

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**CARACTERISTICAS CLÍNICAS, MANEJO MÉDICO Y PRÁCTICAS MATERNAS EN
PROCESOS RESPIRATORIOS AGUDOS Y ENFERMEDADES DIARREICAS
AGUDAS EN NIÑOS, SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR
ENDES, PERÚ 2018.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

LISSET MARIBEL ROJAS BANDA

ASESOR

DR. DÁVILA SAAVEDRA ELMER

CHICLAYO - PERÚ

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR TÍTULO**PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

En Chiclayo a los 25 días, del mes de Febrero del 2020, ante el Jurado constituido por:

PRESIDENTE : **DR. CACHAY ROJAS PEDRO PABLO**
SECRETARIO : **DR. CHAPA SALDAÑA JULIO CÉSAR**
VOCAL : **DR. PAREDES RAMÍREZ VÍCTOR JAIME**

La graduada:

BACH. ROJAS BANDA LISSET MARIBEL

Sustentó la Tesis Titulada: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO MÉDICO Y PRÁCTICAS MATERNAS EN PROCESOS RESPIRATORIOS AGUDOS Y ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS, SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR ENDES, PERÚ 2018".

Para optar el Título de Médico Cirujano, obteniendo el calificativo de:

Muy Bueno

Comentario:

FELICITACIONES.

Agradar fichas y Estadísticas en población ambulatoria

Pedro Cachay Rojas



MÉDICO PEDIATRA

CMP: 39889 - RNE: 33687

PRESIDENTE

DR. CACHAY ROJAS PEDRO PABLO

Julio Chapa Saldaña
Salud

Dr. Julio Chapa Saldaña
CIRUJANO SECRETARIO NAAA
CMP: 64253 RNE: 034250

DR. CHAPA SALDAÑA JULIO CÉSAR

Victor Paredes Ramirez
MÉDICO RADIOLOGO
CMP: 54608 RNE: 28577

VOCAL

DR. PAREDES RAMÍREZ VÍCTOR JAIME



Oficio Múltiple N°025-2020-CIC-FAMO-UDCH

Señor.

DR. CACHAY ROJAS PEDRO PABLO

DR. CHAPA SALDAÑA JULIO CESAR

DR. PAREDES RAMÍREZ VÍCTOR JAIME

Docente de la Faculta de Medicina y Odontología.

Presente.-

ASUNTO: ASIGNACIÓN COMO JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez de hacer de su conocimiento que la Comisión de Grados y Títulos de la Faculta de Medicina, lo ha Designado como Jurado de Sustentación de Tesis del Bachiller: **ROJAS BANDA LISSET MARIBEL**, teniendo como asesor a la **DR. DAVILA SAAVEDRA ELMER**, para optar el Título Profesional de Medico Cirujano. Evento que se llevara a cabo el día **Martes 25 de Febrero del 2020, a horas 15:00hrs**, en las instalaciones del campus universitario, Aula #..... Edif. Altagora.

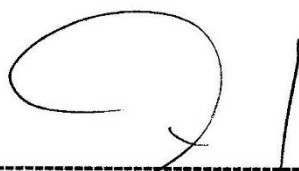
Se adjunta el Proyecto de Tesis aprobado, así como la Tesis respectiva, titulada: **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO MEDICO Y PRACTICAS MATERNAS EN PROCESOS RESPIRATORIOS AGUDOS Y ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS, SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR ENDES, PERÚ 2018"**, para su revisión correspondiente.

Se adjunta el formato de evaluación, el mismo que deberá ser entregado con porcentaje de evaluación aprobatorio previo a la sustentación.

Para la revisión de la TESIS, se adjunta una hoja de evaluación, la cual podrá ser otorgada al alumno siempre y cuando este haya cumplido con todas las modificaciones pertinentes que usted considere para otorgar una correcta calidad a la investigación con nota aprobatoria. Deberá ser firmada y sellada por usted mismo, luego de haber culminado todo el trabajo de revisión.

Sin otro particular, me despido de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente.



MED. CARMEN ROSA MONGRUT VILCHEZ
Coordinadora del Centro de Investigación Científico

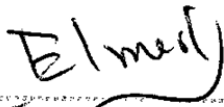
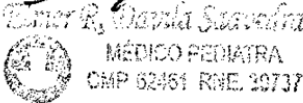
UNIVERSIDAD DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Chiclayo, 21 de octubre 2019

CARTA DE ASESORÍA

Yo **DÁVILA SAAVEDRA ELMER**, Médico de profesión, con **CMP 62461** y **RNE 30737**, declaro que estoy asesorando la tesis de grado de la alumna **ROJAS BANDA LISSET MARIBEL**, la cual se titula **“CARACTERISTICAS CLINICAS, MANEJO MÉDICO Y PRÁCTICAS MATERNAS EN PROCESOS RESPIRATORIOS AGUDOS Y ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS, SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR ENDES, PERÚ 2018”**. Actualmente me comprometo a brindar la asesoría correspondiente para el cumplimiento de los objetivos de dicho estudio.

Atentamente


.....

Elmer D. Dávila Saavedra
MÉDICO PEDIATRA
CMP 62461 RNE 30737

.....
DR. DÁVILA SAAVEDRA ELMER

DNI: 42329350

ÍNDICE

PORTADA	Pág
INDICE	1
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION	6
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 Realidad Problemática	10
1.2 Formulación del Problema	12
1.3 Delimitación del Problema	12
1.4 Planteamiento del Problema	12
1.5 Justificación e Importancia	12
1.6 Limitaciones de la Investigación	13
1.7 Objetivos de la Investigación	14
1.7.1 Objetivo General	14
1.7.2 Objetivos Específicos	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO	15
2.1 Antecedentes	16
2.2 Base Teórica – Científica	18
2.3 Hipótesis	27
2.4 Variables: Identificación	28
2.5 Operacionalización de Variables	28
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	30
3.1 Tipo de Investigación	31
3.2 Diseño de Investigación	31
3.3 Población y Muestra	31
3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación	32
3.5 Materiales, Métodos y Procedimientos de Recolección de Datos	33
3.6 Análisis Estadístico e Interpretación de los Datos	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	35
4.1 Presentación de los Resultados	36
4.2 Análisis y Discusión de los Resultados	46
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	56

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a Dios, por darme vida y fuerzas suficientes para no claudicar en el camino.

A mis amados padres, por su sacrificio y esfuerzo; ellos han sido mi mejor ejemplo de lucha, perseverancia y desprendimiento.

A mis pocas pero memorables amistades, gracias por enseñarme más de la vida a su lado, por todos los momentos curriculares y extracurriculares de esta carrera Universitaria.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primera instancia a Dios, por permitirme tener y disfrutar a mi familia.

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye éste.

A mis maestros, por inculcarme disciplina, conocimientos y a jamás desistir.

Gracias a mi querida universidad, que me ha regalado muchos maravillosos años por recordar, llenos de experiencias, anécdotas y personas gratas que con su sabiduría me han motivado constantemente a alcanzar mis anhelos.

RESUMEN

INTRODUCCION: Las infecciones agudas de las vías respiratorias y las enfermedades diarreicas son unas de las principales enfermedades con mayor recurrencia, complicaciones, así mismo presenta un alto índice de automedicación, por parte del cuidador, con manejo inadecuado y alto índice de hospitalización. La madre como principal responsable de la crianza del niño cumple un rol preponderante en su cuidado y por consecuencia en la prevención de las enfermedades, de acuerdo a los conocimientos que tiene sobre la enfermedad. **MATERIALES Y METODO:** Estudio descriptivo, transversal, de fuente primaria, basado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, 2018. Se ingresó al portal web del INEI para la descarga de la base de datos; la base incluía información de encuestas realizadas a 21 528 mujeres peruana en edad fértil, a nivel nacional. Los datos se analizaron en SPSS 24. **RESULTADOS:** En EDAS predominó la irritabilidad y la sed. El manejo médico más frecuente fue uso de sales de rehidratación oral (66,5%), seguido de fármacos antimotilidad (26%), las madres consideraron no ir al centro de salud porque fue “innecesario” o “ya sabían cómo actuar”. En IRAS predominó la tupidez nasal, la medicación con antiinflamatorios (47%) y antibióticos (42,9%). En ambos casos, las madres buscaron tratamiento en la farmacia privada e incrementaron la ingesta de líquidos.

Palabras clave: diarrea infantil, enfermedades respiratorias, terapia, conducta social (fuente DeCS).

ABSTRACT

INTRODUCTION: Acute respiratory tract infections and diarrheal diseases are one of the main diseases with more recurrence, complications, as well as a high rate of self-medication, by the caregiver, with inadequate management and high rate of hospitalization. The mother as the main responsible for the upbringing of the child plays a preponderant role in their care and consequently in the prevention of diseases, according to the knowledge they have about the disease. **METODOLOGY:** Descriptive, cross-sectional, primary source study, based on the ENDES Demographic and Family Health Survey, 2017. The INEI web portal was accessed for downloading the database; The base included information from surveys conducted on 21 528 Peruvian women of childbearing age, at the national level. Data were analyzed in SPSS 24. **RESULTS:** In EDAS, irritability and thirst predominated. The most frequent medical management was the use of oral rehydration salts (66.5%), followed by antimotility drugs (26%), the mothers considered not to go to the health center because it was “unnecessary” or “they already knew how to act”. In IRAS, nasal denseness predominated, anti-inflammatory medication (47%) and antibiotics (42.9%). In both cases, the mothers sought treatment in the private pharmacy and increased fluid intake.

Keywords: infantile diarrhea, respiratory tract diseases, therapy, social behavior (source MeSH).

INTRODUCCIÓN

Gómez R (Cuba) y cols, realizaron en Cuba una investigación de intervención en madres de lactantes y encontraron que el desconocimiento de cómo manejar la fiebre y la autoprescripción de medicamentos fueron los principales problemas en las encuestadas **(1)**.

Ramos A, (Lambayeque) realizó un estudio descriptivo cuyo objetivo fue conocer aspectos de automedicación en jóvenes universitarios de Lambayeque. Encontró que los procesos respiratorios agudos (gripes y resfríos) son los que propician mayor automedicación, además del consumo de anti inflamatorios no esteroideos **(2)**.

Gallardo M (Colombia) realizó un estudio para determinar las creencias de la madre y del cuidador sobre el manejo de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. Se encuestaron a 200 madres, donde encontraron que las madres y cuidadores continúan la tradición con respecto a identificar los signos de deshidratación, diversas formas de manejo de la diarrea, gran parte acude a consulta médica, sin embargo aún persisten los que acuden a empíricos. Gran mayoría suministra altas cantidades de líquido, sales de rehidratación oral **(3)**.

Cervantes I (Cuba), realizaron un estudio descriptivo y transversal para determinar el conocimiento sobre la enfermedad diarreica y su prevención. Para ello se encuestaron a 260 madres de niños menores de 1 año. Se encontró que el 78,4% de las madres brindó sales de rehidratación oral a sus niños, 9,2% dieron antiparasitarios y 8,5% brindaron té **(4)**.

Alarco J (Ica), realizó un estudio descriptivo cuyo objetivo era determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica. Encuestaron a 82 madres de niños menores de 5 años. Encontraron que el 53,3% ofreció sales de rehidratación oral, el 23,2% brindó antibióticos y 17% brindó té. En las acciones que tomaron en cuenta fueron: llevarlo al centro de salud (67%), acudir al curandero (24,4%) dar medicación (7,3%) **(5)**.

Chávez L (Lima), realizó un análisis de la base ENDES 2013 con el fin de determinar la asociación entre las prácticas y el resultado en el manejo inicial de la diarrea aguda en niños menores de 5 años por las madres peruana. Encontraron que las madres que no ofrecieron líquidos tuvieron mayor frecuencia de casos de niños con diarrea al

momento de la encuesta (21,8%) a diferencia de las madres que sí lo dieron (15,6%) encontrándose asociación significativa $p= 0,014$ OR= 1,7 **(6)**.

Desde hace décadas atrás, se encontraron entre las tres principales causas de muerte y discapacidad entre niños y adultos, a las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas. Aunque es difícil de cuantificar la carga, se estima que ésta entidad causa casi 4 millones de muertes al año y es considerada la causa principal de muertes en niños menores de cinco años **(7)**.

Así mismo, las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas en niños marcan el escenario propicio para enfermedades respiratorias crónicas años más tarde en la vida **(8)**.

Según el Ministerio de Salud, para la semana epidemiológica 52 del 2019, se han notificado 39,278 casos de infecciones respiratorias agudas. Más de tres mil casos de IRA que el año anterior; en dicho año hubo 9,221 hospitalizados y 191 fallecidos. **(9)**.

Para la región Lambayeque (2019), en la provincia de Chiclayo los distritos con mayor cantidad de casos fueron: Chiclayo (23931), José Leonardo Ortiz (6923) y La Victoria (4942). En la provincia de Ferreñafe, predominan el distrito de Ferreñafe (4686), Pítipo (2655) e Incahuasi (1855). Y en la provincia de Lambayeque, destacan Mórrope (9251), Lambayeque (4786), Olmos (3821), entre otros. **(10)**

De acuerdo con los datos obtenidos de la OMS, se cataloga a las enfermedades diarreicas agudas como la segunda mayor causa de muerte en niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año **(11)**.

A nivel mundial se calculan unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas agudas infantiles cada año. Años atrás, las principales causas de muerte por enfermedad diarreica aguda eran la deshidratación grave y la pérdida de líquidos. Hoy en día, es posible que otras sean las causas responsables de una mayor proporción de muertes relacionadas con la diarrea, ejemplo de ello las infecciones bacterianas septicémicas. Gran parte de esta etiología es prevenible mediante el acceso de agua potable, el adecuado servicio de saneamiento e higiene **(11)**.

En nuestro país, hasta la SE 52 - 2019, se han notificado un total de 1'177,906 episodios de enfermedad diarreica aguda (EDA). En ese año fueron 52,816 más casos que en 2018. Además de 25,841 casos de EDA disintérica. Hubo un total de 7,865 hospitalizaciones por EDA y 74 fallecimientos por la misma causa. **(9)**

En Lambayeque, se reportaron 39790 casos de EDA hasta la SE 52, de los cuales 39790 fueron EDA acuosa y 395 de tipo disintéricas. Para la provincia de Chiclayo: El distrito de Chiclayo presentó más casos (16148) seguido de José Leonardo Ortiz (2538), La Victoria (1645), etc. Para la provincia de Ferreñafe destacan el distrito de Ferreñafe (1566), Pítipa (826) e Incahuasi (741), etc. En la provincia de Lambayeque: los de mayor frecuencia fueron el distrito de Lambayeque (3242), Mórrope (1327), Olmos (1049), etc **(10)**.

Desde la SE 26 hasta la 38, el comportamiento de las EDAS ha oscilado entre las zonas de alarma y epidemia del canal endémico de la región Lambayeque; así la región permaneció durante 6 semanas en zona de epidemia, según canal endémico **(10)**.

Las infecciones agudas de las vías respiratorias y las enfermedades diarreicas son unas de las principales enfermedades con mayor recurrencia, complicaciones, así mismo presenta un alto índice de automedicación, por parte del cuidador, con manejo inadecuado y alto índice de hospitalización.

La madre destaca como la fundamental pieza responsable de la crianza del niño, cumple un rol fundamental en su cuidado y consecuentemente en la prevención de las enfermedades, de acuerdo a los conocimientos que tiene sobre la enfermedad, las cuales pueden ser adquiridas mediante la educación o a través de la experiencia ya sea por creencias, costumbres y prácticas; por lo que puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje, quienes relacionan la enfermedad al desabrigo, enfriamiento, ingesta de frutas mal lavadas, falta de higiene, entre otras **(45)**.

Por lo expuesto, el presente estudio pretende conocer las manifestaciones clínicas más frecuentes, tratamiento médico y prácticas referidas por las madres en procesos respiratorios agudos y enfermedad diarreica aguda en sus hijos, según la encuesta ENDES 2018.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad Problemática

Desde hace décadas atrás, se encontraron entre las tres principales causas de muerte y discapacidad entre niños y adultos, a las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas. Aunque es difícil de cuantificar la carga, se estima que ésta entidad causa casi 4 millones de muertes al año y es considerada la causa principal de muertes en niños menores de cinco años **(7)**.

Así mismo, las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas en niños marcan el escenario propicio para enfermedades respiratorias crónicas años más tarde en la vida **(8)**.

Conforme a las cifras de la OMS los registros de muertes en niños menores de cinco años atribuidos a neumonía han disminuido, siendo ésta “la primera causa individual de mortalidad infantil a nivel mundial. Se estima que la neumonía obtuvo cifras de mortalidad infantil de unos 920 136 niños en el 2015, lo que se considera el 15% del total de defunciones”. **(22)**

Es usual encontrar que en el Perú las neumonías sean la primera causa de mortalidad general. De acuerdo al informe difundido en el 2013 por el Instituto Health Metrics and Evaluation (IHME), que analiza la causalidad de muertes prematuras entre 1990 y 2010, las infecciones de las vías respiratorias bajas, siguen siendo la principal causa de muerte prematura en el Perú. **(23)**

Las cifras demuestran que entre los años 2009 a 2013, la tasa de mortalidad infantil media por neumonía varió entre 2,8 a 48,3, siendo el promedio de 13,9 en el país. Las mayores tasas correspondieron a los departamentos de Puno, Ucayali, Loreto, Huancavelica, Pasco, Huánuco, Arequipa y Cuzco. **(23)**

En el 2013, el 49% de mortalidad infantil ocurrió en la sierra, 34% en la selva y 17% en la costa.

En la costa, las defunciones ocurren con mayor frecuencia en los servicios de salud, lo cual podría interpretarse como que existe un mayor acceso a estos establecimientos, pero que debido a la demora o la falta de capacidad de resolución del establecimiento los pacientes mueren.

En la Sierra, alrededor de dos terceras partes son muertes extrahospitalarias lo que se interpreta como obstáculos en el acceso a los establecimientos de salud.

En la selva, la proporción de las defunciones intrahospitalarias son más de la mitad. **(23)**

Desde la SE 1 hasta la SE 7 - 2018, se han notificado 255635 episodios de infecciones respiratorias agudas en el país. **(24)**

En el departamento de Lambayeque, la Gerencia Regional de Salud reportó 38 600 casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y 180 de neumonía, efecto de las bajas temperaturas a las que fue expuesta la población en las últimas semanas. **(25)**

La mayor cantidad de pacientes con estos males, propios de la temporada, se presentan en los distritos de Chiclayo con 6 401, José Leonardo Ortiz 2 682 y La Victoria 2 286. Asimismo, en Ferreñafe se reportaron 2 068, Pítipa 1 229, Mórrope 4 404, Olmos 2 063, Lambayeque 1 483, Salas 1 019 y Túcume 886. **(25)**

De acuerdo con los datos obtenidos de la OMS, se cataloga a las enfermedades diarreicas agudas como la segunda mayor causa de muerte en niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año **(11)**.

A nivel mundial se calculan unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas agudas infantiles cada año. Años atrás, las principales causas de muerte por enfermedad diarreica aguda eran la deshidratación grave y la pérdida de líquidos. Hoy en día, es posible que otras sean las causas responsables de una mayor proporción de muertes relacionadas con la diarrea, ejemplo de ello las infecciones bacterianas septicémicas. Gran parte de esta etiología es prevenible mediante el acceso de agua potable, el adecuado servicio de saneamiento e higiene **(11)**.

Mundialmente, 780 millones de personas están desprovistas de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento adecuados. La diarrea atribuible a infecciones es frecuente en países en vías de desarrollo. **(11)**

En países de ingresos bajos, la población infantil menor de tres años sufre, en promedio, tres episodios de enfermedad diarreica al año. Cada episodio despoja al niño de nutrientes imprescindibles para su crecimiento y desarrollo. De modo que, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos están más expuestos a enfermar por enfermedades diarreicas. **(11)**

Según el UNICEF (2017), hay 2.200 millones de personas que carecen de acceso a agua potable gestionada de forma segura, conforme a la definición contemplada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Esto significa que casi una tercera parte de la población mundial no dispone de agua procedente de una fuente local que esté libre de contaminación y a la que se pueda acceder con facilidad. Un número aún mayor de personas, el 61% de la población mundial, carece de servicios de saneamiento gestionados de forma segura. **(26)**

Desde la SE 1 hasta la SE 30 - 2018, se han notificado 634360 episodios de EDA en el país. La tasa de incidencia acumulada (TIA) en el país para la SE 30 fue de 197.24 casos por 10 mil hab. Además se han reportado 37 muertes por EDA. Del total de EDA el 97.65% de los casos fueron EDA acuosa (619482) y 2.34% son EDA disintérica (14878 casos). El 58% de los casos se reportaron en el grupo mayor de 5 años a más y el 30.3% en el grupo de 1-4 años. **(27)**

En Lambayeque, se reportaron 18108 episodios de EDA, de los cuales el 99.18% de los casos fueron EDA acuosa (17959) y 0.82% son EDA disintérica (149 casos). **(27)**

1.2,3,4 Formulación, Delimitación y Planteamiento del Problema

¿Cuáles son las características clínicas, manejo médico y prácticas maternas en procesos respiratorios agudos y enfermedades diarreicas agudas en niños, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES), Perú 2018?

1.5 Justificación e Importancia

Cada año mueren casi 10 millones de niños que no han cumplido los 5 años. La mayor parte de esta mortalidad se puede atribuir a dos tipos de enfermedades: enfermedades diarreicas agudas e infecciones agudas de las vías respiratorias. La desnutrición aumenta la duración y la gravedad de estas enfermedades infecciosas.

Las infecciones agudas de las vías respiratorias y las enfermedades diarreicas son unas de las principales enfermedades con mayor recurrencia, complicaciones, así mismo presenta un alto índice de automedicación, por parte del cuidador, con manejo inadecuado y alto índice de hospitalización.

La madre como principal responsable de la crianza del niño cumple un rol preponderante en su cuidado y por consecuencia en la prevención de las IRAS y EDAS, de ahí que los conocimientos que pueden tener o no de la enfermedad condiciona la vida y bienestar del niño, estos conocimientos han podido adquirirse

por creencias, costumbres y prácticas que tienen las madres; ejemplo de ello muchas manifiestan que las IRAS son causadas por el desabrigo, el enfriamiento; las EDAS por la ingesta de frutas mal lavadas, falta de higiene, entre otras causas (45).

Este estudio pretende conocer las manifestaciones clínicas más frecuentes, además de lo indicado por el personal de salud según las madres y las prácticas que ellas refieren acerca del cuidado ante IRAS y EDAS en sus menores de 5 años.

1.6 Limitaciones de la Investigación

Consideramos que las limitaciones del presente estudio, están en el planteamiento de algunas interrogantes; por ejemplo, se pregunta por aspectos muy técnicos, como si la madre pudo detectar la “fiebre”, cuando sabemos que este síntoma requiere del uso del termómetro para su identificación. Sospechamos que no son muchas las madres en el país que usan correctamente el termómetro; sin embargo, podrían identificarlo con sólo colocar la mano sobre ciertas partes del cuerpo del niño. Ello podría ser sesgado pues podría tratarse de sólo una febrícula, o aumento de temperatura por exceso de abrigo y no necesariamente ser una fiebre como tal.

En otro ítem, se preguntan a las madres por el uso de “antibióticos” o medicamentos “para la tos”, cuando sabemos que muchos podrían confundir los nombres de los medicamentos, tergiversando el uso del principio activo. Estos aspectos podrían haber traído inexactitudes en las respuestas, aunado al sesgo del recuerdo que obligatoriamente debemos aceptar. Sin embargo, se considera que la gran mayoría de preguntas fueron fáciles de responder por parte de las madres encuestadas, además el personal encuestador estuvo capacitado por personal del INEI.

1.7 Objetivos de la Investigación

1.7.1 Objetivo General

Determinar las características clínicas, manejo médico y prácticas maternas en procesos respiratorios agudos y enfermedades diarreicas agudas en niños, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES), Perú 2018.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Describir las características clínicas de los procesos respiratorios agudos y enfermedades diarreicas agudas en niños, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES), Perú 2018.
- Describir el manejo médico de los procesos respiratorios agudos y enfermedades diarreicas agudas en niños, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES), Perú 2018.
- Conocer las prácticas maternas en los procesos respiratorios agudos y enfermedades diarreicas agudas en niños, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES), Perú 2018.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO

2.1 Antecedentes

Gómez R (Cuba) y cols, realizaron en Cuba una investigación de intervención en madres de lactantes y encontraron que el desconocimiento de cómo manejar la fiebre y la autoprescripción de medicamentos fueron los principales problemas en las encuestadas. **(1)**

Chirapo L, (Tacna) realizó un estudio descriptivo cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas en la prevención de infecciones respiratorias agudas en madres menores de 5 años. Se encuestó a 119 madres y encontraron que hubo un predominio de madres con prácticas saludables en casos de infección respiratoria aguda en menores. **(28)**

Gallardo M (Colombia) realizó un estudio para determinar las creencias de la madre y del cuidador sobre el manejo de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. Se encuestaron a 200 madres, donde encontraron que las madres y cuidadores continúan la tradición con respecto a identificar los signos de deshidratación, diversas formas de manejo de la diarrea, gran parte acude a consulta médica, sin embargo aún persisten los que acuden a empíricos. Gran mayoría suministra altas cantidades de líquido, sales de rehidratación oral. **(22)**

Cervantes I (Cuba), realizaron un estudio descriptivo y trasversal para determinar el conocimiento sobre la enfermedad diarreica y su prevención. Para ello se encuestaron a 260 madres de niños menores de 1 año. Se encontró que el 78,4% de las madres brindó sales de rehidratación oral a sus niños, 9,2% dieron antiparasitarios y 8,5% brindaron té. **(23)**

Alarco J (Ica), realizó un estudio descriptivo cuyo objetivo era determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica. Encuestaron a 82 madres de niños menores de 5 años. Encontraron que el 53,3% ofreció sales de rehidratación oral, el 23,2% brindó antibióticos y 17% brindó té. En las acciones que tomaron en cuenta fueron: llevarlo al centro de salud (67%), acudir al curandero (24,4%) dar medicación (7,3%). **(24)**

Chávez L (Lima), realizó un análisis de la base ENDES 2013 con el fin de determinar la asociación entre las prácticas y el resultado en el manejo inicial de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años por las madres peruanas. Encontraron que las madres que no ofrecieron líquidos tuvieron mayor

frecuencia de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (21,8%) a diferencia de las madres que sí lo dieron (15,6%) encontrándose asociación significativa $p= 0,014$ OR= 1,7. **(25)**

Cano (España, 2013) contabilizaron las prescripciones médicas realizadas a menores de 14 años entre 2005 y 2010. La prescripción más frecuente hallada fue mucolíticos, antitusivos y simpaticomiméticos. En ese orden decreciente. **(46)**

Parreño (Ecuador, 2012) realizaron un estudio para evaluar la prescripción médica de antibióticos en diarreas agudas. Encontraron que la tasa de prescripción antibiótica fue de 32,7%. Así mismo fue inadecuada en 73,9%. **(47)**

Díaz D (El Salvador, 2015) evaluaron prescripciones médicas en casos de diarreas. La etiología más frecuente de la diarrea fue de causa viral en un 68%, por lo tanto, no ameritaba antibiótico, seguida de la bacteriana (20%) y la parasitaria (12%). Al 40% de los casos le prescribieron antibiótico. Cotrimoxazol 59% fue el más indicado, seguido de metronizadol. **(48)**

Hernández I (México 2013) revisaron 49 recetas por médicos de consulta privada a niños menores de 10 años con enfermedad diarreica. El suero oral, a libre demanda se prescribió al 22% de ellos. El estudio discute que los médicos del estudio se interesaban más en resolver los vómitos y diarrea prescribiendo antieméticos y espasmolíticos. **(49)**

Calderón E (Tacna, 2014) evaluaron la prescripción médica en niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda. Encontraron que el medicamento mayormente indicado fue ibuprofeno (25%), seguido de amoxicilina jarabe (19%), clorfenamina jarabe (13%), paracetamol (11%), entre otros. **(50)**

Ecker (Lima, 2013) describieron las preferencias de uso de antibióticos en niños menores de 5 años por parte del personal médico en nivel primario. El 16% usaría antibiótico en caso de resfrío común. En el caso de disentería, el 90% usaría antibióticos a predominio de cotrimoxazol y furazolidona. El 86% de los médicos recomendaría un antibiótico para tratar faringitis. Para la diarrea acuosa el 33% usaría antibióticos. **(51)**

Ecker L (Lima, 2016) realizó un estudio para evaluar la prevalencia de compra sin receta médica y recomendación de antibióticos para su uso en niños menores de 5 años en farmacias privadas de zonas periurbanas de Lima. Encontraron que 1,7% compraron sin receta debido a automedicación y 11,3% por indicación del farmacéutico. El 66,7% de los medicamentos para tratar resfrío fueron antibióticos. El 64,4% de los medicamentos comprados para tratar broncoespasmo fueron antibióticos. Amoxicilina y cotrimoxazol fueron los más comprados. En casos ficticios al farmacéutico, el 60% de los casos de resfrío común, en el 76% de broncoespasmo, en el 44% de diarrea y en el 76% de disentería, el farmacéutico indicó antibiótico. **(52)**

2.2 Base Teórica – Científica

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) son un grupo de enfermedades de alta frecuencia que compromete una o más partes del sistema respiratorio, causadas por virus, bacterias y hongos, que comienzan de forma repentina y duran menos de dos semanas. Gran parte de estas infecciones como el resfriado común son leves, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías, que es la causa principal de muertes en niñas y niños menores de 5 años en el país. Los factores que contribuyen a que tengan IRA son: bajo peso al nacer, el uso de fórmulas artificiales, el destete temprano, la falta de inmunización, la contaminación al interior de la vivienda y el hacinamiento. **(29)**

La vía de ingreso es respiratoria. Estas infecciones se transmiten mediante los virus que se diseminan por contacto directo a través de las secreciones infectadas, mano a mano o a través de fomites, y posteriormente son inoculados en la mucosa nasal o conjuntival; la inoculación en la mucosa oral es una ruta menos efectiva. **(30)**

Según los autores Sánchez et al. **(31)** y Brunner et al. **(32)** clasificaron a las infecciones respiratorias agudas de la siguiente manera.

Infecciones respiratorias agudas superiores:

Resfriado común (Rinitis): Se denomina rinitis a un grupo de trastornos caracterizados por inflamación e irritación de las membranas mucosas de la nariz, puede estudiarse como alérgica o no alérgica. **(31)**

Rinitis viral: Se refiere a la inflamación aguda afebril e infecciosa de las membranas mucosas de la cavidad nasal. **(33)**

Etiología: La causa más común de las rinitis es un proceso infeccioso catarral causado por agentes víricos o bacterianos. En menor frecuencia, esta enfermedad se asocia a defectos anatómicos como desviación o estrechamiento del tabique nasal y a pólipos nasales. **(31)**

Signos y síntomas: Los más comunes de rinitis son: secreción nasal, por lo común clara y acuosa, picor de nariz, dolor de cabeza y lagrimeo. En casos agudos aparecen fiebre, tos, malestar general y dolor de garganta. **(31)**

Diagnóstico: Se realiza por examen físico, exploración radiológica y pruebas cutáneas. **(43)**

Tratamiento: Existen agentes adrenérgicos tanto tópicos como orales, con los cuales hay mejoría de síntomas. Se debe evitar el uso prolongado de los agentes tópicos ya que puede producir sinusitis medicamentosa y probable efecto rebote una vez que se suspenda el medicamento. **(43)**

Faringitis: Las faringitis son cuadros inflamatorios de la faringe, causado por un gran número de agentes infecciosos de los cuales los virus son los más frecuentes. La faringitis aguda es una inflamación o infección de la garganta, por lo que suelen presentarse síntomas de irritación. **(32)**

Etiología: La causa es una infección por bacterias estreptococos o virus. Otras causas menos comunes son infección por hongos o parásitos y exposición al humo de cigarrillos. **(31)**

Signos y Síntomas: El signo más característico de la faringitis es dolor de garganta, que a veces cursa con tos seca, fiebre con malestar general y dolor intenso al deglutir. **(34)**

Diagnóstico: Se realiza con la exploración física de la garganta y exámenes de laboratorio. **(34)**

Tratamiento: Las faringitis bacterianas se resuelven con antibióticos específicos contra los agentes infecciosos que la causaron, conviene hacer que el paciente permanezca en un ambiente humidificado y se recomienda aumentar la ingesta de líquidos. **(32)**

Amigdalitis: Inflamación de la mucosa que recubre la laringe, con compromiso de las cuerdas vocales que aparecen enrojecidas e inflamadas en vez de blancas. Frecuentemente la inflamación de la laringe es consecuencia del uso excesivo de la voz, exposición al polvo químico, humo u otros contaminantes. **(32)**

Signos y Síntomas: Un signo específico es una ronquera o disfonía que conlleva la pérdida total de la voz, fiebre, dolor de garganta, sobre todo al deglutir y malestar general. **(32)**

Tratamiento: Con administración de analgésicos y antipiréticos para combatir el dolor y la fiebre, en caso de infección bacteriana se recomienda reposo y no usar la voz. En casos extremos, la inflamación de las cuerdas vocales puede obstruir la vía respiratoria, obligando a una traqueotomía. **(31)**

Otitis media aguda (OMA): Es la inflamación del oído medio y trompa de Eustaquio por bacterias y virus, de comienzo rápido y evolución inferior a tres semanas. **(31)**

Etiología: Son el estreptococos pneumoniae, Haemophilus influenzae y la Moraxella Catarrhalis. **(35)**

Signos y Síntomas: La OMA tiene un comienzo súbito con fiebre, dolor de oído, irritabilidad, letargia, vómito, diarrea y cuadro gripal. **(31)**

Diagnóstico: La observación de la membrana timpánica, la evaluación de su color, movilidad y posición. **(33)**

Tratamiento: Reposo mientras dura la fiebre, antipirético, analgésico. La base del tratamiento son los antibióticos. **(32)**

Sinusitis: La sinusitis aguda es una infección de los senos para nasales con frecuencia resulta de infección en la porción superior de las vías respiratorias, como infección viral o bacteriana. **(31)**

Etiología: Se produce por la invasión de los senos paranasales con microorganismos virales o bacterianos. En algunas ocasiones puede deberse también a desviación, estrechamiento del tabique nasal y a pólipos nasales. **(33)**

Signos y Síntomas: Produce secreciones nasales que son frecuentemente purulentas, dolor de cabeza localizado, hipersensibilidad en los senos afectados, congestión nasal y fiebre. **(34)**

Diagnóstico: Pruebas radiológicas de los senos paranasales. **(33)**

Tratamiento: Se basa en la administración de antibióticos, analgésicos y anti congestivos. Como medidas paliativas del dolor y la congestión, se recomienda la aplicación de compresas húmedas y templadas sobre los senos afectados, así como la adopción de posturas que alivien la presión sinusal. **(34)**

Laringitis: Inflamación de la mucosa que recubre la laringe, con compromiso de las cuerdas vocales que aparecen enrojecidas e inflamadas en vez de blancas. Frecuentemente la inflamación de la laringe es consecuencia del uso excesivo de la voz, exposición al polvo químico, humo u otros contaminantes. **(32)**

Etiología: Se asocia a una infección de las vías respiratorias altas originadas por agentes predominantemente víricos, bacterianos, por otras causas, como el tabaquismo, el uso excesivo de la voz o una larga exposición al tabaco. **(31)**

Signos y Síntomas: Es una ronquera que se puede derivar en afonía completa con pérdida total de la voz, fiebre, dolor de garganta, sobre todo al deglutir, en casos más grave se producen dificultad para respirar. **(32)**

Tratamiento: Suele ser sintomático, con administración de analgésicos y antipiréticos para combatir el dolor y la fiebre, en caso de infección bacteriana se recomienda reposo y no usar la voz. En casos extremos se procede a una traqueotomía. **(34)**

Infecciones respiratorias agudas inferiores:

Bronquitis: La bronquitis es una inflamación de las vías aéreas bajas. Estas se producen cuando los bronquios, situados entre los pulmones, se inflaman. **(31)**

Etiología: Dentro de los virus tenemos influenza, adenovirus y el virus respiratorio sincitial. Dentro de los agentes bacterianos destacan *chlamydia pneumoniae*, *mycoplasma pneumoniae* y *bordetella pertussis*. **(32)**

Signos y Síntomas: El síntoma de la bronquitis es la tos persistente con expectoración moco purulenta en los cuadros severos. **(31)**

Diagnóstico: Es esencialmente clínico o con estudios radiológicos. **(29)**

Tratamiento: Se trata con antibióticos. **(36)**

Neumonía: La neumonía se define como una inflamación y consolidación en el tejido pulmonar a causa infecciosa. Es la inflamación del parénquima pulmonar provocada por agentes microbianos. Puede adquirirse en el ambiente extra hospitalario (neumonía comunitaria), o como consecuencia del ingreso en un hospital (neumonía nosocomial). **(29)**

Etiología: Es causada por diversos microorganismos, lo que incluye bacterias, micro bacterias, clamidias, micoplasma, hongos, parásitos y virus. Gran parte de las infecciones del tracto respiratorio inferior son de origen viral y sólo un pequeño porcentaje de éstos produce infección grave o fatal. **(31)**

Signos y Síntomas: Presencia de fiebre elevada, cefalea, dolor esternal y faríngeo, acompañado de mialgias, exantema ocasional, tos seca, y productiva que empeora progresivamente. Los signos físicos en el periodo inicial de la enfermedad son auscultables, estertores crepitantes finos inspiratorios. **(29)**

Diagnóstico: Realizar de forma rápida una radiografía de tórax antero posterior y lateral. **(32)**

Tratamiento: Los broncodilatadores son de utilidad práctica aunque aún discutida cuando existe componente de obstrucción viral y puede ser necesario los esteroides como los anti inflamatorios cuando hay una lesión intersticial importante. **(36)**

La madre es la principal cuidadora del niño y su papel es fundamental en la prevención de las infecciones respiratorias agudas, de ahí que los conocimientos que pueden tener o no de la enfermedad condiciona la vida y bienestar del niño, estos conocimientos han podido adquirirse por creencias, costumbres y prácticas que tienen las madres; muchas manifiestan que la infección respiratoria aguda es causada por el desabrigo, el enfriamiento, la ingesta de frutas cítricas, entre otras causas. **(37)**

Muchas madres dan agüita de cebolla, o hierbas para calmar la tos de su niño cuando tiene una IRA, por lo que se demuestra que ésta utiliza sus prácticas tradicionales y caseras las cuales proceden de una clase popular y es consecuencia del aprendizaje social; estos en muchas ocasiones benefician o no causan daño al niño, pero otras veces suelen ser nocivos cuando no se usan apropiadamente y perjudican al niño agravando su estado. **(37)**

La alimentación no debe de alterarse ya que muchas madres disminuyen las comidas pudiendo llevar al niño a la desnutrición y con esto se agrava la condición del niño y en relación a la medicación con antibióticos y/o medicamentos sin indicación médica puede ocasionar resistencia bacteriana causando que el estado del niño se complique. Estas conductas forman parte de un cuidado tradicional que ejecutan las madres cuando su niño tiene IRA y se fundamentan en un conocimiento empírico que en muchas ocasionan neumonía o muerte. **(37)**

Enfermedad diarreica aguda:

La diarrea aguda consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida y una duración menor a 2 semanas. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal y por lo general se trata de un cuadro autolimitado. Debe añadirse que existe diferencias en cuanto la frecuencia de las deposiciones, por ejemplo, es más alta en niños menores de tres meses; también la consistencia suelta o “pastosa” de las deposiciones en bebés amamantados no se considera diarrea; además el ritmo intestinal puede cambiar con el tipo de alimentación. **(38,39)**

La diarrea aguda tiene causas infecciosas (entéricas, extraintestinales), Alergia alimentaria (Proteínas de la leche de vaca, Proteínas de soja), Transtornos de absorción-digestión (Déficit de lactasa, Déficit de sacarasa-isomaltasa), Cuadros quirúrgicos (Apendicitis aguda, Invaginación), Ingesta de fármacos (Laxante, Antibióticos), Intoxicación metales pesados (Cobre, Zinc). **(38)**

Las causas infecciosas de la diarrea aguda incluye virus (Virus de la Hepatitis A, rotavirus grupo A, adenovirus entérico, astrovirus, parvovirus, calicivirus humano como norovirus y sapovirus), bacterias (*Salmonella spp*, *Shigella sonnei*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Escherichia coli*, *aeromonas*, *Bacillus spp*, *Listeria monocytogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Vibrio spp*) y parásitos (*Angiostrongylus cantonensis*, *Cryptosporidium parvum*, *Cyclospora cayetanensis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Toxoplasma gondii*, *Toxoplasma gondii* (infección congénita), *Trichinella spiralis*). **(38,40)**

Se describe en países en vías desarrollo las principales causas de diarrea aguda de acuerdo a la edad del paciente. Los principales agentes etiológicos en niños menores de 11 meses son rotavirus, *Cryptosporidium*, *Escherichia coli*, *Shigella spp*, Adenovirus y *Aeromonas*; en niños entre 12 y 23 meses son rotavirus, *Shigella spp*, *Cryptosporidium*, *Escherichia coli*, *Aeromonas spp* y Norovirus; en niños entre 24 meses y 59 meses son *Shigella spp*, rotavirus, *Campylobacter jejuni*, *Vibrio cholerae* y adenovirus. **(41)**

Dentro de los factores fisiopatológicos en bacterias se encuentra la producción de toxinas preformadas (*Staphylococcus aureus*), secretoras (*Escherichia coli*, *salmonella*, *shigella*) o citotóxicas (*shigella*, *S. aureus*, *E. coli*, *Clostridium difficile*, *Campylobacter jejuni*). Las enterotoxinas bacterianas activan selectivamente la transducción de señales intracelulares del enterocito, así como, afectar las redistribuciones citoesqueléticas, con alteraciones posteriores de los flujos de agua y electrolitos a través de los enterocitos. **(40)**

El mecanismo del rotavirus es el daño directo a la célula epitelial y producción de una proteína viral que actúa como enterotoxina. Se produce también lesión vellositaria en infecciones por *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum* y *Microsporidium*, lo anterior mencionado produce una pérdida aumentada de agua

y electrolitos en heces. La gran pérdida de líquidos y electrolitos puede derivar en un cuadro de deshidratación sobre todo en niños pequeños, dada su mayor área de superficie corporal en relación con el peso del adulto, que resulta en mayores pérdidas insensibles. Además, se describe un flujo intestinal de agua y electrolitos más cuantioso. **(38)**

Al episodio de diarrea que dura menos de 14 días se denomina diarrea aguda, si dura más de 14 días se denomina diarrea persistente. A la diarrea con heces líquidas sin sangre se le denomina diarrea acuosa y a la diarrea que se acompaña de sangre, con o sin moco, se denomina disentería. **(42)**

Los principales factores de riesgo son la ausencia de lactancia materna, bajo peso, crecimiento detenido, emaciación, déficit de vitamina A, déficit de zinc, hacinamiento, polución de aire en espacios cerrados, mala higiene de manos, calidad de agua deficiente, eliminación inadecuada de desechos. **(40)**

El cuadro clínico de la diarrea se relaciona con características propias del patógeno infectante, con la dosis y el desarrollo de complicaciones (deshidratación y desequilibrio electrolítico). La ingesta de toxinas preformadas (*Staphylococcus aureus*) se asocia con un rápido comienzo de náuseas y vómitos en menos de 6 horas, pudiendo añadirse fiebre, cólico abdominal y diarrea dentro de las 8-72 horas. Los microorganismos como *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Escherichia coli* enteroinvasiva o enterohemorrágica y *Vibrio parahaemolyticus* producen diarrea que pueden contener sangre y leucocitos. **(40)**

El diagnóstico de gastroenteritis se basa en el reconocimiento clínico, la evaluación de su gravedad y la confirmación mediante pruebas de laboratorio de estar indicadas. **(40)**

La presencia de náuseas y vómitos sugiere afectación del intestino superior, el dolor abdominal y el tenesmo sugiere afectación de intestino grueso y recto. El cuadro clínico de náuseas, vómitos, febrícula con dolor periumbilical leve o

moderado sugieren afectación del intestino delgado y reduce la probabilidad de infección bacteriana grave. **(40)**

Los análisis de heces están dirigidos a determinar la presencia de moco, sangre y leucocitos. Los leucocitos fecales son indicativos de invasión bacteriana de la mucosa colónica. Debe obtenerse coprocultivos en niños con diarrea sanguinolenta en donde la microscopía muestre leucocitos fecales, en brotes con sospecha de síndrome urémico hemolítico y en niños inmunosuprimidos. Los niños previamente sanos con diarrea acuosa no complicada no requieren evaluación laboratorial salvo fines epidemiológicos. **(40)**

La evaluación del grado de deshidratación incluye la exploración del nivel de conciencia, irritabilidad, hundimiento de ojos, sequedad de boca o lengua, sed, signo del pliegue. **(42)**

Tras la evaluación, se clasifica al cuadro como disentería, diarrea persistente, diarrea persistente grave, diarrea sin deshidratación, diarrea con deshidratación, diarrea con deshidratación y shock. La disentería tiene como parámetro principal la presencia de sangre en heces, el manejo consiste en la administración de antibióticos que cubran Shigella por 5 días y hacer control 2 días después. En la diarrea persistente no hay signos de deshidratación, las medidas a tomar son la educación sobre la nutrición en pacientes con diarrea persistente y control 5 días después. En la diarrea persistente grave hay signos de deshidratación, es así que, ésta debe tratarse y después referir u hospitalizar. En la diarrea sin deshidratación la clínica es insuficiente para clasificar a la diarrea con algún grado de deshidratación, se aplica el Plan A de deshidratación de acuerdo al AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), se orienta sobre cuándo el niño debe volver al hospital y se realiza el control a los 5 días. La diarrea con deshidratación cumple con 2 de los siguientes criterios: irritabilidad, ojos hundidos, boca y lengua secas, sed, signo del pliegue; lo indicado es administrar el plan B de deshidratación de acuerdo al AIEPI, se orienta sobre cuándo el niño debe volver al hospital y se realiza el control a los 5 días; si se clasifica como grave, debe internarse o referirse urgentemente al hospital y corregir el cuadro con sales de rehidratación oral en el camino. Si el paciente manifiesta signos de letargia, no puede beber, tiene ojos hundidos, signo del

pliegue cutáneo marcado se clasificará como deshidratación con shock y se administra el plan C de deshidratación de acuerdo al AIEPI. **(43)**

El plan A del tratamiento del niño deshidratado según el AIEPI consiste en las siguientes medidas que se resumen en el acrónimo ACRE (Aumentar líquidos, Continuar con la alimentación, reconocer signos de peligro y enseñar medidas preventivas). El plan B consiste en la utilización de sales de rehidratación oral, la cantidad a administrar (en ml) se calcula multiplicando el peso del niño (en Kg) por 75 y debe administrarse dentro de las primeras 4 horas, después de las cuales, se le reevaluará al paciente y volverá a clasificar el grado de deshidratación. La composición de las sales de rehidratación oral son: glucosa 75 mmol/L, sodio 75 meq/L, cloro 65 meq/L, potasio 20 meq/L y la osmolaridad total es de 245 mosmol/L. El plan C consiste en la utilización de hidratación endovenosa. Se calcula el volumen a administrar a razón de 100ml/Kg y se fracciona de la siguiente manera: 50ml/kg la primera hora, 25ml/Kg la segunda hora y 25ml/Kg la 3ra hora, si las condiciones lo permiten se puede administrar sales de rehidratación oral conjuntamente con la hidratación endovenosa. Después de las 3 horas al paciente se le reclasifica y selecciona el tratamiento indicado (plan A, B o C). **(42)**

En IRAS y EDAS, sobre el uso de Medicina Tradicional se menciona que como terapia única no ha mostrado resultados concluyentes, pero se describe que en combinación con las medidas farmacológicas tiene mejores resultados. **(43,44)**

2.3 Hipótesis

- En procesos respiratorios agudos, la mayoría presentó fiebre y tos. En enfermedad diarreica aguda, la mayoría fue sin deshidratación y sin sangre.
- El manejo médico en procesos respiratorios agudos, la mayoría indicó antihistamínicos y antibióticos. El manejo médico en enfermedad diarreica aguda, la mayoría indicó antibiótico e hidratación oral.
- Las prácticas maternas en procesos respiratorios agudos consistieron en brindar remedios caseros y antihistamínicos. Para la enfermedad diarreica aguda, brindaron remedios caseros.

2.4 Variables: Identificación

- Proceso Respiratorio Agudo
- Enfermedad Diarreica Aguda

2.5 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB INDICADOR	ESCALA
Proceso respiratorio agudo	Características clínicas	Fiebre	Si	Nominal
			No	
		Dificultad para respirar	Si	Nominal
			No	
		Tos	Si	Nominal
			No	
		Aleteo nasal	Si	Nominal
			No	
	Manejo médico	Recibió tratamiento médico	Si	Nominal
			No	
		Recibió antibiótico	Si	Nominal
			No	
		Recibió antihistamínico	Si	Nominal
			No	
		Recibió antitusivo	Si	Nominal
			No	
		Recibió analgésico/ antiinflamatorio	Si	Nominal
			No	
	Prácticas maternas	Tipo de establecimiento al que acudió		Nominal
		Le dio líquidos para beber	Si	Nominal
			No	
		Tipo de comida		Nominal
		Le brindó remedio casero	Si	Nominal
			No	
		Razones para no atenderse cuando tiene fiebre y tos		Nominal

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB INDICADOR	ESCALA
Enfermedad diarreica aguda	Características clínicas	Irritabilidad	Si	Nominal
			No	
		Sed	Si	Nominal
			No	
		Llanto sin lágrimas	Si	Nominal
			No	
		Piel seca	Si	Nominal
			No	
		Nº de deposiciones en la peor diarrea		Razón
	Manejo médico	Diarrea con sangre	Si	Nominal
			No	
		Recibió tratamiento médico	Si	Nominal
			No	
		Recibió antibiótico	Si	Nominal
			No	
		Recibió tratamiento anti motilidad	Si	Nominal
			No	
		Recibió sales rehidratación oral	Si	Nominal
			No	
		Recibió hidratación endovenosa	Si	Nominal
			No	
		Recibió Zinc	Si	Nominal
			No	
	Prácticas maternas	Razones para no atenderse cuando tiene diarrea		Nominal
		Le dio líquidos para beber	Si	Nominal
			No	
		Tipo de comida		Nominal
		Tipo de establecimiento al que acudió		Nominal
		Le brindó remedio casero	Si	Nominal
			No	

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

- Descriptivo: Se obtendrán los datos sin manipulación de las variables tal y como están registrados en la Encuesta Demográfica y Salud Familiar ENDES 2018. Teniendo como objetivos la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.
- Cuantitativo: De nivel aplicativo, porque los datos procedentes de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar ENDES 2018, se cuantificarán para luego ser analizado con una base teórica como referencia.
- Retrospectivo - Estudio de Fuente Primaria: Los datos se obtuvieron directamente de las mismas personas utilizando ciertas técnicas, para plasmar los resultados en la Encuesta Demográfica y Salud Familiar ENDES 2018.

3.2 Diseño de Investigación

- Transversal: Porque implica la recolección de datos registrados en la Encuesta Demográfica y Salud Familiar ENDES 2018, información que se obtuvo en un solo momento y en un tiempo determinado.

3.3 Población y Muestra

- **Población:** Formada por 21 528 mujeres peruanas, entre 15-49 años que participaron en la Encuesta Demográfica y Salud Familiar ENDES 2018, módulo 70 Inmunización y Salud.

- **Muestra:**

Se incluyeron a todas las madres encuestadas que refirieron que sus menores hayan tenido enfermedad diarreica aguda los últimos 14 días (2531 encuestadas).

Se incluyeron a todas las madres encuestadas que refirieron que sus menores hayan tenido un proceso respiratorio agudo en los últimos 14 días (7505 encuestadas).

3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación

La información obtenida de la encuesta ENDES 2018, se obtuvo ingresando a la web: <https://www.inei.gob.pe>.

Y siguiendo la ruta: Bases de Datos → Microdatos → Consulta por encuestas → Encuesta ENDES 2018 → Período único → Módulo 70 Inmunización y Salud.

Se descargó dicha base de datos desde el enlace mostrado en el Programa Estadístico SPSS.



MICRODATOS
BASE DE DATOS

Consulta por Encuestas | Documentación

PRESENTACIÓN | GUÍA DE USUARIO

CONSULTA POR ENCUESTA

Sírvase seleccionar Encuesta, Año y Período y a continuación se mostrarán todas los Módulos de la Encuesta Seleccionada. Luego proceda a descargar el módulo de su interés.

ENCUESTA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - ENDES

AÑO 2018 Período: Único

Nro	Año	Período	Código Encuesta	Encuesta	Código Módulo	Módulo	Ficha	Descarga
1	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	64	Características del Hogar		
2	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	65	Características de la Vivienda		
3	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	66	Datos Basicos de MEF		
4	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	67	Historia de Nacimiento - Tabla de Conocimiento de Metodo		
5	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	69	Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia		
6	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	70	Inmunización y Salud		
7	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	71	Nupcialidad - Fecundidad - Cónyuge y Mujer		
8	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	72	Conocimiento de Sida y uso del condón		
9	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	73	Mortalidad Materna - Violencia Familiar		
10	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	74	Peso y talla - Anemia		
11	2018	5	638	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES	413	Disciplina Infantil		

3.5 Materiales, Métodos y Procedimientos de Recolección de Datos

3.5.1 Aspectos Administrativos:

3.5.1.1 Cronograma

ETAPAS-TAREAS	JUN.				JUL.				AGOS.				SEPT.				OCT.				NOV.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FASE PRELIMINAR:																								
Revisión bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Contacto con la realidad									x	x	x	x												
Presentación Proy. Invest.													x	x										
Implementación Proy. Invest.															x	x								
FASE INVESTIGACIÓN PROPIAMENTE DICHA:																								
Recolección de muestras																	x							
Procesamiento de muestras																	x							
Registro de datos																	x							
Análisis estadístico de datos																	x	x						
FASE DE COMUNICACIÓN:																			x					
Análisis e Interpretación																								
Elaboración del Informe																				x				
Presentación del informe y sustentación																					x			
Publicación																						x		

3.5.2 Presupuesto:

3.5.2.1 Personal:

Asesor metodológico y estadístico: S/ 1500.00

3.5.2.2 Materiales:

Papel Bond A4 (1 millar): S/ 30.00

Útiles de escritorio: S/ 20.00

Tinta para impresora: S/140.00

3.5.2.3 Equipos y Servicios:

Internet: S/ 400.00

Fotocopias: S/ 60.00

Impresión: S/ 80.00

Empastado: S/ 150.00

Anillado: S/ 20.00

3.5.2.4 Total:

S/ 2400.00

3.5.3 Financiamiento:

Proyecto financiado directamente por la investigadora, alumna de la Universidad Particular de Chiclayo.

3.6 Análisis Estadístico e Interpretación de Datos

Se presentará un análisis univariado donde se indicará las frecuencias de variables cualitativas en gráficos o tablas de frecuencias y las variables cuantitativas usando medidas de tendencia central como media o promedio y medidas de dispersión como mínimo y máximo.

Se presentará un análisis bivariado donde se buscarán diferencias estadísticamente significativas entre variables categóricas usando la prueba de Chi cuadrado cuando el valor de “p” sea < 0.05 en el programa SPSS v24.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Presentación de los Resultados

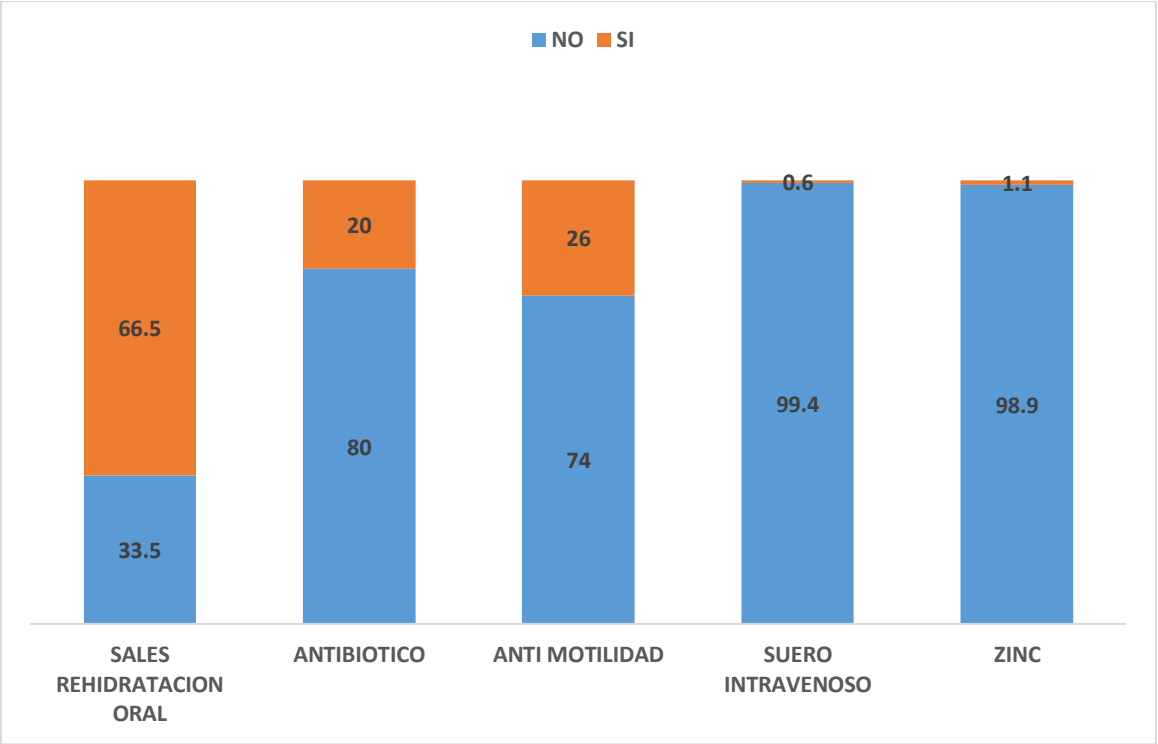
Para enfermedad diarreica aguda, un total de 2531 madres (11,1%) refirieron que sus niños tuvieron diarrea en los últimos 14 días.

Tabla 1. Características clínicas de la diarrea, según las madres encuestadas en la ENDES, 2018.

CARACTERÍSTICAS	n	%
¿Hubo sangre en las deposiciones?		
No	2360	93,2
Si	166	6,6
No sabe	5	0,2
Irritable		
No	935	37
Si	1593	63
Sediento		
No	943	37
Si	1586	63
Llanto sin lágrimas		
No	1939	76,9
Si	585	23,1
Piel seca		
No	2184	86,5
Si	342	13,5
Número de deposiciones en el peor día de diarrea		
Mín: 1 vez Máx: 20 veces Media: 4,7		
Mediana: 4		

Del total de madres que refirieron diarrea en sus niños, 964 (38,1%) refirió haber recibido tratamiento médico.

Gráfico 1. Frecuencia (%) del tratamiento médico recibido en presencia de diarrea, según madres encuestadas en la ENDES 2018.



En cuanto a las prácticas maternas, tenemos las siguientes características:

Tabla 2. Prácticas maternas cuando el niño presentó diarrea, según mujeres encuestadas en ENDES 2018

CARACTERÍSTICAS	n	%
¿Dónde buscó Ud consejo o tratamiento?		
Farmacia privada	314	12,4
PS MINSA	297	11,7
CS MINSA	253	10
Médico privado	129	5,1
Amigo / pariente	118	4,7
Hospital / clínica privada	117	4,6
Hospital MINSA	81	3,2
Hospital ESSALUD	69	2,7
Posta ESSALUD	26	1
Práctica tradicional	6	0,2
Hospital FFAA PNP	3	0,1
Botiquín popular	3	0,1
Trabajador comunitario	1	0,0
Le dio remedio casero, medicamento de hierbas		
No	1854	73,2
Si	677	26,7
¿Cuántos días después de diarrea, pensó en ayuda o tratamiento?		
El mismo día	314	23
1 día	590	43,3
2 días	324	23,8
3 días	86	6,3
De 4 a 14 días	50	3,7

Gráfico 2. Razones para no acudir al centro de salud cuando el niño tuvo diarrea, según madres encuestadas en ENDES 2018.



Gráfico 3. Cantidad ofrecida para comer y para beber cuando el niño presentó diarrea, según las madres encuestadas en ENDES 2018.

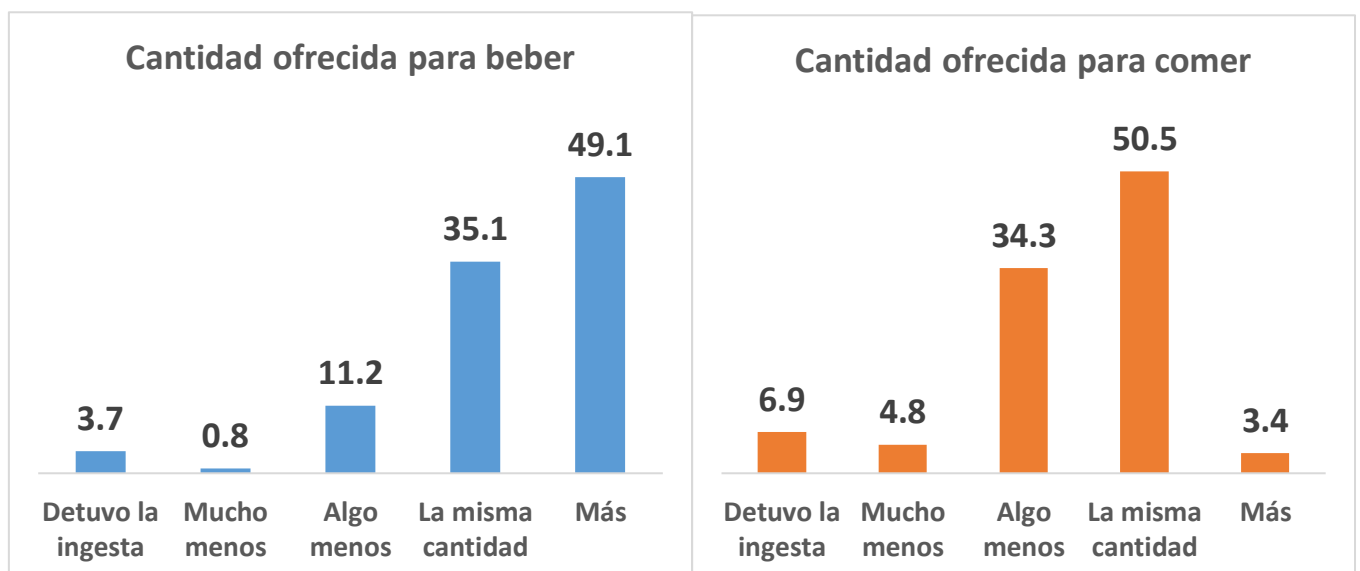


Tabla 3. Uso de antibiótico, según persistencia de diarrea. ENDES Perú, 2018.

	No tiene diarrea	Aún tiene diarrea	No sabe	Valor p
Uso de antibiótico				
Sin antibiótico	1681 (66,4%)	341 (13,5%)	1 (0,0%)	0,5
Con antibiótico	409 (16,2%)	96 (3,8%)	0	
No sabe	3 (0,1%)	0	0	

Tabla 4. Uso de medicamentos anti motilidad, según persistencia de sangre en heces. ENDES Perú, 2018.

	Sin sangre en heces	Con sangre en heces	Valor p
Sin anti motilidad	1757 (69,4%)	112 (4,4%)	0,002 (*)
Con anti motilidad	601 (23,7%)	54 (2,1%)	
No sabe	2 (0,1%)	0	

(*) valor de p hallado con el test de Fisher

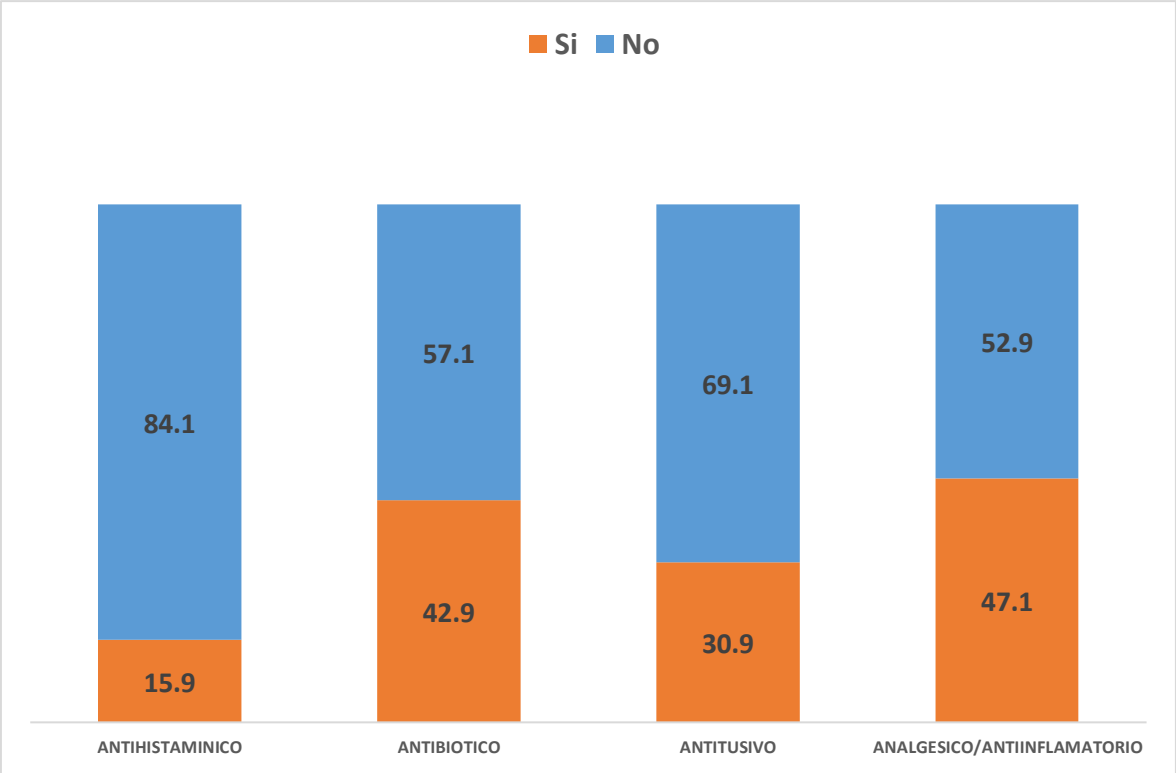
En cuanto a los procesos respiratorios agudos, tenemos los siguientes resultados:

Tabla 5. Características clínicas del proceso respiratorio agudo, según las madres encuestadas en la ENDES, 2018.

CARACTERÍSTICAS	n	%
¿Tuvo fiebre las últimas 2 semanas?		
No	18486	80,8
Si	4331	18,9
No sabe	59	0,3
¿Tuvo tos las últimas 2 semanas?		
No	15309	66,9
Si	7505	32,5
No sabe	62	0,3
Respiraciones cortas y agitadas		
No	4322	57,6
Si	3175	42,3
No sabe	8	0,1
Problema en pecho o nariz tupida		
Sólo pecho	809	25,5
Sólo nariz	2117	66,7
Ambos	243	7,7
No sabe	5	0,2

Del total de madres que refirieron proceso respiratorio agudo en sus niños, 4623 (54%) refirió haber recibido tratamiento médico.

Gráfico 4. Frecuencia (%) del tratamiento médico recibido en presencia de proceso respiratorio agudo, según madres encuestadas en la ENDES 2018.



En cuanto a las prácticas maternas, tenemos las siguientes características:

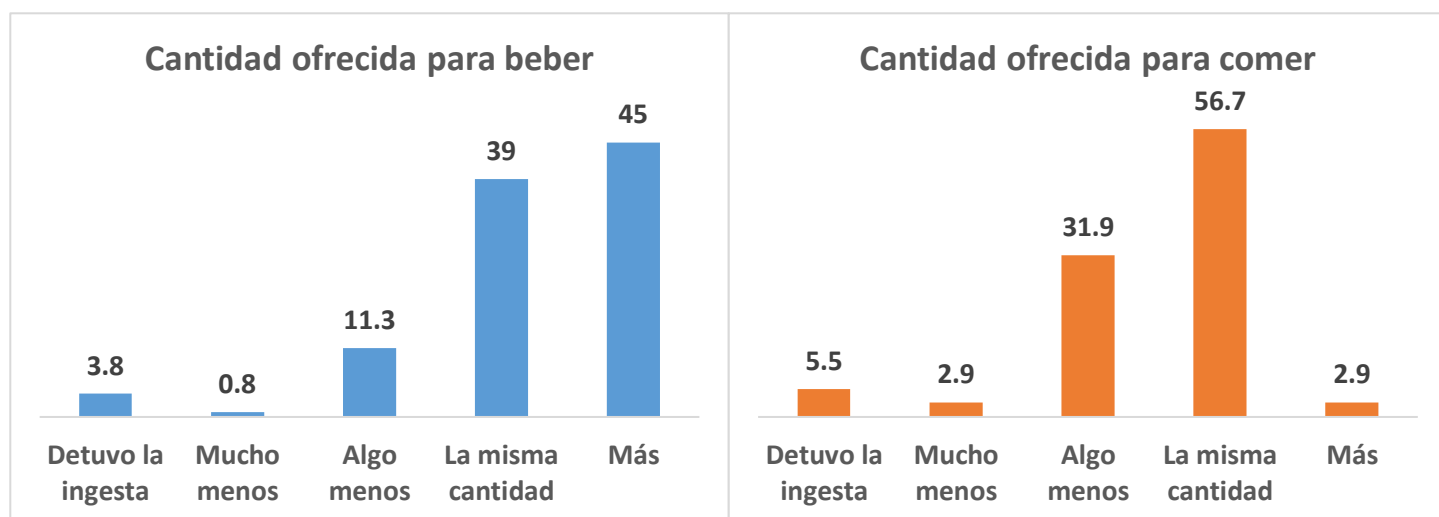
Tabla 6. Prácticas maternas cuando el niño presentó proceso respiratorio agudo, según mujeres encuestadas en ENDES 2018

CARACTERÍSTICAS	n	%
¿Dónde buscó Ud consejo o tratamiento?		
Farmacia privada	1345	15,7
CS MINSA	1329	15,5
PS MINSA	1144	13,4
Médico privado	713	8,3
Hospital / clínica privada	531	6,2
Amigo / pariente	199	2,3
Hospital ESSALUD	414	4,8
Hospital MINSA	381	4,4
Posta ESSALUD	169	2
Botiquín popular	19	0,2
Práctica tradicional	7	0,1
Hospital FFAA PNP	6	0,1
Trabajador comunitario	4	0,0
Le dio remedio casero, para fiebre o tos		
No	7533	88
Si	1032	12
¿Cuántos días después de la fiebre, pensó en ayuda o tratamiento?		
El mismo día	1018	16,8
1 día	2531	41,9
2 días	1527	25,3
3 días	627	10,4
De 4 a 22 días	343	5,6

Gráfico 5. Razones para no acudir al centro de salud cuando el niño tuvo fiebre y tos, según madres encuestadas en ENDES 2018.



Gráfico 6. Cantidad ofrecida para comer y para beber cuando el niño presentó proceso respiratorio agudo, según las madres encuestadas en ENDES 2018.



**Tabla 7. Uso de antibiótico, según persistencia de proceso respiratorio agudo.
ENDES Perú, 2018.**

	No tiene fiebre ni tos	Aún tiene fiebre	Aún tiene tos	Aún tiene ambos	No sabe	Valor p
Uso de antibiótico						
Sin antibiótico	2604 (30,4%)	42 (0,5%)	2191 (25,6%)	37 (0,4%)	17 (0,2%)	
Con antibiótico	1855 (21,7%)	28 (0,3%)	1727 (20,2%)	57 (0,7%)	7 (0,1%)	0,001

4.2 Análisis y Discusión de los Resultados

Se encontró que los síntomas más frecuentes de procesos respiratorios fueron: tupidez nasal, lo cual coincide con Lagarza en México **(13)**.

Según un estudio mexicano; ante un proceso respiratorio, las madres aplican medios físicos (36,4%) y el 29,5% le medica un antipirético, además de que el 33,6% alimenta a sus hijos de forma usual, y el 56% incrementa los líquidos **(13)**. En nuestro estudio, sólo el 12% brindó remedios caseros para la fiebre y tos, y 45% agregó líquidos más de lo habitual.

En cuanto al manejo médico de infección respiratoria aguda, casi la mitad de los casos (43%) recibió la prescripción de antibiótico, lo cual es similar a lo hallado por Malo (España) que sólo encontró 34% de indicación de antibiótico por el personal de salud **(14)**. Sin embargo, Ahmad (India) encontró un 85% de prescripción antibiótica en casos de fiebre y tos. A pesar de la alta indicación de éstos medicamentos, se consideró que su uso fue “apropiado” **(18)**.

Similares resultados fueron encontrados en el estudio de Calderón en Tacna, donde en casos de IRAS en niños, se indicó mayormente ibuprofeno (25%), amoxicilina (19%), clorfenamina (13%), paracetamol (11%), entre otros **(50)**.

Esto sería potencialmente comparable a lo encontrado por Ecker en Lima, quien concluyó a través de una entrevista a médicos, que el 86% de éstos podrían indicar un antibiótico para tratar faringitis. **(51)**

En un estudio realizado en Tanzania, indicaron antibióticos en el 89% de los casos de tos **(21)**. En otro estudio como el de Cano (España), comprobaron que fue frecuente la indicación de mucolíticos, antitusivos y simpaticomiméticos en los pacientes pediátricos; sin embargo, Puerto-Carranza comenta que aún se sigue teniendo conductas enraizadas en el actuar médico, a pesar de que el uso de medicamentos antihistamínicos están contraindicados en menores de 2 años, según la Food and Drug Administration (FDA) **(53)**.

En cuanto a las diarreas, de los síntomas generales encontrados en diarreas, hubo una mayor frecuencia de síntomas como la irritabilidad y la sed. Esto se respalda en lo encontrado por Olivera en Lima quien encontró que las madres de Vitarte reconocían fácilmente a la sed como signo de deshidratación **(12)**.

Alarco (Ica) encontró que el 67% de las madres de niños con diarrea, acudieron al centro de salud. En nuestro estudio aproximadamente, el 22% acudió al primer nivel de atención **(5)**.

En procesos diarreicos, encontramos que pocas madres brindaron remedios caseros, distinto a lo encontrado por el estudio de Gallardo (Colombia), donde aún persisten

personas que acuden a empíricos **(3)**. Sin embargo, queda claro que las madres de nuestro estudio consideraron a la rehidratación oral como punto importante en el cuidado del menor con diarrea, pues la gran mayoría aseguró la ingesta de líquidos necesaria en casos de diarrea. Ello coincide con lo encontrado por Gallardo, Alarco y Cervantes, en Colombia, Ica y Cuba, respectivamente **(3,4,5)**.

Por el contrario, hay un grupo importante de madres que no mantuvo la alimentación habitual en el niño con diarrea. Con esto, se cumple parcialmente lo que indica la guía de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia AIEPI, que indica se debe incrementar los líquidos. Además, éste manual (AIEPI) y la guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú – 2011, mencionan que debe mantenerse la ingesta habitual de alimentos **(15)**. Olivera en Lima encontró que casi el 80% de las madres restringían algún tipo de alimento en sus menores cuando tenían diarrea **(12)**.

El manejo médico incluyó principalmente, la indicación de sales de rehidratación oral. Ello se contrapone a lo encontrado por Hernández (México) donde encontró que sólo se le indicó rehidratación al 22% de los casos con diarreas. Según el estudio, hubo un predominio de indicación de medicamentos antieméticos y espasmolíticos **(49)**.

El uso de fármacos antimotilidad, también fue frecuente. Se considera que éstos medicamentos se debe evitar su uso en las diarreas con sangre en heces **(16)**.

Para la tercera opción más frecuente, el 20% refirieron haber recibido tratamiento antibiótico, lo cual se contrapone a lo encontrado por Efunshile, en Nigeria (2019) donde el personal médico indicó ciprofloxacino y metronidazol en la mayoría de los casos; incluso combinaron ambos en el 22% de los niños **(17)**. De igual manera, Ahmad en la India (2016) encontró que en la consulta pediátrica ambulatoria se indicaba antibióticos en 75% de los casos. A pesar que hubo una mayor frecuencia de uso de antibióticos, se identificó que el 83% fue de ésta prescripción fue “adecuada” **(18)**.

En Tanzania, se indicó antibióticos en el 75% de los casos **(21)**. La Organización Mundial de la Salud ha propuesto diversas pautas de tratamiento para la diarrea dirigido a trabajadores de salud **(19)**, incluso ha publicado información sobre el peligro de la resistencia microbiana como consecuencia del uso indiscriminado de antibióticos **(20)**.

A pesar de ello, es probable que por ser estos tres últimos, países con déficit de sistema sanitario, traiga como consecuencia un incremento de diarreas infecciosas que ameriten el uso de antibióticos.

El 20% de los niños que tuvieron diarrea, recibieron antibiótico. Ello es similar a lo encontrado por Parreño en Ecuador (2012), donde la proporción de casos con

antibiótico fue 32,7%, pero a la vez fue inadecuada en un 74% **(47)**. Así, Ecker realizó una encuesta en médicos del nivel primario, donde el 33% de médicos indicarían antibióticos para diarrea acuosa **(51)**.

Sin embargo, esto difiere del estudio de Díaz (El Salvador) donde al 40% de los casos les presentaron antibiótico, siendo un 68% de los casos, de causa viral **(48)**.

Dentro de las razones que impidieron el llevar al menor al establecimiento, se encontró con mayor frecuencia la razón de creer que “no es necesario” acudir al centro de salud. Esta misma actitud se observó en Lima donde las madres decidieron “esperar que pase el cuadro de diarrea”, en vez de acudir oportunamente al centro de salud **(12)**.

Se encontró que, en los casos de enfermedades diarreicas y respiratorias, las madres acudieron buscando ayuda o tratamiento, principalmente a una farmacia privada: 12,4% y 15,7%, respectivamente. Esto refuerza el concepto de que la automedicación es cada vez más, un problema en nuestro medio, tal como el estudio de Ramos, en Lambayeque, encontró que los síntomas del resfrío y analgésicos ocupaban el segundo lugar de causas de automedicación entre los jóvenes universitarios **(2)**. Tanto es el problema de la automedicación, que en Lima se encontró que el 44% de las madres ofrecían antibióticos a sus niños menores de 5 años como medida en caso de diarrea **(12)**. Encontramos que el buscar ayuda al personal de farmacia, fue una práctica frecuente. No pudimos saber qué fue lo que finalmente les sugirieron a las madres, ya que la encuesta ENDES 2018, no especifica dicha variable; sin embargo, Ecker (Lima) evaluó la compra sin receta médica en menores de 5 años, y encontró que muchos compraban sin receta médica por automedicación y otros por indicación del farmacéutico: amoxicilina y cotrimoxazol fueron los más comprados. Además, al proponerle un escenario clínico ficticio al farmacéutico, éste sugería el antibiótico en la mayoría de los casos planteados **(52)**. Por lo tanto, no sería raro pensar que la resistencia antimicrobiana que se encuentra en la actualidad, mucho tiene que ver con la automedicación y la falta de políticas sanitarias al permitir venta de antibióticos sin receta médica.

Consideramos que las limitaciones del presente estudio, están en el planteamiento de algunas interrogantes; por ejemplo, se pregunta por aspectos muy técnicos, como si la madre pudo detectar la “fiebre”, cuando sabemos que este síntoma requiere del uso del termómetro para su identificación. Sospechamos que no son muchas las madres en el país que usan correctamente el termómetro; sin embargo, podrían identificarlo con sólo colocar la mano sobre ciertas partes del cuerpo del niño. Ello podría ser sesgado pues podría tratarse de sólo una febrícula, o aumento de temperatura por exceso de abrigo y no necesariamente ser una fiebre como tal.

En otro ítem, se preguntan a las madres por el uso de “antibióticos” o medicamentos “para la tos”, cuando sabemos que muchos podrían confundir los nombres de los medicamentos, tergiversando el uso del principio activo. Estos aspectos podrían haber traído inexactitudes en las respuestas, aunado al sesgo del recuerdo que obligatoriamente debemos aceptar. Sin embargo, se considera que la gran mayoría de preguntas fueron fáciles de responder por parte de las madres encuestadas, además el personal encuestador estuvo capacitado por personal del INEI.

CONCLUSIONES

En EDAS:

- Las características clínicas más frecuentes fueron irritabilidad y sed. El promedio de deposiciones en el peor día de diarrea fue 5 veces.
- El manejo médico más frecuente fue sales de rehidratación oral y medicamentos anti motilidad intestinal.
- Las prácticas maternas incluyeron acudir a la farmacia privada a pedir ayuda como primera opción. No brindaron remedio casero para la diarrea; la mayoría no acudió al centro de salud pues pensó que “ya no era necesario” o porque ya “sabía qué darle en esos casos”, incrementaron la ingesta de líquidos y mantuvieron la misma cantidad ofrecida para comer.
- Los pacientes que no recibieron antibiótico, no tuvieron diarrea al momento del estudio.

En IRAS:

- Las características clínicas más frecuentes fueron tupidez nasal.
- El manejo médico más frecuente fue analgésicos/antiinflamatorios y antibióticos.
- Las prácticas maternas incluyeron acudir a la farmacia privada a pedir ayuda como primera opción e ir al centro de salud. No brindaron remedio casero para la fiebre o tos. Incrementaron la ingesta de líquidos y mantuvieron la misma cantidad de ingesta de alimentos, además la mayoría no acudió al centro de salud pues pensó que ya “sabía qué darle en esos casos”, o porque “ya no era necesario”.
- Los pacientes que no recibieron antibiótico, no tuvieron fiebre ni tos al momento del estudio.

RECOMENDACIONES

- Información, Educación y Comunicación dirigidas a los padres de familia, niñeras y familiares cercanos para prevención y conocimiento de signos de alarma para IRAS y EDAS en los niños de 5 años a menos.
- Capacitar al personal de salud en el manejo terapéutico óptimo de los niños con IRAS y EDAS.
- Orientar a los padres de familia y/o cuidadores del menor de edad, a reconocer los signos y síntomas de IRAS y EDAS que requieran atención inmediata.
- Incentivar y orientar a la comunidad en una cultura que evite la automedicación y el uso indiscriminado de antibióticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomez R, Cruz J, Hernandez O, Reyes M. Infecciones respiratorias agudas tratadas en la comunidad. AMC Vol 7 n7. Camagüey ene-feb 2003. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000100010
2. Ramos V. Características de los alumnos con automedicación en las facultades de medicina humana de la Universidad Pedro Ruiz Gallo y Universidad San Martín de Porres Filial Norte. Tesis de pregrado. 2017. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2563>
3. Gallardo Lizarazo M. Conductas, actitudes y prácticas de la madre o cuidador en el manejo de la enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. Rev. Cienc. Ciudad 2015; 12(2): 39-56. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/508/520>
4. Cervantes I, Bosch M, Armero G. Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. Rev cubana enferme 2001; 17(1) 56-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v17n1/enf10101.pdf>
5. Alarco J, Aguirre-Cuadros E, Alvarez-Andrade E. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Rev Clin Med Fam vol 6 n°1. Albacete feb 2013. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2013000100005&script=sci_arttext&tlng=en
6. Chávez L. Prácticas y el resultado en el manejo inicial de la diarrea aguda en niños menores de 5 años por madres peruanas. Análisis ENDES 2013. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4043/Chavez_cl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. UNICEF. Pneumonia: The forgotten killer of children. Geneva, The United Nations Children's Fund (UNICEF) / World Health Organization (WHO), 2006. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9280640489/en/
8. OMS. Influenza (seasonal) Factsheet. Geneva, World Health Organization, 2016. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs211/en/>
9. Ministerio de Salud Perú. Boletín Epidemiológico del Perú 2019. Volumen 28 – SE 52. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>
10. Gerencia Regional de Salud Lambayeque. Oficina de Epidemiología. Boletín Epidemiológico. SE 38. 2019. Ministerio de salud
11. OMS. Enfermedades diarreicas [Internet]. World Health Organization. [citado 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/diarrhoeal-disease>
12. Olivera R. Nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte 2015. Tesis de pregrado. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/460/Olivera_r.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Lagarza A, Ojendiz M, Perez L, Juanico G. Nivel de conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas en medres de niños menores de cinco años en una unidad de medicina familiar. Aten. Fam. 2019;26(1):13-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.1.67711>
14. Malo S, Bjerrum L, Feja C, Lallana M, Poncel A, Rabanaque M. Prescripción antibiótica en infecciones respiratorias agudas en atención primaria. Anales de pediatría. Vol 82, Issue 6, June 2015, Pages 412 – 416. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403314003993>

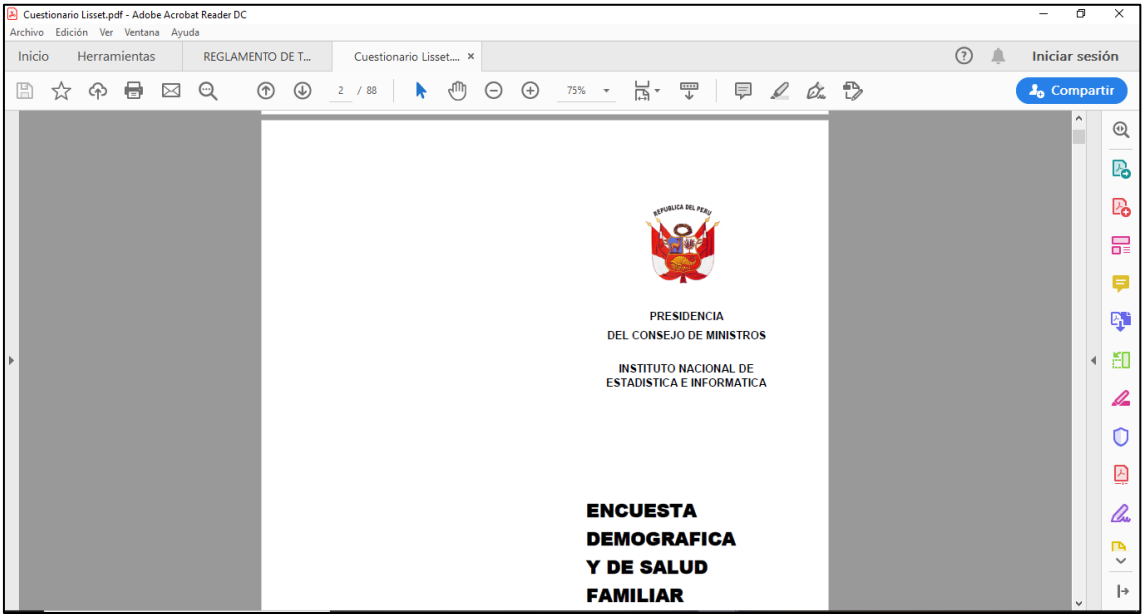
15. Ministerio de salud Perú. Atención Integrada a las Enfermedades prevalentes de la infancia con enfoque de derechos. Manual de lectura. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1818.pdf>
16. Beraun Villa, Valdez L. Diarrea del viajero. Rev Med Hered v.24 n.1 Lima ene 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2013000100010&script=sci_arttext
17. Efunshile A, Ezeanosike O, Nwangwu C, König B, Jokelainen P, Robertson L. Apparent overuse of antibiotics in the management of watery diarrhoea in children in Abakaliki, Nigeria. BMC Infectious Diseases (2019) 19:275. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30898105>
18. Ahmad A, Umair M, Malik S, Mohanta G, Parimalakrishnan S, Patel I, Dhingra S. Prescription patterns and appropriateness of antibiotics in the management of cough/cold and diarrhea in a rural tertiary care teaching hospital. J Pharm Bioallied Sci. 2016 Oct-Dec; 8(4): 335-340. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5314834/>
19. World Health Organization (WHO). The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. 4th revision. 2005. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43209/9241593180.pdf?sequence=1>
20. World Health Organization (WHO). Antibiotic resistance. WHO factsheets. Disponible en: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>.
21. Gwimile J, Abdallah S, Nsokolo G, Kisanga E. Antibiotic prescribing practice in management of cough and/or diarrhoea in Moshi Municipality, Northern Tanzania: cross-sectional descriptive study. Pan African Medical Journal. 2012; 12:103. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489386/pdf/PAMJ-12-103.pdf>
22. OMS. NEUMONÍA. [Internet]; 2016 [citado 19 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>
23. OMS – OPS. Infecciones respiratorias agudas. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2014/PDF/iras.pdf>
24. MINSA Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Episodios de IRAS. Perú 2013-2018 [citado 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2018/SE07/iras.pdf>
25. Radio Programas del Perú. Más de 38 mil casos de IRAS en lo va del año en Lambayeque. [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/lambayeque/mas-de-36-mil-casos-de-iras-en-lo-va-del-ano-en-lambayeque-noticia-1130092>
26. UNICEF. Informe Anual 2017. [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Informe_Anual_2017_ES.pdf
27. MINSA Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Número de episodios de diarreas agudas, Perú 2013 a 2018. [citado 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2018/SE30/edas.pdf>
28. Chirapo L. Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas en la prevención de IRAs en madres de niños menores de 5 años P.S. Viñani 2012. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2420/49_2013_chirapo_ariza_ca_lm_facs_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. MINSA Perú. Con amor y cuidado vencemos la Neumonía. [Internet]. Lima: Minsa. 2016. [citado 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2B5JHNw>

30. Macedo, M. Mateos, S. Infecciones Respiratorias. Temas de Bacteriología y Virología Médica. 2014.
31. Sánchez D, Villar S. Infecciones respiratorias agudas. En: Temas de Medicina General Integral. 3ª. ed. La Habana: Jama; 2001.
32. Brunner J, Suddarth. Enfermería médico quirúrgica. McGrawHill/Interamericana Editores. 10ª Edición. 2005.
33. Amancio O. y cols. Manual de infecciones del aparato respiratorio. 1ª ed. México D.F: IDISA; 2014.
34. UNICEF. United Nations International Children's Emergency Fund. Una oportunidad para cada niño. [En línea]. New York: UNICEF; 2016. [citado 3 de diciembre de 2018]. Disponible en <http://uni.cf/2zjSZml>
35. Valero N. y cols. (2009). Viral etiology of acute respiratory infections. RevMed UV. 2009; 50(3), 359-368.
36. Manual de Enfermería. Lexus Editores. Diplomados Universitarios en Enfermería. Colombia, 2005.
37. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en salud Pública de infecciones respiratorias agudas. [documento en línea]. Colombia; 2016. [citado 3 de diciembre de 2018]. URL disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/subdireccionvigilancia/sivigila/protocolos%20sivigila/pro%20infeccion%20respiratoria%20aguda%20ira.pdf>
38. Román E. y cols. Diarrea Aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. [citado 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf
39. OMS. Enfermedades diarreicas. 2017. [citado 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease?fbclid=IwAR0UokRvWzCmeR2P_DifQ0wa30ucS7eB8yq5SuPpcPsrkm1yoliTPZBrGHI
40. Kliegman. R. Nelson - Tratado de Pediatría. 20ma Edición. Volumen 1. España. 2016
41. Kotloff K. y cols. Burden and aetiology of diarrhoeal disease in infants and young children in developing countries (the Global Enteric Multicenter Study, GEMS): a prospective, case-control study. USA. 2013. [citado 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23680352>
42. Dávila M. Curso clínico de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia con enfoque de derechos: Manual de lectura / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Cuarta Edición. Lima, 2007. [citado 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1818.pdf>
43. Alvarez C. y cols. Aplicación de la Interculturalidad, en el cuidado de la Salud de niños con Infecciones Respiratorias y Enfermedades Diarreicas Agudas (IRA y EDA) que acuden al Centro de Salud de Chiquintad, Cuenca-Ecuador 2016. [citado 30 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/26077/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
44. Galdámez B. y cols. Automedicación y Medicina Tradicional en menores de 10 años que consultan por IRAS y Diarreas en UCSF Las Vueltas, San Francisco Menéndez y Tres Caminos, Marzo – Agosto. El Salvador, 2017. [citado 30 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16760/1/TESIS.pdf>
45. Carrión Z. Conocimiento y Práctica de las Madres de Niños Menores de un año sobre las Infecciones Respiratorias Agudas en el Módulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Chimbote, Perú, 2016. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3725/CONOCIMIENTO IRA CARRION ZEGARRA LENY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

46. Cano A, Casares I, Rodríguez J, Pérez I, Blanco A. Prescripción de fármacos anticatarrales de uso sistémico a niños de 0-13 años. Un problema no resuelto. *Anales de Pediatría*. Vol 78, Issue 1, Jan 2013, pages 43-50. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403312001877>
47. Parreño S, Villacrés A. Causas de prescripción inadecuada de antibióticos en diarreas en el Hospital Vozandes del Oriente 2010 – 2011. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Repositorio de Tesis de Grado y Posgrado. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10821>
48. Díaz D, Melgar E. Prescripción de antibióticos en diarrea aguda en pacientes de 2 meses a 5 años en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia San Rafael Cedros, Marzo-Agosto 2015. Universidad de El Salvador. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/15539/>
49. Hernández I, Sánchez N, Reyes U, Reyes U, Ballesteros Julio, Reyes D, Reyes K. Prescripción de antieméticos y antiespasmódicos en los niños con diarrea aguda. *Rev Mex Pediatr* 2013; 80(6): 223-226. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/6f14/07a99eae9627a139e0b720848f520807c758.pdf>
50. Calderón E, Changllo J, Vicente P, Chambilla G. Incidencia en infecciones respiratorias agudas y prescripción de medicamentos en niños menores de cinco años que acudan al puesto de salud Las Begonias, noviembre 2012 – diciembre 2013. Disponible en: revistas.unjbg.edu.pe/index.php/cyd/article/view/427/421
51. Ecker L, Ochoa T, Vargas M, Del Valle L, Ruiz J. Preferencias de uso de antibióticos en niños menores de cinco años por médicos de centros de salud de primer nivel en zonas periurbanas de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n2/a04v30n2.pdf>
52. Ecker L, Ruiz J, Vargas M, Del Valle L, Ochoa T. Prevalencia de compra sin receta y recomendación de antibióticos para niños menores de 5 años en farmacias privadas de zonas periurbanas en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):215-23. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2016.v33n2/215-223/es>
53. Puerto-Carranza E, Osona B, Figuerola J. Tratamiento sintomático de las infecciones respiratorias agudas de vías superiores ¿lo estamos haciendo bien? Vol 80 Num 1. Pag:66-67 (enero 2014). Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-tratamiento-sintomatico-las-infecciones-respiratorias-articulo-S169540331300163X>

ANEXOS

INTERFAZ DE ENCUESTA ENDES 2018 - INEI



INTERFAZ ENCUESTA ENDES 2018 – INEI

Cuestionario Liset.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas REGLAMENTO DE T... Cuestionario Liset... x

2 / 88 75% Compartir

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR

	(PÁGE A 471)	(PÁGE A 471)	(PÁGE A 471)
470 ¿Por qué no usó (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre o tos?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS... 14 NO HAY MEDICINAS... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR... 16 NO LO CONSIDERO NECESARIO/ SINTOMAS NO PESAN GRAVES... 17	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS... 14 NO HAY MEDICINAS... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR... 16 NO LO CONSIDERO NECESARIO/ SINTOMAS NO PESAN GRAVES... 17	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD... 11 ESTAB. QUEDA MUY LEJOS... 12 NO CONFÍA EN PERSONAL... 13 PERSONAL DA MALOS TRATOS... 14 NO HAY MEDICINAS... 15 NO TENÍA CON QUE PAGAR... 16 NO LO CONSIDERO NECESARIO/ SINTOMAS NO PESAN GRAVES... 17
470A ¿Por qué no buscó (NOMBRE) un consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre o tos?	NO TENÍA TIEMPO... 18 FALTO DEL NIÑO NO QUISO... 19 OTRO... 20 (ESPECIFIQUE)... 21	NO TENÍA TIEMPO... 18 FALTO DEL NIÑO NO QUISO... 19 OTRO... 20 (ESPECIFIQUE)... 21	NO TENÍA TIEMPO... 18 FALTO DEL NIÑO NO QUISO... 19 OTRO... 20 (ESPECIFIQUE)... 21
471 ¿Está (NOMBRE) aún con fiebre o tos?	FIEBRE... 1 TOS... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS... 3 NINGUNO... 4 NO SABE... 5	FIEBRE... 1 TOS... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS... 3 NINGUNO... 4 NO SABE... 5	FIEBRE... 1 TOS... 2 AMBOS FIEBRE Y TOS... 3 NINGUNO... 4 NO SABE... 5
471A ¿Durante la enfermedad, tomó algún medicamento u otro remedio?	SI... 1 NO... 2 NO SABE... 3 (PÁGE A 472)	SI... 1 NO... 2 NO SABE... 3 (PÁGE A 472)	SI... 1 NO... 2 NO SABE... 3 (PÁGE A 472)
471B ¿Qué le dieron para tratar la fiebre o la tos?	ANTIHISTAMINICO... A ANTIBIOTICOS... B ANTIMALARIOS... C JABASE PARA LA TOS... D ANALGESICO/ANTIINFLAMATORIO... E REMEDIOS CASEROS... F OTRO... G (ESPECIFIQUE)... H NO SABE... I (PÁGE A 472)	ANTIHISTAMINICO... A ANTIBIOTICOS... B ANTIMALARIOS... C JABASE PARA LA TOS... D ANALGESICO/ANTIINFLAMATORIO... E REMEDIOS CASEROS... F OTRO... G (ESPECIFIQUE)... H NO SABE... I (PÁGE A 472)	ANTIHISTAMINICO... A ANTIBIOTICOS... B ANTIMALARIOS... C JABASE PARA LA TOS... D ANALGESICO/ANTIINFLAMATORIO... E REMEDIOS CASEROS... F OTRO... G (ESPECIFIQUE)... H NO SABE... I (PÁGE A 472)

36

SALIDA DEL SPSS 24: VISTA DE VARIABLES

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
79	H15G	Numérico	1	0	Le dieron pastill...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
80	H15H	Numérico	1	0	No le dieron ant...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
81	H15I	Numérico	1	0	Le dieron inyec...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
82	H15J	Numérico	1	0	Le dieron agua ...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
83	H15K	Numérico	1	0	Le dieron CS	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
84	H15L	Numérico	1	0	Le dieron CS	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
85	H15M	Numérico	1	0	Le dieron CS	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
86	H20	Numérico	1	0	Le dieron otro tr...	{0, No}...	9	5	Derecha	Nominal	Entrada
87	H21A	Numérico	1	0	No le dieron tra...	{0, No, Reci...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
88	H21	Numérico	1	0	Recibió algún tr...	{0, No}...	9	5	Derecha	Nominal	Entrada
89	H22	Numérico	1	0	Tuvo fiebre en l...	{0, No}...	9	5	Derecha	Nominal	Entrada
90	H31	Numérico	1	0	Tuvo tos en las ...	{0, No}...	9	5	Derecha	Nominal	Entrada
91	H31B	Numérico	1	0	Respiraciones ...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
92	H31C	Numérico	1	0	Problema en pe...	{1, Solo pec...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
93	H31D	Numérico	1	0	Tuvo fiebre, tos ...	{0, Nada de ...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
94	H31E	Numérico	1	0	Tuvo fiebre, tos ...	{0, Detuvo l...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
95	H32A	Numérico	1	0	Fiebre, tos: hos...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
96	H32B	Numérico	1	0	Fiebre, tos: pos...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
97	H32C	Numérico	1	0	Fiebre, tos: pos...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
98	H32D	Numérico	1	0	Fiebre, tos: clin...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
99	H32E	Numérico	1	0	Fiebre, tos: tra...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
100	H32F	Numérico	1	0	Fiebre, tos: hos...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
101	H32G	Numérico	1	0	Fiebre, tos: hos...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
102	H32H	Numérico	1	0	Fiebre, tos: cen...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada

SALIDA DEL SPSS 24: TABLAS BIVARIADAS EN SPSS, USANDO CHI CUADRADO

Tabla cruzada Le dieron remedio casero, medicamento de hierbas

hospital MINSA

		Diarrea: hospital MINSA		Total
		No	Si	
Le dieron remedio casero, medicamento de hierbas	No	Recuento 1778	73	1851
		% dentro de Diarrea: hospital MINSA 72,6%	90,1%	73,1%
	Si	Recuento 670	7	677
		% dentro de Diarrea: hospital MINSA 27,3%	8,6%	26,7%
	No sabe	Recuento 2	1	3
		% dentro de Diarrea: hospital MINSA 0,1%	1,2%	0,1%
Total		Recuento 2450	81	2531
		% dentro de Diarrea: hospital MINSA 100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	22,352 ^a	2	,000	,003		
Razón de verosimilitud	20,116	2	,000	,000		
Prueba exacta de Fisher	21,393			,000		
Asociación lineal por lineal	2,643 ^b	1	,104	,118	,048	,022
N de casos válidos	2531					

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR ENDES – 2018			
PROCESO RESPIRATORIO AGUDO			
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:			
En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido fiebre?	Si No No sabe		
En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido tos?	Si No No sabe		
Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y agitadas?	Si No No sabe		
¿La respiración rápida o difícil era por un problema en el pecho o porque tenía la nariz tupidada?	Sólo pecho Sólo nariz Ambos No sabe		
MANEJO MÉDICO:			
¿Durante la enfermedad, tomó algún medicamento u otro remedio?	Si No No sabe		
¿Qué le dieron para tratar la fiebre o la tos?	Antibióticos	Si No	
	Antihistamínicos	Si No	
	Pastillas/Jarabe para la tos	Si No	
	Analgésico/Antiinflamatorio	Si No	
¿Algo más?			
PRACTICAS MATERNAS:			
¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la fiebre o tos, más bebidas o menos bebidas?	Mucho menos Algo menos La misma cantidad Más bebidas Nada de beber No sabe		
¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la fiebre o tos, le dio más o le dio menos comida?	Mucho menos Algo menos La misma cantidad Más comidas Nada de comer No sabe		

¿Dónde buscó usted consejo o tratamiento?	Hospital MINSA	
	Hospital ESSALUD	
	Hospital FFAA PNP	
	CS MINSA	
	PS MINSA	
	Posta ESSALUD	
	Hospital / clínica privada	
	Médico privado	
¿En algún otro sitio?	Farmacia privada	
	Botiquín popular	
	Práctica tradicional	
	Amigo / pariente	
	Trabajador comunitario	
¿Cuántos días después que empezó la fiebre o la tos buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)?	El mismo día	
	1 día	
	2 días	
	3 días	
	De 4 a 22 días	
¿Por qué no acudió (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre y tos?	No existe en la localidad Establecimiento queda muy lejos No confía en personal Personal da malos tratos No hay medicinas No tenía con que pagar	
¿Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con fiebre y tos?	No lo consideró necesario/ Síntomas no eran graves Ya sabe que darle en estos casos No tenía tiempo Padre del niño no quiso Otro	
¿Durante la enfermedad, tomó algún medicamento u otro remedio?	Remedios caseros	Si
		No
	Analgésicos/Antiinflamatorios	Si
		No
¿Está (NOMBRE) aún con fiebre o tos?	Con antibiótico	No fiebre ni tos
	Sin Antibiótico	Aún fiebre Aún tos Fiebre y tos No sabe

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA		
CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS:		
En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido diarrea?	Si No No sabe	
¿Durante la diarrea (NOMBRE) tuvo alguno de estos síntomas o dolencias?:	Sangre en las deposiciones Irritable Sediento Llanto sin lágrimas Piel seca	Si No No sabe
En el peor día de la diarrea, ¿cuántas deposiciones (caquita) tuvo (NOMBRE)?	Nro. De deposiciones No sabe	
MANEJO MÉDICO:		
¿Le dió a (NOMBRE)?: A. ¿Un líquido preparado de un sobre especial llamado Sales de Rehidratación Oral/ Bolsa Salvadora)? B. ¿Frutiflex, Pedialyte u otro similar? C. ¿Una preparación hecha en casa con un litro de agua, ocho cucharaditas de azúcar y una de sal?	Si No No sabe	
¿Qué (más) le dieron a (NOMBRE) para tratar la diarrea?	Pastillas Zinc Jarabe Zinc Antibiótico Suero intravenoso Jarabe para la diarrea Remedios caseros Otro	
PRÁCTICAS MATERNAS:		
¿Dónde buscó consejo o tratamiento?	Hospital MINSA	
	Hospital ESSALUD	
	Hospital FFAA PNP	
	CS MINSA	
	PS MINSA	
	Posta ESSALUD	
	Hospital / clínica privada	
	Médico privado	

¿En algún otro sitio?	Farmacia privada	
	Botiquín popular	
	Práctica tradicional	
	Amigo / pariente	
	Trabajador comunitario	
¿Cuántos días después que empezó la diarrea buscó consejo o tratamiento para (NOMBRE)?	El mismo día	
	1 día	
	2 días	
	3 días	
	De 4 a 14 días	
¿Por qué no acudió (en primer lugar) a un establecimiento de salud, cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	No existe en la localidad Establecimiento queda muy lejos No confía en personal Personal da malos tratos No hay medicinas No tenía con que pagar	
¿Por qué no buscó consejo o tratamiento cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con diarrea?	No lo consideró necesario/ Síntomas no eran graves Ya sabe que darle en estos casos No tenía tiempo Padre del niño no quiso Otro	
¿Le dió usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la diarrea, más bebidas o menos bebidas?	Mucho menos Algo menos La misma cantidad Más bebidas Nada de beber No sabe	
¿Le dió Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la diarrea, le dió más o le dió menos comida?	Mucho menos Algo menos La misma cantidad Más comidas Nada de comer No sabe	
¿Está (NOMBRE) aún con diarrea?	Con antibiótico	No diarrea
	Sin antibiótico	Aún diarrea
	No sabe	No sabe
¿Le dió algo (más) a (NOMBRE) para tratar la diarrea?	Sin anti motilidad	Sin sangre en heces Con sangre en heces
	Con anti motilidad	
	No sabe	