



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRESCRIPCIÓN
ANTIBIÓTICA RACIONAL EN ESTOMATOLOGÍA
POR PARTE DE CIRUJANOS DENTISTAS DEL
DISTRITO DE VÍCTOR LARCO HERRERA, REGIÓN
LA LIBERTAD, DURANTE EL AÑO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR:

Mily Edith Portocarrero Portocarrero

ASESOR:

Mgtr. César Abraham Vásquez Plasencia

Trujillo – Perú

2018

1. TÍTULO DE LA TESIS

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA RACIONAL EN ESTOMATOLOGÍA POR PARTE DE CIRUJANOS DENTISTAS DEL DISTRITO DE VÍCTOR LARCO HERRERA, REGIÓN LA LIBERTAD, DURANTE EL AÑO 2017”

HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR

Dr. Elías Ernesto Aguirre Siancas

Presidente

Mgr. Edwar Richard Morón Cabrera

Miembro

Mgr. Juan Luis Pairazamán Garía

Miembro

Mgr. César Abraham Vásquez Plasencia

Asesor

HOJA DE AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios todo poderoso,
por todas sus bendiciones y darme
sabiduría, fortaleza para así poder
cumplir con mis objetivos y metas
durante estos cinco años.

Agradezco a la Universidad Católica
Los Ángeles de Chimbote, por
recibirme en su Centro de estudios, y
por todo el conocimiento adquirido
durante mi formación académica.

HOJA DE DEDICATORIA

A Dios todo poderoso creador del cielo y de la tierra, por iluminarme cada día y así poder cumplir mis objetivos y culminar mi carrera profesional satisfactoriamente.

A mis padres, por haberme dado la vida, por su bondad y entusiasmo forjaron el camino que me ha guiado, por su apoyo permanente e incondicional, desde que decidí ser profesional, son mi inspiración y motivación para lograr todos mis objetivos trazados.

RESUMEN

El propósito de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología por parte de los cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco Herrera, provincia de Trujillo, departamento de La Libertad, Perú, 2017. El diseño del estudio fue transversal, descriptivo y observacional. Se aplicó a 99 cirujanos dentistas, un cuestionario que constó de 15 preguntas cerradas. Se encontró que el 13.2% de los cirujanos dentistas tuvo nivel de conocimiento malo, mientras los demás presentaron conocimiento regular y bueno en igual porcentaje 43.4%. Los participantes procedentes de universidades particulares y nacionales presentaron conocimiento regular en porcentajes similares 43.5% - 43.2% respectivamente. No se encontró diferencia del nivel de conocimiento según el tiempo de ejercicio profesional. El 75% de odontólogos con especialidad, presentaron un nivel bueno; se concluyó que el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología por parte de los cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco Herrera, provincia de Trujillo, departamento de La Libertad, Perú, 2017 fue regular y bueno.

Palabras clave: Uso racional, cirujanos dentistas, antibiótico.

ABSTRACT

The purpose of the research was to determine the level of knowledge about rational antibiotic prescription in stomatology by dental surgeons of Victor Larco Herrera district, Trujillo province, department of La Libertad, Peru, 2017. The design of the study was transversal, descriptive and observational. It was applied to 99 dental surgeons, a questionnaire that consisted of 15 closed questions. It was found that 13.2% of dentist surgeons had a bad knowledge level, while others presented regular and good knowledge in the same percentage 43.4%. Participants from private and national universities presented regular knowledge in similar percentages 43.5% - 43.2% respectively. There was no difference in the level of knowledge according to the time of professional practice. 75% of dentists with specialty, presented a good level; It was concluded that the level of knowledge about rational antibiotic prescribing in stomatology by dental surgeons of Víctor Larco Herrera district, Trujillo province, department of La Libertad, Peru, 2017 was fair and good.

Keywords: rational use, dental surgeons, antibiotic.

CONTENIDO

1. Título de la tesis	ii
2. Hoja de firma del jurado y asesor	iii
3. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria.....	iv
4. Resumen y abstract	vi
5. Contenido.....	viii
6. Índice de tablas.....	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	3
III. HIPÓTESIS	26
IV. METODOLOGÍA.....	27
4.1 Diseño de la investigación.....	27
4.2 Población y muestra	27
4.3 Definición y Operacionalización de las variables	28
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
4.5 Plan de análisis	30
4.6 Matriz de consistencia	31
4.7 Principios éticos.....	32
V. RESULTADOS	33
5.1 Resultados.....	33
5.2 Análisis de resultados	37
VI. CONCLUSIONES	40
Aspectos complementarios	41
Referencias bibliográficas	42
Anexos	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1

Nivel de Conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción antibiótica racional en estomatología. Distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo – 2017.....64

Gráfico 2

Nivel de Conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción antibiótica racional en estomatología según Procedencia Universitaria. Distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo - 2017.....65

Gráfico 3

Nivel de Conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción antibiótica racional en estomatología según Tiempo de ejercicio profesional. Distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo - 2017.....66

Gráfico 4

Nivel de Conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción antibiótica racional en estomatología según Estudios de Postgrado. Distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo - 2017..... 67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1

Nivel de Conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción antibiótica racional en estomatología. Distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo – 2017.....33

Tabla 2

Nivel de Conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción antibiótica racional en estomatología según Procedencia Universitaria. Distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo-2017.....34

Tabla 3

Nivel de Conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción antibiótica racional en estomatología según Tiempo de ejercicio profesional. Distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo - 2017.....35

Tabla 4

Nivel de Conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción antibiótica racional en estomatología según Estudios de Postgrado. Distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo – 2017.....36

I. INTRODUCCIÓN

El manejo de las infecciones ya sean quirúrgicas o no es, dentro del área de salud, una práctica especialmente desafiante, este desafío se tradujo en la mayor tasa de mortalidad para el médico antes del descubrimiento de los antibióticos.¹⁻⁹

Las infecciones quirúrgicas en particular generan mayor ansiedad y preocupación en los pacientes y el operador, esto debido a que de presentarse una evolución negativa, durante el proceso de recuperación, el riesgo de vida ante el que se enfrenta el paciente es muy alto; de tal forma que se debe actuar de manera inmediata y eficaz.

Esta gravedad se explica en la naturaleza propia de toda cirugía donde es inevitable el trauma tisular, esto conduce a un estado de inmunosupresión transitoria brindando el momento ideal para la colonización e infección por bacterias oportunistas; esta susceptibilidad se agrava ante la irrespetuosidad de protocolos asépticos.^{10,11} La herida operatoria puede presentar una infección superficial que se manifiesta con un enrojecimiento de la herida, leve calentamiento y dolor, lo que hace complicado distinguirla del proceso normal de reparación tisular, la pauta en estos casos está marcada por la cronología de los eventos, que suelen complicarse entre el tercer y décimo día; de no detectarse a tiempo evoluciona a una infección profunda que agrava los signos iniciales sumando la aparición de pus y la fiebre.¹²⁻¹⁵

Se han establecido normas generales que minimizan el riesgo de infección, siendo el pilar de estas la reducción en la contaminación de la herida quirúrgica, lo que se consigue respetando de manera local los protocolos de asepsia, antisepsia y evitando al máximo el trauma y, de manera sistémica, manteniendo un nivel adecuado de la capacidad inmune del paciente.^{16,17}

Es, sin embargo, este último apartado el que actualmente desata controversia en la comunidad médica- científica por la múltiple documentación de multivariados efectos controversiales generados por los antibióticos tras ser administrados. Estos efectos comenzaron a aparecer pocos años después de la introducción clínica del primer antimicrobiano en 1942; ya en 1963 aparecen los primeros bacilos gramnegativos con capacidad de producción de β – lactamasa, la más conocida y dramática de las penicilinasas.¹⁸

El uso de los antibióticos por parte de los cirujanos dentistas, tanto para el tratamiento de una infección ya establecida, como para la prevención de una infección probable o una diseminación local (a zonas sensibles como heridas quirúrgicas) o regional (en pacientes sistémicamente comprometidos) es una actividad del día a día, que ha sido cuestionada por innumerables estudios al señalar la necesidad de un mejor manejo de los criterios básicos de indicación antibiótica y una constante actualización sobre las investigaciones más recientes realizadas en cada una de las diferentes áreas clínicas que al profesional compete. Esta necesidad se vuelve más alarmante cuando se comprende que una deficiencia en el conocimiento de la correcta prescripción por parte de los médicos y odontólogos se constituye como en principal contribuyente en el uso irracional del tratamiento antibiótico por los pacientes.¹⁹⁻²¹

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología por parte de cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco Herrera, región La Libertad, durante el año 2017.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Antecedentes

Monzón D.¹ (2017) realizó el estudio “nivel de conocimiento sobre prescripción racional de antimicrobianos de los cirujanos dentistas del distrito de Huancayo, provincia de Huancayo, Departamento de Junín – Perú”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción racional de antimicrobianos de los cirujanos dentistas del distrito de Huancayo, provincia de Huancayo, Departamento de Junín – Perú en donde laboran 112 cirujanos dentistas. Dicho estudio de tipo descriptivo – transversal, se les brindó un cuestionario de 15 preguntas cerradas obteniéndose respuesta de 32 odontólogos que fue la muestra con la que se trabajó, dicho cuestionario se dividió en Bueno, Regular y Malo, siendo preponderante el conocimiento de nivel Regular (56,3%) seguido por el nivel Malo (31,3%) y el bueno (12,3%) por lo tanto se concluye que el nivel de conocimiento sobre prescripción racional de antimicrobianos en cirujanos dentistas del distrito de Huancayo en la provincia de Huancayo en el departamento de Junín Es de nivel “Regular”.

Pérez D.² (2017) elaboró el estudio “nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción racional de antimicrobianos en el departamento de Lambayeque – Perú, provincia de Chiclayo, distrito de Chiclayo”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción racional de antimicrobianos en el departamento de Lambayeque – Perú, provincia de Chiclayo, distrito de Chiclayo. Dicho estudio de tipo descriptivo – transversal fue desarrollado

por medio de un cuestionario que consta de 15 preguntas cerradas, desarrolladas por 99 cirujanos dentistas de una población de 348 odontólogos registrados en el COP Lambayeque, los resultados se tabulan en niveles Malo, Regular y Bueno mostrándose que el nivel regular es de mayor porcentaje (75,8%) seguido por el nivel Malo (20,2%), y el Bueno (4,0%) de esta manera se demostró que el nivel predominante de conocimiento sobre prescripción racional de antimicrobianos en los cirujanos dentistas del distrito de Chiclayo en la provincia de Lambayeque es de nivel “Regular”.

Mantilla R.³ (2017) desarrolló el estudio “nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre la prescripción racional de antimicrobianos en odontología en los distritos de Chimbote y nuevo Chimbote- Perú, durante el año 2017”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre la prescripción racional de antimicrobianos en odontología en los distritos de Chimbote y nuevo Chimbote- Perú, durante el año 2017. Para esto realizó una investigación de tipo descriptivo- transversal, valiéndose de un cuestionario validado que constaba de 15 preguntas se encuestó a un total de 90 Cirujanos dentistas encontrando que el nivel de conocimiento era predominantemente regular, el 55,6% de los casos, seguido de un nivel bueno con 40% y malo con 4,4%. También se encontró, tras someterse los resultados a análisis estadístico, que este nivel de conocimiento no se encuentra relacionado con la especialización, ni con la universidad de procedencia o con los años de experiencia.

Santisteban A.⁴ (2017) realizó el estudio “nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre la prescripción racional de antimicrobianos en odontología en los distritos de Huaraz- Perú, durante el año 2017”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre la prescripción racional de antimicrobianos en odontología en los distritos de Huaraz- Perú, durante el año 2017. Para esto realizó una investigación de tipo descriptivo- transversal, valiéndose de un cuestionario validado que constaba de 15 preguntas se encuestó a un total de 60 Cirujanos dentistas clasificando los resultados en Bueno, Regular y Malo siendo preponderante el conocimiento de nivel Regular (58,33%) seguido por el nivel Malo (30%) y el bueno (11.67%) por lo tanto se concluye que el nivel de conocimiento sobre prescripción racional de antimicrobianos en cirujanos dentistas del distrito de Huaraz en la provincia de Huaraz en el departamento de Ancash es de nivel “Regular”. También se encontró, tras someterse los resultados a análisis estadístico, que este nivel de conocimiento no se encuentra relacionado con la especialización, ni con la universidad de procedencia o con los años de experiencia.

Contreras M.⁵ (2015) elaboró el estudio “nivel de conocimiento con el que prescriben antibióticos los cirujanos dentistas de la ciudad de Puno durante el mes de agosto- septiembre del año 2015”, teniendo como objetivo determinar el nivel de conocimiento con el que prescriben antibióticos los cirujanos dentistas de la ciudad de Puno durante el mes de agosto- septiembre del año 2015, valiéndose de un cuestionario validado de 20 preguntas aplicados en una muestra de 72 cirujanos dentistas. Se observó que el 63.9% de la prescripción antibiótica indicada por los cirujanos dentistas fue mala, no habiendo diferencia significativa según el tiempo de experiencia laboral. Así mismo el

nivel de conocimiento sobre antibioticoterapia con más de cinco años en el ejercicio profesional (64%) y deficiente también en los profesionales con menos de cinco años de experiencia laboral (59,6%).

Merino A. Asmat A.⁶ (2010) realizaron un estudio “nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas del distrito de Trujillo”, teniendo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas del distrito de Trujillo sobre prescripción antibiótica racional en estomatología. Para esto se valieron de un cuestionario anónimo sometido previamente a validación por juicio de expertos y la prueba de confiabilidad de alfa de cronbach, el cual fue aplicado en 126 cirujanos dentistas encontrando que el nivel de conocimiento fue predominantemente malo (50.8%) seguido del nivel regular (39.7%) mientras que solo un 9.5% presento un nivel bueno.

2.2 Bases teóricas de la investigación

Conocimiento

Concepto

El conocimiento y el acto de conocer ha sido un tema de debate filosófico desde la aparición de esta, preguntas como que significa realmente conocer o que es lo que sucede realmente cuando se conoce algo, surgían tras analizar el hecho de que día a día realizamos acciones que requieren conocer (como el cocinar, manejar un instrumento o hasta el simple hecho de caminar) sin embargo a la vez nuestra forma de hacerlo era distinta a la de los demás, entonces, se compartía o no el conocimiento, esto fuera del hecho de que nunca nada se termina de conocer completamente. La Real

Academia de la Lengua Española define conocer como “el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”.²²

El conocimiento ha sido dividido de manera tradicional en conocimiento científico, descriptivo, empírico y teórico existiendo sin embargo por demás imprecisiones; siendo evidente que por ejemplo el conocimiento empírico requiere un previo teórico, mientras que el conocimiento descriptivo, siendo el más básico es requerido por todos los demás para construirse.²³

Evitando el parcialismo a continuación se citan diversas definiciones del concepto de conocimiento recopiladas por la CONCYTEC en el año 2015:²⁴

"Arceo (2009), recopila algunas definiciones de conocimiento propuestas por diversos autores entre las cuales se encuentra la manifestada por Purser y Pasmore (1992, citado por Arceo, 2009) para quienes el conocimiento son los hechos, modelos, conceptos, ideas e intuiciones que influyen en la toma de decisiones. Para esta definición las posiciones epistemológicas identificadas en ella son el idealismo (al hablar de modelos, conceptos e ideas), realismo (al considerar hechos e intuiciones) y pragmatismo (para la toma de decisiones).²⁴

Para Vance (1997, citado por Arceo, 2009) el conocimiento es “la información autenticada”, de aquí que las posiciones epistemológicas identificadas en esta definición son el realismo (puesto que se conoce la realidad a través de la información) y el positivismo (pues se acepta como verdadero lo verificable en la realidad es decir lo verificable).²⁴

Para Brown y Duguid (1998, citados por Arceo, 2009), el conocimiento son “las creencias justificadas o garantizadas relativas a un marco o contexto compartido, el cual es creado por la practica compartida de una comunidad formada por el trabajo”. En esta definición las posturas identificadas son el subjetivismo (creencias), relativismo (dado que esas creencias dependen de factores externos) y el pragmatismo (al ser compartida por una comunidad y para el trabajo).²⁴

Conocimiento en cirujanos dentistas

El campo del conocimiento se diversifica en incalculables áreas, hecho aparte de las clasificaciones antes mencionadas; de esta forma cualquier hecho, calculo u objeto (real o ficticio) genera un nuevo conocimiento; así el concepto de asesinato (hecho), $E=MC^2$ (calculo), diente (objeto real) o el infierno de dante (objeto imaginario, que más bien es un lugar) genera un nuevo conocimiento, este conocimiento es tan amplio que han surgido dos ramas de la ciencia enfocadas a su estudio, así mientras la epistemología busca establecer la naturaleza, el origen y la validez del conocimiento estudiando los fundamentos y métodos del conocimiento científico la gnoseología pretende descubrir el origen y el alcance de dichos conocimientos. Para subyugar tan amplio portafolio, gracias a la epistemología, se han encerrados los diversos conocimientos conocidos en áreas donde comparten características; sin embargo dichas áreas siguen en expansión actualmente, conforme la metodología (disciplina encargada de analizar cómo se puede expandir o incrementar el conocimiento científico, parte fundamental en la expansión de la epistemología) nos agrega nuevos conocimientos, no ajeno a esta realidad el área del conocimiento que compete al odontólogo se ha ido expandiendo conforme ha pasado el tiempo, pasando del

tradicional "sacamuelas" al cirujano dentista o estomatólogo actual; sin embargo esta expansión teórica no ha ido a la par con los esfuerzos por globalizarla generando profesionales mediocres que manejan de manera muy rauda aspectos que a la actualidad, lejos de ser lo "nuevo", constituyen áreas básicas de las ciencias médicas, que de no manejarse adecuadamente van maximizando efectos nocivos de manera global; por ejemplo la generación de cepas bacterianas resistentes o multiresistentes que atrasan por décadas los avances en la farmacología y que de ninguna forma vuelven atrás (una vez generada una nueva cepa MDR será casi imposible extinguirla).²⁵

Así para lo que en odontología compete tenemos resultados desfavorables respecto a los niveles de conocimientos actuales en sub áreas básicas como lo es la higiene oral, la salud bucal , la antibioticoterapia o el control del dolor; no obstante los recientes esfuerzos por modificar esta realidad. Respecto al tema que motivo esta investigación enunciados como el de Merino⁶ es preocupante que más de la mitad de los cirujanos dentistas encuestados desconozcan cual es el antibiótico indicado y la dosis recomendada para la profilaxis (antibiótica)" investigador de Trujillo, La Libertad, Perú; pone en evidencia el nivel actual de conocimientos.³

ANTIBIOTICOS

Concepto y generalidades:

No se sabe exactamente desde cuando el hombre comenzó la búsqueda de tratamientos efectivos a sus padecimientos, sin embargo suena lógico achacarle este hecho a algo tan primitivo como el dolor; sin embargo los antibióticos, usados en la terapia

infecciosa, tienen una historia relativamente más corta, así por ejemplo el uso rudimentario de las propiedades antibióticas del hongo *PiptoporusBetulinus* al ser insertado por el ano a un hombre que padecía de trichuristrichura quedó documentado para la posteridad en "el hombre de hielo" cuerpo momificado de hace 5300 años encontrado en Italia²¹. Los antibióticos como los conocemos actualmente tuvieron un origen casi predecible, y en contraparte del hongo mencionado anteriormente fue el Dr. Alexander Fleming quien descubrió, de manera accidental, cómo el hongo *Penicilliumnotatum* era capaz de inhibir el crecimiento bacteriano de cultivos de *S. aureus*. Sin embargo este no fue el primer compuesto desarrollado para combatir una enfermedad infecciosa, sino más bien fue el bacteriólogo alemán Paul Ehrlich quien en 1900 desarrolló una preparación con arsénico orgánico²², tras 606 intentos, que llamó balas mágicas, comercializado bajo el nombre de Salvarsan (arsfenamina)²¹, para el tratamiento de la sífilis y la fiebre recurrente.²¹

Domagk en 1934 descubrió que algunos colorantes utilizados en aquella época presentaban efectos antimicrobianos, estas fueron las primeras Sulfamidas estudiadas, las que tras procesarse se vienen empleando hasta hoy en día en la medicina.²⁵

Gracias a la colaboración de Florey y Chain, que la purificaron, la penicilina G fue el primer antibiótico de éxito terapéutico que comenzó a utilizarse clínicamente en 1942, cambiando radicalmente la forma en que se afrontaba todo proceso infeccioso durante aquella época, patologías tales como la fiebre escarlata, la neumonía, la gonorrea y las infecciones por estafilococos.²³ Este descubrimiento significó el inicio de la edad de oro de los antimicrobianos.²⁸

Walksmanen 1943 (descubridor de la estreptomicina) fue quien puso el nombre de antibióticos a “cualquier sustancia producida por hongos o microorganismos, que destruyen o retrasan el crecimiento de otros microorganismos”.²⁵

Antibioticoterapia en odontología.

Situación actual.

Aunque la investigación científica en el ámbito de la farmacología ha realizado grandes avances con el paso del tiempo y muy en especial en el actual milenio, donde el desarrollo de un nuevo fármaco o una variante se presenta acelerado, la farmacoterapia en sí misma, y muy en particular dentro de la odontología, ha presentado un fuerte tras pie con la vertiginosa expansión y mutación de bacterias antes sensibles en otras resistentes; el abuso de las terapias antimicrobianas, las prescripciones incorrectas y la facilidad con la que las bacterias se adaptan a estas moléculas se presentan como responsables.^{25, 28}

Por tal motivo el uso de antibióticos ha sido objeto de muchas auditorías²⁸ y actividades educativas dentro de la práctica médica. Por el contrario, se han notificado muy pocos auditorías sobre la prescripción de antibióticos en la práctica odontológica¹⁵. Se ha sugerido que la producción de directrices para los odontólogos generales, junto con iniciativas educativas y de auditoría podría alentar el uso seguro, eficaz, racional y económico de los antibióticos y, al mismo tiempo, reducir la probabilidad de que los dentistas contribuyan al problema de resistencia antibiótica.¹⁵

La auditoría clínica se introdujo en la práctica dental general en 1995 y se ha definido como el análisis sistemático, crítico de la calidad de la atención dental, incluidos los

procedimientos y procesos utilizados para el diagnóstico, intervención y tratamiento, el uso de los recursos y la calidad vida según lo evaluado por los profesionales y los pacientes. Los criterios propuestos para la realización de una auditoría son que el tema a tratar debería ser un problema común, significativo o grave; cualquier cambio tras la auditoría debería beneficiar a los pacientes y dar lugar a una mayor eficacia; que la cuestión a tratar sea relevante para la práctica profesional y que haya un potencial real de mejora.¹²

Hay pruebas de que se prescriben antibióticos de forma inapropiada en la práctica dental general. Con el creciente problema mundial de la resistencia a los antimicrobianos y la amenaza a la salud pública, existe la necesidad de racionalizar la prescripción de antibióticos; no siendo estos exclusivos de infecciones agudas en el área estomatológica, por ejemplo; dentro de la periodoncia, el pilar sobre el que se erige el tratamiento de la periodontitis es la eliminación de los ecosistemas responsables de la irritación del tejido periodontal (destratrache), en este caso el cálculo dental y placa blanda colonizada por periodonto patógenos responsables de la liberación de toxinas, sin embargo en muchos casos, este tratamiento de elección se ve limitado o imposibilitado por la anatomía local e incluso se cuestiona su efectividad eliminado los mencionados periodonto patógenos o simplemente diseminándolos y permitiéndoles colonizar otras superficies, de esta forma se utilizan antibióticos dependiendo del tipo de patología periodontal y la condición del paciente^{16,26}; en cirugía representa una de las indicaciones más estudiadas a la que se brinda como método de prevención ante una posible bacteriemia o endocarditis bacteria, la cuestionada profilaxis antibiótica. Esto pues son cada vez más estudios^{29, 30} que ponen en duda su utilidad en la prevención de la endocarditis, aun mas se aprecia un

desbalance entre riesgo- beneficio al considerar que estadísticamente la probabilidad de causar endocarditis infecciosa con una extracción, incluso en pacientes con cardiopatías, es de 1 entre 3000. Se plantea que un protocolo quirúrgico consiente sumado a una adecuada antisepsia local previa al procedimiento quirúrgico representaría menos riesgo para el paciente que la sensibilización bacteriana que una sobreexposición a antibióticos le genera.³⁰

Fármaco	Vía de Excreción	Vida Media		Esquema Habitual	
		Normal	Anuria	Oral	Parental
Amoxicilina	Renal	1 hora	De 15 a 20 horas	250 a 500 mg Cada 8 horas	
Amoxicilina + ác. clavulánico	Renal	1 hora	De 8 a 16 horas	250 a 500 mg Cada 8 horas	
Penicilina G cristalina	Renal	0,5 hora	1 hora	0,4 a 0,8 millon UI c/6 hs	1 a 4 millon UI c/4-6 hs.
Ampicilina	Renal	1 hora	8 a 12 horas	250 a 500 mg Cada 6 horas	1 a 3 gr 4- 6 hs I.M. o I.v
Ampicilina + sulbactam	Renal	1 hora	8 a 12 horas		1 o 2grs c/6 hrs I.M. o I.V

Fuente: Normas de dosificación de penicilinas usadas en odontología (Adaptado de Bennett W.M. et al. Ann Intern Med 1988;93:62. AMA Drug Evaluations, 1990, sección 13, páginas 1.1-9:23 y Drug Information 93, American Formulary Service, 1993, páginas 33-520).³¹

Fármaco	Vía de Excreción	Vida Media		Esquema Habitual	
		Normal	Anuria	Oral	Parental
Clindamicina	Hepática	2-2,5 hs	2-3,5 hs	150-300mg c/6 hs	300-900mg c/6-8 hs
Eritromicina	Hepática	1,2-2,6 hs	4 -6 hs	250-500mg c/6 hs	1000mg c/6 hs
Metronidazol	Hepática	6-14 hs	8-15 hs	250-500mg c/8 hs	500mg c/6 hs
Gentamicina + ampicilina (ver ampicilina)	Renal	2 hs	48 hs		1,7 mg/kg c/8 hs
Tetraciclina	Renal	8 hs	50-100 hs	250-500 mg c/6 hs	0,5-1 g c/12 hs

Fuente: Normas de dosificación de otros antibióticos usados en odontología.

(Adaptado de Bennett WM, et al. Ann InternMed 1980;93:62. AMA DrugEvaluations, 1990, sección 13, página 1:1-9:23 y DrugInformation 93, American FormularyService, 1993, páginas. 33-520)³¹

Microorganismos	Enfermedad habitual	Agente de elección	Alternativas
Actinobacillus. Actinomicetem- comitans	Actinomycosis.	Penicilinas. Penicilina+ aminoglucósido	Clindamicina Teraciclinas Eritromicina Cefalosporinas Cefalosporinas+ aminoglucósido
Actinomyces israelii (también naeshundii, A. viscosus, A. odontolyticus y Arachnia propionica)	Actinomycosis.	Penicilina G	Clindamicina Tetraciclinas Eritromicina
"B. fragilis grupo"	Abscesos Bacteremia	Metronidazol Clindamicina Cefoxitina	Cloranfenicol Penicilinas antipseudomonas Imipenem Betalactámico + inhibidor de betalactamasa Cefmetazol
B. melaninogenicus grupo"	Infecciones orales y dentales	Metronidazol Clindamicina Cefoxitina	Cloranfenicol Imipenem Betalactámico + inhibidor de betalactamasa Cefmetazol Cefotetán
Capnocytophaga ochracea	Enfermedad periodontal Bacteremia en el huesped neutropénico	Clindamicina Eritromicina.	Amoxicilina+ clavulánico Imipenem Cefoxitina Cefalosporina de 3ª generación. Fluorquinolonas Tetraciclina Cefoxitina Cefotetán
Fusobacterium	Infección oral dental	Penicilina G Metronidazol	Cloranfenicol Imipenem Clindamicina
Leptotrichia buccalis	Infecciones bucales "Infección de Vincent"	Penicilina G	Tetraciclina Clindamicina Eritromicina Metronidazol
Peptostreptococcus	Infección bucal y dental	Penicilina G Ampicilina Amoxicilina	Clindamicina Cefalosporina de 1ª generación Cloranfenicol Eritromicina Vancomicina
Streptococcus viridans anaerobios	Infección de partes blandas	Penicilina G o V	Cefalosporina Clindamicina Vancomicina Eritromicina Claritromicina Roxitromicina

Fuente: *Terapéutica de elección y alternativas para patógenos orales específicos*
(Adaptado en parte de "The Medical Letter on Drugs and Therapeutics 1992; 34:49)³²

Resistencia bacteriana

Resistencia bacteriana es el término utilizado por las ciencias médicas actuales para referirse a la capacidad que presentan algunas bacterias de alterar genéticamente su propio genoma, de la nueva resultante cadena de ADN la bacteria es capaz de por ejemplo traducir proteínas antagónicas al fármaco que trata de dañar la bacteria, de esta forma evita su muerte siendo inmune a un ataque microbicida.²⁵

La resistencia bacteriana se ha erigido como un serio problema de salud en la actualidad: “La era dorada de los antibióticos se terminó hace muchos años. Hoy, en todo el mundo, el incremento de la resistencia bacteriana está comprometiendo los tratamientos de las enfermedades infecciosas más comunes”, afirmó Otto Cars, coordinador general de ReAct Global.²⁸

Antes de analizar las causas y mecanismo de las resistencias, se debe comprender que este fenómeno es estudiado desde 3 perspectivas distintas:

- Resistencia individual; es la que se analizara más adelante, analiza la interacción entre la bacteria (su armamento genético) y el antibiótico, buscando el cuales y cómo funcionan su o sus mecanismos de resistencia³¹
- Resistencia poblacional; analiza la interacción entre un inóculo bacteriano y una concentración preestablecida de fármaco, de esta forma los mecanismo de resistencia que individualmente pueden resultar ineficaces, pueden surtir efecto cuando las bacterias logran formar colonias y potenciar sus mecanismos de resistencia, por el contrario también se dan casos donde bacterias sensibles poblacionalmente in vitro resultan resistentes al ser aplicados en un individuo con infección, pues en este

caso entran a tallar factores relacionados con la resistencia poblacional en microorganismo que están produciendo una infección.³¹

- Resistencia poblacional en microorganismo que están produciendo una infección, analiza la interacción de una población bacteriana que está actuando sobre un organismo vivo con un antibiótico previamente dosificado, en este caso intervienen factores como el estado inmunológico del paciente, el sitio de infección, las propiedades farmacocinéticas del antibiótico (donde se encuentran incluidas la dosis y el fraccionamiento diario del mismo), el tamaño del inóculo bacteriano, etc. Podríamos citar el caso del E. coli ocasionando una infección urinaria baja (cistitis) a la cual se le pudo dar un tratamiento eficaz con ampicilina, aunque in vitro el E. coli no sea sensible, esto se explica pues la concentración de fármaco en la vejiga se amplifica 100 veces siendo insuficientes los mecanismos de defensa del E. coli para su supervivencia. Contrariamente un coco grampositivo como S. aureus o S. pneumoniae que causa bacteriemia no puede ser combatido por macrolidos (eritromicina), aunque estos sean sensibles in vitro, pues los niveles que alcanzan en plasma son insuficientes.³¹

A) Causas de resistencia bacteriana

- **Uso inadecuado de la farmacoterapia humana y animal;** este es de por sí el factor principal en lo que al flagrante incremento de resistencia bacteriana respecta. Para ser precisos se perciben 3 prácticas determinantes, así la sub medicación (tiempo insuficiente), medicación innecesaria y la elección errónea de la farmacoterapia (fármaco o asociación de fármacos inadecuada) propician el ambiente ideal para que la bacteria sobreviva al primer ataque (en el primer caso por la falta de antibiótico, en el segundo por dar lugar a infecciones oportunistas y en el tercero por no cubrir

enteramente el espectro de las bacterias infecciosas) y posterior a ello, con la memoria del fármaco utilizado, se auto modifique hasta ser capaz de contrarrestar su efecto.^{32,33}

- **Uso de antibióticos en agricultura y productos de limpieza;** así al aplicar estos fármacos sobre plantas o instrumentos de limpieza se generan zonas asépticas tras la muerte de las bacterias susceptibles, sobreviviendo a estas las irrisorias resistentes, sin embargo con el uso prologado se da lugar a la agrupación y reproducción de este tipo bacteriano, generando zonas depósito de bacterias resistentes; esto se torna aún más grave cuando estos insumos de limpieza se aplican en el cuerpo, como es el caso de jabones antibacteriales o enjuagues orales.²⁵

- **Autoprescripción;** encontrando sus arraigos en la sub estimación de la receta médica y la bombardearte publicidad farmacológica actual que hacen creer al paciente que más allá de las nociones médicas, un fármaco es capaz de solucionar cualquier tipo de patología.³³

- **La falta de interés generalizada;** principalmente en el área odontológica, sea por parte de los pacientes, del estado o de los profesionales; esto se evidencia en un insuficiente programa de capacitaciones y auditorias para contrarrestar esta realidad.^{12,}

15

B) Tipos de resistencia bacteriana

Dentro de la naturaleza algunas bacterias han generado sustancias que las hacen resistentes a antibióticos de manera natural, mientras que otras a causa de las presiones selectivas aplicadas por los antibióticos, terminan adquiriendo resistencia.³⁴

- **Resistencia natural;** es innata de una familia bacteriana, por consecuente existía desde la aparición del tipo bacteriana en la naturaleza mucho antes de la aparición de los antibiótico, así por ejemplo todos los gérmenes gramnegativos son

resistentes a la vancomicina, y lo han sido desde antes de su descubrimiento³¹. También se puede mencionar a todos los microorganismos productores de antibióticos, insensibles al antibiótico que producen³⁴. La duda si estas bacterias se formaron con resistencia o la adquirieron por el contacto con antimicrobianos primitivos aún no está clara del todo aunque indicios como la resistencia antimicrobiana de bacterias encontradas en glaciares de las regiones árticas de Canadá con más de 2000 años de antigüedad hace suponer como verdadera la primera opción.³⁵

- **Resistencia adquirida;** es la que adquiere una cepa de una especie bacteriana (no toda la familia ni la especie), este tipo de resistencia es la que realmente genera conflictos clínicos, pues el medio al considerar el tratamiento antibiótico se basa en la resistencia bacteriana natural que presenta el agente infectante, sin embargo desconoce si la cepa específica de esta familia bacteriana que infectó al individuo ha adquirido algún tipo de resistencia adicional haciéndola insensible al fármaco de primera elección. Existen dos mecanismos por los que una bacteria adquiere resistencia^{31,34}:

Vertical o por mutación, es la que se adquiere por mutación acumulada de generación en generación hasta llegar a la cepa resistente que continuara transmitiendo esta información genética a sus futuras generaciones y dependiendo de la exposición a nuevos fármacos, continuar mutando.³⁴

Horizontal o por transmisión de material cromosómico, se da a través de partículas génicas móviles como integrones, trasposones o plásmidos permitiendo la recepción y adquisición de resistencia por bacterias ajenas a su descendencia o incluso a bacterias que nunca han sido expuestas al fármaco.^{31,34}

C) **Mecanismos de resistencia bacteriana**

Estos mecanismos por el cual la bacteria logra ser resistente a antibióticos pueden agruparse en 4 grupos principales:

- **Inactivación del antibiótico;** ya sea por hidrólisis, acetilación, adenilación o fosforilación, siendo estas últimas 3 reacciones inactivantes de aminoglicosidos²⁷, las bacterias con este tipo de resistencia son capaces de producir enzimas que tienen alguno de los efectos antes mencionados sobre el fármaco impidiendo su acción³². El ejemplo más conocido es el efecto de las Beta-lactamasas sobre los antibióticos Beta-lactámicos, por ser estos los de mayor empleo, estas hidrolizan el enlace amida (unión peptídica endocíclica) del anillo penicilánico o cefalosporánico, produciendo derivados ácidos, sin propiedades antibacterianas.^{37, 38}

- **Modificación del sitio de acción;** cada fármaco actúa de manera distinta sobre los microorganismos que debe erradicar, unos sobre la formación de la pared celular, otros sobre proteínas plasmáticas vitales para el funcionamiento celular, etc; si la bacteria modifica el sitio de acción del fármaco, disminuyendo o eliminando su afinidad, entonces no será afectada por tal.^{31, 34,36-38}

Existen diversas estrategias para lograr este objetivo, así como diversos componentes bacterianos sobre los que actúa el fármaco y serán modificados.^{31, 34,36-38}

Respecto a las estrategias tomadas por las bacterias resaltan:

➤ **Modificaciones en el gen que codifica el propio blanco del antibiótico,** de esta forma los *Streptococcus pneumoniae* y la *Neisseria gonorrhoeae* modifican los genes que codifica su PBP para tornarlo menos afín a penicilina e incluso a ceftraxona, volviéndose resistentes a tales fármacos.^{36,40,41}

➤ Adquisición de genes que codifiquen sustitutos de los blancos originales, de esta forma *Staphylococcus* spp. Adquiere el gen PBP2 que codificara nuevos PBP tras la inactivación de los originales por la meticilina, haciéndolos resistentes. También se han observado casos de formación de dihidrofolato reductasa alternativa en cepas resistentes a trimetropin.³¹

Respecto a los componentes bacterianos sobre los que actúa el fármaco y serán modificados, encontramos:

➤ Pared celular; el PBP (penicillinbinding-protein o proteínas unidoras de penicilina) es un complejo enzimático que permite la formación de peptidoglicano (componente primordial en la transpeptidación de la pared celular de bacterias principalmente grampositivas) y es precisamente este PBP la zona diana de fármacos como los beta-lactámicos, sin embargo algunos microorganismos como *Streptococcus pneumoniae* que es resistente a la penicilina y *Staphylococcus aureus* a la meticilina modifican este complejo enzimático disminuyendo la afinidad de los Beta-lactámicos logrando así la bacteria continuar indemne. El gen que codifica las PBP se encuentra únicamente en el genoma bacteriano sin embargo elementos que regular la expresión de estos genes se han encontrado en plásmidos, así el gen *MecA* expresado por plásmidos produce una PBP opcional, la PBP2 que es menos susceptible a betalactámicos.^{31, 36-38}

➤ Síntesis de proteínas; los antibióticos desestabilizan el comportamiento funcional de la bacteria al inhibir la formación de proteínas vitales, esto se puede dar a nivel de componentes nucleares en la replicación del ADN como en componentes ribosómicos (subunidades 50S, 30S o al RNA ribosomal 23S o 16S) en la transcripción del ARN. Para el primer caso tenemos como ejemplo a la DNA girasa, una enzima

topoisomerasa tipo II participe en los procesos de replicación, transcripción y recombinación, la cual es inhibida selectivamente por quinolonas, sin embargo algunas especies bacterianas han presentado mutaciones en los genes *gyrA* y *gyrB* confiriéndoles resistencia al ácido nalidíxico. Aunque esta resistencia generalmente se da por modificaciones génicas, se han identificado plásmidos con genes tipo *qnrA*, *qnrB* y *qnrS* que codifican proteínas capaces de inhibir el efecto de la ciprofloxacina sobre la girasa y la topoisomerasa IV del ADN.^{39,40} Para el segundo caso tenemos a los genes *ermA* y *ermB* que producen modificación del sitio activo del ribosoma, mediante metilación de adenina postranscricional del rRNA 23s. Este mecanismo es importante en la resistencia a eritromicina, lincomicina y clindamicina³⁷, además de la resistencia a macrólidos por *S. pneumoniae* y *S. pyogenes*.⁴²

- **Alteraciones de la permeabilidad;** todo fármaco necesita algún grado de penetración en la pared bacteriana para poder ejercer su efecto, incluso fármacos como los Beta- lactámicos que actúan sobre PBP deben atravesar las capas externas de la pared bacteriana, esta tarea resulta sencilla en organismos Gram positivos a priori de que sus moléculas son pequeñas y carecen de membrana externa no así con las bacterias Gram Negativas donde primero deben ingresar a través de las porinas al espacio periplásmico. Durante este proceso de penetración, de la membrana externa, la pared celular o la membrana citoplasmática, la bacteria puede recurrir a la disminución - modificación de la permeabilidad como medio de resistencia logrando identificar dos tipos principales de modificaciones.^{31, 34,36-38}

➤ **Alteraciones de las membranas bacterianas;** característica casi exclusiva de microorganismos Gram negativos por el hecho de presentar membrana externa, la que al estar constituida por un complejo lipopolisacárido se torna lipofílica y

consecuentemente altamente hidrofóbica. De esta forma sustancias hidrofílicas solamente pueden ingresar al citosol celular valiéndose de proteínas transmembrana con función de porinas. Así a fármacos como vancomicina y penicilina, debido a su tamaño, les resulta imposible atravesar las porinas de bacilos Gram negativos. En otros casos la bacteria reacciona reduciendo la activación de estas porinas disminuyendo la continuidad en la entrada del antibiótico, y aunque esto sin embargo no resulta tan efectivo como para asegurar la supervivencia del microorganismo (básicamente eleva la concentración mínima inhibitoria) es un excelente coadyuvante cuando el microorganismo es capaz de expresar conjuntamente otro mecanismo de resistencia, por más ínfimo que este sea, confiriendo altos niveles de resistencia.³¹

➤ **Modificación en el sistema de transporte;** el ingreso de algunas moléculas antibióticas requieren de un proceso más complejo así por ejemplo los aminoglucósidos previamente se adhieren a moléculas de carga negativa como proteínas aniónicas, cabezas polares de fosfolípidos o residuos del LPS⁴²; gracias a esta adherencia se produce la entrada del agente al espacio periplásmico. Llegado a la membrana plasmática se logra la intrusión al citosol gracias al sistema de transporte acoplado al gradiente protónico. Dicho gradiente depende de la actividad de las cadenas respiratorias aerobias, explicando la inactividad del fármaco frente a anaerobios.³¹ Esto permite comprender que cualquier modificación del gradiente protonico, obstaculizan la entrada del fármaco al citoplasma celular. Mutaciones cromosómicas espontáneas, generan modificaciones de este potencial o de la cadena de electrones.³⁶

- **Bomba de eflujo;** algunos autores la incluyen dentro de la categoría anterior pues se trata básicamente de una modificación en el sistema de transporte, así esta

bomba de eflujo constituye un sistema de expulsión activo del antimicrobiano³⁴, principalmente utilizado por bacterias Gram negativas.³⁶ La responsabilidad de esta modificación recae en los genes MefA, NorA y Mex que se activan para generar resistencia en *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* respectivamente, explicándose su resistencia a macrólidos.³⁸ Afecta a diferentes grupos de antibióticos como betalactámicos, quinolonas, tetraciclinas y cloranfenicol.³¹ Para combatir este tipo de resistencia se encuentran en estudio la asociación de inhibidores de bombas de eflujo junto con el antimicrobiano. En grampositivo es una proteína transmembranal con función ATPasa la que actúa como bomba de eflujo.³⁸

III. HIPÓTESIS

El nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología por parte de cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco Herrera, región La Libertad, durante el año 2017 es malo.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

4.1.1 Tipo

Cuantitativo

4.1.2 Nivel

Descriptivo

4.1.3 Diseño

Trasversal, observacional y descriptivo.

4.2 Población y muestra

La población de la investigación estuvo conformada por 99 Cirujanos Dentistas del distrito de Víctor Larco, Provincia de Trujillo, Región La Libertad. Se trabajó con toda la población.

Criterios de inclusión:

Cirujanos dentistas que tienen un consultorio en Víctor Larco Herrera.

Los cirujanos dentistas, que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Cirujanos dentistas que no acepten participar del estudio

4.3 Definición y Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUA L	DEFINICION OPERACION AL	INDICADOR	VALORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIR
Nivel de conocimiento en prescripción antibiótica racional	Amplitud del conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje orientado a la administración adecuada de fármacos antibióticos.	Conocimiento suficiente en cuanto a indicación de un correcto antibiótico en cada caso particular que se le presenta, incluyendo dosis, tiempo y momento de indicación.	Cuestionario	Bueno (11-15) Regular (6-10) Malo (0-5)	Cualitativa	Ordinal

COVARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIR
Tiempo de ejercicio profesional	Es definido como los años de actividad laboral del profesional desde su titulación hasta la actualidad	Cantidad de años transcurridos después del egreso del pre grado que se consideraran en grupos mayor y menor de 5 años.	Cuestionario	Menos de 5 años. De 5 años a mas	Cualitativa	Nominal
Estudio de postgrado	Es definido como el cronograma académico desarrollado y completado por un profesional.	Estudio universitario en alguna de las especialidades disponibles para su carrera	Cuestionario	Diplomado Especialidad Ninguno	Cualitativa	Nominal
Procedencia universitaria	Casa universitaria donde se formó profesionalmente un individuo	Naturaleza de la Casa universitaria donde realizó la mayor parte de sus estudios de bachiller	Cuestionario	Nacional Privada	Cualitativa	Nominal

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La confiabilidad del instrumento fue validada por juicio de expertos y prueba piloto en 15 profesionales de una población similar a evaluar considerando que estos no volvieron a desarrollar el cuestionario el día de la ejecución.²

Procedimiento De Recolección De Datos

Se realizó mediante la aplicación de una encuesta que constaba de 15 preguntas (anexo 1) el cual fue sometido previamente a juicio de expertos (anexo 2) y calibrado mediante una prueba piloto (anexo 3). Se solicitó el permiso personal de cada profesional (anexo 9) necesario para la ejecución del proyecto.

El instrumento empleado fue el cuestionario, el cual consta de 2 partes: Primera son los datos generales, la segunda de conocimiento sobre prescripción racional. Este instrumento fue adaptado por el autor.

4.5 Plan de análisis

Los datos recolectados fueron incorporados en una base de datos en IBM SPSS Statistics 22, para ser procesados y presentados en tablas con medias y desviaciones estándar; se empleó el test de Chi cuadrado, a fin de determinar si hay nivel de significancia entre los diferentes grupos de las covariables de estudio.

Los resultados se incluyeron en una base de datos para ser tabuladas y ordenadas de manera correcta, y posterior a ello poder realizar la respectiva representación gráfica, ya sea mediante barras y/o cuadros.

4.6 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	POBLACION
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología por parte de cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco Herrera, región La Libertad, durante el año 2017?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología por parte de cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco Herrera, región La Libertad, durante el año 2017.</p> <p>Objetivo específico:</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología, según tiempo de ejercicio profesional.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología, según estudio de postgrado.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología, según procedencia universitaria.</p>	<p>El nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología por parte de cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco Herrera, región La Libertad, durante el año 2017 es malo.</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Es una investigación de tipo cuantitativo</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Es una investigación de nivel descriptivo</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>El diseño de la presente investigación es de descriptivo, transversal, observacional.</p>	<p>Población:</p> <p>Cirujanos dentistas titulados del distrito de Víctor Larco Herrera, región La Libertad.</p>

4.7 Principios éticos

Para el desarrollo de esta investigación se tomó en cuenta los principios éticos tomando en cuenta la **Declaración de Helsinki** (WMA, Octubre 2013) en donde se considera que en la investigación se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.⁴³

V. RESULTADOS

5.1 Resultados

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología por parte de cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco Herrera, región La Libertad, durante el año 2017.

Nivel de Conocimiento	N°	%
Malo	13	13.2
Regular	43	43.4
Bueno	43	43.4
Total	99	100.0

Fuente: Encuesta de investigación, distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo – 2017.

El 43.4% de los profesionales presentó tanto un nivel de conocimiento bueno como regular sobre prescripción antibiótica racional, en tanto que el 13.2% de los profesionales presentó un nivel malo.

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología, según procedencia universitaria.

Procedencia Universitaria	Nivel de Conocimiento							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Privada	25	40.3	27	43.5	10	16.2	62	100.0
Nacional	18	48.6	16	43.2	3	8.2	37	100.0
Total	43		43		13		99	

Fuente: Encuesta de investigación, distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo – 2017.

$$\chi^2 = 1.5056$$

$$p = 0.4710$$

Observamos que no hay diferencia significativa entre el nivel de conocimiento y la procedencia universitaria ($p > 0.05$) pues se registra un comportamiento similar del nivel de conocimiento tanto en universidades privadas y nacionales.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología, según tiempo de ejercicio profesional.

Tiempo de ejercicio profesional	Nivel de Conocimiento							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Menos de 5 años	10	37.0	15	55.6	2	7.4	27	100.0
De 5 años a más	33	45.8	28	38.9	11	15.3	72	100.0
Total	43		43		13		99	100.0

Fuente: Encuesta de investigación, distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo – 2017.

$$X^2 = 2.5319$$

$$p = 0.2820$$

Observamos que no hay diferencia significativa entre el nivel de conocimiento y el tiempo de ejercicio profesional ($p > 0.05$), en efecto vemos que hay un registro similar en cuanto al nivel de conocimiento en los grupos de profesionales con menos de 5 años y aquellos que tienen de 5 años a más. En ambos el nivel de conocimiento bueno y regular es lo más frecuente.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología, según estudio de postgrado.

Estudios de Postgrado	Nivel de Conocimiento							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Ninguno	15	27.3	28	50.9	12	21.8	55	100.0
Especialidad	12	75.0	4	25.0	0	0.0	16	100.0
Diplomado	16	57.1	11	39.3	1	3.6	28	100.0
Total	43		43		13		43	

Fuente: Encuesta de investigación, distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo – 2017.

$$\chi^2 = 17.4701$$

$$p = 0.0016$$

Observamos que hay diferencia muy significativa entre el nivel de conocimiento y los estudios de postgrado ($p < 0.01$), existe un mayor porcentaje de nivel de conocimiento bueno en aquellos que siguieron una especialidad (75%) y/o Diplomado (57.1%) respecto a aquellos que no tuvieron estudios de postgrado (27.3%).

5.2 Análisis de resultados

El estudio encontró que el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción racional de antibióticos, fue equitativamente bueno y regular 43.4%.

Además se aprecia que el tiempo de ejercicio profesional y la procedencia universitaria no representan factores influyentes para el nivel de conocimiento a diferencia de los estudios de postgrado en donde se apreció que los profesionales que han realizado estudios de postgrado poseían, respecto al nivel de conocimiento, una medida sobre prescripción antibiótica racional mayor que los que no realizaron ningún estudio; siendo la especialidad positivamente más influyente que el diplomado.

Al comparar los resultados obtenidos en el presente estudio no coinciden con los hallados en ningún estudio previo¹⁻⁶ respecto a posicionar el nivel de conocimiento bueno como el más representativo; esto puede deberse a que en el caso de Monzón D¹ y Santisteban A.⁴ el estudio se aplicó a una región de la sierra donde la difusión de actualizaciones científicas, respecto al uso racional de antimicrobianos, no se encuentra debidamente difundidas. Sin embargo coincide con los estudios de Monzón D¹, Pérez D.², Mantilla R.³ y Santisteban A.⁴ en que el nivel de conocimiento predominante fue regular. El presente estudio discrepa completamente con el estudio realizado por Merino⁶ pues este encuentra un nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas de Trujillo malo, esto puede deberse a dos factores, el primero es que Merino⁶ realizó su estudio en una muestra de todo el distrito de Trujillo mientras que el presente estudio se centró en la totalidad del distrito de Víctor Larco Herrera; otro factor influyente es el tiempo transcurrido

desde el estudio señalado y el actual, pues transcurridos 7 años, la difusión y el proceso de concientización sobre el uso racional ejercido pudo haber influido positivamente en el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas analizados al presente.

Además este estudio coincide con Pérez D.², Mantilla R.³ y Santisteban A.⁴ respecto a la no relación del nivel de conocimiento con el tiempo de ejercicio profesional y la procedencia universitaria, discrepando con todos ellos sobre la influencia del estudio de alguna especialidad con el nivel de conocimiento, puesto que el presente estudio afirma que es un factor significativo mientras que para los nombrados autores este factor no influye.

El estudio de Monzón D.¹ aunque coincide respecto al nivel de conocimiento general, no puede contrastar sus resultados respecto a la influencia de la procedencia universitaria puesto que su resultado se vio alterado al no poseer muestra alguna respecto a egresados de universidades nacionales, de esta forma en el estudio de Monzón se analizó la influencia de la procedencia universitaria sobre el nivel de conocimiento en una población de egresados universitarios de universidades nacionales inexistente; sin embargo su estudio difiere con el presente respecto a la influencia de la experiencia profesional, siendo significativa en su estudio, y la especialidad, siendo no significativa en su estudio, sobre el nivel de conocimiento; esto podría explicarse debido a las diferencias culturales y de tipo y forma de enseñanza puesto que mientras que para su población un contacto reciente con los estudios de pregrado (menor experiencia) arroja un mayor nivel de conocimiento sobre el uso racional de antibióticos, para la población del presente

estudio es más conveniente un contacto con los estudios de posgrado para mejorar los conocimientos en esta área.

VI. CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento de cirujanos dentistas sobre prescripción antibiótica racional en estomatología, Distrito de Víctor Larco Herrera, Trujillo, durante el año 2017, fue predominantemente bueno y regular con un 43.4%, mientras que los odontólogos con un nivel malo solo alcanzaron el 13.2%. Se rechaza la hipótesis.

Según procedencia universitaria, durante el año 2017, fue predominantemente regular para los egresados de una universidad privada con un 43.5% y bueno para los egresados de una universidad nacional con un 48.6%.

Según tiempo de ejercicio profesional, durante el año 2017, fue predominantemente regular para los que ejercen menos de 5 años con un 55.6% y bueno para los que ejercen más de 5 años con un 45.8%.

Según estudio de postgrado, durante el año 2017, fue predominantemente regular para los que no poseen ningún estudio de postgrado con un 50.9%, predominantemente bueno para los que poseen diplomado y especialidad con un 57.1% y 75% respectivamente.

Aspectos complementarios

Recomendaciones

- Se recomienda la realización de estudios comparativos entre estudiantes universitarios y profesionales egresados (agrupados según distanciamiento de la fecha de egreso) con el fin de determinar si el origen de esta falta de conocimiento es una insuficiente enseñanza en la casa de estudios o un olvido acelerado de la praxis correcta de indicación antimicrobiana (y por ende implicando la vital realización de programas de actualización) o una combinación de ambas y determinar en qué grado influyen.

- Se recomienda la ejecución de un programa de modulación del uso de antimicrobianos de múltiples intervenciones y de manera interdisciplinaria (Microbiología, Farmacia Hospitalaria, Cirugía oral, Medicina Interna, Pediatría, Atención Primaria, Farmacia Comunitaria, etc.) con un enfoque educativo, de largo alcance y realizadas en interlapsos planificados; en paralelo la ejecución de un estudio longitudinal que mida el impacto del programa evidenciando sus fortalezas y debilidades para en un futuro mejorarlo.

Referencias bibliográficas

1. Monzón D. nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción racional de antimicrobianos en odontología del distrito de Huancayo, provincia de Huancayo, departamento de Junín, Perú, 2017 [tesis para optar por el título de cirujano dentista]. Trujillo: universidad católica los ángeles de Chimbote; 2017.
2. Pérez D. nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción racional de antimicrobianos en odontología del distrito de Chiclayo, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque, Perú, 2017 [tesis para optar por el título de cirujano dentista]. Trujillo: universidad católica los ángeles de Chimbote; 2017.
3. Mantilla R. nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción racional de antimicrobianos en odontología en los distritos de Chimbote y nuevo Chimbote, provincia del santa, departamento de Áncash, Perú, 2017 [tesis para optar por el título de cirujano dentista]. Trujillo: universidad católica los ángeles de Chimbote; 2017.
4. Santisteban A. nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre prescripción racional de antimicrobianos en odontología del distrito de Huaraz, provincia Huaraz, departamento de Áncash, Perú, 2017 [tesis para optar por el título de cirujano dentista]. Trujillo: universidad católica los ángeles de Chimbote; 2017.
5. Contreras M. prescripción antibiótica indicada por los cirujanos dentistas de la ciudad de puno agosto- septiembre 2015. Tesis para título profesional. Universidad nacional del altiplano: puno, 2015.

6. Merino A. Asmat A. conocimiento de los cirujanos dentistas de Trujillo sobre prescripción antibiótica racional en estomatología. *Vis. Dent.* 2012; 15(4): 76-80
7. De la cruz P. conocimiento sobre la prescripción farmacológica de los estudiantes de la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas. Tesis para título profesional. Universidad alas peruanas: lima, 2013.
8. Colomina J. Dominguez V. Gimeno F. Sarrio G. Gerrero a. Impacto de un modelo integrado para el uso racional de antimicrobianos (proyecto miura) en un área de salud. *RevEsp Salud Pública* 2010; 84: 281-291
9. Sillet M. Orellana A. Salasar E. ¿Es realmente necesaria la antibióticoterapia profiláctica en la cirugía del tercer molar? *.actodont ven.* 2008; 47(3): 11pp
10. Rodríguez H. Solar O. Uso indiscriminado de tetraciclinas en afecciones bucales de origen odontógenas. *Rev Cubana Estomatol.* 2007; 44 4(1): 5pp
11. Aguirre P. Nivel de conocimiento sobre Profilaxis Antibiótica de Endocarditis Infecciosa previa a procedimientos odontológicos en internos de odontología de tres universidades de Lima – 2013. Universidad nacional mayor de san marcos: lima, 2014.
12. Zahabiyoun S. Sahabi M. Javad M. Improving Knowledge of General Dental Practitioners on Antibiotic Prescribing by Raising Awareness of the Faculty of General Dental Practice (UK) Guidelines. *Journal of Dentistry, TehranUniversity of Medical Sciences.* 2015; 12(3): 171-176
13. Naim R. Fehim R. Ferit K. Ali A. Shefqet I. Valon I. Surveillance of antibiotic and analgesic use in the Oral Surgery Department of the University Dentistry

Clinical Center of Kosovo. Therapeutics and Clinical Risk Management
2015;11(1): 1497–1503

14. Llanos F. Mayca J. Contreras C. características de la prescripción antibiótica en los consultorios de medicina del hospital Cayetano Heredia de lima, Perú. RevEsp Salud Pública. 2002; 76(1): 207-2014
15. Palmer N. Dayley Y. Martin M. Can audit improve antibiotic prescribing in general dental practice? British Dental Journal 2001; 191(1): 253–255
16. Marin A. Fuentes R. Cantin M. uso de antibióticos en cirugía de implantes: una revisión sistemática. Int J Odontomat. 2013; 7(1): 59-67
17. Caviglia I. Techera A. García G. Antimicrobial therapies for odontogenic infections in children and adolescents. Literature review and clinical recommendations. J Oral Res. 2014; 3(1): 50-56.
18. Roberto M. Mendoza M. López J. Antibioticoterapia en odontología: ¿Uso racional o indiscriminado?. Salud en Tabasco. 2013; 19(2): 62-65
19. Machado J. Moreno J. Consideraciones sobre el uso de antibióticos en endodoncia. Actodon Venezolana. 2012; 50(2): 17pp
20. Pacheco L. La resistencia a antibióticos: El efecto colateral. Horizonte sanitario. 2012; 11(1): 24-31
21. Maguiña C. Augusto C. Montiel M. Uso adecuado y racional de los antibióticos. Acta Med Per.2006; 23(1): 15-20
22. Martínez A. Ríos F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Cinta de Moebio 2006; 25(1): 12p

23. González E. Active and transforming knowledge: some of their relationships with knowledge management. *Revista Cubana de ACIMED*. 2011; 22(2):110-120
24. CONCYTEC. Relaciones entre el concepto de conocimiento y las posturas epistemológicas. *CONCYTEC*. 2015; 10(121):44
25. Quizhpe PA. Encalada TL. Andrade RD. Sacoto MA. Muñoz OG. Calvo BD. et al. Uso apropiado de antibióticos y resistencia bacteriana. Cuenca - Ecuador: ReActLatinoamerica; 2014.
26. Blanc V. León R. el uso de antibióticos en odontología. *DentaidExpertise*. 2008; 13(8): 4-7
27. Peñaranda I. uso racional de antibióticos. *RevSoc Bol Ped*. 2011; 50 (3): 150 - 151
28. En Cuenca se reflexionó acerca de la resistencia bacteriana. *Red Voltaire*, 30 de junio de 2008; disponible en: <http://www.voltairenet.org/article157556.html>
29. Leal W. Leal W. da Silva S. Moura S. Olate S. Eficacia del tratamiento con amoxicilina en la prevención de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía de tercer molar: un estudio doble ciego. *Int. J. Odontostomat*. 2011; 5(2): 147-152
30. Sillet M. Orellana A. Salazar E. ¿ES REALMENTE NECESARIA LA ANTIBIÓTICOTERAPIA PROFILÁCTICA EN LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR?. *Act. Odont. Ven*. 2009; 47(3): 11pp

31. Vignoli R. Seija V. principales mecanismos de resistencia antibiótica. En: temas de bacteriología y virología médica. 2ed. Montevideo: Universidad de la república; 2006. pp. 649-662.
32. Prieto J. uso racional de fármacos en odontología. *Cient.Dent.* 2009; 6(1): 7-8.
33. Chaves A. Moreira M. Marín H. Fonseca C. Pérez R. Hidalgo B. Boletín uso racional de medicamentos. *Caja costarricense de seguro social.* 2012;1(6):1-4
34. Fernández F. López J. Ponce L. Machado C. RESISTENCIA BACTERIANA. *Rev Cubana MedMilit* 2003; 32(1):44-8.
35. Hart C. La resistencia a los antibióticos. ¿Un problema creciente? *Br Med J* (Ed Latinoam).1998; 6(1):147-148.
36. Tafur J. Torres J. Villegas M. Mechanisms of antibiotic resistance in Gram negative Bacteria. *Infect.* 2008; 12(3): 8pp
37. Departamento de Biología Molecular. Mecanismos moleculares de la resistencia bacteriana. *Salud Pública Mex.* 1994; 36:428-438.
38. Moreno C. González R. Beltrán C. Mecanismos de resistencia antimicrobiana en patógenos respiratorios. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello.* 2009; 69: 185-192
39. Tran J. Jacoby G. Hooper D. Interaction of the plasmid encoded quinolone resistance protein QnrA with *Escherichia coli* topoisomerase IV. *Antimicrob Agents Chemother.* 2005;49(7):3050- 3052.
40. Tran J. Jacoby G. Mechanism of plasmid mediated quinolone resistance. *ProcNatlAcadSci USA.* 2002;99(8):5638- 5642.

41. Martin F. Liras P. Organizational and expression of genes involved in the biosynthesis of antibiotics and other secondary metabolites. *Ann Rev Microbiol.* 1989; 43: 173-206.
42. Wierzbowski A. Hoban D. Hisanaga T. Decorby M. Zhanel G. The Use of Macrolides in Treatment of Upper Respiratory Tract Infections. *Curr Infect Dis Rep.* 2005; 7(3): 175-184.
43. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, and amended by the: 29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 1975 - 35th WMA General Assembly, Venice, Italy, October 1983 - 41st WMA General Assembly, September 1989 - 48th WMA General Assembly, SomersetWest, Republic of South Africa, October 1996 - 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000 - 53rd WMA General Assembly, Washington, DC, USA, October 2002 (Note of Clarification added) - 55th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 2004 (Note of Clarification added) - 59th WMA General Assembly, Seoul, Republic of Korea, October 2008 - 64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013. *Clinical Review & Education.* 2013; 310(20): 2191-2194.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

I. DATOS GENERALES:

EDAD: _____AÑOS

AÑO DE EGRESADO: _____

POST GRADO: ESPECIALIDAD: () DIPLOMADO: ()

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: NACIONAL: () PARTICULAR: ()

1. según recomendación de la AHA (*american heart association*), de las alternativas que se presentan a continuación marque el momento indicado para la administración de antimicrobiano profiláctico ante un tratamiento odontológico invasivo.

- a) 30 minutos antes
- b) un día antes
- c) 1 hora antes**
- d) 2 horas antes

2. Según la AHA (American Heart Association) ¿Qué tipo de antimicrobiano usaría como alternativa en pacientes con endocarditis bacteriana alérgicos a la penicilina?

- a) Tetraciclinas
- b) Eritromicina
- c) Metronidazol
- d) Clindamicina**

3. La profilaxis antimicrobiana según la AHA (American Heart Association) se debe plantear en las situaciones clínicas siguientes:

- a) Pacientes con marca pasos cardiacos
- b) Problemas cardiovasculares
- c) Cuando una complicación es frecuente, pero no fatal
- d) a,b,c**

4. Según la FDA (Food and Drug Administration: Agencia de Alimentos y Medicamentos o agencia de drogas y alimentos) ¿Cuál es el antimicrobiano utilizado en infecciones severas en mujeres embarazadas que se encuentran en el segundo y tercer trimestre?

- a) Penicilina
- b) Eritromicina
- c) Clindamicina**
- d) Estreptomicina

5. Según la clasificación de la FDA (Food and Drug Administration: Agencia de Alimentos y Medicamentos o Agencia de Drogas y Alimentos) ¿Cuál de estos antimicrobianos puede causar efecto teratógeno en el feto durante el embarazo como hipoplasia del esmalte?

- a) Penicilinas
- b) Tetraciclina**
- c) Eritromicina
- d) Clindamicina

6. ¿Cuál es el fármaco de elección para el tratamiento antimicrobiano de estomatitis aftosa recurrente, sin enfermedad sistémica?

- a) Penicilina natural (G-V)
- b) Amoxicilina
- c) Clindamicina
- d) No se receta ningún medicamento**

7. De las siguientes alternativas ¿Qué antimicrobiano prescribirá en caso de una infección odontogénica moderada?

- a. Clindamicina
- b. Amoxicilina**
- c. Eritromicina
- d. Azitromicina

8. ¿Cuál es el fármaco de elección para el tratamiento antimicrobiano de una alveolitis seca?

- a) Penicilina natural
- b) Clindamicina
- c) Eritromicina
- d) No se receta ningún antibiótico**

9. ¿En un paciente sin antecedentes sistémicos, presenta como diagnóstico necrosis pulpar de una pieza la indicación farmacológica será?

- a) Receto antibiótico de manera profiláctica (pre exodoncia)
- b) Receto antibiótico a manera de tratamiento (post exodoncia)
- c) Receto antibiótico pre y post exodoncia
- d) No receto ningún fármaco antibiótico**

10. ¿En un paciente que tiene como antecedentes de infarto agudo al miocardio 6 meses atrás, quien presenta como diagnostico necrosis pulpar de una pieza la indicación farmacológica será?

- a) Receto antibiótico de manera profiláctica (pre exodoncia)
- b) Receto antibiótico a manera de tratamiento (post exodoncia)
- c) Receto antibiótico pre y post exodoncia
- d) No receto ningún fármaco antibiótico**

11;Qué antimicrobiano sería el indicado ante un absceso dentoalveolar y que no se vea afectado por las enzimas betalactamasas?

- a) Amoxicilina
- b) Amoxicilina/Ac. Clavulanico**
- c) Penicilina
- d) Azitromicina

12.Cuál será el antimicrobiano que evitara complicaciones post operatorias según el protocolo profiláctico en cirugía de implantes.

- a) 2 g de Amoxicilina vía oral 1 h antes de la intervención quirúrgica implantológica.**

- b) 2 g de amoxicilina 1 h antes de la cirugía junto con 500 mg de amoxicilina
- c) postoperatoria, específicamente amoxicilina/ácido clavulánico de 625 mg
- d) 2g de Amoxicilina via oral 2h antes de la intervención quirúrgica implantológica

13. En una endocarditis infecciosa los gérmenes más frecuentes encontrados son:

- a) Streptococcus Viridans**
- b) Sthaphyloccus
- c) Streptococcus Mutans
- d) Lactobacilos

14. ¿Cuál es el fármaco de elección en pacientes alérgicos a la penicilina?

- a) Clindamicina**
- b) Tetraciclina
- c) Amoxicilina
- d) Azitromicina

15 ¿Cuál es el mecanismo de acción del ácido clavulánico asociado con la amoxicilina?

- a) Inhibe síntesis de la pared celular
- b) Crea sinergismo con la amoxicilina
- c) Inhibe la betalactamasa**
- d) Aumenta el efecto antimicrobiano

ANEXO 2

VALIDACION DEL CUESTIONARIO

VALIDACION DE CUESTIONARIO

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO	PREGUNTAS																						OBSERVACIONES
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	Juan De la Cruz Brano	 COP 12103	/	x	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Revisar la presentación
2	Silvia Pretel Mastucco	 COP 10122	/	x	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	x	x	/	/	x	Re formular algunas preguntas y el formato.
3	José Prados Calderón	 COP 10122	/	x	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
4	Imen Cordeu Selmes	 COP 7726	/	x	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	x	x	/	/	x	Reformular las preguntas.
5	Tommy Honoré Solano	 COP 10122	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Revisar el formato y redacción de formular preguntas Reformular preguntas
6	Richard Morón Cabrera	 COP 10122	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Revisar con una pregunta. @ aclaración de los.
7	César Vásquez Parra	 COP 10122	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Revisar la formulación de las preguntas.
8	Patricia Schneider Cuervo	 COP 10122	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Revisar la formulación de las preguntas.
9	Lena Huamán D.	 COP 10122	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Revisar la formulación de las preguntas y aclarar algunas de ellas.
10																									
11																									
12																									
13																									

ANEXO 3

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA EL CONOCIMIENTO SOBRE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA

Prueba de Confiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de ítems
0.706	15

Estadísticas de Ítems

Ítem01	8.5000	9.017	0.285	0.694
Ítem02	8.5000	9.362	0.168	0.708
Ítem03	8.4333	9.495	0.132	0.712
Ítem04	8.5667	9.151	0.235	0.700
Ítem05	8.2333	9.357	0.273	0.695
Ítem06	8.4333	8.392	0.529	0.664
Ítem07	8.5667	7.840	0.714	0.637
Ítem08	8.5667	9.289	0.189	0.706
Ítem09	8.6000	9.490	0.124	0.714
Ítem10	8.5000	8.397	0.508	0.666
Ítem11	8.4000	9.076	0.286	0.694
Ítem12	8.6000	8.386	0.507	0.666
Ítem13	8.3333	9.126	0.296	0.693
Ítem14	8.1667	9.799	0.126	0.707
Ítem15	8.5333	9.016	0.282	0.694

Un instrumento es confiable si reporta un valor alfa igual o mayor de 0,7. En este caso el valor alfa de Cronbach es de 0.706 lo cual significa que el instrumento es confiable y mide correctamente el nivel de conocimiento sobre el uso racional de antimicrobianos.

<i>Odont./ítems</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>
<i>1</i>	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1
<i>2</i>	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
<i>3</i>	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<i>4</i>	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
<i>5</i>	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
<i>6</i>	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
<i>7</i>	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>8</i>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0
<i>9</i>	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1
<i>10</i>	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0
<i>11</i>	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
<i>12</i>	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
<i>13</i>	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1
<i>14</i>	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
<i>15</i>	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
<i>16</i>	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1
<i>17</i>	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
<i>18</i>	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
<i>19</i>	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
<i>20</i>	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
<i>21</i>	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
<i>22</i>	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
<i>23</i>	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
<i>24</i>	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1
<i>25</i>	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0
<i>26</i>	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
<i>27</i>	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
<i>28</i>	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1
<i>29</i>	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
<i>30</i>	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0

ANEXO 4

BAREMACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA RACIONAL EN ESTOMATOLOGÍA

Escala Estanones	
Valor Límite Medio/Alto-Bajo	7.0
Prom. NC +/- (3/4)s	11.0

Nivel de Conocimiento	
Bueno	11 - 15
Regular	6 - 10
Malo	0 - 5

ANEXO 5

Munic. Distr. Victor Larco H.
1001213-jz
Exp N°: 15501-2016-F2
22/08/2016 a las 10:52 am.

“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

Trujillo, 19 de Agosto del 2016

**SEÑOR: Alcalde Distrital de Víctor Larco
Mg. Carlos VASQUEZ LLAMO**

**ASUNTO: Solicita Información relacionada a Locales
destinados bajo el rubro de Dentistas.**

**REF. : Ley Nro. 27806 Ley de Transparencia y Acceso a la
Información Pública.**

Tengo el agrado de dirigirme a su Despacho, con la finalidad de solicitarle disponga por quién corresponda información relacionada a la cantidad de locales destinadas bajo el rubro de Dentistas que cuenten con el respectivo Permiso y Licencia de Funcionamiento Municipal de su Distrito; en razón de que como estudiante del Noveno Siglo de la Facultad de Odontología de la Universidad Privada Los Ángeles de Chimbote; formularé mi tesis profesional en el precitado Distrito, lo peticionado lo amparo en el documento signado en la referencia Art. 7, 8 y 10 de la referida Ley.

Agradeceré acceder a mi petición por ser de justicia

**Copia de DNI.
Copia de Carnet Univer.**



**Mily PORTOCARRERO PORTOCARRERO
DNI. Nro. 44997982**

ANEXO 6

SOLICITUD DIRIGIDO AL COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

SOLICITO BASE DE DATOS DE LOS ODONTOLOGOS
COLEGIADOS EN EL
DISTRITO DE BUENOS AIRES

DR. JOSE PAREDES CALDERON
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA
Presente

MILY EDITH PORTOCARRERO PORTOCARRERO, 28 años de edad con DNI 44997982 con domicilio en la Mz. M Lote 20 Urb Rosa de América.


A Ud. Expongo:

Como estudiante del IX ciclo de la facultad de Odontología en la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote ULA DECH sede -Trujillo, siendo como motivo manifestarle que, en el marco del cumplimiento curricular de la carrera profesional de odontología en el curso de TESIS II, como alumna del IX ciclo que me encuentro desarrollando la tesis sobre **"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA RACIONAL EN ESTOMATOLOGÍA POR PARTE DE CIRUJANOS DENTISTAS DEL DISTRITO DE VICTOR LARCO HERRERA, REGIÓN LA LIBERTAD, DURANTE EL AÑO 2016"**, por lo cual solicito la información sobre la Base de Datos de los Odontólogos Colegiados en el VICTOR LARCO HERRERA.

Solicito a Ud. Se me otorgue la información requerida

Es justicia que espero alcanzar.

Trujillo 24 De ENERO del 2017




Mily E. PORTOCARRERO PORTOCARRERO
Estudiante ULADECH



ANEXO 7

OFICIO DIRIGIDO AL DECANO DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ – REGIÓN LA LIBERTAD.


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FILIAL TRUJILLO
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

Trujillo, 25 de Enero del 2017

CARTA No. 043 – 2017 E.P.O. ULADECH CATÓLICA TRUJILLO

C.D. SANTIAGO CASTILLO MECHATO
DECANO DEL COLÉGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ – REGIÓN LA LIBERTAD

Presente

De mi especial consideración:

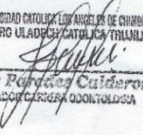
Es grato dirigirme a usted, para saludarlo muy cordialmente en mi condición de Coordinador de la Carrera de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote Filial Trujillo. Siendo el motivo de la presente manifestarle que en el marco del cumplimiento curricular de la carrera profesional de odontología, en el curso de TESIS II, nuestra alumna MILY EDITH PORTOCARRERO PORTOCARRERO de IX Ciclo, se encuentra desarrollando su tesis titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA RACIONAL EN ESTOMATOLOGÍA POR PARTE DE CIRUJANOS DENTISTAS DEL DISTRITO DE VÍCTOR LARCO HERRERA, REGIÓN LA LIBERTAD, DURANTE EL AÑO 2016 ", por lo cual solicito a su digno despacho la información sobre la Base de Datos de los Odontólogos Colegiados en el Distrito de VÍCTOR LARCO HERRERA.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente

J.P.C/ izg

Archivo



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
CENTRO ULADECH CATÓLICA TRUJILLO
CD. Jose Pardeaz Calderon
COORDINADOR CARRERA ODONTOLÓGICA

Calle Aguamarina N°161 - Urb. San Inés - Trujillo - Perú
Teléfonos: (044) 209217 / 600569
Cel: 965693155 - RPM: #965693155
www.uladech.edu.pe

ANEXO 8

OFICIO DIRIGIDO AL COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA



COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ - REGIÓN LA LIBERTAD

Trujillo, 03 de Febrero del 2017

Oficio N° 08 -2017/COPRELL

Señor:
C.D. JOSE PAREDES CALDERON
Coordinador Carrera Odontología

**CONSEJO ADMINISTRATIVO REGIONAL
2015 - 2017**

DECANO
C.D. Santiago A. Castillo Mechato

VICE - DECANO
C.D. Maximiliano V. Florez Quiroz

DIRECCIÓN GENERAL
C.D. Antonio A. Aguirre Aguilar

DIRECCIÓN ECONOMÍA
C.D. Carlos R. Zúñiga Mantilla

DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN
C.D. Sonia G. Suárez Ávalos

DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN
C.D. Rose Marie J. Márquez Zamudio

DIRECCIÓN LOGÍSTICA
C.D. Juan F. Nomberto Escobar

Presente.-

ASUNTO: Ref. CARTA N° 043-2017 E.P.O. ULADECH CATOLICA TRUJILLO

De mi consideración:

Reciba un afectuoso saludo a nombre del Consejo Administrativo del Colegio Odontológico del Perú Región La Libertad y el mío propio.

El presente, es para dar respuesta a su carta de la referencia donde solicita información del número de odontólogos colegiados en el Distrito de Víctor Larco.


Para tal efecto, hago llegar a su despacho el listado de Cirujanos Dentistas en el Distrito antes mencionado.

Sin otro particular, me despido no sin antes expresarle mi aprecio y estima personal.

Atentamente,



C.D. SANTIAGO CASTILLO MECHATO
DECANO



e-mail: codelltru@gmail.com Av. España 507 Trujillo - Perú Teléfonos: 51(44)245364 51(44)232875 RPM #721947

LISTA DE ODONTOLOGOS

CRUJIANOS DENTISTAS DISTRITO VICTOR LARCO

No.	APELLIDO	APELLIDO	NOMBRE	MZ "A"	Av. Calle, Jr.	No.	PISO	OF.	LT.	URBANIZACION	DISTRITO
1	AGUILAR	LEON	ROSARIO DEL PILAR	MZ "A"					14		VICTOR LARCO
2	ALARCO	JURADO	LUIS FELIPE CARLOS	MZ C					10	LOS PORTALES DEL GOLF	VICTOR LARCO
3	ALVA	OLIVER ALFREDO	LEONICIO PRADO	MZ. B		628					VICTOR LARCO
4	ANGULO	DIAZ	CARLOS MANUEL	MZ. B					24	LAS FLORES DEL GOLF	VICTOR LARCO
5	ARIAS	ALBIREZ	MIGUEL ANGEL	MZ. B					3	EL GALENO	VICTOR LARCO
6	BACA	TERRONES	DIANA CAROLINA	CALLE LOS GERANIOS MZ. B					9	LAS FLORES	VICTOR LARCO
7	BECCERRA	RAMIREZ	ANA CECILIA	LARCO		169			16	SAN JOSE DE CALIFORNIA	VICTOR LARCO
8	BUCELLI	GABANCHO	CARLA DENIS	MZ. "B" INT. B							VICTOR LARCO
9	CACEDA	CABELLO	PIERRE	LARCO		1779			21	SANTA EDELMIRA	VICTOR LARCO
10	CAMARA	HERMELINDA DORA	LOS CASTAÑOS	CAMELIAS		148				LAS PALMERAS DEL GOLF	VICTOR LARCO
11	CANEVARO	ESPIÑOZA	CECILIA BEATRIZ	MZ. B		849				LAS PALMERAS DEL GOLF	VICTOR LARCO
12	CASIQUE	PUMA	CARLOS ANDRES	MARCELO CORNE		389			21	LOS SAUCES	VICTOR LARCO
13	CASSANA	ROJAS	LUIS RODRIGO	MZ. E					37	URB. LA DERRAMA MAGISTERIAL	VICTOR LARCO
14	CASTAÑEDA	VASQUEZ	ROSA ELIZABETH	BOLIVIA		269				BS. AIRES	Buenos Aires - Victor Larco
15	CASTILLO	LEZCANO	JOAQUIN	MZ. H'					22	SAN ANDRES 6 ETAPA	VICTOR LARCO
16	CASTILLO	MADALENGOITIA	JUAN CARLOS	LIBERACION SOCIAL MZ. N					7	VISTA ALEGRE	VICTOR LARCO
17	CASTILLO	MUÑOZ	IRVIN ALEXANDER	SANCHEZ CARRION		418				LOS SAUCES	VICTOR LARCO
18	CASTRO	HUAMAN	THAIS ALEXANDRA	DESAMPARADOS		304			3	LIBERACION SOCIAL	VICTOR LARCO
19	CHAVEZ	REIMOTTI	THALA MELISSA DE LOS MILAGROS	MZ. L						CALIFORNIA	VICTOR LARCO
20	CHAVEZ	TRUJILLO	RUBÉN CELSO	TULIPANES		313			201		VICTOR LARCO
21	CLAUDET	SANCHEZ	FIORILLA	LAS CUCARDAS MZ. F					401	LAS PALMERAS DEL GOLF	VICTOR LARCO
22	CRUZADO	GARRY	LILIANA MARGOT	LAS CAPULLANAS MZ. G						6 PALMAS DEL GOLF	VICTOR LARCO
23	DE BRACAMONTE	PAREDES	ANDREA CARIDAD	MZ. D						2 LAS PALMERAS DEL GOLF	VICTOR LARCO
24	ESCALANTE	TARAZONA	LUZ MARINA	LARCO - Interior 17		1779			202	CALIFORNIA	VICTOR LARCO
25	ESLAVA	REBAZA	MAYRA SOLEDAD	GIRASOLES		200				SANTA EDELMIRA	VICTOR LARCO
26	ESPEJO	CARRERA	ROSITA ELENA	LAS CUCARDAS MZ. 3						LOS JARDINES GOLF	VICTOR LARCO
27	FARFÁN	VERASTEGUI	LUIS	LOS LAURELES		174				VISTA ALEGRE	VICTOR LARCO - TRUJILLO
28	FINETTI	VILLANUEVA	SHEILA ELIZABETH	LOS LAURELES						VISTA ALEGRE	VICTOR LARCO
29	GAMBOA	REYES	ROLANDO	SIMON BOLIVAR		619			305	CALIFORNIA	VICTOR LARCO
30	GAMERO	LUNA VICTORIA	ALESSANDRA	RICARDO PALMA		461				LAS FLORES	VICTOR LARCO
31	GOMEZ	ORDINOLA	MARLENY ELIZABETH	GARDENIAS 024		222-224			601	VISTA ALEGRA	VICTOR LARCO
32	GONZALES	CORBERA	HEIDI VANESSA	PACHACUTEC		169				SAN ANDRES V ETAPA	VICTOR LARCO
33	GRADOS	LEON	MARITA JESENIA	MZ. H3 LT. 06						MAGISTERIAL EL GOLF	VICTOR LARCO
34	GUERRERO	SANDOVAL	RICHARD JAMES	MZ. G BLOCK L					104	GOLF	VICTOR LARCO
35	GUTIERREZ	SALINAS	GUSTAVO LEONARDO	AV. MANUEL SEQANE						VISTA ALEGRE	VICTOR LARCO
36	LEIVA	CONTRERAS	LUIS ANDRES	SANCHEZ CARRION		1180				VISTA ALEGRE	VICTOR LARCO
37	LEON	CHAVEZ	IRENE ESTEFANY	BOLIVAR		231				LAS FLORES DEL GOLF	VICTOR LARCO
38	LIMAY	ALVA	DIANA LIZETHE	SANTA CATALINA		620			301	CALIFORNIA	VICTOR LARCO
39	LOYOLA	MARQUINA	JENNYFER ANTONIETTE	MZ. B		160			101	LA MERCED	VICTOR LARCO
40	LUNA	MARTINEZ	LORENA GLADYS	28 DE JULIO		124				VISTA ALEGRE	VICTOR LARCO
41	IMAC	CHANG	SHALY YADIRA	LOS LAURELES		468			211	CALIFORNIA	VICTOR LARCO
42	MALDONADO	BALDODANO	CARMEN LISET	LOS TILOS						SANTA EDELMIRA	VICTOR LARCO
43	MANTILLA	CAPRISTAN	JANIE	LAS ORQUIDEAS MZ. F		342				URB. LAS FLORES	VICTOR LARCO
44	MARIÑAS	CAPRISTAN	LUICIA DEL CARMEN	MZ. D						LIMA SANTA EDELMIRA	VICTOR LARCO
45	MARTINEZ	CABANILLAS	KATIUSHKA CECIBEL	MZ. C		260				37 SAN PEDRO	VICTOR LARCO
46	MONCADA	FLORES	PAMELA ALEXANDRA	LOS TILOS		260				11 SAN PEDRO	VICTOR LARCO
47	MONTORO	MORENO	CRISTINA	LAS ORQUIDEAS MZ. F						SANTA EDELMIRA	VICTOR LARCO
48	MORALES	BRAWDAN	CYNTHIA TATIANA	MZ. D						8 URB. LAS FLORES	VICTOR LARCO
49	MORENO	RUIZ	BETTY LIZBETH	MZ. C						37 SAN PEDRO	VICTOR LARCO
50	MUÑOZ	TUESTA	DOLLY	LOS TILOS		260				SANTA EDELMIRA	VICTOR LARCO
51	MURRUGARRA	AGUIRRE	ELSA MARIA	MZ. C					101	LAS HORTENCIAS DE CALIFORNIA	VICTOR LARCO
52	NAIWAY	PONCE	ESTHER BERONIKA	MZ. D						9 SAN ANDRES V ETAPA	VICTOR LARCO
53	NEYRA	OJEDA	ZOLA PAOLA	CALLE SAN MIGUEL		330				SANTA EDELMIRA	VICTOR LARCO
54	NOLASCO	MONAR	CECILIA DEL CARMEN	MZ. "ES"		210			301	HORTENCIAS DE CALIFORNIA	VICTOR LARCO
55	NORIEGA	MEANDOZA	CARLOS ALEJANDRO	MZ. LL						33 SAN ANDRES 6 ETAPA	VICTOR LARCO
56	ORREGON	NOYA	PATRICIA VALQUIRIA	MZ. B GRUPO V - RESIDENCIAL MAGISTERIAL EL GOLF						29 SAN ANDRES V ETAPA	VICTOR LARCO
57	OLGUIN	CHOCHEMAYQUI	RAYDA VALERY							2 SAN PEDRO	VICTOR LARCO
58	ORCOHUARANCA										VICTOR LARCO

ANEXO 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA RACIONAL EN ESTOMATOLOGÍA POR PARTE DE CIRUJANOS DENTISTAS DEL DISTRITO DE VÍCTOR LARCO HERRERA, REGIÓN LA LIBERTAD, DURANTE EL AÑO 2017”

1. Firmando el presente consentimiento informado, acepto participar de esta investigación, que tiene como propósito determinar el nivel de conocimiento en prescripción antibiótica racional en cirujanos dentistas del Distrito De Víctor Larco Herrera durante el año 2017.
2. Se llenará un cuestionario relacionado al tema de prescripción antibiótica racional.
3. La publicación de los resultados de este cuestionario será de absoluta confidencialidad, se entiende por esto que los nombres de los participantes no serán revelados.
4. Los participantes no serán beneficiados con remuneraciones económicas.
5. Las dudas e inquietudes que puedan presentarse en el presente trabajo de investigación, pueden ser resueltas por el investigador, Mily Edith PORTOCARRERO PORTOCARRERO (949162562).
6. Cabe resaltar que los encuestados son voluntarios y pueden prescindir de la participación en cualquier momento.

Firma _____

Fecha _____

ANEXO 10

GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

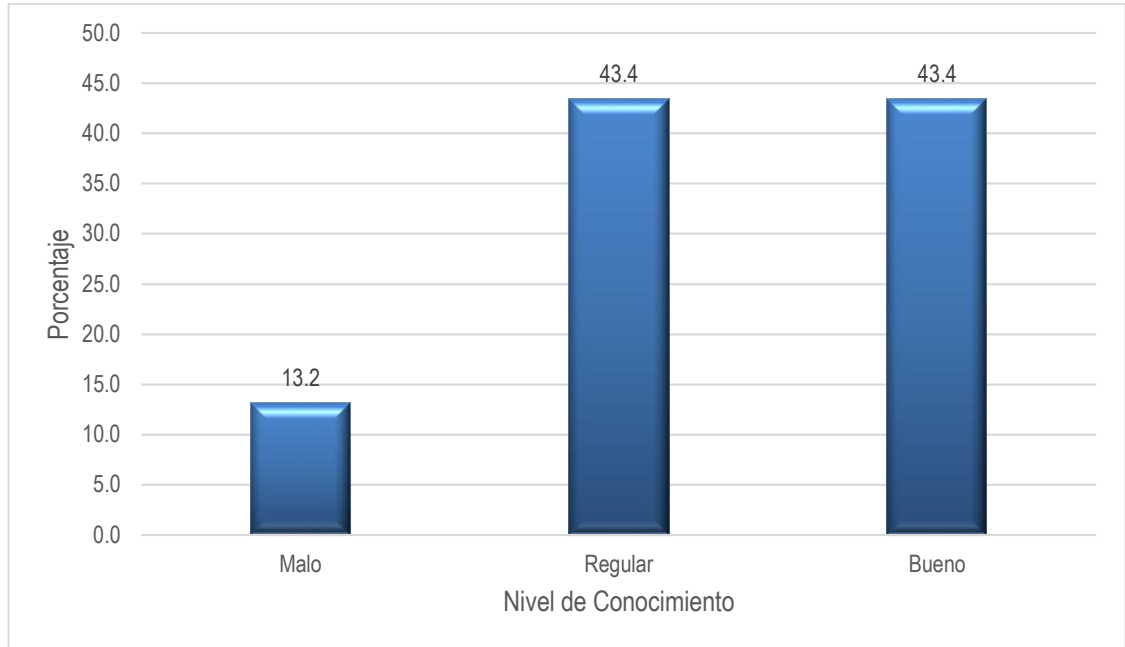


Gráfico 1: Nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología por parte de cirujanos dentistas del distrito de Víctor Larco Herrera, región La Libertad, durante el año 2017.

Gráfico 2: Nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología, según procedencia universitaria.

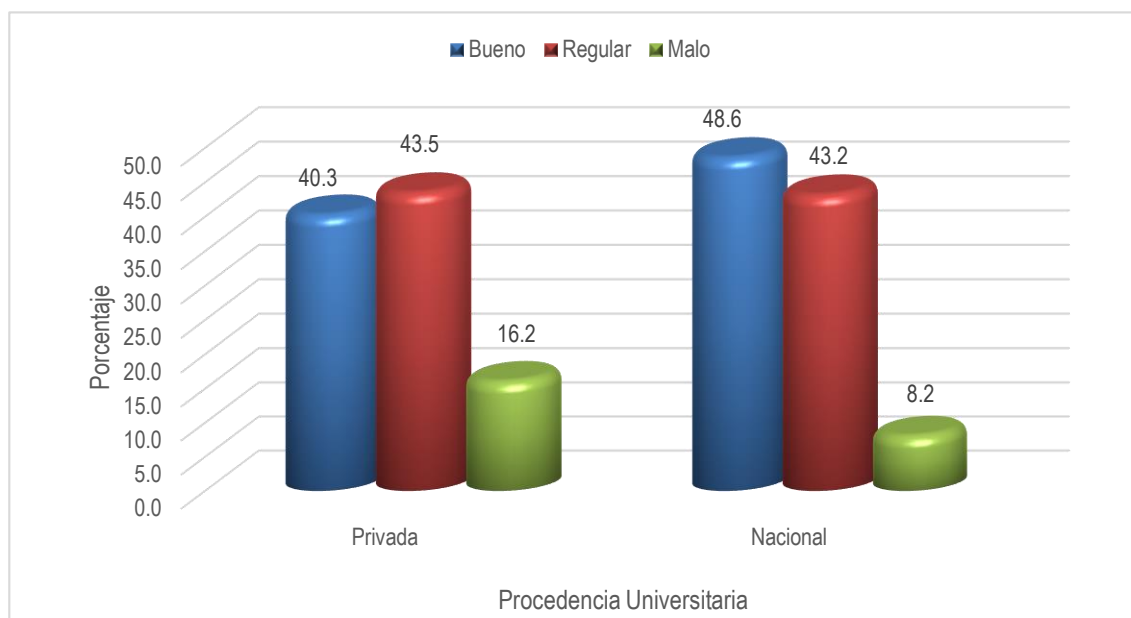


Gráfico 3: Nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología, según tiempo de ejercicio profesional.

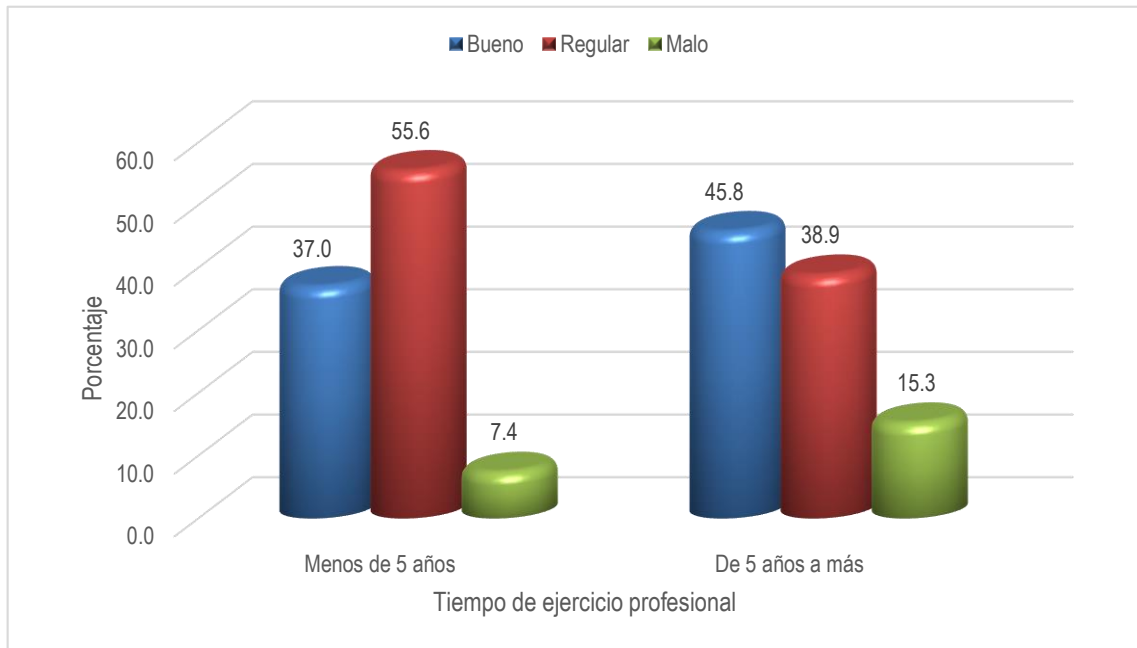
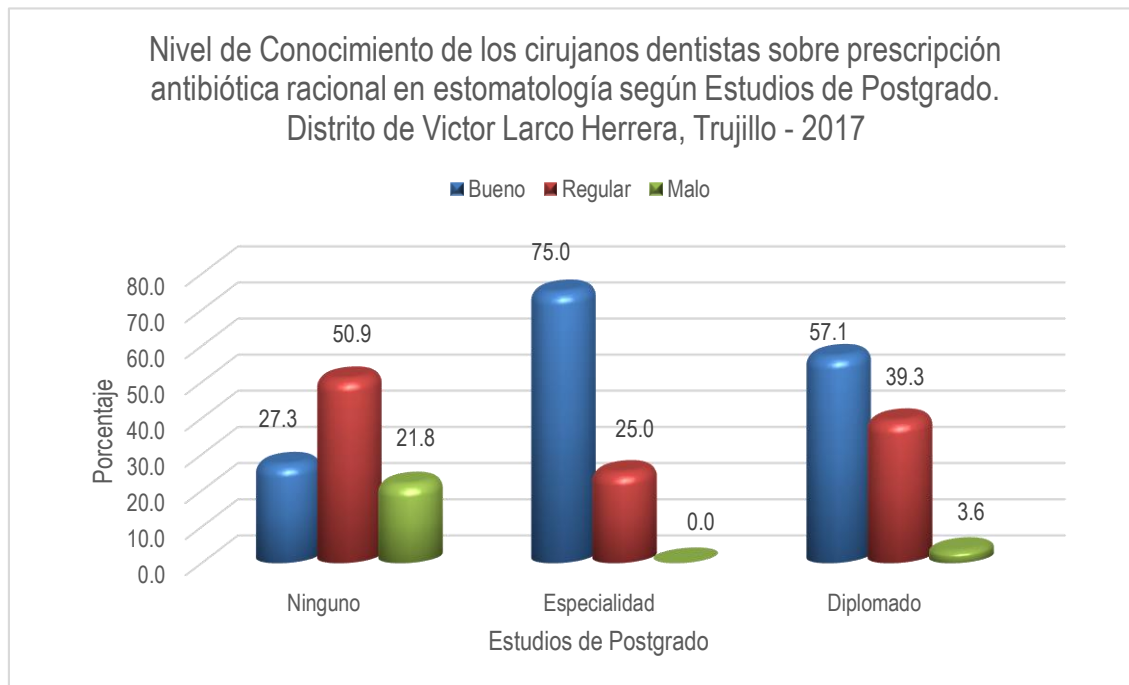


Gráfico 4: Determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica racional en estomatología, según estudio de postgrado.



FOTOGRAFIAS DURANTE LA EJECUCION DEL PROYECTO

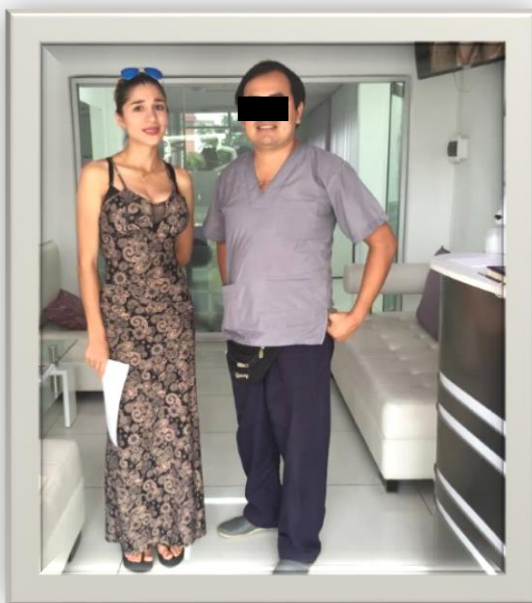


Figura 1



Figura 2

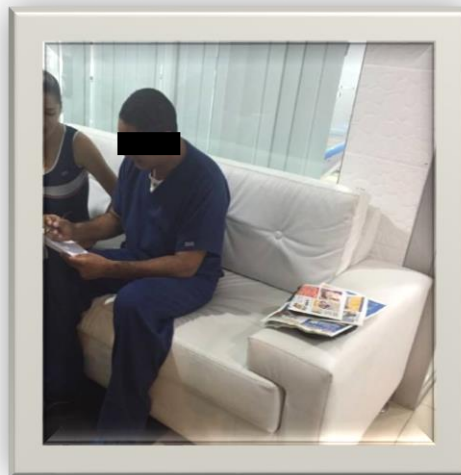


Figura 3