

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**



**Uso de Antibióticos en la Atención Primaria de
Niños Menores de 5 Años que acuden al Centro
de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras
del Distrito Carmen Alto, Provincia Huamanga,
2014.**

**TESIS PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

Presentado Por:

Bach: QUISPE VILCHEZ, Doris

Bach: COLOS CISNEROS, Grimaldo

AYACUCHO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios por regalarme el maravilloso don de la vida y brindarme su grandioso amor e infinito apoyo para vencer los obstáculos.

A mis queridos padres: Alejandro y Augusta, a mis hermanos: Fany, Sonia, Rosmery y Adriel por brindarme amor, confianza y apoyo incondicional en cada momento de mi vida para lograr el éxito profesional.

A mi abuelita Julia y a mi angelito que desde el cielo ilumina mi sendero.

A mis amigas y amigos por brindarme su amistad incondicional.

DORIS

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me ha enseñado a valorar cada día. A mi padre, ser maravilloso, que me cuida desde el cielo. A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo el trayecto de mi vida. A mis hermanos quienes han velado por mí, durante este arduo camino para convertirme en un profesional. A mis profesores, gracias por su tiempo, apoyo y sabiduría que me transmitieron en el proceso de mi formación profesional.

CRIMALDO

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ponernos en este mundo, por bendecirnos y darnos el valor, el amor, la fe para creer en las personas que Dios ha puesto en nuestro camino.

A la gloriosa, valiente y siempre combativa Universidad Nacional san Cristóbal de Huamanga, tricentenario Universidad de América, alma mater de la educación, forjadora del cambio y el progreso del pueblo Ayacuchano; quien me cobijo en sus aulas para hacerme útil a la sociedad.

A la facultad de Enfermería y su plana docente, por sus orientaciones, conocimientos y enseñanzas impartidas.

A mi asesor el profesor Florencio Curi Tapahuasco por guiarme en la presente tesis.

A nuestros miembros del jurado: Georgina E. Icochea Martel, Luz Elena Quispe Loayza, Edward Barboza Palomino.

Y a todas las personas que de una u otra forma participaron en el desarrollo del presente estudio.

USO DE ANTIBIÓTICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE Y PUESTO DE SALUD POKRAS DEL DISTRITO CARMEN ALTO, PROVINCIA HUAMANGA, 2014.

Autores:

QUISPE VILCHEZ, Dorisy COLOS CISNEROS, Grimaldo

RESUMEN:

Objetivo: Determinar el uso de antibióticos en la atención primaria de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, Ayacucho, 2014.

Material y Métodos: Investigación Cuantitativa, Aplicativo, Descriptiva y Transversal, con una muestra de 57 historias clínicas de niños menores de 5 años atendidos en Centro de Salud Vista alegre y Puesto de Salud Pokras del Distrito Carmen Alto de la Provincia de Huamanga, 2014.

Resultados: 1. Las manifestaciones clínicas presentadas por los niños menores de 5 años e identificadas para el uso de antibióticos en un 43,9% fueron, fiebre, dolor, diarrea y un 56,1% no presentaron estas manifestaciones. 2. Del 100,0% de niños con infecciones, 87,7% recibieron antibiótico terapia, sin tener en consideración que algunas infecciones son de etiología vírica y que frente a ellos es inefectivo el antibiótico terapia. 3. La amoxicilina fue el antibiótico de elección para el tratamiento de la bronquitis aguda (49,1%) y para la faringoamigdalitis (22,8%). 4. En el caso del refriado común, se trató con Sulfametoxazol (3,5) % y sin antibiótico (1,8%). 5. La diarrea con fiebre se trató con Sulfametoxazol (3,5%), amoxicilina (1,8%) y lincomicina (1,8%), respectivamente. 6. La amoxicilina fue el antibiótico de elección de las enfermeras (28,1%), seguida por un 3.5% por los médico, odontólogo y técnica respectivamente. **Conclusiones:** Existe uso de antibióticos en el tratamiento de infecciones respiratorias y diarreicas de los niños menores de 5 años que acuden al centro de salud vista alegre y Puesto de Salud Pokras del Distrito Carmen Alto.

PALABRAS CLAVE: Antibiótico terapia – Uso de antibióticos.

USE THE ANTIBIOTICS IN PRIMARY CARE OF CHILDREN UNDER 5 YEARS WHO GO TO THE CENTER OF VISTA ALEGRE HEALTH AND PLACE OF HEALTH DISTRICT POKRAS CARMEN ALTO, PROVINCE HUAMANGA, 2014.

Authors:

QUISPE VILCHEZ, Doris and COLOS CISNEROS, Grimaldo

ABSTRAC:

Objective: To determine the use antibiotics in primary care for children under 5 years attending the Health Center and Vista Alegre Post Pokras District Health Carmen Alto, Ayacucho, 2014. **Material and Methods:** Quantitative Research, Applicative, Descriptive and Transversal, with a sample of 57 medical records of children under 5 years who Vista Health Center Post Pokras cheerful and Carmen Alto District of the Province of Huamanga, 2014 Health. **Results:** 1. The clinical manifestations exhibited by children under five years and identified for the use of antibiotics in 43.9% were: fever, pain, diarrhea and 56.1% did not present these demonstrations. 2. Del 100.0% of children with infections, 87.7% received antibiotic therapy, without considering that some infections are viral etiology and in front of them is ineffective antibiotic therapy. 3. Amoxicillin was the drug of choice for treatment of acute bronchitis (24.5%) and the pharynx tonsillitis (22.8%) 4. In the case of the common cold, treated with sulfa (3.5)% without antibiotic (1.8%). 5. fever diarrhea treated with sulfa (3.5%), amoxicillin (1.8%) and lincomycin (1.8%), respectively. 6. Amoxicillin was the drug of choice for nurses (28.1%), followed by 3.5% for the medical, dental and technical respectively. **Conclusions:** The use antibiotics in the treatment of respiratory infections in children under 5 years attending to the health center and cheerful view of Pokras Since Carmen Alto Health District.

Keywords: Antibiotic therapy -

INDICE

Pág.	
	DEDICATORIA.....ii
	AGRADECIMIENTOS.....iv
	RESUMEN.....v
	ABSTRAC.....vi
	CAPÍTULO I
	INTRODUCCION.....01
	CAPITULO II
	REVISIÓN DE LA LITERATURA.....07
	CAPITULO III
	MATERIAL Y METODOS.....31
	CAPITULO IV
	RESULTADOS Y DISCUSION.....34
	CONCLUISIONES.....55
	RECOMENDACIONES.....58
	BIBLIOGRAFIA.....60
	ANEXOS.....64

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere del tema medio didáctico audio visuales, término que significa integración plena entre lo auditivo y lo visual para producir una nueva realidad o lenguaje; siendo la percepción de manera simultánea. Pues son método de enseñanza que utiliza soportes relacionados con imágenes y sonidos; como películas, cintas de video, diapositivas, retroproyector, entre otros. Dicho método se caracteriza por presentar nuevas realidades sensoriales mediante mecanismos como: Armonía: a cada sonido le corresponde una imagen. Complementariedad: lo que no aporta uno lo aporta el otro. Refuerzo: se refuerzan los significados entre sí. Contraste: el significado nace del contraste entre ambos ⁽¹⁾.

El cuidado del recién nacido tiene como objetivo ayudar a la madre a comprender las características fisiológicas propias de este período y su proceso de adaptación en los primeros días entre la madre y el recién nacido que abarca funciones biológicas, psicológicas y espirituales ⁽²⁾.

La inestabilidad emocional de la madre adolescente y el déficit de conocimientos en el área maternal, hace que ésta busque continuamente apoyo de otras personas, las cuales ofrecen sus saberes y quehaceres basados en la experiencia y en el consejo que han adquirido a su vez a través de

generaciones, donde las madres, abuelas, suegras, amigas, entre otros, aportan el conocimiento y cuidan a dichas madres adolescentes durante el post parto...

A raíz de la inmadurez emocional y déficit de conocimiento sobre área maternal de las madres adolescentes ha venido generando altas tasas de morbimortalidad infantil; tal es así: en el año 2005, la tasa de mortalidad infantil para los bebés de madres menores de 20 años fue de 10,28 muertes por cada 1000 nacimientos, comparada con el promedio de 6,86 muertes por cada 1.000 nacimiento. En 2006, bebés nacidos de madres adolescentes menores de 15 años, sufrieron una tasa de mortalidad infantil de 16,4 muertes por cada 1000 nacimientos. Ese mismo año, la tasa de mortalidad infantil para los bebés nacidos de madres de todas las edades fue de 6,8 por cada 1.000⁽³⁾.

March reporta que en 2006, más del 10% de los bebés nacidos en Estados Unidos fueron de madres menores de 20 años⁽⁴⁾.

El estudio: "Conocimientos de las adolescentes embarazadas en Veracruz México, sobre el cuidado al recién nacido", reporta que el conocimiento de las madres adolescentes en un 53% fue bajo, 30,0% medio y 17% alto⁽⁵⁾.

Estudios realizado en Venezuela⁽⁶⁾ refiere: En relación a los conocimientos sobre cuidados del recién nacido: En el pre test se apreció que el 60% de madres tiene conocimiento regular, 30% malo y 10% bueno. Después de la sesión educativa, el post-test arrojó el siguiente resultado: 75% de madres se ubicaron como bueno, 15% regular y 10% malo.

En todo proceso de Enseñanza-Aprendizaje⁽⁷⁾ es necesaria la integración de los medios audiovisuales para motivar en los oyentes la concentración en el tema y la asimilación de los mismos. Los medios audiovisuales desarrollan un papel preponderante para alcanzar un aprendizaje significativo.

Las referencias señaladas indican, que a pesar que se viene brindando educación sobre los cuidados de recién nacidos, el mayor porcentaje de madres adolescentes poseen conocimientos deficientes sobre cuidados del recién nacido y como consecuencia de este factor, altas tasas de morbimortalidad infantil, tanto a nivel nacional y local. Por tanto, esta realidad constituye un problema de salud pública y existe la necesidad de proponer una estrategia didáctica para mejorar el conocimiento de las madres, sobre cuidados del recién nacido que permita un aprendizaje significativo, a fin de disminuir la tasa de morbimortalidad infantil de niños de madres adolescentes; surgió el interés de realizar la investigación titulada, APLICACIÓN DE UN MEDIO DIDÁCTICO AUDIOVISUAL SOBRE CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO EN EL APRENDIZAJE DE LAS MADRES ADOLESCENTES. HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA", AYACUCHO, 2014

Planteándose para ello:

¿Enunciado del problema?:

¿Cuál es el efecto de la aplicación de un medio didáctico audiovisual sobre cuidados del recién nacido en el **aprendizaje** de las madres adolescentes. Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena", Ayacucho, 2014?

Objetivos:

A. Objetivo General:

Determinar el efecto de la aplicación de un medio didáctico audiovisual en nivel de **aprendizaje** sobre los cuidados del recién nacido en madres adolescentes. Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena", Ayacucho, 2014

B. Objetivos Específicos:

- Identificar las principales características sociales de las madres adolescentes de recién nacidos (edad, estado civil y grado de instrucción).
- Identificar el aprendizaje de las madres adolescentes sobre los cuidados del recién nacido antes y después de la aplicación del medio audio visual.

Hipótesis:

H_i. La aplicación de un medio didáctico audiovisual es efectivo en nivel de aprendizaje sobre cuidados del recién nacido, en madres adolescentes.

Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, Ayacucho 2014

H₀. La aplicación de un medio didáctico audiovisual no es efectivo en nivel de aprendizaje sobre cuidados del recién nacido, en madres adolescentes.

Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, Ayacucho, 2014

Diseño de investigación de tipo: aplicativo, Nivel: cuasi experimental. **Diseño:** longitudinal – prospectivo. Muestra poblacional, integrada por 30 madres adolescentes de recién nacidos de 1 'o 2 días. La técnica de recolección de datos fue la entrevista, mediante el empleo cuestionario estructurado.

Siendo los resultados del medio didáctico audiovisual en el aprendizaje de las madres adolescentes sobre el cuidado del recién nacido en el hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, antes de la aplicación del programa educativo, el 96,7% de madres adolescentes presentó nivel de aprendizaje malo y 3,3% regular; en tanto, después de esta intervención, el 90,0% presenta nivel de aprendizaje bueno y 10,0% regular; dichos datos

sometido al análisis **estadísticos de mediana y desviación típica**, arrojó un promedio equivalente a $6,47 \pm 1,871$ puntos, situándose en la categoría mala (≤ 10) y después de esta intervención obtuvieron un aprendizaje promedio de $15,83 \pm 0,986$ puntos situándose en la categoría buena.

De la investigación se concluyó que el medio didáctico audiovisual sobre cuidados del recién nacido fue efectivo en el nivel de aprendizaje de las madres adolescentes. Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena", Ayacucho, 2014.

El presente estudio de investigación fue estructurado de la siguiente manera: introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusiones, conclusiones, recomendaciones, bibliografías y anexos correspondiente

CAPITULO I

REVISION DE LA LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

Habiendo realizado la revisión de la literatura, se ha encontrado los siguientes estudios, considerados como antecedentes de la presente investigación:

Internacional.

La investigación titulada: "Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos". Cuba ⁽⁸⁾. Objetivo: Elaborar el programa educativo destinado a las madres adolescentes en el Hospital Docente Ginecobstetricia de Guanabacoa durante el año 2000, Material y Métodos: Utilizaron el método descriptivo de intervención-acción. Se realizó una intervención educativa a las 253 madres adolescentes y sus hijos nacidos en el Hospital Docente Ginecobstetricia de Guanabacoa. Las necesidades de aprendizaje fueron identificadas en la totalidad de las madres, a través de grupos nominales y discusiones grupales en el 34,8

%, aplicación de encuestas en el 40,7, y al 24,5 % se le detectaron por entrevistas a profundidad. Con el diagnóstico de las necesidades se delimitaron los temas de intervención, y se diseñó el programa educativo a las madres adolescentes que se aplicó durante los 3 primeros años de vida a sus hijos. El contenido del programa se basó en los aspectos: maternidad y paternidad responsable, cuidados generales del recién nacido, crecimiento, desarrollo y estimulación de habilidades, accidentes, sexualidad responsable e incorporación social. **Resultado:** 90,9 % de los niños estaban normopesos, el 98 % presentó un examen físico neurológico normal, el *test* de desarrollo intelectual fue normal en el 97,6 %, la morbilidad fue en descenso, la lactancia materna hasta los 3 meses se garantizó en el 90,9 % de los casos, y más del 90 % no presentó ingreso hospitalario en el período. **Conclusiones:** Con la implementación del programa educativo se modificaron hábitos y estilos de vida, que influyeron en el mejor comportamiento del proceso salud-enfermedad en los hijos de madres adolescentes.

La investigación titulada: Apoyo Educativo de Enfermería en Cuidados Maternales de las Adolescentes Primíparas, México (2005)⁽⁹⁾. **Objetivo:** Determinar la Influencia del apoyo educativo de enfermería en conocimientos, habilidades y motivación de cuidados maternos en adolescentes primíparas. **Metodología:** Estudio pre experimental longitudinal con 11 adolescentes primíparas del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia Michoacán. Se elaboró, validó y aplicó una "Escala de Cuidados maternos en adolescentes primíparas". Por medio de entrevistas se recolectaron los datos y el análisis estadístico se realizó con el programa Epi Dat versión 2.0. Se compararon las calificaciones antes y después del programa educativo a través de la media de diferencias y prueba de *t* de student pareada. **Resultados:** La relación entre el apoyo educativo de enfermería y los conocimientos ($d = -19.636$ $s = 4.319$),

habilidades ($d = -18.273$ $s = 4.242$) y motivación ($d = -2.091$ $s = 2.587$). El conocimiento es estadísticamente significativa ($t = -15.079$ $p = 0.000$), habilidades ($t = -14.277$ $p = 0.000$), y motivación ($t = -2.681$ $p = 0.023$) con un intervalo de confianza de 95%. **Discusión:** Se coincide con las revisiones realizadas por la Red Cochrane donde, los programas individuales y grupales dirigidos a los padres favorecen la salud materna e infantil. **Conclusiones:** Las adolescentes primíparas mejoran sus conocimientos, habilidades y motivación de cuidados que brindan a su hijo (a) posterior al programa educativo de enfermería.

La investigación titulada: Eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados del recién nacido. Instituto nacional materno perinatal - Lima Perú, 2011⁽¹⁰⁾.

Objetivo: Determinar la eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, de tipo aplicativo, nivel cuasi experimental, de diseño longitudinal, constituido por una población 192 madres adolescentes; con una muestra de 81 madres adolescentes. Para la recolección de datos la técnica utilizada fue la entrevista-encuesta, aplicada a las madres adolescentes primíparas, tanto para el grupo control, como para el experimental. **Resultados:** Antes de la aplicación de la técnica didáctica audiovisual, el 85% de madres adolescentes tienen incorrectos, 13% desconocen totalmente y sólo un 2% presentaron un conocimiento correcto. En los resultados del post-test, el conocimiento incorrecto aumentó al 87%, desconocen bajó al 6 % y manifestaron un conocimiento correcto el 2% de las madres del grupo control. Con respecto al grupo experimental, en el pre-test, un 93% presentaron un conocimiento incorrecto, y el 7% desconocían totalmente. Mientras que luego de la aplicación de la técnica audiovisual-participativa, el 93% presentaron un conocimiento correcto, y solo el 2%, presentó un conocimiento incorrecto. **Conclusión:** La

técnica audiovisual-participativa demostró su eficacia en el grupo experimental, ya que se pudo comprobar; que esta técnica facilita el aprendizaje para identificar, comprender y crear mensajes.

Nacional

El estudio, "Efectividad de una dinámica grupal para madres adolescentes en el conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Noviembre 2005 – Febrero, Lima, 2006⁽¹¹⁾". **Objetivo:** Determinar la efectividad de una dinámica grupal para madres adolescentes en el conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido, **Material y Métodos:** Estudios cuasiexperimental, de diseño longitudinal con 45 madres adolescente en cada grupo. Resultados: El conocimiento de las madres adolescentes, del grupo experimental, sobre el cuidado de su recién nacido valorado en el pre test es bajo en el 28.1% y en el post test en mayor porcentaje mejora sus conocimientos y es regular medio en el 34.4%. Las prácticas de las madres adolescentes del grupo experimental en el pre test es inadecuada en el 32.8% cifra que mejora en el post test a adecuada en el 35.9%.5. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento de las madres adolescentes mejora con la aplicación de la dinámica grupal sobre los cuidados del recién nacidos.

La investigación, Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes, Lima, Perú (2007)⁽¹²⁾; **Objetivo:** determinar la influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio. **Material y Métodos:** Estudio cuasi-experimental con pre y post evaluación, realizado en Hospital Nacional durante los meses de enero-junio/2007, la muestra fue probabilística utilizando fórmula de proporción poblacional, constituida por 86 adolescentes, conforme criterios de inclusión: ser puérpera inmediata, alfabetizada, idioma castellano y

participación voluntaria. Para recolectar los datos se utilizó un cuestionario auto-aplicado de 24 preguntas distribuidas en dimensiones: higiene, alimentación, cuidado de mamas, actividad sexual, actividad física y reposo, previamente validado. La primera recolección de datos fue realizada mediante entrevista durante las visitas hospitalarias, desarrollándose seguidamente una intervención educativa personalizada, a través de exposición-diálogo y demostraciones, conforme necesidades identificadas, entregándose al finalizar un tríptico. La segunda recolección fue realizada al séptimo día en Consultorio de Neonatología. Para el análisis de las variables dependientes utilizamos la prueba de Wilcoxon, considerando un $\alpha=0,05$ mediante Programa SPSS v.10.

Resultados: el 73,3% de las adolescentes tenía entre 18-19 años de edad y un hijo (60,5%). Antes de la intervención predominó un nivel medio (52,3%) de conocimiento con proporciones mayores a 46,5% en cada dimensión y puntaje mínimo en cada rango, con una media global de $24,5\pm 10,4$; después de la intervención predominó el nivel alto en el 100% de la población, con una media global de $94,5\pm 1,2$.

Conclusiones: la intervención personalizada influyó significativamente en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre las prácticas de autocuidado en el puerperio.

Hecha la revisión de la literatura no se encontraron investigación similares al tema, en el ámbito Regional y Local.

1.2. BASE TEORICA

MEDIO DIDACTICO AUDIOVISUAL

Aspectos Generales:

El término audiovisual ⁽¹³⁾ empieza a usarse en los Estados Unidos en los años 1930 con la aparición del cine sonoro. Sin embargo, empieza a teorizarse en Francia durante la década de los años 1950 para referirse a las técnicas de

difusión simultáneas. El término significa integración interrelación plena entre lo auditivo y lo visual para producir una nueva realidad o lenguaje. La percepción es simultánea. Se crean así nuevas realidades sensoriales mediante mecanismos como:

- Armonía: a cada sonido le corresponde una imagen.
- Complementariedad: lo que no aporta uno lo aporta el otro.
- Refuerzo: se refuerzan los significados entre sí.
- Contraste: el significado nace del contraste entre ambos.

Este tipo de técnica se encarga de procurar, crear y aprender información. Es así que la técnica didáctica audiovisual tiene como objeto de estudio central del lenguaje audiovisual, entendiéndolo como el modo artificial de organización de la imagen y el sonido que se utiliza para transmitir ideas o sensaciones, ajustándonos a la capacidad del hombre para percibir las y comprenderlas⁽¹⁾.

LA EDUCACIÓN AUDIOVISUAL

Método de enseñanza que utiliza soportes relacionados con la imagen y el sonido, como películas, cintas de video, diapositivas, retroproyector, entre otros. Los diversos estudios de psicología de la educación han puesto de manifiesto las ventajas que presenta la utilización de medios audiovisuales en el proceso de enseñanza aprendizaje⁽¹⁴⁾.

Su empleo permite que al participante asimilar una mayor cantidad de información al percibirla de forma simultánea a través de dos sentidos: la vista y el oído. Otra de las ventajas es que el aprendizaje se ve favorecido cuando el material está organizado y esa organización es percibida por el espectador de forma clara y evidente⁽¹⁵⁾.

IMPORTANCIA DE LA DIDÁCTICA AUDIO VISUAL:

Estamos en un momento de cambios, con una plena incorporación de la informática a los medios, es así que la obtención de imágenes y los sonidos que componen el lenguaje audiovisual requieren de un conocimiento técnico que ayude en gran sumo a sacar el máximo promedio de todos los recursos expresivos del medio audiovisual⁽¹⁴⁾.

La técnica audiovisual, tiene como finalidad primordial llegar a los participantes en las mejores condiciones posibles para asimilarlo⁽¹⁵⁾. Así como de construir un sistema que facilite el aprendizaje para identificar, comprender y crear mensajes⁽¹⁶⁾.

La importancia de los medios audiovisuales en los procesos de aprendizaje, son notables en muchos aspectos, entre ellos⁽¹⁵⁾.

- Posibilitan una mayor apertura del participante hacia el mundo exterior, ya que permiten superar las fronteras geográficas.
- Las imágenes resultan motivadores, sensibilizan y estimulan el interés hacia un tema determinado.
- Facilitan la introducción, complementando las explicaciones verbales con contenidos concretos de fácil comprensión que contribuyen a la fijación de los contenidos.
- Existe un procesamiento global de la información que contiene, y puede producir un impacto emotivo que genere sentimientos y actitudes.
- Facilitan las comparaciones entre distintos elementos y permiten analizar con detalle las distintas fases de los procesos complejos.
- Permiten conocer mejor el pasado o ver realidades poco accesibles habitualmente.

- Pueden simplificar o sintetizar realidades complejas (diagramas, esquemas; entre otros)
- Constituyen una buena manera de proporcionar experiencias de aprendizaje a grandes grupos y también resultan adecuados para el trabajo individual de los participantes

Por ello la esencia audiovisual es, por encima de todo, la comunicación, con el principal objetivo de conseguir los efectos comunicativos y lograr así la máxima eficacia.

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

Generalidades sobre el Cuidado.

La creencia del cuidado como una forma de ser, nos hace comprender que la especie humana ha sobrevivido gracias a seres que manifiestan comportamientos de cuidado. La inquietud del cuidado aparece cuando la existencia de alguien tiene importancia. Entonces se procede a dedicarse a ese alguien. Cuidado significa entonces inquietud, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato; se está ante una actitud fundamental, un modo de ser en el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y preocupación.

La naturaleza del cuidado incluye dos significaciones en íntima relación, primero, la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Segundo, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene a su cuidado se sienta afectivamente ligada al otro.

Aspectos Teóricos Conceptuales Sobre el Cuidado del Recién Nacido⁽¹⁶⁾.

Características Generales de un niño de 0 a 1 mes.

Recién nacido es la etapa del ciclo vital que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida, este periodo neonatal es una etapa muy

delicada en la que se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina.

Se sabe que el recién nacido es incapaz de sobrevivir por sí mismo, tan menos cuanto más pequeño es, y por ello depende de los cuidados y atenciones que le proporciona su madre. tarea que también incumbe a los profesionales encargados de vigilar la salud y educación.

El recién nacido dormirá cerca de 21 horas diarias, su tonicidad muscular será pobre y dominarán en él los movimientos reflejos o respuestas automáticas. Casi al final del primer mes será capaz de levantar su cabeza. Sus movimientos no tendrán una finalidad y serán de tipo generalizado, abarcando los distintos músculos del cuerpo. Sus conductas más comunes serán comer, dormir y llorar. Llorará cuando sienta cualquier necesidad y se alterará ante ruidos fuertes. El recién nacido mostrará preferencia por los estímulos humanos, como rostros y voces, por encima de otros sin vida como un objeto o un juguete. Los sentidos de la audición, olfato, gusto y tacto estarán bien desarrollados.

Reconocerá a su madre a los tres días de nacido por su voz y a los 21 por su olor. El tacto y el contacto piel a piel serán fundamentales para fortalecer la formación de vínculos afectivos. Mirará por un instante al rostro humano y seguirá el movimiento de un objeto, sin embargo su visión será limitada y deberá desarrollarse durante los siguientes meses de vida.

Características Físicas del Recién Nacido

La piel.: En un recién nacido bien hidratado, a menudo la piel suele estar reseca pues debe acostumbrarse al aire seco en vez del líquido amniótico del útero. Al segundo o tercer día, la piel a menudo es escamosa y se notan grietas, en especial alrededor de las muñecas y los tobillos Tanto la epidermis como la dermis son muy finas y la unión entre ambas es débil; en consecuencia una

ligera fricción a través de la epidermis, como la retirada rápida de cinta adhesiva, puede separar las capas y provocar la formación de ampollas.

Las glándulas sebáceas son muy activas al final de la vida fetal y al principio de la extrauterina, por los elevados niveles de andrógenos maternos. Son más abundantes en el cuero cabelludo, en la cara y en los genitales y producen un vérnix caseoso grasiento que recubre al actante en el nacimiento. El taponamiento de las glándulas sebáceas causa milios facial, que aparecen pequeños puntos blancos en la barbilla, nariz y frente, desaparecen en pocas semanas. Debe enseñársele a la madre no exprimir estos puntos similares a las espinillas porque podría causar infección.

Cabeza: La observación general del contorno de la cabeza es importante, y que suele deformarse en casi todos los partos vaginales. En la presentación de vértice, la cabeza, por lo general, se aplasta en la frente, muestra el vértice elevado, una parte final de los huesos parietales y la parte posterior del cráneo u occipucio en abrupto descenso. El contorno normal, más oval, se evidencia al primer o segundo día después del nacimiento. El cambio de forma se produce porque los huesos craneales no están fusionados, lo que permite que sus bordes se superpongan para acomodarse al tamaño del canal del parto esta acomodación no tiene lugar en los lactantes nacidos por cesárea.

El cráneo lo configuran seis huesos, el frontal, el occipital, dos parietales y dos temporales, en cuyas uniones hay unas bandas de tejido conectivo llamadas *suturas*. A su vez, en la unión de estas suturas hay unos espacios amplios de tejido membranoso no osificado llamados *fontanelas*. Las dos fontanelas más importantes en los lactantes son la *fontanela anterior*, formada por la unión de la sutura sagital, coronal y frontal, y la *fontanela posterior*, formada por unión de las suturas sagital y lambda.

La fontanela anterior tiene forma de diamante y mide de 4 a 5 cm. En su punto más ancho (de hueso a hueso y no de sutura a sutura). La fontanela posterior se localiza fácilmente siguiendo la sutura sagital al occipucio. La fontanela posterior es triangular y, por lo general, mide entre 0.5 y 1cm en su parte más ancha. Las fontanelas deben percibirse al tacto liso, firme y bien delimitado de los bordes óseos.

Los ojos: Ya que los recién nacidos tienden a mantener los ojos firmemente cerrados es mejor empezar el examen ocular observando los párpados por si hay edema, lo cual normalmente ocurre durante los 2 primeros días después del parto. Se debe observar la simetría de los ojos.

Se debe examinar la córnea para detectar la presencia de cualquier opacidad o falta de transparencia. El reflejo corneal normalmente está presente en el nacimiento. Las pupilas por lo general, responderán a la luz contrayéndose; no tienen por qué estar alineadas. Es normal observar un nistagmo de seguimiento o un estrabismo.

Los oídos: Debe examinarse su posición, estructura y funcionamiento. La parte superior de la aurícula debe quedar en un plano horizontal con el canto externo del ojo.

La capacidad auditiva se valora provocando un ruido brusco y alto cerca de la cabeza del recién nacido y observando si aparece el reflejo de alarma o de parpadeo.

La nariz: La nariz del recién nacido es relativamente plana, como resultado de la compresión durante el parto. Debido al que el niño respira por la nariz y no por la boca, la obstrucción por moco o una atresia causan diversos grados de dificultad para respirar. Si el niño puede respirar con facilidad con la boca cerrada, se tendrá la seguridad que existe permeabilidad nasal.

Boca y garganta: Lo normal es que el paladar esté muy arqueado y sea bastante estrecho. En raras ocasiones puede haber dientes presentes. Un hallazgo común son las *perlas de Epstein*, quistes pequeños, blancos y epiteliales a lo largo de ambos lados de la línea media del paladar duro.

El *frenillo* del labio superior es una banda de tejido grueso, rosado, que se sitúa por debajo de la superficie interna del labio superior y se extiende hasta el reborde alveolar maxilar. Resulta especialmente evidente cuando el lactante bosteza o sonríe. Desaparece al crecer el maxilar.

La úvula puede inspeccionarse cuando el recién nacido está llorando y la barbilla está deprimida. Sin embargo, a veces se retrae hacia arriba y atrás durante el llanto.

El cuello: El recién nacido tiene un cuello corto, con pliegues de piel. Debido a que su tono muscular no está bien desarrollado, no puede sostener el peso de su cabeza; por tanto, se cuelga cuando se levanta al niño de la posición supina a sentada.

El tórax: Generalmente el tórax es redondo, simétrico y ligeramente más pequeño que la cabeza. Es común la protusión de la parte baja del esternón denominado los apéndices *xifoides*. El tórax se mide alrededor de los pezones y su circunferencia es en promedio de 30.5 a 33 cm.

Sirve como base para medir la expansión respiratoria y también como indicador de la circunferencia de la cabeza que debe ser aproximadamente 2.5 cm. menor que aquella.

La posición y la distancia entre los pezones y el tamaño del tejido mamario son importantes. El niño a término tiene una masa mamaria de 5 mm o más y la distancia entre los pezones es de unos 8cm. La ingurgitación mamaria es común tanto en niñas como en niños y es provocada por las hormonas recibidas de la madre antes del nacimiento.

El abdomen: El contorno normal del abdomen cilíndrico y a menudo prominente con venas visibles. Los ruidos intestinales se oyen a las pocas horas del nacimiento. Se pueden observar ondas peristálticas en neonatos delgados, pero no deben resultar visibles en los que están bien nutridos.

El cordón umbilical debè inspeccionarse para determinar la presencia de dos arterias, que parecen estructuras papulosas, y una vena, que tiene una luz mayor que las arterias y una pared vascular más delgada.

Al nacer, el cordón aparece azulado, blanco y húmedo. Después de pinzarlo empieza a secarse y se vuelve color marrón apagado y amarillento. Con el tiempo se arruga y adquiere un tono negro grisáceo y a los seis a ocho días, se desprende. Es importante que quien lo atiende observe cualquier signo de sangrado o infección en el cordón umbilical.

Es frecuente que este se proyecte hacia la piel y aparente una hernia. Es importante que la madre sepa que la protrusión es piel y que desaparecerá o se invaginará lentamente. No debe haber masas en el abdomen. Los sonidos intestinales normales pueden escucharse a los 15 minutos del nacimiento.

La palpación se realiza después de la inspección del abdomen. El hígado normalmente se palpa a 3 cm por debajo del borde costal derecho. La punta del bazo puede sentirse a veces. Durante el examen de la parte abdominal inferior es de suma importancia palpar los pulsos femorales, que deben ser fuertes e iguales en ambos lados.

Genitales femeninos: En las niñas a término los labios mayores deben cubrir los labios menores. En ocasiones los labios menores son más prominentes que los mayores como en el caso de las prematuras. A menudo se observan fragmentos de himen, es decir pequeñas protuberancias de tejido que asoman por el orificio vaginal y desaparecen en pocas semanas. Podría observarse un exudado vaginal blanco lechoso y mucoso, causado por el cese de las

máximas entre 1 y 1,5 horas. Tiene una alta unión a proteínas (97%) y una vida media de eliminación de 0,5 a 1 horas. Se excreta principalmente por la orina (aprox. 60% de la dosis administrada) y solo pequeñas cantidades se excretan por la bilis.

INDICACIONES

La dicloxacilina está indicada en el tratamiento de las infecciones producidas por microorganismos sensibles a su acción bactericida. Ha demostrado ser útil en el tratamiento de furunculosis, heridas infectadas, celulitis, abscesos, y otras infecciones de piel.

CONTRAINDICACIONES Y ADVERTENCIAS

La administración de DICLOXACILINA está contraindicada en pacientes alérgicos a las penicilinas y/o cefalosporinas. Debe administrarse con precaución en pacientes con insuficiencia renal. Aunque hasta la fecha no se conocen efectos teratogénicos de la dicloxacilina, su administración durante el embarazo dependerá del criterio médico y sólo cuando el beneficio potencial supere el riesgo.

EFFECTOS ADVERSOS

Las reacciones adversas son de naturaleza leve, transitoria y generalmente no obligan a suspender la terapia; las reacciones adversas más frecuentemente reportadas son alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómito, diarrea, dispepsia y más raramente, colitis pseudomembranosa) y reacciones de hipersensibilidad (exantemas, erupción maculopapular, rash, prurito, urticaria, angioedema y anafilaxia en algunas ocasiones potencialmente mortal). Al igual que otras

penicilinas, se puede presentar: estomatitis, alteraciones hepáticas (elevación de las transaminasas, ictericia colestásica, hepatitis), alteraciones hematológicas (leucopenia, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia hemolítica, alteración del tiempo de protrombina, alteración de la función plaquetaria), alteraciones del sistema nervioso central (vértigo, hiperactividad, agitación, ansiedad, insomnio, confusión, convulsiones), alteraciones renales (nefropatía, nefritis intersticial)

CIPROFLOXACINO:

El ciprofloxacino es un antibiótico del grupo de las fluoroquinolonas que se utiliza para combatir las bacterias en el cuerpo, se receta para tratar varios tipos de infecciones como del tracto urinario, fiebre tifoidea, tuberculosis, diarrea del viajero, sinusitis, prostatitis, neumonía entre otras.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

Tome esta medicina exactamente como lo indique su médico. No tome en cantidades mayores o menores, o por más tiempo de lo recomendado.

Tome esta medicina con un vaso lleno de agua. Beba varios vasos extras de líquido cada día mientras esté tomando este medicamento.

El ciprofloxacino puede tomarse con o sin comida, pero tómela a la misma hora cada día. Agite bien la suspensión oral durante al menos 15 segundos antes de medir una dosis, para asegurarse de que recibe la dosis correcta, mida el líquido con una cuchara o taza para medir medicina.

INDICACIONES.

Profilaxis de Ántrax:

Bacteriemias secundarias causadas por Escherichia coli

Bronquitis leve o moderada

Bronquitis grave o complicada

Chancro

Cólera

Cistitis aguda no complicada

Granuloma Inguinal

Diarrea infecciosa

Infección infra-abdominal

Infección en las articulaciones leve o moderada

Infección en las articulaciones grave o complicada

Osteomielitis leve o moderada: Osteomielitis grave o complicada

Peste como arma biológica

Infección del tracto respiratorio leve o moderado

Infección del tracto respiratorio grave o complicado

Prostatitis crónica bacteriana

Salmonella Gastroenteritis

Infecciones de tejidos blandos o piel leve o moderada

Infecciones de tejidos blandos o piel grave o complicada

Diarrea del viajero

Tuberculosis

Fiebre entérica por Salmonella

Fiebre tifoidea

Infección del tracto urinario

Cistitis

EFFECTOS SECUNDARIOS

Dificultad para respirar, hinchazón de la cara, labios, lengua, o garganta, mareos intensos, desmayos, latidos cardíacos rápidos o

fuertes; dolor repentino chasquido o estallido, moretones, hinchazón, sensibilidad, rigidez o pérdida de movimiento en cualquiera de sus articulaciones; diarrea que es líquida o con sangre; confusión, alucinaciones, depresión⁽¹³⁾.

USO DE ANTIBIOTICOS

Desde su aparición los antibióticos han sido y son una importante arma para el tratamiento de muchas dolencias infecciosas, algunas de las cuales causaban gran mortalidad, y su uso permitió disminuir en forma importante y notable la morbimortalidad de alguno de estos males, por ello se pensó en forma equivocada que muchas de estas dolencias iban a desaparecer.

Un primer problema con su uso fue la aparición de reacciones adversas entre leves a severas, posteriormente se ha sumado la aparición cada vez más frecuente de bacterias resistentes y multirresistentes a uno o a varios antibióticos. Las bacterias Gram negativas (*E. coli*, *Klebsiella sp*, *Pseudomonas aeruginosa*) fueron una de las primeras en presentar la resistencia y luego las bacterias Gram positivas, así en los últimos años se ha encontrado que la proporción de aislamientos de *Staphylococcus aureus* meticilinoresistente (MRSA) se ha incrementado de casi 0% a 70% en Japón y Corea, 40% en Bélgica, 30% en Gran Bretaña y 28% en Estados Unidos en solo 10 a 15 años. También en el Perú se han detectado en varios hospitales y clínicas cerca de un 50% de estas cepas MRSA. Estas altas tasas conllevan un alto costo para los sistemas de

salud, por ejemplo en los EE UU se ha calculado en más de 7 mil millones de dólares anuales, por lo que ha sido clasificado como un riesgo de seguridad nacional.

En el caso de los países en vías de desarrollo, el gasto del presupuesto en salud en antibióticos es en un promedio de 35% debido a la creciente resistencia antibiótica y el mal uso que se le da en los centros de salud; esto incrementa el problema de la resistencia (además de la facilidad de conseguir los medicamentos sin receta médica y la venta de medicinas de dudosa procedencia).

Entre los problemas que enfrenta el médico, existen tres importantes:

- Desconocimiento y falta de confianza. Al no tener la seguridad diagnóstica, prefiere usar algún antibiótico por dos razones principales: para no perder la confianza del paciente (el paciente percibe que es tratado con un medicamento) y por la presión médico-legal de no caer en negligencia médica.
- Presión del mercado. Dada por la inseguridad y el desconocimiento; la situación actual obliga, a veces, a medicar demás, para no perder el "cliente" (el paciente).
- Presión del paciente. En estos tiempos el paciente tiene un mayor acceso a la información (Internet, medios informativos) y exige, muchas veces, ser tratado con los medicamentos que él ve y/o lee.

CRITERIOS PARA EL USO DE ANTIBIÓTICOS:

Los antibióticos sólo deben ser usados bajo observación y prescripción de un especialista de la salud autorizado. En general no se

puede consumir alcohol durante la terapia antibiótica, pues aunque no inhibe la acción del antibiótico en la mayoría de los casos, produce efectos secundarios muy similares a los de los antibióticos, potenciando el efecto indeseable de las reacciones adversas.

Otras consideraciones a tomar antes de la prescripción de antibióticos son:⁽¹⁴⁾

Conocimiento bibliográfico, para dar tratamiento empírico

Cultivo y antibiograma (búsqueda de la sensibilidad de antibióticos)

Biodisponibilidad

Edad y peso del paciente

Embarazo y lactancia

Enfermedades concomitantes

Alergias

Vía de administración

Condiciones generales del paciente

Dosificación del medicamento

Duración del tratamiento

Gravedad del caso

Estado inmunológico del paciente

Disponibilidad del medicamento en la comunidad

ATENCION PRIMARIA

La APS debe ser entendida como el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema nacional de salud llevando la atención primaria lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas.

Se trata de asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables. Se dirige a

los principales problemas de la comunidad. Provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación ⁽¹⁵⁾.

NIVELES DE ATENCIÓN

Define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz ⁽¹⁶⁾.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o

gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen.

Sistema de referencia y contrarreferencia

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos ⁽¹⁸⁾. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. Para que esto se pueda dar debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer de atención.

La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al

establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

NIVELES DE COMPLEJIDAD

Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

El primer nivel de Complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales.

En el segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc.

El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología ⁽¹⁹⁾.

NIVELES DE PREVENCIÓN

La Prevención se define como las "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la

reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida ⁽²⁰⁾. Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

Prevención Primaria

Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes “Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

Prevención Secundaria

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos:” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y

tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos.

En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad.

La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad”

Ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas⁽²¹⁾.

Prevención Terciaria

Se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y

contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura⁽²²⁾.

CAPITULO III

3. MATERIAL Y METODOS

3.1 ENFOQUE: Cuantitativo

3.2 TIPO DE ESTUDIO: Aplicativo

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: Transversal.

3.5 AREA DE LA INVESTIGACIÓN: La investigación se desarrolló en el Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, Provincia de Huamanga.

3.6 POBLACION: Constituido por las historias clínicas de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, provincia de Huamanga.

Criterios de Inclusión:

- Todas las historias clínicas de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Vista Alegre y puesto de

salud Pokras, durante los meses de Octubre – Noviembre del 2014 .

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas ilegibles, deterioradas, sin datos personales.

3.7 MUESTRA: Constituida por el 100% del total de las historias clínicas (57), de ambos establecimiento de salud.

3.8 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: La técnica fue observacional y el instrumento un ficha de datos.

3.9 PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS:

- Se solicitó una carta de presentación al decanato.
- Se solicitó autorización al Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, Provincia de Huamanga.

3.10 PROCESAMIENTO Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

- ❖ Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos con todas las variables en estudio, usando el software Microsoft, Excel y también spss versión 20.0.
- ❖ Una vez procesada la información o resultados se presentaron en tablas de triple entrada, haciendo uso de gráficos pertinentes.
- ❖ La interpretación de los resultados serán efectuadas en forma numérica y porcentual iniciando en los valores más representativos.

- ❖ De esta manera se podrá confirmar si la hipótesis es falsa o verdadera.
- ❖ Para contrastar la hipótesis se aplicara la prueba estadística.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

CUADRO N° 01

ANTIBIÓTICOS MAS UTILIZADOS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE Y PUESTO DE SALUD POKRAS DEL DISTRITO DE CARMEN ALTO, PROVINCIA -HUAMANGA, 2014.

ANTIBIÓTICOS	N°	%
PENICILINA	2	3,5
AMOXICILINA	28	49,1
LINCOMICINA	2	3,5
ERITROMICINA	5	8,8
SULFA METATOXASOL + TRIMETROPIN	13	22,8
NINGUNO	7	12,3
TOTAL	57	100,0

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, Provincia -Huamanga, 2014.

El cuadro N° 01 indica que del 100,0% de historias clínicas revisadas, 49,1% indican como antibiótico de elección la amoxicilina, seguida por la sulfa metatoxazol + metropin con 22,8%, luego la eritromicina con 8,8% y la penicilina y lincomicina con 3,5% respectivamente.

CUADRO N° 02

UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS SEGÚN PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA EN EL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE Y PUESTO DE SALUD POKRAS DEL DISTRITO DE CARMEN ALTO, PROVINCIA - HUAMANGA, 2014.

PRESUNCIÓN DIAGNOSTICA	ANTIBIOTICOS ADMINISTRADOS										SIN ANTIBIOTICO		TOTAL	
	PENICILINA		AMOXICILINA		LINCOMICINA		ERITROMICINA		SULFA		N°	%	N°	%
FARINGO AMIGDALITIS	0	0,0	13	22,8	0	0,0	3	5,3	1	1,8	4	7,0	21	36,8
BRONQUITIS AGUDA	2	3,5	14	24,5	1	1,8	2	3,5	8	14,0	0	0,0	27	47,3
RESFRIADO COMÚN	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,5	1	1,8	3	5,3
DIARREA SOLA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	1	1,8
DIARREA + FIEBRE	0	0,0	1	1,8	1	1,8	0	0,0	2	3,5	1	1,8	5	8,7
TOTAL	2	3,5	28	49,1	2	3,5	5	8,7	13	22,8	7	12,2	57	100,0

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, Provincia -Huamanga, 2014.

El presente cuadro indica que de la totalidad de niños tratados con antibióticos, 47,3% padecían de bronquitis aguda, de ellos, al 24,5% se le administró amoxicilina, al 14,0% sulfa y al 3,5% se les administró penicilina, y eritromicina respectivamente; 36,8% presentaron faringo-amidgalitis, 22,8% de ellos fueron tratados con amoxicilina, 5,3% con eritromicina y 1,8% con sulfa. A un 12,2% de niños no se le administró antibiótico.

CUADRO N° 03

ANTIBIOTICOS ADMINISTRADOS SEGÚN PERSONAL DE SALUD QUE PRESCRIBE EN EL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE Y PUESTO DE SALUD POKRAS DEL DISTRITO DE CARMEN ALTO, PROVINCIA - HUAMANGA, 2014.

ANTIBIOTICO ADMINISTRADO	PERSONAL QUE PRESCRIBIO										NO REGISTRA		TOTAL	
	MEDICO		ENF.		OBST.		ODONTOLOGO		Tec. ENF.		N°	%	N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
PENICILINA	0	0,0	1	1,8	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,5
AMOXICILINA	2	3,5	16	28,1	1	1,8	2	3,5	2	3,5	5	8,8	28	49,1
LINCOMICINA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	1	1,8	2	3,5
ERITROMICINA	1	1,8	3	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	5	8,8
SULFA	0	0,0	4	7,0	3	5,3	0	0,0	6	10,5	0	0,0	13	22,5
NINGUNO	1	1,8	5	8,8	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	7	12,3
TOTAL	4	7,0	29	50,9	5	8,8	2	3,5	10	17,5	7	12,3	57	100,0

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, provincia -Huamanga, 2014.

El cuadro que antecede, refiere que del 49,1% de niños tratados con amoxicilina, 28,1% fue prescrito por el profesional de enfermería, 8,8% no se registra, 3,5% por el médico, el odontólogo y la técnica en enfermería respectivamente y 1,8% por la Obstetriz; del 22,5% de niños tratados con sulfa, 10,5% fue prescrito por la técnica de enfermería, 7,0% por las enfermeras y 5,3% por la obstetriz; 12,3% de niños no recibió tratamiento antimicrobiano, de ellos, 8,8% fueron las enfermeras, 1,8% el médico y las técnicas respectivamente.

CUADRO N° 04

REGISTRO DE DOSIS DE ANTIBIOTICOTERAPIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE Y PUESTO DE SALUD POKRAS DEL DISTRITO DE CARMEN ALTO, PROVINCIA -HUAMANGA, 2014.

DOSIFICACION	N°	%
RECOMENDADA	9	15,7
OTRA DOSIFICACIÓN	40	70,1
NO INDICA	7	12,2
NO REGISTRA	1	3,5
T O T A L	57	100,0

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, Provincia -Huamanga, 2014.

En el cuadro que se observa, del 100% de la muestra de niños atendidos, 70,1% tuvo una dosificación del antibiótico de elección diferente a la recomendación internacional; 15,7% tienen una dosificación recomendada; 12,2% no recibieron antibióticos y 3,5 no registraron la dosificación.

CUADRO N° 05

REGISTRO DE DURACION DE ANTIMICROBIANO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE Y PUESTO DE SALUD POKRAS DEL DISTRITO DE CARMEN ALTO, PROVINCIA -HUAMANGA, 2014.

REGISTRO DE LA DURACION DEL TRATAMIENTO	N°	%
RECOMENDADA	1	1,7
OTRA	26	45,6
NO REGISTRA	30	52,6
T O T A L	57	100,0

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, Provincia - Huamanga, 2014.

El presente cuadro indica que, de la totalidad de la muestra de niños atendidos en el centro de salud vista alegre y puesto de salud pokras del distrito de Carmen Alto, 52,6% tienen registrados la duración del tratamiento; 45,6% tienen otra recomendación diferente a la recomendación internacional, 1,7% si cumple con la recomendación.

CUADRO N° 06

PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLINICAS PRESENTADAS POR LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBIERON ANTIBIOTICO TEREAPIA EN EL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE Y PUESTO DE SALUD POKRAS DEL DISTRITO DE CARMEN ALTO, PROVINCIA - HUAMANGA, 2014.

MANIFESTACIONES CLINICAS	SI		NO		T O T A	
	N	%	%	N°	%	
FIEBRE	32	56,1	43,9	57	100,0	
DOLOR	25	43,9	56,1	57	100,0	
TOS	23	40,3	59,7	57	100,0	
DIARREA	6	10,5	89,5	57	100,0	

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, Provincia - Huamanga, 2014.

El cuadro N° 06 indica que de la totalidad de la muestra estudiada, 56,1% de niños presentaron fiebre; 43,9% dolor; 40,3% tos y 10,5% diarrea.

DISCUSION:

Atención primaria en Salud, es la estrategia que se debe utilizarse para cumplir con la política internacional de salud "*Salud para todos*" que se había programado para el año 2000. Y no se cumplió, entre otras cosas porque no se utilizó esta estrategia.

En la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, se definió una política de salud aceptada por todos los países y denominada "*Salud para todos en el año 2000*".

En el año 1978 en la reunión de Alma Ata, quedó establecida que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como: "*Atención Primaria de Salud*" (APS).

La investigación en atención primaria es todavía muy escasa, individualista y sin líneas continuas de investigación. Son frecuentes los estudios cualitativos que son considerados de menor relevancia por algunos, si bien tienen una justificación plena para el sistema sanitario de atención primaria. Las dificultades que se encuentran en la atención

primaria para investigar son: falta de tiempo, falta de reconocimiento de los gestores, escasez de recursos materiales y de estructuras de apoyo a la investigación, escasez de inversión en la investigación en atención primaria, dispersión de los profesionales, falta de formación en metodología de investigación, falta de tradición investigadora, falta de motivación⁽²³⁾.

En el marco de la atención primaria, la presente investigación encontró que las enfermedades infecciosas siguen siendo la causa más frecuente de consulta en atención primaria (AP), donde se realiza el 92% de la prescripción de antibióticos (ATB). España es uno de los países desarrollados con más consumo de ATB, mayores tasas de resistencia bacteriana (RBA), sobre todo en los patógenos de origen comunitario (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella* o *Escherichia coli*), y exportadora de estas resistencias a nivel mundial⁽²⁶⁾.

Según el Ministerio de Salud del Perú, en lo que va del año, 888,833 casos de infecciones respiratorias agudas (IRAS) y 10,146 de neumonía en menores de 5 años de edad se registraron en los hospitales del país⁽²⁷⁾. Las regiones con mayor incidencia de infecciones respiratorias son Ucayali, Moquegua, Amazonas, Callao, Pasco, Arequipa, Huancavelica y Ayacucho. Mientras que la neumonía presenta mayor registro en Ucayali, Loreto, Pasco, Huánuco, Moquegua y Madre de Dios. Sobre las edades en las que se presentan con frecuencia dichas

enfermedades, son en menores de 1 año de edad, con 28%; de 1 a 4 años, con 33%; y adultos mayores de 60 años con el 11%.

La bronquitis aguda puede tener diferentes causas. En los niños la causa más frecuente es el ataque de virus (aproximadamente el 90%). Los niños suelen ser atacados por los denominados virus sincitiales respiratorios, los adenovirus, los virus de Coxsackie y los echovirus. Si se padece sarampión también puede aparecer una bronquitis aguda.

Una bronquitis aguda causada por bacterias es más bien extraña. Normalmente se trata entonces de lo que se denomina una infección secundaria. Esto significa que las bacterias atacan la mucosa bronquial ya dañada por una infección viral aguda⁽²⁸⁾.

La faringoamigdalitis aguda (FA) es un proceso agudo febril con inflamación de las mucosas del área faringoamigdal, pudiendo presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas. Muchos virus y bacterias son capaces de producir FA y la mayoría de casos en niños están causados por virus con una evolución benigna y autolimitada. Numerosos microorganismos son causa de la faringoamigdalitis, pero en casi el 30% de los casos no se identifica ningún patógeno. En conjunto los virus son los responsables de la mayoría de la FA en niños menores de 3 años⁽²⁹⁾.

Las cifras de enfermedades respiratorias encontradas en niños menores de 5 años, atendidos en el centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del Distrito de Carmen Alto, son concordantes con los referidos por los autores mencionados y por consiguiente

podemos afirmar que las enfermedades del tracto respiratorio alto son frecuentes en nuestro medio. Sin embargo es preciso tener en cuenta que el 90% de estas enfermedades pueden tener causa viral.

Durante el desarrollo de la presente investigación se ha observado que, en el tratamiento de las infecciones respiratorias altas se han utilizado diversos antibióticos (CUADRO N° 01 Y 02), siendo las más usadas la amoxicilina en un 49,1% de casos, seguido por las sulfas con 22,8% y 8,8% con eritromicina. Se aclara que 12,3% de niños no recibieron antibióticos.

Al respecto, Los antibióticos son sustancias químicas producidas por un ser vivo o también es posible sintetizar y su efecto es destruir o impedir el desarrollo de cierta clase de microorganismos sensibles, generalmente bacterias⁽³⁰⁾.

Alexander Fleming descubrió de forma casual la penicilina en 1928 cuando sus placas de cultivo de estafilococos se contaminaron con un hongo y observó la inhibición de las colonias del estafilococos⁽³¹⁾. Un año después, en 1929, aisló la penicilina del *Penicillium notatum*, pero en pequeñas cantidades. En 1941, el grupo de Florey fue capaz de realizar la producción comercial de la penicilina G. Las técnicas de fermentación fueron mejorándose y hacia finales de la década de los 40 se disponía de penicilina G para uso general en los Estados Unidos⁽³²⁾.

Los antibióticos son utilizados en el tratamiento de ciertas enfermedades producidas por bacterias. Normalmente los antibióticos presentan toxicidad selectiva, siendo superior para los organismos

invasores que para los seres humanos que lo hospedan, aunque ocasionalmente puede producirse una reacción adversa como destruir la flora bacteriana. Los antibióticos ayudan a las defensas de un organismo individuo hasta que las respuestas locales sean suficientes para controlar la infección. Un antibiótico se clasifica como bacteriostático a aquellos que impiden el crecimiento de los gérmenes y bactericida si lo destruyen, pudiendo generar ambos efectos según los tipos ⁽¹⁾.

Dentro de las pautas aplicadas en la atención primaria en el Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del Distrito de Carmen Alto, se ha observado que existe cierta preferencia por la amoxicilina, la cual se ha usado en un 49,1% de enfermedades infecciosas, seguido por las sulfas con 22,8%, luego la eritromicina con 8,8%. Llama la atención de un 12,3% de casos en las cuales no se ha utilizado el antibiótico terapia.

La amoxicilina, antibiótico que pertenece a la clase de los beta lactámicos más inhibidores de la beta lactamasas, se caracterizan por actuar sobre bacilos gram negativos y anaerobis. Dentro de los agentes disponibles tenemos a la Amoxicilina-Ac. Clavulánico, Amoxi/ampicilina-Sulbactam, Piperacilina-Tazobactam, Ticarcilina-Ac. Clavulánico. Como efecto adverso se señala la diarrea.

Como segunda opción se observa el uso de las sulfanamidas y trimetropin que se caracterizan por ser agentes bacteriostáticos que bloquean la síntesis del ácido fólico bacteriano mediante la inhibición de la Dihidropteroatosintetasa (sulfas) y dihidrofolatoreductasa (trimetropin).

Amplio espectro (incluyendo *Pneumocystiscarini*). Disponibles en el mercado como: Trimetropin-sulfametoxazol(cotrimoxazol). Los efectos adversos: Reacciones de hipersensibilidad, depresión medular⁽³³⁾

El antibiótico terapia realizada a las patologías presentadas en el Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del Distrito de Carmen Alto, tienen algunas características como: Antibiótico de elección la amoxicilina tanto para la bronquitis aguda como para la faringo amigdalitis (CUADRO 02).

El agente etiológico de la bronquitis aguda en un 90% de casos son los virus respiratorios, (Influenza B, influenza A, parainfluenza y virus sincitial respiratorio), que afectan primariamente el tracto respiratorio inferior, son la causa de la gran mayoría de casos de bronquitis aguda no complicada. No existe evidencia suficiente para implicar a *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* o *Moraxella catarrhalis* como agentes causantes de bronquitis aguda, sin embargo pueden ser los responsables de la bronquitis purulenta que se puede presentar como una superinfección después de un episodio de bronquitis aguda viral.

En la bronquitis aguda puede haber fiebre, taquicardia y taquipnea. Los resultados de estudios clínicos aleatorizados y controlados con placebo, concluyen que el uso rutinario de antibióticos en bronquitis aguda no reduce la duración y la severidad de la enfermedad ni disminuye el tiempo de incapacidad funcional. La única circunstancia, poco usual, en la cual está justificado el uso de antibióticos para la bronquitis aguda es la sospecha de infección por *B. pertussis*⁽³⁴⁾, en consecuencia la antibioticoterapia a base a la amoxicilina aplicada a los niños menores de 5 años es injustificada.

El diagnóstico presuntivo en la mayoría de los casos lo realiza la enfermera, seguida de la técnica, sin tener en cuenta algunas pautas para la administración de antibióticos y que al respecto la OMS indica:

“El uso de los antimicrobianos consiste en asegurar que “los pacientes reciban la medicación adecuada para sus necesidades clínicas en la dosis individual requerida, por un periodo adecuado y al más bajo costo para ellos y su comunidad”⁽³⁵⁾.

Si bien la utilización de los antibióticos puede salvar muchas vidas, el hacerlo de una manera irracional no sólo compromete los servicios de salud, sino que eleva la frecuencia de aparición de efectos adversos, así como las interacciones entre drogas, sin dejar de lado la posibilidad de selección de cepas bacterianas resistentes a dichos fármacos.

Sea quien sea, el profesional que administre, dispense o expendan antibióticos, se enfrenta a una serie de problemas que podemos sintetizar en:

- Desconocimiento y falta de confianza. Al no tener la seguridad diagnóstica, prefiere usar algún antibiótico por dos razones principales: para no perder la confianza del paciente (el paciente percibe que es tratado con un medicamento) y por la presión médico-legal de no caer en negligencia médica.
- Presión del mercado. Dada por la inseguridad y el desconocimiento; la situación actual obliga, a veces, a medicar demás, para no perder el ‘cliente’ (el paciente).

- Presión del paciente. En estos tiempos el paciente tiene un mayor acceso a la información (Internet, medios informativos) y exige, muchas veces, ser tratado con los medicamentos que él ve y/o lee (36).

En concordancia con la literatura, tratar un proceso vírico respiratorio con un antibiótico carece de utilidad y somete al paciente a riesgos innecesarios, (reacciones alérgicas y otros efectos adversos). Además, el impacto ecológico sobre la flora respiratoria e intestinal es considerable, ya que el antibiótico eliminará la población mayoritaria de bacterias sensibles y favorecerá el crecimiento de la población bacteriana resistente y su posible diseminación posterior. Así pues la acción de los antibióticos puede afectar no sólo al individuo que los toma sino también a su familia, a la comunidad y a la sociedad en su conjunto.

De lo referido podemos inferir que la antibiótico terapia en el Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del Distrito de Carmen Alto, no hace distinción de la etiología de las enfermedades, el tratamiento es igual para las patologías virales como para las producidas por bacterias, en consecuencia estamos frente a la utilización inadecuada.

Al respecto, Para tener éxito en el antibiótico terapia es necesario contemplar las siguientes pautas:

A. Recordar que la etiología de muchas de las infecciones atendidas en atención primaria no

necesariamente es de origen bacteriano, es decir, que pueden curar sin tratamiento antibiótico.

B. Ante la sospecha de un posible proceso infeccioso, antes de iniciar el tratamiento antibiótico se debe: 1. Confirmar la presencia de infección. 2. Localizar la infección. Esto permite seleccionar el medicamento con unas propiedades farmacocinéticas y fármaco dinámicas que favorezcan su actividad en un lugar determinado del organismo. Se debe recordar que, para que el antibiótico sea eficaz, debe alcanzar la concentración adecuada en el foco de la infección.

C. Consultar guías de utilización de antibióticos en atención primaria, actualizadas, independientes, basadas en pruebas científicas y preferentemente realizadas con una participación multiprofesional. Las guías deben facilitar la prescripción empírica de antibióticos y aplicarse tras una evaluación cuidadosa de las situaciones individuales⁽³⁷⁾.

En cuanto a la prescripción del antibiótico (CUADRO N° 03), el presente estudio encontró que el profesional de enfermería es la que prescribe en un 50,9%, seguido por el personal técnico de enfermería con 17,5%, luego la obstetrix con 8,8% y 7,0% por el médico.

Al respecto:

Es importante resaltar también que la Ley General de Salud 26842, en su artículo 26°, señala que sólo los médicos pueden prescribir medicamentos, los cirujanos-dentistas y las obstétrices podrán prescribir dentro del área de su competencia. El artículo 33° establece que el profesional químico farmacéutico es el responsable de la dispensación, información y orientación al usuario sobre la utilización de medicamentos; no está autorizado para prescribir medicamentos⁽³⁸⁾.

Quién debe prescribir: según la ley esta labor corresponde exclusivamente al médico u odontólogo⁽³⁹⁾.

En lo referente a la dosis indicada(CUADRO N° 04) el presente estudio encontró que sólo el 15,8% de niños han tomado la dosis

recomendada de antibióticos y la gran mayoría (70,1%) registraron otras dosificaciones; Es interesante encontrar que 12,2% de niños no fueron tratadas con antibióticos, sino con analgésicos.

Al respecto:

En cuanto a la dosificación del antibiótico prescrito, se observó que ésta fue inadecuada en 20,0%. Porcentajes menores se obtuvieron en los estudios en pacientes hospitalizados en Lima, los cuales varían de 5,90% a 11,30% . En nuestro estudio este porcentaje se debió principalmente a que se omitió la dosificación en el momento de prescribir. En toda prescripción, la pauta de dosificación debe permitir que los niveles plasmáticos del fármaco se mantengan dentro del margen terapéutico, para que se considere segura y efectiva, siendo necesario individualizar las dosis y hacer seguimiento del paciente⁽⁴⁰⁾.

En cuanto a la duración de la antibiótico terapia (CUADRO N° 05), La gran mayoría (52,6%) de historias no registran la duración del tratamiento, 45,6% registran una duración diferente la recomendada, casi siempre insuficiente.

De lo observado se deduce que el antibiótico terapia aplicado a los niños menores de 5 años es irracional puesto que no cumplen con las recomendaciones internacionales.

Al respecto, el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general del 3 de agosto de 2007 recomienda la dosis de amoxicilina para niños de 50 a 100 mg/kg/día, dividida en tres tomas. Asimismo, en niños se recomienda 8 mg/ Kg de Trimetoprima y 40 mg/ Kg de

Sulfametoxazol cada 24 horas, administrados en dosis divididas cada 12 horas durante 10 días.

El intervalo de uso en la prescripción antibiótica fue inadecuado en 16,70% de los casos, valor elevado comparado con lo reportado en los estudios realizados en servicios de hospitalización del MINSA. Esta variable está muy relacionada tanto con la dosis como con la duración del antibiótico prescrito, por lo tanto debe ajustarse también a los estándares internacionales. En nuestro estudio se observó que se prescribe ciprofloxacina cada 8 horas, debiendo ser cada 12 horas, o dicloxacilina cada 8 horas, siendo su estándar cada 6 horas⁽⁴¹⁾.

Contrastando entre esta recomendación y las registradas en las historias podemos afirmar que la dosis es insuficiente, del mismo modo la duración del tratamiento es muy breve y discrepa con la recomendación internacional que debe ser por 10 días.

En consecuencia el tratamiento antimicrobiano practicado en Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del Distrito de Carmen Alto es injustificada.

Estos resultados nos indican que la administración de antibióticos en niños menores de 5 años es irresponsable, insuficiente y muy breve, las cuales puede traer consecuencias como la resistencia y reacciones de hipersensibilidad: Reacciones gastrointestinales: Se ha descrito la aparición de náuseas, vómitos, diarreas, heces blandas, dispepsia, dolores abdominales y molestias gástricas. Raramente se han descrito casos de candidiasis intestinal y colitis asociada con usos de antibióticos (incluyendo colitis pseudomembranosa y colitis hemorrágica). Para minimizar los posibles efectos gastrointestinales se recomienda administrar asociación amoxicilina/ácido clavulánico al principio de las comidas.

Estos hallazgos demuestran que no es posible emitir un juicio contundente sobre el uso inadecuado de antibióticos en los niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del Distrito de Carmen Alto. Sin embargo podemos inferir que esta negligencia contribuye a deducir que existe uso y abuso de antibióticos en los mencionados establecimientos de salud.

Sobre ello podemos citar en cuanto se refiere su apreciación sobre uso de antibióticos:

En todo el mundo, más del 50% de todos los antibióticos se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta. Son tipos frecuentes de uso irracional de antibióticos entre otros. El uso inadecuado de medicamentos antimicrobianos, a menudo por dosis incorrectas; prescripciones no de acuerdo con guías o protocolos clínicos basados en evidencias⁽⁴²⁾.

Las manifestaciones clínicas que primaron para la administración de antibióticos fueron: la fiebre, el dolor y la tos en cuanto se refiere a las alteraciones respiratorias y la diarrea y fiebre en la alteración gastroenterica (CUADROS 06).

El uso incorrecto de los antibióticos puede provocar: 1. Fracaso terapéutico. 2. Desarrollo de resistencias bacterianas. 3. Enmascaramiento de procesos infecciosos. 3. Cronificación: la falta de erradicación de un número suficiente de bacterias dará lugar a la persistencia de algunas que mantienen su grado de patogenicidad sin ocasionar manifestaciones agudas. 4. Recidiva: las cepas supervivientes, sean resistentes o sensibles, inician una nueva proliferación que

provocará una recaída o una reinfección. 5. Efectos adversos debidos a la acción del medicamento (independientes de que sea o no eficaz). La toxicidad de algunos antibióticos es potencialmente grave y su aparición es inaceptable si el paciente no necesitaba el fármaco⁽⁴³⁾.

Al respecto la OMS señala:

El uso inadecuado de los medicamentos tiene las siguientes características: a) prescripción en exceso (cuando se prescriben y no son necesarias), b) omisión de la prescripción (cuando son necesarias y no se prescriben), c) dosis inadecuada (en exceso o defecto), d) duración inapropiada (tratamientos prolongados o muy cortos), e) selección inadecuada (cuando no hay concordancia entre la etiología y el espectro de cobertura de la droga), f) gasto innecesario (cuando se seleccionan drogas nuevas y caras existiendo drogas más antiguas, baratas y clínicamente efectivas), y g) riesgo innecesario (al elegir las vías endovenosa o intramuscular cuando la vía oral es la adecuada⁽⁴⁴⁾.

En la presente investigación, la evaluación de la calidad de prescripción antimicrobiana, según los criterios a, b y e antes descritos, muestra que 55,6% de las historias no registra dosis de los antibióticos prescritos, asimismo y 70,2% de historias clínicas no registró la duración del tratamiento con antibióticos.

Si bien el manejo de los antibióticos sigue siendo un arte, no debe ser considerado como una simple receta de cocina, el médico y el personal de salud deberán estar en constante actualización, a fin de evitar problemas de resistencia, reacciones adversas a los medicamentos, lo

que permitirá un mejor manejo de las diversas patologías que afectan al ser humano.

CONCLUSIONES

1. De la revisión de las historias clínicas de los niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, provincia de Huamanga, se desprenden las siguientes conclusiones:
 - a. Las manifestaciones clínicas presentadas por los niños menores de 5 años e identificadas para el uso de antibióticos en un 43,9% fueron: Fiebre, dolor, diarrea y un 56,1% no presentaron estas manifestaciones.
 - b. Del 100,0% de niños con infecciones, 87,7% recibieron antibiótico terapia, sin tener en consideración que algunas infecciones son de etiología vírica y que frente a ellos es inefectiva el antibiótico terapia.

2. La amoxicilina fue el antibiótico más utilizado en tratamiento de la bronquitis aguda (24,5%) y para la faringo amigdalitis

(22,8%). Asimismo, es el antibiótico de elección de las enfermeras con La amoxicilina fue el antibiótico de elección de las enfermeras (28,1%), seguida por un 3.5% por los médico, odontólogo y técnica respectivamente.

3. Del 100,0% de niños menores de 5 años con infecciones, atendidos en el en el Centro de Salud Vista Alegre y Puesto de Salud Pokras del distrito de Carmen Alto, 87,7% recibieron antibiótico terapia, sin tener en consideración que algunas infecciones son de etiología vírica y que frente a ellos es inefectiva el antibiótico terapia.
4. El uso de los antibióticos en el tratamiento de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Vista alegre y Puesto de Salud Pokras, tienen las siguientes características:
 - a. Uso exclusivo de un tipo de antibiótico (amoxiciliana * ácido clavulánico. La Amoxicilina + ácido clavulánico no es un antibiótico de primera elección en el tratamiento de la faringoamigdalitis estreptocócica pues el microorganismo causante no produce betalactamasas.
 - b. Se prescriben antibióticos por motivos injustificados como: Infecciones del tracto respiratorio superior, fiebre alta sin más, bronquiolitis o para la prevención de una sobreinfección bacteriana en el curso de una infección vírica del tracto respiratorio.

- c. Dosis inadecuadas porque no guarda relación con el peso del paciente y la duración del tratamiento es corto lo cual hace que del tratamiento sea ineficaz.
5. Por todo lo referido señalamos que existe uso de antibiótico en el tratamiento de niños menores de 5 años que acudieron al Centro de Salud Vista alegre y Puesto de Salud Pokras.

RECOMENDACIONES:

Al equipo de salud que atiende en los centros y puestos de salud:

1. Para el manejo adecuado de antibióticos se requiere capacitación del personal que tiene la posibilidad de prescribir, dispensar o proporcionar antibióticos consistente en:
 - a. Conocimientos de farmacología y farmacocinética de los diversos antibióticos.
 - b. Las indicaciones de primer orden y las alternativas en las diversas enfermedades infecciosas.
 - c. Los efectos adversos y las contraindicaciones.
2. A las enfermeras, obstetras y auxiliares de los Centros y Puesto de salud:

Prescribir el antibiótico apropiado, de eficacia y seguridad demostradas científicamente, de acuerdo a la fisiopatología de la enfermedad diagnosticada, en la dosis correcta y solo por el

tiempo que sea necesario, a un riesgo controlado, un costo razonable, y con el acuerdo y la adhesión del paciente.

3. A la dirección de Regional de salud:
Crear un comité regional multidisciplinario e intersectorial encargado de diseñar, monitorear y evaluar una estrategia amplia dirigida a mejorar el uso de antibióticos.
4. Fomentar la investigación y la documentación sobre patrones de consumo de antibióticos y sus determinantes, así como sistematizar la información generada por redes de vigilancia de resistencia, con el fin de generar información útil para la toma de decisiones.
5. Vincular el funcionamiento y la información de guías terapéuticas, patrones de susceptibilidad bacteriana, el cuadro básico y la educación en salud de pre y posgrado.
6. Es prioritario que las políticas farmacéuticas y de salud aborden el problema, con el fin de mejorar la calidad de atención, contener la resistencia bacteriana y disminuir el gasto público y privado en salud.
7. Evaluar estrategias para hacer cumplir la ley en cuanto a la dispensación de antibióticos en farmacias sólo con prescripción médica, y acotar la publicidad sobre antibióticos.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. PALOP V, Melchor A, MARTÍNEZ M. Reflexiones sobre la utilización de antibióticos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003.
2. RODRÍGUEZ Moreno C, CAMPOAMOR Landín F, ZAFORTEZA, Verdejo GONZÁLEZ A, MURO Pascual V, MARTÍN Martín MV, y Comisión de Antibióticos de Atención Primaria del Área de Mallorca. Política de antibióticos en atención primaria. La experiencia práctica en un área sanitaria. *Aten Primaria*. 1998;21:314
3. RAMÍREZ DÍAZ, Martha Isela y DIAZ MAGUIÑA, Amanda. El mal uso de antibióticos genera resistencia: Universidad de Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México 21 de enero del 2015
4. GOOSSENS H, FERRECH M, VANDER STICHELE R, ELSEVIERS M; ESAC Project Group (Campos J, Spain). Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005.
5. RIPOLLA, M.A; ORERO B.; GONZÁLEZ, C. Prescripción de antibióticos en Atención Primaria en España. Motivos y características. *MEDICINA GENERAL* 2002; 48: 785-790. *Universidad Complutense de Madrid*. 2002.
6. MILLET MEDINA, FJ; GRACIA AGUIRRE, S; MADRIDEJOS MORA, R; SOLÉ LÓPEZ, J. Consumo de antibióticos en la atención primaria de un área sanitaria con una tasa elevada de resistencias bacterianas. Publicado en *Aten Primaria*. 1998;21:451-7. - vol.21 núm 7. DAP L'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut. Barcelona.
7. LLANOS ZAVALAGA, F; SILVA, E; VELÁSQUEZ, J ; REYES, R L; MAYCA, J. Prescripción de antibióticos en consulta externa pediátrica de un hospital de Lima, Perú. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública* v.20n.1. Lima ene./mar. 2004. Facultad de Medicina "Alberto Hurtado". Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
8. LLANOS-ZAVALAGA Fernando, MAYCA PÉREZ Julio, CONTRERAS RÍOS Carlos. Características de la prescripción antibiótica en los consultorios de medicina del Hospital Cayetano Heredia de Lima, Perú. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2002 Jun [citado 2013 Jun 17] ; 76(3): 207-214. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000300005&lng=es.
9. MALDONADO C; LLANOS-ZAVALAGA; MAYCA P. Uso y Prescripción de Medicamentos Antimicrobianos en el Hospital de Apoyo de la Merced – Perú. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* v.19 n.4. Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2002.
10. Disponible en United States Pharmacopeial Drug Information.

11. GREENWOOD D, Historical Introduction, Antibiotic and Chemotherapy, 1997, Ed. Churchill Livingstone, O'Grady F, Lambert HP, Finch RG, Greenwood D eds, cap. 1, pg. 2-9.
Disponible en <http://salud.uncomo.com/articulo/amoxicilina-indicaciones-uso-y-efectos-sencundarios-15558.html#ixzz2WLQ0bjeg>.
12. Ciro MAGUIÑA-VARGAS, C. Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt. Av. Honorio Delgado 430. Lima 31, Perú. cirom@upch.edu.pe Acta Med Per. 23(1) 2006.
13. HARRISON. Principios de Medicina Interna 16a edición (2006). «Sección 4. Fundamentos de la terapéutica de las enfermedades bacterianas». Edit. McGraw-Hill. España, 2006.
14. Conferencia Internacional sobre APS Declaración de Alma-Ata / septiembre 1978
15. MAGNÍFICO G, NOCETI C, RODRÍGUEZ N. Planificación de la Red Asistencial de ASSE. ASSE- abril, 2002.
16. LEÓN I, HERRERA M. Atención Médica. Niveles de Atención En Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. Montevideo, Fefmur 2008. p. 39-49.
17. ETCHEBARNE L. Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. En: Etchebarne L. Temas de Medicina Preventiva y Social. Montevideo, Fefmur. 2001.
18. VILLALBA S, NOCETI M C. Tipos de Establecimientos de Atención Médica del MSP. Niveles de Complejidad. MSP Montevideo. 1989.
19. COLIMON K. Niveles de Prevención. Citado 25/32010. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>
20. VIGNOLO Julio, VACAREZZA Mariela, ÁLVAREZ Cecilia, Alicia SOSA. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14. © Prensa Médica Latinoamericana. ISSN 0250-3816 - Printed in Uruguay, 2011.
21. GARCÍA G, RODRÍGUEZ M, BENIA W. Niveles y Estrategias de Prevención. En Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. Montevideo, Fefmur. 2008. p. 19-26.
22. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ I. ¿Investigación en atención primaria?. Aten Primaria 2003;31:281-4. Editorial. Is primary care research a lost cause? Lancet 2003.
23. MOLINER C, CAMPOS M. Tratamiento antibiótico del dolor de garganta. Cuadernos de Gestión 2 008;
24. CASADO V, SEVILLA F, ELOLA J. *El Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Med Clin (Barc) 1998; 110: 265-274.*
25. SMITH RD, COAST J. Antimicrobial resistance: a global response. Bulletin of the World Health Organization 2002;80: 126-33.
26. Periódico Perú 21. En lo que va del año, 888,833 episodios de Infecciones Respiratorias. Informó Eduardo Quezada, jefe del equipo de la Dirección Sectorial de Alerta Respuesta de la

- Dirección General de Epidemiología (DGE), del Ministerio de Salud, Lima, 2015.
27. Tratado Seimc de las Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica; Ausina Ruiz; Moreno Guillén; 2005; Ed. Medica Panamericana).
 28. F. ÁLVEZ GONZÁLEZ, J.M. SÁNCHEZ LASTRES. Faringoamigdalitis aguda. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. Pediatra. Servicio de Atención Primaria. Chapela. Vigo.
 29. TOWNSEND, COURTNEY M. (2005). Sabiston Tratado de Cirugía e-dition: Libro con acceso a sitio web (17 edición). Elsevier, España. ISBN 848174848X Townsend, Courtney M. (2005). Sabiston Tratado de Cirugía e-dition: Libro con acceso a sitio web (17 edición). Elsevier, España. ISBN 848174848X.
 30. ESSEN MT, KAYE D. Principles of selection and use of antibacterial agents. Infect Dis Clin North Am 19951 Essen MT, Kaye D. Principles of selection and use of antibacterial agents. Infect Dis Clin North Am 2008.
 31. SAXON A. Immediate hypersensitivity reactions to b-lactam antibiotics. Rev Infect Dis 1983
 32. PÉREZ CORTÉS, Carlos. Antibióticos. Principales clases de *antibióticos* y sus indicaciones. Santiago de Chile, 2012.
 33. BARTLETT, JG. La bronquitis aguda. Al Día, versión 10.2., 2002
 34. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial OMS de contención de la resistencia a los antimicrobianos. Ginebra: OMS; 2001.
 35. OZKURT Z, EROL S, KADANALI A, ERTEK M, OZDEN K, TASYARAN MA. Changes in antibiotic use, cost and consumption after an antibiotic restriction policy applied by infectious disease specialists. Jpn J Infect Dis. 2005; 58(6):338-343.
 36. GRIGORYAN L, HAAIJER-RYSJAMP FM, BURGERHOF JG, et al. Self-medication with antimicrobial drugs in Europe. Emerg Infect Dis 2006; 12:452-9
 37. VÁSQUEZ LEZCANO, Susana. Automedicación en el Perú. Dirección General de medicamentos, Insumos y Drogas. Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos. Equipo de Uso Racional, Lima, Junio, 2008
 38. Ministerio de Sanidad y Consumo, Uso responsable de antibióticos. Sin tu ayuda, los antibióticos pueden perder su eficacia, España, 2006 Ministerio de Sanidad y Consumo, Uso responsable de antibióticos. Sin tu ayuda, los antibióticos pueden perder su eficacia, España, 2006.
 39. Hospital María Auxiliadora. Estudio sobre la Prescripción, Uso y Reacciones adversas a los Antimicrobianos en el Hospital María Auxiliadora. Documento preliminar. Lima: Hospital María Auxiliadora; 2000.
 40. Ministerio de Salud. Protocolo: Estudio sobre la Prescripción, el Uso y las Reacciones adversas a los Antimicrobianos en Pacientes

hospitalizados. Oficina General de Epidemiología (OGE- RENACE). Lima: Ministerio de Salud; 2001.

41. OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Septiembre del 2002.
42. VENTURA, G., REALE, A., MONSALVO, M., FALBO, R., MONTIEL L. (2004). El Programa Remediar en la Política de Salud: una Estrategia en Acción. Mimeo. Buenos Aires.
43. Organización Mundial de la Salud. Guía de la buena prescripción. Programa de acción sobre medicamentos esenciales. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1998.

A N E X O S



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE ENFERMERIA
N°.....
FECHA.....

**“USO DE ANTIBIOTICOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUEDEN AL CENTRO DE SALUD
VISTA ALEGRE Y PUESTO DE SALUD POKRAS DEL DISTRITO
CARMEN ALTO, PROVINCIA, HUAMANGA -2014.**

**ANEXO A
FICHA DE DATOS**

I. DATOS DEL NIÑO

- a. Edad:.....
Peso.....
b. Talla:.....
Género:.....

- c. Procedencia:
1. Rural
2. Periurbana
3. Marginal
4. urbano

- d. SIS:
1. SI () NO() otros ()

FUNCIONES VIATALES:

T:..... FC:..... R:.....

**II. ANTIBIOTICOTERAPIA:
ENFERMEDAD RESPIRATORIA:**

A. Manifestaciones clínicas:

- a. Fiebre
b. Dolor de garganta
c. Rinorrea
d. Dificultad respiratorio
e. Tos
f. Tiraje subcostal
g. Dolor de oído
h. Taquipnea

B. PRESUNCIÓN DIAGNOSTICA

.....
.....
.....
.....

C. TRATAMIENTO:

a. ANTIBIÓTICO:

- i.
.....
- ii.
.....
- iii.
.....

b. DOSIS:

.....
.....
.....

c. VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

- 1. Oral
- 2. Nasal
- 3. Intravenosa
- 4. Intramuscular

d. Frecuencia:.....

...

e. Duración de tratamiento:.....

...

f. Personal que indica:.....

...

ENFERMEDAD DIARREICA:

D. Manifestaciones clínicas:

- a. Fiebre
- b. Letárgico
- c. Hipo activo
- d. Convulsión
- e. Cólicos
- f. Diarrea
- g. Deshidratación

E. PRESUNCIÓN DIAGNOSTICA

.....
.....
.....

F. TRATAMIENTO:

a. Antibiótico:

- i.
...
- ii.
...
- iii.
...

b. DOSIS:

.....

c. Vía de administración:

- 1. Oral
- 2. Nasal
- 3. Intravenosa
- 4. Intramuscular

d. Frecuencia:.....

...

e. Duración de

tratamiento:.....

..

f. Persona que

indica:.....

....

C. OTRAS ENFERMEDAD:

.....
...

a. ANTIBIÓTICO PRESCRITO:

- 1.
- ..
- 2.

b. DOSIS:.....

...

b. VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

- 1. Oral
- 2. nasal
- 3. Intravenosa
- 4. Intramuscular

c. Duración del
tratamiento:.....

III. EXAMENES AUXILIARES:

- a. Cultivo y Antibiograma
SI () NO ()
- b. Hemograma
SI () NO ()
- C. Examen de orina
SI () NO ()

IV. DISPONIBILIDAD DE ANTIBIOTICOS:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....