcador no definido.
3.2.6. Adolescencia tardía:	 Error! Marcador no definido.
3.2.7. Pre- adolescencia:	 Error! Marcador no definido.
3.2.8. Adolescencia temprana:	 Error! Marcador no definido.
3.2.9. Adolescencia media:	 Error! Marcador no definido.
3.3. Adolescencia tardía:	 Error! Marcador no definido.
3.4. Cambios de la adolescencia:	 Error! Marcador no definido.
3.4.1. Cambios físicos:.....	 Error! Marcador no definido.
3.4.2. Cambios en la personalidad:	 Error! Marcador no definido.
3.4.3. Cambios emocionales:	 Error! Marcador no definido.
3.4.4. Desarrollo social:	 Error! Marcador no definido.
3.5. Factores de riesgo de las drogas en adolescentes.....	 Error! Marcador no definido.
3.5.1. Factores de riesgo individuales:	 Error! Marcador no definido.
3.5.2. Factores de riesgo racionales:	 Error! Marcador no definido.
3.5.3. Factores de riesgo sociales:.....	 Error! Marcador no definido.
Marco normativo.....	28
Población.....	30
Muestra.	30
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	31
Cronograma.....	32
Bibliografías:.....	34
Apéndice	39
CROQUIS:	40
CUESTIONARIO:	41
Tabuladores de datos obtenidos:	43
PRESUPUESTO:	44
Vita:.....	45

Lista de figuras

xii

Título de investigación.

Neumonía. Una complicación de las IRAS en pediátricos.

Planteamiento del problema.

IRAS, una causa importante de mortalidad en pediátricos. En esta investigación se abordarán temas de importancia tales como los factores de riesgo, prevención, diagnóstico y tratamiento de este grupo de enfermedades.

Sabemos que la mayoría de los niños sanos pueden combatir la infección mediante sus defensas naturales, pero los niños inmunodeprimidos presentan un mayor riesgo de contraer neumonía. El sistema inmunitario del niño puede debilitarse por distintos factores como malnutrición o desnutrición, sobre todo en lactantes no alimentados exclusivamente con leche materna. Además también expone que factores ambientales que aumentan la susceptibilidad de los niños a la neumonía, como lo son la contaminación del aire interior ocasionada por el uso de biomasa (como leña o excrementos) como combustible para cocinar o calentar el hogar, vivir en hogares hacinados y el consumo de tabaco por los padres.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) constituyen uno de los principales motivos de consulta médica y hospitalización en la población pediátrica, representando un problema prioritario para los sistemas de salud a nivel estatal y nacional. La neumonía, como complicación frecuente y grave de estas infecciones, es responsable de una elevada carga de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años, especialmente en lugares geográficos de vías de desarrollo. Su impacto no solo se refleja en el incremento de la mortalidad infantil, sino también en el elevado uso de recursos sanitarios y en las repercusiones sociales y económicas que afectan a las familias. La identificación oportuna de los factores de riesgo, así como la implementación de medidas preventivas y terapéuticas adecuadas, son esenciales para reducir el impacto de esta enfermedad en la población vulnerable.

Pregunta de investigación.

¿Cuánto saben los alumnos de séptimo semestre de medicina de la Universidad del Sureste sobre Neumonía en pediatrίcos en el periodo agosto- noviembre 2025?

Importancia, justificación y viabilidad.

- La **importancia** de esta investigación hace énfasis en la prevención, para evitar la neumonía es imprescindible la vacunación y el combate a los principales factores de riesgo, en particular la malnutrición y la contaminación del aire. Entre los factores que determinan esta situación están: el bajo peso al nacer, la desnutrición, la polución atmosférica, las inadecuadas condiciones de atención médica y la salud, los bajos niveles de inmunización, el bajo nivel socioeconómico e insuficiente disponibilidad de antimicrobianos.
- La **justificación** de esta investigación es reconocer que tan competentes pueden llegar a ser los médicos en formación al enfrentarse a un caso de neumonía.
- La **viabilidad** de esta investigación es factible ya que los recursos que necesitamos son mínimos, necesitando comprensión y apoyo de los estudiantes del área de la salud para tener una estadística de conocimiento ante la neumonía.

Variables.

1. Identificación.

Variables:	Tipo de variable:	Definición conceptual:	Definición operacional:
Sexo.	dependiente	Condición orgánica, masculina o femenina.	Se incluirá aquellos que declaran pertenecer a otra definición sexual; para la obtención de información se utilizará el cuestionario preestablecido: a.-Hombre b.-Mujer
Mortalidad.	dependiente	La mortalidad se refiere a la condición de ser mortal o susceptible a la muerte.	Se identificará de acuerdo a la respuesta de los estudiantes con familiares de primer grado que fallecieran por la enfermedad de neumonía.
Edad.	dependiente	Es el tiempo que ha vivido una persona.	Se incluirá a todas las personas que brinden cuantos años de edad tienen y se excluirán a todos aquellos que no brinden información certera y concreta.
Conocimiento sobre la neumonía.	dependiente	La neumonía es una enfermedad infecciosa que afecta a los pulmones y se caracteriza por la inflamación del parénquima pulmonar, que puede ser causada por una variedad de patógenos.	Se definirá como concepto de neumonía que digan todos los estudiantes de medicina con mejor promedio de la universidad del sureste.
Calidad de vida.	dependiente	La calidad de vida es un concepto multifacético que abarca varios aspectos de la vida de un individuo incluyendo el bienestar físico, emocional, social y económico.	Se definirá como calidad de vida de acuerdo a la respuesta de los alumnos de acuerdo a los familiares de primer grado fallecidos por neumonía.

Factores genéticos.	independiente	Se refiere a la influencia de los genes en desarrollo y expresión de características y comportamientos humanos.	Se excluirá a todo aquel alumno que hable de genética en el tema de neumonía.
Fisiopatología	independiente	Estudio de los cambios funcionales y estructurales que ocurren en el cuerpo como resultado de una enfermedad o lesión.	Se excluirá a todo aquel alumno que describa la fisiopatología de neumonía.
Sepsis	independiente	Condición médica grave que ocurre cuando el cuerpo responde de manera exagerada a una infección, puede llevar a disfunción orgánica potencialmente mortal.	Se excluirá a todo aquel alumno que no tenga conocimiento sobre la definición de sepsis.
Dieta	independiente	Aquella que promueve la buena salud y reduce el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.	Se excluirá a todo aquel alumno que describa aspectos dietéticos
Remedios caseros	independiente	Tratamientos naturales utilizados para prevenir o aliviar diversas enfermedades y dolencias.	Se excluirá a todo aquel alumno que en el apartado de tratamiento de las encuestas realizadas describa un remedio casero.

2. Definición conceptual y definición operacional.

Sexo: Se definirá como la condición que nos distingue entre hombres y mujeres, y se incluirá a todos aquellos que señalen pertenecer a una de estas dos categorías hombre o mujer y se excluirá aquellos que declaren pertenecer a otra definición sexual; para la obtención de información se utilizara el cuestionario preestablecido, y se medirá en los criterios ya establecidos como: a.-Hombre b.-Mujer.

Mortalidad: La mortalidad se refiere a la condición de ser mortal o susceptible a la muerte.

Edad: Es el tiempo que ha vivido una persona.

Conocimiento sobre neumonía: La neumonía es una enfermedad infecciosa que afecta a los pulmones y se caracteriza por la inflamación del parénquima pulmonar, que puede ser causada por una variedad de patógenos.

Calidad de vida: La calidad de vida es un concepto multifacético que abarca varios aspectos de la vida de un individuo incluyendo el bienestar físico, emocional, social y económico.

Factores genéticos: Se refiere a la influencia de los genes en desarrollo y expresión de características y comportamientos humanos.

Fisiopatología: Estudio de los cambios funcionales y estructurales que ocurren en el cuerpo como resultado de una enfermedad o lesión.

Sepsis: Condición médica grave que ocurre cuando el cuerpo responde de manera exagerada a una infección, puede llevar a disfunción orgánica potencialmente mortal.

Dieta: Aquella que promueve la buena salud y reduce el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

Remedios caseros: Tratamientos naturales utilizados para prevenir o aliviar diversas enfermedades y dolencias

Hipótesis principal:

Se considera encontrar en esta investigación que en la Universidad del Sureste la neumonía es un tema poco abordado por lo que los alumnos tienen un déficit de conocimiento sobre el tema.

Hipótesis secundarias:

1. Consideramos que los alumnos de séptimo semestre de la Universidad del Sureste tienen poco conocimiento sobre farmacología.
2. Consideramos que los alumnos de séptimo semestre de la Universidad del Sureste tienen poco conocimiento sobre el esquema de vacunación.
3. Consideramos que los alumnos de séptimo semestre de la Universidad del Sureste tienen poco conocimiento sobre el diagnóstico oportuno de neumonía.
4. Consideramos que los alumnos de séptimo semestre de la Universidad del Sureste tienen poco conocimiento sobre los factores de riesgo para desarrollar neumonía.
5. Consideramos que los alumnos de séptimo semestre de la Universidad del Sureste tienen poco conocimiento sobre las complicaciones de neumonía.
6. Consideramos que los alumnos de séptimo semestre de la Universidad del Sureste tienen poco conocimiento sobre diagnóstico diferencial de neumonía.
7. Consideramos que los alumnos de séptimo semestre de la Universidad del Sureste tienen poco conocimiento sobre el cuadro clínico de neumonía.
8. Consideramos que los alumnos de séptimo semestre de la Universidad del Sureste tienen poco conocimiento sobre escalas diagnósticas.
9. Consideramos que los alumnos de séptimo semestre de la Universidad del Sureste tienen poco conocimiento sobre los planes de referencia a diferentes niveles de atención médica.
10. Consideramos que los alumnos de séptimo semestre de la Universidad del Sureste tienen poco conocimiento sobre el concepto de neumonía.

Objetivos

1. Objetivo general

Implementar conocimiento sobre neumonía a los estudiantes de medicina de séptimo semestre de la Universidad del Sureste, debido a que es un tema de suma importancia en el ámbito médico laboral.

2. Objetivos específicos

1. Identificar factores de contagio de neumonía en pediátricos.
2. Diagnósticar de manera oportuna la patología mediante clínica y estudios complementarios.
3. Reconocer los tratamientos adecuados y oportunos en neumonía.
4. Constatar motivos de referencia a UCI, segundo y tercer nivel de atención hospitalaria.
5. Conocer la capacidad de los estudiantes de medicina para desarrollarse en casos clínicos de neumonía.
6. Comprender las principales deficiencias de conocimiento en los alumnos de medicina.
7. Determinar los principales temas de relevancia en la investigación.
8. Detectar las posibles causas por las cuales los estudiantes de medicina tienen deficiencia en conocimiento.
9. Discernir si el plan de estudios de la Universidad del Sureste es el adecuado para los estudiantes de medicina.

10. Establecer si las clases de los docentes son las adecuadas para el buen desarrollo de conocimiento de los estudiantes de medicina de la Universidad del Sureste.

Tipo de investigación.

1. Orientación.

Científica.

2. Enfoque.

Cuantitativo.

3. Alcance.

Explorativo.

4. Diseño.

Cuantitativo experimental.

5. Temporalidad.

Transversal.

Fundamentación de la investigación.

1. Antecedentes.

En el año 2024, se llevó a cabo una investigación por parte de los autores; Dra. Ana Beatriz Rosas Suman, Dra. Nora Ernestina Martínez Aguilar. Especialidad Neurología pediátrica, maestría en ciencias de salud, UATx. Miembro del colegio de pediatría del Estado de Tlaxcala.; por medio del estudio denominado (El proceso del tratamiento médico) donde se llegó a la conclusión que la medicina e investigación traslacional en pediatría requiere del trabajo colaborativo entre profesionales de diferentes ramas de las ciencias biomédicas y de la salud, con los clínicos de forma bidireccional y de todos estos con la comunidad para disminuir el tiempo en que grandes grupos humanos puedan ser beneficiados por los resultados de la investigación. Actualmente se acepta que la investigación traslacional abarca un amplio espectro de estudios, existen pocos pediatras capacitados para ejercer la pediatría traslacional en México y esta constituye una demanda social tanto para la práctica clínica como para el ejercicio de la investigación por lo que debe favorecerse la capacitación de los pediatras y propiciarse la implementación de escenarios para su ejercicio en nuestra institución de salud. Los cambios epidemiológicos de las patologías pediátricas debido a factores ambientales y sociales ocurren a una velocidad mucho mayor que los avances científicos y tecnológicos.

En el año 2024, se llevó a cabo una investigación por parte de los autores; Dra. Jessica León Ruiz; por medio del estudio denominado (Intervención educativa sobre conocimientos de la neumonía en pediatría dirigidos a padres de familia y tutores) donde se llegó a la conclusión que los resultados obtenidos confirman que la intervención educativa dirigida a padres, madres y tutores desempeña un papel fundamental en la prevención y manejo adecuado de la neumonía en la población pediátrica. Se ha demostrado que este tipo de acciones no solo mejoran significativamente el nivel de conocimiento sobre la neumonía, sino que también fomenta la adopción de medidas preventivas y estilo de vida saludables. La adecuada selección de contenido, el uso de recursos didácticos y la organización estructurada de la información resultaron ser un aspecto clave para garantizar la efectividad de la intervención. Se reconoce que una intervención educativa bien diseñada no lo promueve hábitos saludables, sino que también previene enfermedades. En conclusión, los resultados obtenidos reflejan que la intervención educativa tuvo un impacto positivo y significativo en el nivel de conocimiento de la población participante, consolidándose como una estrategia clave en la prevención de enfermedades respiratorias como la neumonía. La mejora en la identificación de sus signos y síntomas, factores de riesgo, medidas preventivas y posibles complicaciones.

2. Marco Teórico.

2.1. Generalidades

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección del parénquima pulmonar adquirida fuera del entorno hospitalario. Su definición varía en las diferentes guías, aunque en general se acepta que los síntomas deben tener una duración inferior a 14 días y se deben haber iniciado en pacientes que lleven 14 días sin contacto con el ambiente sanitario, o en las primeras 48 horas de un ingreso. La Organización mundial de la Salud (OMS) define neumonía como la presencia de una frecuencia respiratoria elevada para la edad, pero se trata de una definición muy sensible y muy poco específica. Otros autores incluyen en la definición la fiebre y/o las alteaciones focales a la auscultación, pero tampoco es una definición adecuada, especialmente para lacantes o neumonías víricas. El mejor gold standard en el momento actual es la presencia de condensación o infiltrados en la radiografía de tórax, aunque también se trata de un gold standard imperfecto. (Ríos E. 2022).

En la actualidad, en los hospitales de especialidades se ha comprobado el alto porcentaje de ingresos de pacientes pediátricos con signos y síntomas de neumonía. (Ríos E. 2022).

2.1.1. Epidemiología

La incidencia de la NAC es difícil de estimar debido a las diferentes definiciones utilizadas. En las últimas décadas, ha habido grandes cambios debido a la introducción de las vacunas frente a *Haemophilus influenzae* tipo b y *Streptococcus pneumoniae*. Se estima una disminución del número de casos de en torno a un 25% en los últimos 25 años.

Según datos de la OMS, la neumonía es la principal causa de muerte de origen infeccioso en niños del mundo. EN 2019 provocó 740180 muertes en niños menores de cinco años, lo que supone el 14% del total de las muertes de este grupo de edad. La mayoría de estas muertes tienen lugar en países en vías de desarrollo. Es en el sexo masculino donde existe predominancia frente al sexo femenino, con una relación de 55% frente a un 44% respectivamente, teniendo una tasa de mortalidad del 2.8% que se ve aumentada debido a un manejo inadecuado de la enfermedad que genera complicaciones. (Matrínez C. 2022).

En latinoamérica la neumonía se presenta entre un 50 y 70% en la población pediátrica, Y de estos el 30% y el 60% de los pacientes son hospitalizados debido a la gravedad de la patología. En estos últimos cinco años se ha generado discusión sobre el diagnóstico oportuno y el manejo correcto en estos pacientes, esto se debe a la aparición de nuevas cepas que son multirresistentes, debido a la severidad de las complicaciones se han visualizado también un alto porcentaje de mortalidad. La mayor parte de los pacientes pediátricos con

neumonía al obtener una detección oportuna de la patología pueden ser atendidos en centros de atención primaria en salud, evitando llegar a los niveles de mayor complejidad. (Martínez C.2022)

2.1.2. Etiología

Clásicamente, la etiología de la NAC ha sido relacionada con la edad del niño y con pequeñas variaciones en los patógenos menos representativos. La prevalencia global de infecciones virales en la NAC es de 14-62%, más elevada en niños menores de 2 años y su relevancia disminuye con la edad. El virus sincitial respiratorio (VRS) es el más frecuente, pero otros virus como rinovirus, parainfluenza, influenza y adenovirus son también agentes prevalentes en la mayoría de estadios. El Streptococcus pneumoniae es el principal agente bacteriano de la NAC. La prevalencia comunicada de etiología neumocócica de la NAC varía según los métodos diagnósticos utilizados y alcanza el 37-44% en estudios hospitalarios que emplean múltiples técnicas específicas. (Martínez C. 2022).

2.1.3. Clasificación

Las neumonías en pediatría se clasifican de acuerdo con los diversos criterios, que tienen implicaciones terapéuticas específicas.

- Edad: dividida en neumonía de adquisición perinatal, la del lactante, preescolar, escolar y adolescente.
- Estado inmunológico: en pacientes inmunocompetentes y en inmunodeficientes tanto primarios como adquiridos.
- Sitio de adquisición: comunitaria e intrahospitalaria. Esta última se considerará cuando se manifiesta 72 h después del ingreso hospitalario o hasta 3 días después del egreso.
- Ingreso radiológica. (Martínez C. 2022).

2.1.4. Agente

Los agentes causantes de neumonía son tanto intrínsecos como extreínsecos biológicos, físicos y químicos. Biológicos. Son la principal etiología de las neumonías. Están involucradas virus, bacterias, hongos y parásitos. Los agentes físicos y químicos que pueden dañar al pulmón por lesión directa o inhalación, son las radiaciones, hidrocarburos, humos, sustancias tóxicas, la aspiración de contenido gástrico (ácido, alcalino, alimentos, grasas) o de líquido amniótico. Huésped entre menor sea la edad, mayor es riesgo. Los niños menores de 5 años tienen mayor vulnerabilidad. Todas las causas de inmunodeficiencia, tanto primarias como secundarias. La coexistencia de procesos exógenos en vías respiratorias como la presencia de cuerpos extraños, alteraciones

anatómicas como las malformaciones congénitas broncopulmonares, enfermedades crónicas respiratorias como la fibrosis quística, la enfermedad pulmonar crónica del lactante, o de órganos y sistemas asociados como las cardiopatías congénitas, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y los problemas que condicionan alteración de la mecánica de deglución, se relacionan con un mayor frecuencia de presentación de neumonías y de sus complicaciones. (Martínez C. 2022).

2.1.5. Ambiente

Los factores del medio ambiente que están relacionados son múltiples. Los cambios climatológicos asociados al frío, la permanencia en sitios donde concicen de rma cercana múltiples niños como guarderías, maternales, orfanatorios, internados. La pobreza, hacinamiento, tabaquismo pasivo, el nivel cultural bajo y los esquemas de inmunizaciones incompletos. (Martínez C. 2022).

2.2. Periodo patogénico

Etapa subclínica. Fisiopatogenia

Las vías de introducción de los microorganismos incluyen: inhalación, aspiración, diseminaicón linfohematógena a partir de focos de infección a distancia, no respiratorios. Una vez que el agente ha llegado al pulmón, el parénquima responde de forma variable y manifiesta diferentes lesiones histopatológicas como neumonía intersticial, lobulillar o bronconeumomía, lobar o segmentaria o neumonía de formas especiales. (Martínez C. 2022).

2.2.1. Neumonía intersticial

Las neumonías intersticiales son el resultado de agresión al intersticio pulmonar y la pared bronquial con producción de edema, infiltrado inflamatorio, obstrucción de la vía aérea y enfisema secundario. Los microorganismos implicados son con mayor frecuencia virus, micoplasmas y clamidias. (Martínez C. 2022).

2.2.2. Etapa subclínica

Tienen un periodo de incubación de 1 a 6 días. El periodo de contagio es menor de siete días y durante la fase aguda de la enfermedad. (Martínez C. 2022).

3. Patogenia y patología

Una vez que los virus son depositadoen el epitelio nasal, invaden la membrana celular, penetran y se replican en el citoplasma iniciándose la destrucción del epitelio ciliado.

Después de uno a cinco días, se liberan partículas virales y viajan por extensión directa de célula en célula hasta los pulmones o son transferidas por linfocitos o ganglios linfáticos, donde sufren un nuevo proceso de replicación. Después son vertidas a ganglios linfáticos y por esta vía llegan a los pulmones, y producen la enfermedad. (Martínez C. 2022).

Por histología predomina el compromiso del intersticio, la lesión no es importante dentro del alveolo, sólo afecta las paredes alveolares. La mayoría cursa a la recuperación completa sin dejar secuelas, pero algunos con curso grave pueden ocasionar remodelación de la vía aérea dando manifestaciones crónicas importantes. Dado que la bronquiolitis aguda se presenta de manera principal en los primeros 18 meses de vida, la pequeña luz bronquial y bronquiolar es vulnerable a la obstrucción por edema y exudado, conduciendo a zonas de atelectasias o de atrapamiento de aire en los alveolos, lo cual explica la presentación clínica de esta entidad. (Martínez C. 2022).

3.1. Etapa clínica

Las infecciones respiratorias virales obedecen a patrones estacionales más o menos bien definidos. Las epidemias virales siguen un patrón climatológico y aumentan en relación a períodos de lluvia. Clínicamente, existe una infección respiratoria superior, con fiebre de poca cuantía, seguida de un cuadro respiratorio najo, en el que predomina el componente obstructivo con tos, sibilancias, roncus, secreciones y prolongación del tiempo espiratorio. La bronquiolitis inicia alrededor de las 24 horas de instalación de una infección de las vías respiratorias altas, donde el niño empeora y presenta dificultad para respirar, con cianosis y postraición. A medida que la obstrucción bronquiolar aumenta, aparece la hipoxemia progresiva que se atenúa al llanto o tos y puede llegar a ocasionar paro respiratorio y muerte. La respiración es rápida y superficial, con una frecuencia mayor a 60 por minuto y la tos puede ser o no paroxística. A la percusión de tórax hay hipersonoridad bilateral, puede haber disminución del murmullo vesicular, espiración prolongada, sibilancias o ambas. Cerca del tercer o cuarto día, disminuye la dificultad respiratoria y se ausultan estertores bronquiales, en rara ocasión bronquioalveolares y el cuadro empieza a resolverse. (Martínez C. 2022).

3.2. Complicaciones y secuelas

Desequilibrio ácido-base con hipoxemia y acidosis respiratoria o mixta, insuficiencia cardiaca, obstrucción respiratoria, sobreinfección bacteriana, atelectasias, viremia (hepatitis, nefritis, encefalitis, miocarditis). Asma, bronquiolitis obliterante posinfecciosa, pulmón hiperlúcido unilateral, hipertensión pulmonar, discinecia bronquial y bronquiactasias.

4. Diagnóstico diferencial

Laringotraqueobronquitis, aspiración de cuerpo extraño, malformaciones traqueobronquiales y cardiovasculares, acidosis metabólica, asma. (Martínez C. 2022).

5. Neumonía nosocomial

La neumonía nosocomial se define como una infección del parénquima pulmonar adquirida durante la estancia en el hospital, excluyendo las que se encontraban en el período de incubación al ingreso. Así se considera como tal aquella que aparece tras 48-72 horas del ingreso hospitalario o dentro de los 7 días posteriores al alta. Dentro de esta definición se incluye la neumonía asociada a ventilación mecánica que es aquella que aparece en pacientes que llevan más de 48 horas sometidos a ventilación mecánica. Aunque en algunas series hasta el 95% de las neumonías nosocomiales en la edad pediátrica están asociadas a ventilación mecánica ambos tipos presentan características propias que las distinguen.

Representa la segunda causa de infección adquirida en el hospital y la más frecuente en las unidades de cuidados intensivos en adultos. En niños, en un

Estudio realizado en 61 UCIs pediátricas de los Estados Unidos fue la segunda infección nosocomial más frecuente con un 21% de los casos. Otro estudio europeo, realizado en 20 unidades pediátricas estimó la incidencia de infección nosocomial en un 23.6% y sitúa la neumonía como la más frecuente con un 53% del total de dichas infecciones. El grupo comprendido entre los 2-12 meses de edad presenta la mayor tasa específica por edad. El momento en que se desarrolla es crucial para definir el tipo de etiología bacteriana y la evolución. Por esta razón se han introducido los términos neumonía nosocomial temprana y neumonía nosocomial de aparición tardía. La temprana se produce entre las 48-96 horas después del ingreso aunque el límite entre la temprana y la tardía no se encuentran bien definidos en la actualidad. En niños se encuentran pocos datos sobre infecciones nosocomiales en general y en particular sobre neumonías nosocomiales exceptuando el ámbito de las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos. (Figueroa J. 2008).

5.1. Fisiopatología de neumonía nosocomial

La neumonía nosocomial se produce como consecuencia de la invasión bacteriana del tracto respiratorio inferior a partir de las siguientes vías: aspiración de la flora orofaríngea, contaminación por bacterias procedentes del tracto gastrointestinal, inhalación de aerosoles infectados y con menor frecuencia por diseminación hematogena a partir de un foco de infección. Los pacientes hospitalizados, principalmente los que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos (UCI), presentan con mayor frecuencia una alteración de la flora orofaríngea habitual, con colonización por bacilos gram negativos aerobios, lo cual los hace más susceptibles a padecer este tipo de infecciones. Los principales factores predisponentes para el desarrollo de una neumonía nosocomial

en enfermos hospitalizados son: intubación naso u orotraqueal necesaria para el soporte ventilatorio, alteraciones de la conciencia, trastornos de la deglución, disminución de los reflejos laríngeos, retraso del vaciamiento gástrico y descenso en la motilidad intestinal. El personal del hospital así como el medio ambiente hospitalario juegan también un papel importante en la diseminación de los microorganismos causantes de la neumonía nosocomial. Es crucial que el personal sanitario se llimpe cuidadosamente las manos antes y después de contactar con los enfermos para evitar la transmisión cruzada entre pacientes. El medio hospitalario puede actuar como reservorio para algunos gérmenes como hongos (principalmente aspergillus) o legionella. (Figueroa J. 2008).

5.1.2. Factores de riesgo para la adquisición de la neumonía nosocomial

Existen diversos factores relacionados con los pacientes y con los medios terapéuticos empleados que juegan un papel crucial en la adquisición de la neumonía nosocomial y en el patrón microbiológico de la enfermedad. Se han identificado en distintos estudios factores de riesgo específicos que conducen al desarrollo de la neumonía nosocomial. En adultos destacaan la alcalinización gástrica, aspiración de secreciones orofaríngeas, administración previa de antibióticos, intubación nasal, sondaje nasogástrico, malnutrición, circuitos del respirador, días de estancia en UCI, dispositivos invasivos (sondajes, catéteres, etc), posición supina, y la hiperdistensión gástrica. En niños son similares aunque se han identificado 3 factores independientes en la edad pediátrica para el desarrollo de neumonía asociada a ventilación mecánica que son las inmunodeficiencias, la inmunosupresión y el bloqueo neuromuscular. En neonatos los factores que más se asocian son el menor peso de nacimiento y la edad gestacional, la intubación en la sala de partos, la ventilación mecánica y la existencia de estrés respiratorio e hiperbilirrubinemia. LA INMUNODEPRESIÓN, NEUTROPENIA INFERIOR A 1.000 neutrófilos, tratamiento con corticoides, y la presencia de enfermedades graves de base, son los factores de riesgo más importantes en la neumonía por Aspergillus, mientras que la causa por candida se desarrolla más frecuentemente en paciente con tratamientos antibióticos previos, alimentación parenteral, utilización de técnicas invasivas (catéteres, drenajes) patología más severa, ventilación mecánica, y largos periodos de estancia en UCI. (Figueroa J. 2008).

5.1.3. Etiología de Neumonía nosocomial

Los gérmenes aislados con mayor frecuencia en niños con neumonía nosocomial son:

- Virus: virus respiratorio sincitial.
- Bacterias gram negativas: Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Haemophilus influenzae, Enterobacter.
- Bacterias gram positivas: Staphylococcus aureus y Staphylococcus epidermidis.

- Hongos: Aspergillus y Candida.

Los pacientes que desarrollan neumonía de aparición temprana presentan gérmenes similares a los causantes de la neumonía adquirida en la comunidad y se cree que juegan un papel importante en la aspiración de patógenos debido a intubación o alteraciones de la conciencia, así los más frecuentes son: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, y *E. influenzae*. Por otra parte, la neumonía de aparición tardía se produce como consecuencia de la aspiración de gérmenes gram negativos procedentes de la orofaringe y secreciones gástricas, siendo los microorganismos causantes difíciles de tratar por presentar una mayor resistencia a los fármacos habituales. La estancia prolongada en el hospital y el uso previo de antibióticos se asocia a gérmenes multirresistentes. Además, algunos casos de neumonía nosocomial especialmente aquellos asociados a ventilación mecánica, pueden ser de etiología polimicrobiana. (Figuerola J. 2008).

6. Neumonía o bronconeumonía

Neumonía indica la presencia de infección que afecta el parénquima pulmonar. La bronconeumonía abarca ambos pulmones, es multifocal. La neumonía lobar o segmentaria incluye sólo un lóbulo o segmento. (Martínez C. 2022).

6.1. Etapa subclínica

AL inicio hay una infección viral de las vías respiratorias, que deterioran los mecanismos de defensa locales, lo que permite la sobreinfección bacteriana. Los microorganismos se diseminan a través de los bronquiolos terminales y de los poros de Kohn, dando lugar a la zona de condensación pulmonar periférica conocida como “fase de hepatización roja”, en la cual hay edema e infiltrado de polimorfonucleares y eritrocitos. Dentro de esta lesión, el cuarto o quinto día, los alveolos se encuentran llenos de leucocitos que destruyen las bacterias y las fagocitan. Esta fase se conoce como “hepatización gris”. AL final cuando las bacterias han sido eliminadas, las células inflamatorias y los detritos son reemplazados por tejido de granulación en la porción más central y antigua de la lesión, conocida como zona de resolución. (Martínez C. 2022).

Los agentes etiológicos de las neumonías infecciosas incluyen:

Virus: Influenza, parainfluenza, adenovirus, sincitial respiratorio, sarampión, varicela, Epstein-Barr. (Martínez C. 2022).

Los agentes bacterianos dependerán de acuerdo con la edad del paciente, estado de inmunocompetencia, sitio de adquisición de la infección. EN los RN con infecciones adquiridas de manera prenatal y durante el nacimiento se involucran bacilos entéricos,

gramnegativos, estreptococo hemolítico del grupo B, listeria monocytogenes, chlamydia trachomatis y los agentes productores del síndrome de TORCH. EN las neumonías de adquisición en la comunidad en este grupo de edad participan *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *E. aureus*. Los niños hasta los cuatro meses de edad continúan con Chlamydia trachomatis como agente etiológico frecuente, de allí y hasta los 5 años de edad, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus* son los microorganismos más frecuentes. En los escolares y adolescentes *S. pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae*. En los pacientes con neumonías de adquisición intrahospitalaria habrá que considerar la participación de *S. aureus* y bacterias gramnegativas como *pseudomonas*, *enterobacter*, *serratia*, *E. coli*, *Proteus*, *Acinetobacter*. Estos microorganismos también están relacionados con las neumonías en pacientes inmunocomprometidos, en quienes además participan *Pneumocystis carinii* y *citomegalovirus*. (Martínez C. 2022).

Las neumonías complicadas con empiema están asociadas con *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, bacterias gramnegativas como *kebsiella pneumoniae*, *E. coli*, *Acinetobacter sp*, *Pseudomonas*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Slmonella*, *Shigella* y anaerobios. El empiem puede ser de etiología polibacteriana y se reporta la participación de anaerobios en una frecuencia que va de 2 a 39% de los casos, de acuerdo con diversas series. Los abscesos pulmonares se relacionan de forma principal con *S. aureus* y bacterias anaerobias. Las llamadas neumonías atípicas están ocasionadas por virus, Chlamydia, *Mycoplasma*. (Martínez C. 2022).

6.2. Etapa clínica

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico con la asociación de un síndrome infeccioso (fiebre, taque al estado generalm hiporexia), signos y síntomas respiratorios (aumento de la frecuencia respiratoria, cianosis, tos, expectoración, estertores, síndromes pleuropulmonares de condensación, rarefacción, derrame). Además pueden presentarse complicaciones extrapulmonares diversas como insuficiencia cardiaca, íleo paralítico, sepris, secreción inapropiada de hormona antidiurética. (Matrínez C. 2022).

6.3. Diagnóstico

Las elaboración de una historia clínica detallada e intencionada, que incluya tiempo de evolución, tratamientos recibidos, asociación con problemas en otros órganos y sistemas, así como el antecedente de otros eventos neumónicos, que obligarán a estudiar al paciente en búsqueda de inmunodeficiencias, aspiración crónica, malformaciones broncopulmonares o presencia de un cuerpo extraño. El apoyo de laboratorio incluye: Bh completa, donde podemos encontrar más leucocitosis con neutrofilia y bandemia en el caso de participación bacteriana. Sin embargo también puede haber leucopenia en algunos

casos. Los reactantes de fase aguda, como la proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación globular, están aumentados. La gasometría arterial nos permitirá documentar insuficiencia respiratoria, en casos seleccionados por la gravedad de las manifestaciones clínicas. El diagnóstico etiológico de las neumonías no es fácil. De acuerdo con las diferentes series, éste se logra en una frecuencia que varía de un 25 a 75%. En la actualidad las herramientas incluyen el cultivo de diversos productos biológicos: exudado faríngeo, sangre, esputo, lavado broncoalveolar obtenido por broncoscopía, punción, biopsia pulmonar y exudado pleural, además de cultivos a otros niveles cuando se sospecha en una neumonía metastásica. La posibilidad de aislamiento en cultivos es muy variable. Los hemocultivos tienen un porcentaje de positividad que va de 2 al 70% de acuerdo con diferentes series. El resultado de un cultivo de exudado faríngeo o de expectoración, no necesariamente estará en relación al agente etiológico de la neumonía en sí. La frecuencia de positividad del cultivo de exudado pleural va del 6 al 92%. Se dispone de estudios serológicos para la determinación de antígenos bacterianos, virales y de Mycoplasma por diferentes métodos de neutralización, inhibición de la hemaglutinación, fijación de complemento, ELISA y prueba de coaglutinación en látex para detectar los antígenos desprendidos de la pared o cápsula bacteriana del *S. pneumoniae* o de *H. Influenzae* es de gran utilidad con una sensibilidad y especificidad mayores de 86%. Las imágenes radiológicas asociadas a una neumonía son de diversos tipos y puede haber una cierta asociación etiológica, ninguna imagen es patognomónica de ningún microorganismo y todos ellos pueden tener diversas manifestaciones radiológicas. (Martínez C. 2022).

6.4. Tratamiento farmacológico:

Existe un acuerdo general entre las distintas guías internacionales, la amoxicilina administrada por vía oral es la opción de primera línea para el tratamiento de pacientes ambulatorios, y la ampicilina o penicilina G acuosa o amoxicilina (initialmente por vía intravenosa) son las opciones de primera línea para tratar a pacientes hospitalizados con CAP en el grupo de menores de 5 años. Tal acuerdo se basa en un consenso general de que *S. pneumoniae* es el agente causal bacteriano más común en la NAC infantil entre los niños menores de 5 años y, por lo tanto, debería ser el objetivo de la terapia con antibióticos. Por ejemplo, la detección de *S. pneumoniae* mediante PCR en sangre se identificó recientemente como predictor de hipoxemia entre los niños hospitalizados con NAC. (Carvalho y Ruuska-nen, 2019).

Una revisión sistemática publicada en 2016 analizó todos los ensayos clínicos aleatorizados, publicados hasta abril de 2015, en los que se trató con antibióticos a niñps con NAC y se les dio seguimiento: se incluyeron 54 estudios, de los cuales, 13 evaluaron la eficacia de la amoxicilina en pacientes no graves, pacientes hospitalizados y 8 evaluaron la eficacia de la amoxicilina en pacientes hospitalizados. Así, la amoxicilina fue el antimicrobiano más estudiado, con el mejor enfoque metodológico y la evidencia más confiable. En un ensayo clínico realizado en el Salvador, Brasil, se compararon dos

regímenes de dosis diferentes: 820 niños con NAC no grave fueron asignados al azar para recibir 50 mg/kg/día de amoxicilina dos o tres veces al día; este fue un ensayo clínico triple ciego, aleatorizado y controlado con placebo que mostró equivalencia en la eficacia de ambos regímenes. (Vilas-Boas, Fontoura y Xavier-Souza, 2014).

Por lo tanto, se puede usar la dosis más cómoda y conveniente (50 mg/kg/día dos veces al día) según la evidencia científica. “Es importante recordar que el parámetro farmacodinámico clave para la eficacia de la amoxicilina es el tiempo sobre la concentración inhibitoria mínima (MIC), debe ser del 40% al 50% del intervalo de dosificación durante el tratamiento de la NAC neumocócica”. (Nolan, Arnold y Bramley, 2018).

Según la guía de práctica clínica la amoxicilina es el tratamiento de primera línea, la dosis depende de la resistencia de *Streptococcus pneumoniae* al medicamento, siendo efectiva a dosis de 90 mg/kg/día en cepas sensibles y 100 mg/kg/día en cepas resistentes. Se menciona como recomendación, se puede administrar amoxicilina a dosis de 90 mg/kg/días dividida en dos dosis a los pacientes con neumonía no complicada, e incrementar a 100 mg/kg/día dividida en tres dosis en quienes estén infectados con cepas resistentes. Se recomienda terapia intravenosa en los pacientes que presenten intolerancia a la vía oral, signos de septicemia o complicaciones de la NAC y utilizar la vía oral cuando se observe mejoría clínica. (Guía de Práctica Clínica 2015).

Utilizar cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima o ceftriaxona) en los pacientes no vacunados o cursen una NAC complicada o comunidades donde prevalece una resistencia alta a la penicilina. (Guía de Práctica Clínica 2015).

Se recomienda adicionar el uso de macrólidos en los pacientes de cualquier edad que no hayan respondido al tratamiento de primera línea o en quienes se sospeche infección por *Mycoplasma pneumoniae* o *Chlamydophila pneumoniae*. (Guía de Práctica Clínica 2015).

La terapia antiviral debe administrarse en caso de incremento en la incidencia de virus de la influenza y ante la sospecha de coinfección viral y bacteriana. (Guía de Práctica Clínica 2015).

Para analgesia se recomienda paracetamol 15 mg/kg/dosis cada 6 horas (dosis máxima 75 mg/kg/día). (Guía de Práctica Clínica 2015).

6.5. Tratamiento no farmacológico:

La posición decúbito prono puede mejorar la función respiratoria en lactantes hospitalizados con dificultad respiratoria esto se debe realizar con previa monitorización cardiorrespiratoria continua. (Guía de Práctica Clínica 2015).

Ofrecer alimentación oral o enteral en bolo o sonda nasoduodenal, si las condiciones clínicas del paciente lo permiten, cuando el paciente haya alcanzado estabilidad hemodinámica y concentraciones de oxígeno a 92%, iniciar enteral en pacientes con NAC. (Guía de Práctica Clínica 2015).

En caso de contraindicación a la vía oral, evaluar el uso de gastroclisis, utilizando sondas de calibre pequeño o la administración de soluciones parenterales, de acuerdo con la edad del paciente. Los pacientes con vómito o con enfermedad grave pueden requerir tratamiento con líquidos intravenosos y monitorización de electrolitos. Los niveles de sodio pueden ser bajos en pacientes con NAC. Es por eso que se debe de realizar determinaciones séricas basales de sodio, potasio, urea y creatinina en los pacientes con NAC que reciben soluciones parenterales. (Guía de Práctica Clínica 2015).

No se recomienda el uso rutinario de terapias dirigidas a la limpieza de las vías aéreas, ni fisioterapia pulmonar, ni micronebulizaciones en niños con NAC, hasta que haya evidencia que sustenta su beneficio. (Guía de Práctica Clínica 2015).

En los pacientes con NAC y saturación de oxígeno basal de 92% o menor al aire ambiente, se recomienda administrarles oxígeno suplementario por puntas nasales, casco cefálico o mascarilla para mantener la saturación por arriba de 92%. (Guía de Práctica Clínica 2015).

6.6. Criterios de referencia

Referir a segundo nivel de atención para hospitalización a los pacientes con NAC en las siguientes condiciones:

- Paciente menores de 6 meses de edad.
- Deshidratación grave.
- Deshidratación moderada con rechazo a la vía oral.
- Dificultad respiratoria moderada o grave.
- Falla al tratamiento antibiótico ambulatorio.
- Saturación de O₂ <92% (aire ambiente).
- Presencia de apneas.
- Familiar no confiable.

Criterios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

- Datos de choque.
- Dificultad respiratoria grave o agotamiento respiratorio que requiere ventilación mecánica.
- Apneas.
- Hipoxemia (saturación de O₂ <92% con aporte de FiO₂ >60%).
- Hipercapnia pCO₂ >65-70%.
- Complicaciones de la NAC que lo requieran. (Guía de Práctica Clínica 2015).

6.7. Estrategias de prevención

En muchos hospitales se aplican un gran número de estrategias preventivas, aunque varias de ellas se encuentran todavía en fase de discusión dada la falta de estudios concluyentes que demuestren su evidencia científica. Entre ellas destacamos:

6.7.1. Estrategias no farmacológicas

Lavado de manos efectivo, utilización de bata y guantes protectores son medidas de eficacia claramente demostradas. La posición semiincorporada del paciente (cabeza 35-40°), evitar la hiperdistensión gástrica, la verificación rutinaria de tubo orotraqueal y sonda nasogástrica reducen la posibilidad de una aspiración. Otras estrategias durante la ventilación que minimizan el riesgo, son: intubación oral, (la intubación nasal puede aumentar el riesgo de sinusitis y NAV), rutinas de mantenimiento de los circuitos del ventilador retirando la condensación acumulada en los tubos, succión endotraqueal en pacientes ventilados, medidas destinadas a la prevención de la formación de biofilms (áreas protegidas que permiten la proliferación bacteriana situadas normalmente en cuerpos extraños como tubos endotraqueales, sondas, etc), utilización de sistemas de humidificación distintos a los de agua caliente, succión subglótica continua mediante la utilización de tubos endotraqueales con un canal de aspiración subglótica y el paso a ventilación no invasiva cuando el estado clínico del paciente lo permita. La utilización de camas que permitan movimientos continuos, seguimiento de guías y protocolos clínicos y realización de fisioterapia respiratoria también contribuye a la disminución de las neumonías nosocomiales. (Figuerola J. 2008).

6.7.2. Estrategias farmacológicas

-Profilaxis de la úlcera de estrés: estudios clínicos recientes sugieren que existe una sobreutilización de dicha profilaxis y su utilización debería limitarse a pacientes de alto riesgo como por ejemplo pacientes sometidos a ventilación mecánica o pacientes con coagulopatías. (Figuerola J. 2008).

-Administración empírica de antibióticos en pacientes sin sospecha de infección nosocomial: la exposición previa a antibióticos aumenta el riesgo de neumonía asociada a ventilación debido a que facilita la colonización por patógenos resistentes a los antibióticos, por ello la eliminación o reducción de la utilización innecesaria de antibióticos debería ser uno de los objetivos principales en la prevención de la neumonía nosocomial.

-Tratamiento antibiótico profiláctico: la utilización de antibióticos en aerosol y por vía parenteral para la prevención de la neumonía asociada a ventilación ha sido abandonada a causa de su ineficacia y el aumento de las resistencias bacterianas. La descontaminación digestiva rutinaria tampoco se recomienda. No obstante, los antibióticos parenterales utilizados para la prevención de la infección de las heridas quirúrgicas podrían disminuir la aparición de neumonía asociada a ventilación temprana. La administración de

antibióticos de forma profiláctica en pacientes neutropénicos con fiebre ha demostrado reducir la duración de los períodos febriles y los problemas asociados a la infección.

- Descontaminación orofaríngea con clorhexidina.

- La administración de gammaglobulina intravenosa no ha obtenido resultados favorables para la prevención de infecciones y debería limitarse su utilización a ensayos clínicos o grupos de pacientes de alto riesgo.

- Tratamiento profiláctico en pacientes neutropénicos: la administración de factor de estimulación de colonias de granulocitos (GCSF) reduce el número de infecciones adquiridas, incluyendo las neumonías.

- La vacunación antineumocócica ya se encuentra incluida en las recomendaciones del (CDC and Health-care infection control practices Advisory Committee) revisadas en el 2003 para pacientes con riesgo de enfermedad neumocócica invasiva.

- La utilización de moduladores de las respuestas biológicas como el interferón no han demostrado, por el momento, su efectividad en la prevención o tratamiento de la neumonía nosocomial. (Figuerola J. 2008).

6.7.3. Prevención primaria

Promoción de la salud educación sanitaria a la población.

Revisión de medios de recreación y educación. Mejoramiento de las condiciones ambientales, nutricionales, de vivienda y culturales. Estimular a la población para el control de niño sano y enfermo. Educar sobre factores de riesgo y medidas de prevención de las enfermedades respiratorias. Educación médica continua para detección y tratamiento oportuno de las neumonías y sus complicaciones. (Martínez C. 2022).

6.7.4. Protección específica

Buena higiene personal. Evitar hacinamiento, cambios bruscos de temperatura, automedicación. Desarrollar programas de detección de enfermedades respiratorias infectocontagiosas. Inmunizaciones, que incluyan vacuna contra *Haemophylus influenzae* tipo B, contra neumococo y contra virus de la influenza, que ya se encuentran incluidas dentro de la cartilla Nacional de Vacunación en México. (Martínez C. 2022).

7. Sepsis

En 1991, la sepsis se definió como una respuesta sistémica a la infección. El concepto se denominó síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y se definió como la presencia de más de una de las siguientes manifestaciones clínicas: (I) temperatura corporal

36-38°C; (II) frecuencia cardiaca superior a 90 latidos por minuto; (III) taquipnea, manifestada por una frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones por minuto, o hiperventilación, indicada por una PaCO₂ inferior a 32mmHg; y (IV) una alteración en el recuento de glóbulos blancos, es decir, superior a 12.000/mm³ o inferior a 4.000/mm³, o la presencia de más del 10% de neutrófilos inmaduros (“bandas”). Estos parámetros son la expresión de cambios fisiológicos causados por la infección; el SIRS con frecuencia conduce a disfunción orgánica, aunque no en todos los casos. (Ceccato A. 2018).

En 2001, un comité (Sepsis 2) revisó la definición, pero mantuvo el concepto de SIRS. Se añadió una lista de signos no específicos que podrían estar presentes en la sepsis y en la disfunción orgánica temprana para ayudar a identificar a los pacientes sépticos. El comité también añadió el concepto de PIRO, el acrónimo de un sistema para la estadificación de la sepsis que tiene en cuenta la predisposición (factores subyacentes como la enfermedad premórbida, la edad o factores que redujeron la supervivencia a corto plazo), la infección por agresión (patógenos y toxinas específicas como LPS), la respuesta (inflamatoria sistémica) y la disfunción orgánica (número de órganos defectuosos). (Ceccato A. 2018).

7.1. Prevalencia de sepsis en NAC según diferentes definiciones

La NAC es la causa más común de sepsis en muchas de las series descritas. Entre el 40-50% de los pacientes con sepsis presentan infecciones respiratorias. La NAC también es la principal causa de muerte entre las enfermedades infecciosas, por lo que estos pacientes deben ser evaluados exhaustivamente para el diagnóstico temprano de un pronóstico desfavorable. (Ceccato A. 2018).

En un análisis reciente de dos cohortes en España, el 79% de los pacientes presentó sepsis según la definición sepsis 1-2, y el 62% según la definición Sepsis 3. En la cohorte PORT, el 82% de los pacientes tenía dos criterios SIRS; sin embargo, se encontró disfunción orgánica en el 48% de los pacientes con NAC, y el 5% desarrolló shock séptico. Los criterios SIRS no se asociaron con una mayor probabilidad de progresión a sepsis grave (odds ratios 0,65 para dos o más criterios SIRS y 0,89 para tres o más). (Ceccato A. 2018).

7.2. Biomarcadores en sepsis y NAC

Se pueden utilizar varios marcadores para el diagnóstico o pronóstico en pacientes con sepsis y NAC. (Ceccato A. 2018).

La proteína C reactiva (PCR) es un reactante de fase aguda. Sus niveles aumentan durante la inflamación, y las infecciones bacterianas producen un aumento rápido. Los cambios en los niveles de PCR pueden utilizarse para diagnosticar la sepsis; sin embargo, pueden ser más útiles para monitorizar la respuesta del paciente. Una disminución en los niveles de

PCR indica una buena respuesta al tratamiento. La PCR también puede utilizarse para indicar tratamientos adyuvantes. (Ceccato A. 2018).

La procalcitonina (PCT) es un marcador de inflamación y aumenta especialmente en infecciones bacterianas sistémicas. Los niveles elevados de PCT indican una alta probabilidad de infección sistémica. La PCT también es útil para orientar la prescripción de antibióticos en infecciones respiratorias de las vías respiratorias inferiores y para respaldar la decisión de suspender la terapia con antibióticos. (Ceccato A. 2018).

El lactato es un marcador de hipoperfusión tisular y se utiliza como marcador de sepsis grave y choque séptico. Los niveles elevados de lactato se asocian con un mayor riesgo de insuficiencia orgánica y mortalidad. Los niveles superiores a 4 mmol/L en el contexto de sepsis se consideran choque séptico. Los niveles de lactato pueden utilizarse como marcador dinámico para la reanimación con líquidos y la necesidad de terapia vasopresora. El lactato debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia renal y hepática, dado que su depuración depende del riñón y el hígado. (Ceccato A. 2018).

La MR-proadrenomedulina (MR-proADM) es el fragmento más estable del precursor de la adrenomedulina y se utiliza como marcador de sepsis. Se ha evaluado principalmente en la NAC. Su valor pronóstico al ingreso es comparable al de índices clínicos como el PSI y el CURB-65, y es independiente de la etiología de la NAC. También es un marcador de secuestro de líquidos, daño endotelial e insuficiencia cardiaca, por lo que puede utilizarse dinámicamente durante la reanimación con líquidos. (Ceccato A. 2018).

7.3. Influencia de la sepsis en los resultados de la NAC

La presencia de sepsis y disfunción orgánica en pacientes con NAC es un factor de riesgo para un pronóstico desfavorable, especialmente para pacientes que presentaron choque séptico o requirieron ventilación mecánica. La tasa de mortalidad aumentó al 33% en pacientes que requirieron ventilación mecánica y al 25% en pacientes con choque séptico. Los pacientes con disfunción orgánica distinta a choque séptico o insuficiencia respiratoria también tuvieron mayor mortalidad; sin embargo, el impacto de estas disfunciones en los resultados fue menor que el del choque séptico o el requerimiento de ventilación mecánica. (Ceccato A. 2018).

Los pacientes pueden presentar disfunción orgánica al ingreso o desarrollarla durante la hospitalización. Diversos estudios han demostrado que los pacientes ingresados en la UCI tras su paso por la sala general presentan peores pronósticos y mayor mortalidad (51-23% frente a 23-12%). Muchos de estos pacientes podrían beneficiarse de un tratamiento temprano e intensivo. (Ceccato A. 2018).

7.4. Manejo de pacientes con sepsis y NAC

El reconocimiento y diagnóstico temprano permiten el inicio rápido de la terapia. La sepsis y el choque séptico son emergencias médicas y deben tratarse de inmediato. La reanimación de la hipoperfusión por sepsis debe iniciarse con 30 ml/kg de líquido cristaloide intravenoso dentro de las tres horas. La evaluación hemodinámica, incluidas las funciones cardíacas, debe realizarse de forma dinámica, y el uso adicional de líquidos debe guiarse por una reevaluación frecuente del estado hemodinámico, con el objetivo de mantener una presión arterial media por encima de 65 mmHg. Los niveles de lactato también se pueden utilizar para evaluar la hipoperfusión relacionada con la sepsis. El protocolo de Rivers, también conocido como terapia temprana dirigida por objetivos, se ha propuesto para el manejo de la sepsis principalmente debido a sus buenos resultados en el ensayo. Este protocolo incluía una presión venosa central superior a 8 cmH₂O, el mantenimiento de la presión arterial media por encima de 65 mmHg y la saturación de oxigenación venosa central superior al 70%. A pesar de los buenos resultados obtenidos por Rivers y cols, estos no pudieron reproducirse en tres RCTz posteriores. Si no se logra la estabilidad hemodinámica con la reanimación con líquidos, se debe iniciar terapia vasopresora. La noradrenalina es el vasopresor de primera elección; se puede agregar vasopresina o adrenalina, y la dopamina es una alternativa a la noradrenalina. Se debe agregar dobutamina en pacientes que muestren evidencia de hipoperfusión persistente a pasar de una carga adecuada de líquidos y el uso de agentes vasopresores. (Ceccato A. 2018).

Se debe añadir soporte respiratorio si es necesario. Se recomienda oxígeno mediante mascarilla, cánula nasal de alto flujo o ventilación mecánica. (Ceccato A. 2018).

Antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano, se deben realizar cultivos microbiológicos, aunque estos no deben retrasar el inicio de la terapia antimicrobiana. Se deben obtener al menos dos series de hemocultivos, incluyendo cultivos aeróbicos y anaeróbicos, y cuando sea posible, secreciones respiratorias. El aislamiento del germe causal permite una adecuada desescalada de antibióticos en un programa de optimización de antibióticos cuidadosamente gestionado. Nuevas técnicas moleculares también permitirán la rápida identificación del germe y los patrones de resistencia; sin embargo, se requieren más estudios de validación. (Ceccato A. 2018).

Los antibióticos intravenosos deben administrarse lo antes posible, dentro de la hora siguiente al diagnóstico de sepsis. Cualquier retraso en su administración aumenta el riesgo de mortalidad, la duración de la hospitalización, la tasa de complicaciones y la puntuación SOFA. (Ceccato A. 2018).

El tratamiento antibiótico empírico debe cubrir los principales patógenos que causan neumonía, incluyendo *Streptococcus pneumoniae*, bacterias atípicas y bacilos gram

negativos. Las guías sugieren el uso de un B-lactámico más un macrólido, B-lactámico más una fluoroquinolona o una fluoroquinolona sola como tratamiento empírico. En un estudio multicéntrico español de más de 4000 pacientes, la adherencia a las guías y la administración temprana de antibióticos fueron factores protectores contra la mortalidad a los 30 días en pacientes con sepsis y NAC. Curiosamente, Amaro y colegas demostraron que los pacientes que recibieron antibióticos antes del ingreso hospitalario tenían menos probabilidades de presentar shock séptico o requerir ventilación mecánica. (Ceccato A. 2018).

Las combinaciones de macrólidos mostraron mejores resultados en estudios retrospectivos y observacionales de la monoterapia con un B-lactámico, especialmente en pacientes críticos. Los macrólidos también tienen un efecto inmunomodulador, además de su efecto antimicrobiano. (Ceccato A. 2018).

En pacientes con NAC grave y alta respuesta inflamatoria, se pueden añadir corticosteroides si el paciente no presenta contraindicación o neumonía por influenza. El uso de corticosteroides redujo el fracaso del tratamiento, un resultado compuesto que incluyó el fracaso temprano del tratamiento (desarrollo de shock, necesidad de ventilación mecánica invasiva y muerte en las primeras 72 horas) y el fracaso tardío del tratamiento (persistencia de la insuficiencia respiratoria, progresión radiográfica, shock y necesidad de ventilación mecánica o muerte entre 72 a 120 horas después del ingreso). Los corticosteroides también han demostrado una reducción del tiempo hasta la estabilidad clínica y la duración de la estancia hospitalaria en varios ECA y una reducción de la mortalidad en pacientes con NAC grave en metaanálisis, aunque algunos de los ECA incluidos tenían un alto riesgo de sesgo. (Ceccato A. 2018).

Marco normativo.

Norma Oficial Mexicana NOM- 024- SSA2- 1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria de la salud.

Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años. Se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos.

El 99% de los casos que se notifican afectan vías respiratorias superiores y solamente el 1% a vías respiratorias inferiores, como la neumonía y bronconeumonía. Se ubican asimismo, entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro

de las tres primeras causas de muerte entre los menores de 5 años. La mayor incidencia y letalidad de las I.R.A. se presenta en el grupo infantil y preescolar, ya que la tercera parte de los casos son registrados en estos grupos, en el que la neumonía es responsable del 85% de las defunciones. En 1993 ocurrieron 9,347 muertes por I.R.A. en los niños de 0 a 4 años. Esta cifra representa el 46.9% de las 19,896 defunciones registradas en la población general del país a causa de estos padecimientos. A través de autopsias verbales realizadas en Tlaxcala y en algunas otras entidades se ha identificado que en el proceso enfermedad - atención - muerte relacionado con las I.R.A., existe responsabilidad de la familia por no solicitar atención médica oportuna y, del médico por no atender adecuadamente dichos casos.

Estudios a nivel mundial han demostrado que es posible lograr una disminución hasta del 80% de las tasas de mortalidad que causa la neumonía en los niños, a través de la atención médica oportuna y adecuada. En consecuencia, los elementos esenciales de la norma se basan en el reconocimiento temprano de los signos de gravedad de estos padecimientos por la comunidad y por el personal de salud, el tratamiento efectivo de los casos, la adopción de criterios adecuados para su referencia oportuna, así como la utilización del antibiótico eficaz en los tratamientos ambulatorios. De acuerdo con las estimaciones realizadas para el período 1995 - 2000, el beneficio económico alcanzado considerando la aplicación de la Norma Oficial Mexicana en relación a muertes evitadas, años de vida productiva ganados y ahorro en la atención ambulatoria, corresponde a: 2,855,621 miles de nuevos pesos. Los beneficios principales no cuantificables en términos monetarios derivados de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana son los años de vida potencial ganados y la mejoría en la calidad de la atención al menor de 5 años con I.R.A

Población.

La población con la cual realizare mi investigación es un conjunto de personas que estudian en la universidad del sureste campus Comitán, la cual es una universidad privada que cuenta con una amplia área de carreras profesionales de ámbito con la salud como: medicina, enfermería, veterinaria, psicología, nutrición, etc.

La carrera de medicina humana consta de un periodo de 4 años en la universidad, 1 año donde se realizaran prácticas y otro año de servicio social, dando como resultado 6 años en total para poder ser considerado médico. Los estudiantes que evaluaremos serán los que estén cursando el séptimo semestre de la carrera a los cuales les realizaremos encuestas para evaluar su conocimiento acerca de la neumonía, ya que es un tema de suma importancia en el ámbito médico-laboral.

Muestra.

Se incluirá a todos los estudiantes que cursen el séptimo semestre de la carrera de medicina humana, en campus UDS Comitán la cual es una escuela privada.

Se excluirá a todos los estudiantes de otras carreras, estén o no relacionados con el ámbito de la salud, únicamente trabajaremos con los estudiantes de séptimo semestre de la carrera de medicina humana.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La recolección de datos es un proceso de recopilación cuyo objetivo es obtener información para establecer conclusiones sobre un tema determinado.

Para mi investigación emplearé 1 técnica para la recolección de datos:

- La técnica se basa mediante una encuesta que se creará de forma física y se les repartirá a todos los estudiantes de séptimo semestre de la carrera de medicina humana, salón por salón. En un horario accesible sin interrupción de clases tanto para los investigadores como para la muestra a indagar.

Cronograma.

Bibliografías:

Lorenia; R. (2020). Estrategias empleadas dentro de una comunidad para el consumo problemático de drogas en mujeres adolescentes. Recuperado de [1_Estrategias empleadas dentro de una comunidad teoterapéutica pentecostal para el consumo problemático de drogas en mujeres adolescentes.pdf](#)

Lili; M. (2019). Relacion entre la comunicación familiar y el riesgo de embarazo adolescente en estudiantes. Recuperado de [2_Relación entre la comunicación familiar y el riesgo de embarazo adolescente en estudiantes.pdf](#)

Sheila; C. (2020). Correlación entre conductas de riesgo y nivel socioeconómico en adolescentes de educación media superior. Recuperado de [3_Correlación entre conductas de riesgo y nivel socioeconómico en adolescentes de educación media superior..pdf](#)

Isabel; S. (2020). Factores relacionados con la resiliencia de adolescentes en contextos de vulnerabilidad social; revisión integradora. Recuperado de [4_Factores relacionados con la resiliencia de adolescentes en contextos de vulnerabilidad social revisión integradora.pdf](#)

David; A. (2020). Consecuencias del consumo de drogas en las funciones ejecutivas en adolescentes y jóvenes adultos. Recuperado de [5_Consecuencias del consumo de drogas en las funciones ejecutivas en adolescentes y jóvenes adultos.pdf](#)

Karen; S. (2020). Estudio de caso: factores psicológicos que motiva al adolescente a recaer en el consumo de drogas. Recuperado de [6_Estudio de caso factores psicológicos que motiva al adolescente a recaer en el consumo de drogas.pdf](#)

Milena; A. (2020). Complicaciones del consumo de drogas ilícitas en adolescentes gestantes. Recuperado de [7_Complicaciones del consumo de drogas ilícitas en adolescentes gestantes.pdf](#)

Rosa; C. (2020). Política social comunitaria para afrontar el consumo de drogas en adolescentes. Recuperado de [8 Política social comunitaria para el consumo de drogas en adolescentes.pdf](#)

Marcos; F. (2020). Consumo de drogas en la adolescencia. Recuperado de [9 Consumo de drogas en la adolescencia.pdf](#)

Andrés; A. (2020). Reflexiones del consumo de drogas en clave de género, epidemiología y marketing nocivo. Una construcción de la conexión y la nueva ética occidental. Recuperado de [10 Reflexiones del consumo de drogas en clave de género, epidemiología y marketing nocivo.pdf](#)

Martha; B. (2020). Drogadicción en la juventud estudiantil una epidemia en la actualidad. Recuperado de [11 Drogadicción en la juventud estudiantil una epidemia actual.pdf](#)

Tunki; K. (2019). Causas y consecuencias de la drogadicción en el rendimiento académico de los estudiantes de la unidad educativa del milenio guardiana de la lengua bosco wisuma. Recuperado de [12 Causas y consecuencias de la drogadicción en el rendimiento académico de los estudiantes.pdf](#)

Carlos; H. (2019). Predictores de la intención de consumo de marihuana en adolescentes. Recuperado de [13 Predictores de la intención de consumo de marihuana en adolescentes.pdf](#)

Maria; A. (2019). Factores de riesgo y etapas de adquisición del consumo de drogas ilícitas en estudios mexicanos. Recuperado de [14 Factores de riesgo y etapas de adquisición del consumo de drogas ilícitas en estudiantes mexicanos.pdf](#)

Catalina; G. (2019). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectiva. Recuperado de [15 Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas.pdf](#)

Junfanlee; O. (2020). Drogas en la adolescencia investigación (auto) biográfica como dispositivos de reflexión crítica en escuelas. Recuperado de [16 Drogas en la adolescencia investigación auto biográfica como dispositivo de reflexión crítica.pdf](#)

Argoti; C. (2020). Estrategias de afrontamiento en adolescentes con consumo problemático que se encuentran internos en un centro de orientación juvenil. Recuperado de [17 Estrategias de afrontamiento en adolescentes con consumo problemático que se encuentran internos en un centro de orientación juvenil.pdf](#)

Angie; M. (2019). Factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de [18 Factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de adolescentes.pdf](#)

Hilwi; L. (2020). Autodeterminación como factor de inhibición al consumo de drogas ilícitas en adolescentes con situaciones de riesgo. Recuperado de [19 Autodeterminación como factor de inhibición al consumo de drogas ilícitas en adolescentes con sustancias de riesgo.pdf](#)

Daniel; M. (2019). “Creación de espacios de fortalecimiento de habilidades para la vida que prevengan el consumo de drogas en la adolescencia”. Recuperado de [20 Creación de espacios de fortalecimiento de habilidades para la vida que provengan el consumo de drogas en la adolescencia.pdf](#)

Ignacio; A. (2019). Programas de intervención en adolescentes de centros escolares sobre el consumo de drogas. Recuperado de [21 Programa de intervención en adolescentes de centros escolares sobre el consumo de drogas.pdf](#)

Erazo; S. (2020). Inicio del consumo de drogas en adolescentes. Recuperado de [22 Inicio del consumo de drogas en adolescentes.pdf](#)

Virginia; M. (2016). Rasgos de personalidad predictores del consumo de drogas en adolescentes. Recuperado de [23 Riesgos de personalidad predictores del consumo de drogas en adolescentes.pdf](#)

Karina; R. (2020). Programa de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de [24 Programa de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas experiencia de caso de estudiantes..pdf](#)

Blanca; T. (2019). Funcionalidad familiar y deserción escolar en adolescentes con adicción a drogas licitas e ilícitas. Recuperado de [25 Funcionalidad familiar y deserción escolar en adolescentes con adicción a drogas ilícitas.pdf](#)

José; P. (2020). Sintomatología interiorizada y exteriorizada y su relación con comportamientos de suicidio en adolescentes. Recuperado de [26 Sintomatología interiorizada y exteriorizada y su relación con comportamientos de suicidio en adolescentes.pdf](#)

Thalía; P. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. Recuperado de [27 Consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral.pdf](#)

Hidalgo; V. (2007). Adolescencia de alto riesgo consumo de drogas y conductas delictivas. Recuperado de [28 Adolescencia de alto riesgo consumo de drogas y conductas delictivas.pdf](#)

Ruth; M. (2020). Patrones de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. Recuperado de [29 Patrones de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios.pdf](#)

Julia; R. (2020). Alergia de drogas de abuso en niños y adolescentes. Recuperado de [30 Alergia de drogas de abuso en niños y adolescentes.pdf](#)

Ingrid; F. (2020). Educación deportiva integral: una propuesta para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de [31 Educación deportiva integral una propuesta para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.pdf](#)

Javier; G. (2020). Prevención y abordaje del consumo de drogas en adolescentes. Recuperado de [32 Prevención y abordaje del consumo de drogas en adolescentes intervención motivacional breve en contextos educativos.pdf](#)

Maria; S. (2020). Relacion entre consumo de sustancias y rasgos esquizotípicos en adolescentes. Recuperado de [33 Relación entre consumo de sustancias y rasgos esquizotípicos en adolescentes escolarizados.pdf](#)

Alfger; K. (2020). Principales directrices y desarrollo del modelo Islandés para la prevención del uso de sustancias en adolescentes. Recuperado de [34 Principios directrices y desarrollo del modelo Islandés para la prevención del uso de sustancias en adolescentes.pdf](#)

Fabio; B. (2020). Consumo de drogas en estudiantes de centros escolares. Recuperado de [35 Consumo de drogas en estudiantes de centros escolares.pdf](#)

Andrés; C. (2018). Factores de riesgo en el consumo de drogas licitas e ilícitas en los adolescentes. Recuperado de [36 Factores de riesgo en el consumo de drogas licitas e ilícitas en los adolescentes.pdf](#)

Flavio; R. (2001). Percepción a cerca del consumo de drogas en estudiantes de una universidad nacional. Recuperado de [37 Percepción a cerca del consumo de drogas en estudiantes de una universidad nacional.pdf](#)

Bibliografía

Alvarado., A. M. (2020). Reflexiones del consumo de drogas en clave de genero, epidemiología y marketing nocivo. *Gate*, 17.

American Psychological Association. (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (6 ed.). (M. G. Frías, Trad.) México, México: El Manual Moderno.

Andres Gabriel Cardenas Moreno, M. Y. (2018). *Factores de riesgo en el consumo de drogas licitas e ilícitas en los adolescentes*. Ecuador.

Bello Martha Beatriz Baquerizo, M. d. (2020). Drogadiccion en la juventud estudiantil una epidemia en la actualidad. *Revista científica de investigación actualización del mundo de las ciencias.*, 11.

Casa., B. M. (2019.). Funcionalidad familiar y desercion escolar en adolescentes con adiccion a drogas licitas e ilícitas. *Dispace.*, 92.

Chavez., K. E. (2020.). Estudio de caso: factores psicologicos que motivan al adolescente a recaer en el consumo de drogas. *Facultad de ciencias sociales.*, 58.

flores., M. (2020). Consumo de drogas en la adolescencia. *Curso psiquiatria*, 20.

Garcia., A. E. (2015). El cerebro adicto. 8.

Hugo Hidalgo Hidalgo, J. M. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jovenes. *Comunicacion breve.*, 9.

Johnson, S. (2016). Drug facts. *National institute on drug abuse.*, 7.

Julio., T. J. (2019). Causas y consecuencias de la drogadiccion en el rendimiento academicio de los estudiantes de la unidad educativa. 55.

Lopez, D. J. (2024). Drogadicicon en chbiapas. *sCielo*, 90.

- Marcos Flores, R. L. (2020). Consumo de drogas en la adolescencia. *Curso psiquiatria sema*, 20.
- Martinez., R. Y. (2020). Politica social comunitaria para afrontar el consumo de drogas en adolescentes. *Revista Palenque Universitario.*, 10.
- Milena Patricia Alvarado, E. T. (2020). Complicaciones del consumo de drogas ilicitas en adolescentes. *Milagro.*, 43.
- Naola., L. M. (2019). Relacion entre la comunicacion familiar y el riesgo de embarazo adolescentes en estudiantes de la institucion educativa. *UANCV*, 144.
- Oscar Erazo Santander, J. n. (2020.). *Inicio del consumo de drogas en adolescentes*. Santiago.: Editorial universal Santiago Cali.
- Ramirez., H. M. (2020). Autodeterminacion como factor de inhibicion al consumo de drogas ilicitas en adolescentes con situaciones de riesgo. 93.

Apéndice

CROQUIS:

Lugar y ubicación en donde se realizara la investigación: UNIVERSIDAD DEL SURESTE, CAMPUS COMITAN.



CUESTIONARIO:

Somos alumnas de 8vo semestre, investigando temas de importancia de la neumonía, contestar de manera concisa. (Las respuestas serán anónimas).

1. ¿Qué es la neumonía?

Infección del parénquima pulmonar	Inflamación de los bronquios principales	Proceso constrictivo de las arterias pulmonares
-----------------------------------	--	---

2. ¿Cuál es la etiología más frecuente de neumonía en pediátricos?

H.Influenzae	Virus de la parainfluenza	Virus sincitial respiratorio
--------------	---------------------------	------------------------------

3. ¿Cuánto tiempo dura el periodo subclínico en neumonía?

1-5 días.	1-7 días	1-10 días
-----------	----------	-----------

4. Cuadro clínico de neumonía:

Tos, sibilancias, fiebre	Disnea, tos, sibilancias	Dolor parenquimatoso, hemoptisis, fiebre
--------------------------	--------------------------	--

5. Diagnóstico de neumonía:

PCR, prueba de ELISA	Prueba de esputo, TAC, clínica	TAC, clínica
----------------------	--------------------------------	--------------

6. Principal vacuna de prevención contra neumonía:

Anti-neumocócica conjugada	Rotavirus	BCG-hexavalente
----------------------------	-----------	-----------------

7. ¿Cuál es la principal complicación de neumonía?

Mayor estancia en UCIN	Sepsis	Derrame pleural
------------------------	--------	-----------------

8. Tratamiento para neumonía con etiología viral:

Amoxicilina	Sintomático	Ceftriaxona
-------------	-------------	-------------

9. Tratamiento para neumonía con etiología bacteriana:

Amoxicilina	Ceftriaxona	Sintomático
-------------	-------------	-------------

10. ¿Qué es neumonía nosocomial?

Infección del parénquima pulmonar adquirida durante la estancia en el hospital	Infección del parénquima pulmonar adquirida fuera de la estancia hospitalaria	Infección del parénquima pulmonar con sepsis
--	---	--

Tabuladores de datos obtenidos:

PRESUPUESTO:

Numero	Concepto	Precio unitario	Número de unidades	Total
1	Luz	\$250 mensual	4 meses	\$1000
2	Internet	\$350 mensual.	4 meses	\$1400
3	Tablet	\$7000	1	\$7000
		TOTAL:		\$9400

Numero	Cargo:	No. De personas:	Sueldo:	Total de horas:	Costo total:
1	Medico.	1	300	3	\$900
1	Psicólogo/a	1	200	3	\$600
TOTAL:		2	500	6	\$3000

Vita:

El autor Citlali Berenice Fernández Solís nació en la ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas el 17 de abril de 2020. Concluyó sus estudios de educación básica en la escuela secundaria del estado Comitán, en donde obtuvo buenas calificaciones y múltiples diplomas por participaciones académicas. Después concluyó satisfactoriamente sus estudios de nivel medio superior en el centro de bachillerato tecnológico industrial y de servicios no. 108 (CBTis 108) en donde se graduó como técnica de laboratorista clínico, al mismo tiempo que cursaba sus estudios de nivel medio superior, estudio durante dos años inglés, obteniendo un inglés avanzado en la academia de idiomas “Culturalia”, Comitán. De igual manera impartió clases de zumba en academias privadas, participando en múltiples eventos e impartió clases de zumba en gimnasios. Y actualmente se encuentra cursando el 4^{to} semestre de la carrera de medicina humana del campus UDS Comitán, Chiapas.