# UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

## ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

**TESIS:**

# Estudio de utilización de medicamentos para enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud 2026

Para optar el título profesional de:
**QUÍMICO FARMACÉUTICO**

PRESENTADO POR:
**Bach. Jhedy Luisa MARQUINA ESCOBAR**

ASESORA:
**Dra. Nancy Victoria CASTILLA TORRES**

**AYACUCHO - PERÚ**

**2026**

A Dios, por dirigir mi camino y darme la fuerza para lograr este objetivo.

A mis padres (Sonia y Alfredo), por todo su cariño, esfuerzo y respaldo sin condiciones a lo largo de cada fase de mi desarrollo profesional.

A Gryce mi hermana, por su amor, apoyo incondicional, constante motivación y por acompañarme en cada paso de este camino.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por brindarme una formación académica integral y por constituirse en un espacio fundamental para mi crecimiento profesional.

A los docentes de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, quienes contribuyeron a mi formación profesional mediante sus conocimientos y enseñanzas.

A mi asesora, Dra. Nancy Victoria Castilla Torres, mi especial reconocimiento y gratitud por su asesoramiento incondicional, por la confianza, la paciencia y las valiosas aportaciones en el marco del desarrollo de la presente investigación.

A los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud que participaron voluntariamente en el estudio, por su colaboración y disposición para la recolección de información.

## ÍNDICE GENERAL


| | Página |
|---|---|
| CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO II. DESARROLLO DE LA PERSPECTIVA TEÓRICA | 7 |
| 2.1 Marco Referencial | 7 |
| 2.1.1 Antecedentes Internacionales | 7 |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales | 10 |
| 2.1.3 Antecedentes Locales | 13 |
| 2.2 Marco Teórico | 15 |
| 2.2.1 Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM) | 15 |
| 2.2.2 Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) | 25 |
| 2.3 Marco Conceptual | 34 |
| 2.4 Marco Ético y Legal | 37 |
| 2.4.1 Marco Ético | 37 |
| 2.4.2 Marco Legal | 38 |
| CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS | 39 |
| 3.1 Alcance de Investigación | 39 |
| 3.2 Diseño de Investigación | 39 |
| 3.3 Unidad de Análisis | 39 |
| 3.4 Población de Estudio | 39 |
| 3.5 Muestra | 39 |
| 3.5.1 Tipo de Muestreo | 39 |
| 3.5.2 Tamaño de Muestra | 39 |
| 3.6 Criterios de Selección | 41 |
| 3.6.1 Criterios de Inclusión | 41 |
| 3.6.2 Criterios de Exclusión | 41 |
| 3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 42 |
| 3.7.1 Técnicas de Recolección de Datos | 42 |
| 3.7.2 Instrumentos de Recolección de Datos | 42 |
| 3.7.4 Procedimiento Para la Recopilación de los Datos | 43 |
| 3.8 Análisis de Datos | 44 |
| 3.9 Consideraciones Éticas | 44 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS | 45 |
| CAPÍTULO V. DISCUSIÓN | 57 |

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES 69
CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES 71
BIBLIOGRAFÍA 73
ANEXOS 85

# ÍNDICE DE TABLAS

**Página**


Tabla 1 Clasificación de los estudios de utilización de medicamentos 16

Tabla 2 Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) de medicamentos en niveles 21

Tabla 3 Vías de administración utilizadas en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas 23

Tabla 4 Enfermedades respiratorias agudas según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11) 28

Tabla 5 Enfermedades respiratorias agudas y manifestaciones clínicas 29

Tabla 6 Vías de transmisión de las enfermedades respiratorias agudas 30

Tabla 7 Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) de los medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas 31

Tabla 8 Distribución del tamaño de muestra por estratos 41

Tabla 9 Interpretación del Coeficiente V de Aiken 42

Tabla 10 Interpretación del coeficiente alfa de Cronbach 43

Tabla 11 Características sociodemográficas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026 45

Tabla 12 Patrones clínicos de las enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026 46

Tabla 13 Tipo de medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026 47

Tabla 14 Esquema posológico de los antibióticos utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026. 48

Tabla 15 Esquema posológico de antivirales utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026 49

Tabla 16 Esquema posológico de corticosteroides utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026 50

Tabla 17 Esquema posológico de broncodilatadores utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026 51

Tabla 18 Esquema posológico de antitusígenos utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026 52

Tabla 19 Esquema posológico de mucolítico/expectorantes utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026 53

Tabla 20 Esquema posológico de antihistamínicos utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026 54

Tabla 21 Características de utilización de medicamentos en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026 55

## ÍNDICE DE ANEXOS

**Página**


**Anexo 1** Matriz de operacionalización de variables 87

**Anexo 2** Matriz de consistencia 89

**Anexo 3** Consentimiento informado 91

**Anexo 4** Cuestionario estructurado 92

**Anexo 5** Fichas de validación del instrumento de recolección de datos mediante juicio de expertos y resultado del coeficiente V de Aiken para la validez de contenido del instrumento de recolección de datos 94

**Anexo 6** Confiabilidad del instrumento titulado "Encuesta sobre utilización de medicamentos en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud con enfermedades respiratorias agudas" 98

**Anexo 7** Registro fotográfico durante aplicación del instrumento en estudiantes de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2026 100

**Anexo 8** Registro fotográfico durante aplicación del instrumento en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2026 101

**Anexo 9** Registro fotográfico durante aplicación del instrumento en estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2026 102

**Anexo 10** Registro fotográfico durante aplicación del instrumento en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2026 103

## RESUMEN

Las enfermedades respiratorias agudas (ERA) constituyen un problema frecuente de salud y su tratamiento puede involucrar el uso de diversos medicamentos, particularmente en contextos de automedicación y empleo de antibióticos sin diagnóstico médico. El propósito de la investigación fue analizar la utilización de medicamentos en el tratamiento de ERA en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud durante el año 2026. La investigación fue de tipo básica, con enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y diseño no experimental, transversal y observacional. Se aplicó un cuestionario estructurado y autoadministrado a 222 estudiantes de las cuatro Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud. Los resultados evidenciaron predominio del sexo femenino (66,7 %), edad de 24 a 25 años (37,8 %) y de estudiantes de procedencia urbana (56,3 %). Entre las ERA, el resfriado común presentó mayor frecuencia (42,8 %), seguido de la gripe (34,2 %). La duración predominante de la sintomatología fue de 3 a 7 días (65,3 %) y el 80 % de los casos no contó con diagnóstico médico. La automedicación fue reportada con mayor frecuencia en Farmacia y Bioquímica (14,4 %) y Obstetricia (14 %); los medicamentos más utilizados fueron cetirizina (38,3 %), dexametasona (34,2 %), amoxicilina (29,3 %), loratadina (18,5 %) y amoxicilina/ácido clavulánico (18,5 %). Se concluye que el tratamiento de las ERA estuvo orientado principalmente al control sintomático; la automedicación y el uso de antibióticos evidencian la necesidad de fortalecer el uso racional de medicamentos.



***Palabras clave:*** ERA, EUM, estudiantes, automedicación

## ABSTRACT

Acute respiratory diseases (ARDs) constitute a frequent health problem, and their treatment may involve the use of various medications, particularly in contexts of self-medication and antibiotic use without medical diagnosis. The purpose of this study was to analyze the use of medications in the treatment of ARDs among students of the Faculty of Health Sciences during 2026. The research was basic in type, with a quantitative approach, descriptive scope, and a non-experimental, cross-sectional, observational design. A structured, self-administered questionnaire was administered to 222 students from the four Professional Schools of the Faculty of Health Sciences. The results showed a predominance of female students (66.7%), students aged 24 to 25 years (37.8%), and students from urban areas (56.3%). Among the ARDs, the common cold had the highest frequency (42.8%), followed by influenza (34.2%). The predominant duration of symptoms was 3 to 7 days (65.3%), and 80% of cases had no medical diagnosis. Self-medication was reported most frequently in Pharmacy and Biochemistry (14.4%) and Obstetrics (14 %); the most commonly used medications were cetirizine (38.3%), dexamethasone (34.2%), amoxicillin (29.3%), loratadine (18.5%) and amoxicillin/clavulanic acid (18.5%). It is concluded that the treatment of ARDs was primarily oriented toward symptomatic management; self-medication and antibiotic use highlight the need to strengthen rational medication use.



***Keywords:*** respiratory tract diseases, drug utilization, students, self medication

# CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias agudas (ERA) constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a su elevada frecuencia, transmisibilidad y potencial de generar complicaciones. Comprenden un conjunto de afecciones que comprometen el tracto respiratorio superior e inferior, entre ellas la faringitis, bronquitis, laringitis, neumonía e influenza. Se caracterizan generalmente por un inicio agudo y una duración relativamente corta; sin embargo, representan una importante carga para los sistemas de salud debido a la morbilidad asociada y al riesgo de complicaciones. Actualmente, diversos virus respiratorios, como los virus de la influenza, el virus respiratorio sincitial (VRS) y el SARS-CoV-2, mantienen una circulación concomitante en diferentes regiones del mundo, contribuyendo a la persistencia de esta problemática sanitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la influenza estacional ocasiona alrededor de mil millones de casos anuales, de los cuales entre tres y cinco millones corresponden a casos graves, además de cientos de miles de defunciones cada año (OMS, 2024b). Esta situación evidencia la magnitud de las ERA y su impacto sobre la atención sanitaria, el ausentismo y la demanda de medicamentos en la población. Asimismo, la OPS en la región americana ha señalado un comportamiento dinámico de los virus respiratorios, donde hay incrementos periódicos en la infección por enfermedades respiratorias agudas, la coexistencia de muchos agentes etiológicos, lo que aumenta la complejidad del manejo clínico y farmacológico (OPS & OMS, 2024).

En el Perú, la situación epidemiológica evidencia una elevada frecuencia de ERA; se han reportado 585739 episodios, con una razón de 2392,81 casos por cada 10 000 habitantes y una tendencia creciente en diversas regiones, entre ellas Ayacucho (Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades (CNEPCE) & Ministerio de Salud (MINSA), 2025). En Ayacucho se han registrado más de 14000 episodios en los reportes epidemiológicos, de los cuales más del 90 % corresponden a ERA no complicadas, principalmente de las vías respiratorias

superiores, mientras que las neumonías representan menos del 10 %, aunque concentran los casos de mayor gravedad. Asimismo, se observa un incremento de estos episodios durante los periodos de bajas temperaturas, alcanzando determinados niveles de alarma y epidemia según el canal endémico (CNEPCE & MINSA, 2025).

En este contexto, la utilización de medicamentos adquiere especial importancia, debido a que el tratamiento de las ERA puede involucrar diversos grupos farmacológicos. Los estudios de utilización de medicamentos (EUM) permiten analizar los patrones de prescripción, dispensación y consumo de medicamentos, así como sus implicancias clínicas, sociales y económicas. Asimismo, constituyen una herramienta para identificar prácticas relacionadas con la automedicación y el uso inadecuado de antibióticos y para generar información que contribuya al diseño de estrategias orientadas a promover el uso racional de medicamentos.

Los estudiantes universitarios constituyen una población de interés para el estudio de la utilización de medicamentos, particularmente aquellos que se encuentran en proceso de formación en ciencias de la salud. Durante su formación académica pueden estar expuestos a contextos clínicos y a diversas exigencias académicas (estrés, el volumen de lecturas, exámenes, etc) que pueden relacionarse con la aparición de problemas de salud (Gállego-Royo et al. 2023). En este sentido, resulta pertinente caracterizar la utilización de medicamentos para las ERA en esta población, considerando que las prácticas relacionadas con el tratamiento farmacológico pueden tener implicancias en su salud y en su formación profesional.

Particularmente, los estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga (UNSCH) constituyen un grupo de interés debido a su futura participación en actividades relacionadas con la atención sanitaria. La utilización inadecuada de medicamentos puede asociarse con riesgos como reacciones adversas, interacciones farmacológicas y resistencia a los antimicrobianos, por lo que resulta pertinente conocer las características de su utilización en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

En este sentido, emerge la siguiente pregunta de investigación general: ¿Cómo es la utilización de medicamentos en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga durante el semestre 2026-I? Asimismo, se busca responder a interrogantes específicas como ¿Cuáles son las características sociodemográficas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH que hayan presentado enfermedades respiratorias agudas?; ¿Qué patrones clínicos

presentan las enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH?; ¿Cuál es el esquema posológico en el tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas por clasificación farmacológica empleado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH?; ¿Qué características de utilización de medicamentos se observan en el manejo de las enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH?.

Desde una perspectiva teórica, la investigación se justifica en la necesidad de generar evidencia sobre el comportamiento farmacológico en estudiantes universitarios, un grupo poco explorado en la literatura científica nacional. De este modo, contribuye al fortalecimiento del conocimiento en torno al uso de medicamentos en enfermedades respiratorias agudas, así como en el campo de la educación farmacológica y la epidemiología universitaria, debido a que busca aportar evidencia sobre la utilización de medicamentos para el tratamiento de ERA en estudiantes universitarios; por lo que, los resultados permitirán ampliar el conocimiento sobre los medicamentos utilizados, las prácticas de automedicación y las características relacionadas con su utilización en esta población. Asimismo, la información obtenida podrá contribuir al fortalecimiento del conocimiento en el campo de la utilización racional de medicamentos, la educación farmacológica y la salud universitaria y servir como referencia para futuras investigaciones en contextos similares.

Desde un enfoque práctico, los resultados permitirán orientar el desarrollo de intervenciones educativas y preventivas dirigidas a los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, promoviendo el uso racional de medicamentos y contribuyendo a reducir prácticas de automedicación. Asimismo, la información obtenida permite identificar diferencias en la utilización de medicamentos según ciclo académico y Escuela Profesional, lo que podrá servir de base para plantear intervenciones diferenciadas de acuerdo con las características y necesidades de los estudiantes.

Desde el punto de vista metodológico, la presente investigación propone una aproximación cuantitativa con la finalidad de caracterizar la práctica del uso de los medicamentos de acuerdo con los diferentes tipos de variables educativas, lo que también se constituye en un eje innovador respecto al diseño de investigaciones universitarias, en concreto, en la carrera de Farmacia y Bioquímica. Por otra parte, la operacionalización de la medición de las variables podrá contribuir a la elaboración de instrumentos válidos y replicables en otros tipos de organizaciones educativas. La

investigación es viable desde el punto de vista logístico, institucional y ético, dado que la universidad cuenta con una población accesible que permitió obtener una muestra representativa.

Desde el ámbito social, el estudio se centra en una problemática que afecta a la salud de los alumnos, que puede repercutir en su rendimiento académico y en la seguridad de las personas con las que interactúan durante su formación profesional. La exposición a contextos clínicos y las exigencias académicas pueden favorecer la aparición de ERA y afectar la calidad de vida y el proceso formativo. En este sentido, los resultados permitirán generar información sobre la utilización de medicamentos y las prácticas de automedicación en estudiantes, contribuyendo al fortalecimiento de acciones educativas orientadas a promover el uso racional de medicamentos y prácticas responsables de cuidado de la salud.

Para finalizar, hacer mención que también desde el enfoque económico las repercusiones del uso indebido de medicamentos son múltiples tanto para el sistema de salud como para los propios estudiantes. El uso inadecuado de fármacos puede generar complicaciones en el estado de salud que incrementen los costos directos e indirectos de la atención sanitaria; asimismo, aspectos como la resistencia a los antimicrobianos pueden incrementar la carga económica de los sistemas sanitarios. En este sentido, el estudio posibilitará el acceso a la información contextualizada sobre la utilización de medicamentos en el tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas, que contribuirá al fortalecimiento de la docencia y al desarrollo de acciones y políticas institucionales orientadas al uso racional de medicamentos, favoreciendo la protección de la salud pública y la sostenibilidad de los tratamientos farmacológicos.

En concordancia con lo planteado, el objetivo general de la investigación es:

- Analizar la utilización de medicamentos en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

Como objetivos específicos se planteó:

- Describir las características sociodemográficas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

- Determinar los patrones clínicos de las enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- Describir el esquema posológico del tratamiento de enfermedades respiratorias agudas por clasificación farmacológica, empleado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- Identificar las características de utilización de los medicamentos en las enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

# CAPÍTULO II. DESARROLLO DE LA PERSPECTIVA TEÓRICA

## 2.1 Marco Referencial

El marco referencial se estructura a partir de antecedentes internacionales, nacionales y locales relacionados con la utilización de medicamentos y las ERA. Estos estudios permiten contextualizar los patrones de utilización de medicamentos y las prácticas de automedicación en población estudiantil, aportando sustento para la presente investigación.

### *2.1.1 Antecedentes Internacionales*

Cortaza et al. (2023), en su estudio titulado "Factores de riesgo asociados a enfermedades respiratorias agudas en el personal del hospital", realizado en el Hospital Universitario de Guayaquil, Ecuador, tuvieron el propósito de identificar los aspectos clínicos y sociodemográficos anexados a la probabilidad de padecer ERA en trabajadores del sector sanitario. La investigación se ejecutó en 2023 bajo un diseño transversal, incluyendo a 748 profesionales de salud y mediante análisis estadísticos establecieron un nexo significativo entre la presencia de ERA con variables como el índice de masa corporal (IMC), la edad y el porcentaje total de grasa corporal, destacando el IMC como principal predictor. Los resultados evidenciaron que tanto los indicadores clínicos como los elementos sociodemográficos influyen en el desarrollo de estas patologías. El estudio concluyó que es necesario incorporar el perfil individual en las estrategias de prevención y atención para mejorar el abordaje de las ERA en contextos hospitalarios. Por lo tanto, este estudio aporta evidencia en la importancia de considerar las características sociodemográficas y clínicas en el estudio de las ERA, aspectos que serán considerados en la caracterización de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

En este sentido, Guamanquispe Cuenca (2023) realizó un estudio sobre "Uso racional de medicamentos analgésicos antiinflamatorios no esteroides en adolescentes de la Unidad Educativa Ambato", cuyo objetivo fue analizar el uso adecuado de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). La investigación se ejecutó bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo, explicativo, aplicando una encuesta estructurada

a 256 estudiantes, considerando factores como la edad, el género, el grado de sapiencia, la duración del tratamiento y los efectos secundarios. Los resultados indicaron que el paracetamol fue el AINE más utilizado con una prevalencia del 36,8 %, mientras que el ketorolaco presentó el menor uso con apenas el 1 %; además, se identificaron interacciones frecuentes con antibióticos y problemas relacionados con medicamentos (PRM), resaltando fallos en la administración e inadecuado, en cuanto a dosis, frecuencia y duración del tratamiento. El estudio concluyó que no existe un uso racional de AINEs en esta población, recomendando fortalecer la educación farmacológica y realizar capacitaciones periódicas. La investigación proporciona evidencia sobre los patrones de utilización de medicamentos y las prácticas de uso inadecuado en población estudiantil, aspectos que orientan el análisis de la utilización de medicamentos para el tratamiento de las ERA en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Asimismo, Alvear et al. (2022) realizaron un estudio sobre "Prescripción de antibióticos en infecciones respiratorias agudas no neumónicas en consulta externa privada", con el objetivo de analizar la prescripción de antibióticos en ERA no neumónicas en clínicas privadas, excluyendo a pacientes con enfermedades crónicas o inmunosupresión. La investigación se ejecutó en mayo de 2018 bajo un diseño retrospectivo, analizando 38 072 historias clínicas de adultos, en las que se encontró que el 54 % recibió al menos un antibiótico, siendo la bronquitis aguda, sinusitis aguda y amigdalitis aguda los diagnósticos más frecuentes. Los antibióticos más prescritos fueron azitromicina, amoxicilina y amoxicilina con ácido clavulánico, mientras que el consumo de levofloxacino alcanzó el 12,5 %. El estudio concluyó que existe una tendencia elevada en la prescripción de antibióticos en contextos ambulatorios privados, lo que sugiere la urgencia de poner en marcha estrategias de supervisión para fomentar el uso racional de dichos fármacos. Considerando lo anterior señalado, el estudio proporciona evidencia sobre la utilización de antibióticos en el tratamiento de las ERA y orienta a la identificación de los principales antibióticos empleados por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

De igual manera, Elmahi et al. (2022) realizaron el estudio sobre "*Percepción y práctica de la automedicación con antibióticos entre estudiantes de medicina en universidades sudanesas: un estudio transversal*". La metodología utilizada correspondió a un estudio cuantitativo, descriptivo, institucional y transversal entre noviembre de 2020 y mayo de 2021, cuya población, estuvo conformada por 12 350 estudiantes de Medicina pertenecientes a ocho universidades; en relación con la

muestra, participaron 1110 estudiantes seleccionados mediante muestreo por conglomerados multietápico. Para la recolección de datos utilizaron una encuesta y emplearon un cuestionario cerrado, validado y probado de 38 preguntas distribuidas en características sociodemográficas, conocimiento, actitud, práctica y almacenamiento. Los hallazgos evidenciaron que el 60,8 % había utilizado antibióticos sin prescripción durante los doce meses previos; las infecciones respiratorias altas fueron la principal condición tratada (38,1 %), seguidas de tos (30,4 %) y resfriado común (26,2 %). Azitromicina fue el antibiótico más utilizado (29,9 %) y las farmacias comunitarias constituyeron la fuente principal. En conclusión, la automedicación antibiótica fue elevada y requería mayor control en estudiantes de medicina. El estudio revisado contribuye la identificación de medicamentos, síntomas respiratorios, fuente de adquisición, almacenamiento y uso sin prescripción como dimensiones potenciales.

En esta misma línea, Kifle et al. (2021) realizaron el estudio titulado "*Práctica de automedicación y factores asociados en estudiantes de Ciencias de la Salud privadas en la ciudad de Gondar, noroeste de Etiopía*". Metodológicamente desarrollaron un estudio cuantitativo, descriptivo y analítico, con diseño transversal, donde la población fueron estudiantes de Farmacia, Enfermería Clínica y Laboratorio de tres instituciones privadas de educación sanitaria; y la muestra, inicialmente se estimó 372 participantes, pero se amplió a 600 para aumentar la potencia, de los cuales respondieron 554. Para la recolección de datos emplearon entrevistas cara a cara y utilizaron un cuestionario estructurado, elaborado mediante revisión bibliográfica y dividido en características sociodemográficas, frecuencia y duración de la automedicación, fuente de medicamentos, razones e indicaciones. Los resultados mostraron que 78,2 % había practicado automedicación; 26,79 % reportó resfriado común, tos u otros síntomas respiratorios como condiciones relacionadas con esta práctica, mientras que la farmacia fue la principal fuente de obtención (69,7 %). Asimismo, la accesibilidad a farmacias, estudiar Farmacia o Enfermería y determinados niveles de ingreso se asociaron con la práctica. En conclusión, la automedicación fue frecuente entre estudiantes de ciencias de la salud reflejando que la inclusión de síntomas respiratorios, grupo académico, frecuencia, duración, fueron motivos de utilización de medicamentos. Por ello, la investigación proporciona evidencia sobre la automedicación y su relación con síntomas respiratorios en estudiantes de ciencias de la salud, constituyendo un referente para analizar la utilización de medicamentos en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por su parte, Lin et al. (2020) realizaron un estudio sobre "*Decisiones sobre el uso de antibióticos para las infecciones del tracto respiratorio superior en toda China: una encuesta transversal a gran escala entre estudiantes universitarios*". En cuanto a la metodología, desarrollaron un estudio cuantitativo, observacional, transversal, mediante encuesta, cuya población, estuvo constituida por estudiantes universitarios de seis regiones de China; en relación con la muestra, participaron 2834 estudiantes que habían presentado síntomas de infección respiratoria alta durante el mes previo, seleccionados mediante muestreo aleatorio por conglomerados. Para la recolección de datos emplearon un cuestionario autoadministrado, diseñado con revisión bibliográfica, entrevistas y evaluación piloto, aplicado mediante plataforma electrónica y WeChat. Los resultados demostraron que 947 estudiantes (33,4 %) reportaron haber utilizado antibióticos y 48,8 % de estos los obtuvo sin prescripción, principalmente mediante farmacias y medicamentos sobrantes. Asimismo, la facilidad de acceso, las percepciones erróneas sobre la eficacia antibiótica y la presencia de fiebre se asociaron con mayor utilización. En conclusión, las concepciones inadecuadas y el acceso no regulado favorecieron el uso inapropiado de los fármacos. Considerando lo anteriormente señalado, se evidencia el uso de antibióticos y su obtención sin prescripción ante síntomas respiratorios en estudiantes universitarios, constituyendo un referente para analizar la utilización de antibióticos en el tratamiento de las ERA en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### *2.1.2 Antecedentes Nacionales*

En el ámbito nacional, Llacua León y Ataipoma Casallo (2025), realizaron un estudio sobre "Intervención de la atención farmacéutica y efecto en el nivel de conocimiento para la prevención de infecciones respiratorias agudas", desarrollada en Huancavelica, cuyo propósito fue analizar el efecto de la atención farmacéutica en el conocimiento para prevenir ERA repetitivas en pacientes de un centro sanitario. La investigación se ejecutó en 2025 bajo un diseño pretest-postest con un único grupo, integrado por 47 participantes seleccionados de manera no probabilística e intencionada, cuyos hijos presentaban episodios recurrentes de ERA; se aplicó una encuesta estructurada validada. La intervención consistió en seguimiento farmacoterapéutico y educación sanitaria sobre causas, efectos secundarios y estrategias preventivas. Los resultados evidenciaron un aumento significativo en el conocimiento tras la intervención, destacando que el 77% comprendió el concepto de ERA, 80% adoptó prácticas preventivas y un 98% y 83% comprendieron los niveles de

prevención secundaria y terciaria, respectivamente. El estudio concluyó que la atención farmacéutica, mediante educación y seguimiento, constituye una herramienta eficaz para fortalecer la capacidad comunitaria en la prevención de ERA. Por lo tanto, el estudio evidencia la importancia de la educación sanitaria y la atención farmacéutica en la prevención de enfermedades respiratorias,

Por otra parte, Blas y Vivas (2025) realizaron el estudio sobre "Nivel de prevalencia y factores asociados al uso de medicamentos OTC en estudiantes de 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 162 San José Obrero del distrito de San Juan de Lurigancho, setiembre-octubre 2024", cuyo objetivo fue establecer el nexo entre el grado de prevalencia y los elementos asociados con el consumo de fármacos en la población escolar mencionada. La investigación es de naturaleza correlacional, básica, experimental y cuantitativa, la cual se ejecutó en 2024 y analizó los registros con pruebas descriptivas e inferenciales. Los resultados mostraron que el uso de medicamentos OTC tiene una prevalencia media (65,5 %). También se identificaron correlaciones positivas y significativas ($p < 0,05$) entre la prevalencia y los factores demográficos ($r = 0,391$), económicos ($r = 0,401$), personales ($r = 0,428$), conductuales ($r = 0,334$) y de salud ($r = 0,386$). En última instancia, se determinó que hay una correlación estadísticamente significativa entre el grado de prevalencia y los elementos relacionados con la utilización de medicamentos OTC en alumnos de secundaria. La investigación determina la prevalencia y los factores asociados con la utilización de medicamentos en población estudiantil, de este modo proporciona un referente para caracterizar el uso de medicamentos para ERA en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

En este sentido, Vásquez Pérez (2025) realizó el estudio sobre "Factores relacionados con la automedicación en estudiantes de medicina humana de una universidad pública, Chachapoyas, 2024", cuya finalidad fue examinar diversos aspectos vinculados con la ingesta de medicamentos en alumnos de Medicina Humana. La investigación de tipo correlacional, transversal y cuantitativa incluyó a 150 alumnos, a quienes se aplicó un cuestionario autoadministrado; el análisis se realizó con SPSS 29, usando chi-cuadrado y regresión de Poisson con varianza robusta. Se descubrió que el 83,33% de los alumnos se automedicaban y que el 61,60% lo hacía cada dos a cuatro meses. Los medicamentos más utilizados fueron los antigripales y analgésicos; la causa principal fue considerar los síntomas como habituales (56,8%). En conclusión, la automedicación tuvo una frecuencia elevada, pero que no se sostuvo nexo significativo

con la edad, la dependencia económica ni el año académico. En consecuencia, se evidencia la frecuencia de automedicación, los medicamentos utilizados y los motivos asociados en estudiantes de Medicina Humana, proporcionando un referente para analizar la utilización de medicamentos y las prácticas de automedicación frente a las ERA en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Asimismo, Ricse Jiménez (2024) desarrolló un estudio sobre "Factores relacionados con la automedicación en los estudiantes de primer a quinto semestre de la Facultad de Medicina Humana de la UNCP en el periodo de abril a agosto, Huancayo-Perú 2022", cuyo propósito fue analizar los factores anexados al consumo de fármacos en alumnos de Medicina Humana. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal que incluyó a 84 alumnos como muestra, quienes respondieron el cuestionario validado CAuM-ovr aplicado mediante Formularios de Google. Los hallazgos mostraron que la automedicación estuvo presente en el 95,2% de la muestra; los síntomas más comunes fueron: el resfrío común (38,1%), el dolor (28,6%) y la fiebre (19,0%). En cuanto a los fármacos que se utilizaron con mayor frecuencia están: paracetamol (83,3%), ibuprofeno (76,2%), amoxicilina (60,0%), antigripales (60,0%) y naproxeno (54,8%). Para concluir, la automedicación es una práctica muy común entre los estudiantes de medicina; el factor personal fue el más relevante, aunque no se encontró una relación significativa con los factores examinados. A partir de los hallazgos descritos, el estudio evidencia la frecuencia de automedicación, la presencia de síntomas respiratorios y la utilización de antibióticos y otros medicamentos en estudiantes de Medicina Humana, constituyendo un referente para analizar la utilización de medicamentos frente a las ERA en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por otro lado, Ballona Padilla y Sandoval Damián (2024), en una tesis titulada "Prevalencia de infecciones respiratorias bacterianas 2016-2020", desarrollada en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, Perú, cuyo propósito fue estimar la frecuencia de infecciones bacterianas respiratorias durante el periodo mencionado. La investigación se ejecutó en ese período bajo un enfoque descriptivo, retrospectivo, analizando 374 muestras clínicas procesadas mediante técnicas de observación y análisis con apoyo de herramientas informáticas, previa autorización institucional. Los resultados revelaron una prevalencia del 25,9% de infecciones respiratorias bacterianas, siendo los agentes más frecuentes *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*,

incluyendo cepas resistentes a la meticilina. La mayor parte de los casos ocurrió en hombres adultos mayores, principalmente provenientes de la Unidad de Cuidados Intensivos. El análisis llega a la conclusión de que las bacterias son el origen de una proporción importante de las infecciones respiratoria en un área de gran complejidad. Por tanto, este estudio evidencia la presencia de agentes bacterianos y cepas resistentes en infecciones respiratorias, aportando una base analítica para contextualizar la utilización de antibióticos en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas.

En este contexto, Westry Huertas (2023) realizó un estudio sobre *"*Uso de antibióticos en infecciones respiratorias en adultos jóvenes" desarrollada en el distrito de Breña, Lima", el cual tuvo como meta determinar la frecuencia con que los adultos jóvenes emplean antibióticos en caso de padecer infecciones respiratorias durante el mes de enero del año 2023. La investigación se ejecutó bajo un diseño descriptivo, transversal, aplicando un formulario virtual a 113 participantes entre 21 y 24 años. Los resultados indicaron que el 60,1 % se automedicó con antibióticos, siendo esta práctica más frecuente en mujeres, personas solteras y trabajadores del sector privado con ingresos superiores a 1025 soles mensuales. Los motivos fundamentales para automedicarse fueron la escasez de recursos económicos y las recomendaciones informales. Los antibióticos más utilizados fueron amoxicilina y azitromicina, ambos con una prevalencia de 45,5 %. El estudio determinó que en este grupo la automedicación ocurre con mucha frecuencia, lo que resalta la urgencia de establecer medidas educativas y regulatorias orientadas a promover un uso adecuado de los antibióticos. La investigación evidencia la utilización y automedicación con antibióticos ante ERA en adultos jóvenes, constituyendo un referente para analizar el uso de estos medicamentos en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### *2.1.3 Antecedentes Locales*

En el ámbito local, Ochoa Gutierrez (2024) realizó un estudio sobre "Actitudes y hábitos de uso de medicamentos de venta libre en establecimientos comerciales en la población adulta en el distrito de Ayacucho, 2024" cuyo objetivo fue examinar las costumbres y disposiciones de adultos con respecto al uso de medicamentos. El estudio fue descriptivo y se aplicó una encuesta a 379 jefes de familia. Se Halló que el 24 % de ellos compraba medicinas en tiendas o bodegas y el paracetamol era el fármaco más adquirido (29,6 %). El 51,6 % exhibió un alto nivel de conocimiento general, a pesar de que el conocimiento sobre medicamentos OTC y con prescripción fue intermedio (46,2 % y 45,1 %). Las principales fuentes de información fueron amigos y familiares,

influyendo en la selección y compra. El motivo más frecuente fue considerar los síntomas poco graves para acudir al médico. La mayoría no estuvo de acuerdo con la venta en establecimientos comerciales (69,2 %) y no recomendó su compra (76,9 %), señalando falta de conocimiento en dichos locales. Se concluyó que el uso de medicamentos OTC es poco frecuente y condicionado por información y recomendaciones externas. Por lo tanto, la investigación aporta un sustento local sobre los factores relacionados con la utilización de medicamentos en la población de Ayacucho.

De manera similar, Sánchez Acuña (2024) en su tesis titulada "Actitudes y hábitos de uso de medicamentos de venta libre en establecimientos comerciales en la población adulta en el Distrito de Carmen Alto, 2024" cuyo propósito fue analizar la correlación entre las costumbres y las actitudes relacionadas con el consumo de medicamentos en adultos del distrito mencionado. Se llevó a cabo un estudio de diseño transversal y descriptivo en 2024, con una muestra de 367 adultos elegidos. Los hallazgos revelaron que el 50,5 % mostró un alto nivel de sapiencia acerca de los fármacos de venta libre; sin embargo, el paracetamol fue el más utilizado (27,5 %), motivado principalmente por la demora en la atención hospitalaria (29,2%) y la facilidad de adquisición (58,7 %). En cuanto a las actitudes, la mayoría señaló como fuente de información a familiares o amigos y un alto porcentaje no aconsejaría comprar (81,7 %) o vender medicamentos sin receta (72,6 %) en comercios. Se concluyó que, pese al nivel de conocimiento elevado, persisten hábitos de uso de medicamentos con predominio de información proveniente de círculos no profesionales de salud. El estudio proporciona evidencia sobre los factores relacionados con el consumo de fármacos y las fuentes de información en una población adulta de Ayacucho, esto constituye una base comparativa útil para analizar la utilización de medicamentos en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por su parte, Orejón López y Silva Romani (2023) desarrollaron un estudio sobre "Factores relacionados con la prevalencia de la automedicación en los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería, UNSCH, en tiempos de COVID-19, Ayacucho, 2022" cuyo objetivo fue establecer los aspectos económicos, sociales y demográficos asociados a la frecuencia de automedicarse durante la pandemia. La investigación fue de enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, a nivel descriptivo-correlacional y con diseño transversal. Se utilizó una muestra de 120 alumnos del Colegio Profesional de Enfermería de la UNSCH, escogidos por conveniencia entre un

total de 445, utilizando encuesta y cuestionario validado por expertos. Los resultados mostraron una prevalencia de automedicación de 72,5 %; los antigripales fueron los fármacos más utilizados (55,0 %), la fiebre fue el síntoma principal (30,0 %) y el lugar de obtención más frecuente fueron las farmacias o boticas (41,7 %). Los autores concluyeron que la automedicación no se relacionó con factores demográficos ni económicos, pero sí con el factor social vinculado al lugar donde los estudiantes acudían para conseguir los medicamentos. A partir de lo expuesto, la evidencia local sobre la automedicación y los medicamentos usados en estudiantes de la UNSCH constituyen un referente para analizar la utilización de medicamentos frente a las ERA en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

## 2.2 Marco Teórico

### *2.2.1 Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM)*

#### 1. Definición

Los EUM también denominados en la literatura internacional *drug utilization research* (DUR), constituyen una línea de investigación de la farmacoepidemiología orientada a describir, analizar e interpretar los modelos de prescripción, dispensación, acceso y uso de medicamentos en individuos y poblaciones, así como sus determinantes y sus consecuencias clínicas, sociales y económicas (Rasmussen et al. 2022). Aunque la definición clásica propuesta por la Organizacion Mundial de la Salud (2023b) sigue siendo el punto de partida conceptual, la evidencia reciente enfatiza que los EUM no se limitan a cuantificar el consumo, sino que también permiten evaluar la calidad del uso de los medicamentos, detectar problemas de prescripción o utilización, estimar poblaciones expuestas y producir pruebas que sean útiles para promover el uso racional de medicamentos y tomar decisiones sanitarias. En el plano metodológico, la OMS mantiene al sistema en el que engloba la Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) y Dosis Diaria Definida (DDD), por lo que el ATC/DDD es un estándar internacional para la monitorización y comparación de la utilización de medicamentos entre diferentes contextos y países.

## 2. Clasificación de los Estudios de Utilización de Medicamentos

No existe un único criterio para su clasificación. De acuerdo a Aza Pascual-Salcedo et al. (2003), en términos generales, se fundamentan en los siguientes elementos:

**Tabla 1**

*Clasificación de los estudios de utilización de medicamentos*

| Categoría | Enfoque |
|---|---|
| Estudios de consumo | Miden la frecuencia y pautas de uso de medicinas en una localidad. |
| Estudios de prescripción-indicación/indicación-prescripción | Analizan la concordancia entre diagnóstico y tratamiento prescrito. |
| Estudios de pauta terapéutica | Describen dosis, duración y esquema de administración frente a estándares clínicos. |
| Estudios de factores condicionantes del uso | Exploran variables que influyen en el uso de medicamentos (paciente, profesional, sistema). |
| Estudios de las consecuencias prácticas de la utilización | Evalúan efectos clínicos, eventos adversos y costos derivados del uso farmacológico. |
| Estudios de intervención | Implementan estrategias para mejorar la prescripción y analizan su impacto. |

***Nota.*** Tomado de Aza Pascual-Salcedo et al. (2003)

## 3. Componentes de los Estudios de Utilización de Medicamentos

Los EUM constituyen una herramienta metodológica fundamental en farmacología clínica y salud pública, pues permiten analizar los modelos de prescripción, dispensación y uso de fármacos en poblaciones específicas. Dentro de sus componentes, destacan variables que reflejan tanto la racionalidad del acto médico como el acceso del paciente a los medicamentos.

- **Prescripción**

Corresponde a la acción realizada por un profesional sanitario facultado para recomendar el empleo de uno o más medicamentos para el diagnóstico, tratamiento o prevención de una enfermedad clínica concreta. Este proceso implica la selección del fármaco adecuado, la determinación de la dosis, la frecuencia, el tiempo que dura el tratamiento y la forma en que se administra dependen de las particularidades del paciente y del estado clínico (MINSA, 2005).

Desde un enfoque operativo, la prescripción puede evaluarse mediante la verificación de elementos concretos como el registro del diagnóstico, la exactitud del medicamento prescrito en términos de principio activo, la dosificación en unidades farmacológicas (mg o UI), la frecuencia diaria de administración y el número total de

días de tratamiento indicados (MINSA, 2005). De igual manera permite observar el grado de adherencia del prescriptor a las guías de práctica clínica que es fundamental para analizar la calidad de la asistencia farmacoterapéutica proporcionada al paciente y la racionalidad en el empleo de medicamentos.

La prescripción puede ser categorizada conforme a su modalidad, nivel de control y adecuación clínica. Las tipologías principales son las siguientes:

- **Prescripción racional**

Se fundamenta en la valoración clínica del paciente y en la selección del medicamento más adecuado según evidencia científica, guías de práctica clínica y criterios de eficacia, seguridad, calidad y costo. Incluye una definición correcta de diagnóstico, dosis, frecuencia y duración del tratamiento (Ofori-Asenso & Agyeman, 2016).

- **Prescripción empírica**

Se realiza a partir de la experiencia clínica del profesional y de la sintomatología del paciente, sin confirmación etiológica completa. Es frecuente en infecciones o cuadros agudos donde se inicia tratamiento antes de contar con resultados de laboratorio (De la Rosa Negrón, 2024).

- **Prescripción sintomática**

Orientada al alivio de signos y síntomas específicos sin abordar necesariamente la causa de la enfermedad. Se utiliza en procesos leves o autolimitados, como dolor, fiebre o inflamación (MINSA, 2011).

- **Prescripción preventiva**

Su propósito es prevenir el surgimiento de enfermedades o complicaciones. Incluye el uso de vacunas, profilaxis antibiótica o medicamentos en pacientes con factores de riesgo específicos (Windpessl et al. 2023).

- **Prescripción inadecuada o irracional**

Se presenta cuando no existe justificación clínica clara, se emplean dosis incorrectas, medicamentos no indicados, o se incumplen guías terapéuticas, generando riesgo de reacciones adversas, resistencia farmacológica o aumento de costos (Ofori-Asenso & Agyeman, 2016).

- **Prescripción por protocolo**

Se realiza siguiendo esquemas estandarizados establecidos por instituciones de salud, lo que permite uniformizar tratamientos para patologías específicas y reducir la variabilidad clínica (Ofori-Asenso & Agyeman, 2016).

**b. Adquisición**

La adquisición de fármacos es un procedimiento que se puede observar en dos sentidos, bien desde la vertiente de la gestión del sistema de salud, bien desde el acceso del usuario. En el primer caso, involucra la programación, la compra y provisión de equipos médicos y productos farmacéuticos para garantizar que estén disponibles en los centros de salud (Troya-Terranova, 2026). En el segundo, hace referencia a la adquisición de medicamentos de la población a través de farmacias y boticas autorizadas para su dispensación y expendio de acuerdo a la regulación sanitaria (Troya-Terranova, 2026). Estas dos variables aportan información básica para el diagnóstico de usos de medicamentos en una población los cuales permiten identificar usos racionales e irracionales y la posibilidad de formular políticas de mejora en el acceso y la seguridad farmacológica. Por ello, se toma en cuenta para la medición si es farmacia hospitalaria o privada; receta física o digital; concordancia receta–entrega; stock disponible en farmacia; cambio por genérico o equivalente terapéutico, entre otros.

**c. Consumo**

La utilización de un fármaco describe el uso que el paciente alegue, a partir del momento en que se acuerde y se dispense el medicamento dentro del sistema de salud. Constituyendo este también uno de los factores importantes dentro del ciclo de utilización de los fármacos, pues el consumo exhibe la actuación real del usuario frente al tratamiento indicado y hace presente la posibilidad de acceso, continuismo y utilización adecuada de los medicamentos en condiciones reales de práctica clínica o comunitaria (Rivas Riveros et al. 2018).

El consumo se entiende como la cantidad total de medicamentos consumidos por, o administrados a, el paciente, la frecuencia de uso, el grado de adherencia al esquema del tratamiento y la duración real del tratamiento, de la que se conoce el máximo tiempo de uso prescrito. Asimismo, el consumo puede medirse mediante indicadores cuantitativos como el número de unidades consumidos, cumplimiento de horario, la dosis diaria consumida y los estudios de mayor amplitud mediante la DDD,

que estandariza y permite comparar el consumo entre distintas poblaciones o distintos periodos de tiempo; cálculo de dosis diaria definida por 1000 habitantes/día (si aplica) (Rivas Riveros et al. 2018).

Adicionalmente, determinar la posible asociación de estas variaciones a condiciones como la disponibilidad del fármaco, el nivel de información del paciente, accesibilidad económica o mejoría clínica. En términos de consumo, puede ser considerado como un indicador indirecto de la adhesión al tratamiento y de calidad del proceso de atención farmacológica ya que incorpora la evidencia necesaria para tomar decisiones en el campo de la gestión farmacéutica y la salud pública.

**d. Automedicación**

Consumo de fármacos sin indicación médica, fundamentado en experiencias previas, recomendaciones informales de familiares o amigos e incluso la adquisición sin receta en farmacias: si puede ser útil en situaciones de baja intensidad, puede dar lugar al mismo tiempo a acontecimientos adversos, interacciones con otros medicamentos y complicaciones clínicas (MINSA, 2023).

La automedicación se evalúa tomando en cuenta la frecuencia con la cual el usuario recurre a medicamentos no sujetos a receta médica, el tipo de fármacos empleados, los trastornos o síntomas que hacen que el usuario recurra a ellos y las fuentes de recomendación que emplea (familiares, farmacéuticos, internet y/u otras fuentes no clínicas), lo cual permite detectar el uso como el resultado de una decisión informada o como un uso que se basa en la experiencia anterior o en la concepción personal de la enfermedad (Lifshitz et al. 2020).

Del mismo modo, representa un fenómeno de interés en la salud pública dada la variedad de posibles implicaciones que conlleva, de las cuales, las más destacadas son: la utilización inadecuada de medicamentos, la posibilidad de reacciones adversas, la posibilidad de realizar un enmascaramiento de enfermedades y, por último, el aumento de la aparición de resistencia a los antimicrobianos, esencialmente en el caso de antibióticos, entre otras.

**e. Adherencia al tratamiento**

La adherencia al tratamiento es uno de los elementos más relevantes en el proceso de uso de medicamentos y puede ser descrita como el nivel en que la conducta del paciente coincide con las sugerencias acordadas con el profesional médico sobre la administración de medicamentos. Este concepto significa no sólo la correcta toma de medicamentos, sino también la cumplimentación de la dosis prescrita, la frecuencia de

la administración y la duración completa del tratamiento establecido, lo que tiene mucha importancia para la eficacia terapéutica (Pagès-Puigdemont et al. 2018).

La adherencia puede estudiarse siguiendo la adherencia al tratamiento farmacológico que se prescribe, la continuidad del tratamiento, la tasa de omisiones de dosis y la culminación del tiempo farmacológico indicado. Así mismo, la adherencia puede dividirse en adherencia alta, adherencia media o baja, dependiendo del grado de coincidencia entre lo prescrito y lo realizado por el paciente, utilizando escalas validadas como la de Morisky o instrumentos de medida similares; registro de abandono; número de dosis olvidadas por semana; días completos de tratamiento; clasificación alta/media/baja adherencia (Pagès-Puigdemont et al. 2018).

Una correcta adherencia favorecerá el éxito terapéutico, la disminución de complicaciones y la reducción de recaídas o resistencia farmacológica. Situación contraria acontece en los pacientes que, por su mala adherencia, pueden experimentar un resultado ineficaz de su tratamiento, aumento de los costos médicos y un incremento en su carga de enfermedad. Este comportamiento queda determinado por numerosas y variadas condiciones como son el grado en que se encuentra informado sobre su enfermedad el paciente, la dificultad del régimen terapéutico, la facilidad en la obtención de la medicación en relación con la misma y la experiencia subjetiva que tiene el paciente acerca de su mejora clínica.

**f. Uso racional de medicamentos**

El uso racional del medicamento es un principio clave tanto en la atención sanitaria como en la gestión del medicamento, que afirma que los pacientes deben recibir los medicamentos adecuados a sus necesidades clínicas, en el correcto tipo y cantidad, en el tiempo adecuado y al menor coste para el paciente y la sociedad, de manera que suponga un uso racional del medicamento. Este principio contempla que la selección, prescripción, dispensación y uso de los medicamentos se realicen con criterios científicos, clínicos y de eficiencia, para obtener el mejor resultado terapéutico con el menor riesgo de efectos adversos (OPS, 2022).

La evaluación se lleva a cabo mediante la adecuación del fármaco al diagnóstico clínico, la correcta elección del principio activo, la correcta dosificación y frecuencia de administración, así como la duración adecuada del tratamiento; también se tiene en cuenta la ausencia de la polifarmacia innecesaria, la evitación de interacciones farmacológicas inadecuadas y el cumplimiento de guías clínicas o de protocolos terapéuticos previamente establecidos; factores que determinan si la terapia

farmacológica utilizada responde a criterios de calidad, seguridad y efectividad (OPS, 2022).

El uso excesivo o inadecuado de medicamentos está asociado a tratamientos poco eficaces, aumento de costos, complicaciones clínicas y de la calidad asistencial. Su análisis es necesario para revisar la calidad del sistema de prescripción y fomentar prácticas seguras y eficaces de prescripción de medicamentos.

## 4. Parámetros de Medida de los Estudios de Utilización de Medicamentos

El análisis del uso de medicamentos requiere herramientas estandarizadas que permitan comparar patrones terapéuticos entre poblaciones, instituciones y contextos clínicos. La OMS ha desarrollado el sistema ATC referida a la Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) ampliamente utilizado en estudios de utilización de medicamentos (EUM), vigilancia farmacológica y evaluación de políticas sanitarias (OMS, 2023).

### a. Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) de los medicamentos

Es un sistema de categorización global impulsado por la OMS que clasifica a los medicamentos en función del órgano o el sistema que afectan, además de sus características químicas, farmacológicas y terapéuticas (OMS, 2023a). Por ello, cada medicamento recibe un código alfanumérico que refleja su ubicación en cinco niveles jerárquicos:

**Tabla 2**

*Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) de medicamentos en niveles*

| Nivel | Denominación | Descripción |
|---|---|---|
| Primer nivel | Grupo anatómico principal | Clasifica la medicina de acuerdo con el órgano o sistema en el que tiene efecto. |
| Segundo nivel | Subgrupo terapéutico principal | Agrupa los medicamentos según su finalidad terapéutica principal. |
| Tercer nivel | Subgrupo farmacológico | Clasifica según el mecanismo o acción farmacológica. |
| Cuarto nivel | Subgrupo químico, farmacológico o terapéutico | Ofrece una subdivisión más específica dentro del grupo farmacológico. |
| Quinto nivel | Sustancia química | Identifica el principio activo específico. |

La OMS lo reconoce como el estándar internacional para examinar y supervisar la administración de medicamentos y este sistema es uno de los elementos

fundamentales del método ATC/DDD. La clasificación ATC organiza las sustancias activas en cinco niveles jerárquicos, lo que permite describir y comparar el consumo de medicamentos entre distintas poblaciones, instituciones y países (OMS, 2023a).

Las modificaciones se justifican principalmente cuando se evidencia un cambio en el uso terapéutico predominante de una sustancia o cuando es necesario incluir nuevos principios activos en grupos existentes. Toda modificación en la codificación ATC conlleva, además, una revisión correspondiente de la DDD.

**b. Esquemas Posológicos**

Es el grupo de procedimientos que establece la dosis, frecuencia y duración del tratamiento asociado a un medicamento para poder conseguir el efecto terapéutico esperado (Zabalegui Yárnoz & Lombraña Mencia, 2019). En el caso de las ERA la determinación de dicha posología depende del tipo de fármaco utilizado, de la severidad del cuadro clínico y de las características del paciente, siendo fundamental para el aseguramiento del efecto terapéutico, la reducción de reacciones adversas y la prevención de la resistencia antimicrobiana. Desde un punto de vista de farmacología clínica, la posología estipula los principios de la farmacocinética y la farmacodinámica, incluyendo también las variaciones individuales del paciente tales como edad, peso, comorbilidades, función orgánica, etc., con el objetivo de conseguir el óptimo equilibrio entre seguridad y efectividad terapéutica (Lista & Sirimaturos, 2021). En el caso de la OMS, por ejemplo, se advierte que el uso inadecuado de antimicrobianos constituye un factor principal del establecimiento de resistencia bacteriana, lo que pone también de manifiesto la importancia de la correcta dosificación en este tipo de patologías.

**c. Componentes de la Posología**

Los principales elementos constitutivos de la posología incluyen:

- **Dosis administrada**

Es la dosis de principio activo que se proporciona en cada ingesta. Se expresa comúnmente en miligramos (mg), gramos (g) o mililitros (mL), según la forma farmacéutica. La dosificación debe ajustarse al peso, edad y condición clínica del paciente (MINSA, 2005).

- **Frecuencia de administración**

Indica el número de veces que se administra el medicamento en un día. En el tratamiento de ERA, las frecuencias más comunes son cada 4, 6, 8 o 12 horas, así como

una vez al día. Este parámetro está relacionado con la vida media del fármaco y su mecanismo de acción (Katzung & Vanderah, 2021; MINSA, 2005).

- **Duración del tratamiento**

Se refiere al número total de días en que se administra el medicamento. En enfermedades respiratorias agudas, la duración suele oscilar entre 3 y 10 días, dependiendo del agente etiológico y la evolución clínica (Grant & Saux, 2021).

- **Vías de administración**

Es procedimiento o trayecto por el cual un fármaco es introducido en el organismo, con el propósito de permitir su absorción, distribución y acción terapéutica, pudiendo clasificarse en vías enterales, parenterales, tópicas, inhalatorias, transdérmicas, entre otras, según el lugar y mecanismo de ingreso del medicamento (Katzung & Vanderah, 2021).

**d. Vías de Administración Según Forma de Presentación**

En la Tabla 3 se muestra la vía elegida la cual afecta la velocidad de absorción, la biodisponibilidad y la comodidad del paciente (Katzung & Vanderah, 2021).

**Tabla 3**

*Vías de administración utilizadas en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas*

| Vía de administración | Medicamentos para ERA | Consideraciones clínicas |
|---|---|---|
| Oral | Antibióticos, antitusígenos, antihistamínicos | Frecuente en atención ambulatoria. Fácil de usar. Con variabilidad en la absorción gastrointestinal. |
| Inhalatoria | Broncodilatadores, corticosteroides | Indicada en cuadros obstructivos. Permite acción local con menor efecto sistémico. Incluye inhaladores presurizados y nebulizadores. |
| Parenteral | Antibióticos, corticosteroides (en casos graves) | Absorción rápida y directa. Útil en urgencias, pacientes con dificultad para la vía oral o cuando el fármaco se inactiva en el tracto digestivo. Se emplea por vía intravenosa o intramuscular. |
| Tópica nasal | Descongestionantes, antihistamínicos (ej. oximetazolina) | Indicada para aliviar congestión nasal. Actúa localmente sobre la mucosa nasal. |

***Nota.*** Adaptado de MINSA & Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) (2023); OMS, (2002); Katzung & Vanderah (2021)

### e. Formas Farmacéuticas Según su Presentación

Las formas farmacéuticas también denominadas formas de dosificación, corresponden a la manera en que un medicamento se presenta para su administración, por ejemplo, tableta, cápsula, solución oral, polvo para reconstitución, aerosol para inhalación o solución inyectable (European Medicines Agency (EMA), 2022); el diseño no solo facilita la dosificación y la administración, sino que también condiciona la estabilidad del producto, la aceptabilidad por parte del paciente y el logro del efecto terapéutico (U.S. Food and Drug Administration (FDA), 2022). En el tratamiento de las ERA, la selección de la forma farmacéutica debe considerar la edad del paciente, su capacidad de deglución, la vía de administración más adecuada y si se busca un efecto sistémico o una acción local sobre el aparato respiratorio:

- **Tabletas y cápsulas**

Son formas sólidas de dosificación oral, apropiadas para administración sistemática y cómoda del medicamento.

- **Jarabes y soluciones**

Son formas líquidas, facilitando la administración en pacientes pediátricos o con dificultades para tragar sólidos.

- **Inyectables**

Incluyen formulaciones para administración subcutánea, intramuscular o intravenosa, utilizadas en casos de urgencia o cuando se requiere una acción rápida y eficaz.

- **Polvo o sobres**

Presentan una dosis medida para disolverse en agua u otro líquido, comúnmente usada en medicamentos pediátricos o para facilitar la ingestión.

- **Inhaladores**

Formas farmacéuticas que permiten la administración directa al aparato respiratorio, fundamental para broncodilatadores, corticosteroides y otros medicamentos respiratorios, optimizando la concentración local y reduciendo efectos secundarios.

- **Gotas**

Útiles para administración local en mucosas oculares y en algunas aplicaciones nasales.

### *2.2.2 Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA)*

**1. Definición**

También denominadas infecciones respiratorias agudas (IRA), comprenden un conjunto de procesos infecciosos que afectan el tracto respiratorio superior e inferior, las cuales son ocasionadas principalmente por virus y, en menor proporción, por bacterias; por lo general, se presentan de forma súbita y tienen una duración corta, aproximadamente de hasta 15 días en la mayoría de los casos (MINSA, 2025b). Las gotas respiratorias que se expelen al hablar, estornudar o toser son el principal medio de transmisión. Aunque con frecuencia son autolimitadas, pueden evolucionar hacia complicaciones como neumonía, insuficiencia respiratoria y hospitalización, en particular en infantes, personas de edad avanzada y enfermos crónicos (Petat et al. 2025).

**2. Etiología de las Enfermedades Respiratorias Agudas**

Se refiere a las causas y agentes responsables de su aparición, siendo fundamental para orientar el diagnóstico, tratamiento y prevención. En el caso de las ERA, la etiología se centra principalmente en microorganismos como virus y bacterias, que inciden en las vías respiratorias superiores e inferiores (OMS, 2020a).

**a. Resfriado común (Rinofaringitis aguda)**

Es una infección frecuente de las vías respiratorias superiores que compromete principalmente la mucosa nasal y faríngea; su etiología es predominantemente viral, destacando los rinovirus y los coronavirus estacionales. Generalmente presenta una evolución autolimitada y puede manifestarse mediante congestión nasal, rinorrea, estornudos, dolor de garganta y tos; debido a su origen principalmente viral, el tratamiento suele orientarse al alivio de los síntomas (OPS, 2003).

**b. Gripe (Influenza)**

Es una enfermedad respiratoria aguda causada principalmente por los virus de la influenza A y B, cuyos síntomas puede ser fiebre, cefalea, mialgias, malestar general, tos y dolor de garganta; a diferencia del resfriado común, suele presentar un inicio más brusco y manifestaciones sistémicas más intensas. La identificación adecuada del cuadro es importante para diferenciarlo de otras infecciones respiratorias y valorar, cuando corresponda, el uso de antivirales (OPS, 2003).

**c. Faringitis aguda**

Consiste en la inflamación de la mucosa de la faringe y puede tener origen viral o bacteriano, entre los agentes señalados se encuentran los adenovirus y *Streptococcus*

*pyogenes*, este último de importancia por ser una de las principales causas bacterianas de faringitis. Clínicamente puede manifestarse mediante dolor de garganta, dificultad para deglutir, fiebre y malestar general. La diferenciación entre etiología viral y bacteriana resulta relevante para evitar el uso innecesario de antibióticos (OPS, 2003).

**d. Amigdalitis aguda**

Corresponde a la inflamación aguda de las amígdalas y puede estar ocasionada por *Streptococcus pyogenes* o por agentes virales, entre ellos el virus de Epstein-Barr. Puede presentarse con dolor de garganta, fiebre, dificultad para deglutir y aumento de volumen de las amígdalas; debido a que puede presentar etiologías diferentes, la elección del tratamiento debe considerar las características clínicas (OPS, 2003).

**e. Sinusitis aguda**

Es un proceso inflamatorio que afecta los senos paranasales y puede aparecer posteriormente a una infección respiratoria, entre los principales agentes bacterianos asociados se encuentran *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Dentro de las manifestaciones pueden incluir congestión nasal, secreción nasal, dolor o presión facial y cefalea. La diferenciación entre cuadros virales y bacterianos es importante para determinar la necesidad de tratamiento antimicrobiano (OPS, 2003).

**f. Otitis media aguda**

Es una infección o inflamación del oído medio que puede presentarse como complicación de infecciones de las vías respiratorias superiores. Entre los agentes asociados se encuentra *Streptococcus pneumoniae*, además de agentes virales como el virus respiratorio sincitial. Los síntomas involucran otalgia, fiebre, irritabilidad y alteraciones auditivas transitorias. Su tratamiento depende de la edad, gravedad y características clínicas del paciente (OPS, 2003).

**g. Bronquitis aguda**

Es una inflamación de los bronquios que generalmente presenta etiología viral, asociándose con agentes como el virus respiratorio sincitial, influenza y parainfluenza. La tos constituye una de sus manifestaciones principales y puede acompañarse de producción de secreciones, malestar general y síntomas respiratorios; debido a su frecuente origen viral, el empleo rutinario de antibióticos no constituye necesariamente una conducta adecuada (OPS, 2003).

**h. Laringitis aguda**

Es un proceso inflamatorio que compromete principalmente la laringe y puede afectar la producción normal de la voz, entre los principales agentes etiológicos se

encuentran los virus parainfluenza y rinovirus. Además, puede manifestarse mediante disfonía, ronquera, tos y molestias en la garganta. Al igual que otras infecciones respiratorias de origen viral, generalmente requiere un manejo orientado al control de los síntomas (OPS, 2003).

**i. Neumonía**

Es una infección que compromete el tejido pulmonar y puede ser causada por diversos microorganismos tales como *Streptococcus pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae*, además de agentes virales como el virus respiratorio sincitial y los coronavirus. A diferencia de las infecciones respiratorias superiores, la neumonía puede presentar mayor gravedad y comprometer la función respiratoria, por lo que requiere una valoración clínica adecuada para establecer el tratamiento correspondiente (OPS & OMS, 2024).

## 3. Clasificación de las Enfermedades Respiratorias Agudas

Según Calle et al. (2019), desde la perspectiva clínica y anatómica, las ERA se clasifican en dos grandes grupos. El primero corresponde a las enfermedades respiratorias agudas altas (ERA-A), que afectan estructuras como la faringe, laringe, cavidades nasales y senos paranasales. Incluyen cuadros clínicos como resfriado común, faringitis y laringitis. El segundo corresponde a las enfermedades respiratorias agudas bajas (ERA-B), que comprometen los bronquios y pulmones, como la bronquitis aguda y la neumonía.

**Tabla 4**

*Enfermedades respiratorias agudas según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11)*

| Código CIE-11 | Tipo de ERA | Descripción |
|---|---|---|
| CA00 | Resfriado común | Infección aguda leve de vías respiratorias superiores |
| CA07 | Gripe (influenza) | Influenza debida a virus |
| CA02 – CA03 | Faringitis / Amigdalitis | Infecciones agudas de garganta |
| CA01 | Sinusitis aguda | Inflamación aguda de los senos paranasales |
| CA05 | Laringitis | Inflamación aguda de laringe y tráquea |
| CA07 | Influenza (gripe) | Infección viral respiratoria sistémica |
| CA20 | Bronquitis aguda | Inflamación aguda de los bronquios |
| CA41 | Bronquiolitis | Infección de vías respiratorias inferiores (más frecuente en jóvenes) |
| CA40–CA42 | Neumonía | Infección pulmonar de mayor gravedad |
| CA07 | No especificada | Infección respiratoria sin diagnóstico específico |

***Nota.*** Tomado de Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 2024)

## 4. Síntomas de las Enfermedades Respiratorias Agudas

Los síntomas de las ERA suelen ser inespecíficos y comunes entre varias afecciones, pero se pueden resumir en un conjunto de manifestaciones generales y puntuales que afectan nariz, garganta, vías respiratorias y pulmones (OMS, 2020a).

**Tabla 5**

*Enfermedades respiratorias agudas y manifestaciones clínicas*

| ERA | Región anatómica afectada | Síntomas comunes |
|---|---|---|
| Resfriado común | Nariz y faringe | Congestión nasal, estornudos, tos leve, malestar general |
| Gripe (Influenza) | Vías respiratorias altas (puede progresar) | Fiebre alta, dolores musculares, tos seca, fatiga intensa |
| Faringitis | Faringe | Dolor de garganta, dificultad para tragar, fiebre |
| Amigdalitis | Amígdalas | Inflamación de amígdalas, fiebre, mal aliento, dolor al tragar |
| Sinusitis aguda | Senos paranasales | Dolor facial, congestión nasal, secreción nasal espesa |
| Otitis media aguda | Oído medio (conexión nasofaríngea) | Dolor de oído, fiebre, irritabilidad (en niños), pérdida auditiva temporal |
| Bronquitis aguda | Bronquios | Tos persistente con flema, silbidos al respirar, malestar torácico |
| Laringitis | Laringe | Ronquera, tos seca, dolor al hablar |
| Neumonía | Pulmones | Fiebre alta, dificultad respiratoria, tos con flema, dolor torácico |

***Nota.*** Adaptado de OMS, (2008)

## 5. Transmisión de las Enfermedades Respiratorias Agudas

Las ERA se propagan principalmente de un individuo a otro mediante las gotas respiratorias que se expulsan al toser, estornudar, hablar o respirar. Estas gotas pueden depositarse en las mucosas de individuos susceptibles, como nariz, boca u ojos, facilitando la infección, entre otros. A continuación se muestran las principales vías de transmisión de ERA (Leung, 2021).

**Tabla 6**

*Vías de transmisión de las enfermedades respiratorias agudas*

| Vía de transmisión | Descripción | Elementos clave | Factores asociados |
|---|---|---|---|
| Transmisión por gotas respiratorias | Principal vía de contagio de las enfermedades respiratorias agudas mediante secreciones expulsadas por la persona infectada. | Gotas respiratorias emitidas al toser, estornudar, hablar o respirar. Contacto directo con mucosas (nariz, boca, ojos). | Mayor riesgo en proximidad entre personas; transmisión persona a persona. |
| Transmisión por aerosoles | Diseminación de partículas finas suspendidas en el aire que pueden permanecer en ambientes cerrados. | Aerosoles en suspensión; permanencia en el aire; inhalación en espacios compartidos. | Ambientes cerrados, mal ventilados y con alta concentración de personas; aumento del riesgo de contagio. |
| Transmisión por contacto indirecto (fómites) | Contagio mediante superficies u objetos contaminados por agentes infecciosos. | Superficies u objetos contaminados; transferencia mano–cara. | Virus como influenza, VRS y SARS-CoV-2 pueden permanecer viables en superficies por periodos variables. |

***Nota.*** Adaptado de OMS (2024a); OPS (2026).

## 6. Tiempo de evolución de las Enfermedades Respiratorias Agudas

Suele ser variable, pero generalmente es limitada, con una evolución que no sobrepasa los 15 días. Síndromes comunes como el resfriado y la gripe presentan síntomas que duran entre 2 y 14 días, pudiendo extenderse más en casos graves o con complicaciones como neumonía o síndrome de dificultad respiratoria aguda. En poblaciones vulnerables, como los niños de corta edad o los ancianos, ciertos virus causantes (por ejemplo, el virus respiratorio sincitial) tienen la capacidad de alargar los síntomas hasta 14 días. En general, la mayoría de las enfermedades respiratorias agudas tienen un curso autolimitado y mejoran en los 14 días posteriores al comienzo (MINSA, 2025).

## 7. Farmacoterapia de las Enfermedades Respiratorias Agudas

La atención médica para las enfermedades respiratorias agudas se fundamenta en el manejo de los síntomas y el soporte clínico, incluyendo reposo, hidratación y control de la fiebre (MINSA, 2025a). El uso de medicamentos depende de la etiología, priorizando el uso racional; los antibióticos se indican solo en infecciones bacterianas confirmadas, mientras que en cuadros virales se emplean medidas de soporte. En los casos más graves, puede ser necesaria la oxigenoterapia, la ventilación mecánica o el soporte avanzado para garantizar una adecuada función respiratoria (Gil et al. 2021).

El planteamiento terapéutico también tiene que considerar la prevención de complicaciones con vacunación y medidas de control de infecciones; el tratamiento específico se adapta a la gravedad y las condiciones clínicas del paciente (Asqui, 2025).

**Tabla 7**

*Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) de los medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas*

| Grupo Farmacológico | Indicaciones Principales | Ejemplos Comunes | Código ATC |
|---|---|---|---|
| Antibióticos | Infecciones bacterianas como faringoamigdalitis estreptocócica o neumonía | Amoxicilina, azitromicina, cefalexina | J01 |
| Antivirales | Infecciones virales específicas como la influenza | Oseltamivir | J05 |
| Corticosteroides | Reducción de la inflamación de las vías respiratorias | Fluticasona, budesonida, prednisona | R03BA / H02AB |
| Broncodilatadores | Relajación de musculatura bronquial para mejorar el flujo aéreo | Salbutamol, ipratropio | R03A / R03B |
| Antitusígenos | Tos seca e improductiva, frecuente en infecciones virales | Dextrometorfano, codeína | R05D |
| Mucolíticos y expectorantes | Expulsión de moco en bronquitis y cuadros obstructivos | Bromhexina, acetilcisteína | R05C |
| Antihistamínicos y descongestionantes | Cuadros alérgicos o congestivos | Loratadina, pseudoefedrina | R06A / R01BA |

***Nota.*** Tomado de OMS (2003b).

## 8. Principales medidas del enfoque no farmacológico

El enfoque no farmacológico comprende un conjunto de medidas destinadas a prevenir la transmisión, reducir la exposición a agentes respiratorios y favorecer la recuperación de las personas afectadas por ERA; además, constituye la primera línea de abordaje en cuadros leves y un componente complementario en casos moderados o severos. Entre las principales medidas se encuentran el reposo, la adecuada hidratación, el control ambiental, la ventilación de los espacios, la reducción de irritantes, la higiene de manos, la etiqueta respiratoria, el uso de mascarilla, el distanciamiento físico y la permanencia en casa durante el periodo de enfermedad, cuya aplicación puede variar según las características clínicas y el contexto epidemiológico (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2025). Estas medidas adquieren especial importancia debido a que una proporción considerable de las ERA es de etiología viral, por lo que su manejo no requiere necesariamente tratamiento antibiótico (Premuda et al. 2026).

### a. Higiene de manos

Constituye una medida fundamental para disminuir la transmisión de microorganismos respiratorios debido a que el lavado frecuente de manos con agua y jabón permite eliminar microorganismos presentes en las manos y reducir la posibilidad de que estos alcancen las mucosas de los ojos, nariz o boca. Cuando no se dispone de agua y jabón, puede utilizarse un desinfectante de manos que contenga al menos 60 % de alcohol. Esta medida resulta especialmente importante después de toser, estornudar, sonarse la nariz o entrar en contacto con superficies potencialmente contaminadas (CDC, 2025; OMS, 2025).

### b. Etiqueta respiratoria

Comprende las prácticas destinadas a reducir la dispersión de secreciones respiratorias durante la tos y los estornudos. Asimismo, se recomienda cubrir la boca y nariz con un pañuelo desechable o con la parte interna del codo y realizar posteriormente higiene de manos. Estas acciones contribuyen a disminuir la dispersión de partículas respiratorias y la contaminación de manos y superficies, especialmente en espacios compartidos (CDC, 2025; OMS, 2019).

### c. Ventilación y calidad del aire

La mejora de la ventilación constituye una medida importante para disminuir la concentración de partículas respiratorias potencialmente infecciosas en ambientes interiores. Los virus respiratorios pueden transmitirse con mayor facilidad en espacios cerrados, concurridos y con escasa circulación de aire. Por ello, se recomienda

favorecer la entrada de aire exterior mediante la apertura de puertas y ventanas, utilizar sistemas adecuados de ventilación y, cuando sea necesario, recurrir a sistemas de filtración del aire. La OMS señala que la ventilación debe formar parte de un conjunto integral de medidas preventivas y no considerarse como una medida aislada (CDC, 2025b; OMS, 2021).

**d. Uso de mascarillas**

Constituye una medida adicional para reducir la transmisión de virus respiratorios, particularmente en espacios interiores, concurridos o cuando existe una elevada circulación de estos agentes. Su utilidad se relaciona tanto con la reducción de partículas expulsadas por una persona infectada como con la disminución de la inhalación de partículas potencialmente infecciosas por parte de quien la utiliza. La protección depende, entre otros factores, del tipo de mascarilla y de su adecuado ajuste al rostro (CDC, 2025c; OMS, 2023b).

**e. Distanciamiento físico y reducción del contacto**

Consiste en evitar o disminuir la proximidad con personas que presentan síntomas respiratorios y reducir la permanencia en lugares muy concurridos cuando existe una elevada circulación de virus respiratorios. Esta medida busca disminuir las oportunidades de contacto con secreciones y partículas respiratorias. Su aplicación adquiere mayor relevancia cuando una persona está enferma, durante la recuperación o cuando existe un incremento de casos respiratorios en la comunidad (CDC, 2025a, 2025e).

**f. Permanencia en casa durante la enfermedad**

Cuando una persona presenta síntomas compatibles con una enfermedad respiratoria, permanecer en casa y evitar el contacto cercano con otras personas contribuye a reducir la transmisión. Además, los CDC recomiendan retomar las actividades habituales cuando los síntomas hayan mejorado en general y hayan transcurrido al menos 24 horas sin fiebre sin utilizar medicamentos para reducirla. Posteriormente, durante los cinco días siguientes, se recomienda mantener medidas adicionales de prevención, especialmente cuando se tiene contacto con otras personas (CDC, 2025d).

**g. Vacunación**

Constituye una estrategia preventiva fundamental frente a determinadas enfermedades respiratorias para las cuales existen vacunas, como influenza y COVID-19, además de vacunas dirigidas a grupos específicos frente al virus respiratorio

sincitial; mantener actualizado el esquema de inmunización contribuye a reducir el riesgo de enfermedad y, dependiendo del agente y de la vacuna, puede disminuir la aparición de cuadros graves. Por ello, la vacunación forma parte de las estrategias básicas de prevención de enfermedades respiratorias recomendadas por los organismos sanitarios (CDC, 2025e; OMS, 2025b).

**h. Limpieza de superficies de contacto frecuente**

La limpieza periódica de superficies que son tocadas frecuentemente constituye una medida complementaria de higiene, especialmente en ambientes donde existe circulación de personas. Debe integrarse con otras medidas, como la higiene de manos y la etiqueta respiratoria, debido a que la prevención de las infecciones respiratorias requiere un conjunto de acciones y no una única intervención (CDC, 2025e; CDC, 2025).

En conjunto, las medidas no farmacológicas constituyen una estrategia integral para disminuir la transmisión de las ERA y complementar las intervenciones farmacológicas cuando estas sean necesarias.

## 2.3 Marco Conceptual

- **Adherencia terapéutica.** Grado en que una persona cumple las indicaciones acordadas con el profesional de salud respecto al uso de un tratamiento farmacológico, considerando aspectos como la dosis, frecuencia, horario y duración establecidos para alcanzar el efecto terapéutico esperado (OMS & OPS, 2004).
- **Adquisición.** Proceso mediante el cual una persona obtiene los medicamentos que utilizará para el tratamiento de una enfermedad, ya sea mediante prescripción profesional o por iniciativa propia, considerando los establecimientos y fuentes de donde los obtiene (OMS & OPS, 2004).
- **Antibiótico.** Medicamento utilizado para prevenir o tratar infecciones causadas por bacterias, actuando sobre estos microorganismos mediante mecanismos que inhiben su crecimiento o provocan su eliminación (OMS, 2026).
- **Antihistamínico.** Medicamento que bloquea los efectos de la histamina y se utiliza para aliviar manifestaciones alérgicas (MedlinePlus, 2019).
- **Antitusígeno.** Medicamento utilizado para disminuir o controlar la tos (OMS, 2023a).

- **Antiviral.** Medicamento utilizado para prevenir o tratar infecciones causadas por virus (OMS, 2023a).
- **Automedicación.** Selección y uso de medicamentos por iniciativa propia para prevenir, aliviar o tratar una enfermedad o sus síntomas, sin la intervención de un profesional de salud (OMS, 2000).
- **Broncodilatador.** Medicamento que produce la dilatación de los bronquios y facilita el flujo de aire hacia los pulmones (Organización Mundial de la Salud, 2023a).
- **Clasificación ATC.** Es el sistema de codificación conocido como Clasificación ATC, el cual se desarrolló con el objetivo de clasificar los fármacos según el órgano o sistema que afecta, su composición química y su finalidad terapéutica (Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para la Metodología de Estadísticas de Medicamentos, 2026).
- **Clasificación CIE-11.** Es una herramienta creada por la OMS para codificar enfermedades, síntomas, hallazgos clínicos, causas externas y factores sociales relacionados con la salud. Su objetivo principal es facilitar la recolección sistemática de datos estadísticos sobre morbimortalidad, de la misma manera que respaldar la toma de decisiones en el ámbito clínico, epidemiológico y de gestión de la salud (OMS, 2008).
- **Corticosteroide.** Medicamento con acción antiinflamatoria e inmunomoduladora, utilizado para reducir la inflamación y aliviar diversos síntomas (Organización Mundial de la Salud, 2023a).
- **Dispensación.** Acto profesional mediante el cual se proporciona un medicamento al paciente, brindando información y orientación sobre su uso adecuado (Téllez López & López Orozco, 2013).
- **Dosis.** Cantidad específica de un medicamento que se administra en un momento determinado (FDA, 2023).
- **Dosis Diaria Definida (DDD).** Dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento para su principal indicación en adultos, la cual constituye una unidad técnica de medida para comparar el consumo de medicamentos y no representa necesariamente la dosis prescrita o utilizada por cada paciente (OMS, 2026a).

- **Enfermedades respiratorias agudas.** Comprende un conjunto de afecciones infecciosas que afectan el tracto respiratorio y cuya evolución clínica es inferior a 15 días (OMS, 2020).
- **Esquema posológico.** Conjunto de indicaciones que establece la dosis y el intervalo de administración de un medicamento para su utilización durante el tratamiento (International Union of Pure and Applied Chemistry (IUPAC), 2025).
- **Estudios de utilización de medicamentos.** Son aquellos que hacen parte de estudios enfocados en examinar la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, abarcando la prescripción médica, la dispensación farmacéutica y el consumo por parte de los pacientes (OMS, 2003).
- **Expectorante.** Medicamento que ayuda a fluidificar la mucosidad de las vías respiratorias y facilita su expulsión mediante la tos (OMS, 2023a).
- **Forma Farmacéutica.** Presentación física de un medicamento que permite su administración por una vía determinada, como tabletas, cápsulas, jarabes, soluciones o suspensiones (OMS & Prequalification of Medical Products (IVDs, Medicines, Vaccines and Immunization Devices, Vector Control, 2024).
- **Medicamentos.** Preparación que integra uno o más principios activos junto con componentes inertes o excipientes (Instituto Nacional de Cáncer, 2019).
- **Mucolítico.** Medicamento que disminuye la viscosidad de las secreciones respiratorias y facilita su eliminación (OMS, 2023a).
- **Prescripción médica.** Documento escrito emitido por un médico en el que se especifica el medicamento que debe recibir el paciente, junto con las indicaciones necesarias para su administración adecuada (Cínica Universidad de Navarra, 2026).
- **Uso Racional de Medicamentos:** Consiste en la utilización adecuada, segura y eficiente de los medicamentos, considerando las necesidades clínicas del paciente, la dosis apropiada y el tiempo necesario de tratamiento (Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas (DMID) & MINSA, 2026).
- **Vía de administración:** Ruta por la cual un medicamento es introducido en el organismo para producir su efecto terapéutico, como las vías oral, intravenosa, intramuscular o inhalatoria (Kim & De Jesus, 2026).

## 2.4 Marco Ético y Legal

### *2.4.1 Marco Ético*

La presente investigación, al involucrar a estudiantes universitarios como participantes, se desarrolló bajo los principios de respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y confidencialidad (*World Medical Association*, 2024). Debido a que la investigación fue observacional, descriptivo y transversal, sin intervención sobre los participantes, los procedimientos éticos se orientaron principalmente a garantizar su participación voluntaria, la protección de sus datos personales y la confidencialidad de la información proporcionada.

Antes de la aplicación del cuestionario, los estudiantes recibieron información sobre el propósito, procedimiento, beneficios y posibles riesgos de la investigación, así como sobre su carácter voluntario y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias académicas. La participación se formalizó mediante la aceptación del consentimiento informado, evitando cualquier forma de presión o condicionamiento relacionado con su condición de estudiantes cumpliendo con el Principio de Respeto por los individuos (OPS & OMS, 1980).

La información recopilada fue tratada de manera confidencial; por lo tanto, para preservar el anonimato, no se registraron datos que permitieran identificar directamente a los participantes y la base de datos fue utilizada exclusivamente para los fines establecidos en la investigación. El acceso a la información estuvo restringido al equipo investigador y los resultados fueron presentados de manera agrupada, evitando la identificación individual de los participantes.

Asimismo, antes del inicio de la recolección de datos, el proyecto fue sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética para la Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, conforme a la normativa institucional aplicable. Esta evaluación permitió verificar el cumplimiento de los principios éticos y las medidas destinadas a proteger los derechos, la dignidad, la seguridad y el bienestar de los participantes. El Código de Ética para la Investigación de la UNSCH establece que las investigaciones con seres humanos deben contar con la aprobación del comité de ética, documentar el consentimiento informado y garantizar la confidencialidad y seguridad de los datos personales.

Además, los criterios de selección de la muestra fueron justos evitando sesgos en función de la carrera, nivel académico o género, garantizando que los resultados de la investigación beneficien a la comunidad estudiantil. Estos criterios son los que recoge

la Resolución Ministerial N.º 233-2020-MINSA, que aprueba el documento técnico "Consideraciones Éticas para la Investigación en Salud con Seres Humanos".

### *2.4.2 Marco Legal*

El marco legal de la presente investigación se sustenta en las disposiciones nacionales e institucionales relacionadas con la investigación en seres humanos y la protección de datos personales. Su aplicación se contextualiza en las características del estudio, que comprende la recopilación mediante encuesta de información relacionada con la salud y la utilización de medicamentos.

La Ley N.° 26842, Ley General de Salud, establece disposiciones orientadas a la protección de la persona en el ámbito de la salud y al respeto de su autonomía en las investigaciones que involucren seres humanos. En la presente investigación, sus principios se concretan en la información previa a los participantes y en la obtención de su consentimiento antes de la aplicación del instrumento.

Asimismo, la Ley N.° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, resultó aplicable debido a que la investigación implicó el tratamiento de información proporcionada por personas identificables. En este contexto, los datos relacionados con la salud y las prácticas de utilización de medicamentos requieren medidas de protección que eviten su acceso, divulgación o utilización para fines distintos de aquellos autorizados por los participantes.

De manera complementaria, el Decreto Supremo N.° 016-2024-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N.° 29733, establece el marco vigente para el tratamiento y protección de los datos personales. Su aplicación en esta investigación se concreta mediante la adopción de medidas de confidencialidad, control de acceso a la base de datos, uso de la información exclusivamente para los fines de investigación y presentación de los resultados de manera agregada.

Finalmente, el Código de Ética para la Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga establece disposiciones específicas para las investigaciones que involucran seres humanos. Entre ellas, exige la aprobación de un comité de ética, la documentación del consentimiento informado y la garantía de confidencialidad y seguridad de los datos personales. Estas disposiciones fueron consideradas durante la planificación, ejecución y tratamiento de la información de la presente investigación.

# CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

## 3.1 Alcance de Investigación

### *3.1.1 Enfoque:*

Cuantitativo (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

### *3.1.2 Tipo*

Tipo de investigación Básica (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

### *3.1.3 Nivel*

Descriptivo, transversal (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

## 3.2 Diseño de Investigación

Corresponde al diseño no experimental (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

## 3.3 Unidad de Análisis

Un estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH, matriculado en el semestre académico 2026-I.

## 3.4 Población de Estudio

La población de estudio estuvo compuesta por 528 estudiantes matriculados en el semestre académico 2026-I, pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH.

## 3.5 Muestra

### *3.5.1 Tipo de Muestreo*

Se aplicó un muestreo probabilístico, aleatorio estratificado, donde la muestra tuvo que satisfacer los criterios de inclusión y aceptar participar de manera voluntaria en la investigación.

### *3.5.2 Tamaño de Muestra*

Se tomó en cuenta un total de 222 estudiantes matriculados en el semestre académico 2026-I, pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH. Para ello, se empleó la fórmula correspondiente a poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 .\ p\ .q\ .\ N}{e^2\ .\ (N-1) +\ Z^2\ .\ p\ .\ q}$$

**Donde:**

- n: tamaño de muestra
- N: población total (número de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud)
- Z: valor de Z para el nivel de confianza (1,96 para 95%)
- p: proporción esperada (0,5 para máxima variabilidad)
- q = 1 − p
- e: margen de error tolerado (0,05 para ± 5%)

  Aplicando la formula, el tamaño de la muestra fue de 222 estudiantes.

$$n = \frac{(1{,}96)^2 .\ 0{,}5\ .0{,}5\ .\ 528}{(0{,}05)^2\ .\ (528-1) + (1{,}96)^2\ .\ 0{,}5\ .\ 0{,}5} = 222$$

Posteriormente, una vez determinado el tamaño muestral total de 222 estudiantes, se realizó la distribución proporcional de la muestra según las Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud y, dentro de cada una, según las series académicas correspondientes (400 y 500). Para ello, se consideraron como estratos los subgrupos conformados por Escuela Profesional y serie académica, asignándose a cada estrato un número de estudiantes proporcional a su tamaño poblacional. La asignación proporcional se determinó mediante la siguiente fórmula:

$$n_h = \frac{N_h}{N}\ .n$$

**Donde:**

- $n_h$ = tamaño de la muestra en estrato h
- $N_h$ = tamaño de la población en estrato h
- N= tamaño total de la población
- n= tamaño total calculado de la muestra

Al realizar el cálculo, la distribución final quedó de la siguiente manera:

**Tabla 8**

*Distribución del tamaño de muestra por estratos*

| Escuela / Serie | N (población) | n (muestra) |
|---|---|---|
| **Farmacia y Bioquímica** | 118 | 50 |
| Serie 400 | 62 | 26 |
| Serie 500 | 56 | 24 |
| **Medicina Humana** | 166 | 70 |
| Serie 400 | 117 | 49 |
| Serie 500 | 49 | 21 |
| **Enfermería** | 123 | 51 |
| Serie 400 | 103 | 43 |
| Serie 500 | 20 | 8 |
| **Obstetricia** | 121 | 51 |
| Serie 400 | 80 | 34 |
| Serie 500 | 41 | 17 |
| **Total** | 528 | 222 |

***Nota.*** N: Población total; n: Tamaño de la muestra total

Se utilizó una selección aleatoria simple para elegir a los participantes dentro de cada estrato. La selección se realizó utilizando listas codificadas y software estadístico, con el fin de garantizar la aleatoriedad y trazabilidad del proceso.

## 3.6 Criterios de Selección

### *3.6.1 Criterios de Inclusión*

- Estudiantes matriculados en el semestre académico 2026-I en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH, pertenecientes a las series 400 y 500 de las Escuelas Profesionales de Farmacia y Bioquímica, Medicina Humana, Enfermería y Obstetricia.
- Estudiantes que presentaron al menos un episodio de enfermedad respiratoria aguda en los últimos tres meses.
- Estudiantes que otorguen su consentimiento informado para tomar parte en la investigación.

### *3.6.2 Criterios de Exclusión*

- Estudiantes que no pertenezcan a Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Estudiantes de otras series de las Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Estudiantes que no completen el cuestionario o presenten respuestas inconsistentes o incompletas.

## 3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

### *3.7.1 Técnicas de Recolección de Datos*

Encuesta.

### *3.7.2 Instrumentos de Recolección de Datos*

Cuestionario estructurado y autoadministrado.

### *3.7.3 Validación y Confiabilidad del Instrumento de Recolección de Datos*

**Validez**

La validez de contenido del instrumento fue determinada mediante la evaluación de un panel de expertos, quienes analizaron cada ítem en función de su pertinencia, claridad y relevancia. Para ello, se empleó el Coeficiente V de Aiken, que permite cuantificar el grado de acuerdo entre los jueces respecto a cada dimensión evaluada. Cada ítem fue valorado en una escala ordinal de 1 a 5, donde: 1 = nada relevante; 2 = poco relevante; 3 = medianamente relevante; 4 = bastante relevante; 5 = muy relevante. La evaluación realizada por los expertos y los resultados obtenidos mediante el Coeficiente V de Aiken se presentan en el Anexo 5. El cálculo del coeficiente se realizó con la siguiente fórmula:

$$V = \frac{\sum s}{\mathrm{n}\,.\,(\mathrm{c}-1)}$$

Donde:

- s = r - l (siendo r la puntuación otorgada por el juez experto y l la puntuación mínima de la escala),
- n = número de jueces,
- c = número de categorías de la escala

**Tabla 9**

*Interpretación del Coeficiente V de Aiken*

| Rango del Coeficiente V | Nivel de validez |
|---|---|
| ≥ 0,70 y < 0,80 | Aceptable |
| ≥ 0,80 y < 0,90 | Buena |
| ≥ 0,90 – 1,00 | Excelente |

Adicionalmente, se consideró la validez aparente, la cual fue verificada a través de una prueba piloto aplicada a un grupo reducido de estudiantes con rasgos parecidos a la población objetivo, lo que posibilitó ajustar aspectos de redacción y formato.

**Confiabilidad**

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante una prueba piloto, en la que se aplicó la fórmula general para calcular el coeficiente alfa de Cronbach, como se muestra a continuación. Los resultados obtenidos de la prueba piloto y del coeficiente alfa de Cronbach se presentan en el Anexo 6.

$$\alpha = \frac{k}{\mathrm{k}-1}\ (1 - \frac{\sum_i^k = 1\ \sigma_i^2}{\sigma_T^2}\ )$$

Donde:

- α: coeficiente de confiabilidad
- k: número total de ítems del instrumento
- $\sigma_i^2$: varianza de cada ítem individual
- $\sigma_T^2$: varianza total del test (suma de todos los ítems)

**Tabla 10**

*Interpretación del coeficiente alfa de Cronbach*

| Rango del coeficiente α | Nivel de confiabilidad |
|---|---|
| ≥ 0,90 | Excelente confiabilidad |
| 0,80 – 0,89 | Buena confiabilidad |
| 0,70 – 0,79 | Aceptable confiabilidad |
| 0,60 – 0,69 | Cuestionable confiabilidad |
| 0,50 – 0,59 | Pobre confiabilidad |
| < 0,50 | Inaceptable confiabilidad |

***Nota.*** Tomado de Oviedo y Campo-Arias (2005)

### *3.7.4 Procedimiento Para la Recopilación de los Datos*

La investigación se desarrolló considerando la matriz de operacionalización de variables y la matriz de consistencia, en las cuales se establecieron la articulación de los elementos del estudio, así como las dimensiones, indicadores y criterios de medición de las variables (Anexos 1 y 2). A partir de esta planificación, se procedió a la recolección de los datos mediante las siguientes actividades:

- Antes de la aplicación del instrumento, se explicó a los estudiantes el propósito de la investigación, el carácter voluntario de su participación, la confidencialidad de la información proporcionada y su derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento sin repercusiones. Los estudiantes que aceptaron participar otorgaron el consentimiento informado (Anexo 3).

- Se aplicó de manera presencial el cuestionario estructurado y autoadministrado a los estudiantes seleccionados, en las aulas o espacios designados. La aplicación se realizó siguiendo las instrucciones establecidas para su administración y tuvo una duración aproximada de 30 a 45 minutos por salón. El cuestionario empleado se presenta en el Anexo 4.
- Finalizada la aplicación, los cuestionarios fueron revisados y las respuestas fueron codificadas para su posterior registro y procesamiento estadístico.
- Los datos fueron registrados en una base de datos protegida, sin incluir información que permitiera identificar directamente a los participantes. La información recopilada fue utilizada exclusivamente para los fines establecidos en la investigación.

### 3.8 Análisis de Datos

Los datos recopilados se codificaron y almacenaron en una base de datos para su análisis estadístico utilizando el software SPSS v.25. Se ejecutaron análisis descriptivos con el fin de caracterizar la población y los patrones de uso de medicamentos, considerando frecuencias, porcentajes, así como medidas de tendencia central y dispersión.

### 3.9 Consideraciones Éticas

La investigación fue realizada cumpliendo los principios éticos establecidos para pesquisas en salud, incluyendo la declaración de Helsinki (World Medical Association, 2024).

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

**Tabla 11**

*Características sociodemográficas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| Variable | Medicina Humana n (%) | Enfermería n (%) | Farmacia y Bioquímica n (%) | Obstetricia n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Edad** | | | | | |
| 20-21 años | 0,0 (0,0) | 6 (2,7) | 6 (2,7) | 1 (0,5) | 13 (5,9) |
| 22-23 años | 11 (5,2) | 22 (9,9) | 17 (17,7) | 27 (12,2) | 77 (34,7) |
| 24-25 años | 35 (15,8) | 15 (6,8) | 17 (7,7) | 17 (7,7) | 84 (37,8) |
| >25 años | 24 (10,8) | 8 (3,6) | 10 (4,5) | 6 (2,7) | 48 (21,6) |
| **Sexo** | | | | | |
| Femenino | 33 (14,9) | 39 (17,6) | 29 (13,1) | 47 (21,2) | 148 (66,7) |
| Masculino | 37 (16,7) | 12 (5,4) | 21 (9,5) | 4 (1,8) | 74 (33,3) |
| **Procedencia** | | | | | |
| Urbana | 43 (19,4) | 19 (8,6) | 28 (12,6) | 35 (15,8) | 125 (56,3) |
| Rural | 27 (12,2) | 32 (14,4) | 22 (9,9) | 16 (7,2) | 97 (43,7) |
| **Serie académica** | | | | | |
| Serie 400 | 49 (22,1) | 43 (19,4) | 26 (11,7) | 34 (15,3) | 152 (68,5) |
| Serie 500 | 21 (9,5) | 8 (3,6) | 24 (10,8) | 17 (7,7) | 70 (31,5) |
| **Total** | 70 (31,5%) | 51 (23%) | 50 (22,5%) | 51 (23%) | 222 (100%) |

**Tabla 12**

*Patrones clínicos de las enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| Variable | Medicina Humana | Enfermería | Farmacia y Bioquímica | Obstetricia | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| **Tipo de ERA presentada** | | | | | |
| Resfriado común | 25 (11,3) | 21 (9,5) | 23 (10,4) | 26 (11,7) | 95 (42,8) |
| Gripe | 26 (11,7) | 17 (7,7) | 15 (6,8) | 18 (8,1) | 76 (34,2) |
| Faringitis | 6 (2,7) | 7 (3,2) | 7 (3,2) | 1 (0,5) | 21 (9,5) |
| Amigdalitis | 4 (1,8) | 4 (1,8) | 3 (1,4) | 6 (2,7) | 17 (7,7) |
| Sinusitis aguda | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 2 (0,9) |
| Bronquitis aguda | 9 (4,1) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 11 (5,0) |
| **Número de episodios de ERA** | | | | | |
| 1 episodio | 51 (23,0) | 34 (15,3) | 32 (14,4) | 42 (18,9) | 159 (71,6) |
| 2 episodios | 18 (8,1) | 16 (7,2) | 13 (5,9) | 7 (3,2) | 54 (24,3) |
| >2 episodios | 1 (0,5) | 1 (0,5) | 5 (2,3) | 2 (0,9) | 13 (4,1) |
| **Diagnóstico de ERA confirmado por médico** | | | | | |
| No | 58 (26,1) | 38 (17,1) | 36 (16,2) | 46 (20,7) | 178 (80,2) |
| Si | 12 (5,4) | 13 (5,9) | 14 (6,3) | 5 (2,3) | 44 (19,8) |
| **Duración del último episodio** | | | | | |
| 3-7 días | 32 (14,4) | 36 (16,2) | 33 (14,9) | 44 (19,8) | 145 (65,3) |
| 7-14 días | 34 (15,3) | 10 (4,5) | 15 (6,8) | 58 (2,3) | 64 (28,8) |
| >14 días | 4 (1,8) | 5 (2,3) | 2 (0,9) | 2 (0,9) | 13 (5,9) |
| **Total** | 70 (31,5%) | 51 (23%) | 50 (22,5%) | 51 (23%) | 222 (100%) |

**Tabla 13**

*Tipo de medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| ATC | Medicamento | Medicina Humana n (%) | Enfermería n (%) | Farmacia y Bioquímica n (%) | Obstetricia n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **J01** | **Antibiótico** | | | | | |
| J01CA04 | Amoxicilina | 16 (7,2) | 18 (8,1) | 12 (5,4) | 19 (8,6) | 65 (29,3) |
| J01CR02 | Amoxicilina-ácido clavulánico | 8 (3,6) | 11 (5,0) | 14 (6,3) | 8 (3,6) | 41 (18,5) |
| J01FA10 | Azitromicina | 5 (2,3) | 5 (2,3) | 4 (1,8) | 5 (2,3) | 19 (8,6) |
| J01DB01 | Cefalexina | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 3 (1,4) |
| J01EE01 | Sulfametoxazol-trimetoprim | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 1 (0,5) |
| J01DD04 | Ceftriaxona | 2 (0,9) | 3 (1,4) | 2 (0,9) | 1 (0,5) | 8 (3,6) |
| **J05** | **Antiviral** | | | | | |
| J05AH02 | Oseltamivir | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| J05AH01 | Zanamivir | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **R03BA/H02AB** | **Corticosteroide** | | | | | |
| H02AB07 | Prednisona | 7 (3,2) | 6 (2,7) | 8 (3,6) | 5 (2,3) | 26 (11,7) |
| H02AB06 | Prednisolona | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 2 (0,9) |
| H02AB02 | Dexametasona | 29 (13,1) | 21 (9,5) | 10 (4,5) | 16 (7,2) | 76 (34,2) |
| **R03A/R03B** | **Broncodilatador** | | | | | |
| R03AC02 | Salbutamol | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 2 (0,9) |
| R03AC12 | Salmeterol | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **R03AK** | **Medicamentos compuestos (Broncodilatador más corticoide)** | | | | | |
| R03AK07 | Budesonida / formoterol | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| R03AK06 | Salmeterol / fluticasona | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **R05D** | **Antitusígeno** | | | | | |
| R05DA09 | Dextrometorfano | 8 (3,6) | 5 (2,3) | 16 (7,2) | 5 (2,3) | 34 (15,3) |
| R05DA04 | Codeína | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **R05C** | **Mucolítico/Expectorante** | | | | | |
| R05CB01 | Acetilcisteína | 5 (2,3) | 7 (3,2) | 9 (4,1) | 3 (1,4) | 24 (10,8) |
| R05CB06 | Ambroxol | 6 (2,7) | 2 (0,9) | 3 (1,4) | 6 (2,7) | 17 (7,7) |
| R05CA03 | Guaifenesina | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| | Combinados jarabe | 6 (2,7) | 4 (1,8) | 3 (1,4) | 0 (0,0) | 13 (5,9) |
| **R06A/R01BA** | **Antihistamínico** | | | | | |
| R06AX13 | Loratadina | 17 (7,7) | 9 (4,1) | 6 (2,7) | 9 (4,1) | 41 (18,5) |
| R06AE07 | Cetirizina | 33 (14,9) | 20 (9,0) | 16 (7,2) | 16 (7,2) | 85 (38,3) |
| R06AB04 | Clorfenamina | 5 (2,3) | 7 (3,2) | 11 (5,0) | 6 (2,7) | 29 (13,1) |
| R01BA02 | Pseudoefedrina | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| R01AA04 | Fenilefrina | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |

***Nota.*** *ATC: Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química*

**Tabla 14**

*Esquema posológico de los antibióticos utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| Variable | Medicina Humana n (%) | Enfermería n (%) | Farmacia y Bioquímica n (%) | Obstetricia n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Forma farmacéutica** | | | | | |
| Cápsula | 17 (17,7) | 27 (12,2) | 22 (9,9) | 29 (13,1) | 95 (42,8) |
| Suspensión | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) |
| Tableta | 13 (5,9) | 7 (3,2) | 7 (3,2) | 6 (2,7) | 33 (14,9) |
| Inyectable | 2 (0,9) | 3 (1,4) | 2 (0,9) | 1 (0,5) | 8 (3,6) |
| **Dosis** | | | | | |
| 250 mg | 0 (0.0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 0,0 (0,0) | 2 (0,9) |
| 500 mg | 30 (13,5) | 33 (14,9) | 17 (7,7) | 35 (15,8) | 115 (51,8) |
| 875 mg | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 11 (5) | 0,0 (0,0) | 12 (5,4) |
| 1 g | 2 (0,9) | 3 (1,4) | 2 (0,9) | 1 (0,5) | 8 (3,6) |
| **Frecuencia de uso** | | | | | |
| Cada 6 h | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 2 (0,9) | 3 (1,4) |
| Cada 8 h | 22 (9,9) | 25 (11,3) | 17 (7,7) | 20 (9) | 84 (37,8) |
| Otro | 10 (4,5) | 12 (5,4) | 14 (6,3) | 14 (6,3) | 50 (22,5) |
| **Duración** | | | | | |
| 1 a 3 días | 9 (4,1) | 12(5,4) | 13 (5,9) | 18 (8,1) | 52 (23,4) |
| 4 a 5 días | 22 (9,9) | 17 (7,7) | 13 (5,9) | 13 (5,9) | 65 (29,3) |
| 6 a 7 días | 1(0,5) | 8 (3,6) | 6 (2,7) | 4 (1,8) | 19 (8,6) |
| > a 7 días | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 1 (0,5) |
| **Vía de administración** | | | | | |
| Oral | 30 (13,5) | 34 (15,3) | 30 (13,5) | 35 (15,8) | 129 (58,1) |
| Intramuscular | 1 (0,5) | 3 (1,4) | 2 (0,9) | 1 (0,5) | 7 (3,2) |
| Intravenosa | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |

***Nota.*** Cada estudiante puede haber utilizado más de una forma farmacéutica, dosis, frecuencia de consumo y vía por lo que el total de frecuencias puede superar el número de estudiantes.

**Tabla 15**

*Esquema posológico de antivirales utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| Variable | Medicina Humana n (%) | Enfermería n (%) | Farmacia y Bioquímica n (%) | Obstetricia n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Forma farmacéutica** | | | | | |
| Capsula | 0,0 (0,0) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) |
| Jarabe | 0,0 (0,0) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **Dosis** | | | | | |
| mg | 0,0 (0,0) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) |
| mL | 0,0 (0,0) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **Frecuencia de uso** | | | | | |
| Cada 12 h | 0,0 (0,0) | 0,0 (0,0) | 2 (0,9) | 0,0 (0,0) | 2 (0,9) |
| **Duración** | | | | | |
| 1 a 3 días | 0,0 (0,0) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) |
| 4 a 5 días | 0,0 (0,0) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) | 0,0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **Vía de administración** | | | | | |
| Oral | 0,0 (0,0) | 0,0 (0,0) | 2 (0,9) | 0,0 (0,0) | 2 (0,9) |

***Nota.*** Cada estudiante puede haber utilizado más de una forma farmacéutica, dosis, frecuencia de consumo y vía por lo que el total de frecuencias puede superar el número de estudiantes.

**Tabla 16**

*Esquema posológico de corticosteroides utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| Variable | Medicina Humana n (%) | Enfermería n (%) | Farmacia y Bioquímica n (%) | Obstetricia n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Forma farmacéutica** | | | | | |
| Tableta | 32 (14,4) | 24 (10,8) | 19 (8,6) | 19 (8,6) | 94 (42,3) |
| Intravenosa | 3 (1,4) | 3 (1,4) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 8 (3,6) |
| Otro | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **Dosis** | | | | | |
| mg | 33 (14,9) | 24 (10,8) | 19 (8,6) | 19 (8,6) | 95 (42,8) |
| mL | 3 (1,4) | 3 (1,4) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 8 (3,6) |
| **Frecuencia de uso** | | | | | |
| Cada 12 h | 28 (12,6) | 18 (8,1) | 19 (8,6) | 18 (8,1) | 83 (37,4) |
| Cada 24 h | 8 (3,6) | 9 (4,1) | 0 (0,0) | 3 (1,4) | 20 (9,0) |
| **Duración** | | | | | |
| 1 a 3 días | 36 (16,2) | 27 (12,2) | 17 (7,7) | 21 (9,5) | 101 (45,5) |
| > a 3 días | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 2 (0,9) |
| **Vía de administración** | | | | | |
| Oral | 32 (14,4) | 24 (10,8) | 19 (8,6) | 18 (8,1) | 93 (41,9) |
| Parenteral | 4 (1,8) | 3 (1,4) | 0 (0,0) | 3 (1,4) | 10 (4,5) |

***Nota.*** Cada estudiante puede haber utilizado más de una forma farmacéutica, dosis, frecuencia de consumo y vía por lo que el total de frecuencias puede superar el número de estudiantes.

**Tabla 17**

*Esquema posológico de broncodilatadores utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| Variable | Medicina Humana | Enfermería | Farmacia y Bioquímica | Obstetricia | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| **Forma farmacéutica** | | | | | |
| Inhalador | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 3 (1,4) |
| Nebulización | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 2 (0,9) |
| **Dosis** | | | | | |
| mcg | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 3 (1,4) |
| mL | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 2 (0,9) |
| **Frecuencia de uso** | | | | | |
| Cada 6 h | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| Cada 8 h | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 2 (0,9) |
| Según necesidad | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 2 (0,9) |
| **Duración** | | | | | |
| 1 a 3 días | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 2 (0,9) |
| 4 a 5 días | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 2 (0,9) |
| Mayor a 7 días | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **Vía de administración** | | | | | |
| Inhalatoria | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 4 (1,8) | 0 (0,0) | 5 (2,3) |

***Nota.*** Cada estudiante puede haber utilizado más de una forma farmacéutica, dosis, frecuencia de consumo y vía por lo que el total de frecuencias puede superar el número de estudiantes.

**Tabla 18**

*Esquema posológico de antitusígenos utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| Variable | Medicina Humana | Enfermería | Farmacia y Bioquímica | Obstetricia | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| **Forma farmacéutica** | | | | | |
| Jarabe | 8 (3,6) | 5 (2,3) | 12 (5,4) | 5 (2,3) | 30 (13,5) |
| Tableta | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 5 (2,3) | 0 (0,0) | 5 (2,3) |
| **Dosis** | | | | | |
| mL | 8 (3,6) | 5 (2,3) | 11 (5,0) | 5 (2,3) | 29 (13,1) |
| mg | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 6 (2,7) | 0 (0,0) | 6 (2,7) |
| **Frecuencia de uso** | | | | | |
| Cada 6 h | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 1 (0,5) | 1 (0,5) | 3 (1,4) |
| Cada 8 h | 8 (3,6) | 4 (1,8) | 15 (6,8) | 4 (1,8) | 31 (14,0) |
| Otro | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **Duración** | | | | | |
| 1 a 3 días | 0 (0,0) | 3 (1,4) | 9 (4,1) | 2 (0,9) | 14 (6,3) |
| 4 a 5 días | 8 (3,6) | 2 (0,9) | 8 (3,6) | 3 (1,4) | 21 (9,5) |
| **Vía de administración** | | | | | |
| Oral | 8 (3,6) | 5 (2,3) | 17 (7,7) | 5 (2,3) | 35 (15,8) |

***Nota.*** Cada estudiante puede haber utilizado más de una forma farmacéutica, dosis, frecuencia de consumo y vía por lo que el total de frecuencias puede superar el número de estudiantes.

**Tabla 19**

*Esquema posológico de mucolítico/expectorantes utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| Variable | Medicina Humana n (%) | Enfermería n (%) | Farmacia y Bio. n (%) | Obstetricia n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Forma farmacéutica** | | | | | |
| Jarabe | 15 (6,8) | 8 (3,6) | 8 (3,6) | 7 (3,2) | 38 (17,1) |
| Tableta | 1 (0,5) | 2 (0,9) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 5 (2,3) |
| Otra | 2 (0,9) | 3 (1,4) | 5 (2,3) | 2 (0,9) | 12 (5,4) |
| **Dosis** | | | | | |
| mL | 15 (6,8) | 8 (3,6) | 9 (4,1) | 7 (3,2) | 39 (17,6) |
| mg | 3 (1,4) | 5 (2,3) | 6 (2,7) | 2 (0,9) | 16 (7,2) |
| **Frecuencia de uso** | | | | | |
| Cada 6 h | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 3 (1,4) |
| Cada 8 h | 17 (7,7) | 11 (5,0) | 10 (4,5) | 5 (2,3) | 43 (19,4) |
| Otro | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 3 (1,4) | 4 (1,8) | 9 (4,1) |
| **Duración** | | | | | |
| 1 a 3 días | 1 (0,5) | 8 (3,6) | 10 (4,5) | 8 (3,6) | 27 (12,2) |
| 4 a 7 días | 17 (7,7) | 5 (2,3) | 5 (2,3) | 1 (0,5) | 28 (12,6) |
| **Vía de administración** | | | | | |
| Oral | 18 (8,1) | 13 (5,9) | 15 (6,8) | 9 (4,1) | 55 (24,8) |

***Nota.*** Cada estudiante puede haber utilizado más de una forma farmacéutica, dosis, frecuencia de consumo y vía por lo que el total de frecuencias puede superar el número de estudiantes.

**Tabla 20**

*Esquema posológico de antihistamínicos utilizados en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| Variable | Medicina Humana n (%) | Enfermería n (%) | Farmacia y Bio. n (%) | Obstetricia n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Forma farmacéutica** | | | | | |
| Tableta | 53 (23,9) | 36 (16,2) | 31 (14,0) | 30 (13,5) | 150 (67,6) |
| Jarabe | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| Otro | 3 (1,4) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 1 (0,5) | 6 (2,7) |
| **Dosis** | | | | | |
| mg | 54 (24,3) | 36 (16,2) | 34 (15,3) | 30 (13,5) | 154 (69,4) |
| mL | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 3 (1,4) |
| **Frecuencia de uso** | | | | | |
| Cada 12 h | 51 (23,0) | 30 (13,5) | 24 (10,8) | 22 (9,9) | 127 (57,2) |
| Cada 24 h | 5 (2,3) | 6 (2,7) | 10 (4,5) | 9 (4,1) | 30 (13,5) |
| **Duración** | | | | | |
| 1 a 3 días | 55 (24,8) | 31 (14,0) | 25 (11,3) | 29 (13,1) | 140 (63,1) |
| 4 a 7 días | 1 (0,5) | 5 (2,3) | 8 (3,6) | 2 (0,9) | 16 (7,2) |
| Mayor a 7 días | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 0 (0,0) | 1 (0,5) |
| **Vía de administración** | | | | | |
| Oral | 53 (23,9) | 36 (16,2) | 32 (14,4) | 30 (13,5) | 151 (68,0) |
| Otro | 3 (1,4) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 1 (0,5) | 6 (2,7) |

***Nota.*** Cada estudiante puede haber utilizado más de una forma farmacéutica, dosis, frecuencia de consumo y vía por lo que el total de frecuencias puede superar el número de estudiantes.

**Tabla 21**

*Características de utilización de medicamentos en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH según Escuela Profesional, 2026*

| Variable | Medicina Humana n (%) | Enfermería n (%) | Farmacia y Bio. n (%) | Obstetricia n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Condición de utilización del medicamento** | | | | | |
| Profesional de salud | 43 (19,4) | 25 (11,3) | 18 (8,1) | 20 (9,0) | 106 (47,7) |
| Sin indicación de un profesional de salud | 27 (12,2) | 26 (11,7) | 32 (14,4) | 31 (14,0) | 116 (52,3) |
| **Percepción de suficiencia de conocimientos farmacológicos por parte del estudiante para su uso en el tratamiento de ERA** | | | | | |
| Totalmente en desacuerdo | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (0,9) | 2 (0,9) |
| En desacuerdo | 2 (0,9) | 0 (0,0) | 5 (2,3) | 2 (0,9) | 9 (4,1) |
| Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 40 (18,0) | 21 (9,5) | 19 (8,6) | 16 (7,2) | 96 (43,2) |
| De acuerdo | 28 (12,6) | 29 (13,1) | 22 (9,9) | 26 (11,7) | 105 (47,3) |
| Totalmente de acuerdo | 0 (0,0) | 1 (0,5) | 4 (1,8) | 5 (2,3) | 10 (4,5) |

# CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

Las enfermedades respiratorias agudas constituyen un problema frecuente de salud que genera un elevado consumo de medicamentos, cuya utilización puede estar condicionada por la percepción de gravedad de los síntomas, el acceso a los servicios de salud y la automedicación. En este contexto, los estudios de utilización de medicamentos (EUM) permiten analizar los patrones de uso en poblaciones reales y valorar si estos responden a criterios de seguridad, efectividad y racionalidad (Abasolo Osinaga & Abecia Inchaurregui, 2005).

Por lo que la investigación tuvo como objetivo general analizar la utilización de medicamentos en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH durante el semestre académico 2026-I. En términos generales, los hallazgos evidenciaron un patrón de uso farmacológico caracterizado por el predominio del manejo sintomático, una frecuencia considerable de automedicación y un uso elevado de antibióticos, pese a que los cuadros clínicos reportados correspondieron principalmente a enfermedades respiratorias agudas leves, como resfriado común y gripe.

Respecto al primer objetivo específico, referido a la caracterización sociodemográfica de estudiantes con episodios de ERA, los resultados (Tabla 11) muestran una mayor concentración de casos en los rangos de 22 a 23 años (34,7 %) y 24 a 25 años (37,8 %). Esta distribución coincide parcialmente con lo reportado por Orejón López y Silva Romaní (2023), quienes identificaron una mayor prevalencia de automedicación en grupos jóvenes de 21 a 25 años (55 %), lo cual sugiere que la etapa de formación universitaria avanzada puede estar asociada a mayor exposición a prácticas de automedicación. Asimismo, la edad de los participantes se aproxima a la reportada por Vásquez Pérez (2025), cuya población estuvo constituida por estudiantes de Medicina Humana en Chachapoyas resaltando particularmente el grupo de 21 a 24 años. Tal coincidencia puede tener una explicación porque tienden a acumular estudiantes de edades correspondientes a los ciclos intermedio y avanzado de formación, especialmente si además se incluyen series superiores o años clínicos.

En este análisis la automedicación no sólo se relacionó de una manera directa con variables sociodemográficas, sino más bien con patrones de conductas de acceso y decisión terapéutica, a menudo del tipo que pueden ser explicadas por la homogeneidad relativa de la población universitaria en términos de nivel educativo y acceso a información sanitaria. Desde una consideración epidemiológica esto se alinea con el paso de factores clásicos de riesgo a factores determinantes conductuales y cognitivos en poblaciones formadas en Ciencias de la Salud.

Por otro lado, en la investigación predominó la población femenina (Tabla 11), con 66,7 %, frente al masculino, con 33,3 %, este predominio puede estar relacionado con la composición de la muestra, en la que participaron estudiantes de diferentes Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud, algunas de las cuales presentan una mayor presencia femenina, cuya característica resulta relevante para la interpretación de los resultados, debido a que la distribución por sexo refleja la composición de la población estudiada y no necesariamente una mayor utilización de medicamentos por parte de las mujeres. Este resultado fue similar al reportado por Orejón López y Silva Romaní (2023), quienes hallaron un 55,8 % de mujeres estudiantes de Enfermería de la UNSCH, guardando proximidad con Gómez et al. (2024), quien encontró 62,0 % de participantes mujeres en un estudio universitario realizado en Bolivia. Asimismo, coincide con el estudio de Elmahi et al. (2022) quienes reportaron 69,2 % de mujeres entre 1110 estudiantes de Medicina en Sudán.

Respecto a la procedencia (Tabla 11), predominó la población urbana, con un 56,3 %, mientras que el 43,7 % correspondió a estudiantes procedentes del área rural. Esta distribución podría relacionarse con la ubicación de la universidad y con la mayor concentración de población estudiantil proveniente de zonas urbanas; sin embargo, este resultado debe interpretarse principalmente como una característica sociodemográfica de la muestra. Este hallazgo guarda relación con lo reportado por Ramírez Rojas (2022), quién encontró un predominio de participantes de procedencia urbana (83,1 %), frente al 8,8 % de procedencia rural. No obstante, se observa una diferencia importante en la magnitud de esta predominancia, que podría estar relacionada con las características particulares de la población estudiada, el contexto geográfico y la ubicación de las instituciones donde se desarrollaron las investigaciones. La presencia de estudiantes de ambas procedencias permite considerar la diversidad del contexto de origen de los participantes, aspecto relevante para el análisis de la utilización de medicamentos frente a las enfermedades respiratorias agudas.

En relación con el segundo objetivo específico, que describe los patrones clínicos de las ERA, se evidenció que el 71,6 % de los estudiantes presentó un solo episodio de ERA, mientras que solo el 4,1 % reportó más de dos episodios. Asimismo, los cuadros más frecuentes fueron resfriado común (42,8 %) y gripe (34,2 %), lo que evidencia un predominio de afecciones respiratorias de vías superiores en la población estudiada (Tabla 12).

Respecto a la duración del último episodio (Tabla 12), se encontró que el 65,3 % de los estudiantes presentó una duración de 3 a 7 días, seguido del 28,8 % con una duración de 7 a 14 días y el 5,9 % con episodios mayores de 14 días. El predominio de episodios de corta duración es compatible con el comportamiento habitual de las ERA, las cuales suelen presentar un inicio agudo y una duración relativamente corta, generalmente de hasta 15 días. Este resultado guarda relación con lo reportado por Lin et al. (2020), quienes estudiaron infecciones respiratorias altas en población universitaria y consideraron manifestaciones como tos, rinorrea, congestión nasal, fiebre, odinofagia y cefalea, características de cuadros respiratorios agudos generalmente autolimitados. De este modo, la duración observada en la mayoría de los estudiantes resulta concordante con el carácter predominantemente agudo de los cuadros respiratorios identificados.

Por otro lado, respecto al diagnóstico de ERA confirmado por un médico (Tabla 12), se observó que el 80,2 % de los estudiantes manifestó no haber recibido confirmación médica, mientras que solo el 19,8 % señaló haber contado con evaluación profesional, lo que evidencia una elevada proporción de automanejo terapéutico frente a estos episodios. Este hallazgo resulta relevante, debido a que la mayoría de los episodios respiratorios fueron identificados por los propios estudiantes, por lo que las decisiones relacionadas con el tratamiento podrían basarse principalmente en la percepción de los síntomas y en experiencias previas. Esta situación guarda relación con lo reportado por Ricse Jiménez (2024), quien encontró una prevalencia de automedicación del 95,2 % en estudiantes de medicina humana, siendo el resfriado común (38,1 %) uno de los principales síntomas referidos. Asimismo, Vásquez Pérez (2025) reportó que más del 83 % de los estudiantes de medicina se automedicaban, principalmente porque consideraban sus síntomas leves o conocidos. De manera similar, Elmahi et al. (2022) encontraron que los síntomas de las vías respiratorias altas constituyeron la principal condición tratada con antibióticos sin prescripción (38,1 %), seguidos de la tos (30,4 %) y el resfriado común (26,2 %). En conjunto, estos hallazgos

sugieren que la percepción de baja gravedad o familiaridad de los síntomas podría favorecer la decisión de manejar estos episodios sin evaluación médica. Este comportamiento puede comprenderse desde el Modelo de Creencias en Salud, en el cual la percepción de susceptibilidad y gravedad influye en la búsqueda de atención sanitaria, así como desde el enfoque de autocuidado de Orem, donde el individuo asume decisiones terapéuticas basadas en su juicio personal, aunque no siempre con competencias clínicas suficientes para decisiones farmacológicas seguras (Tipan-Tasipanta et al., 2024).

En este sentido, las ERA en estudiantes se caracterizaron principalmente por episodios aislados, predominio del resfriado común y la gripe, una duración de 3 a 7 días y ausencia de confirmación médica en la mayoría de los casos. Estas características permiten contextualizar la utilización de medicamentos, considerando que gran parte de los estudiantes manejó sus episodios sin evaluación diagnóstica profesional. No obstante, por el carácter descriptivo de la investigación, no es posible establecer una relación causal entre la ausencia de diagnóstico y la utilización de medicamentos, ni determinar la etiología viral o bacteriana de los cuadros. En este contexto, el predominio de cuadros leves y de corta duración resulta relevante para valorar el uso racional de antibióticos en esta población.

En cuanto al tercer objetivo específico, referido al esquema posológico en el tratamiento de ERA (Tabla 13), los resultados muestran una alta utilización de antibióticos como amoxicilina (29,3%), amoxicilina-ácido clavulánico (18,5%) y azitromicina (8,6%), además de antiinflamatorios, antihistamínicos y corticosteroides en distintos porcentajes. Esto coincide con el estudio de Alvear et al. (2022), quienes identificaron que el 53,8 % de pacientes con infecciones respiratorias agudas no neumónicas recibió antibióticos, siendo la azitromicina el fármaco más prescrito (37,4%), pese a tratarse de cuadros en los que las guías clínicas restringen su indicación a situaciones específicas. Esta prescripción fue realizada en atención ambulatoria privada, mientras que en la presente investigación una proporción relevante corresponde a automedicación universitaria. La coincidencia se encuentra en la elevada exposición a antibióticos en enfermedades respiratorias que con frecuencia son virales.

También los resultados coincidieron parcialmente con Elmahi et al. (2022), quienes encontraron que la azitromicina fue el antibiótico sin prescripción más utilizado (29,9 %), seguida de amoxicilina/ácido clavulánico (26,8 %), esta diferencia se fundamentaría ya que en la presente investigación predominó la amoxicilina, lo que

podría relacionarse con disponibilidad local, prácticas de prescripción, preferencias terapéuticas y características del mercado farmacéutico de cada país. En el caso de Lin et al. (2020) también evidenciaron una utilización importante de antibióticos para enfermedades respiratorias altas, aunque su estudio no caracterizó dosis y duración por medicamento.

En ese sentido, la utilización de antibióticos también debe interpretarse desde la teoría del uso racional de medicamentos, la cual sostiene que el medicamento debe responder a una necesidad clínica definida, en una dosis, frecuencia y duración adecuadas. En la investigación, la pauta antibiótica más frecuente fue de 500 mg con 51,8 %, cada ocho horas con 37,8 % y una duración de cuatro a cinco días con 29,3 %; no obstante, también se registró duración de uno a tres días en 23,4 % (Tabla 14). La coexistencia de esquemas cortos, variables y posiblemente no individualizados refuerza la sospecha de prácticas terapéuticas incompletas o empíricas. Aunque no puede afirmarse que todos los usos hayan sido incorrectos, debido a que el diseño no verificó diagnóstico, indicación, ni receta, sí puede señalarse que el patrón observado es compatible con riesgo de subtratamiento, selección de resistencia bacteriana, recurrencia de síntomas y falsa percepción de eficacia, sobre todo si el cuadro era viral y la mejora sintomática es espontánea.

En relación con los antivirales, su utilización fue escasa, con 0,5 % para oseltamivir y 0,5 % para zanamivir (Tabla 13), a pesar de que el 34,2 % de los estudiantes reportó haber presentado gripe. Esta diferencia podría explicarse, en parte, por la ausencia de confirmación diagnóstica en la mayoría de los casos, considerando que la denominación “gripe” puede haber sido empleada por los estudiantes para referirse de manera general a síntomas respiratorios y no necesariamente a casos de influenza confirmada. En cuanto al esquema posológico, se registró una frecuencia de administración cada 12 horas en el 0,9 % de los estudiantes, una duración de 1 a 3 días en el 0,5 % y de 4 a 5 días en el 0,5 %, con predominio de la vía oral (0,9 %) (Tabla 15). Estos resultados guardan relación con Lin et al. (2020), quienes evidenciaron que los estudiantes universitarios con síntomas respiratorios adoptaban decisiones terapéuticas influenciadas por su percepción de la enfermedad y el acceso a los medicamentos. En este contexto, la baja utilización de antivirales podría reflejar tanto la falta de evaluación diagnóstica como el reconocimiento inespecífico de los cuadros respiratorios. Sin embargo, debido al reducido número de estudiantes que reportó el uso de estos medicamentos, los resultados no permiten establecer un patrón posológico

general ni determinar si su utilización correspondió a casos de influenza confirmada. Por ello, resulta pertinente fortalecer la orientación sobre la identificación adecuada de las enfermedades respiratorias y el uso racional de los medicamentos.

De otra manera, el uso de corticosteroides, en particular, dexametasona en el 34,2 % de los casos toma relevancia (Tabla 13), dado que en enfermedades respiratorias no complicadas no se recomienda en guías clínicas internacionales. Esto puede explicarse mediante una mala compresión del aspecto farmacológico, pues el estudiante es consciente de su efecto antiinflamatorio, pero no se reconoce su indicación clínica. En comparación, estudios como el de Guamanquispe Cuenca (2023) reflejan problemas similares en la población estudiada, donde el uso de fármacos no se conforme a esquemas racionales, así como se observan errores en dosis, duraciones, elección terapéutica, en niveles superiores al 40 % de los casos, siendo la idea reforzada no desde la perspectiva del acceso de la información, si no desde la aplicación clínica del conocimiento.

Además, el empleo de corticosteroides sistémicos no es extensible a toda la población y debe reservarse para situaciones concretas, como son las crisis asmáticas, obstrucción bronquial significativa u otros cuadros inflamatorios bien definidos. La posología se destaca por ser, en su mayoría, en forma de tabletas, cada 12 horas, con una duración de uno a tres días, lo que pone de manifiesto la búsqueda de un efecto rápido más que un propio tratamiento etiológico de la enfermedad (Tabla 16). Lo que podría explicar estos resultados es que el alumnado de la Facultad de Ciencias de la Salud es capaz de detectar la finalidad antiinflamatoria de estas medicaciones, pero no necesariamente dimensionar sus peligros cuando se utilizan sin evaluación clínica.

En relación con los broncodilatadores, su utilización fue poco frecuente, registrándose salbutamol en el 0,9 % y salmeterol en el 0,5 % de los estudiantes (Tabla 13). En cuanto al esquema posológico, se observó una frecuencia de administración cada 12 horas en el 0,5 %, una duración de 1 a 3 días en el 0,5 % y de 4 a 5 días en el 0,5 %, con predominio de la vía oral en el 0,9 % (Tabla 17). La baja utilización de estos medicamentos resulta concordante con el predominio de cuadros respiratorios leves reportados en la población estudiada. En este sentido, Kifle et al. (2021), en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, encontraron que el resfriado común, la tos y otros síntomas respiratorios representaron el 26,79 % de las condiciones que motivaron la automedicación, evidenciando que las manifestaciones respiratorias son frecuentes en esta población. Asimismo, el empleo de broncodilatadores debería corresponder a

situaciones clínicas que justifiquen su indicación y no únicamente a la presencia de síntomas respiratorios inespecíficos.

En relación con los antitusígenos, su utilización estuvo representada principalmente por dextrometorfano (15,3 %) y, en menor proporción, codeína (0,5 %) (Tabla 13). En cuanto al esquema posológico, se registró una frecuencia de administración cada 8 horas en el 7,2 % de los estudiantes, mientras que la duración más frecuente fue de 1 a 3 días (8,6 %), con predominio de la vía oral (15,8 %) (Tabla 18). Estos resultados evidencian que los antitusígenos fueron utilizados principalmente para el manejo sintomático de las manifestaciones respiratorias, particularmente la tos. Este hallazgo guarda relación con Kifle et al. (2021), quienes encontraron que el resfriado común, la tos y otros síntomas respiratorios representaron el 26,79 % de las condiciones que motivaron la automedicación en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud. Asimismo, Elmahi et al. (2022) reportaron que la tos constituyó una de las principales manifestaciones tratadas mediante automedicación con medicamentos en estudiantes de Medicina, con 30,4 %. En este contexto, el predominio del dextrometorfano podría reflejar la búsqueda de alivio sintomático ante la tos; sin embargo, debido a que el estudio no permite establecer la indicación clínica específica para cada medicamento, los resultados deben interpretarse como una descripción tal del patrón de utilización y no como evidencia de adecuación terapéutica.

En relación con los mucolíticos y expectorantes, su utilización estuvo representada principalmente por acetilcisteína (10,8 %) y ambroxol (7,7 %), mientras que la guaifenesina presentó una frecuencia de 0,5 % y los preparados combinados en jarabe alcanzaron el 5,9 % (Tabla 13). En cuanto al esquema posológico, predominó la administración cada 8 horas (19,4 %), seguida de otras frecuencias (4,1 %), mientras que la duración más frecuente fue de 4 a 7 días (12,6 %), con predominio de la vía oral (24,8 %) (Tabla 19). Estos resultados evidencian que los mucolíticos y expectorantes fueron utilizados como parte del manejo sintomático de las ERA, principalmente ante manifestaciones relacionadas con la producción o acumulación de secreciones respiratorias. Este hallazgo guarda relación con Kifle et al. (2021), quienes encontraron que el resfriado común, la tos y otros síntomas respiratorios constituyeron condiciones frecuentes asociadas a la automedicación en estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud. Asimismo, Elmahi et al. (2022) reportaron que la tos representó el 30,4 % de las manifestaciones que motivaron el uso de medicamentos entre estudiantes de Medicina.

Por su parte, el uso de fármacos antihistamínicos como cetirizina (38,3%), loratadina (18,5%) y clorfenamina (13,1%) se dio también en una alta proporción (Tabla 13); a diferencia del uso antibiótico y corticosteroide este dato tiene una cierta lógica en el marco de una rinorrea, congestión, estornudos y sintomatología catarral. Además, la modalidad administrativa es predominantemente la oral en tabletas, cada 12 horas y de una duración de 1 a 3 días, lo que se ajusta en parte al tratamiento sintomático de los síndromes respiratorios leves (Tabla 20). No obstante, los antihistamínicos podrían contribuir a calmar los síntomas o sensaciones de malestar pero en paralelo podrían estar en relación con somnolencia, dificultad académica o contribuir a polifarmacia en combinación con antigripales, antitusígenos o descongestivos, de modo que aunque su indicación tiene un mayor sentido en el resfriado común sigue siendo necesario trabajar la educación sobre su indicación, dosis, duración del tratamiento o duplicación de dosis, así como los efectos no deseados.

En relación con el cuarto objetivo específico, orientado a identificar las características de utilización de los medicamentos en las ERA, se encontró que el 52,3 % de los estudiantes utilizó medicamentos sin indicación de un profesional de salud, mientras que el 47,7 % los utilizó con indicación profesional (Tabla 21), los cuales evidencian un ligero predominio de la utilización de medicamentos sin indicación profesional en la población estudiada. Esto concuerda parcialmente con Orejón López y Silva Romaní (2023) en estudiantes de Enfermería de la UNSCH durante la pandemia por COVID-19, quienes reportaron una prevalencia de automedicación de 72,5 %, uso de antigripales en 55,0 % y fiebre como síntoma principal en 30,0 %. También, Kifle et al. (2021), encontraron que el 78,2 % de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Elmahi et al. (2022), 60,8 % tuvieron una elevada automedicación con antibióticos. Además, Lin et al. (2020) reportaron que el 48,8 % de estudiantes utilizaron antibióticos sin prescripción. Esto se fundamenta debido a que existen factores asociados como la accesibilidad a farmacias, el ingreso y la pertenencia a determinadas carreras (Kifle et al. 2021); asimismo, a factores asociados como la percepción de eficacia de los antibióticos, la gravedad percibida y el acceso a antibióticos (Lin et al. 2020); Elmahi et al. (2022) encontraron asociaciones con sexo, año académico e ingreso mensual.

En este estudio, la automedicación fue menor, con 52,3%, pero sigue siendo clínicamente relevante porque se concentra en un evento específico de ERA y no en automedicación general. Esta diferencia puede explicarse por los tiempos de COVID-

19, periodo caracterizado por temor al contagio, saturación de servicios, restricciones de atención presencial y mayor circulación de información informal sobre medicamentos; así como, obedecer a factores de acceso, contexto sanitario, definición operacional de automedicación y características académicas.

Asimismo, Ricse Jiménez (2024) en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Centro del Perú, reportó una elevada frecuencia de automedicación (95,2 %), asociada principalmente a factores personales (57,1 %), motivos económicos y a la condición de venta libre de los medicamentos (33,3 %). Estos hallazgos guardan relación con los resultados de la presente investigación, en los que también se observó una proporción importante de utilización de medicamentos sin indicación profesional, así como el empleo de medicamentos para el manejo de síntomas respiratorios. Esta similitud podría explicarse por la percepción de los estudiantes sobre la gravedad de los síntomas y por la facilidad de acceso a determinados medicamentos.

En la misma línea, Vásquez Pérez (2025) encontró que el 83,33 % de los estudiantes de Medicina Humana de una universidad pública de Chachapoyas se automedicó y que el 56,8 % señaló como motivo considerar sus síntomas como comunes. Estos resultados guardan relación con los hallazgos de la presente investigación, en la que el 80,2 % de los estudiantes no contó con diagnóstico médico y el 52,3 % utilizó medicamentos sin indicación de un profesional de salud. Esta similitud podría estar relacionada con la percepción de los estudiantes sobre la intensidad o familiaridad de los síntomas respiratorios, favoreciendo la decisión de manejar el episodio sin acudir a una evaluación profesional.

Los resultados también guardan relación con lo reportado por Blas y Vivas (2025), quienes encontraron una prevalencia media de uso de medicamentos OTC en el 65,5 % de los estudiantes y una relación positiva entre dicha utilización y factores demográficos, económicos, personales, conductuales y de salud. Asimismo, Guamanquispe Cuenca (2023) evidenció prácticas inadecuadas relacionadas con la administración (44,8 %) y con la dosis, pauta o duración (8,4 %). Estos hallazgos coinciden con la presente investigación al evidenciar que la utilización de medicamentos en población estudiantil puede estar condicionada por factores personales y por decisiones de uso que no necesariamente se sustentan en una indicación profesional.

Por otro lado, los hallazgos de Cortaza et al. (2023) y Gómez et al. (2024) permiten comprender que las ERA no dependen solo del acceso a medicamentos, sino también de condiciones biológicas, ambientales y conductuales, ya que encontraron asociación entre variables cuantitativas y ERA, destacando prácticas de autocuidado, hábitos higiénico-dietéticos, comorbilidades y condiciones de exposición. La ausencia de estas variables en la investigación impide determinar si algunos medicamentos respondieron a mayor severidad clínica o a factores de riesgo no registrados.

Como implicancias teóricas, los resultados amplifican la idea de que la automedicación en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud no es sólo fruto del desconocimiento, sino que también parece estar mediado por una combinación de factores como percepción de bajo riesgo, disponibilidad de medicamentos, experiencia previa, confianza académica, presión del tiempo, accesibilidad a boticas o farmacias y la normalización cultural del consumo farmacológico. Esto corrobora la razón por la que 47,3% de los estudiantes afirmara estar de acuerdo en que su formación universitaria correcta les brinda conocimientos idóneos para una utilización correcta de los fármacos en enfermedades respiratorias agudas y, finalmente, 43,2% se mantuviera en una posición neutral. La neutralidad nunca debe ser entendida como ausencia de opinión, sino como una señal de inseguridad o un reconocimiento implícito de límites.

Las implicancias prácticas de la investigación definen la necesidad de fortalecer los programas de educación farmacológica aplicada, enfocados no solo en el conocimiento teórico de los medicamentos, sino en la simulación de las decisiones clínicas desde la Facultad de Ciencias de la Salud para que a través de estos programas se implemente la generación de estrategias sobre el uso racional de medicamentos en sus propios estudiantes, no solo como contenido curricular sino como política institucional de la salud universitaria, lo que implica fortalecer la orientación farmacéutica, crear algoritmos sencillos para síntomas respiratorios leves, promover la consulta médica ante signos de alarma, desnormalizar la compra de antibióticos en farmacias sin receta y establecer campañas periódicas sobre resistencia antimicrobiana.

Como implicación metodológica, se orienta a estudios analíticos futuros con instrumentos validados, muestreo probabilístico, regresión multivariada, distinción entre prescripción, recomendación farmacéutica y automedicación estricta o verificación documental de recetas o historiales clínicos.

Por lo que respecta a las limitaciones de la investigación, se debe aceptar que, aun siendo una contribución descriptiva significativa, su diseño transversal no permite

obtener inferencia de causalidad entre la formación académica, el tipo de escuela profesional, la percepción del conocimiento (en cuanto al mismo uso de fármacos) y el uso de medicamentos. Igualmente, los datos se basan en autorreporte, lo que puede resultar en un sesgo por memoria o sesgo de deseabilidad social. La clasificación de enfermedades respiratorias tales como resfriado común, gripe, faringitis, amigdalitis, sinusitis o bronquitis, está basada en la información que reportan los estudiantes y no en diagnóstico clínico, en prueba etiológica o en historia médica.

## CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

1. Los estudios de utilización de medicamentos en estudiantes se orientaron principalmente al manejo sintomático de las ERA, con un predominio de antihistamínicos, descongestionantes y antibióticos, a pesar de que los cuadros clínicos más frecuentes fueron resfriado común y gripe, condiciones generalmente virales. La alta prevalencia de automedicación evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de educación en uso racional de medicamentos y promover la supervisión profesional, especialmente en carreras relacionadas con la salud.
2. En cuanto a las características sociodemográficas de estudiantes predominó el grupo etario de 24 a 25 años, el sexo femenino, la procedencia urbana y la serie académica 400; estas características permiten afirmar que la población estudiada estuvo conformada mayormente por estudiantes jóvenes, en formación avanzada y vinculados directamente con carreras sanitarias.
3. Los patrones clínicos mostraron que los tipos de ERA con mayor prevalencia correspondieron al resfriado común, la gripe y la faringitis. Estas patologías se caracterizaron predominantemente por presentar un solo episodio autoinformado, sin diagnóstico médico, con una duración de 3-7 días.
4. La descripción del esquema posológico de los medicamentos para las ERA evidenció predominio de la amoxicilina entre los antibióticos, en presentación de cápsulas, dosis de 500 mg, administración cada 8 horas, duración de 4 a 5 días y vía oral. En los corticosteroides predominó la dexametasona, mientras que entre los antihistamínicos destacó la cetirizina. En los antitusígenos predominó el dextrometorfano y en los mucolíticos/expectorantes, la acetilcisteína. Los antivirales y broncodilatadores presentaron una utilización mínima.
5. Se identificó que las principales características de utilización de medicamentos estuvieron determinadas por el tipo de indicación. Predominó la utilización de medicamentos sin indicación de un profesional de salud (52,3 %) en comparación con aquella realizada con indicación profesional (47,7 %). Asimismo, el 47,3 % de los estudiantes manifestó estar de acuerdo y el 4,5 % totalmente de acuerdo en

considerar suficientes sus conocimientos farmacológicos para el tratamiento de las ERA.

## CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES

1. Implementar programas educativos permanentes sobre el uso racional de medicamentos en enfermedades respiratorias agudas, dirigidos a estudiantes de las diferentes escuelas profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud. Estos programas no sólo deben atender la correcta identificación de cuadros respiratorios leves, la identificación de señales de alerta, la necesidad del diagnóstico profesional y los peligros de la automedicación.
2. Fortalecer los contenidos curriculares relacionados con farmacología clínica, farmacovigilancia, resistencia antimicrobiana y uso racional de antibióticos en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.
3. Incorporar estrategias de enseñanza basadas en casos clínicos sobre enfermedades respiratorias agudas, diferenciando cuadros virales y bacterianos. En este sentido, también permitiría a los alumnos el desarrollo de una serie de criterios más establecidos que les permitan reconocer cuándo son necesarios los antibióticos, los corticosteroides, los antivirales o los medicamentos sintomáticos.
4. Evitar la automedicación en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH, especialmente con antibióticos y corticosteroides, debido a que su uso inadecuado puede generar reacciones adversas, tratamientos incompletos, resistencia antimicrobiana y complicaciones clínicas. Igualmente, hay que recurrir a una evaluación sanitaria si los síntomas prosiguen, se recrudecen o se presentan con fiebre elevada, tos o disnea, tener dolor torácico, o si duran más de una semana.
5. Realizar estudios analíticos que permitan identificar los factores asociados a la automedicación y al uso de antibióticos en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, donde se pueda evaluar variables como nivel de conocimiento farmacológico, ciclo académico, Escuelas Profesionales, acceso a servicios de salud, influencia familiar, recomendación de terceros y disponibilidad de medicamentos. Asimismo, que incorporen métodos complementarios, como revisión de recetas, entrevistas, grupos focales o verificación de medicamentos

utilizados, con el fin de reducir el sesgo de memoria y mejorar la precisión de los datos sobre dosis, frecuencia, duración del tratamiento y tipo de prescripción.

## BIBLIOGRAFÍA


Abasolo Osinaga, E., & Abecia Inchaurregui, L. C. (2005). Estudios de utilización de medicamentos (EUM). Aspectos conceptuales y metodológicos. *Pharmaceutical Care España*, *7*(2), 132-138.

Alvear, G., Santibáñez, L., Sepúlveda, R., Ramírez, V., Martínez, B., Alvear, G., Santibáñez, L., Sepúlveda, R., Ramírez, V., & Martínez, B. (2022). Prescripción de antibióticos en las infecciones respiratorias agudas no neumonías en atención ambulatoria en la práctica privada. *Revista médica de Chile*, *150*(8), 1000-1009. https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000801000

Aza Pascual-Salcedo, M., Garjón Parra, F. J., Pina Gadea, B., & Labarta Mancho, C. (2003). Estudios De Utilización De Medicamentos (revisión De La Literatura Española). *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2008m2n15/rceap_a2008m2n15a5.pdf

Ballona Padilla, E. H., & Sandoval Damián, L. A. (2024). *Prevalencia de infecciones respiratorias bacterianas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2016—2020* [Pregrado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/12795

Blas, & Vivas. (2025). *Nivel de prevalencia y factores asociados al uso de medicamentos OTC en estudiantes de 5to de secundaria de la Institución Educativa N° 162 San José Obrero del distrito de San Juan de Lurigancho, setiembre-octubre 2024* [Pregrado, Universidad María Auxiliadora]. https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/2702/restricted-resource?bitstreamId=d0d7d884-5cc7-4508-83d3-093f5d119856

Center for Disease Control and Prevention. (2025a, septiembre 8). *Acerca del distanciamiento físico y los virus respiratorios*. Respiratory Illnesses. https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/es/prevention/acerca-del-distanciamiento-fisico-y-los-virus-respiratorios.html

Center for Disease Control and Prevention. (2025b, septiembre 8). *Tomar medidas para tener aire limpio y prevenir los virus respiratorios*. Respiratory Illnesses. https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/es/prevention/tomar-medidas-para-tener-aire-limpio-y-prevenir-los-virus-respiratorios.html

Center for Disease Control and Prevention. (2025c, septiembre 9). *Las mascarillas y la prevención de virus respiratorios*. Respiratory Illnesses.

https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/es/prevention/las-mascarillas-y-la-prevencion-de-virus-respiratorios.html

Center for Disease Control and Prevention. (2025d, septiembre 9). *Prevención de la propagación de virus respiratorios si está enfermo*. Respiratory Illnesses. https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/es/prevention/prevencion-de-la-propagacion-de-virus-respiratorios-si-esta-enfermo.html

Center for Disease Control and Prevention. (2025e, diciembre 19). *Prevención de las enfermedades respiratorias*. Respiratory Illnesses. https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/es/prevention/prevencion-de-las-enfermedades-respiratorias.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025, septiembre 8). *La higiene y prevención de virus respiratorios*. Respiratory Illnesses. https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/es/prevention/la-higiene-y-prevencion-de-virus-respiratorios.html

Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para la Metodología de Estadísticas de Medicamentos. (2026). *Guidelines for ATC classification and DDD assignment*. https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index_and_guidelines/guidelines/

Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades, & Ministerio de Salud. (2025). *Episodios de IRA, Perú 2020 – 2025**. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2025/SE19/iras.pdf?utm_source=

Cínica Universidad de Navarra. (2026). *Prescripción* [Diccionario médico]. https://www.cun.es. https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/prescripcion

Cortaza, J. del R. G., Bonifaz, M. A. T., Rodríguez, N. A. V., Columbus, R. Q., Bravo, E. G., Robles, E. A. P., Morante, L. A. T., García, W. A. G., Muñoz, A. F. O., & Rutti, Y. Y. G. (2023). Factores de riesgo asociado a enfermedades respiratorias agudas en el personal del Hospital. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, *43*(3). (from 2007). https://doi.org/10.12873/434gordillo

De la Rosa Negrón, F. I. (2024, diciembre 29). La prescripción enfermera de antibioterapia empírica en casos de infección del tracto urinario no complicada. Análisis y defensa de la medida. *Hygia de Enfermería*, *41*(3). https://revistahygia.es/revistas/2024-volumen-41-tomo-3/la-prescripcion-

enfermera-de-antibioterapia-empirica-en-casos-de-infeccion-del-tracto-urinario-no-complicada-analisis-y-defensa-de-la-medida/

Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas (DMID), & Ministerio de Salud. (2026, agosto 28). *Uso Racional de Medicamentos (URM)*. https://www.gob.pe/83915-uso-racional-de-medicamentos-urm-direccion-de-medicamentos-insumos-y-drogas-dmid

Elmahi, O. K. O., Musa, R. A. E., Shareef, A. A. H., Omer, M. E. A., Elmahi, M. A. M., Altamih, R. A. A., Mohamed, R. I. H., & Alsadig, T. F. M. (2022). Perception and practice of self-medication with antibiotics among medical students in Sudanese universities: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, *17*(1), e0263067. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263067

European Medicines Agency (EMA). (2022). *Pharmaceutical form*. https://www.ema.europa.eu/en/glossary-terms/pharmaceutical-form

Gállego-Royo, A., Pérez-Álvarez, C., Marco-Gómez, B., Sebastián Sánchez, I., Astier-Peña, M. P., Urbano Gonzalo, O., Altisent Trota, R., & Delgado-Marroquín, M. T. (2023). Los problemas de salud más prevalentes en los estudiantes de Medicina: Revisión de la literatura. *Educación Médica*, *24*(1), 100774. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100774

Gómez, D. V., Flores, A. M. D., & Espinoza, M. D. R. (2024). Influencia de las enfermedades respiratorias y caries dental con la higiene bucal y la dieta en el seguro social Universitario Oruro. *Revista Científica de la Seguridad Social de Corto Plazo*, *3*(2), 18-21. https://doi.org/10.59918/sgvg1948tj70k

Grant, J., & Saux, N. L. (2021). Duration of antibiotic therapy for common infections. *Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada*, *6*(3), 181-197. https://doi.org/10.3138/jammi-2021-04-29

Guamanquispe Cuenca, C. D. (2023). *Uso racional de medicamentos analgésicos antiinflamatorios no esteroides en adolescentes de la Unidad Educativa Ambato* [Pregrado, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo]. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. https://dspace.espoch.edu.ec/items/4721b9f7-c342-421f-8203-8779a9ad8b25

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education. https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612

Instituto Nacional de Cáncer. (2019, febrero 2). *Definición de medicamento—Diccionario de cáncer del NCI* - [nciAppModulePage]. (nciglobal,ncienterprise). https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/medicamento

International Union of Pure and Applied Chemistry. (2025). Dosage regimen (15176) [Online version]. En *IUPAC Compendium of Chemical Terminology* (5th ed.). https://doi.org/10.1351/goldbook.15176

Katzung, B. G., & Vanderah, T. W. (2021). *Farmacología básica y clínica* (15.ª). McGraw Hill. https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=254927408&bookid=3038

Kifle, Z. D., Mekuria, A. B., Anteneh, D. A., & Enyew, E. F. (2021). Self-medication Practice and Associated Factors among Private Health Sciences Students in Gondar Town, North West Ethiopia. A Cross-sectional Study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, *58*, 00469580211005188. https://doi.org/10.1177/00469580211005188

Kim, J., & De Jesus, O. (2026). Medication Routes of Administration. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568677/

Leung, N. H. L. (2021). Transmissibility and transmission of respiratory viruses. *Nature reviews. Microbiology*, *19*(8), 528-545. https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41579-021-00535-6

Lifshitz, A., Arrieta, O., Burgos, R., Campillo, C., Celis, M. Á., Llata, M. de la, Domínguez, J., Halabe, J., Islas, S., Jasso, L., Moreno, M., Plancarte, R., Reyes-Sánchez, A., Ruiz-Argüelles, G., Soda, A., Verástegui, E., Sotelo, J., Lifshitz, A., Arrieta, O., … Sotelo, J. (2020). Automedicación y autoprescripción. *Gaceta médica de México*, *156*(6), 612-614. https://doi.org/10.24875/gmm.20000426

Lin, L., Fearon, E., Harbarth, S., Wang, X., Lu, C., Zhou, X., & Hargreaves, J. R. (2020). Decisions to use antibiotics for upper respiratory tract infections across China: A large-scale cross-sectional survey among university students. *BMJ Open*, *10*(8), e039332. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039332

Lista, A. D., & Sirimaturos, M. (2021). Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Principles for Toxicology. *Critical Care Clinics*, *37*(3), 475-486. https://doi.org/10.1016/j.ccc.2021.03.001

Llacua Leon, L. N., & Ataipoma Casallo, R. (2025). *Intervención de la atención farmacéutica y efecto en el nivel de conocimiento para la prevención de infecciones respiratorias, Huancavelica 2023* [Pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. https://repositorio.upla.edu.pe/item/931f38d0-5afd-4b97-a34b-fc905e492102

MedlinePlus. (2019). *Antihistamínicos para las alergias*. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina. https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000549.htm?utm_source=chatgpt.com

Ministerio de Salud. (2005). *Manual de buenas prácticas de prescripción*. Biblioteca Central del Ministerio de Salud. https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322151-manual-de-buenas-practicas-de-prescripcion

Ministerio de Salud. (2011). *Medicamentos se prescriben según síntomas que se presentan al momento de la atención*. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/35829-medicamentos-se-prescriben-segun-sintomas-que-se-presentan-al-momento-de-la-atencion

Ministerio de Salud. (2025a). *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Vía Respiratoria Alta* [Guía Técnica]. https://www.gob.pe/institucion/hlev/informes-publicaciones/6458801-guia-de-practica-clinica-de-diagnostico-y-tratamiento-de-las-infecciones-de-via-respiratoria-alta

Ministerio de Salud. (2025b, mayo 5). *¿Qué son las infecciones respiratorias agudas?* https://www.gob.pe/21263-infecciones-respiratorias-agudas-ira

Ministerio de Salud, & Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. (2023). *Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud. Perú 2023*. https://hdl.handle.net/20.500.14882/1110

Ochoa Gutierrez, Q. L. (2024). *Actitudes y hábitos de uso de medicamentos de venta libre en establecimientos comerciales en la población adulta en el distrito de Ayacucho, 2024.* [Pregrado, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. https://repositorio.unsch.edu.pe/handle/20.500.14612/7373

Ofori-Asenso, R., & Agyeman, A. A. (2016). Irrational Use of Medicines—A Summary of Key Concepts. *Pharmacy*, *4*(4), 35. https://doi.org/10.3390/pharmacy4040035

Orejon Lopez, C. V., & Silva Romani, F. A. (2023). *"Factores ralacionados con la prevalencia de la automedicación en los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería—UNSCH, en tiempos de Covid—19. Ayacucho, 2022"* [Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5262

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication*. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/items/468d79f6-9788-4296-9bc9-68014166373d

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Promoción del uso racional de medicamentos: Componentes centrales*. https://iris.who.int/items/b239620c-4ed8-41a8-b35c-e60a82f3eca2

Organización Mundial de la Salud. (2003a). *Introduction to drug utilization research*. https://www.who.int/publications/i/item/8280820396

Organización Mundial de la Salud. (2003b). *The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses (ATC/DDD)*. https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/the-anatomical-therapeutic-chemical-classification-system-with-defined-daily-doses

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*. https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/document-library/document/Non-pharmaceutical%20public%20health%20measures%20for%20mitigating%20the%20risk%20and%20impact%20of%20epidemic%20and%20pandemic%20influenza.pdf?utm_source

Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Centro de tratamiento de infecciones respiratorias agudas graves: Manual práctico para instalar y gestionar un centro de tratamiento de las infecciones respiratorias agudas graves y una zona*

*para el tamizaje de estas en los establecimientos de asistencia médica*. https://iris.who.int/items/f6c2e24d-6d89-443e-bea5-653d9384c116

Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre*. https://www.who.int/publications/i/item/10665-331603

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Preguntas y respuestas sobre la ventilación y el aire acondicionado y la COVID-19*. https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-ventilation-and-air-conditioning

Organización Mundial de la Salud. (2023a). *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification*. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification

Organización Mundial de la Salud. (2023b). *Coronavirus disease (COVID-19): Masks*. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-masks

Organización Mundial de la Salud. (2023c). *The ATC/DDD Methodology*. https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/methodology

Organización Mundial de la Salud. (2024a). *Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air*. https://www.who.int/publications/m/item/global-technical-consultation-report-on-proposed-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air

Organización Mundial de la Salud. (2024b). *International Classification of Diseases (ICD)*. https://www.who.int/es/standards/classifications/classification-of-diseases

Organización Mundial de la Salud. (2024c). *La OMS actualiza las directrices para la atención de la gripe e incluye recomendaciones sobre los virus con potencial pandémico*. https://www.who.int/es/news/item/13-09-2024-who-updates-influenza-care-guidelines--includes-recommendations-for-viruses-with-pandemic-potential

Organización Mundial de la Salud. (2025a). *Guidelines on hand hygiene in community settings*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240116559

Organización Mundial de la Salud. (2025b, diciembre 10). *Seasonal influenza—Global situation*. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586?utm_source=chatgpt.com

Organización Mundial de la Salud. (2026a). *Defined Daily Dose (DDD)*. https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/about-ddd

Organización Mundial de la Salud. (2026b, julio 16). *Resistencia a los antimicrobianos*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance

Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. https://iris.paho.org/items/8fd0be4a-fa54-4adf-bb0e-6fa5e797aa3f

Organización Mundial de la Salud, & Prequalification of Medical Products (IVDs, Medicines, Vaccines and Immunization Devices, Vector Control). (2024). *Glossary*. https://extranet.who.int/prequal/glossary-acronyms/f

Organización Panamericana de la Salud. (2003, noviembre 10). *Manual de Procedimientos para el Diagnóstico de Laboratorio de las Infecciones Respiratorias Agudas de Etiología Viral; 2003: Generalidades*. https://www.paho.org/es/documentos/manual-procedimientos-para-diagnostico-laboratorio-infecciones-respiratorias-agudas-0

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios—OPS/OMS*. https://www.paho.org/es/temas/influenza-sars-cov-2-vsr-otros-virus-respiratorios

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias*. https://www.paho.org/es/temas/uso-racional-medicamentos-otras-tecnologias-sanitarias

Organización Panamericana de la Salud. (2026, abril 7). *Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios*. https://www.paho.org/es/temas/influenza-sars-cov-2-vsr-otros-virus-respiratorios

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (1980, septiembre 30). *Informe Belmont - Principios eticos y directrices para la proteccion de sujetos humanos de investigacion: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento*. https://www.paho.org/es/documentos/informe-belmont-principios-eticos-directrices-para-proteccion-sujetos-humanos

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2024a). *Actualización Epidemiológica: SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios en la Región de las Américas*. OPS/OMS.

https://www.paho.org/sites/default/files/2024-01/2024-ene-8-phe-actualizacion-epi-sarscov2-ovr-esfinal.pdf?utm_source=

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2024b, julio 10). *Neumonía: La importancia de la adherencia al tratamiento y el buen uso de antibióticos*. https://www.paho.org/es/noticias/10-7-2024-neumonia-importancia-adherencia-al-tratamiento-buen-uso-antibioticos

Pagès-Puigdemont, N., Valverde-Merino, M. I., Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: Factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, *59*(4), 251-258. https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357

Petat, H., Schuers, M., Le Bas, F., Humbert, X., Rabiaza, A., Corbet, S., Vabret, A., Gouilh, M. A., & Marguet, C. (2025). Characterizing acute respiratory infections in primary care for better management of viral infections. *Npj Primary Care Respiratory Medicine*, *35*(1), 28. https://doi.org/10.1038/s41533-025-00434-w

Premuda, C., Santambrogio, M., Misuraca, S., Putti, G., Maraz, F., Sarassi, A., Bulfamante, A., Blasi, F., & Gramegna, A. (2026). Nonpharmacological interventions for managing infections in chronic respiratory diseases: A comprehensive overview. *Breathe*, *22*(1). https://doi.org/10.1183/20734735.0058-2025

Ramírez Rojas, S. P. (2022). *Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados al uso de los antibióticos en la población del distrito de San Juan Bautista, Ayacucho 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. https:// https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0df80854-d9b5-4de8-b7df-5fb4de28321f/content

Ricse Jiménez, A. S. (2024). *Factores relacionados con la automedicación en los estudiantes de primer a quinto semestre de la Facultad de Medicina Humana de la UNCP en el periodo de abril a agosto, Huancayo-Perú 2022* [Pregrado, Universidad Nacional del Centro del Perú]. http://hdl.handle.net/20.500.12894/10797

Rivas Riveros, E., Rivas Lienqueo, A., Bustos Medina, L., Rivas Riveros, E., Rivas Lienqueo, A., & Bustos Medina, L. (2018). Consumo de medicamentos en

profesionales y técnicos/ administrativos de la salud: Situación de prescripción. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *7*(2), 63-82. https://doi.org/10.22235/ech.v7i2.1652

Sanchez Acuña, K. V. (2024). *Actitudes y hábitos de uso de medicamentos de venta libre en establecimientos comerciales en la población adulta en el Distrito de Carmen Alto, 2024.* [Pregrado, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. https://repositorio.unsch.edu.pe/handle/20.500.14612/7410

Téllez López, A. M., & López Orozco, M. (2013). El papel del farmacéutico en el equipo de salud. *Educación y Salud: Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, *2*(3), 12.

Tipan-Tasipanta, A. Y., Urrutia-Viteri, A. I., Balseca-Álvarez, S. J., & Gómez-Martínez, N. (2024). La teoría de autocuidado Orem en la independencia del paciente. Revisión sistemática [The Orem self-care theory in patient independence. Systematic review]. *Sanitas. Revista arbitrada de ciencias de la salud*, *3*(especial enfermería Ambato), 77-84. https://doi.org/10.62574/f1k73g17

Troya-Terranova, T. C. (2026). Análisis de los procesos de adquisición de medicamentos en la administración pública de salud: Una revisión sistemática. *Revista InveCom*, *6*(1). https://doi.org/10.5281/zenodo.15686659

U.S. Food and Drug Administration. (2022). Dosage Forms. *FDA*. https://www.fda.gov/industry/structured-product-labeling-resources/dosage-forms

U.S. Food and Drug Administration. (2023). *Dosage and Administration Section of Labeling: Part 1 of 2*. https://www.fda.gov/media/169647/download?utm_source=

Vásquez Pérez, F. N. (2025). *Factores relacionados con la automedicación en estudiantes de medicina humana de una universidad pública, Chachapoyas, 2024* [Pregrado, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas]. UNTRM-Institucional. https://hdl.handle.net/20.500.14077/4496

Westry Huertas, J. E. (2023). *Uso de antibióticos en infecciones respiratorias en adultos jovenes, distrito de Breña, 2021* [Pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. https://hdl.handle.net/20.500.12727/11868

Windpessl, M., Kostopoulou, M., Conway, R., Berke, I., & Bruchfeld, A. (2023). Preventing infections in immunocompromised patients with kidney diseases:

Vaccines and antimicrobial prophylaxis | Nephrology Dialysis Transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *38*(2). https://academic.oup.com/ndt/article/38/Supplement_2/ii40/7176079

Zabalegui Yárnoz, A., & Lombraña Mencia, M. (2019). *Administración de medicamentos y cálculo de dosis* (Tercera). https://bluebooksoft.com/ENFERMERIA_TECNICA/619.pdf

# ANEXOS

## Anexo 1

*Matriz de operacionalización de variables*

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicadores | Codificación | Autor | Tipo de Variable | Escala de Medición | Número de ítems |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudios de utilización de medicamentos en ERA | Son los que analizan la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad. Abarcan la prescripción, dispensación e ingesta de medicamentos. En este estudio solo se considera el "uso de medicamentos, referido a estudios de consumo" (OMS, 1977). | Información recolectada mediante encuesta estructurada y autoadministrada sobre el uso de medicamentos en estudiantes que han padecido ERA. | Características sociodemográficas de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud | Edad | En años | Adaptación propia | Cuantitativa | De razón | 1 |
| | | | | Sexo | 1=Masculino<br>2=Femenino<br>3= Prefiero no responder | | Cualitativa | Nominal | 2 |
| | | | | Procedencia | 1=Urbana<br>2=Rural | | Cualitativa | Nominal | 3 |
| | | | | Carrera que estudia | 1=Farmacia y Bioquímica<br>2=Medicina Humana<br>3=Enfermería<br>4=Obstetricia | | Cualitativa | Nominal | 4 |
| | | | | Serie | 1=Serie 400<br>2=Serie 500 | | Cualitativa | Nominal | 5 |
| | | | Patrones clínicos de las enfermedades respiratorias agudas (ERA) | Número de episodios ERA | =1 episodio<br>=2 episodios<br>= más de 2 episodios | Adaptación propia | Cuantitativa | Discreta | 6 |
| | | | | Tipo de ERA según clasificación estadística internacional (CIE-11) | 1=CA00: Resfriado común<br>2=CA07: Gripe<br>3=CA02: Faringitis<br>4=CA03: Amigdalitis<br>5=CA01: Sinusitis aguda<br>6=AB00: Otitis media aguda<br>7=CA20: Bronquitis aguda<br>8= CA05: Laringitis<br>9=CA40: Neumonía | Adaptado de OMS, (2023) | Cualitativa | Nominal | 7 |
| | | | | Tipo de diagnóstico de ERA | 1=Si (con diagnóstico médico)<br>2= No (sin diagnóstico médico) | Adaptación propia | Cualitativa | Nominal | 8 |
| | | | | Tiempo del proceso de ERA | 1=3-7 días; 2=7-14 días; 3=>14 días | Adaptación propia | Cualitativa | Ordinal | 9 |

**Anexo *1***

*Continuación*

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicadores | Codificación | Autor | Tipo de Variable | Escala de Medición | Numero de ítems |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Esquemas posológicos de las ERA por clase farmacológica | Clasificación Anatómica terapéutica y química (ATC) de medicamentos | 1=J01: Antibióticos<br>2=J05: Antivirales<br>3=R03BA/H02AB: Corticosteroides<br>4=R03A/R03B: Broncodilatadores<br>5=R05D: Antitusígenos/supresores de la tos<br>6=R05C: Mucolíticos/expectorantes<br>7=R06A/R01BA: Antihistamínicos y descongestionantes | Adaptado de DURG/WHO, (2003) | Cualitativa | Nominal | 11,12,13,14, 15,16,17 |
| | | | | Forma farmacéutica | 1=Tableta; 2=Jarabe; 3=Inyectable; 4=Otra | Adaptado del MINSA, (2023) | Cualitativa | Nominal | |
| | | | | Dosis administrada | 1=250 mg; 2=500 mg; 3=875 mg; 4=1 g; 5=Otra | Adaptado del MINSA, (2023) | Cuantitativa discreta | Ordinal | |
| | | | | Frecuencia de uso | 1=Cada 6 h; 2=Cada 8 h; 3=Cada 12h; 4=Otra | Adaptado del MINSA, (2023) | Cuantitativa discreta | Ordinal | |
| | | | | Vía de administración | 1=Oral; 2=IM; 3=IV; 4=Inhalatoria; 5=Otra | Adaptado del MINSA, (2023) | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Características de utilización de los medicamentos en enfermedades respiratorias agudas (ERA) | Condición de utilización del medicamento | 1=Profesional de salud<br>2=Automedicación | Azócar *et a*l. (2023) | Cualitativa | Nominal | 18 |
| | | | | Percepción de conocimiento | 1=Totalmente en desacuerdo<br>2=En desacuerdo<br>3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo<br>4=De acuerdo<br>5=Totalmente de acuerdo | Azócar *et al.* (2023) | Cualitativa | Nominal | 19 |

## Anexo 2

*Matriz de consistencia*

**Título:** Estudio de utilización de medicamentos para enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud 2026.

Autor: Jhedy Luisa Marquina Escobar

| Formulación del problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Metodología |
|---|---|---|---|---|
| **Problema General** | **Objetivo General** | | **Variable** | Alcance: |
| ¿Cómo es la utilización de medicamentos en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga (UNSCH) durante el año 2026-I?<br>**Problemas Específicos**<br>1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH que hayan presentado enfermedades respiratorias agudas?<br>2. ¿Qué patrones clínicos presentan las enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH?<br>3. ¿Cuál es el esquema posológico empleado en el tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH? | Analizar la utilización de medicamentos en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga durante el semestre 2026-I.<br>**Objetivos Específicos**<br>1. Describir las características sociodemográficas de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH que hayan presentado enfermedades respiratorias agudas.<br>2. Determinar los patrones clínicos de las enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH.<br>3. Describir el esquema posológico empleado en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH. | No aplica debido a que los estudios descriptivos no requieren formular hipótesis, ya que su propósito es describir características sin probar relaciones causales o comparativas entre variables. | Estudios de utilización de medicamentos en ERA<br>**Dimensiones:**<br>Características sociodemográficas de estudiantes<br>Patrones clínicos de las enfermedades respiratorias agudas (ERA)<br>Esquemas posológicos de las enfermedades respiratorias agudas por clasificación farmacológica<br>Características de utilización de los medicamentos en enfermedades respiratorias agudas (ERA) | Diseño:<br>Transversal, observacional y cuantitativo<br>Unidad de análisis:<br>Un estudiante perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la serie 400 y 500, matriculado en el semestre académico 2026-I.<br>Población:<br>528 estudiantes matriculados en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, semestre 2026-I<br>Muestra: 222 estudiantes matriculados en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH durante el semestre académico 2026-I.<br>Probabilístico, aleatorio estratificado. Con criterios de inclusión.<br>Criterios de inclusión: estudiantes matriculados, que presenten al menos un episodio de enfermedad respiratoria aguda en los últimos tres meses, que den su consentimiento voluntario a participar y estén activos en la serie 400 y 500. |

## Anexo 2

*Continuación*

| Formulación del problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Metodología |
|---|---|---|---|---|
| **Problema General** | **Objetivo General** | | | Análisis de los resultados: se realizarán análisis descriptivos<br>Consideraciones éticas: el estudio se conducirá respetando los principios éticos establecidos. |
| 4. ¿Qué características de utilización de medicamentos se observan en el manejo de las enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH? | 4. Identificar las características de utilización de los medicamentos en las enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH. | | | |

**Anexo 3**

*Consentimiento informado*

**Estimado/a participante:**

Usted está siendo invitado/a, a participar en la investigación titulada: "Estudio de utilización de medicamentos para enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud 2026".

Esta investigación tiene como objetivo "Analizar la utilización de medicamentos en enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga (UNSCH) durante el semestre 2026-I".

Su participación es **voluntaria**, **anónima** y **confidencial**. Los datos recolectados serán utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, sin afectar en modo alguno su situación académica ni personal. Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias.

Al continuar con esta encuesta, usted declara que:

- Ha leído y comprendido la información anterior.
- Acepta participar de forma libre y voluntaria.
- Autoriza el uso de sus respuestas para fines de investigación.

**Para continuar, marque la siguiente casilla:** (casilla configurada como **obligatoria** para que el participante pueda avanzar)

☐ *Acepto participar voluntariamente en este estudio y autorizo el uso de mis respuestas para fines académicos.*

## Anexo 4

*Cuestionario estructurado*

**Encuesta sobre utilización de medicamentos en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud con enfermedades respiratorias agudas (ERA)**

**Instrucciones:** Marque con una **X** la opción que corresponda. Y especifique con respuesta corta en caso que se le pregunte.

**I. Características sociodemográficas de estudiantes**

1. Edad: ☐ 20-21 ☐ 22-23 ☐ 24-25 ☐ >25
2. Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
3. Procedencia: ☐ Urbana ☐ Rural
4. Escuela profesional:

☐ Medicina Humana ☐ Enfermería
☐ Farmacia y Bioquímica ☐ Obstetricia

5. Serie académica: ☐ 400 ☐ 500

**II. Patrones clínicos de las enfermedades respiratorias agudas (ERA)**

6. Cuantos episodios de ERA ha tenido durante los últimos tres meses: ☐ 1 ☐ 2 ☐ >2
7. ¿Cuál presentó? ☐ Resfriado común ☐ Gripe ☐ Faringitis ☐ Amigdalitis ☐ Sinusitis ☐ Otitis media ☐ Bronquitis ☐ Laringitis ☐ Neumonía
8. ¿Fue diagnosticado por médico? ☐ No ☐ Sí
9. Duración del último episodio: ☐ 3-7 días ☐ 7-14 días ☐ >14 días
10. Lugar de atención: ☐ Centro médico universitario ☐ Puesto de salud ☐ Centro de salud ☐ Hospital ☐ Farmacia/Botica ☐ Otro: _____

**III. Esquemas posológicos de las ERA por clasificación farmacológica**

**1. Antibióticos**

11. ¿Usó antibióticos? ☐ Sí ☐ No

- **Medicamento principal:**

☐ Amoxicilina ☐ Amoxicilina-ácido clavulánico ☐ Azitromicina ☐ Cefalexina ☐ Sulfametoxazol-trimetoprim ☐ Claritromicina ☐ Ceftriaxona ☐ Otro: _____

- **Forma farmacéutica:** ☐ Tableta ☐ Cápsula ☐ Suspensión ☐ Inyectable ☐ Otra
- **Dosis:** ☐ 250 mg ☐ 500 mg ☐ 875 mg ☐ 1 g ☐ Otra: _____
- **Frecuencia:** ☐ Cada 4 h ☐ Cada 6 h ☐ Cada 8 h ☐ Otra: _____
- **Vía:** ☐ Oral ☐ IM ☐ IV
- **Duración del tratamiento:**

☐ 1-3 días ☐ 4-5 días ☐ 6-7 días ☐ >7 días

**2. Antivirales**

12. ¿Usó antivirales? ☐ Sí ☐ No

- **Medicamento principal**: ☐ Oseltamivir ☐ Zanamivir ☐ Otro: _____
- **Forma farmacéutica:** ☐ Cápsula ☐ Jarabe ☐ Inhalador ☐ Otra: _____
- **Dosis:** ☐ mg ☐ mL ☐ Otra: _____
- **Frecuencia:** ☐ Cada 12 h ☐ Cada 24 h ☐ Otra: _____
- **Vía:** ☐ Oral ☐ Inhalatoria ☐ Otra: _____
- **Duración del tratamiento:**

☐ 1-3 días ☐ 4-5 días ☐ 6-7 días ☐ >7 días

**3. Corticosteroides**

13. ¿Usó corticosteroides? ☐ Sí ☐ No

- **Medicamento principal:**

☐ Prednisona ☐ Prednisolona ☐ Dexametasona ☐ Metilprednisolona ☐ Budesonida ☐ Fluticasona ☐ Beclometasona ☐ Hidrocortisona ☐ Otro: _____

- **Forma farmacéutica:** ☐ Tableta ☐ Inhalador ☐ IV ☐ Otra
- **Dosis:** ☐ mg ☐ mL ☐ Otra: _____
- **Frecuencia:** ☐ Cada 8 h ☐ Cada 12 h ☐ Cada 24 h ☐ Otra: _____
- **Vía:** ☐ Oral ☐ Inhalatoria ☐ Parenteral
- **Duración del tratamiento:**

☐ 1-3 días ☐ >3 días

**4. Broncodilatadores**

14. ¿Usó broncodilatadores? ☐ Sí ☐ No

- **Medicamento principal:**

☐ Salbutamol ☐ Salmeterol ☐ Formoterol ☐ Terbutalina ☐ Fenoterol ☐ Ipratropio ☐ Tiotropio ☐ Budesonida/formoterol ☐Salmeterol/fluticasona ☐ Otro: _____

- **Forma farmacéutica:** ☐ Inhalador ☐ Nebulización ☐ Otra _____
- **Dosis:** ☐ mcg ☐ mL ☐ Otra: _____
- **Frecuencia:** ☐ Cada 6 h ☐ Cada 8 h ☐ Según necesidad ☐ Otra: _____
- **Vía:** ☐ Inhalatoria ☐ Otra
- **Duración del tratamiento:**

☐ 1-3 días ☐ 4-7 días ☐ >7 días

**5. Antitusígenos / Supresores de la tos**

15. ¿Usó antitusígenos? ☐ Sí ☐ No

- **Medicamento principal:**

☐ Dextrometorfano ☐ Codeína ☐ Noscapina

☐ Benzonatato ☐ Otro: _____

- **Forma farmacéutica:** ☐ Jarabe

☐ Tableta ☐ Otra

- **Dosis:** ☐ mL ☐ mg ☐ Otra: _____
- **Frecuencia:**

☐ Cada 6 h ☐ Cada 8 h ☐ Otra: _____

- **Vía:** ☐ Oral ☐ Otra: _____
- **Duración del tratamiento:**

☐ 1-3 días ☐ 4-7 días ☐ >7 días

**6. Mucolíticos / Expectorantes**

16. ¿Usó mucolítico o expectorante?

☐ Sí ☐ No

- **Medicamento principal:**

☐ Acetilcisteína ☐ Ambroxol

☐ Bromhexina ☐ Guaifenesina

☐ Combinados jarabe (ambroxol + dextrometorfano/antitusígeno)

☐ Otro: _____

- **Forma farmacéutica:** ☐ Jarabe

☐ Tableta ☐ Inyectable

- **Dosis:** ☐ mL ☐ mg ☐ Otra: _____
- **Frecuencia:**

☐ Cada 6 h ☐ Cada 8 h ☐ Otra: _____

- **Vía:** ☐ Oral ☐ Otra: _____

**7. Antihistamínicos/ Descongestionantes**

17. ¿Usó antihistamínicos/descongestionantes?

☐ Sí ☐ No

- **Medicamento principal:**

☐ Loratadina ☐ Cetirizina

☐ Clorfeniramina ☐ Pseudoefedrina

☐ Fenilefrina ☐ Oximetazolina

☐ Otro: _____

**Forma farmacéutica:** ☐ Tableta ☐ Jarabe

☐ Aerosol nasal ☐ Otra

- **Dosis:** ☐ mg ☐ mL ☐ Otra: _____
- **Frecuencia:**

☐ Cada 12 h ☐ Cada 24 h ☐ Otra: _____

- **Vía:** ☐ Oral ☐ Nasal ☐ Otra: _____
- **Duración del tratamiento:**

☐ 1-3 días ☐ 4-7 días ☐ >7 días

**IV. Características de utilización de los medicamentos en ERA**

18. Condición de utilización del medicamento:

☐ Profesional de salud ☐ Automedicación

19. Percepción de suficiencia de conocimientos farmacológicos por parte del estudiante: ¿Considera que la formación recibida en su carrera universitaria le brinda los conocimientos suficientes para el uso adecuado de medicamentos en el tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas?

☐ Totalmente en desacuerdo

☐ En desacuerdo

☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo

☐ De acuerdo

☐ Totalmente de acuerdo

## Anexo 5

*Fichas de validación del instrumento de recolección de datos mediante juicio de expertos y resultado del coeficiente V de Aiken para la validez de contenido del instrumento de recolección de datos*

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES**

**1. DATOS GENERALES**

1.1.Apellidos y nombres del juez : Yarlequé Mujica, José Alejandro
1.2.Grado académico/mención: : Dr. en Farmacia y Bioquímica
1.3.DNI/Teléfono y/o celular : 28262545 / 985 130 040 /
1.4.Cargo e institución donde labora: : Decano de la Faultad de Ciencias de la Salud -UNSCH

**2. ASPECTOS DE EVALUACIÓN**

| INDICACIONES | CRITERIOS | DEFICIENTE | BAJA | REGULAR | BUENA | MUY BUENA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Claridad | Esta formulado con un lenguaje apropiado y comprensible | | | | | X |
| 2. Objetividad | Permite medir hechos observables | | | | | X |
| 3. Vigencia | Cumple con las necesidades actuales. | | | | | X |
| 4. Organización | Presentación ordenada. | | | | | X |
| 5. Suficiencia | Las definiciones conceptuales de las variables son apropiadas y están correctamente formuladas. | | | | | X |
| 6. Pertinencia | Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados | | | | | X |
| 7. Consistencia | Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos | | | | | X |
| 8. Coherencia | Entre variables, dimensiones, indicadores o ítems | | | | | X |
| 9. Metodología | La estrategia responde al propósito de la investigación | | | | | X |
| 10. Aplicación | Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente. | | | | | X |

| CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 10 |

**CALIFICACIÓN GLOBAL:** Coeficiente de validez $= \frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = \frac{5(10)}{50} = 1.0$

3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD**: ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa.

| CATEGORÍA | | INTERVALO |
|---|---|---|
| valido, reformular | | [0,20 – 0,40] |
| valido, modificar | | <0.41 – 0,60] |
| lido, mejorar | | <0,61 – 0,80] |
| lido aplicar | | <0,81 – 1,00] |

4. **RECOMENDACIONES:** ----------

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. José A. Yarlequé Mujica
DECANO

FIRMA DEL JUEZ

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

**1. DATOS GENERALES**

1.1.Apellidos y nombres del juez : ENCISO ROCA, EDWIN CARLOS
1.2.Grado académico/mención: : DOCTOR
1.3.DNI/Teléfono y/o celular : 28293693/966-658303
1.4.Cargo e institución donde labora: : DOCENTE

**2. ASPECTOS DE EVALUACIÓN**

| INDICACIONES | CRITERIOS | DEFICIENTE | BAJA | REGULAR | BUENA | MUY BUENA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Claridad | Esta formulado con un lenguaje apropiado y comprensible | | | | | X |
| 2. Objetividad | Permite medir hechos observables | | | | X | |
| 3. Vigencia | Cumple con las necesidades actuales. | | | | | X |
| 4. Organización | Presentación ordenada. | | | | X | |
| 5. Suficiencia | Las definiciones conceptuales de las variables son apropiadas y están correctamente formuladas. | | | | X | |
| 6. Pertinencia | Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados | | | | | X |
| 7. Consistencia | Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos | | | | | X |
| 8. Coherencia | Entre variables, dimensiones, indicadores o ítems | | | | | X |
| 9. Metodología | La estrategia responde al propósito de la investigación | | | | | X |
| 10. Aplicación | Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente. | | | | X | |

| CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 4 | 6 |

**CALIFICACIÓN GLOBAL:** Coeficiente de validez $= \frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = \frac{4(4)+5(6)}{50} = 0.92$

3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD**: ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa.

| CATEGORÍA | | INTERVALO |
|---|---|---|
| valido, reformular | | [0,20 – 0,40] |
| valido, modificar | | <0.41 – 0,60] |
| lido, mejorar | | <0,61 – 0,80] |
| lido aplicar | | <0,81 – 1,00] |

4. **RECOMENDACIONES:** ----------

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Edwin C. Enciso Roca
DOCTOR EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA

FIRMA DEL JUEZ

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

**1. DATOS GENERALES**

1.1.Apellidos y nombres del juez : Ccana Ccapatina Gary Vidal
1.2.Grado académico/mención: : Doctorado en Ciencias Farmacéuticas
1.3.DNI/Teléfono y/o celular : 44665911/92191775
1.4.Cargo e institución donde labora: : Gerente en Inversiones Generales Korimarka

**2. ASPECTOS DE EVALUACIÓN**

| INDICACIONES | CRITERIOS | DEFICIENTE | BAJA | REGULAR | BUENA | MUY BUENA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Claridad | Esta formulado con un lenguaje apropiado y comprensible | | | | | ✓ |
| 2. Objetividad | Permite medir hechos observables | | | | | ✓ |
| 3. Vigencia | Cumple con las necesidades actuales. | | | | | ✓ |
| 4. Organización | Presentación ordenada. | | | | | ✓ |
| 5. Suficiencia | Las definiciones conceptuales de las variables son apropiadas y están correctamente formuladas. | | | | | |
| 6. Pertinencia | Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados | | | | | ✓ |
| 7. Consistencia | Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos | | | | ✓ | ✓ |
| 8. Coherencia | Entre variables, dimensiones, indicadores o ítems | | | | | ✓ |
| 9. Metodología | La estrategia responde al propósito de la investigación | | | | ✓ | |
| 10. Aplicación | Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente. | | | | | ✓ |

| CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 2 | 8 |

**CALIFICACIÓN GLOBAL:** Coeficiente de validez $= \frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} =$ 0.96

3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD**: ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa.

| CATEGORÍA | | INTERVALO |
|---|---|---|
| valido, reformular | | [0,20 – 0,40] |
| valido, modificar | | <0.41 – 0,60] |
| lido, mejorar | | <0,61 – 0,80] |
| lido aplicar | | <0,81 – 1,00] |

4. **RECOMENDACIONES:** ----------

Ccapatina Vidal
Gary Vidal
QUÍMICO FARMACÉUTICO
C.Q.F.P. 1490

---

FIRMA DEL JUEZ

## Resultados del coeficiente V de Aiken para la validez de contenido del instrumento de recolección de datos

| N°. | Criterio | Juez 1: Dr. Yarlequé Mujica, José Alejandro | Juez 2: Dr. Enciso Roca, Edwin Carlos | Juez 3: Dr. Ccana Ccapatina, Gary Vidal | Sumatoria (s) | n | c | V de Aiken $V = \frac{\sum s}{n\,.\,(c-1)}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Claridad | 5 | 5 | 5 | 12 | 3 | 5 | 1,000 |
| **2** | Objetividad | 5 | 4 | 5 | 11 | 3 | 5 | 0,917 |
| **3** | Vigencia | 5 | 5 | 5 | 12 | 3 | 5 | 1,000 |
| **4** | Organización | 5 | 4 | 5 | 11 | 3 | 5 | 0,917 |
| **5** | Suficiencia | 5 | 4 | 5 | 11 | 3 | 5 | 0,917 |
| **6** | Pertinencia | 5 | 5 | 5 | 12 | 3 | 5 | 1,000 |
| **7** | Consistencia | 5 | 5 | 4 | 11 | 3 | 5 | 0,917 |
| **8** | Coherencia | 5 | 5 | 5 | 12 | 3 | 5 | 1,000 |
| **9** | Metodología | 5 | 5 | 4 | 11 | 3 | 5 | 0,917 |
| **10** | Aplicación | 5 | 4 | 5 | 11 | 3 | 5 | 0,917 |
| **Validez Global** | | | | | | | | **0,950** |

**Fórmula de coeficiente de validez V de Aiken:**

$$V = \frac{\sum s}{n\,.(c-1)} = 0{,}95$$

Donde:

- s = Sumatoria de los "sí"
- n = Número de jueces,
- c = Número de valores de la escala de valoración

| Intervalos | Significado |
|---|---|
| 0,000 - 0,499 | Validez nula |
| 0,500 - 0,599 | Validez muy baja |
| 0,600 - 0,699 | Validez baja |
| 0,700 - 0,799 | Validez aceptable |
| 0,800 - 0,899 | Validez buena |
| 0,900 - 1,000 | Validez muy buena |

El coeficiente de validez puede obtener valores entre 0 y 1, a medida que el valor obtenido en el cuestionario sea alto tendrá una validez mayor.

## Anexo 6

*Confiabilidad del instrumento titulado "Encuesta sobre utilización de medicamentos en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud con enfermedades respiratorias agudas"*

## Base de datos de la prueba piloto para determinar la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach

| No | I. Características sociodemográficas de estudiantes | | | | | II. Patrones clínicos de las ERA | | | | | III. Esquemas posológicos de las ERA por clasificación farmacológica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | IV. Características de EUM en ERA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | Antibióticos | | | | | | | Antivirales | | | | | | | Corticosteroides | | | | | | | Broncodilatadores | | | | | | | Antitusígenos / Supresores de la tos | | | | | | | Mucolíticos / Expectorantes | | | | | | | Antihistamínicos/ Descongestionantes | | | | | | | | |
| | p1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | P11a | P11b | P11c | P11d | P11e | P11f | P12 | P12a | P12b | P12c | P12d | P12e | P12f | P13 | P13a | P13b | P13c | P13d | P13e | P13f | P14 | P14a | P14b | P14c | P14d | P14e | P14f | P15 | P15a | P15b | P15c | P15d | P15e | P15f | P16 | P16a | P16b | P16c | P16d | P16e | P16f | P17 | P17a | P17b | P17c | P17d | P17e | P17f | P18 | P19 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| 4 | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 |
| 6 | 4 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 |
| 7 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 4 |
| 8 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 |
| 9 | 2 | 1 | 1 | 3 | 5 | 3 | 7 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| 10 | 4 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 7 | 2 | 2 | 1 | 1 | 7 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| σ | 1.64 | 0.21 | 0.16 | 1.2 | 1.36 | 0.36 | 5.04 | 0.21 | 0.24 | 2.81 | 0.16 | 4.8 | 2.01 | 1.64 | 2.56 | 0.41 | 0.41 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.24 | 2.16 | 1.36 | 1.36 | 1.6 | 1.36 | 0.24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.09 | 0.09 | 0.09 | 0.09 | 0.36 | 0.09 | 0.36 | 0.25 | 2.29 | 0.61 | 0.61 | 1.81 | 0.25 | 0.89 | 0.24 | 1.01 | 1.29 | 0.76 | 0.56 | 0.76 | 1 | 0.21 | 0.24 |

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left(1 - \frac{\sum_{i=1}^{k} \sigma_i^2}{\sigma_T^2}\right) \qquad \alpha = \frac{19}{19-1}\left(1 - \frac{47{,}49}{198{,}6}\right) = 0{,}803$$

Donde:

- $\alpha$: coeficiente de confiabilidad
- k: número total de ítems del instrumento
- $\sigma_i^2$: varianza de cada ítem individual
- $\sigma_T^2$: varianza total del test (suma de todos los ítems

| Rango del coeficiente α | Nivel de confiabilidad |
|---|---|
| ≥ 0,90 | Excelente confiabilidad |
| 0,80 – 0,89 | Buena confiabilidad |
| 0,70 – 0,79 | Aceptable confiabilidad |
| 0,60 – 0,69 | Cuestionable confiabilidad |
| 0,50 – 0,59 | Pobre confiabilidad |
| < 0,50 | Inaceptable confiabilidad |

**Anexo 7**

*Registro fotográfico durante aplicación del instrumento en estudiantes de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2026*



**Anexo 8**

*Registro fotográfico durante aplicación del instrumento en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2026*



**Anexo 9**

*Registro fotográfico durante aplicación del instrumento en estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2026*



**Anexo 10**

*Registro fotográfico durante aplicación del instrumento en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2026*



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 834-2026 -UNSCH- FCSA-D**

**BACHILLER:** JHEDY LUISA MARQUINA ESCOBAR

En la ciudad de Ayacucho, siendo las diez y veinte de la mañana del día seis de noviembre del año dos mil veintiséis, se reunieron en el Auditorio de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica los docentes miembros del jurado evaluador, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado: **Estudio de utilización de medicamentos para enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud 2026 ,** presentado por el Bachiller **JHEDY LUISA MARQUINA ESCOBAR;** para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. El jurado evaluador está conformado por:

Presidente (delgado por el Decano) : Prof. Edwin Carlos Enciso Roca

Miembros : Prof. Cinthia Gavilan Zamora

: Prof. Vivian Vilma Falconi Oré

4to jurado : Prof. Gabriela Bellido Mujica

Asesores : Prof. Nancy Victoria Castilla Torres

Secretaria docente : Prof. Paola Sofía Córdova Huamaní

Y, actuando de secretaria docente la Prof. Paola Sofía Córdova Huamaní. Con el quorum de reglamento se dio inicio la sustentación de tesis, el presidente del jurado evaluador pide al secretario docente dar lectura a los documentos presentados por las recurrentes, resolución decanal.

Da inicio la exposición el Bachiller: **JHEDY LUISA MARQUINA ESCOBAR**

Una vez concluida, el presidente del jurado evaluador solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, seguidamente da pase al asesor de tesis Prof. Nancy Victoria Castilla Torres, para que pueda aclarar algunas preguntas e interrogantes.

El presidente invita a las sustentantes abandonar el auditorio para que puedan proceder con la calificación.

**RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL**

Bachiller: **JHEDY LUISA MARQUINA ESCOBAR**

| JURADOS | Texto | Exposición | Preguntas | P. final |
|---|---|---|---|---|
| Prof. Cinthia Gavilan Zamora | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Prof. Vivian Vilma Falconi Oré | 17 | 16 | 15 | 16 |
| Prof. Gabriela Bellido Mujica | 18 | 18 | 19 | 18 |
| **PROMEDIO FINAL** | | | | **17** |

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar al Bachiller **JHEDY LUISA MARQUINA ESCOBAR**; quien obtuvo la nota final de **DIECISIETE (17)** respectivamente para la cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las once y cuarenta de la mañana, se da por concluido el presente acto académico presencial.

Prof. Cinthia Gavilan Zamora
Miembro

Prof. Vivian Vilma Falconi Oré
Miembro

Prof. Gabriela Bellido Mujica
4to jurado

Prof. Nancy Victoria Castilla Torres
Asesor

Prof. Edwin Carlos Enciso Roca
(Delegado por el Decano)
Presidente

Paola Sofía Córdova Huamaní
Secretaria Docente

El Instructor en Segunda Instancia, en virtud de la RCU N° 039 – 2021 – UNSCH – CU, y en calidad de Director de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, emite la presente

# CONSTANCIA

## DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A Jhedy Luisa MARQUINA ESCOBAR, Bachiller de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Facultad de Ciencias de la Salud, en mérito a que la tesis titulada: Estudio de utilización de medicamentos para enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud 2026; ha alcanzado un índice de similitud de 11 % (once por ciento); cumpliendo satisfactoriamente lo establecido en el Art. 13 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga mediante el uso del SOFTWARE TURNITIN.

En tal sentido, se emite la presente constancia en señal de conformidad.

Ayacucho, 01 de octubre de 2026

Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

*Dr. Enrique Javier Aguilar Felices*
*Director*

Firmado digitalmente por Enrique Javier Aguilar Felices
Fecha: 2026.10.01 19:52:13 -05'00'

**CONTANCIA N° 028 - 2026**

# Estudio de utilización de medicamentos para enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud 2026

*por* Jhedy Luisa MARQUINA ESCOBAR

**Fecha de entrega:** 01-oct-2026 07:21p. m. (UTC-0500)
**Identificador de la entrega:** 3047918407
**Nombre del archivo:** BORRADOR_DE_TESIS.pdf (2.28M)
**Total de palabras:** 28530
**Total de caracteres:** 159874

Estudio de utilización de medicamentos para enfermedades respiratorias agudas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud 2026

INFORME DE ORIGINALIDAD

| 11% | 10% | 6% | 8% |
|---|---|---|---|
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga<br>Trabajo del estudiante | 5% |
| 2 | repositorio.unsch.edu.pe<br>Fuente de Internet | 1% |
| 3 | livrosdeamor.com.br<br>Fuente de Internet | <1% |
| 4 | alicia.concytec.gob.pe<br>Fuente de Internet | <1% |
| 5 | www.minsalud.gov.co<br>Fuente de Internet | <1% |
| 6 | repositorio.ucsm.edu.pe<br>Fuente de Internet | <1% |
| 7 | cssn.espoch.edu.ec<br>Fuente de Internet | <1% |
| 8 | Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC<br>Trabajo del estudiante | <1% |
| 9 | omeka.unibe.ac.cr<br>Fuente de Internet | <1% |
| 10 | repositorio.ucv.edu.pe<br>Fuente de Internet | <1% |
| 11 | Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista<br>Trabajo del estudiante | <1% |
| 12 | repositorio.uncp.edu.pe<br>Fuente de Internet | <1% |
| 13 | dspace.unitru.edu.pe<br>Fuente de Internet | <1% |
| 14 | aprenderly.com<br>Fuente de Internet | <1% |
| | fr.slideshare.net | |

| | | |
|---|---|---|
| 15 | Fuente de Internet | <1 % |
| 16 | difuciencia.unibe.edu.py<br>Fuente de Internet | <1 % |
| 17 | Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez<br>Trabajo del estudiante | <1 % |
| 18 | repositorio.unsaac.edu.pe<br>Fuente de Internet | <1 % |
| 19 | www.revista-portalesmedicos.com<br>Fuente de Internet | <1 % |
| 20 | Gutiérrez, Richard Donal Muñante. "La Implementación del Enfoque ético de la investigación en la formación de Estudiantes Universitarios Como un Aporte a la generación del Valor público de las Universidades: Una Mirada a la incorporación del Componente ético en Proyectos de investigación académica en el Marco de los Fondos Concursables PAIN, PADET y PAIP de los años 2017 y 2018 de la PUCP", Pontificia Universidad Catolica del Peru - CENTRUM Catolica (Peru), 2022<br>Publicación | <1 % |
| 21 | repositorio.upt.edu.pe<br>Fuente de Internet | <1 % |
| 22 | repository.unad.edu.co<br>Fuente de Internet | <1 % |
| 23 | hdl.handle.net<br>Fuente de Internet | <1 % |
| 24 | espanol.cdc.gov<br>Fuente de Internet | <1 % |
| 25 | repositorio.unfv.edu.pe<br>Fuente de Internet | <1 % |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Excluir citas | Activo | Excluir coincidencias | < 30 words |
| Excluir bibliografía | Activo | | |