



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**“PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS Y SU RELACION CON EL
DIAGNOSTICO PATOLÓGICO EN LA CAVIDAD ORAL POR LOS
ESTUDIANTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICO DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CUSCO – 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

RAMOS HUAMANI, MANUEL EMERSÓN

ASESOR:

DR. ESP.SOSIMO TELLO HUARANCCA

ABANCAY, NOVIEMBRE - 2018

DEDICATORIA

A Dios por permitirme seguir adelante y lograr todos mis objetivos con su bendición

A mis padres Eulogio y María, por darme ánimo para seguir superándome y estar siempre presentes brindándome todo su apoyo.

Mi gratitud especial a la Universidad Alas Peruanas Filial Cusco y su Representante en Abancay Dr. esp. Sosimo Tello Huarancca, por abrirme las puertas para formar parte de la familia de la UAP y para realizar mi trabajo de investigación.

A todos mis compañeros de la UAP y por haberme colaborado con su participación en el proceso de investigación, aprendizaje también por la amistad y compañerismo.

Atte. Emerson

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por permitirme tener a mis padres Eulogio y María por paciencia y amor. Gracias a mi universidad peruana por permitirme convertirme en ser un profesional en lo que tanto me gusta, gracias a cada maestro que hizo parte de este proceso de formación. Un agradecimiento especial al DR. Esp. Sosimo Tello Huaranca quienes se han tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación cuyo epígrafe es “prescripción de antibióticos y su relación con el diagnóstico patológico en la cavidad oral por los estudiantes de la clínica estomatológica de la universidad Alas Peruanas filial Cusco – 2018” Cuyo problema principal fue Cómo es la prescripción de antibióticos y su relación con el diagnóstico patológico en Cavidad oral por los estudiantes de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Filial Cusco 2018? Y como objetivo principal es Conocer la prescripción de antibióticos y su relación con el diagnóstico patológico en la cavidad oral por los estudiantes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco 2018. Además, que fue un trabajo Descriptivo porque la “PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS Y SU RELACION CON EL DIAGNOSTICO PATOLÓGICO EN LA CAVIDAD ORAL POR LOS ESTUDIANTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CUSCO – 2018”

Transversal: Porque se estudiarán las variables en un momento dado haciendo un corte en el tiempo. **Relacional:** porque se verá la asociación que existe entre las variables de prescripción los antibióticos y diagnóstico patológico y Se concluyó que la presencia femenina dentro de la muestra se registra de forma marcada, además de que el rango de edad de los estudiantes fluctúa entre 20 y 24 años, además que los estudiantado no tiene claros los conceptos sobre tejido duro, pero prescriben bien ante patologías de tejidos duros, también se concluye que los alumnos no tiene una adecuada preparación en el conocimiento sobre tejidos blandos y la prescripción médica sobre ella y también se concluye que las variables Tejidos duros y prescripción correcta de antibiótico en tejidos duros están relacionados

además que Las variables Tejido blandos y prescripción correcta de antibiótico en tejidos blandos están relacionados.

PALABRAS CLAVES: Antibióticos, prescripción

ABSTRAC

The present research work whose epigraph is "prescription of antibiotics and their relation with the pathological diagnosis in the oral cavity by the students of the stomatological clinic of the university alas Peruanas filial Cusco - 2018". What will be the prescription of antibiotics and its relation with the pathological diagnosis in the oral cavity by the students of the stomatological clinic of the Alas Peruanas University Branch Cusco 2018? And the main objective is to know the prescription of antibiotics and its relationship with the pathological diagnosis in the oral cavity by the students of the Stomatology Clinic of the University Alas Peruanas branch Cusco 2018. Besides it was a Descriptive work because it will describe the oral hygiene and presence of in girls of the Transversal: Because the variables will be studied in a given moment making a cut in time. Relational: It was concluded that the female presence within the sample is registered in a marked way, in addition to the fact that the age range of the students fluctuates between 20 and 24 years, in addition to the fact that the students do not have clear concepts about hard tissue, but they prescribe well in the face of hard tissue pathologies, it is also concluded that the students do not have adequate preparation in the knowledge of soft tissue and the medical prescription on it and it is also concluded that the variables hard tissue and correct prescription of antibiotic in hard tissue are related in addition that the variables soft tissue and correct prescription of antibiotic in soft tissue are related.

KEY WORDS: Antibiotics, prescription

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN	iii
ABSTRAC	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	13
1.2 Formulación del Problema	14
1.2.1 Problema principal.....	14
1.2.2 Problemas secundarios	14
1.3 Objetivos de la investigación.....	15
1.3.1 Objetivo general	15
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4 Justificación de la Investigación.....	15
1.4.1 Importancia de la Investigación	15
1.4.2 Viabilidad de la investigación	16
1.5 Limitaciones del Estudio	16
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Antecedentes de la Investigación	17
2.2 Bases Teóricas	26
2.2.1 Prescripción médica	26
2.2.2 Principios generales de farmacología	34

2.2.2.1	Antibióticos	37
2.2.2.2	Clasificaciones I	40
2.3	Definición de Términos básicos	55
CAPÍTULO III		56
HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....		56
3.1	Formulación de Hipótesis Principal yDerivadas	56
3.1.1	Hipótesis Principal	56
3.1.2	Hipótesis Derivadas	56
3.2	Variables, definición conceptual y operacional	57
CAPÍTULO IV		58
METODOLOGIA		58
4.1	Diseño Metodológico	58
4.2	Diseño Muestral	59
4.2.1	Unidad de Estudio	59
4.2.2	Unidad de Análisis.....	59
4.3	Técnicas de Recolección de Datos.....	59
4.3.1	Técnicas	59
4.3.2	Instrumentos.....	60
4.3.3	Procedimientos.....	60
4.3.4	Recolección de Datos:	60
4.4	Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	61
4.5	Aspectos Éticos	61
CAPITULO V		62
RESULTADOS.....		62
5.1	Hipótesis General	73
CONCLUSIONES.....		78
DISCUSIÓN		79
SUGERENCIAS		80

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	81
ANEXOS	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Criterios para evaluar la confiabilidad de las preguntas o ítems “coeficiente alfa de crombach (α)”.....	64
Tabla 2.- Distribución De Los Alumnos De Clínica Según Sexo.	65
Tabla 3.- Distribución de los alumnos de clínica según edad.....	66
Tabla 4.- Distribución de los alumnos de clínica según número de preguntas sobre tejidos Duros.....	67
Tabla 5.- Distribución de los alumnos de clínica según número de preguntas sobre tejidos blandos.....	68
Tabla 6.- Prescripción correcta de antibióticos en tejidos duros.	69
Tabla 7.- Prescripción correcta de antibióticos en tejidos blandos.	70
Tabla 8.- Análisis de tablas cruzadas de sexo del estudiante y el número de preguntas sobre tejido duro.	71
Tabla 9.- Análisis De Tablas Cruzadas Según Edad Del Estudiante Y El Número De Preguntas Sobre Tejido Duro.	71
Tabla 10.- Análisis de tablas cruzadas de sexo del estudiante y el número de preguntas sobre tejido blando.	72
Tabla 11.- Análisis de tablas cruzadas según edad del estudiante y el número de preguntas sobre tejido blando.	73
Tabla 12.- Prueba de Hipótesis.....	74
Tabla 13.- Tabla de estadísticos chi_cuadrado.....	75
Tabla 14.- Hipótesis general.	76
Tabla 15.- Estadísticos chicuadrado	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Sexo masculino y femenino.....	65
Gráfico 2.- Edad.	66
Gráfico 3.- Tejido Duro.	67
Gráfico 4.-Tejido Blando.....	68
Gráfico 5.-El alumno Prescribe Correctamente el Antibiótico en Tejidos Duros.....	69
Gráfico 6.- El alumno prescribe correctamente el antibiótico en tejidos blandos.	70
Gráfico 7.-Tejido Duro.	74
Gráfico 8.- Tejido blanco.	76

INTRODUCCIÓN

El presente estudio será realizado en la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Cusco, en el semestre 2018 – I.

El uso innecesario de los antibióticos para trastornos que no los requieren y su uso de dosis inapropiadas en los casos que en que son necesarios son dos factores que favorecen el desarrollo de la resistencia a los antimicrobianos

Asimismo, médicos, odontólogos, farmacéuticos, empleados de farmacias y vendedores de medicamentos contribuyen a ese uso innecesario. Los pacientes que experimentaron en algún momento los beneficios de los antibióticos tienden a auto medicarse cuando no pueden obtener asistencia en los servicios de salud formales.

En la actualidad, los antibióticos hay mayor disponibilidad de antibióticos en los países gracias a iniciativas privadas, mundiales o bilaterales en beneficio de la población, tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM, por sus siglas en inglés), los diferentes mecanismos de organizaciones internacionales que facilitan el acceso de los países de poco desarrollo económico a los medicamentos esenciales para controlar infecciones específicas. Entre las últimas constan el Servicio Mundial de Medicamentos de Tuberculosis (Global TB Drug Facility, GDF), el Servicio de Suministro de Medicamentos contra la Malaria (MMSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Mundial de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Al mismo tiempo, los antimicrobianos están siendo utilizados de forma menos controlada, lo que aumenta el riesgo de que pierdan su eficacia por la alta carga ecológica, como el agropecuario. Los antimicrobianos son un grupo de medicamentos de uso frecuente debido a la alta incidencia de enfermedades infecciosas en la población. Sin embargo, su efecto beneficioso sobre la salud de la

población se ve afectado cuando se los usa de modo inadecuado o injustificado, lo cual tiene también como consecuencia la aparición de resistencia a los antimicrobianos. La resistencia es el resultado de un aumento de exposición de los microorganismos a los antimicrobianos, que le permite a los primeros desarrollar mecanismos para sobrevivir en presencia de los últimos. 3, 4 y 5 Las ganancias en salud logradas por programas prioritarios, como los de lucha contra la tuberculosis, la malaria y las enfermedades de la infancia y la niñez, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/Sida, se encuentran cada vez más amenazadas por el desarrollo acelerado de la resistencia de los gérmenes a los antimicrobianos de uso actual

En el presente estudio nos brindara el conocimiento de cómo es que nuestros alumnos vienen trabajando con las recetas de medicamentos y si estos mismos consideran y tienen conocimiento de que medicamentos antibióticos a utilizar en la clínica estomatológico de la universidad alas peruanas filial cusco.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La salud pública enfrenta una crisis global a causa de la resistencia bacteriana. Esta crisis tiene diversas dimensiones, todas igualmente importantes: sobre uso inapropiado de los antibióticos existentes que acelera exageradamente la resistencia; falta de disponibilidad de antibióticos efectivos para las poblaciones pobres y necesitadas; ausencia de innovación y desarrollo de nuevos antibióticos. La resistencia bacteriana ha dejado de ser una amenaza para convertirse en una realidad de dimensiones insospechadas. El mundo podría en poco tiempo enfrentar una situación grave provocada por múltiples bacterias letales y resistentes a todos los antibióticos, siendo urgente la implementación de cambios drásticos en los actuales patrones de uso de los antibióticos y su forma de recetarlos por parte de los profesionales de la salud o estudiantes de la misma área. En buena medida, el problema de la resistencia bacteriana deriva del mal uso de los antibióticos, especialmente del

uso excesivo. Por esta razón, la Estrategia Global de Contención de la Resistencia a los Antibióticos(1).

Teniendo en cuenta que la problemática nos envuelve al hecho de la mala praxis de emitir recetas y el conocimiento de ello nos vemos obligados a observar a la parte estudiantil en los cuales observaremos como poder mejorar haciendo un análisis del estado en el cual se encuentran los conocimientos de los estudiantes de la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial cusco.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema principal

¿Cómo es la prescripción de antibióticos y su relación con el diagnóstico patológico en Cavidad oral por los estudiantes de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Filial Cusco 2018?

1.2.2 Problemas secundarios

1. ¿Cómo es la prescripción de antibióticos en patologías de tejidos duros por los estudiantes de la Clínica estomatológica dela universidad alas peruanas filial cusco 2018?
2. ¿Cómo es la prescripción de antibióticos en patologías de tejidos blandos por los estudiantes de la Clínica estomatológica dela universidad alas peruanas filial cusco 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar cómo es la prescripción de antibióticos y su relación con el diagnóstico patológico en la cavidad oral por los estudiantes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

1. identificar cómo es la prescripción de antibióticos en patologías de tejidos duros por los estudiantes de la Clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial cusco 2018.
2. identificar cómo es la prescripción de antibióticos en patologías de tejidos blandos por los estudiantes de la Clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial cusco 2018.

1.4 Justificación de la Investigación

1.4.1 Importancia de la Investigación

Pondremos a disposición una opción a la comunidad odontológica para el mejor para profundizar los conocimientos de los profesionales y estudiantes y personas en general sobre la automedicación de la Escuela Profesional de Estomatología y así tener mayor trascendencia en la realización de los tratamientos odontológico con protocolos adecuados, permitiendo longevidad de los mismos. Mejorando la calidad de nuestros tratamientos, la salud del paciente y también probablemente su fidelidad.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

El presente trabajo de investigación será viable ya que se cuenta con recursos humanos los cuales están dados por el investigador además tendremos el apoyo del asesor que será brindado por la universidad además los recursos estarán autofinanciados por el tesista y con ello solicitaremos todos los permisos adecuados para la realización del presente trabajo.

1.5 Limitaciones del Estudio

La limitación del presente estudio, será la posibilidad de inasistencia de los estudiantes o la no realización de la matrícula de los mismos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Frandexquini y Rosalen (1998), realizaron un trabajo con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento farmacológico y terapéutico de cirujanos dentistas (CCDD). La información se recogió mediante un cuestionario auto administrado contenido 10 preguntas y distribuido a 515 cirujanos dentistas en ejercicio clínico en la ciudad de Piracicaba, estado de Sao Paulo, Brasil, en el periodo de setiembre de 1992 a enero de 1993. 92 cuestionarios fueron respondidos, de los cuales el 65% habían sido contestados en su totalidad. El estudio detectó un índice de acierto del 64% en farmacología básica. El tipo de medicamentos más prescritos fueron analgésicos / antiinflamatorios (61%) y antimicrobianos (32%). El 93% de los medicamentos prescritos provenían de laboratorios farmacéuticos internacionales. Solo 15% de los cirujanos dentistas acertó con la terapéutica antimicrobiana apropiada asociada a tres casos clínicos específicos. El 27% de los CCDD prescriben ansiolíticos y de estos el 64% lo hacen correctamente. El 43% de los CCDD indican tratamiento con

flúor siguiendo el grado de riesgo a caries. El estudio mostró que el 54% de los CCDD obtienen información referente al fármaco prescrito y su dosificación directamente del laboratorio. Se concluye que el grado de información farmacológica y terapéutica en la población estudiada es insuficiente. Se recomienda una enseñanza más basada en la realidad clínica que el profesional odontológico observa en su práctica diaria(2).

Vargas (2010), “realizó un estudio con el fin de conocer el patrón de prescripción, uso y consumo de medicamentos prescritos o por automedicación de una población de pacientes que asisten a un servicio de odontología atendidos en una IPS donde asisten al manejo de sus problemas de salud oral. Se diseñó un estudio de utilización de medicamentos cuantitativo/cualitativo, descriptivos de corte transversal y mediante una encuesta a la salida de consulta se recogió la información a todos los pacientes durante un periodo de dos meses. Se evaluó cuáles fueron las patologías más diagnosticadas y los medicamentos más frecuentemente prescritos y se estudiaron los indicadores básicos de uso racional de medicamentos propuestos por la OMS para analizar la indicación/prescripción y las posibles interacciones medicamentosas, se tomó como patrones de referencia guías de práctica clínica y búsqueda bibliográfica específica a partir de literatura médica especializada. Se estudiaron 94 pacientes y se encontró una población representativa de la población colombiana, encontrando patologías como la hipertensión esencial (31.6%), gastritis (22.6%), osteoporosis sin fractura (8.3%), hipotiroidismo (6.8%), artritis reumatoide (5.3%). Los indicadores básicos de la OMS mostraron un 4% de prescripciones

con 1 antibiótico, un 3% de las prescripciones con 1 inyectable y un 99% de los medicamentos prescritos con nombre genérico y que se encuentran en el listado POS. Estos resultados evidencian un manejo adecuado de medicamentos en este tipo de indicadores. Con relación a la calidad y las interacciones medicamentosas se evidenció que existen casos puntuales que requieren recomendaciones y manejo específico para evitar un alto impacto en relación a incrementos de morbilidad y de costes asociados en casos en que puede optimizarse la terapia farmacológica. En respuesta a los hallazgos generados por este estudio se plantea la utilidad de realizar programas de educación sobre el uso adecuado de los medicamentos tanto para el prescriptor como para los pacientes”(3).

Gómez y Márquez (2007), “realizaron un trabajo con el objetivo de evaluar la prescripción de medicamentos en una clínica odontológica de una universidad mexicana. Mediante un estudio observacional y descriptiva la proporción de prescripción fue del 13,53% (IC 95%: 11,77%- 15,29%), sin diferencias estadísticamente significativas según edad, sexo, y consultorios. Los diagnósticos más frecuentes con prescripción antibiótica fueron: infección urinaria y faringoamigdalitis; los antibióticos más prescritos fueron: ciprofloxacina y cotrimoxazol. 70,00% de antibióticos indicados fueron prescritos con nombre genérico y 70,83% se encuentran en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales. En relación a la calidad, encontramos 81,67% (IC 95%: 79,68%-83,66%) de prescripciones inadecuadas, en cuanto a duración (59,20%) y dosis (20,00%) del antibiótico. La proporción de prescripción de antibióticos encontrada fue baja e inferior a la reportada en la

literatura, mientras que la calidad inadecuada fue elevada, con valores semejantes a otros estudios. Las investigaciones en este campo son todavía escasas, siendo importante realizar más estudios que permitan documentar las características de la prescripción. Es necesario contar con una política de antibióticos que establezca estrategias dirigidas a mejorar su acceso y uso racional”(4).

Ricco y Virga (2012), “realizaron un estudio transversal con el objetivo de analizar el uso de los anestésicos locales (AL) en la práctica odontológica e identificar problemas relacionados con su utilización. La muestra se compuso por un total de 421 pacientes de ambos sexos. El instrumento básico fue una entrevista por cuestionario realizada a los pacientes. Se realizó una encuesta a odontólogos generalistas, profesionales sanitarios que se relacionan con el uso de AL. La muestra estuvo compuesta por 132 Odontólogos de ambos sexos. El instrumento para la recolección de datos fue una encuesta. Los pacientes fueron 67,9% mujeres y 32,1% varones; el 79,1% relata que le aplicaron varias veces AL, el 12,4% observó lesiones en el lugar de aplicación del anestésico, de los cuáles el 82,8% no solicitó ayuda médica por la lesión, el 53,8% se medicó solo. De los odontólogos el 50,7% utiliza habitualmente lidocaína y el 49,3% carticaína; ante un efecto no deseado con la medicación el 69% consulta a expertos, el 19% investiga el problema y el 6% realiza una profunda anamnesis. La valoración y seguimiento de los problemas relacionados al uso de medicamentos significan un beneficio para la sociedad, ya que al generar cambios en la conducta de los profesionales, éstos repercuten en sus pacientes”(5).

Poveda y Bagán (2007), “realizaron un trabajo con el objetivo de intentar contribuir a un uso racional de los antibióticos revisando sus características generales. La asociación amoxicilina-clavulánico fue el fármaco más prescrito por dentistas durante 2005, al menos en la Comunidad Autónoma Valenciana. El uso de antibióticos en odontología se caracteriza por una prescripción empírica basada en epidemiología clínica y bacteriana, el uso de antibióticos de amplio espectro durante periodos breves de tiempo y el manejo de una batería muy reducida de antibióticos. La prescripción simultánea de AINES (antiinflamatorios no esteroideos) puede modificar la biodisponibilidad del antibiótico. Se detecta un aumento de número de cepas resistentes a los antibióticos convencionales en la cavidad oral. La indicación antibiótica se realiza para tratamiento de la infección odontogénica, de infecciones orales no odontogénicas, como profilaxis de la infección focal y como profilaxis de la infección local y la extensión a tejidos y órganos vecinos. El embarazo, la insuficiencia renal y la insuficiencia hepática son situaciones que requieren una especial atención del clínico antes de indicar un tratamiento antibiótico”(6).

Aguilar y Ángeles (2007), “realizaron un trabajo con el objetivo de determinar las características de la prescripción de fármacos antimicrobianos durante las primeras 24 horas de Hospitalización en pacientes del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Estudio descriptivo transversal que incluyó pacientes hospitalizados en agosto 2006, habiéndose recolectado los datos de las primeras 24 horas de hospitalización la evaluación de la calidad de la prescripción fue realizada independientemente por médicos especialistas en infectología. Se estimaron las frecuencias absolutas y relativas de las variables

del estudio. Se influyen 121 pacientes. La prevalencia de prescripción, 44,9% de estas fueron realizadas adecuadamente. La PPA y la proporción de prescripciones adecuadas en el hospital Nacional Cayetano Heredia se encuentran dentro del rango reportado a nivel nacional e internacional”(7).

Hurtado (2003), “realizó un trabajo con el objetivo de analizar las características de la prescripción farmacológica en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina en un Hospital Nacional. Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado entre los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2002, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en base a la recolección de datos demográficos, clínicos y farmacológicos de la historia clínica de los adultos mayores, hospitalizados en el servicios de medicina. Se revisó la prescripción farmacológica de todos los pacientes, identificándose la medicación que se utilizó de manera potencialmente inapropiada en base de 4 criterios: características de fármacos, posología, diagnósticos e interacciones. Se utilizó el programa spss versión 10.0 por el análisis estadístico. Se estudiaron 170 pacientes, 90 varones y 80 mujeres, media de 72,5 +/- 9.2 años de edad (entre 60 y 100 años), quienes en promedio ya tenían el diagnostico de 1 enfermedad crónica y la prescripción de 0.5 fármacos por diagnostico antes de la hospitalización, pero solo el 20% de los pacientes recibía el tratamiento de manera regular. Todos los pacientes fueron ingresados por el servicio de emergencia del hospital, las enfermedades cardiovasculares 21.2% (36 pacientes) e infecciosas 21.2% (36 pacientes) fueron los diagnósticos principales. durante la hospitalización se evidenció en total de 1535 prescripciones farmacológicas, de 121 fármacos diferentes; los medicamentos

antiinfecciosos fueron el grupo más utilizado (20.2%) e individualmente el fármaco más usado fue la ranitidina (5.9%) e cual fue prescrito en más de la mitad de los pacientes. durante la hospitalización los pacientes recibieron en total una media de 9.0 +/- 4.3 medicamentos; se encontró en total de 245 prescripciones potencialmente inapropiadas (37 fármacos diferentes) que representaron al 19.2% del total, el 45.8% de estas fue por errores en la posología, seguido por medicamentos que deben evitarse en relación a los diagnósticos del paciente (32.9%), fármacos que deben evitarse independientemente del diagnóstico (15.9%) y en base a las interacciones potenciales (2.0%). los medicamentos antiinfecciosos fueron el grupo farmacológico que con más frecuencia se utilizó de manera inapropiada (21.4%). en alta porcentaje de los pacientes se identificaron prescripciones inapropiadas, se encontró correlación estadísticamente significativa (test de spearman) entre prescripción inapropiada y polifarmacia; prescripción inapropiada y número de diagnósticos al ingreso. los medicamentos antiinfecciosos fueron los más utilizados y además el principal grupo farmacológico prescrito de manera inapropiada. existe una cifra importante de prescripciones farmacológicas potencialmente inapropiada se incrementó en la polifarmacia y en pacientes más comprometidos (pluripatología)"(8).

Healthcare y Safety (2012), "realizó un estudio piloto con el objetivo para evaluar el conocimiento de la prescripción y común errores en los estudiantes de cuarto año de la Escuela de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. En marzo de 2010, se llevó a cabo una encuesta entre los 66 alumnos de cuarto año en la Escuela de Odontología de la aplicación de

un cuestionario previamente validado que consta de seis preguntas abiertas, se evaluarán los siguientes factores: la enfermedad más frecuente que requiere receta médica dental; los fármacos más prescritos no esteroides anti-inflamatorios y antibióticos, los errores más frecuentes, las fuentes de información utilizadas para la prescripción de medicamentos, y si los estudiantes sabían y siguieron la Guía de la Organización Mundial de la Salud de la buena prescripción. La respuesta más frecuente para cada pregunta se consideró el más importante. La razón más común para la prescripción de medicamentos fue la infección (n = 37, 56%), los antibióticos más ampliamente prescritos fueron amoxicilina (n = 52, 78,9%), ampicilina (n = 7, 10,6%), y la penicilina V y clindamicina (n = 3, 4,5%). Los errores más frecuentes reportados por los estudiantes fueron: la falta de conocimiento acerca de la posología de medicamentos (n = 49, 74,2%), las recetas mal llenados (n = 7, 10,7%), sin saber los nombres de marca y la incertidumbre acerca de la droga correcta indicada para cada casos (n = 3, 4,54%), sin saber la duración del tratamiento (n = 2, 3%), no se le pide al paciente sobre posibles alergias, y no dando prescripciones (n = 1, 1,5%). Las fuentes de información utilizadas por los estudiantes para la prescripción de medicamentos incluidos los profesores de los centros (n = 49, 74,2%), el curso de farmacología (n = 7, 10,7%), la consulta diccionario médico (n = 15, 22,72%), compañero de clase apoyo (n = 3, 4,54%), y la información proporcionada por los representantes médicos de las compañías farmacéuticas (n = 1, 1,5%). Por último, sólo 20 estudiantes (30,3%), seguido de la OMS Guía de la Buena Prescripción, 40 alumnos reconocieron no seguirla (60,6%), y seis estudiantes (9,1%) no tenían conocimiento de la misma. El conocimiento de la farmacología de los

estudiantes de cuarto año en la Escuela de Odontología tiene lagunas que pudieran afectar a la seguridad del paciente. Se necesitan más estudios para determinar si este problema afecta a la calidad de la atención al paciente y la eficacia y seguridad de los tratamientos. Desde prescribir con precisión es muy importante, es necesario el desarrollo de las guías terapéuticas y para brindar cursos de terapia farmacológica. La implementación de programas educativos, incluyendo la OMS Guía de la Buena Prescripción y paciente Guía Curricular fuerte, sería beneficiosa para ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades de prescripción”(9).

Gómez (2000), “realizó un estudio con el objetivo de analizar las infecciones odontogénicas son comunes en la práctica de cirujano dentista, el tratamiento consiste en el establecimiento de un drenaje y en la eliminación de la fuente de infección que en ocasiones puede ser acompañado con la prescripción de antibióticos. Para conocer qué antibióticos prescriben los cirujanos dentistas se circuló un cuestionario entre 303 dentistas de tres ciudades de la república mexicana. El antibiótico más prescrito cuando se les requirió los tres antibióticos que prescriben fue la ampicilina (23%), seguido de la eritromicina (11%) y la penicilina V común 10%. La duración del tratamiento también fue variable, siendo el esquema de 7 días (50.87%) el más frecuente, seguido de la indicación de menos de 7 días (35.19%) y la indicación de más de 7 días, 13.93%.Actualmente sabemos que en las infecciones odontogénicas son polimicrobianas, con un 65% de microorganismos anaerobios y que la ampicilina tiene poca actividad contra anaerobios. Los resultados de la encuesta sugieren, de manera indirecta, que en la mayor parte de los dentistas

entrevistados no existe el conocimiento adecuado del tipo de microorganismos involucrados en las infecciones odontogénicas y de la sensibilidad y encía bacteriana a los antibióticos necesarios para poder prescribir antimicrobianos”(10).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Prescripción médica

La prescripción adecuada es posible si el profesional con conocimientos basados en información actualizada e independiente y con la destreza necesaria, es capaz de identificar los problemas del paciente, que le permita seleccionar un esquema terapéutico adecuado. Si elige un medicamento, éste debe ser el apropiado a las necesidades clínicas del paciente, indicado a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un período adecuado de tiempo y al costo más asequible. El objetivo de una buena prescripción es:

- Maximizar la efectividad en el uso de los medicamentos.
- Minimizar los riesgos a los que se somete al paciente al usar un medicamento.
- Minimizar los costos en la atención de salud por medio del uso racional del medicamento.
- Respetar las opiniones de los pacientes en toda decisión terapéutica. Estrategias para promover una buena prescripción

1. Capacitar y actualizar permanentemente a los profesionales prescriptores en temas de uso racional de medicamentos Las

intervenciones educativas constituyen una estrategia efectiva con fines de cambiar los hábitos de prescripción, teniendo un mayor impacto si es que se llevan a cabo oportunamente. En el pregrado, los estudiantes deben adquirir una base sólida en farmacología y farmacoterapéutica de los problemas de salud más frecuentes, según la medicina basada en evidencias; además de promover en ellos, el desarrollo de habilidades y aptitudes para una buena prescripción. La OMS propone el desarrollo de cursos de farmacoterapia basados en problemas concretos en los programas de estudios universitarios de Medicina y otras Ciencias de la Salud, considerando que éstos pueden influir significativamente en la calidad de la prescripción. En el postgrado debe incorporarse al currículo, en forma obligatoria, actividades formativas en terapéutica médica e impulsar el uso de guías y protocolos de tratamiento. Además del conocimiento, se deben adquirir actitudes, que en el caso del uso de los medicamentos deben estar basadas en el rigor científico y en la modulación de los diversos factores que influyen en la prescripción. La educación médica continua debe ser realizada por las universidades e instituciones debidamente acreditadas ante los colegios profesionales que garanticen su calidad, e incluir en su programa de estudios, temas sobre medicamentos y terapéutica. La OMS propone que la educación médica continua sea requisito para el desempeño de la profesión. Las entidades que brindan servicios de salud deben considerar la inversión en programas de capacitación de sus profesionales de la salud. La capacitación

profesional en las diferentes instancias mencionadas debe proporcionar al prescriptor un marco referencial sobre los aspectos sociales, económicos, sanitarios, legales y éticos, de la realidad del uso del medicamento, buscando contar con profesionales con una amplia visión de esta problemática, que los sensibilice en el tema del uso racional de medicamentos y en el concepto de la calidad de la prescripción, respetando los derechos de los pacientes a la información y autonomía (libertad y capacidad de decisión)(1).

Los prescriptores tienen el deber ético de procurar la máxima calidad en la atención de salud, por ello es necesario poner énfasis en la transmisión, no sólo de conocimientos sino también de valores éticos, que permita que los prescriptores realicen una labor efectiva, oportuna, responsable y humana.

2. Disponer de información objetiva Contar con información confiable permite adoptar decisiones acertadas. En lo que a la prescripción se refiere, es aún más relevante, pues debe estar sustentada en información científica, siendo por tanto importante aprender a identificar información válida, objetiva, independiente y actualizada. Las instituciones como las universidades, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales (ONG), e instituciones del sector salud que cuentan con información científico- técnica deben facilitar el acceso a su información. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), debe establecer

estrategias que faciliten el acceso a la información científica en materia de medicamentos, especialmente en los lugares que presentan mayores dificultades para su obtención. A fin de aprovechar de manera óptima toda la información que sobre salud y medicamentos se encuentra disponible, el profesional que desee realizar una búsqueda debe saber cómo hacerlo, ya que su desarrollo no planificado, puede dar lugar a un trabajo inútil. Es necesario por tanto, conocer las diferentes fuentes de información y cómo acceder a ellas.

3. Promover una adecuada publicidad y promoción de medicamentos por parte de la industria farmacéutica Reconociendo el beneficio que la industria farmacéutica ha brindado a la humanidad, es necesario fomentar en los prescriptores una actitud crítica y responsable frente a las diferentes estrategias de publicidad y promoción de medicamentos. La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas realiza el control y vigilancia de la promoción publicitaria de productos farmacéuticos y afines, buscando garantizar que dicha actividad sea realizada en cumplimiento de la normatividad legal vigente, acorde a criterios éticos establecidos por la OMS y a los acuerdos establecidos en el Código de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (FIIM) «Normas de Comercialización de Productos Farmacéuticos». La promoción y publicidad de medicamentos debe tener un tratamiento ético, por

cuanto se trata de productos con gran repercusión en la salud y en la economía de la población.

4. Desarrollar guías nacionales de tratamiento basadas en evidencia, consensuadas, permanentemente actualizadas, y acordes con la realidad nacional. Las guías de tratamiento consisten en afirmaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los prescriptores a tomar decisiones sobre los tratamientos más apropiados a las condiciones clínicas más específicas. Las guías de tratamiento basadas en evidencias son de vital importancia para promover el uso racional de medicamentos. Es necesario buscar la participación de los prescriptores para su elaboración y actualización, lo que contribuye a asegurar su credibilidad y aceptación, asimismo se deben establecer estrategias de difusión, aplicación, evaluación y retroalimentación.
5. Promover la conformación y funcionamiento de Comités Farmacológicos en los establecimientos de salud. Los Comités Farmacológicos son organismos técnicos de carácter asesor y ejecutivo, que deben tener el reconocimiento oficial y el apoyo efectivo de las autoridades institucionales, a fin de asegurar su sostenibilidad y la realización de sus funciones, como son(11):
 - Conducir el proceso de selección de medicamentos.
 - Promover el uso racional de medicamentos, priorizando la utilización de medicamentos esenciales.
 - Promover las buenas prácticas de prescripción.

- Apoyar técnicamente los procesos de adquisición de medicamentos.
 - Brindar asesoramiento en materia de medicamentos, a los departamentos o servicios intermedios y finales de institutos y hospitales, y a los centros y puestos de salud según corresponda.
 - Apoyar las acciones de farmacovigilancia.
6. Difundir normas legales vigentes en el país referente a la prescripción de medicamentos El Ministerio de Salud y las instituciones del sector difunden y supervisan el cumplimiento de las diferentes normas legales relacionadas con la prescripción y el uso de medicamentos. El equipo de salud tiene el deber de colaborar con la administración de salud, en el cumplimiento de las disposiciones legales que se relacionen con su profesión, en forma personal y a través de organizaciones científicas o gremiales, del sector público y privado.
7. Realizar estudios de utilización de medicamentos y monitorización de la prescripción Los estudios de utilización de medicamentos se definen como aquellos estudios epidemiológicos descriptivos con los que se pretende determinar cuáles son los patrones, perfiles y otras características de la oferta, la prescripción, la dispensación, el consumo, el cumplimiento terapéutico y cualquier otra faceta relacionada con los medicamentos en una población determinada,

con el objetivo de conseguir, mediante el análisis de los mismos, su uso racional. La OMS los definió como el estudio de la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con acento especial en las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes. Según la OMS, los medicamentos esenciales son aquellos medicamentos que satisfacen las necesidades de salud de la mayoría de la población; por lo tanto deben estar disponibles en cantidades adecuadas, en formas apropiadas de dosificación y a un precio asequible para la comunidad. El concepto de medicamentos esencial implica un elevado valor sanitario y no debe confundirse con el concepto de medicamentos genérico (medicamento identificado por su nombre común o genérico y que suele comercializarse, luego de transcurrir el período de protección de patente del producto original de marca, a precios significativamente menores que éste). Un medicamento esencial puede, en consecuencia, comercializarse como producto genérico o como producto de marca(12).

La DIGEMID, las Direcciones Regionales de Salud, los comités farmacológicos, y los responsables de farmacia de los establecimientos de salud, deben efectuar periódicamente estas actividades difundiendo los resultados obtenidos. Prácticas incorrectas en la prescripción de medicamentos

- Empleo de medicamentos en situaciones clínicas que no lo requieran.

- Omitir las medidas no farmacológicas cuando son pertinentes.
- Uso de productos farmacéuticos de eficacia y/o seguridad cuestionable o de su asociación injustificada.
- Elección desacertada del medicamento o de medicamentos para el problema diagnosticado en el paciente.
- Sobre-prescripción «polifarmacia» o sub-prescripción de medicamentos.
- Falla en la dosificación, elección de la vía de administración y/o duración del tratamiento.
- Omisión de características relevantes del paciente o barreras culturales, para el ajuste de la terapia.
- Insuficiente o nula explicación al paciente de los aspectos de la prescripción.
- Prescripción de medicamentos caros existiendo alternativas más baratas e igualmente eficaces y seguras.
- Creencia de que los medicamentos genéricos son de calidad inferior a sus equivalentes de marca.
- Tendencia al empleo de medicamentos nuevos sin una adecuada evaluación comparativa de su beneficio y costo.
- Monitoreo deficiente de la farmacoterapia que puede impedir la detección precoz de falla terapéutica y/o de reacciones adversas medicamentosas.
- Escribir la receta e indicaciones para el paciente con letra ilegible.

- Indicaciones dadas para el paciente no bien consignadas, así como no detallar en forma clara y precisa las medidas farmacológicas y no farmacológicas(13).

2.2.2 Principios generales de farmacología

La farmacología abarca el estudio de la historia, el origen, las propiedades físicas y químicas, las asociaciones de los fármacos, los efectos bioquímicos y fisiológicos, los mecanismos de acción, absorción, distribución, biotransformación y excreción, y los usos, con fines terapéuticos o no de las drogas. El clínico se interesa principalmente por las drogas que son útiles para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades humanas. El estudio de la farmacología de estas drogas puede limitarse razonablemente a los aspectos que sirven de base para su uso clínico racional. Secundariamente, el médico se ocupa también de agentes químicos no usados en terapéutica, pero que son causa frecuente de envenenamientos domésticos e industriales y de contaminación ambiental. La relación entre la dosis de una droga recibida por el paciente y la utilidad de esa droga para tratar la enfermedad de aquél que describe en los dos campos básicos de la farmacología: farmacocinética (lo que el organismo le hace a la droga), farmacodinamia (lo que la droga le hace al organismo). La farmacocinética se ocupa de la absorción, distribución, biotransformación y excreción de las drogas. Estos factores junto con la dosificación, determinan la concentración de una droga en sus sitios de

acción y por ende la intensidad de sus efectos en función de tiempo. Muchos efectos bioquímicos y fisiológicos de las drogas y de sus mecanismos de acción se denominan farmacodinamia. Principios de terapéutica Las normas que gobiernan la síntesis y obtención de fármacos nuevos han evolucionado desde el siglo pasado para asegurar la inocuidad y eficacia de los nuevos medicamentos que se piensan utilizar en la población general; nunca ha existido certeza absoluta al respecto de un sujeto determinado. Antes de iniciar cualquier tratamiento es importante establecer metas finales perfectamente definidas. La individualización del tratamiento de un paciente particular exige conocimientos básicos de farmacocinética y farmacodinamia. Son innumerables los factores que influyen en la reacción de un sujeto a un fármaco. Es responsabilidad de todos los profesionales en medicina vigilar los efectos de los medicamentos después de la distribución comercial, y notificar a las autoridades correspondientes trastornos adversos graves que puedan achacarse a dichos fármacos o al fabricante del producto. Consideraciones farmacocinéticas. La farmacocinética se refiere a los cambios cuantitativos totales de un fármaco en el organismo y a su concentración en el plasma; considera también el transcurso del tiempo tras su administración por diferentes vías (Las dos más comunes son la infusión intravenosa y la dosificación fija por vía oral, así como los regímenes por dosificación horaria establecida, como —una tableta cada cuatro horas)). Las interacciones de los procesos descritos, determinan el perfil farmacocinética de un agente no solo reside en la definición de los factores que modifican sus

niveles y persistencia en el organismo, sino también en la posibilidad de adecuar el uso de fármacos que tiene un potencial de toxicidad elevado(14).

Al escoger un régimen farmacoterapéutico, el clínico debe tomar en consideración las variaciones entre uno y otro enfermo, y las de un mismo paciente, en cuanto a la biotransformación de cada medicamento. Un producto determinado puede mostrar amplias variaciones en sus propiedades farmacocinéticas de una persona a otra; en algunos medicamentos, dicha variabilidad explica hasta 50% o más de la variación total en la respuesta final. Los productos medicamentosos que se excretan principalmente sin cambios por el riñón, tienden a mostrar diferencias menores en su biotransformación y eliminación entre unos y otros enfermos con función renal semejante, que los fármacos inactivados por el metabolismo. Interacciones farmacocinéticas. Los fármacos pueden interactuar en cualquier punto o momento de su absorción, distribución, metabolismo o excreción y, como resultado, puede haber un incremento o decremento de su concentración en el sitio de acción. Los individuos varían en la velocidad con que se eliminan cualquier fármaco en particular, por lo que, no siempre es predecible la magnitud de una alteración que afecta los parámetros farmacocinéticas(13).

Consideraciones farmacodinámica Subsiste notable variación entre un enfermo y otro en su reacción a los fármacos, después de ajustar la concentración de los agentes en plasma a una cifra predeterminada en algunos medicamentos, dicha variabilidad farmacodinámica explica gran

parte de la variación total en las reactividades entre uno y otro enfermo. No obstante, cuando los fármacos son administrados, no hay alguna reacción característica entre la concentración del fármaco en plasma y el efecto cuantificado; la curva de concentración-efecto puede mostrar una concavidad hacia arriba o hacia abajo, ser rectilínea o sigmoide o en forma de U invertida. 30 Interacciones farmacodinámica. Un fenómeno que a menudo se pasa por alto es la multiplicidad de efectos que presentan muchos fármacos. Sobre tal base las fenotiazinas son antagonistas de adrenérgicos eficaces; muchos antihistamínicos y antidepresores tricíclicos son antagonistas potentes en los receptores muscarínicos. Estas acciones menores pueden ser causa de interacción farmacológica(15).

2.2.2.1 Antibióticos

Definición Sustancias producidas por diversas clases de microorganismos (bacterias, hongos) que inhiben el crecimiento y multiplicación de otros gérmenes o eventualmente pueden destruirlos. Los antibióticos también son sustancias químicas de origen sintético como es el caso de las quinolonas y las sulfonamidas(16). Antes de la administración de antibióticos es necesario conocer los microorganismos causantes para seleccionar el medicamento indicado, para limitar el incremento de la resistencia bacteriana y los efectos adversos, la prescripción de antibióticos debe ser reservada estrictamente para situaciones donde su eficacia ha sido demostrada.(16) El

uso de un ATM no sólo afecta directamente a la persona que lo recibe sino también a su flora individual de microorganismos, la cual forma parte del ambiente ecológico general compartido con otros seres vivos y por tanto afectan al resto de la sociedad. Entonces, la resistencia microbiana implica el hecho que los ATM son medicamentos que afectan directamente a toda la sociedad, ya que la remoción de cepas susceptibles conlleva a su reemplazo por cepas resistentes, fenómeno exacerbado cuando dicha resistencia puede transmitirse de bacteria a bacteria. Las consecuencias graves son que las infecciones por microorganismos resistentes se tornan más prevalentes y pueden transmitirse de persona a persona. El antibiótico ideal debe tener seis propiedades(17):

1. Ser selectivo y eficaz contra microorganismos sin lesionar al hospedero.
2. Destruir los microorganismos (actividad bactericida) mas que retardar el crecimiento (actividad bacteriostática)
3. volverse eficaz como resultado de la resistencia bacteriana.
4. No ser inactivado por enzimas, proteínas plasmáticas o líquido tisular.
5. Alcanzar rápidamente concentraciones bactericidas en el cuerpo.
6. Poseer los efectos adversos mínimos posibles.
 - a) Mecanismo de acción

- Inhibidores de síntesis pared bacteriana (beta lactámicos)
- Alteración de permeabilidad de membrana bacteriana (anfotericina, nistatina)
- Inhibidores de síntesis de proteínas (tetraciclinas, aminoglucoSIDOS)
- Inhibidores de la síntesis de ácidos nucleicos (rifampina, quinolonas)
- Inhibidores de la síntesis de ácido nucleicos (rifampina, quinolonas)
- Antimetabolitos: sulfas, trimetoprim.

- b) Tipo de acción y la dosis de antibiótico Bacteriostático: agentes que inhiben el crecimiento y la multiplicación bacteriana. el microorganismo no se destruye, por lo que una vez se retira el antimicrobiano, se puede reiniciar la multiplicación del germen a menos que las defensas del huésped destruyan las cepas bacterianas causantes de la infección. Bactericidas: sustancias que destruyen o que tienen un efecto letal sobre el microorganismo. estos se pueden dividir en dos grupos, los que tienen efecto letal dependiente de su concentración (aminoglucoSIDOS) y los que tienen efecto letal que depende del tiempo (betalactámicos).
- c) De acuerdo con el espectro de acción Espectro reducido: son aquellos antimicrobianos que actúan

selectivamente sobre alguna especie o cepa de microorganismos. la penicilina G es básicamente selectiva sobre gérmenes Gram positivos. Espectro amplio: son aquellos microorganismos que tiene actividad sobre un rango muy amplio de especies patógenas. la ampicilina y la amoxicilina son activas contra gérmenes Gram positivos y Gram negativos(18).

2.2.2.2 Clasificaciones I

Antibióticos betalactámicos

Los antibióticos que tienen un anillo B-lactámico (betalactámico). Los dos grupos principales son las penicilinas y las cefalosporinas, los antibioticos mas usados en odontología. Los monobactamicos y los carbapenemes son nuevos miembros. Penicilinas naturales La penicilina fue el primer antibiótico usado clínicamente en 1941. Es un milagro que el agente menos toxico de la clase sea el primero en haber sido descubierto. Originalmente se obtuvo del hongo *Penicillium notatum*, pero la fuente actual es un mutante que la produce con mayor abundancia(16):

Química la estructura de todas las penicilinas se caracteriza por la presencia de un anillo tiazolidínico unido a un anillo betalactámico el cual se une a una cadena lateral amina secundaria, en la que diferentes modificaciones químicas determinan las características antibacterianas y farmacológicas

de los diversos tipos de penicilinas. La integridad estructural del núcleo del ácido 6-aminopenicilánico es fundamental para la actividad biológica de estos medicamentos(18).

Mecanismo de acción

Las penicilinas al igual que todos los antibióticos betalactámicos destruyen los microorganismos sensibles al inhibir la síntesis de la pared celular bacteriana. La pared de la bacteria es una capa externa rígida que rodea la membrana citoplasmática y cuyas funciones se relacionan con el mantenimiento de la morfología celular y prevención de la lisis que puede ocurrir como consecuencia de la alta presión osmótica intracelular comparativamente con la del medio externo(16).

Usos clínicos a pesar de los años de uso, la penicilina G sigue ampliamente utilizada gracias a su eficacia, selectividad antimicrobiana, mecanismo de acción y tolerabilidad; sin embargo, su uso se justifica en infecciones graves de origen odontogénico producida por gérmenes aerobios y anaerobios comprometidos con estas, debido a que solo se dispone de presentaciones parenterales.

Penicilina V

La selectividad antimicrobiana de la penicilina V es similar a la de la penicilina G especialmente frente a los gérmenes aerobios Gram positivos, sin embargo la penicilina G es muchas veces más activa contra cepas de *Neisseria* sensibles a penicilinas y

contra ciertos anaerobios. A diferencia de la penicilina G la fenoximetilpenicilina es mucho más estable en medio ácido lo que permite mejor absorción gastrointestinal y por tanto facilita su administración oral. En dosis equivalentes alcanza concentraciones plasmáticas muchas más altas que las de penicilina G. Después de la administración de dosis de 500mg se alcanzan concentraciones plasmáticas de 3mcg/ml. La cinética de distribución y eliminación de la penicilina V es similar a la de penicilina G. 55 Clínicamente la penicilina puede ser una alternativa en el tratamiento de algunas infecciones bucodentales leves producidas por gérmenes aerobios Gram positivo(18). Penicilinas resistentes a betalactamasa Estos congéneres tienen cadenas laterales que protegen el anillo betalactámico del ataque de las penicilinas estreptocócicas. También protege parcialmente a las bacterias del anillo betalactámico: los microorganismos no productores de penicilinasas son menos sensibles a estos agentes que a la penicilina G. Su única indicación son las infecciones causadas por estafilococos productores de penicilinasas, en las cuales son los agentes de elección, excepto en áreas donde S. aureus resistente a la meticilina se ha vuelto prevalente. No son resistentes a las betalactamasa de los gramnegativos(16). Entre las penicilinas resistentes a la beta lactamasa el grupo más importante es el de las ISOXOZALIL PENICILINAS representado por la OXACILINA, CLOXACILINA;

DICLOXACILINA(18). Penicilinas de amplio espectro Estas penicilinas semisintéticas también son activas contra una gran variedad de bacilos gramnegativo. Puede agruparse de acuerdo con su espectro de actividad(19).

Amoxicilina

Es una penicilina estable en medio ácido con características similares a la ampicilina, aunque su absorción gastrointestinal es más rápida y completa. A diferencia de la ampicilina los alimentos no alteran su absorción.

La selectividad antimicrobiana de la amoxicilina es similar a la de la ampicilina pero en infecciones de origen odontogénico es más selectiva debido no solo a su comportamiento cinético y comodidad de dosificación sino a la gran sensibilidad demostrada por microorganismos aerobios y anaerobios comprometidos en 56 infecciones dentoalveolares, periodontales , para la profilaxis de infecciones de las heridas y de infecciones a distancia (como la endocarditis bacteriana) después de la cirugía odontológica en pacientes susceptibles. Las concentraciones plasmáticas máximas de amoxicilina son muy superiores a las de ampicilina. La administración oral de 250 mg alcanza una concentración de 4 mg/ml (frente a 3 mg/ml alcanzada con 500 mg de ampicilina) y la concentración inhibitoria mínima (CIM) de amoxicilina para el peptoestreptococo es de 0.2 mg/ml, para los B. Melaninogenicus es de 0.5 mg/ml. La vida media de la amoxicilina es de 1.7 horas

pero debido a su mejor absorción las concentraciones plasmáticas eficaces se mantienen por un tiempo más prolongado que las de ampicilina por lo cual solo se requiere la administración una dosis cada 8 horas. La amoxicilina se elimina por vía urinaria y al igual que todas las penicilinas por secreción tubular. Además de las dos anteriores Aminopenicilinas descritas se han desarrollado y utilizado otras como la Bacampicilina y la Pivampicilina; son esterres de ampicilina que al ser metabolizados se convierten en ampicilina y por tanto tienen características muy similares a esta(18).

Efectos adversos de las penicilinas

La reacción alérgica a penicilina se presenta con cualquier dosis y presentación del medicamento y la reacción a cualquiera de ellas expone al paciente a un mayor riesgo de alergia al administrar otra ya sea parenteral y oral. Las reacciones de hipersensibilidad pueden aparecer sin previo contacto directo del paciente con el medicamento (el paciente no ha recibido tratamiento alguno con penicilinas)(18).

Inhibidores de las betalactamasas

Las betalactamasas son una familia de enzimas producidos por muchas bacterias Gram positivas y gram negativos que inactivan a los antibióticos betalactámico. Las distintas betalactamasas difieren en la afinidad por sus sustratos.

Actualmente existen tres inhibidores de estas enzimas (el ácido clavulánico, el sulbactam y el tazobactam) para uso clínico(20).

Ácido clavulánico

Obtenido de *Streptomyces clavuligerus*, tiene un anillo betalactámico pero no presenta actividad antibacteriana. Inhibe una gran variedad de betalactamasas (clases II a V, pero no la clase I cefalosporinasa) producidas tanto por bacterias grampositivas como gramnegativas. El ácido clavulánico es un inhibidor —progresivo— que se une con las betalactamasas reversiblemente al principio, pero esta unión se vuelve luego covalente (la inhibición aumenta con el tiempo). Llamado inhibidor —suicida—, se inactiva después de unirse a la enzima. Ingresa en las bacterias gramnegativas e inhibe a las betalactamasas periplasmáticas(20).

Farmacocinética

El ácido clavulánico muestra una rápida absorción oral y una biodisponibilidad del 60%; también puede inyectarse. Su semivida de eliminación es de 1 hora y la distribución tisular se asemeja a la de la amoxicilina, con la cual se combina. Sin embargo, se elimina principalmente por filtración glomerular y su excreción no es afectada por el probenecid. Además, es hidrolizado y descarboxilado antes de su excreción, mientras que la amoxicilina es principalmente eliminada sin cambios por secreción tubular(20).

Indicaciones

- Infecciones de piel y partes blandas, sepsis intraabdominales y ginecológicas, infecciones urinarias, biliares y respiratorias, especialmente cuando debe darse un tratamiento antibiótico empírico para infecciones adquiridas en hospitales.
- Infecciones dentales causadas por bacterias productoras de betalactamasas.
- Gonorrea (incluida la cepa productora de penicilinas): una sola dosis de amoxicilina de 3 g más 0,5 g de ácido clavulánico más 1g de probenecid es muy curativa
Efectos adversos Son estomatitis y vaginitis candidiásica y erupciones cutáneas. Se han informado algunos casos de daño hepático con esta combinación. Cefalosporinas Es un grupo de antibióticos semisintéticos derivado de la —cefalosporina-CII obtenida del hongo Cephalosporium. Están químicamente relacionadas con las penicilinas; el núcleo consiste en un anillo betalactámico unido a un anillo de dihidrotiazina (ácido 7- aminocefalosporánico). Al agregar distintas cadenas laterales en la posición 7 del anillo betalactámico (lo que modifica el espectro de actividad) y en la posición 3 del anillo de dihidrotiazina (que modifica la farmacocinética) se han producido muchos compuestos semisintéticos. Estos se dividieron convencionalmente en cuatro generaciones de acuerdo

con la secuencia cronológica del desarrollo, pero más importante aún es que esta división tiene en cuenta el espectro antibacteriano global y la potencia. 59 Efectos adversos Las cefalosporinas en general son bien toleradas pero más tóxicas que las penicilinas(16).

- El dolor después de la inyección intramuscular es común. Es tan intenso con la cefalotina como para desaconsejar esa vía.
- Puede aparecer tromboflebitis en las inyecciones intravenosas.
- La diarrea por alteración de la ecología intestinal o por efectos irritantes es más común con la cefradina oral y la cefoperazona parenteral (significativamente excretada por bilis).
- Las reacciones de hipersensibilidad causadas por las cefalosporinas son similares a las de la penicilina, pero su incidencia es menor. Las erupciones cutáneas son la manifestación más frecuente, pero también puede aparecer anafilaxia, angioedema, asma y urticaria. Alrededor de 10% de los pacientes alérgicos a la penicilina muestran reacciones cruzadas con las cefalosporinas. Es preferible no administrarse cefalosporinas a quienes tienen antecedentes de reacciones de tipo inmediato a la penicilina. Las pruebas

cutáneas para demostrar la hipersensibilidad a las cefalosporinas no son fiables.

- Se ha informado una interacción de tipo disulfiram entre el alcohol y la cefoperazona(16).

Indicaciones Infecciones dentales: no hay indicaciones absolutas para las cefalosporinas en odontología excepto como alternativa de la penicilina o a la amoxicilina, especialmente en pacientes que presentan erupciones cutáneas u otras reacciones alérgicas menores (pero no el tipo inmediato de hipersensibilidad), o en casos 60 de infección resistente a la penicilina y la amoxicilina. Se usan, por lo tanto, menos que las penicilinas. En general, en odontología solo se indican antibióticos orales, mientras que los parenterales se reservan para infecciones graves y fulminantes. Por ello, en general sólo se indican las cefalosporinas de primera y segunda generación. Los agentes de primera generación como la cefalexina o el cefadroxilo se usan debido a su gran actividad contra las bacterias aerobias grampositivas y a su buena penetración en el alvéolo dentario. Aunque no matan directamente a las anaerobios, la eliminación de los microorganismos aerobios aumenta la disponibilidad de oxígeno localmente, en especial en el hueso alveolar y controla de manera indirecta el crecimiento de aquellos. Los compuestos de segunda generación como la cefuroxima axetilo y el cefaclor son los únicos con una buena

actividad contra anaerobios bucales, y son las cefalosporinas preferidas en odontología. Las cefalosporinas son especialmente valiosas contra infecciones orodentales causadas por *Klebsiella* que, aunque raras, pueden aparecer en pacientes neutropénicos. Los anaerobios son menos comunes en la celulitis gingival aguda, que a menudo responde rápidamente a las cefalosporinas. La cefalexina y el cefadroxilo son alternativas de la amoxicilina en la profilaxis de la infección de las heridas y de la endocarditis posterior a una cirugía odontológica en pacientes predispuestos. Inhibidores de Beta Lactamasa El ácido clavulánico, sulbactam y el tazobactam son tres inhibidores de la beta lactamasa estructuralmente relacionados con las penicilinas. Son sustancias que se unen irreversiblemente a la beta lactamasa y la inactivan evitando en esta forma la destrucción del antibiótico por parte de la enzima. Estos inhibidores de beta lactamasa no se utilizan solos sino en combinación con penicilinas específicas(21).

El ácido clavulánico se combina con la amoxicilina y es útil en infecciones por *H. influenzae*, *B. catarrhalis*, *S. aureus*, *Klebsiella* y *enterobacter* productores de beta lactamasa. El sulbactam se combina con la ampicilina permitiendo una ampliación del espectro de esta. Esta asociación se utiliza en el tratamiento de infecciones por *estafilococo aureus* y *Haemophilus influenzae* en especial intraabdominales y ginecológicas. La asociación amoxicilina- ácido clavulánico se

ha utilizado en algunas infecciones orales especialmente aquellas de origen periodontal(18). II. Antibióticos no betalactámicos Macrólidos Los macrólidos (eritromicina, claritromicina, azitromicina, roxitromicina) son alternativas de las penicilinas en los casos de hipersensibilidad, resistencia, necesidad de cubrimiento antibacteriano frente a gérmenes intracelulares. Su mecanismo de acción se relaciona con inhibición de la síntesis proteica bacteriana a nivel de la subunidad 50S del ribosoma impidiendo el proceso de translocación. Los mecanismos de resistencia incluyen: disminución de la permeabilidad celular características de enterobacterias, Pseudomonas, Acinetobacter, alteración en la capacidad de unión al receptor ribosomal del S. pyogenes, Campilobacter, E. Coli y algunas cepas de S. aureus, estreptococo, Enterococcus, Bacteroides, Clostridium, Mycoplasma y Legionella(19). Selectividad antibacteriana de los macrólidos La actividad antimicrobiana de estos antibióticos es amplia frente a bacterias grampositivas, gramnegativas que incluyen actinomicetos, mycobacterias, treponemas, Mycoplasma, Chlamydia y rickettsias. La Roxitromicina ha demostrado mejor actividad sobre Chlamydia, Legionella y Ureaplasma que otros macrólidos. Los macrólidos pueden ser bacteriostáticos o bactericidas, hecho que depende de la concentración del antibiótico, especie bacteriana, fase de crecimiento y de la densidad del inóculo.

Farmacocinética de los macrólidos

La eritromicina base administrada por vía oral es inactivada por el jugo gástrico por lo que se requiere la administración en tabletas con capa entérica y en forma de sal (estearato, etilsuccinato, laurilsulfato). La roxitromicina tiene biodisponibilidad más alta (75- 85%) frente a claritromicina, (55%) y azitromicina, (37%). Dada su liposolubilidad difunden bien en tejido bronquial, próstata, oído medio y hueso pero pobremente a líquido cefalorraquídeo. Efectos adversos Dolor abdominal, náusea, vómito y diarrea son usualmente los más frecuentes. Ocasionalmente reacciones de hipersensibilidad (rash cutáneo) y eosinofilia. La eritromicina, claritromicina y azitromicina han sido asociadas con hepatotoxicidad y eventualmente ototoxicidad reversible. La incidencia de efectos adversos es del 4% con roxitromicina, 12% con azitromicina y 16% con claritromicina.

Usos clínicos

La eritromicina tiene básicamente la misma selectividad antibacteriana de la penicilina y es muy útil en los casos de pacientes alérgicos a los betalactámicos; sin embargo muchos anaerobios son resistentes o desarrollan rápida resistencia a la eritromicina. Los macrólidos son antibióticos de elección en infecciones por *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumoniae*, difteria, *C. pertussis*, *Chlamydia*. Se han utilizado

eventualmente en infección periodontal (osteítis alveolar o periostitis, absceso periodontal), pericoronitis, osteítis maxilar y celulitis(22).

Lincosamidas

La lincomicina y la clindamicina comparten propiedades biológicas y mecanismo de acción similar al inhibir la síntesis de las proteínas bacterianas. Además de presentar mecanismos de resistencia similares a los macrólidos se ha demostrado que las Lincosamidas 63 pueden ser inactivadas por cepas de estafilococos. Las enterobacterias, Pseudomonas y Acinetobacterias son intrínsecamente resistentes por disminución de la permeabilidad celular. Selectividad antibacteriana de las Lincosamidas Tienen buena actividad frente a estafilococos, S. pyogenes, bacterias anaerobias particularmente B. fragilis y son inactivas frente a Enterococcus, H. influenzae, N. meningitidis, Clostridium y Fusobacterias. La clindamicina es activa in vitro contra Toxoplasma gondii. Farmacocinética Las Lincosamidas se absorben en el 90% a nivel gastrointestinal, su administración intramuscular permite niveles máximos a las 3 horas. Se distribuyen bien en todos los tejidos excepto en líquido cefalorraquídeo. La vida media oscila entre 2-3 horas.

Efectos adversos

Reacciones alérgicas (rash, fiebre, eritema), diarrea en el 20% de los casos con la administración oral. Aunque no es muy frecuente pueden ocasionar colitis pseudomembranosa causada por una toxina secretada por el *C. difficile* germen que se desarrolla en presencia de estos antibióticos. H epatotoxicidad y agranulocitosis son también efectos ocasionales de estos antibacterianos.

Usos clínicos

La clindamicina tiene buena actividad contra aerobios y anaerobios de cavidad oral (sin embargo no es más efectivo que la penicilina contra anaerobios) pueden ser una alternativa en los pacientes alérgicos a la penicilina con infecciones severas de las fascias profundas. La clindamicina penetra muy bien en el tejido óseo. El uso de la clindamicina se restringe debido a su potencial toxicidad gastrointestinal (colitis pseudomembranosa) y se considera 64 alternativa importante en infecciones por ciertos anaerobios. La lincomicina tiene poco interés clínico en la actualidad(16). Tetraciclinas Las tetraciclinas se dividen en dos grupos: de efecto corto como oxitetraciclina y tetraciclina y de efecto prolongado como doxiciclina y minociclina. Son sustancias que inhiben la síntesis de proteínas de la bacteria al unirse a la subunidad 30S ribosomal. Los mecanismos de resistencia incluyen alteración de la permeabilidad de la bacteria

e inactivación biológica y química. Selectividad de las tetraciclinas El gonococo y meningococo son muy sensibles, E. Coli, Neumococo, H.influenzae, Vibrio cholera, Ricrettsias, Chlamydias, Mycoplasmas y algunos protozoarios también son sensibles. Frente a Campylobacter y Shigella ha incrementado la resistencia.

Farmacocinética de las tetraciclinas

Se absorben entre el 58 y 95% después de su administración por vía oral, la concentración plasmática máxima se alcanza entre 1-3 horas. Debido a su liposolubilidad difunden a todos los tejidos; en el líquido cefalorraquídeo alcanzan el 10-26% de la concentración plasmática. Las tetraciclinas atraviesan la barrera placentaria y se acumulan en hueso y diente del feto por lo cual se contraindican durante el embarazo. La vida media oscila entre 9-16 horas y se eliminan principalmente por vía renal(16).
Efectos adversos Las tetraciclinas pueden ocasionar reacciones de hipersensibilidad incluyendo anafilaxia, edema periorbitario; fotosensibilidad, alteraciones gastrointestinales (náusea, vómito, dolor epigástrico), ulceración esofágica. El uso de tetraciclina da lugar a una alta incidencia de despigmentación e hipoplasia dentaria permanente en niños.

Usos clínicos

Las tetraciclinas pueden ser efectivas contra anaerobios orales pero algunos microorganismos son resistentes o desarrollan resistentes, las tetraciclinas no son especialmente eficaces contra bacterias que producen infecciones quirúrgicas orales. Las tetraciclinas combinadas con tratamiento local han mostrado gran utilidad contra el *Actinobacillus actinomycetemcomitans* en casos de periodontitis juvenil localizada. No se recomienda en menores de 9 años porque puede ocasionar alteraciones de la dentición permanente. Lamentablemente algunos gérmenes patógenos periodontales presentan fenómenos de resistencia a las tetraciclinas(18).

2.3 Definición de Términos básicos

Conocimiento: Acción de conocer, tal vez esta sea la primera y principal vía para el conocimiento de la verdad

Prescripción: Acción de prescribir, el manejo y prescripción de aquella droga requería de facultativos serios

Antibiótico: Que destruye los microorganismos que producen enfermedades e infecciones. Efecto antibiótico; propiedades antibióticas

Diagnóstico: De la diagnosis o relacionado con ella, actividad diagnóstica; proceder diagnóstico

Patológico: De la patología o relacionado con esta parte de la medicina, proceso patológico; cuadro patológico

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de Hipótesis Principal y Derivadas

3.1.1 Hipótesis Principal

La prescripción de antibióticos tiene relación con el diagnóstico patológico en la cavidad oral por los estudiantes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco 2018.

3.1.2 Hipótesis Derivadas

1. La prescripción de antibióticos en patologías de tejidos duros en los estudiantes de la Clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial cusco 2018.

2. La prescripción de antibióticos en patologías de tejidos blandos en los estudiantes de la Clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial cusco 2018.

3.2 Variables, definición conceptual y operacional

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala
PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS	Acción de prescribir, el manejo y prescripción de aquella droga requería de facultativos serios, sobre aquello Que destruye los microorganismos que producen enfermedades e infecciones. Efecto antibiótico; propiedades antibióticas	Estudiantes de la clínica estomatológica de 8vo semestre	-prescribe nunca -prescribe algunas veces -prescribe frecuentemente -prescribe siempre	Ordinal
		Estudiantes de la clínica estomatológica de 9no semestre	-prescribe nunca -prescribe algunas veces -prescribe frecuentemente -prescribe siempre	Ordinal
			-prescribe nunca -prescribe algunas veces -prescribe frecuentemente -prescribe siempre	Ordinal
DIAGNOSTICO PATOLÓGICO	De la diagnosis o relacionado con ella, actividad diagnóstica; proceder diagnóstico, De la patología o relacionado con esta parte de la medicina, proceso patológico; cuadro patológico	Según sexo	Varón Mujer	Ordinal

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

4.1 Diseño Metodológico

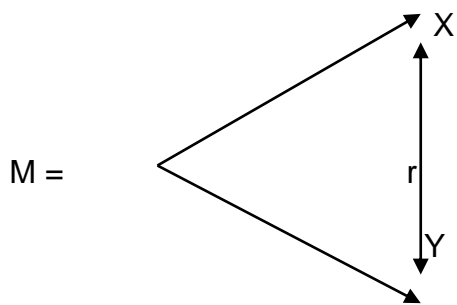
Descriptivo porque se describirá la prescripción de antibióticos y su relación con el diagnóstico patológico en la cavidad oral por los estudiantes de la clínica estomatológica de la universidad al peruana filial cusco – 2018

Transversal: Porque se estudiarán las variables en un momento dado haciendo un corte en el tiempo.

Relacional: porque se verá la asociación que existe entre las variables tejidos duros y blandos.

4.2 Diseño Muestral

El diseño será no experimental, y estará representado de la siguiente manera:



M = Muestra

X= Conocimiento sobre la prescripción de antibióticos

Y= Diagnostico patológico

r= Relación

4.2.1 Unidad de Estudio

Los estudiantes que acuden a la clínica estomatológica universidad alas peruanas filial cusco.

4.2.2 Unidad de Análisis

. Prescripción de antibióticos

. Patologías

4.3 Técnicas de Recolección de Datos

4.3.1 Técnicas

Se utilizarán la encuesta para recolectar la información de primera mano, de la muestra de estudio.

4.3.2 Instrumentos

Se utilizará un cuestionario con preguntas y alternativas de respuesta el cual deberá ser validado por expertos y además se le realizará previamente una prueba piloto.

4.3.3 Procedimientos

Se Solicitarán los permisos debidos a las autoridades de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco para poder aplicar el cuestionario del presente trabajo de investigación.

Se emitirán solicitudes al Director al director de escuela de estomatología filial cusco

4.3.4 Recolección de Datos:

Se realizara a las 7 de la mañana en las instalaciones de la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial cusco

- a) Se repartirá el consentimiento informado el cual será leído por el tesista para el entendimiento de la participación del presente trabajo de investigación por parte de todos los alumnos de octavo y noveno semestre.
- b) Se procederá a la repartición de la encuesta juntamente a lapiceros para el procedimiento.
- c) Se procederá a la orden para el llenado de las encuestas las cuales tendrán 20 minutos para ser llenadas en su totalidad.
- d) Al terminar el tiempo mencionado se procederá al recojo de las encuestas y a su correspondiente tabulación de resultados.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Tras el procedimiento de recolección estos serán registrados en la respectivas fichas de recolección de datos luego procesándolos electrónicamente los datos empleando el paquete estadístico SPSS versión 23 utilizando una computadora (laptop HP Intel Centrino incide Core 2 Dúo sistema operativo Windows vista).

Se organizarán los datos en tablas y gráficos, de acuerdo a la estadística descriptiva y para el análisis inferencial, se utilizarlos estadísticos de Chi cuadrado para verificar la relación entre las variables y el Taub de Kendall para ver el grado de esta relación.

4.5 Aspectos Éticos

Dentro de los aspectos éticos consideraremos aquellas instancias a las cuáles recurriremos para elaborar el presente trabajo de investigación

1. Nombramiento de asesor
2. Solicitud al Sr. decano de la facultad de Medicina Humana y ciencias de la salud de la Alas Peruanas Filial Abancay para que autorice el proyecto de investigación
3. El presente trabajo de investigación es original en toda su redacción y elaboración de la misma.

CAPITULO V
RESULTADOS

DE ALFA DE CROMBACH

La confiabilidad como consistencia interna de un test se define como el grado en que distintos subconjuntos de preguntas o considerandos miden un rasgo o comportamiento homogéneo; es decir, el grado de correlación que es consistente entre sí.(23)

Alfa de Crombach: Con este evaluaremos la confiabilidad o la homogeneidad de las preguntas o ítems es común emplear el coeficiente alfa de Crombach cuando se trata de alternativas de respuestas policotómicas, como las escalas tipo Likert; El coeficiente α de Crombach puede ser calculado por medio de la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total. Para calcular el coeficiente de confiabilidad se usó el “coeficiente alfa de Crombach (α)” Córdova (2009), cuya ecuación es:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

α : Coeficiente de confiabilidad de la prueba o cuestionario

k : Número de ítems del instrumento

S_t^2 : Varianza total del instrumento.

$\sum S_i^2$: Sumatoria de las varianzas de los ítems.

Tabla 1.- Criterios para evaluar la confiabilidad de las preguntas o ítems “coeficiente alfa de crombach (α)”.

Escala	Categoría
$r = 1$	Confiabilidad perfecta
$0.90 \leq r \leq 0.99$	Confiabilidad muy alta
$0.70 \leq r \leq 0.89$	Confiabilidad alta
$0.60 \leq r \leq 0.69$	Confiabilidad aceptable
$0.40 \leq r \leq 0.59$	Confiabilidad moderada
$0.30 \leq r \leq 0.39$	Confiabilidad baja
$0.10 \leq r \leq 0.29$	Confiabilidad muy baja
$0.01 \leq r \leq 0.09$	Confiabilidad despreciable
$r = 0$	Confiabilidad nula

Fuente: (Roberto Hernández Ampieri, Roberto Fernández Collado, & Pilar Baptista Lucio, 2014)

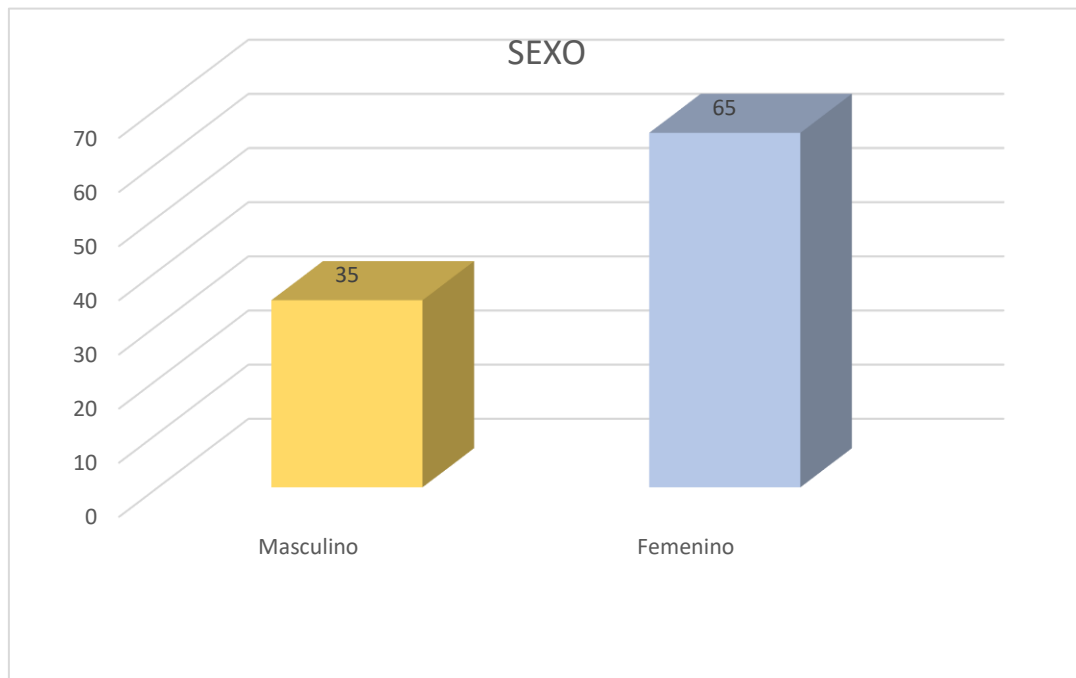
Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.845	20

Tabla 2.- Distribución De Los Alumnos De Clínica Según Sexo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	19	35	35	35
Femenino	36	65	65	100
Total	55	100	100	

Gráfico 1.- Sexo masculino y femenino.



Fuente: elaboración Propia

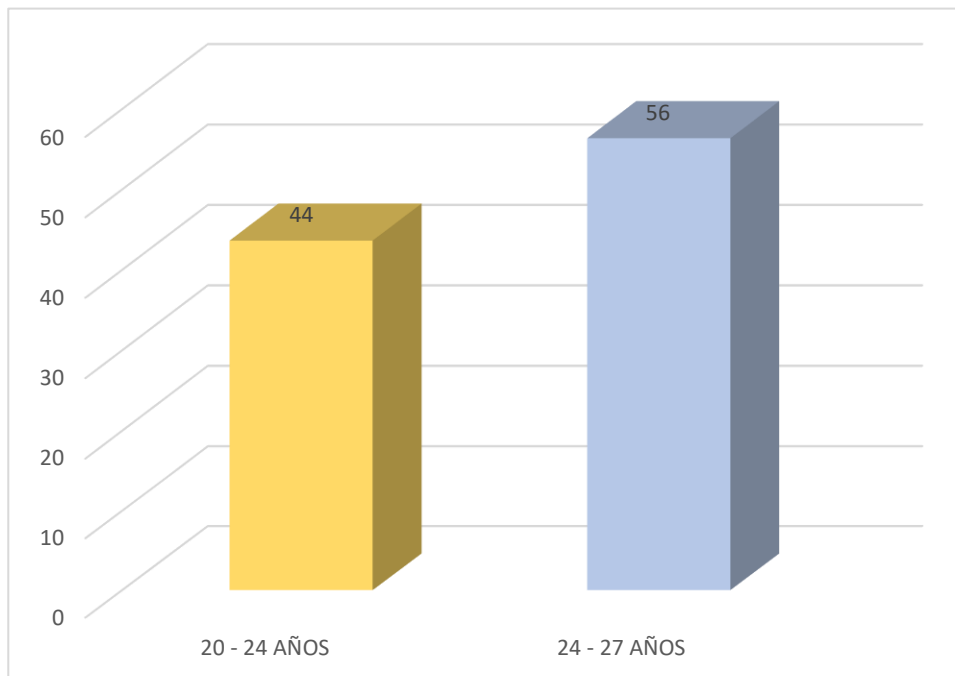
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar la presencia marcada del sexo femenino la cual se registra en un 65% ello nos indica que la tendencia al estudio hacia esta carrera profesional va siendo remarcada por el sexo femenino, no obstante la presencia del sexo masculino se observa disminuida en estos dos semestres con un 35 %

Tabla 3.- Distribución de los alumnos de clínica según edad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20 – 24 AÑOS	24	44	44	44
24 – 27 AÑOS	31	56	56	100
Total	55	100	100	

Gráfico 2.- Edad.



Fuente: Elaboración Propia

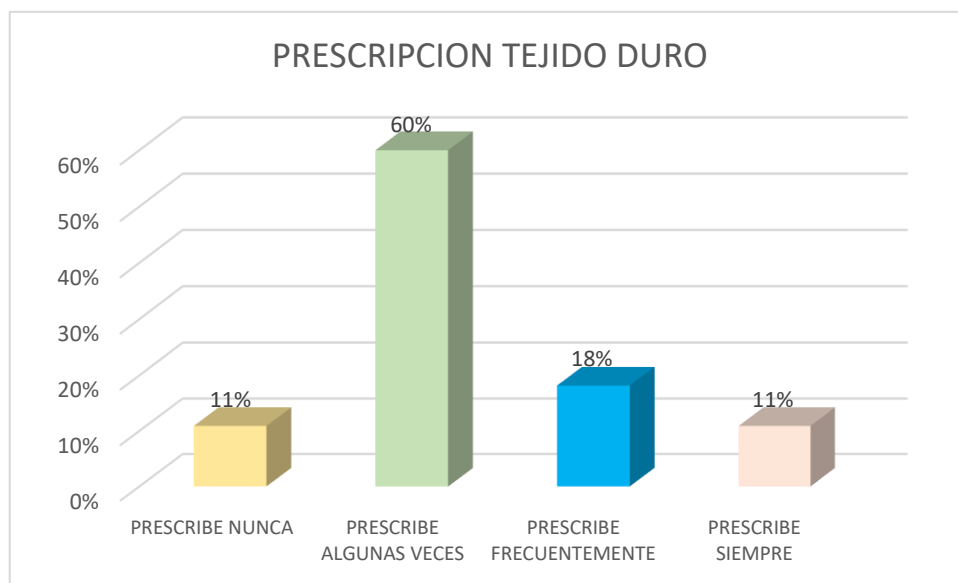
INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro podemos observar que el total de alumnos de la clínica estomatológica encuestados el 44% tienen una edad que se encuentra en el rango de 20 a 24 años y el 56% tiene una edad que se encuentra en el rango de 25 a 27 años. Que son la mayor referencia observada.

Tabla 4.- Distribución de los alumnos de clínica según número de preguntas sobre tejidos Duros.

ITEM	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
PRESCRIBE NUNCA	6	11%
PRESCRIBE ALGUNAS VECES	33	60%
PRESCRIBE FRECUENTEMENTE	10	18%
PRESCRIBE SIEMPRE	6	11%
TOTAL	55	100%

Gráfico 3.- Tejido Duro.



Fuente: Elaboración Propia

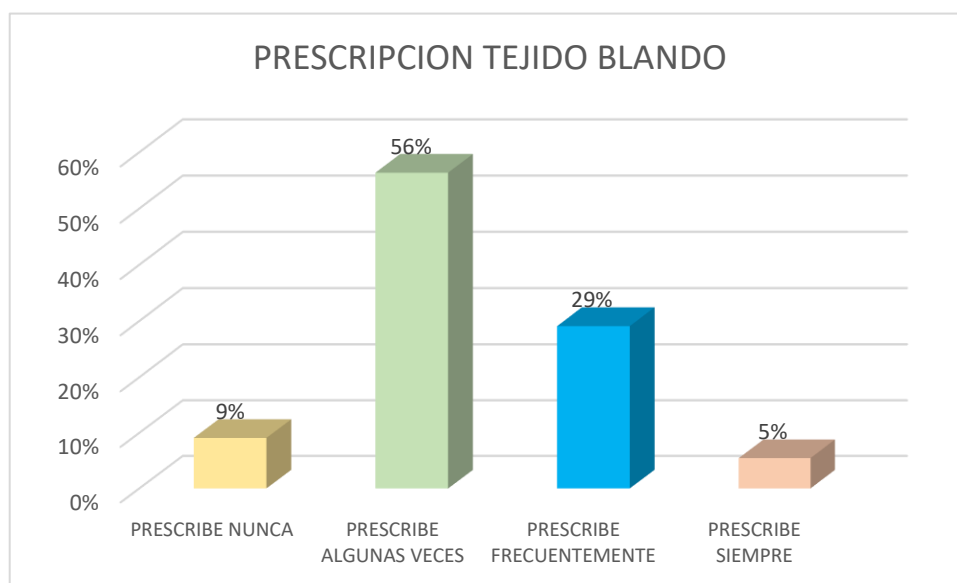
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar que los alumnos de la clínica de estomatología respondieron 60% (prescribe algunas veces) y el 18% de los alumnos respondieron (prescribe frecuentemente) que ello nos indicaría que el estudiantado tienen poco conceptos sobre tejido duro y el 11% de los alumnos respondieron (prescribe siempre).

Tabla 5.- Distribución de los alumnos de clínica según número de preguntas sobre tejidos blandos.

ITEM	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
PRESCRIBE NUNCA	5	9%
PRESCRIBE ALGUNAS VECES	31	56%
PRESCRIBE FRECUENTEMENTE	16	29%
PRESCRIBE SIEMPRE	3	5%
TOTAL	55	100%

Gráfico 4.-Tejido Blando.



Fuente: Elaboración Propia

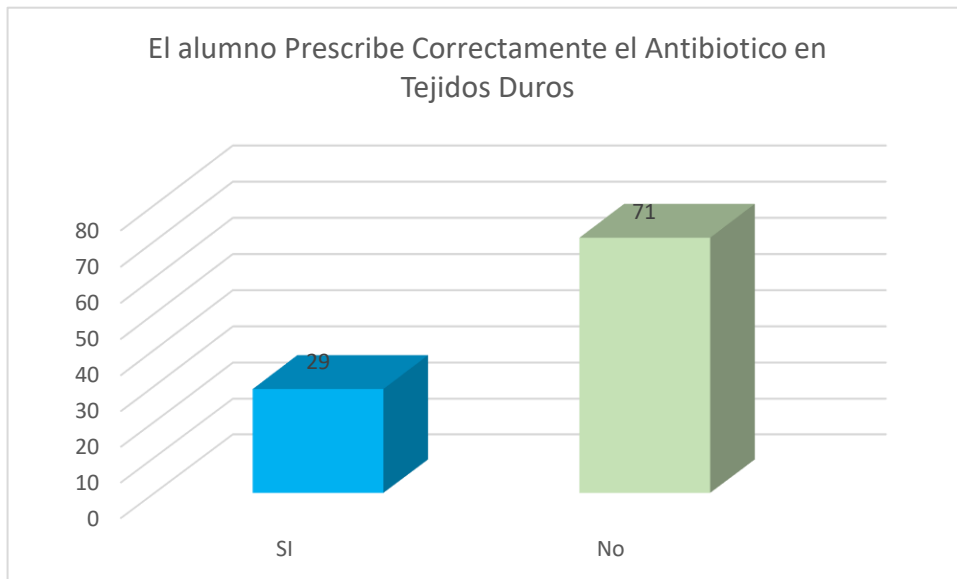
INTERPRETACIÓN

En el presente cuadro podemos observar que los alumnos ante las preguntas sobre tejidos blandos respondieron con una incidencia 56% (prescribe algunas veces) lo que nos puede indicar que el conocimiento sobre medicación en tejidos blandos no es el mas adecuado, mientras que solo el 29% respondieron (prescribe frecuentemente) que indicaría poco conocimiento sobre la medicación. Y el 5%el alumno respondieron (prescribe siempre)

Tabla 6.- Prescripción correcta de antibióticos en tejidos duros.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	16	29	29	65
No	39	71	71	100
Total	55	100	100	

Gráfico 5.-El alumno Prescribe Correctamente el Antibiótico en Tejidos Duros.



Fuente: Elaboración Propia

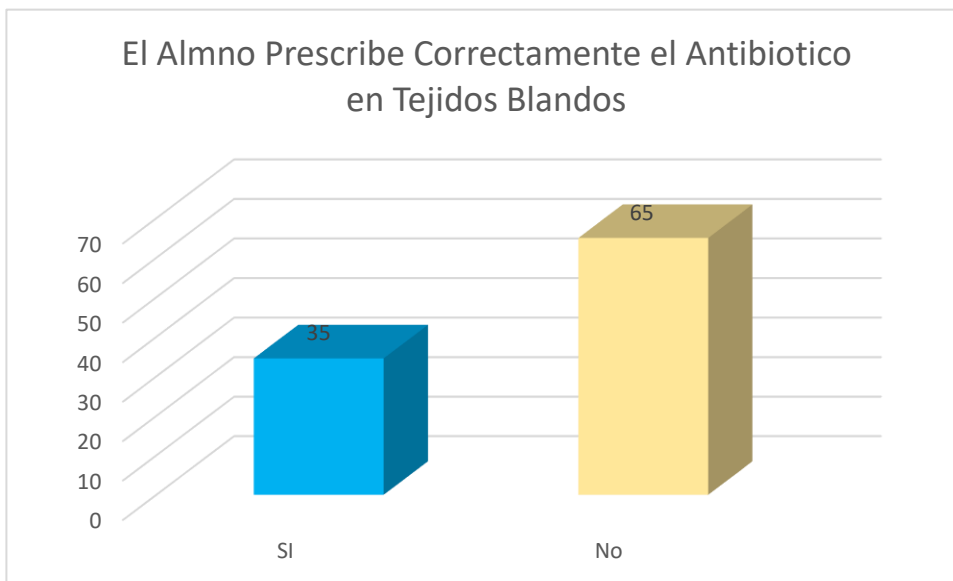
INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro podemos observar que el 29% de los estudiantes pueden prescribir correctamente ante patologías en tejidos duros. Mientras que 71% no prescribe bien ante problemas de tejidos duros.

Tabla 7.- Prescripción correcta de antibióticos en tejidos blandos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	19	35	35	35
No	36	65	65	100
Total	55	100	100	

Gráfico 6.- El alumno prescribe correctamente el antibiótico en tejidos blandos.



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro podemos observar que el 35% de los estudiantes pueden prescribir correctamente ante patologías en tejidos blandos mientras que 65 % no prescribe bien ante problemas de tejidos blandos que indica ello que los estudiantes no fueron preparados correctamente de forma teórica sobre las correctas formas de medicación ante circunstancias de patologías de tejidos blandos.

Tabla 8.- Análisis de tablas cruzadas de sexo del estudiante y el número de preguntas sobre tejido duro.

SEXO*TEJIDO DURO tabulación cruzada

			TEJIDO DURO			Total
			Nunca Prescribe	Prescribe Algunas Veces	Prescribe Frecuentemente	
SEXO	Masculino	Recuento	4	13	2	19
		% dentro de SEXO	21.1%	68.4%	10.5%	100.0%
	Femenino	Recuento	8	20	8	36
		% dentro de SEXO	22.2%	55.6%	22.2%	100.0%
Total		Recuento	12	33	10	55
		% dentro de SEXO	21.8%	60.0%	18.2%	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla podemos observar que los del sexo masculino con un 60% respondieron con una tendencia positiva lo cual nos da a lugar la implicancia de que no pudieron responder adecuadamente

Tabla 9.- Análisis De Tablas Cruzadas Según Edad Del Estudiante Y El Número De Preguntas Sobre Tejido Duro.

EDAD*TEJIDO DURO tabulación cruzada

			TEJIDO DURO			Total
			Nunca Prescribe	Prescribe Algunas Veces	Prescribe Frecuentemente	
EDAD	20 - 24 AÑOS	Recuento	6	16	2	24
		% dentro de EDAD	25.0%	66.7%	8.3%	100.0%
	24 - 27 AÑOS	Recuento	6	17	8	31
		% dentro de EDAD	19.4%	54.8%	25.8%	100.0%
Total		Recuento	12	33	10	55
		% dentro de EDAD	21.8%	60.0%	18.2%	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla podemos observara que los de presentaron una edad entre 20 a 24 años con un 60% respondieron con una tendencia positiva lo cual nos da a lugar la implicancia de que no pudieron responder adecuadamente

Tabla 10.- Análisis de tablas cruzadas de sexo del estudiante y el número de preguntas sobre tejido blando.

SEXO*TEJIDO BLANDO tabulación cruzada

			TEJIDO BLANDO			Total
			Nunca Prescribe	Prescribe Algunas Veces	Prescribe Frecuentemente	
SEXO	Masculino	Recuento	4	13	2	19
		% dentro de SEXO	21.1%	68.4%	10.5%	100.0%
	Femenino	Recuento	9	19	8	36
		% dentro de SEXO	25.0%	52.8%	22.2%	100.0%
Total		Recuento	13	32	10	55
		% dentro de SEXO	23.6%	58.2%	18.2%	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla podemos observar que los del sexo femenino con un 58% respondieron con una tendencia positiva lo cual nos da a lugar la implicancia de que no pudieron responder adecuadamente.

Tabla 11.- Análisis de tablas cruzadas según edad del estudiante y el número de preguntas sobre tejido blando.

			TEJIDO BLANDO			Total
			Nunca Prescribe	Prescribe Algunas Veces	Prescribe Frecuentemente	
EDAD	20 - 24 AÑOS	Recuento	6	16	2	24
		% dentro de EDAD	25.0%	66.7%	8.3%	100.0%
	24 - 27 AÑOS	Recuento	7	16	8	31
		% dentro de EDAD	22.6%	51.6%	25.8%	100.0%
Total		Recuento	13	32	10	55
		% dentro de EDAD	23.6%	58.2%	18.2%	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla podemos observara que los de presentaron una edad entre 20 a 24 años con un 58% (Prescribe Algunas Veces) respondieron con una tendencia positiva lo cual nos da a lugar la implicancia de que no pudieron responder adecuadamente

5.1 Hipótesis General

Ho: Las variables Tejidos duros y prescripción correcta de antibiótico en tejidos duros son independientes.

H₁: Las variables Tejidos duros y prescripción correcta de antibiótico en tejidos duros están relacionadas.

Nivel de confianza: 95%

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Criterios de evaluación:

Si $P_{valor} > \alpha = 0.05$ se acepta H_0

Si $P_{valor} < \alpha = 0.05$ se acepta H_1

Tabla 12.- Prueba de Hipótesis El alumno Prescribe Correctamente el Antibiótico en Tejidos Duros*TEJIDO DURO tabulación cruzada

			El alumno Prescribe Correctamente el Antibiotico en Tejidos Duros		Total
			SI	No	
TEJIDO DURO	Nunca Prescribe	Recuento	12	0	12
		% dentro de TEJIDO DURO	100.0%	0.0%	100.0%
	Prescribe Algunas Veces	Recuento	28	5	33
		% dentro de TEJIDO DURO	84.8%	15.2%	100.0%
	Prescribe Frecuentemente	Recuento	0	10	10
		% dentro de TEJIDO DURO	0.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	40	15	55
		% dentro de TEJIDO DURO	72.7%	27.3%	100.0%

Gráfico 7.-Tejido Duro.

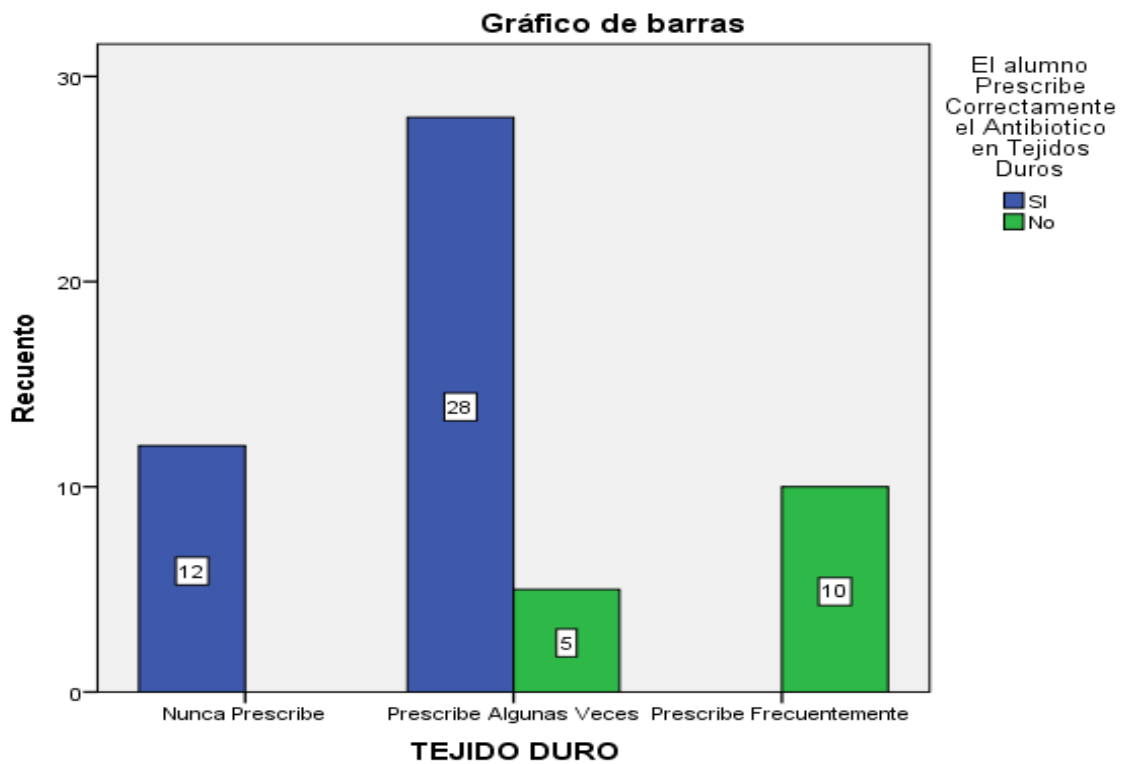


Tabla 13.- Tabla de estadísticos chi_cuadrado.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,611 ^a	2	0.000
Razón de verosimilitud	36.383	2	0.000
Asociación lineal por lineal	25.104	1	0.000
N de casos válidos	55		
Correlación			0.685

INTERPRETACION

En la tabla N°12 Se puede observar que el Pvalor = 0.000 es $< \alpha = 0.05$, existe suficiente evidencia estadística para aceptar H1 “Las variables Tejido duro y prescripción correcta de antibiótico en tejidos duros están relacionados”, con un nivel de confianza de 95% y con 2 grados de libertad.

La correlación de Pearson es de 0.685 lo que indica que existe es una correlación directa, positiva y moderada entre las dos variables

Tabla de le hipótesis

Ho: Las variables Tejidos blandos y prescripción correcta de antibiótico en tejidos blandos son independientes.

H₁: Las variables Tejido blandos y prescripción correcta de antibiótico en tejidos blandos están relacionadas.

Nivel de confianza: 95%

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Criterios de evaluación:

Si Pvalor $> \alpha = 0.05$ se acepta Ho

Si Pvalor $< \alpha = 0.05$ se acepta H1

Tabla 14.- Hipótesis general.

**TEJIDO BLANDO*El Alumno Prescribe Correctamente el Antibiótico en Tejidos Blandos
tabulación cruzada**

			El Alumno Prescribe Correctamente el Antibiótico en Tejidos Blandos		Total
			SI	No	
TEJIDO BLANDO	Nunca Prescribe	Recuento	13	0	13
		% dentro de TEJIDO BLANDO	100.0%	0.0%	100.0%
	Prescribe Algunas Veces	Recuento	6	26	32
		% dentro de TEJIDO BLANDO	18.8%	81.3%	100.0%
	Prescribe Frecuentemente	Recuento	0	10	10
		% dentro de TEJIDO BLANDO	0.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	19	36	55
		% dentro de TEJIDO BLANDO	34.5%	65.5%	100.0%

Gráfico 8.- Tejido blanco.

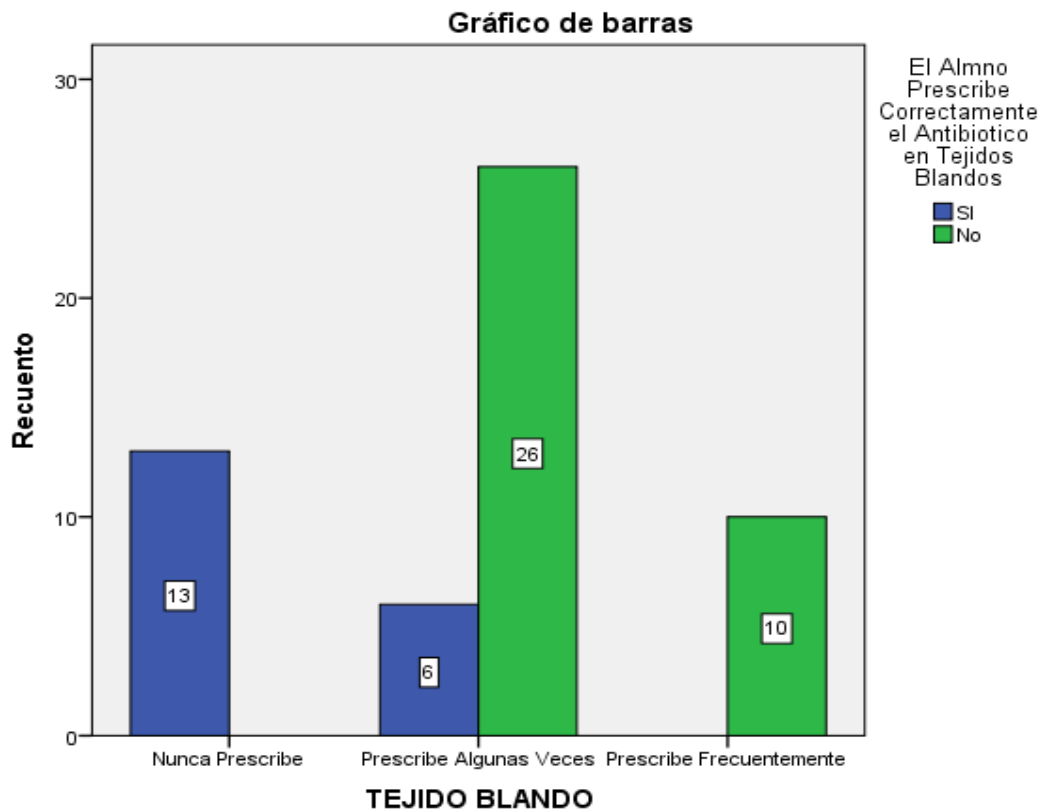


Tabla 15.- Estadísticos chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,440 ^a	2	0.000
Razón de verosimilitud	40.020	2	0.000
Asociación lineal por lineal	27.214	1	0.000
N de casos válidos	55		
Correlación			0.710

INTERPRETACION

En la tabla N° 14 Se puede observar que el Pvalor = 0.000 es $< \alpha = 0.05$, existe suficiente evidencia estadística para aceptar H1 “Las variables Tejido blandos y prescripción correcta de antibiótico en tejidos blandos están relacionados”, con un nivel de confianza de 95% y con 2 grados de libertad.

La correlación de Pearson es de 0.710 lo que indica que existe es una correlación directa, positiva y alta entre las dos variables

CONCLUSIONES

Primero: Los estudiantes matriculados en la Clínica de Estomatología de la universidad al peruanas. Presentan un conocimiento insuficiente sobre prescripción antibiótica incluyendo en la evaluación. Conocimientos básicos sobre prescripción de antibióticos, antes los tejidos duros y blandos

Segundo: Se concluye que los alumnos tienen poca preparación en el conocimiento sobre enfermedades patológica y la prescripción médica sobre ella.

Tercero. El estado laboral del alumno de la Clínica Estomatológica se encuentra poco relacionado con el conocimiento que éste tiene sobre la prescripción. Tanto los estudiantes que trabajan con los pacientes de la clínica auto medicarlos con la prescripción farmacológica.

Cuarto: Se concluye que las variables Tejidos duros y blandos prescriben casi correctamente sobre antibióticos. Están relacionadas las variables de Tejido blandos y duros.

DISCUSIÓN

Frandexquini y Rosalen (1998) realizaron un trabajo con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento farmacológico y terapéutico de cirujanos dentistas. La información se recogió mediante un cuestionario auto administrado contenido 10 preguntas y distribuido a 515 cirujanos dentistas en ejercicio clínico en la ciudad de Piracicaba, estado de Sao Paulo, Brasil, en el periodo de setiembre de 1992 a enero de 1993. 92 cuestionarios fueron respondidos, de los cuales el 65% habían sido contestados en su totalidad. El estudio detectó un índice de acierto del 64% en farmacología básica. El tipo de medicamentos más prescritos fueron analgésicos / antiinflamatorios (61%) y antimicrobianos (32%). El 93% de los medicamentos prescritos provenían de laboratorios farmacéuticos internacionales. Solo 15% de los cirujanos dentistas acertó con la terapéutica antimicrobiana apropiada asociada a tres casos clínicos específicos. El 27% de los CCDD prescriben ansiolíticos y de estos el 64% lo hacen correctamente. El 43% de los CCDD indican tratamiento con flúor siguiendo el grado de riesgo a caries. El estudio mostró que el 54% de los CCDD obtienen información referente al fármaco prescrito y su dosificación directamente del laboratorio. Se concluye que el grado de información farmacológica y terapéutica en la población estudiada es insuficiente. Se recomienda una enseñanza más basada en la realidad clínica que el profesional odontológico observa en su práctica diaria. Mientras que en el presente trabajo observamos que 62% de estudiantes prescriben correctamente medicación para tejidos duros y no así para tejidos blandos

SUGERENCIAS

A la Universidad

Se sugiere realizar nuevos estudios analíticos sobre el conocimientos y

Prescripción antibiótica.

Se recomienda realizar investigaciones longitudinales utilizando nuevas estrategias de enseñanza en el curso de farmacología.

A la Escuela Profesional

Se sugiere a los señores coordinadores de la escuela profesional el poder estar pendientes de los docentes de farmacología y poder insistir en una capacitación continua sobre farmacología actual.

Proveer pautas de prescripción antibiótica para mejorar el conocimiento y fomentar el uso apropiado de los antibióticos en la práctica de clínica estomatológica de la universidad alas peruanas.

Los Estudiantes

Se sugiere actualizar permanentemente al estudiantado del a clínica estomatológica con charlas, cursos, congresos que brinden y aporten conocimiento sobre antibióticos para de esta Manera realizar un manejo racional de antibióticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Centro de prensa. [Online] Acceso 12 de Agosto de 2014. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/es/>.
2. Frandexquini J, Rosalen L. Nivel de información y patrón de prescripción terapéutico de dentistas. *estomatol Hered.* 1996; 1.
3. Vargas M. Patrones de prescripción de medicamentos en adultos mayores atendidos en un servicio de consulta odontológica de primer nivel. En. Colombia; 2010. p. 34.
4. Gómez LM, Márquez R, Pontigo LP, Galar M. Prescripción de medicamentos en una clínica odontológica de una universidad. 2007..
5. Ricco V, Virga M, Aguzzi A. Problemas relacionados a los medicamentos: Farmacovigilancia la profesión odontológica. *Venezolanos de Farmacología y Terapeutica.* 2012;(1).
6. Poveda R, Bagán V, Sanchis M. Uso de antibióticos en odontoestomatología. *DIALNET.* 2007.
7. Aguilar H, Ángeles T. Características de la prescripción Antibiótica en el Servicio de Hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia. En. Lima; 2007. p. 110.
8. Hurtado A. Características de la prescripción farmacológica en pacientes adultos mayores Hospitalizados.. En. Lima; 2003. p. 47.
9. Healthcare D, Safety P. El conocimiento de la prescripción de drogas en estudiantes de odontología. *Dovepress.* 2012;(1).
10. Gómez J. ¿Qué antibióticos prescribimos los dentistas? *ADM.* 2000;(1).
11. Ministerio de Salud. Manual de buenas practicas de prescripcion Lima; 2006.

12. Sempere V, Vivas M. Uso racional de los medicamentos. En Diazotec , editor.. España; 2011. p. 46.
13. Vásquez V. Manual de buenas prácticas de prescripción. Ministerio de Salud. 2005.
14. Brunton Laurence L. Las bases farmacológicas de la terapéutica España; 2015.
15. Goodman A, Gilman B. Las bases farmacológicas de la terapéutica. En. Buenos Aires: Panamericana; 1991. p. 22;25.
16. Tripathi K D. Farmacología en odontología. En. Buenos Aires: Panamericana; 2008. p. 404, 18.
17. Lorenzo F, Moreno G. Manual de farmacología básica y clínica. En. Madrid: Panamericana; 2012. p. 87.
18. Pérez T H. Farmacología y terapéutica odontológica. En. Bogotá: Celcus; 2005. p. 117-23.
19. Alfonso R G. Farmacia. En. Buenos Aires: Panamericana; 2000.
20. Seija V, Vignoli R. Principales grupos de antibióticos. En. Madrid: Parameun; 2010. p. 631.
21. De La Cruz Vilcas P. Conocimiento sobre la prescripción farmacológica Lima; 2013.
22. Guisa B. Farmacología dental. Primera ed. Mexico: Limusa; 1982.
23. Roberto Hernández Sampieri , Roberto Fernández Collado , Pilar Baptista Lucio. Metodología de la investigación Mexico: Mc Graw Hill; 2014.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) amigo (a) mi nombre es: Ramos Huamani Manuel Emerson, Bachiller en Estomatología. Este cuestionario tiene como propósito recopilar información para determinar el **PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS Y SU RELACION CON EL DIAGNOSTICO PATOLÓGICO EN LA CAVIDAD ORAL POR LOS ESTUDIANTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CUSCO – 2018**. Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo deseas. Si decide participar en este estudio por favor responda el cuestionario.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a:

Nombre del investigador: Ramos Huamani Manuel Emerson

Dirección: AA-H-Mirador cusco M-1

Celular: 984166866

Email: ramozzz123@gmail.com

He leído el consentimiento y he oído las explicaciones orales del investigador. Mis preguntas concernientes al estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo

A
continuación.

Firma del participante y fecha

Nombre del participante:

Anexo 2**VALIDACION DE INSTRUMENTOS****I. DATOS GENERALES**

1.1. TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: **PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS Y SU RELACION CON EL DIAGNOSTICO PATOLÓGICO EN LA CAVIDAD ORAL POR LOS ESTUDIANTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CUSCO – 2018**
 INVESTIGADOR: Ramos Huamani Manuel Emerson

DATOS DEL EXPERTO:

2.1 Nombres y Apellido.....

2.2 Especialidad:.....

2.3 Lugar y Fecha.....

2.4 Cargo e Institución donde labora:.....

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20 %	Regular 21-40 %	Bueno 41-60 %	Muy Buer 61-80 %	Excelente 81-100%
Forma	1.REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios					
	2.CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					
	3.OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable.					
Contenido	4.ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
	5.SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad.					
	6.INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente las variables de investigación.					
Estructura	7.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					
	8.CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					
	9.COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					
	10.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					

II. OPINION DE APLICABILIDAD:

.....

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:**IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:**

Procede a su aplicación.

Debe corregirse.

 Sello y Firma del Experto.

Anexo 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA:

TEMA: PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS Y SU RELACION CON EL DIAGNOSTICO PATOLÓGICO EN LA CAVIDAD ORAL POR LOS ESTUDIANTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CUSCO - 2018

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable Principal	INDICADORES	INDICE	Metodología
¿Cómo es la prescripción de antibióticos y su relación con el diagnostico patológico en Cavidad oral por los estudiantes de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Filial Cusco 2018?	Determinar cómo es la prescripción de antibióticos y su relación con el diagnostico patológico en la cavidad oral por los estudiantes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco 2018.	La prescripción de antibióticos tiene relación con el diagnostico patológico en la cavidad oral por los estudiantes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco 2018.	-prescripción de antibióticos	Patologías de tejido duro de la cavidad oral. -fistula periapical -absceso dentario -fractura dela raíz	-prescribe siempre -prescribe casi siempre -prescribe muchas veces	-tipo: no experimental -diseño: descriptivo -población: 55
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variabes secundarias	-periodontitis -Complicaciones post exodoncias	-prescribe nunca	-Muestra 55 estudiantes -Técnica: observacional
1. ¿Cómo es la prescripción de antibióticos en patologías de tejidos duros por los estudiantes de la Clínica estomatológica dela universidad alas peruanas filial cusco 2018?	1. identificar cómo es la prescripción de antibióticos en patologías de tejidos duros por los estudiantes de la Clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial cusco 2018.	1. La prescripción de antibióticos en patologías de tejidos duros en los estudiantes de la Clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial cusco 2018.	-Patologías	Patologías de tejido blando de la cavidad oral -flemon dental -trismus -celulitis -gingivitis gronica -periocoronaritis -procesos infecciosos		-instrumento: ficha recolección de datos -validadas por expertos
2. ¿Cómo es la prescripción de antibióticos en patologías de tejidos blandos por los estudiantes de la Clínica estomatológica dela universidad alas peruanas filial cusco 2018?	2. identificar cómo es la prescripción de antibióticos en patologías de tejidos blandos por los estudiantes de la Clínica estomatológica dela universidad alas peruanas filial cusco 2018.	2. La prescripción de antibióticos en patologías de tejidos blandos en los estudiantes de la Clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial cusco 2018.				



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

NOMBRE:
CÓDIGO:

EDAD:
SEMESTRE:

PUNTUACION	VALORES
1-10	1
11-20	2
21-30	3
31-40	4

1=PRESCRIBE NUNCA	2=PRESCRIBE ALGUNAS VECES	3= PRESCRIBE FRECUENTEMENTE	4=PRESCRIBE SIEMPRE
-------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------

TEJIDOS DURO		1	2	3	4
1	Usted prescribe antibiótico cuando observas fistula periapical en la cavidad oral.				
2	Usted prescribe antibiótico cuando observas absceso dentario en la cavidad oral.				
3	Usted prescribe antibiótico cuando observas fractura de la raíz en un tercio medio en la cavidad oral.				
4	Usted prescribe antibiótico cuando observas procesos inflamatorios dolorosos de etiológico dentario.				
5	Usted prescribe antibiótico cuando observas complicaciones post exodoncias .				
6	Usted prescribe antibiótico cuando observas inflamación del ligamento periodontal.				
7	Usted prescribe antibiótico cuando observas periodontitis con procesos fistuloso en la cavidad oral.				
8	Usted prescribe antibiótico cuando observas absceso periodontal en la cavidad oral.				
9	Usted prescribe antibiótico cuando observas poli pulpar en la cavidad oral.				
10	Usted prescribe antibiótico cuando observas procesos cariosos amplios de 3° grado con sintomatología en la cavidad oral				
		PUNTUACION			
		RESULTADO			

TEJIDO BLANDO		1	2	3	4
1	Usted prescribe antibiótico cuando observas flemón dental en la cavidad oral.				
2	Usted prescribe antibiótico cuando observas trismus en la cavidad oral.				
3	Usted prescribe antibiótico cuando observas celulitis en la cavidad oral.				
4	Usted prescribe antibiótico cuando observas angina de Ludwig en la cavidad oral.				
5	Usted prescribes antibiótico cuando observas gingivitis crónica en la cavidad oral.				
6	Usted prescribe antibiótico cuando observas periocoronaritis en la cavidad oral.				
7	Usted prescribe antibiótico cuando observas proceso infeccioso del tercer molar inferior de la cavidad oral.				
8	Usted prescribe antibiótico cuando observas bolsas periodontales de segundo grado en la cavidad oral.				
9	Usted prescribe antibiótico cuando observas alveolitis húmeda en la cavidad oral.				
10	Usted prescribe antibiótico cuando observas enfermedad G.U.N,A. en la cavidad oral				
		PUNTUACION			
		RESULTADO			

Anexo: 5



