



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

COMPARACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL HÁBITO DE
AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA
PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III
“INDEPENDENCIA” – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO-2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

AUTOR: NUNEZ CELIS, MARISEL EDELMIRA

ASESOR: CD. Esp. Mg. CUPÉ ARAUJO, ANA CECILIA

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios por darme vida y fortaleza para seguir mis sueños.
A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy,
en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por
su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del
tiempo.

AGRADECIMIENTO

La ayuda que me has brindado ha sido sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más difíciles, siempre ayudándome. No fue sencillo culminar con éxito este proyecto, sin embargo, siempre fuiste muy motivador y esperanzador, me decías que lo lograría perfectamente.

Me ayudaste hasta donde te era posible, incluso más que eso.

Muchas gracias, amor.

M.C.L.

ASESOR DE TESIS

Mg. CD. Esp. Ana Cecilia Cupé Araujo

JURADO

Presidente: Mg. CD. Jorge Girano Castaños

Secretaria: C.D. Esp. Giovanna Lujan Larreategui

Vocal : C.D. Hiroshi Nakandakare Santana

ÍNDICE

CAPITULO I: EL PROBLEMA	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.3 JUSTIFICACIÓN	17
1.4 OBJETIVOS	19
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	19
1.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO	19
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 ANTECEDENTES	22
2.2 BASE TEÓRICA	30
2.3 TERMINOLOGÍA BÁSICA	50
2.4 HIPÓTESIS	51
2.5 VARIABLES	51
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	55
3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	56
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	56
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
3.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	59
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	59
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	61
4.1.RESULTADOS	62
4.2 DISCUSIÓN	84
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
5.1. CONCLUSIONES	89

5.2. RECOMENDACIONES	92
REFERENCIAS	93
ANEXOS	97

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1 Características demográficas de pacientes encuestados del CAP III “Independencia” – Essalud En El Mes De Agosto - 2017.....62

Gráfico N° 1 Características demográficas de pacientes encuestados del CAP III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto - 2017.....64

Tabla N° 2 Automedicación para el manejo del dolor dental en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....65

Gráfico N°2 Automedicación para el manejo del dolor en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....66

Tabla N°3 Tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....67

Gráfico N°3 Tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en pacientes que acudieron al Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....68

Tabla N°4 Frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica para el manejo del dolor dental, según edad, en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....69

Gráfico N°4 Frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica para el manejo del dolor dental, según edad, en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....70

Tabla N°5 Frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica, para el manejo del dolor dental según sexo, en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....72

Gráfico N°5 Frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica, para el manejo del dolor dental según sexo, en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....74

Tabla N°6 Frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica para el manejo del dolor dental, según nivel educativo, en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....75

Gráfico N°6 Frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica para el manejo del dolor dental, según nivel educativo, en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....77

Tabla N°7 Frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica para el manejo del dolor dental, según procedencia, en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....78

Gráfico N°7 Frecuencia de automedicación farmacológica y no farmacológica para el manejo del dolor dental, según procedencia, en pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....80

Tabla N°8 Obtención de información para automedicarse para el manejo del dolor dental según pacientes encuestados del Centro de Atención III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....81

Gráfico N°8 Obtención de información para automedicarse para el manejo del dolor dental según pacientes encuestados del Centro de Atención III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.....83

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo comparar la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica frente a la no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia”- Essalud en el mes de agosto-2017. La metodología empleada fue observacional, retrospectivo, transversal y de nivel explicativo. La muestra del estudio estuvo conformada por 400 pacientes con antecedentes de dolor dental. El instrumento utilizado fue una encuesta en la cual se registraron las variables de control (sexo, edad, lugar de procedencia, nivel educativo, obtención de información) y la variable principal (Automedicación). Resultados: Se evidencio que el 83% de los 400 pacientes entrevistados se automedicaron, de estos el 72,6%, optaron por la automedicación farmacológica y el 24.1% por la automedicación no farmacológica. En conclusión la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica es mayor que la no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia”- Essalud durante el mes de agosto 2017 del distrito de Independencia y desde este punto se sugiere la necesidad de implementar charlas educativas específicas sobre la automedicación priorizando sus complicaciones.

Palabras claves: Automedicación, odontalgia, medicina alternativa.

ABSTRACT

The objective of this study is to compare the frequency of the habit of pharmacological and non-pharmacological self-medication versus dental pain in patients attending the Primary Care Center III "Independencia" - Essalud in August 2017. The methodology used was observational, retrospective, transversal and explanatory level. The study sample consisted of 400 patients with a history of dental pain. The instrument used was a survey in which the control variables were recorded (sex, age, place of origin, educational level) and the main variable (Self-medication). Results: It was evidenced that 83% of the 400 patients interviewed self-medicated, of these 72.6%, opted for pharmacological self-medication, 24.1% for non-pharmacological self-medication. In conclusion, the frequency of pharmacological self-medication is greater than the non-pharmacological for the management of dental pain in patients who attend the Primary Care Center III "Independencia" - Essalud of the district of Independencia and from this point suggests the need to implement more educational talks specific about self-medication prioritizing its complications.

Key words: Self-medication, odontalgia, alternative medicine.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el punto de vista de la salud pública y preventiva, la salud es un fenómeno complejo constituido por numerosos procesos biológicos-somáticos, psico-emocional y sociales que tienen lugar en los individuos de diversas sociedades(1). La automedicación es una estrategia social de enfrentamiento a la enfermedad. El uso por voluntad propia de medicamentos conocidos o prescritos por un médico anteriormente, supone un acto sanitario que puede ocasionar perjuicios o beneficios a la persona que los ingiere (2).

Sin embargo, el concepto de automedicación se torna crítico en aquellos países en vías de desarrollo, ya que involucra directamente el comportamiento de los consumidores quienes, ante una molestia o enfermedad, deciden consultar con algún pariente, amigo u otras personas, para obtener la recomendación de algún fármaco que luego podrá adquirirlo para su consumo (1).

Uno de los problemas que en la actualidad se padece como consecuencia de la influencia que ejerce la publicidad sobre la población, es el uso indiscriminado de medicamentos (3). La ciencia al tratar de prevenir el incremento de enfermedades creó cada vez más medicamentos y sustancias que de una u otra manera “mejoran nuestra vida” evitando el dolor y el sufrimiento físico. Esto y otros factores ayudaron a la rápida propagación de la automedicación, también llamada autoformulación, autoprescripción, o autodeterminación prescriptiva (4). Muchas personas asumen que, debido a que estos medicamentos son de venta libre, son completamente

seguros y totalmente benignos. Sin embargo, presentan reacciones adversas que se manifiestan mediante efectos no deseados a dosis normales por un determinado tiempo de utilización (3).

En el Perú, este problema se torna aún más complejo debido al incumplimiento de la Ley General de Salud (Ley 26842), que en su artículo 26 establece que el único autorizado para prescribir medicamentos es el médico, mientras que los obstetras y cirujanos dentistas sólo pueden hacerlo con ciertos medicamentos dentro de su campo laboral; y en su artículo 33 establece que el químico farmacéutico sólo está autorizado para dispensar medicamentos o recomendar el cambio del mismo por otro de igual acciones farmacológicas así como indicar el uso correcto de estos (5).

Para autores como Guillem, Francesc, Francisco & Sáiz (2010) y Núñez (2007) la automedicación es la administración de sustancias farmacológicas o no farmacológicas para el alivio de ciertos síntomas, o en algunos casos como tratamiento de una enfermedad sin control médico, este problema de automedicación suele estar relacionada a múltiples factores como: el nivel económico, educación, la cultura, y las costumbres, etc. Influenciados por la comercialización de las grandes productoras de fármacos (6).

El dolor en sus diferentes etiologías es un problema de salud, las personas que lo padecen en cualquier intensidad buscan encontrar alivio, para ello existen diferentes medidas como analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios no esteroides, que son los más despachados en las farmacias y tiendas de nuestra ciudad (7).

Bien se sabe que, en las zonas rurales de nuestro país, aún se conserva la medicina tradicional, una medicina alternativa la cual ha ayudado a dicha población a solucionar sus problemas de salud o aliviarlos, las molestias más comunes que se presenta sobre todo en niños es el dolor dental y ante la urgencia de buscar un alivio inmediato se recurre a la automedicación ya sea con ciertos fármacos u otras medicinas alternativas (6). La automedicación en el ámbito odontológico, con fármacos que precisan receta médica, es muy habitual, sea por reutilización tras una prescripción previa o una que se adquiere en la farmacia. Esta realidad provoca múltiples errores de utilización que suponen el área de trabajo prioritaria para modificar y reconducir hacia una automedicación responsable y positiva (8). Las personas de nivel socioeconómico más bajo presentan actitudes de salud bucodental menos favorables, en particular en lo referido a ciertas actitudes frente al dolor dental como es la automedicación y a los motivos por los cuales se consulta generalmente al odontólogo (dolor/urgencias) (9).

Preocupa la marcada tendencia de automedicación frente al dolor dental que presenta la población de estudio y su incremento en el nivel socioeconómico bajo (9). Conociendo esta realidad en el que la población pone en riesgo su salud, al consumir medicamentos sin previa receta médica, considero el interés de seguir enfatizando este tema del hábito de Automedicación farmacológica y no farmacológica, conociendo cuál de ellas se practica con mayor frecuencia para el manejo del dolor dental, y poder enfocarnos en la disminución al menos de uno de estos problemas más recurrentes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál será la diferencia al comparar la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica y no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia”- Essalud en el mes de agosto - 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Es de conocimiento general que la automedicación es un problema que arraiga consigo no solo complicaciones tales como el enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados, facilitar el contagio y fomento de la drogodependencia, sino un problema económico creciente. En las zonas rurales es muy difícil encontrar especialistas en salud, mucho menos Cirujanos dentistas, y es justamente en esa área donde encontramos mayor cantidad de problemas como son los dolores dentales, este problema se une a la falta de cultura, a los bajos niveles de educación, la pobreza, la cultura, la religión, la migración interna, y varios problemas más, los cuales hacen difícil su atención en los centros de salud pública. Todos conocemos que a nivel rural no solo existe la Medicina alternativa, sino también existe o se promueve con más fuerza la automedicación, ya que al no existir un odontólogo a tiempo completo se aplaca el dolor dental con los diferentes tipos de fármacos que se encuentra en la tienda del barrio, este tipo de automedicación hace que se produzca el uso indiscriminado de fármacos.

La propaganda de medicamentos también juega un papel en promover el simbolismo de los medicamentos y la automedicación, pues es un importante vehículo de información para la población, sobre todo en las zonas urbanas donde se tiene mayor acceso a información y publicidad en todo el ámbito.

En vista de que no se ha encontrado algún estudio que comparen estos dos temas de importancia como son el hábito de automedicación farmacológica y no farmacológica, en nuestra investigación se determinará cuál de estos hábitos se practica con mayor frecuencia en la actualidad, para el manejo del dolor dental y en pacientes asegurados al sistema de Essalud en el CAP III “Independencia” en el mes de agosto - 2017.

Limitaciones

- El poco tiempo que disponían los pacientes.
- La investigación se realizó en el área del manejo del dolor dental; referida a la opinión de los pobladores aplicando una encuesta. No se tomó en cuenta el aspecto clínico.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica frente a la no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia”- Essalud en el mes de agosto-2017.

1.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Determinar la frecuencia del hábito de automedicación para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017.
- Determinar la frecuencia del hábito automedicación farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017, según edad.
- Determinar la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017, según sexo.
- Determinar la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017, según nivel educativo.

- Determinar la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017, según procedencia.
- Determinar la frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017, según edad.
- Determinar la frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017, según sexo.
- Determinar la frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017, según nivel educativo.
- Determinar la frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017, según procedencia.
- Determinar la frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017, según la obtención de información.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Tobòn F *et al.* (2017). Objetivo: Indagar las razones de automedicarse en familias. Método: Estudio descriptivo transversal de caso. Aplicación de una encuesta entre marzo y agosto de 2013 a 51 familias de la Unidad Residencial Tricentenario de Medellín, con el 95% de confianza y un error del 1,9%, usando el programa Epidat 3.1. Resultados: El 42% de las familias elige usar medicamentos sin prescripción por la influencia de los medios de comunicación (televisión principalmente) y efecto terapéutico. Los fármacos utilizados con mayor frecuencia son para enfermedades comunes como la gripe (adultos 37,25%, niños 19,61%, adultos mayores 5,88%). En segundo lugar, la incidencia mayor, son los fármacos antihipertensivos en el 50,98% (adultos 27,45% y adultos mayores 19,61%). Los antimigrañosos se usan en el 39,22%. Conclusión: Se evidencia que existen subjetividades en la cadena del uso de medicamentos, sin considerar el riesgo latente que influye en la salud pública. Por tanto, el reto es el de la renovación de la formación integral pedagógica en biomedicina, acorde con la tipología educativa sociocultural del profesional, del estudiante y del paciente, de tal modo que permita el diálogo de saberes en la decisión de usar o no usar un determinado fármaco (10).

Nuñez (2017) Objetivos: Describir los factores de riesgo asociados a la automedicación con antibióticos en estudiantes de Trujillo, Perú. Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo utilizando un cuestionario. Se aplicó a 1000 estudiantes universitarios seleccionados mediante asignación proporcional de tres universidades de Trujillo. Resultados: El 70% se automedico dos o más veces

durante el último año. El fármaco más utilizado para la automedicación fue amoxicilina, por 133 estudiantes (20,33%). No se encontró asociación entre la automedicación de antibióticos y la edad ($p = 0,46$). Conclusiones: Se informó de un alto uso de la automedicación con antibióticos y mayormente en mujeres, Sin embargo, no se pudo establecer una asociación entre la automedicación con antibióticos y edad, ingreso, conocimiento previo sobre antibióticos, programas escolares o años universitarios (11).

Pumahuanca y Cruz (2016) Objetivo: Conocer la proporción de automedicación con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) entre los pacientes que acuden a la consulta odontológica en dos centros de atención (privado y público), Juliaca. Método: estudio descriptivo, transversal, observacional. Sujetos: 100 pacientes mayores de edad, de dos servicios de atención odontológica, el Centro odontológico “Global Dent” – Juliaca y el servicio de odontología del Centro de Salud Paratia – Lampa. Resultados: Se automedicaron el 69% de los pacientes, no habiendo diferencias significativas respecto al sexo y a la edad, el medicamento de mayor elección fue el Ibuprofeno, seguido por el naproxeno y diclofenaco, el 11% de pacientes que se automedicaron tenían idea de algún efecto adverso. Conclusiones: Existe una importante proporción de pacientes que se automedican con AINES con un bajo conocimiento sobre los efectos adversos que estos fármacos pueden producir (12).

Jimenez-Nuñez (2016) Objetivo: analizar la prevalencia y perfil de automedicación de los alumnos de la facultad de educación de Málaga y reconocieron los posibles factores de riesgo relacionados con la automedicación. Esto se logró al evaluar el grado de conocimiento sobre automedicación y uso racional de los medicamentos y valorar a los 6 meses el efecto de una intervención educativa sobre los objetivos previamente referidos. Método: estudio descriptivo y transversal de prevalencia de automedicación y factores de riesgo relacionados con la misma, mediante realización de encuesta anónima, así como estudio analítico cuasi-experimental del tipo antes-después, para detectar diferencias en la prevalencia y perfil de automedicación tras la realización de la intervención educativa. Resultados: La prevalencia de automedicación reconocida por los alumnos fue del 72,7%, siendo mayor entre aquellos que aconsejaban o prestaban medicamentos, opinaban que la automedicación es una práctica eficaz y cuyos progenitores no poseían estudios universitarios. Tras la intervención educativa no disminuyó la prevalencia de automedicación, pero sí el hábito de recomendar y prestar medicamentos, el consumo de anticonceptivos y la creencia en la eficacia de la automedicación. Se observó una mejora en la clasificación correcta de los grupos farmacológicos, pasando del 45,4% al 58,2%, fundamentalmente en relación con un reconocimiento más adecuado de la antibioterapia y discriminación correcta de analgésicos y antiinflamatorios. Conclusión, los resultados demuestran una alta prevalencia de automedicación en población universitaria (13).

Chafila (2015) Objetivo: La presente investigación está enfocada en el uso de las plantas medicinales como analgésicos y antiinflamatorios en odontología. Método: Es una investigación explicativa, no experimental. Como elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: se analizaron información secundaria de diversas fuentes; se apoyaron en las consultas, análisis y crítica de documentos. Entre la gran cantidad de plantas se cita aquellas con propiedades analgésicas y antiinflamatorias. Resultados: Se determinó que las formas más utilizadas y administradas como analgésicos y antiinflamatorios son la infusión, decocción, maceración, zumos, cataplasma y gargarismo. Conclusión: Mediante estos métodos se estableció que las plantas medicinales son buenas ya que reducen los efectos secundarios provocados por la medicina convencional y su acción es más rápida y eficaz (14).

Trujillo (2015) Objetivo: Establecer cuál es la terapéutica alternativa para controlar el dolor en la población rural de Cocotog en pacientes de 30 a 50 años. Método: Investigación de tipo científico, se realizaron entrevistas directas a la población rural de Cocotog, tuvo como estudio 80 personas, de entre 30 a 50 años de edad sin importar nivel de estudios, y tampoco se tuvo como determinante el sexo de los encuestados, los datos recolectados se realizaron mediante una encuesta realizada directamente a la población de dicho rango de edad. Resultados: El resultado principal de la investigación es que en la población rural de San José de “Cocotog” si utiliza medicina alternativa para controlar el dolor dental y la especie que se usa con más frecuencia es el clavo de olor, en un rango medio se usa llantén y arrayan, y pocas personas utilizan manzanilla, escobilla, hierba mora, granadilla, y otros.

Conclusión: En este estudio de investigación se ha determinado que los pobladores tienen como primera opción para controlar el dolor dental la visita al Odontólogo, y la primera alternativa es la Medicina Alternativa (6).

Conhi A et al. (2015) Objetivo: Determinar la frecuencia de automedicación en pacientes que acuden al servicio de odontología en una institución pública y privada, pertenecientes al distrito de San Martín de Porres de la ciudad de Lima en el periodo 2012-2013. Método: estudio de tipo observacional, transversal y comparativo. La población estuvo conformada por pacientes que se atienden en el servicio de Odontología de una institución pública (Hospital Nacional Cayetano Heredia) y una institución Privada (Clínica Estomatológica Dental de la UPCH). Tamaño de muestra en 202 encuestados en hospital y 253 en clínica a pacientes del servicio de odontología de ambas instituciones. Resultados: Los resultados muestran que se encontró un total de 202 pacientes que acudieron al “Hospital Nacional Cayetano Heredia”, los cuales fueron pacientes mayores de 18 años, en donde el 18.32% de los pacientes dijeron que no se automedicaban y el 81.68 % de los pacientes dijeron que si se automedicaban. En la institución privada se encontró un total de 253 pacientes que acudieron a la “Clínica Dental Cayetano Heredia”, los cuales fueron pacientes mayores de 18 años, en donde el 37.55 % dijeron que no se automedicaban y el 62.45 % de los pacientes dijeron que si se automedicaban. Conclusión: existe diferencias estadísticamente significativas entre automedicación,

persona quien recomienda la medicación, forma farmacéutica y tipo de dolencia en ambas instituciones (8).

Becerra (2015) Objetivo: El propósito de la presente investigación fue determinar la conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural en pobladores del distrito de Pimentel, Lambayeque, 2014. Método: El estudio de investigación de acuerdo al diseño de contrastación es cuantitativo, no experimental, de corte transversal y retrospectivo, en el cual participaron 137 pobladores escogidos de dos zonas las cuales fueron rural y urbana. Se aplicaron encuestas previamente diseñadas y validadas para la recolección de datos. Los datos obtenidos se analizaron mediante estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes. La relación entre variables fue analizada mediante la prueba estadística chi-cuadrado al 95% de confiabilidad. Resultados: se demostraron que la conducta ante el dolor dental con mayor frecuencia fue la automedicación farmacológica con un 47%. La clase de medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica fueron los antiinflamatorios con un 72%. La clase de medicamento más utilizado en la automedicación tradicional fue el clavo de olor 54%, seguido del ajo 32%. Conclusión: las personas que viven en el área urbana son las que mayormente se automedican y el tratamiento para controlar el dolor fue las exodoncias. También se observó que la conducta ante la odontalgia o dolor dental de mayor prevalencia se dio en el nivel socioeconómico-cultural bajo (15).

Mavila y Cárdenas (2015) Objetivo: Determinar qué factores están relacionados a la automedicación en el manejo del dolor dentario en pacientes atendidos en los hospitales públicos de la ciudad de Iquitos, 2015. Metodología: cuantitativo, no experimental, correlacional, transversal. La muestra del estudio estuvo conformada por 223 pacientes con historia de dolor dentario como criterio de inclusión principal. Resultados: La prevalencia de la automedicación fue de 89,2% de los cuales el 42.1% de los pacientes que se automedican se encuentran en el grupo etáreo de 18 - 29 años, encontrándose que el 51,6% de los pacientes que se automedican pertenecen al género femenino. El 41,7% de los pacientes que se automedican provienen de la zona urbana marginal. El 57,0% de los pacientes que se automedican cuentan con el grado de instrucción secundaria y se encontró que el 35,0 % de los pacientes que se automedican fueron de ocupación negociante. En conclusión: existe relación significativa entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y algunos factores asociados a excepción de la edad (16).

Luza (2012) Objetivo: Conocer el manejo del dolor dental en relación al nivel socioeconómico-cultural de los pobladores de la Provincia de Huamanga-Ayacucho. Método: Estudio descriptivo, de corte transversal. Se entrevistaron a 383 pobladores de cinco distritos de la Provincia de Huamanga. Resultados: La conducta de mayor prevalencia para controlar el dolor dental es la automedicación tradicional (27.6%) sobre la automedicación farmacológica (24.0%), la persona que mayormente aconseja en la toma de medicamentos para el manejo del dolor dental fueron los padres (26.6%) seguido de la decisión propia (23.7%) y el lugar de adquisición del

medicamento con mayor frecuencia fueron en otros (33.6%) seguido de la farmacia (26.6%). Conclusión: Existe asociación entre el manejo del dolor dental y los niveles social, económico y cultural, en cinco distritos de la Provincia de Huamanga-Ayacucho (17).

2.2 BASE TEÓRICA

DOLOR

El dolor es definido como “una sensación y experiencia sensorial desagradable asociada con un daño tisular real o potencial o descrita en términos de tal daño”, el dolor dental es el síntoma más frecuente que lleva al paciente a buscar algunas alternativas para encontrar alivio (18).

El dolor tiene gran importancia biológica, sirve como mecanismo corporal defensivo al avisar de un peligro anatómico y funcional. Es una modalidad sensorial cuyo estímulo adecuado no corresponde con una forma específica de energía, ya que cualquier tipo de estimulación, si es lo suficientemente intensa para producir daño tisular, provoca dolor. El dolor dentario se clasifica como un dolor somático de tipo rápido, este dolor es localizado, agudo, de corta duración y cesa al retirar el estímulo. Los estímulos que provocan la sensibilidad dentaria son: aire, ingestión de azúcares hipertónicos y el frío (19).

Socialmente suele temerse más al dolor que a la enfermedad, aunque el dolor no es más que un indicador de que en el cuerpo ocurre una disfunción. El interés de la persona que padece el dolor está en detener ese sufrimiento a través de medicamentos o con alguna medicina alternativa. El dolor es un factor de desestabilización que suele generar incertidumbre. El conocimiento adecuado de los síntomas puede permitir calmar ese sufrimiento, pues se sabe hasta dónde pueden llegar esos síntomas (20).

En la consulta estomatológica, las odontalgias son padecimientos frecuentes, los cuales por su magnitud disminuyen la capacidad y rendimiento del individuo. Para tratar dichas alteraciones se emplean fármacos de diversa naturaleza, aunque desde tiempos remotos diversas plantas también han sido empleadas (21).

CAUSAS DEL DOLOR DENTAL

Las noxas más frecuentes en la cavidad oral son de diverso origen, pueden ser lesiones de tipo infeccioso, traumático, autoinmune, carencial y no pocas veces tumoral. Éstas causan el dolor que en la mayor parte de los casos se asocian al proceso inflamatorio.

1. LESIONES DE TIPO INFECCIOSO, son producidas por bacterias, virus u hongos causantes de gingivitis, estomatitis, coronaritis, alveolitis, pulpitis, periodontitis, abscesos dentoalveolares y ulceraciones de diversa índole.
2. LESIONES DE TIPO TRAUMÁTICO, sea de tipo accidental como los traumatismos mecánicos o aquellos que son consecuencia de intervenciones odontológicas de tipo invasivo como exodoncias, prótesis, o cirugía odontológica diversa.
3. LESIONES AUTOINMUNES, son menos frecuentes, generalmente comprometen todo el cuerpo, pero que tienen repercusión en la cavidad bucal, como la esclerodermia que causa retracciones gingivales o la dermatomiositis que causa queilitis retráctil, y lesiones subgingivales.

4. LESIONES DE TIPO CARENCIAL, como las avitaminosis principalmente por déficit de vitamina e y del complejo B que predisponen a lesiones inflamatorias e infecciones (23).

TIPOS DE DOLOR

Dolor agudo. Es aquel dolor cuya duración es menor de tres meses. Produce un incremento de secreción de las glándulas sudoríparas, de la tensión muscular y de la presión sanguínea dilatación de las pupilas e intensificación de la frecuencia respiratoria. Lo que habitualmente denominamos cambios vegetativos. Se percibe de 0,1 segundos después del contacto con el estímulo doloroso; el impulso nervioso generado viaja hacia el sistema nervioso central a través de fibras de una alta velocidad de conducción (A δ). Dura segundos, minutos o incluso días; pero generalmente desaparece cuando la causa que lo origina desaparece. En la mayor parte de las ocasiones es producido por una estimulación nociva, daño tisular o enfermedad aguda. También puede producir ansiedad y habitualmente responde bien a los analgésicos y/o AINES habituales.

Dolor crónico. Es el dolor que ha tenido una duración mayor de tres meses, en forma continua o intermitente. Tarda 1 segundo o más en aparecer y aumenta lentamente su frecuencia e intensidad durante segundos, minutos o días, persiste más allá del tiempo razonable para la curación de una enfermedad aguda, por lo que se le asocia a un proceso patológico crónico que provoca dolor continuo; se relaciona con las estructuras profundas del cuerpo; no está bien localizado y es capaz de producir un sufrimiento continuo e insoportable. Generalmente es un dolor con

características patológicas, que puede persistir aún después de la curación de la lesión. Los pacientes muestran cambios vegetativos y presentan signos y síntomas depresivos que empeoran el cuadro clínico, con frecuencia se da en las enfermedades músculo esqueléticas que suelen cursar con dolor miofacial y además muestran un cuadro complejo de síntomas pudiendo dificultar el diagnóstico (24).

INTENSIDAD DEL DOLOR

Su intensidad ha sido muy difícil de determinar, dado su fuerte componente subjetivo (por la referencia del paciente o mediante la utilización de alguna escala para medirla).

Existen 3 niveles de intensidad del dolor:

1. Dolor de intensidad leve: Es aquel que independiente de su origen no compromete las actividades diarias de quien lo padece, se puede sobrellevar y el tratamiento es de demanda opcional; en la escala análoga del dolor es aquel que se encuentra por debajo de 4.

2. De intensidad moderada: Demanda tratamiento inmediato, de no aliviarse puede interferir con las actividades diarias de quien lo padece y crear un estado de ansiedad moderada.

3. Dolor severo: Interfiere claramente con las actividades del paciente, postra e inmoviliza, crea un estado de ansiedad extrema, por lo cual demanda tratamiento urgente.

Se acepta que los procedimientos que comprometen el tejido óseo son los de más severa intensidad, a diferencia de la cirugía de tejidos blandos o las extracciones

simples que producen dolor moderado en su mayoría. Independiente de la duración del dolor o su origen tisular, la intensidad establece muchas veces la conducta terapéutica; es decir, indica si se debe usar un fármaco efectivo para el dolor leve o moderado u otro para el severo. Asimismo, debe tenerse en cuenta que la magnitud de la lesión no es siempre proporcional a la intensidad del dolor, puesto que pequeñas lesiones pueden causar dolor de severa intensidad (25).

RESIGNACIÓN Y TOLERANCIA DEL DOLOR

La concepción de resignación y tolerancia al dolor es característica en poblaciones que no tienen acceso a la atención odontológica como en zonas rurales en las cuales la resignación evidenciada con respecto a la enfermedad los lleva a asumir una actitud naturalizada hacia la misma. La enfermedad es una especie de designio que pareciera no poderse evitar. En el caso de la salud bucal, esta actitud de resignación es marcada, por ejemplo, señalan que sus problemas se pueden atribuir a ser portadores de una "dentadura falsa", o que los dientes se les "picaron" y se les cayeron "así solos no más", lo cual termina transformándose para ellos en una especie de solución a sus penurias odontológicas.

Asimismo, los pobladores revelan una cultura sintomática, según la cual solo se concurre al médico en presencia de dolor. En este sentido, es importante destacar que si bien el dolor es el motivo que los mueve a la consulta, solo cuando este síntoma se manifiesta en umbrales extremos se opta por la asistencia médica; esto provoca que las intervenciones se produzcan en estados muy avanzados de la enfermedad (26).

El odontólogo es una figura ajena a la realidad cotidiana de estas comunidades, aunque demandada por los pobladores. Los pobladores refieren sentir temor ante su presencia, sobre todo por el instrumental que emplea. El miedo, sumado a la ausencia de estos profesionales en los dispensarios comunales y a la carencia de recursos para viajar al hospital zonal, motiva, en la casi totalidad de los casos, la ausencia total de controles odontológicos.

La gravedad del problema que aqueja a estas poblaciones, debería hacer tomar conciencia a los responsables sobre la necesidad de desarrollar estrategias integrales de intervención pública y privada, con el objetivo de revertir la situación de desventaja y vulnerabilidad en la que se encuentran gran cantidad de pobladores de zonas rurales en situación de aislamiento, distribuidas a lo largo de Latinoamérica (27).

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA POR DOLOR DENTAL

Se ha señalado que las actitudes y conductas de la población ante el proceso salud enfermedad son influidos por la cultura médica existente, en la que se incluye la postura del médico. Fredison (28), en su ensayo sobre la construcción popular de la enfermedad señala que un aspecto importante en la actitud y conducta ante el proceso salud enfermedad del individuo radica en el significado que la persona le otorgue a la enfermedad.

Horming y Massagli (29) plantean que los pacientes tienen dos objetivos cuando buscan atención odontológica. El primero es obtener un buen diagnóstico y un

apropiado tratamiento, el segundo es tener confianza en el dentista respecto al manejo y la ansiedad que tanto el padecimiento como el tratamiento implican.

Algunos de los factores que tienen influencia en la solicitud del servicio dental por lo regular obedecen a problemas de tipo social, cultural y de conducta (30). Esto se sabe que influyen directamente en la salud bucal de la población afectando la demanda del servicio dental.

NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA ODONTOLOGÍA.

El nivel socioeconómico juega un papel importante en la solicitud de servicios dentales, ya que no todas las personas poseen la misma capacidad de pago ante los servicios dentales y muchos de ellos se ven en la necesidad de truncar sus tratamientos una vez iniciados que trae como consecuencia deterioro de la salud bucal en un tiempo más corto (31).

Algunos autores refieren que el nivel socioeconómico está compuesto por ingreso, ocupación y educación, y usando este criterio se ha observado que la utilización de los servicios dentales es mayor conforme el nivel socioeconómico es más alto (22). En algunos países como España, a diferencia de otros países, el pago de los servicios dentales constituye el primer gasto sanitario de las familias (por encima de los pagos de farmacia, seguros/consultas médicas) (32).

Los programas y campañas existentes no permiten ofrecer alternativas de tratamiento sin bajar la calidad de los servicios, siendo afectados principalmente los grupos sociales más desprotegidos. También con referencia a los efectos de la falta de recursos económicos (pobreza) sobre la salud de las personas, existe dos

observaciones; la primera en términos generales aquellos que son pobres, en términos absolutos, sufren por lo general, más enfermedades, tienen un nivel superior de patologías, y en segundo lugar tienen una tasa de mortalidad más elevada de enfermedades de posible prevención, ya que una mayor pobreza reduce los valores de nutrición, vivienda y saneamiento y también reduce el acceso a la asistencia sanitaria (31).

NIVEL CULTURAL Y LA ODONTOLÓGICA

Los problemas de acceso insuficiente a servicios odontológicos por parte de algunos segmentos de la población son complejos y, al menos algunos de ellos, no pueden ser resueltos fácilmente (31). Este es el caso de algunos subgrupos como los siguientes:

a. Residentes de área rurales: En áreas rurales, a menudo no es económicamente rentable establecer y mantener una práctica odontológica privada, por lo cual los odontólogos suelen distribuirse desigualmente a través de las distintas regiones geográficas. Por lo tanto, las personas que viven en estas áreas deben viajar a los sitios más cercanos en donde se encuentre disponible la atención odontológica.

b. Grupos culturalmente aislados: Varios de estos grupos, en particular los recién inmigrados, encuentran a menudo que los costos de las atenciones, el lenguaje o jerga técnica usada, y la situación legal y/o valores culturales pueden ser barreras para acceder a atenciones odontológicas. Las personas que pertenecen a estos grupos por lo general logran tarde o temprano su integración en el sistema sanitario,

pero durante el período de integración, pueden ver comprometido su acceso a los servicios odontológicos.

c. Grupos económicamente desfavorecidos: Estos individuos o familias no tienen adecuados recursos financieros para disponer por sí mismos de servicios odontológicos. Datos extraídos de informes y estudios publicados en diversas partes del mundo muestran la relación directa que existe entre el nivel de ingreso anual que poseen los individuos y la capacidad de acceder a atenciones odontológicas regulares. Por ejemplo, los niños que viven en áreas con mayor privación material y social, tienen una menor probabilidad de tener atenciones odontológicas restauradoras. Las dificultades y problemas encontrados por las personas con bajos ingresos para acceder a tratamientos odontológicos, están relacionados con el nivel de ingresos disponibles por parte de las familias.

Cuando los recursos son escasos, los tratamientos odontológicos pueden percibirse como un lujo inabordable por lo que suelen ubicarse muy abajo en una lista de prioridades cuando se compara con otros bienes o servicios esenciales. Por otro lado, las familias que tienen un nivel de ingresos limitado y han visto reducido su nivel de protección económica debido al desempleo pueden encontrar que su acceso a las atenciones odontológicas quede interrumpido. Se pueden experimentar efectos similares durante períodos de sub-empleo mientras las familias regresan a una situación normalizada de empleo (33).

AUTOMEDICACION

La automedicación se ha definido de forma clásica como «el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico». El paciente ha aprendido su decisión en un ámbito más o menos próximo: familia, amigos o vecinos, farmacéutico, la reutilización de la receta o la sugerencia de un anuncio y favorecida por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer la propia enfermedad, la tendencia a evitar la relación con el profesional de salud, o el escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario (2).

FACTORES CAUSALES:

Son muchos los factores que influyen en este tipo de conducta, destacando los factores sociales como la presión de grupo o de nuestros propios familiares que nos ofrecen una alternativa para la solución de nuestros problemas de salud basados en su propia experiencia. También influye el bajo nivel de instrucción de personas especialmente de los padres de familia, los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación (34).

Dentro de los factores económicos que influyen en la automedicación destacan el desempleo, las malas condiciones de trabajo y de vida de la mayoría de la población y sobre todo el bajo ingreso económico familiar que no les permite acceder a los servicios de salud lo cual se traduce en la falta de prescripción por un profesional capacitado.

Dentro de los factores culturales influyen la falta de acceso y escasa disponibilidad de información lo que permite a las empresas farmacéuticas difundir información sesgada que incita a la población al consumo de fármacos supuestamente muy seguros, esto además se une a la deficiente educación sanitaria con la que contamos (34).

Según distintos estudios realizados en Europa y EE.UU., se estima que entre un 50%- 90% de las enfermedades son inicialmente tratadas con automedicación; y sólo un tercio de la población con alguna dolencia o enfermedad, consulta al médico (15).

Estudios realizados en España sitúan la prevalencia de la automedicación alrededor de un 40%-75%. La implantación de la automedicación y su influencia sobre los sistemas sanitarios ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, favorecida por factores tales como: aumento del número de medicamentos disponibles sin receta, mejor educación sanitaria sobre medicamentos, facilidad de acceso de la población a la información fomentada por el desarrollo de nuevas tecnologías y sistemas de información, profusión de publicaciones, influencia informativa de la industria farmacéutica; y por intereses de reducción de los costos sanitarios, así como por el hecho de considerar innecesaria la asistencia médica para el tratamiento de dolencias menores (35).

El aumento de la práctica de automedicación entre la población, justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes. Según la OMS, es esencial que dicha información se adecue al nivel de educación y conocimientos de la población a la que va dirigida; y podría evitar la mayoría de los riesgos de la automedicación. El farmacéutico a menudo constituye la única vía de información del paciente que se

automedica, por lo que su intervención es esencial para que la automedicación se realice de forma racional segura y eficaz, así como para mejorar el cumplimiento del tratamiento (35).

TIPOS DE AUTOMEDICACIÓN

AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA

Este concepto ha variado a lo largo del tiempo, no sólo se consideran a los medicamentos de uso “sin receta”, sino también los medicamentos “de prescripción con receta” (recomendados por otras personas o que el paciente recuerde de tratamientos anteriores), siendo éste concepto más amplio, el más aceptado en la actualidad por los distintos autores (36).

FARMACOS Y COMPLICACIONES DE LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA

Uno de los aspectos más importantes y preocupantes de la automedicación son las complicaciones que se presentan por el uso inadecuado de los medicamentos, así por ejemplo existen una serie de complicaciones relacionados con cada grupo de fármacos:

- Enfermedad Hepática. - El abuso crónico de paracetamol como analgésico puede resultar muy perjudicial para la salud. Ya que produce insuficiencia hepática que muchas veces resulta mortal (2).

AINES. - El tratamiento no supervisado del dolor se ha complicado cuando se consume AINES. Dentro de sus principales complicaciones están: -Hemorragia Digestiva Alta (HDA). Se ha detectado una alta incidencia de aproximadamente 650 casos por 100000 habitantes por año, de los cuales el 40% son atribuibles al uso excesivo de ácido acetil salicílico y otros AINES. Esto ocurre por disminución de las prostaglandinas I₂ y E₂, así mismo prolongan el tiempo de hemorragia por disminución de la producción de tromboxano-A₂ en las plaquetas, prolongan el tiempo de gestación y de hemorragia posparto por disminución de las prostaglandinas E y F y se conoce que las mezclas analgésicas pueden ocasionar cuadros de nefritis intersticial (37).

- Insuficiencia renal. - Uno de las complicaciones del uso habitual de analgésicos simples es la nefritis intersticial. Se estima que el 11% de todos los casos de insuficiencia renal terminal cuya incidencia es alrededor de 110 nuevos casos por 1000000 habitantes es atribuido al consumo de analgésicos.

- Síndrome de Reye. Es un proceso grave que afecta al hígado y cerebro, se presenta por el uso indiscriminado del ácido acetil salicílico (aspirina).

- Cualquier analgésico, como medicamento que es, debe ser administrado bajo control y supervisión (2).

Entre los Analgésicos más usados en el manejo del dolor dental tenemos: paracetamol, diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno; Inhibidores de la COX-2, como, por ejemplo: meloxicam y nimesulida. Además de otros como: Etoricoxib, celecoxib, rofecoxib, etc (22).

ANTIBIÓTICOS. - Las infecciones odontogénicas son una patología frecuente en la consulta odontológica. Se definen como enfermedades de origen infeccioso que afectan las funciones del sistema estomatognático y que, dependiendo de su gravedad, pueden inducir en el huésped el compromiso de órganos vitales por diseminación directa llevando a procesos crónicos e inclusive a la muerte.

De acuerdo a la clasificación de los antibióticos según su estructura química encontramos diferentes grupos, como: Sulfamidas, penicilinas, celalosporinas, aminoglucósidos, tetraciclinas, clorafenicol y macrólidos (eritromicina, claritromicina y azitromicina). Sin embargo cabe señalar que existen estudios que refieren un uso desmesurado de antibióticos por parte de odontólogos para las afecciones bucales, algunos afirman esto debido a que en Odontología "el uso de antibióticos con carácter preventivo no tiene pautas establecidas, sino que depende del ojo del facultativo y de que si se quiere asumir riesgos o no" (38). (39)

RIESGOS DE LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA

Durante mucho tiempo, se ha considerado a la autoprescripción como una de las formas de uso irracional de los medicamentos, al constituir una terapéutica no controlada, que no permite un seguimiento del tratamiento de los pacientes, y que puede conllevar numerosos riesgos tales como:

* Información errónea, insuficiente o no comprensible de los medicamentos y sus características por parte de los pacientes.

- * Elección incorrecta de los medicamentos, por un autodiagnóstico equivocado o bien por una identificación errónea.
- * Uso o administración incorrectos: dosis, vía, duración, conservación, riesgo de abuso o dependencia, etc.
- * Aparición de reacciones adversas o interacciones o utilización de asociaciones inadecuadas que podrían ser especialmente peligrosas en ancianos, niños, embarazadas y ciertos grupos de riesgo.
- * Retraso en la asistencia médica apropiada, en los casos en que ésta sea realmente necesaria (39).

AUTOMEDICACIÓN NO FARMACOLÓGICA

Es un tipo de conducta ante el dolor dental en el cual se utiliza productos alternativos que pueden ser de origen vegetal, animal, mineral, practicada en la medicina tradicional y/o alternativa (26).

MEDICINA TRADICIONAL - En términos generales, se define como “el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral (40).

La OMS señala que la medicina tradicional se viene utilizando desde hace miles de años, y sus practicantes han contribuido enormemente a la salud humana, en particular como proveedores de atención primaria de salud al nivel de la comunidad. La medicina tradicional ha mantenido su popularidad en todo el mundo. A partir del decenio de 1990 se ha constatado un resurgimiento de su utilización en muchos países desarrollados y en desarrollo (41). Es un sistema, en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores; que posee sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales y porque existe población que confía en ella, lo solicita y los practica (40).

En el caso peruano, un estudio ejecutado en un hospital de Lima de cuarto nivel encontró que cerca de 70% de pacientes utilizó alguna medicina tradicional. Una investigación realizada en los años 1980, en barrios marginales de Lima, encontró que 57% de los encuestados manifestaba una disposición favorable hacia la medicina tradicional (42).

PLANTAS MEDICINALES

Son aquellas especies vegetales cuya calidad y cantidad de principios activos tienen propiedades terapéuticas comprobadas empírica o científicamente en beneficio de la salud humana (40).

Las plantas medicinales representan uno de los recursos más diversos y valiosos de la región, por poseer bondades curativas y alimenticias utilizadas en el diario vivir del hombre. Aunque algunas tienen uso limitado, la mayoría son empleados con fines terapéuticos regulados por el conocimiento tradicional, hábitos, costumbres y formas de vida propias de las culturas aymara-quechua, que responden a una relación complementaria hombre-naturaleza, de cuya esencia emerge el saber oral como base fundamental para el ejercicio de la actividad médica, agrícola y artesanal andina (44).

Varias de estas plantas medicinales tienen estudios científicos que demuestran presencia de principios activos explicados por la ciencia formal, sobre cuyo argumento vienen siendo industrializados por consorcios farmacéuticos, no obstante, que otras plantas medicinales están disponibles para su validación científica permaneciendo en estado de conocimiento tradicional. El conocimiento tradicional concreta su uso en el medio urbano gracias a la población étnica migrante del campo

a la ciudad, que se instalan en los barrios marginales y solucionan sus problemas de salud con conocimientos tradicionales y terapéuticos aprendidos en la comunidad rural muchos de ellos empíricos por cierto, pero respaldadas por la experiencia del hombre andino. En este sentido el conocimiento sobre plantas medicinales son el resultado de las experiencias racionales empíricos y científicos adquiridos en el pasado quedando esta herencia ancestral en forma de saberes, tradiciones aymaras y/o quechuas confirmados como modelos, ideas y prácticas propias implementadas de acuerdo a las necesidades de vida andina transmitidos de generación en generación y en plena convivencia armónica con la naturaleza (plantas, animales y minerales) utilizándose sus ventajas bajo modelos particulares de tratamiento y recomendaciones ofrecidos por curanderos o yatiris cuyas prácticas salubres tienden inclusive a una especialización propia tanto en la zona quechua como aymara (22).

La medicina tradicional es fruto de miles de años de acumulación de conocimientos empíricos, muchos de ellos estrechamente vinculados a mitos y prácticas religiosas.

Acorde a dicha naturaleza, la medicina tradicional es extremadamente dinámica e incorpora a su modelo elementos de otras prácticas, culturas o medicinas. Se van enriqueciendo constantemente de los aportes ajenos y de sus propios descubrimientos. Sobre el particular existieron durante el coloniaje, procesos de incorporación de elementos de la medicina europea y muchas plantas medicinales usadas actualmente por los curanderos americanos, es el caso de las muy conocidas llantén, manzanilla, cola de caballo. Los pueblos indígenas hicieron aportes significativos a la medicina convencional, los casos del aprovechamiento de la quinina, del curare, la zarzaparrilla, el guayaco, la coca, entre otras sustancias y

plantas medicinales. Los sistemas de salud convencionales se han beneficiado de esos conocimientos (43).

Existen diferentes formas de preparar las plantas medicinales, por ejemplo, en zumo, jugos, ungüentos, cocción, maceración, emplastos, compresas y otros.

También solas, mezcladas, serenadas, hervidas, reposadas, asadas, etc. Igualmente, existe un conocimiento extenso de los componentes de la planta que se emplean como medicina, como es el conocimiento específico de las horas, condiciones y los procedimientos rituales para recolectarlas (43).

En el reconocimiento del potencial valor de la medicina tradicional y la utilización de las plantas medicinales en la salud pública, la OMS, mediante la resolución WHA 331.33 (1978) reconoció la importancia de las plantas medicinales en el cuidado de la salud y recomendó a los Estados Miembros a elaborar:

- I). - Un inventario y clasificación terapéutica, actualizadas periódicamente de plantas usadas en los diferentes países,
- II). - Criterios científicos y métodos para asegurar la calidad de las preparaciones con plantas medicinales y su eficacia en el tratamiento de enfermedades,
- III). -Estándares internacionales y especificaciones de identidad, pureza, potencia y buenas prácticas de fabricación,
- IV). -Métodos para el uso seguro y efectivo de productos fitoterapéuticos por diferentes profesionales de la salud
- V). - Disseminación de la información a los Estados Miembros,
- VI). - Designación de Centros de Investigación y Capacitación para el estudio de plantas medicinales (40).

PLANTAS MEDICINALES EN ODONTOLOGÍA

Las plantas medicinales utilizadas para calmar el dolor dental elaboran, entre otros, metabolitos secundarios con posible actividad biológica: aceites esenciales, alcaloides, cardenólidos, ciclitoles, glucósidos- iridoides, heterósidos cianogenéticos, mucílagos, resinas, saponinas, sesquiterpenos, taninos y triterpenos. Las partes de los vegetales empleadas son muy variadas e incluyen en algunos casos a la planta entera fresca. Las formas de uso más frecuentemente reportadas son las infusiones o cocimiento. La vía de administración es local, tópica o por medio de enjuagues, o bien ingiriendo la infusión o el cocimiento (22).

Desde hace miles de años las plantas han sido un recurso terapéutico útil a los hombres de todas las culturas para curar o tratar cualquier tipo de enfermedad o dolencia. Se cree que existen alrededor de 500,000 especies vegetales en nuestro planeta, del cual un muy pequeño porcentaje (no mayor al 10%) se usan como alimento, tanto por el hombre como para los animales, aunque un número mayor se usen para propósitos medicinales (21).

2.3 TERMINOLOGÍA BÁSICA

Automedicación farmacológica: Uso de medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento).

Automedicación no farmacológica: Tipo de conducta ante el dolor dental en el cual se utiliza productos de origen natural: vegetal, animal, mineral, etc.

Edad: Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento del sujeto hasta la actualidad.

Sexo: Condición orgánica de nacimiento, masculina o femenina del sujeto, con características fenotípicas propias en cada uno de los casos.

Educación: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Lugar de procedencia: Se refiere a la procedencia geográfica que alguien dispone marca muchas de las características que presentará en el plano físico, y asimismo en lo concerniente a su modo de comportamiento o de actuar.

2.4 HIPÓTESIS

La frecuencia del hábito de automedicación farmacológica es mayor que la no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017

2.5 VARIABLES

VARIABLES PRINCIPALES	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	VALOR
Automedicación farmacológica	Cualitativo nominal	Instrumento de Automedicación	Nominal	-SI -NO
Automedicación no farmacológica	Cualitativo nominal	Instrumento de Automedicación	Nominal	-SI -NO

VARIABLE DE CONTROL O COVARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	VALOR
Edad	Cualitativo ordinal	Años de vida	Ordinal	- 18 a 29 años(Jóvenes)(46) - 30 a 59 años(Adulto)(46) - 60 años a más(Adulto mayor)(46)
Sexo	Cualitativo nominal	Fenotipo del paciente	Nominal	- Masculino - Femenino
Educación	Cualitativo ordinal	Grado de instrucción	Ordinal	- Sin instrucción(47) - Primaria(47) - Secundaria(47) - Superior(47)
Lugar de procedencia	Cualitativo nominal	Zonas	Nominal	- Urbano(48) - Urbano marginal(48) - Rural(48)
Obtención de información	Cualitativo nominal	Instrumento de Automedicación	Nominal	- Familia - Comunidad - Farmacia - Profesional de la salud - Decisión propia

DEFINICIÓN DE OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Automedicación farmacológica

Definición conceptual: Uso de medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento).

Definición operativa: Acción de una persona de consumir algún fármaco sin prescripción médica.

Automedicación no farmacológica

Definición conceptual: Tipo de conducta ante el dolor dental en el cual se utiliza productos de origen natural: vegetal, animal, mineral, emplastos etc.

Definición operativa: En odontología está asociada a la búsqueda del alivio del dolor dentario a través de remedios naturales (medicina alternativa o tradicional).

Edad

Definición conceptual: cantidad de años del sujeto.

Definición operativa: tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento del sujeto hasta la actualidad.

Sexo

Definición conceptual: características que diferencia a un hombre de una mujer.

Definición operativa: Condición orgánica de nacimiento, masculina o femenina del sujeto, con características fenotípicas propias en cada uno de los casos.

Educación

Definición conceptual: Referido al grado de instrucción pública que tiene el paciente.

Definición operativa: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Información

Definición conceptual: Constituida por un grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno que permite resolver problemas y tomar decisiones.

Definición operativa: Conjunto de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación:

Según la intervención del Investigador: OBSERVACIONAL

Según la planificación de la toma de datos: RETROSPECTIVO

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio: TRANSVERSAL

Según el número de muestras a estudiar: DESCRIPTIVO

Nivel de investigación: EXPLICATIVO

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Está constituida por la población adscrita al Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud, que en la actualidad atiende un total de 5,200 pacientes por mes.

La muestra fue del tipo no probabilístico cuyo tamaño se obtiene mediante la fórmula para poblaciones finitas, siendo ésta la siguiente:

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 p q}$$

- Donde:
 - N = Total de la población
 - $Z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
 - p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
 - q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
 - d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

- Reemplazando:

$$n = \frac{5,200 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.03^2 (11,600 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95} = 109$$

La aplicación de la fórmula dio como resultado un tamaño mínimo muestral de 109 personas a encuestar.

- **Debido a las facilidades que nos otorgó el centro de salud, se amplió el tamaño de muestra a 400 personas.**

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes que aceptaron participar del estudio y firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes que afirmaron haber tenido alguna vez dolor dental.
- Pacientes adscritas al CAP III “Independencia”-Essalud.

Criterios de exclusión

- Pacientes que negaron algún episodio de dolor dental.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad mental y con evidencia de limitación en la comunicación.
- Pacientes con diagnóstico de neuralgia del nervio trigémino.
- Pacientes analfabetas.
- Pacientes menores de 18 años.
- Ser profesional de la salud.
- Pacientes no adscritas al CAP III “Independencia”-Essalud.
- Personas que no terminen la encuesta

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En primer lugar se presentó el tema de nuestra investigación a la Escuela Académica Profesional de Odontología para su aprobación (Anexo 1), se solicitó una carta de presentación dirigido al director del Centro Atención Primaria III “Independencia” Essalud para la recolección de datos. (Anexo 2)

Después de obtener el permiso del centro de salud (Anexo 3), se coordinó la fecha y horario para recolección de datos, los cuales fueron los días 14, 16 y 18 de agosto en el horario de 08:00 am a 12:00 del mediodía y de 14: 00 – 19:00 horas.

Los días de ejecución de la recolección de datos, se invitó a ser parte de nuestra investigación a los pacientes disponibles y que cumplían con los criterios de inclusión

y exclusión, se les explico en qué consistía y los objetivos de la misma (Anexo 4). Los pacientes que aceptaron participar, pasaron a un ambiente ubicado al costado del área de odontología, para lo cual se ambiente mejorando la luminosidad y colocando sillas, se entregó un lapicero y un tablero de madera y procedieron a firmar el consentimiento informado (Anexo 5). Luego se entregó el cuestionario estructurado y previamente validado (Anexo 6) (16), se explicó lo siguiente: el cuestionario no es un examen, marquen lo que consideren adecuado, las preguntas no tienen respuestas correctas e incorrectas y que son de carácter confidencial (Anexo 7). La recolección de datos fue ejecutado únicamente por el investigador.

3.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de la recolección de datos, se procesó los datos utilizando los siguientes Programas: Procesador de texto Microsoft Word 2016, Microsoft Excel 2016 y el programa estadístico SPSS versión 22.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para la ejecución de esta investigación se solicitó la aprobación del proyecto de investigación a la escuela Profesional Odontología de la Universidad Wiener.

- Carta de presentación y permiso del Centro de Atención Primaria III Independencia – Essalud.

- A través del consentimiento informado en el cual se solicita el permiso a los pacientes para su participación.
- Se garantiza la reserva de los datos de los pacientes

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

El estudio se realizó con una muestra de 400 pacientes (varones y mujeres) adscritos al Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud del distrito de Independencia en el mes de agosto del 2017.

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES ENCUESTADOS DEL CAP III
“INDEPENDENCIA” – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO - 2017.

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	18 a 29 años	44	11,0%
	30 a 59 años	234	58,5%
	60 a más años	122	30,5%
SEXO	FEMENINO	256	64,0%
	MASCULINO	144	36,0%
PROCEDENCIA	RURAL	188	47,0%
	URBANO MARGINAL	87	21,8%
	URBANO	125	31,3%
NIVEL EDUCATIVO	SIN INSTRUCCION	14	3,5%
	PRIMARIA	65	16,3%
	SECUNDARIA	179	44,8%
	SUPERIOR	142	35,5%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

- Con respecto a la edad, el mayor porcentaje fue de 58.5% (234 pacientes) edades de 30 a 59 años, 30.5% (122 pacientes) edades de 60 años a más y 11%(44 pacientes) edades de 18 a 29 años.

- El sexo femenino representa el mayor porcentaje de los pacientes encuestados con un 64.0% (256 pacientes) y el sexo masculino representa el 36.0% (144 pacientes).
- El 47%(188 pacientes) procedían de la zona rural, 31.3% (125 pacientes) procedían de la zona urbana y 21.8% (87 pacientes) procedían de la zona urbano marginal.
- Se obtuvo que 44.8% (179 pacientes) tenían nivel secundario, 35.5% (142 pacientes) tenían nivel superior, 16.3% (65 pacientes) tenían nivel primario y 3.5% (14 pacientes) no tenían ninguna instrucción.

GRAFICO 1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE PACIENTES ENCUESTADOS DEL CAP

III "INDEPENDENCIA" – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO - 2017.

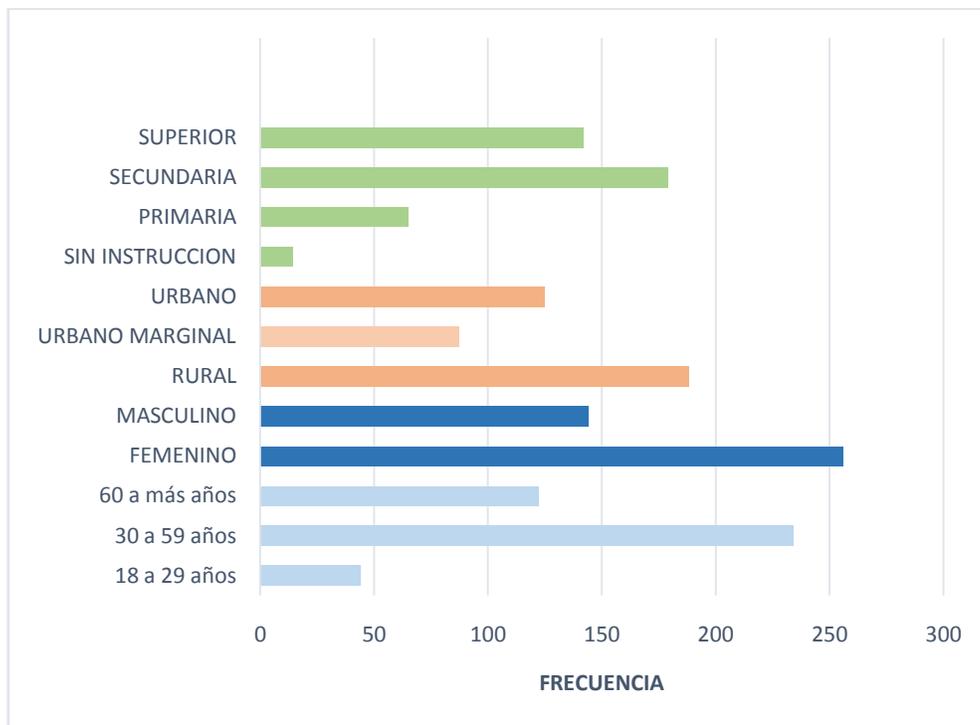


TABLA 2 FRECUENCIA DE HÁBITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN PACIENTES DEL CAP III “INDEPENDENCIA” – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO-2017.

AUTOMEDICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO FARMACOLÓGICA	80	24,1%
FARMACOLÓGICA	241	72,6%
AMBAS	11	3,3%
TOTAL	332	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

- Con respecto al tipo de hábito de automedicación el 72.6% (241 pacientes) de los pacientes que se automedicaron, corresponde a la automedicación farmacológica, el 24.1% (80 pacientes) corresponde a la automedicación no farmacológica y 3.3% (11 pacientes) consumen algún fármaco y a la vez recurren a algún tratamiento alternativo para el manejo del dolor dental.

GRAFICO 2 FRECUENCIA DE HÁBITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN PACIENTES DEL CAP III "INDEPENDENCIA" – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO-2017.

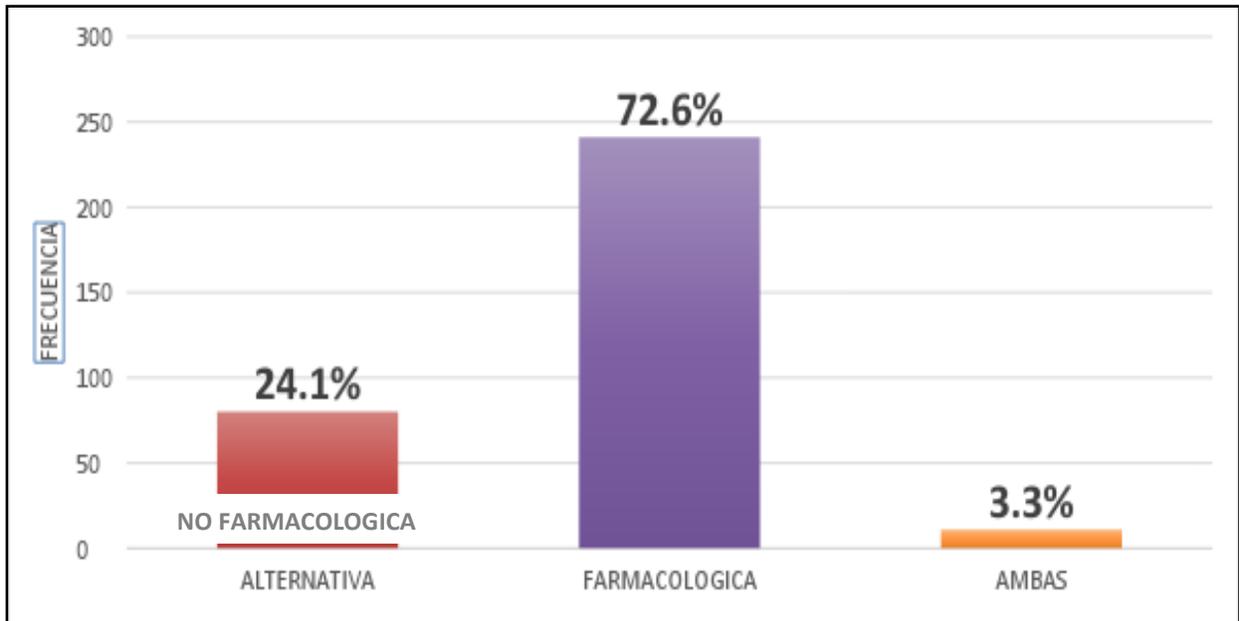


TABLA 3 HÁBITO DE AUTOMEDICACION PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN PACIENTES DEL CAP III “INDEPENDENCIA” – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO- 2017.

AUTOMEDICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	68	17,0%
SI	332	83,0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

- Con respecto al hábito de automedicación en 400 pacientes entrevistados, el 83% (332 pacientes) se automedicaron ante la presencia de un dolor dental y 17% (68 pacientes) no se automedicaron.

GRAFICO 3 HÁBITO DE AUTOMEDICACION PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN PACIENTES DEL CAP III "INDEPENDENCIA" – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO -2017.

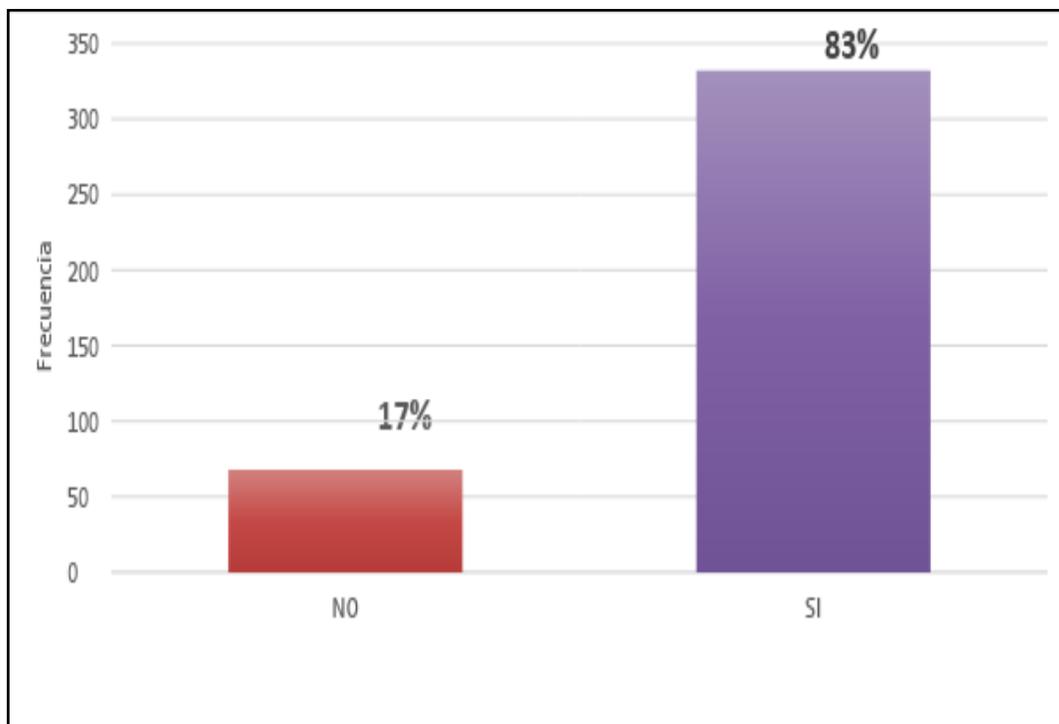


TABLA 4 FRECUENCIA DE HÁBITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL, SEGÚN EDAD, EN PACIENTES DEL CAP III "INDEPENDENCIA" – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO- 2017.

EDAD	AUTOMEDICACION NO FARMACOLOGICA		AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA		AMBAS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18 a 29 años	9	2.7%	22	6.6%	1	0.3%
30 a 59 años	43	13.0%	146	44.0%	9	2.7%
60 a más años	28	8.4%	73	22.0%	1	0.3%
Chi-cuadrado de Pearson: Valor: 7,622 p-valor: 0,267						

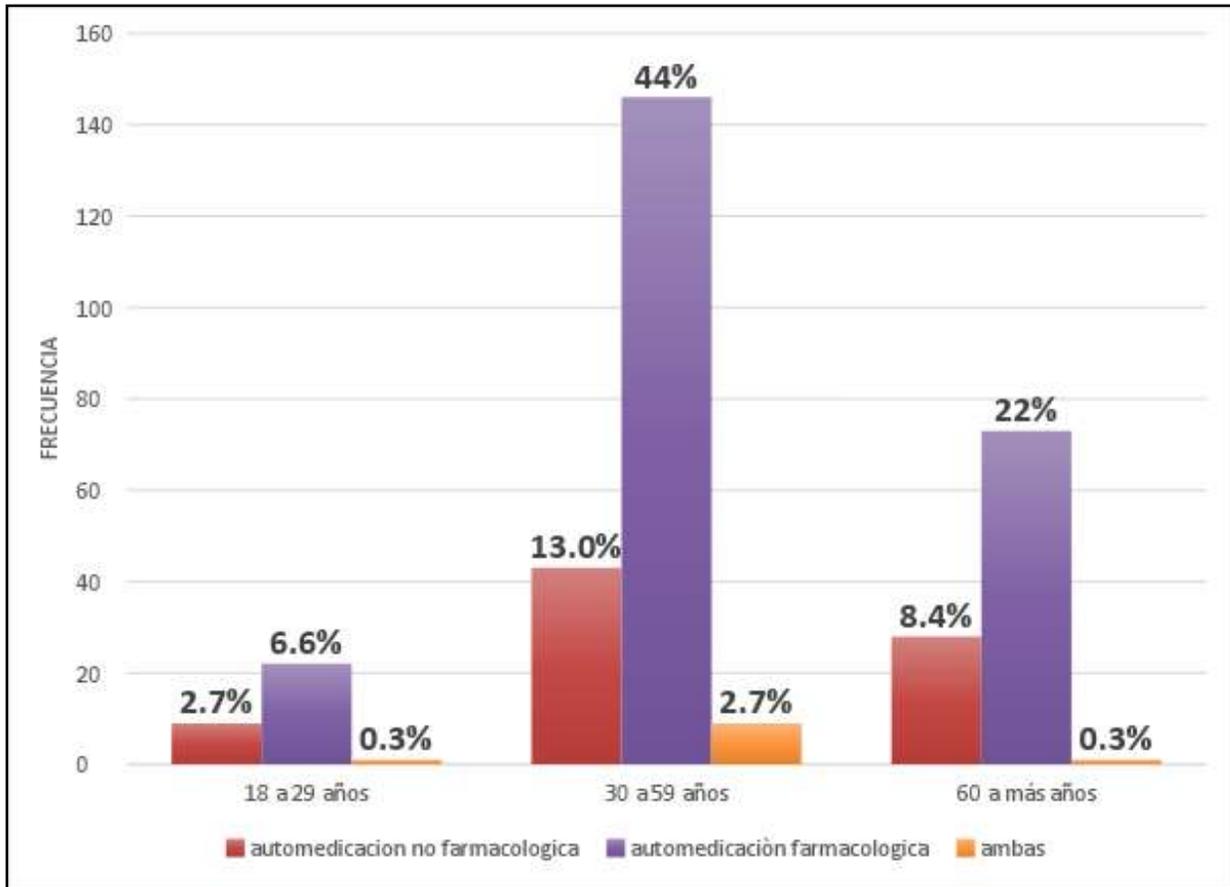
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

- Según la edad, el grupo de mayor frecuencia de hábito de automedicación farmacológica fue de 30 a 59 años de edad con 44.0% (146 pacientes) y el grupo de mayor frecuencia en hábito de automedicación no farmacológica fue también de 30 a 59 años de edad con 13.0% (43 pacientes). El valor de probabilidad de aceptación resulto $p = 0,267$. Con una probabilidad de error del 26,7%, No existe diferencia significativa entre el tipo de automedicación y

la edad en los pacientes que acudieron al centro de atención primaria
“independencia” – Essalud en el mes de agosto- 2017.

GRAFICO 4 FRECUENCIA DE HÁBITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA Y NO FARMACOLOGICA, PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL SEGÚN EDAD, EN PACIENTES DEL CAP III "INDEPENDENCIA" – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO -2017.



pacientes que acudieron al centro de atención primaria III “Independencia” –
Essalud en el mes de agosto-2017.

GRAFICO 5 FRECUENCIA DE HÁBITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA Y NO FARMACOLOGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL, SEGÚN SEXO, EN PACIENTES DEL CAP III “INDEPENDENCIA” – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO -2017.

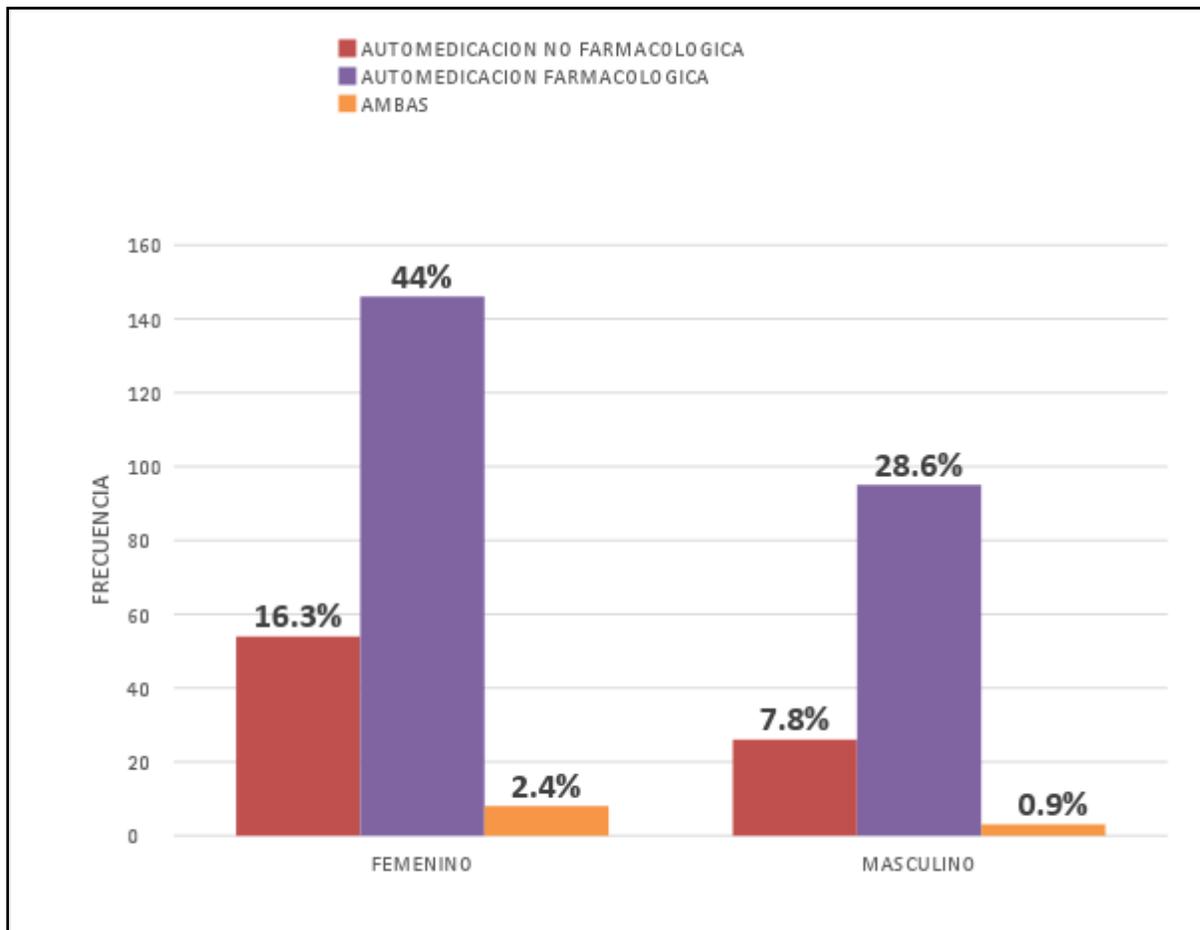


TABLA 6 FRECUENCIA DE HÁBITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA Y NO FARMACOLOGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, EN PACIENTES DEL CAP III "INDEPENDENCIA" – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO -2017

NIVEL EDUCATIVO	AUTOMEDICACION NO FARMACOLOGICA		AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA		AMBAS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SIN INSTRUCCION	3	.9%	9	2.7%	0	.0%
PRIMARIA	16	4.8%	35	10.5%	2	.6%
SECUNDARIA	30	9.0%	113	34.0%	5	1.5%
SUPERIOR	31	9.3%	84	25.3%	4	1.2%
<hr/> <p align="center">Chi-cuadrado de Pearson: Valor: 3,260 p-valor: 0,953</p> <hr/>						

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

- Según el nivel educativo, el grupo de mayor frecuencia de hábito de automedicación farmacológica fue el nivel secundario con 34.0% (113 pacientes) y el grupo de mayor frecuencia de hábito de automedicación no farmacológica fue el nivel superior con 9.3% (31 pacientes). El valor de probabilidad de aceptación resulto $p = 0,953$. Con una probabilidad de error del 95,3%, No existe diferencia significativa entre el tipo de automedicación y

el nivel educativo en los pacientes encuestados del Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto -2017.

GRAFICO 6 FRECUENCIA DE HÁBITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA Y NO FARMACOLOGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, EN PACIENTES DEL CAP III “INDEPENDENCIA” – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO- 2017

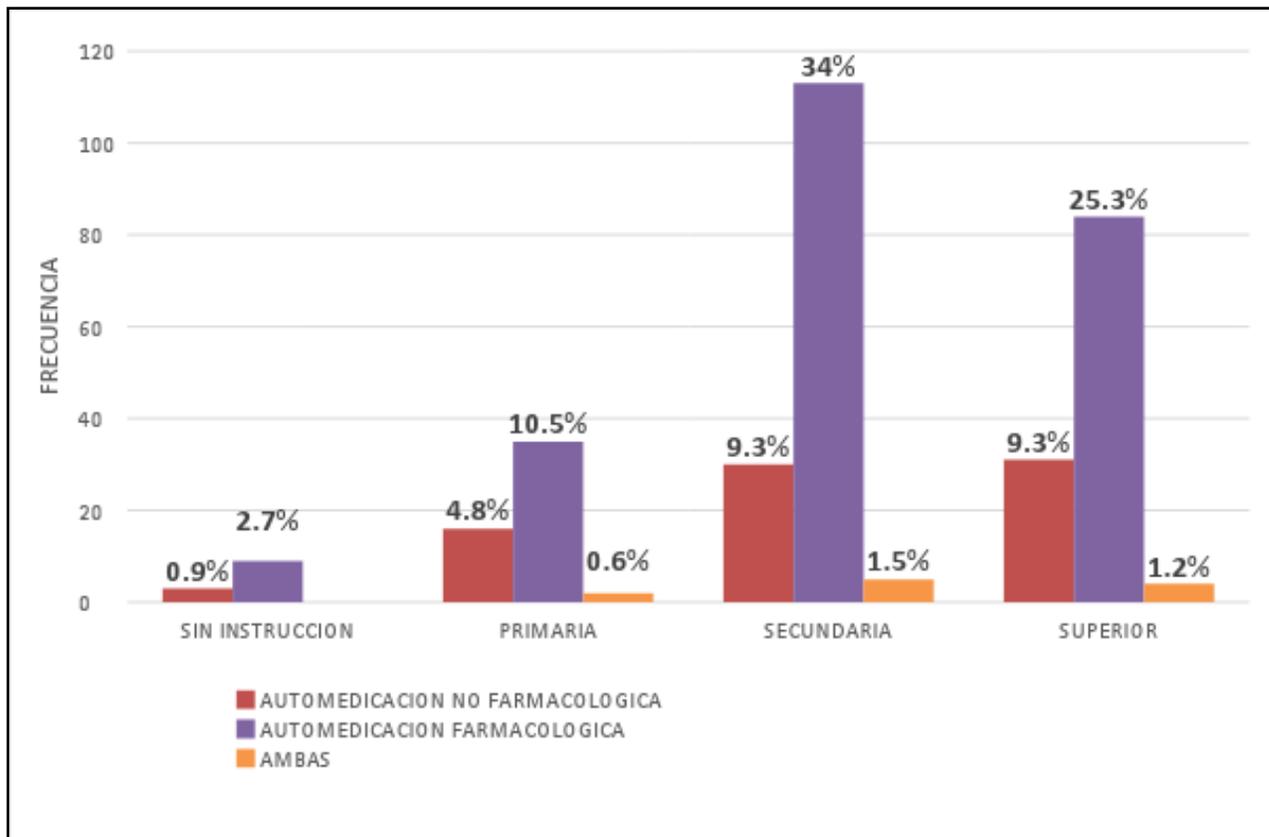


TABLA 7 FRECUENCIA DE HÁBITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA Y NO FARMACOLOGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL, SEGÚN PROCEDENCIA, EN PACIENTES DEL CAP III "INDEPENDENCIA" – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO -2017

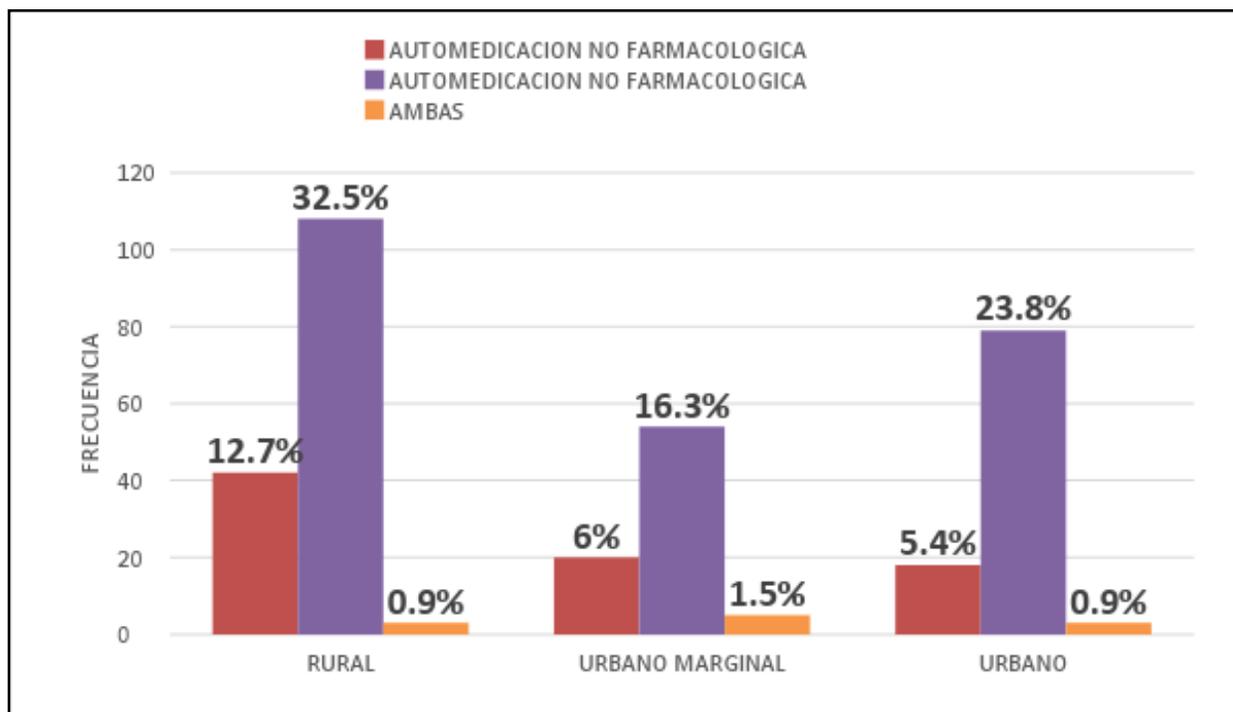
PROCEDENCIA	AUTOMEDICACION NO FARMACOLOGICA		AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA		AMBAS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
RURAL	42	12.7%	108	32.5%	3	.9%
URBANO MARGINAL	20	6.0%	54	16.3%	5	1.5%
URBANO	18	5.4%	79	23.8%	3	.9%
<hr/> Chi-cuadrado de Pearson: Valor: 11,213 p-valor: 0,082 <hr/>						

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

- Según procedencia, el grupo de mayor frecuencia de hábito de automedicación farmacológica fue de zona rural con 32.5% (108 pacientes) y el grupo de mayor frecuencia de hábito de automedicación no farmacológica fue de zona rural con 12.7% (42 pacientes). El valor de probabilidad de aceptación resulto $p = 0,082$. Con una probabilidad de error del 82%, No existe diferencia significativa entre el tipo de automedicación y la procedencia en los pacientes que acudieron al centro de atención primaria “independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.

GRAFICO 7 FRECUENCIA DE HÁBITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA Y NO FARMACOLOGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL, SEGÚN PROCEDENCIA, EN PACIENTES DEL CAP III INDEPENDENCIA” – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO- 2017.



OBTENCION DE INFORMACION	TIPO DE AUTOMEDICACION						TOTAL	
	NO FARMACOLÓGICO		FARMACOLOGICA		AMBAS			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
FAMILIA	62	18.7%	43	13.0%	6	1.8%	111	33.5%
COMUNIDAD	12	3.6%	6	1.8%	2	.6%	20	6.0%
FARMACIA	1	.3%	123	37.0%	2	.6%	126	37.9%
PROFESIONAL DE SALUD	0	.0%	11	3.3%	0	.0%	11	3.3%
DECISION PROPIA	5	1.5%	58	17.5%	1	.3%	64	19.3%
TOTAL	80	24.1%	241	72.6%	11	3.3%	332	100%

Chi-cuadrado de Pearson:

Valor: 789,000

p-valor:

0,000

TABLA 8 OBTENCION DE INFORMACION PARA HÁBITO DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN LOS PACIENTES ENCUESTADOS DEL CAP "INDEPENDENCIA"

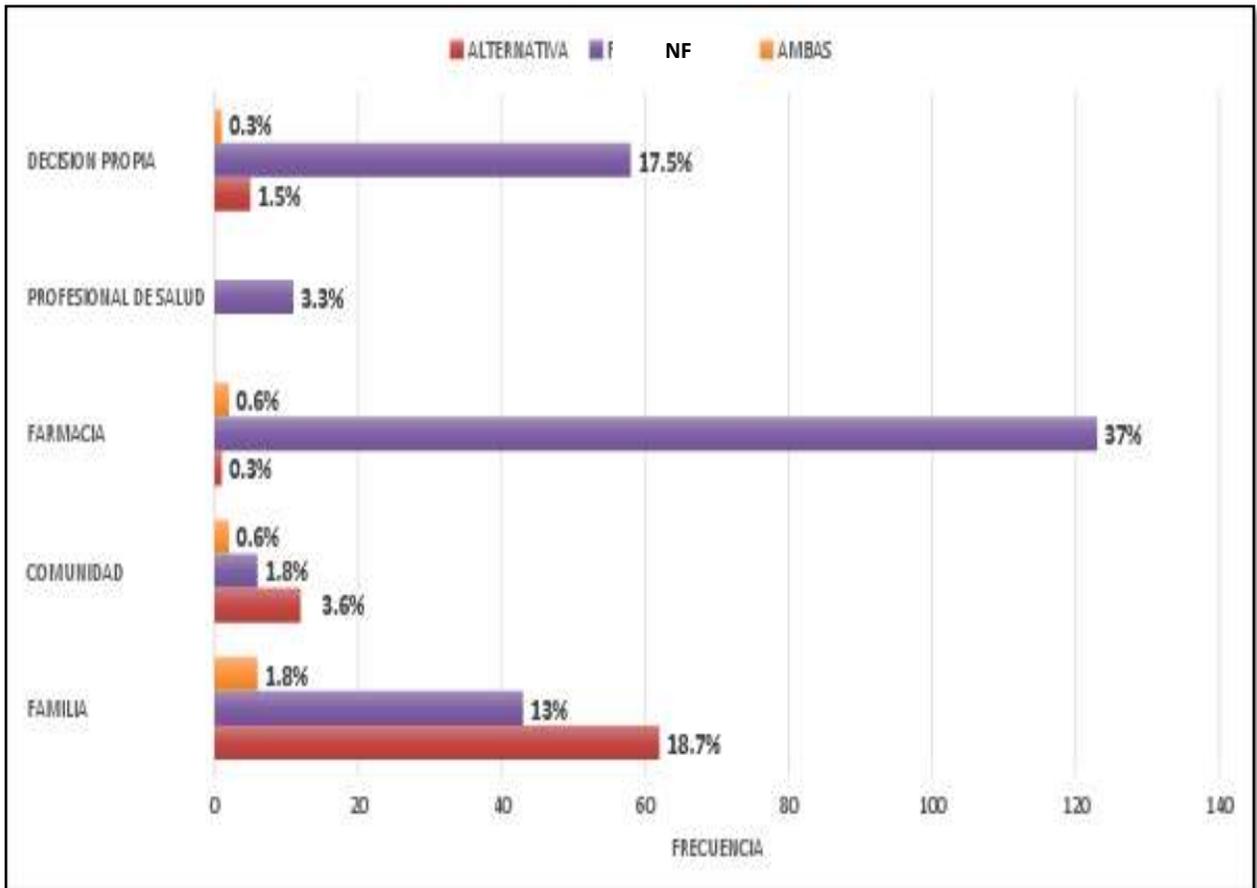
ESTADISTICA INFERENCIAL

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

- Con respecto al hábito de automedicación no farmacológica, el 87%(62 pacientes) obtuvieron información de un familiar.
- Con respecto al hábito de automedicación no farmacológica el 37.0% (123 pacientes) obtuvieron la información de un personal que labora en una farmacia. El valor de probabilidad de aceptación resulto $p = 0,000$. Con una probabilidad de error del 0%, existe diferencia significativa entre el tipo del hábito de automedicación y la obtención de información en los pacientes que acudieron al Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto - 2017.

**Grafico 8 OBTENCION DE INFORMACION PARA EL HÁBITO DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN
LOS PACIENTES QUE ENCUESTADOS DEL CAP “INDEPENDENCIA”-ESSALUD EN EL MES DE
AGOSTO-2017**



4.2 DISCUSIÓN

La automedicación con el paso de los años ha ido formando parte del pensamiento de la población como primera opción para el manejo del dolor dental. En nuestro estudio se encontró una mayor frecuencia de hábito de automedicación en la población estudiada(83%), coincidimos con **Pumahuanca y Cruz (2016)**, quienes encontraron que el 69% de pacientes que acuden a la consulta odontológica en la ciudad de Juliaca se automedicaron, también coincidimos con **Conhi A. (San Martín de Porres- Lima, 2015)** y **Jímenez Nuñez (Málaga- España 2016)**, esto se puede dar debido a que el Perú es un país en vías de desarrollo y la automedicación es considerada como un contribuyente importante en el mantenimiento de salud debido a la falta de infraestructura y personal especializado tanto en el interior del país, prolongado tiempo de espera para sacar cita, así mismo la población recibe influencias de la familia, amigos, comunidad y los medios de comunicación en la toma de decisiones frente a la salud , es probable que otro factor que este asociado a esta actitud sea económica, es decir, el paciente evita la consulta odontológica solo por el hecho de no pagarla, aunado al factor cultural y muchas veces el temor al odontólogo y al instrumental. El área laboral también influye pues la población por evitar ausencia laboral y bajo rendimiento en sus actividades decide automedicarse. El dolor también afecta la calidad de vida pues no permite que el individuo se alimente y mastique adecuadamente evitando el consumo de alimentos fríos o dulces. Con respecto al tipo de automedicación para el manejo del dolor dental, se encontró mayor frecuencia de hábito de automedicación farmacológica (72,6 %), estos resultados coinciden con los resultados del estudio de **Mavila(Iquitos 2015)**,

Pari (Puno,2010) y Chafra (Ecuador,2015) , esto se explica por la gran disponibilidad de fármacos (analgésicos de venta libre) en el mercado farmacéutico local, la publicidad de los mismos en los medios de información masiva que repercute en la población, la presión social y la escasa información que manejan las personas, quienes ven como primera opción comprar un fármaco para el alivio de su dolores en lugares de su expendio sin tener conocimiento de las consecuencias y muchas veces el personal de farmacia recibe bonos con el objetivo de promocionar y vender fármacos de marcas específicas, sin embargo no coincidimos con **Luza (Huamanga –Ayacucho 2012)**, en este caso el investigador manifiesta que por ser una zona rural del interior del país aún se conservando la práctica de la medicina tradicional por el fácil acceso a los remedios caseros y el bajo costo. Con respecto al hábito de automedicación y el sexo, no encontramos relación significativa, coincidimos con **Conhi (San Martin de Porres, 2015)**, esto es debido a que actualmente en la ciudad de Lima, tanto los hombres como mujeres trabajan y están en constante interacción con el ambiente social, medios de comunicación creando un puente corto de usuario y automedicación, así mismo ambos comparten las responsabilidades del hogar tales como el cuidado y preservación de la salud familiar, sin embargo no coincidimos con **Mavila(Iquitos 2015) y Luza (Huamanga –Ayacucho 2012)**, quienes realizaron sus investigaciones en el interior del país como Iquitos y huamanga donde las mujeres pasan más tiempo en casa , se encargan de la salud familiar y buscan cuidar la economía del hogar haciendo uso de la automedicación.

Con respecto al hábito de automedicación y la edad, no encontramos relación significativa, coincidimos con **Núñez De la Cruz (Trujillo 2016)**, **Mavila (Iquitos 2015)** y **Pumahuanca y Cruz (Juliaca 2016)**, esto se puede dar porque la práctica de la automedicación se da en todas las etapas de la vida, desde que somos niños nuestros padres nos automedican, lo aprendemos y lo seguimos practicando en la adolescencia y adultez.

Con respecto al hábito de automedicación y el nivel educativo, no encontramos relación significativa, debido a la relación con el factor cultural pues los emigrantes de la serranía del Perú mantiene una conducta de práctica de medicina alternativa, ancestral y a la vez conservadora, sin embargo no coincidimos con **Mavila(Iquitos 2015)** quien encontró relación de significancia, esto puede ser porque la población de estudio son más sociables y tienden a tener más libertad sobre el mantenimiento de la salud, tampoco coincidimos con **Jímenez Núñez (Málaga- España 2016)**, pues es frecuente que la población al tener más grados académicos creen poder tomar una mejor decisión sobre el manejo de sus dolencias influenciadas por el internet, publicidad y entorno social.

Con respecto al hábito de automedicación y el lugar de procedencia, no encontramos relación significativa, debido a la influencia que ejercen los malos hábitos de la población limeña sobre los emigrantes, dentro de los cuales puedes ser la práctica de la automedicación pero a la vez aún conservan sus costumbres, cultural y el uso de plantas medicinales que ofrecen precios extremadamente bajos con respecto al valor de productos farmacéuticos, sin embargo no coincidimos con

Pari (Juliaca, 2010) y Becerra (Pimentel, 2014) quienes encontraron relación significativa, esto se puede dar por que la vida es más acelerada en la ciudad de Lima.

Con respecto al hábito de automedicación y la obtención de la información, si encontramos relación significativa, coincidimos con **Conhi (Iquitos 2015) y Luza (Huamanga-Ayacucho 2012)**. En nuestro caso se obtuvo una mayor frecuencia de hábito de automedicación farmacológica por la información obtenida en las farmacias, esto se explicaría a la facilidad con la que se cuenta para encontrar una farmacia “a la vuelta de cada esquina”, ahorrando en la población el pago por consulta al odontólogo, tiempo de espera y disponibilidad por parte del profesional idóneo para el caso. Está demás mencionar a los medios de comunicación masiva y la publicidad que hacen los mismos a los fármacos de venta libre de manera continua. Se cuestiona el hecho que las personas que acuden por el dolor dentario sean atendidos, si bien es cierto por profesionales de salud, por personal dependiente de las farmacias, que no cuentan con los conocimientos odontológicos, que cumplen el papel de efecto multiplicador de los fármacos que salen al mercado con el único fin de ganancia. En cuanto al hábito de automedicación no farmacológica, la familia es el medio que ejerce la mayor información sobre la población, esto se debe a que estos, constituyen una vía de información importante de experiencias pasadas, de costumbres y hábitos en cuanto a la medicina alternativa pasándolas de generación en generación.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La frecuencia del hábito de automedicación farmacológica (72.6%) es mayor que la no farmacológica (24.1%) para el manejo de dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia –Essalud en el mes de agosto-2017.
- El 83% (332 pacientes) practicaron el hábito de automedicación ante la presencia de dolor dental y 17% (68 pacientes) no se automedicaron.
- La mayor frecuencia del hábito de automedicación farmacológica para el manejo de dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” durante el mes de agosto 2017, según edad, corresponde al rango de edad de 30 a 59 años de edad (44.0%)
- La mayor frecuencia del hábito de automedicación farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” durante el mes de agosto 2017, según sexo, corresponde al femenino (44.0%)
- La mayor frecuencia del hábito de automedicación farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” durante el mes de agosto 2017, según nivel educativo, corresponde al secundario (34.0%).

- La mayor frecuencia del hábito de automedicación farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” durante el mes de agosto 2017, según procedencia, corresponde al rural (32.5%)

- La mayor frecuencia del hábito de automedicación farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” durante el mes de agosto 2017, según obtención de información, corresponde a las farmacias. (37%)

- La mayor frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” durante el mes de agosto 2017, según edad, corresponde al rango de 30 a 59 años (13.0%)

- La mayor frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” durante el mes de agosto 2017, según sexo, corresponde al femenino (16.3%)

- La mayor frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención

Primaria III “Independencia” durante el mes de agosto 2017, según nivel educativo, corresponde al superior (9.3%)

- La mayor frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” durante el mes de agosto 2017, según procedencia, corresponde al rural (12.7%)
- La mayor frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” durante el mes de agosto 2017, según obtención de información, corresponde a la familia (18.7%).

5.2. RECOMENDACIONES

- Realizar programas de educación a los pobladores del distrito de Independencia para dar a conocer las complicaciones que produce el consumo indiscriminado de medicamentos sin prescripción médica.
- Mayor control sobre la calidad de información que presentan los medios de comunicación a la población acerca del consumo de medicamentos.
- Concientizar al profesional Químico Farmacéutico sobre su papel fundamental en la sociedad, para que intervenga con mayor compromiso en la práctica de la automedicación responsable a través de actividades de promoción de la salud y atención primaria a la población.
- Implementar normativas de ley a través del estado, a fin de que se regule la venta medicamentos OTC pues muchas veces el personal de farmacia busca vender productos de sus compañías con fines lucrativos exponiendo la salud y la vida de las personas.
- Se recomienda ampliar nuestra investigación considerando instrumentos específicos como son las escalas de dolor.

REFERENCIAS

1. Vera-Romero OE, Rodas Regalado C, Falla-Aldana B. La Automedicación: una problemática nacional y regional que se debe prevenir. *Cuerpo Medico HNAAA*. 2011; 4(2).
2. Baos V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2000; 24(6).
3. Mayma Aguirre C, Orellana Torres G. Influencia de la publicidad en la decisión de compra de productos farmaceuticos antiinflamatorios no esteroideos de venta libre en comsumidores el Lima Metropolitana durante el mes de setiembre del 2012. 2013..
4. Baena Restrepo A, Montañez Vargas S, Posada Cardenas M. Automedicación en pacientes de los servicios de urgencias de odontologia del CES. *CES Odontologia*. 1996; 9(2).
5. Ley 26842 -Ley General de Salud. 1997.
6. Trujillo Córdova C. Terapeutica Alternativa para controlar el dolor dental en pacientes de 30 a 50 años, en la población rural de Cocotog, Provincia de Pichincha. ; 2015.
7. Jara Arevalo M, Jaramillo Castro L, Macias Matamoros J. Frecuencia de automedicacion de Aines y analgésicos antipireticos y características que lo rodean, en hogares de la Parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011. 2011..
8. Conhi A, Castillo-Andamayo D, Del Castillo-Lopez C. Automedicación Odontológica de pacientes que acuden a una institución pública y privada, Lima-Perú. *Estomatologica Herediana*. 2015 Julio-setiembre; 3.
9. Dho MS. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. *Avances en Odontoestomatología*. 2015; 31(2).
10. Tobón Marulanda FÁ, Montoya PS, Orrego RMA. Automedicación familiar, un problema de salud pública. *Educ.Med*. 2017; 03(004).
11. Nuñez De la Cruz M. Automedicación con antibioticos en estudiantes universitarios de Trujillo-Perú. 2016..

12. Pumahuanca O, Cruz T. Automedicación con AINES por pacientes con odontalgias en la consulta pública y privada. Evidencias Odontológicas Clínicas. 2016 Julio-diciembre; 2(2).
13. Jiménez-Nuñez G, Ruiz-Palermo J, Lopez-Cozar Ruiz L, Gómez-García M. Impacto de una acción formativa en la prevalencia de automedicación del alumnado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga. Educ. Med. 2016 marzo; 03(004).
14. Chafla Bucay NV. Plantas medicinales utilizadas como analgésicos y antiinflamatorios en Odontología. 2015..
15. Becerra Gómez JD. Conducta ante el dolor y su relación con el nivel socioeconómico-cultural el pobladores del distrito de Pimentes, 2014. 2015..
16. Mavila Marin J, Cardenas Vargas J. Algunos Factores Biosociales asociados a la automedicación en el manejo del dolor dentario en pacientes atendidos en los hospitales públicos de la ciudad de Iquitos, 2015.
17. Luza Yaranga. Manejo del dolor dental en relación al nivel socioeconómico-cultural de pobladores en la zona urbana de la provincia de Huamanga-Ayacucho 2012. 2012..
18. Pozos Guillen , Aguirre Bañuelos P, Perez Urizar J. Manejo clínico-farmacológico del dolor dental. ADM. 2008; LXV(1).
19. Perez Ruiz A, Cabrera Duranza M, Santos Rodriguez P. Hipótesis actuales relacionadas con la sensibilidad dentinal. Revista Cubana Estomatológica. 1999; 36(2).
20. Arroyave Bernal A. El dolor y el sufrimiento en el médico paciente: aspectos sociológicos. Revista Oficial de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. 2009; 4(2).
21. Waizel-Bucay J, Martínez Rico M. Plantas empleadas en odontalgias. Medigraphic. 2007; LXIV(5).
22. Ayala de la Vega GR. Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico cultural de los pobladores del distrito de Juliaca-Puno 2010. 2011..

23. Palacios E, Saenz L, Rondón Q. Dolor en estomatología. 1998; 1.
24. Ganong W. Fisiología médica. In.: Manual moderno; 1998. p. 160-167.
25. Rodríguez Reyes O, García Cabrera L, Ibis A. Fisiopatología del dolor bucodental: una visión actualizada del tema. Medisan. 2013; 17(9).
26. Lavielle P. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. SPM. 2008; L(2).
27. Hilas E, Tessio Conca A, Moncunill I, Cornejo L. Concepciones de salud predominantes en comunidades rurales dispersas. Rev Cubana Estomatológica. ; 41(3).
28. Díaz R. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. ADM. 2001 Marzo-Abril; LVIII(2).
29. Lara N. Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhua, Distrito Federal-México. ADM. 2000 Marzo-Abril ; 2.
30. Zerón J. Código de Etica. Asociación Dental Mexicana, Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas. 2006.
31. Bouby Pizan B. Determinación de la asociación entre el edentulismo y el nivel socioeconómico cultural en la población adulta del distrito de Magdalena de Cao, provincia de Ascope, departamento la Libertad, 2012. 2013.
32. Pinilla Domínguez. La economía de los servicios de atención bucodental en España. 2000.
33. Pizarro V. Estado de salud oral de personas mayores no institucionalizadas de Barcelona. 2003.
34. Guzmán García A, Murrieta Romayna E. Factores que influyen en la automedicación en adultos de cuatro centros poblados de la cuenca media del río Nanay- distrito de San Juan Bautista - 2010. 2010.
35. Laporte J. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo. 1997.
36. Ausejo Segura M. ¿Cómo mejorar la automedicación de nuestros pacientes?

2008; 40(5).

37. Dawson T. Lo Esencial en Farmacología. 2003.
38. Aguedo Del Castillo A. Relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Independencia. Huaraz, 2007. Odontología San Marquina. 2008; 11(2).
39. Calderón Murillo AA, Castaño Mejía L, Gomez Sanper M, Rojas Ortiz D, Rendon Restrepo G. La automedicación: una costumbre sin control adecuado, que atenta contra la salud y calidad de vida de los ciudadanos. 2009..
40. Salud liddhOPdl. medicina indígena tradicional y medicina convencional. 2006..
41. OMS. http://www.who.int/topics/traditional_medicine/es/ OMS. [Online].
42. Arroyo J. El proceso del sector salud 1990-1995: colapso operativo y reforma sanitaria silenciosa. An Fac Med Lima.. 1996; 57.
43. Salud indígena y derechos humanos. Elementos, recursos y organización de la medicina indígena tradicional. 1990..
44. Jahuira Huarcaya V. Uso y consumo de plantas medicinales en comunidades campesinas del altiplano de Puno-Perú. 2005..
45. Costa B. Indicadores básicos: Situación de salud en el Perú. Ministerio de Salud, Oficina de Estadística Informática, Organización Panamericana de salud. 1998.
46. <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/demograficos/poblaciontotal/POBVIDMacros.asp>
47. http://www.minedu.gob.pe/normatividad/leyes/ley_general_de_educacion2003.doc
48. Encuesta Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de Essalud. Informe final. 1era edición. Noviembre 2015.

ANEXOS

Anexo N° 01

Lima 24 de agosto del 2017

SÓLICITO: APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS

Sr. Director de la EAP de Odontología
UNIVERSIDAD WIENER

Presente. -

Estimado Dr. Carlos Gálvez

Por medio de la presente me dirijo a usted a fin de solicitar se me reserve el tema de proyecto de tesis que me encuentro desarrollando actualmente.

Titulado: "COMPARACION ENTRE LA PREVALENCIA DEL HABITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA Y NO FARMACOLOGICA FRENTE AL DOLOR DENTAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA INDEPENDENCIA - ESSALUD 2017".

Contando con la asesoría de la Mg.Esp. Ana Cupé Araujo, quien es docente de la Universidad Wiener, para la elaboración y posterior ejecución de dicho proyecto.


Universidad
Ricardo Palma
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL
DE ODONTOLOGÍA
Fecha: 24-08-17 Hora: 04:10 PM
Cm: 0752 Firm: [Signature]


Núñez Celis Marisel Edelmira
Bachiller en Odontología

Wiener

Anexo N° 2


Universidad
Norbert Wiener

Lima, 28 de Setiembre del 2017

CARTA N°13-09-596-2017-DFCS-UPNW

Doctor
Jorge Villalta Malqui
Director del Centro Atención Primaria "Independencia" - Essalud

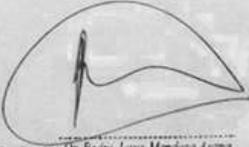
Presento-

De mi consideración,

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la señorita **MARISEL EDELMIRA NUÑEZ CELIS**, con DNI N° 41856217 y código de Matrícula N° 42012100394, Estudiante de la Universidad Norbert Wiener **EAP de ODONTOLOGIA**, quien solicita efectuar la recolección de datos para su proyecto de Tesis, titulado "COMPARACION ENTRE LA PREVALENCIA DEL HABITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLOGICA Y NO FARMACOLOGICA FRENTE AL DOLOR DENTAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA "INDEPENDENCIA" - ESSALUD - 2017", por lo que le agradeceríamos su gentil atención a la presente.

Sin otro en particular, me despido.

Atentamente,



Dr. Pedro Jesús Membrillo Arana
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Norbert Wiener S.A.

unw@unw.edu.pe info@unw.edu.pe / 706 5090 - 706 5099 Av. Piqueras 482, Lima 7 - 8, Laboratorio 1 y 10 y 102, Lima 7 Av. Piqueras 482, Lima 7

Anexo N° 03

CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA "INDEPENDENCIA"-ESSALUD-DISTRITO DE INDEPENDENCIA



Anexo N° 04







Servicio de Odontología



Área de recolección de datos



Anexo N° 05

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad
Norbert Wiener

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es producida por NUNEZ CELIS, MARISEL EDELMIRA, Bachiller en Odontología de la Universidad Norbert Wiener.

El objetivo de este estudio es realizar una **“COMPARACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL HABITO DE AUTOMEDICACIÓN FARMACOLOGICA Y NO FARMACOLOGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III “INDEPENDENCIA” – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO-2017.”**

La investigación consistirá en responder una encuesta de 07 preguntas, el cual pretende obtener información sobre la automedicación para el manejo del dolor dental.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus informaciones recolectadas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Usted no tendrá ningún gasto y también no recibirá cualquier valor en dinero por haber participado del estudio, siendo comunicado al finalizar los resultados obtenidos.
Desde ya le agradecemos su participación.

Mediante el presente documento yo,..... Identificado (a) con DNI....., acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la bachiller Nuñez Celis, Marisel Edelmira.

He sido informado (a) sobre el objetivo y procedimientos que serán realizados durante el desarrollo del estudio

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firmo en señal de conformidad:

Firma de participante

Firma del consentimiento informado



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Sr. (a) buenos días, soy bachiller de la facultad de odontología de la Universidad Norbert Wiener, el presente cuestionario es parte de un estudio de investigación, las cuales tienen por finalidad realizar la **“COMPARACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL HÁBITO DE AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III “INDEPENDENCIA” – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO-2017.”**

Sus respuestas son muy valiosas por lo que consideramos contestar con sinceridad. Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas solo cuenta su veracidad.

1. ¿Qué edad tiene?

- a. 18 a 29 años
- b. 30 a 59 años
- c. 60 años a más

2. Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

3. Lugar de procedencia:

- a. Rural
- b. Urbano marginal
- c. Urbano

4. Educación:

- a. Sin instrucción
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

5. ¿Se automedicó para calmar el “Dolor de muela”?

- a. Si
- b. No

6. ¿Qué hizo cuando padeció el “Dolor de muela”?

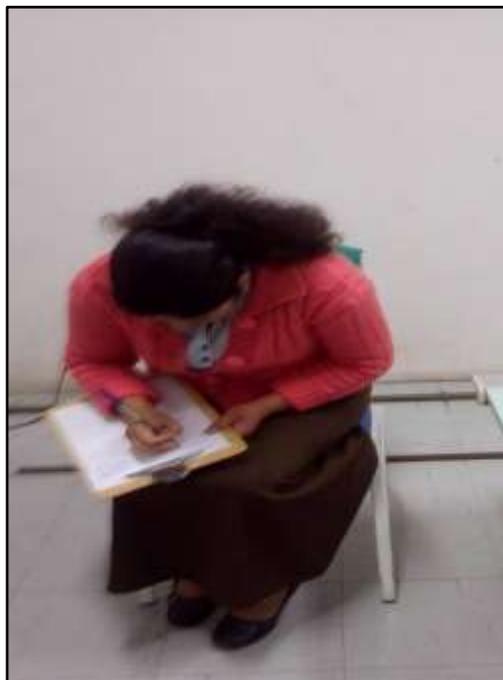
- a. Automedicación Farmacológica
- b. Automedicación Alternativa
- c. Automedicación Farmacológica y Automedicación Alternativa

7. ¿De dónde obtuvo la información sobre el medicamento para manejar el “Dolor dentario”?

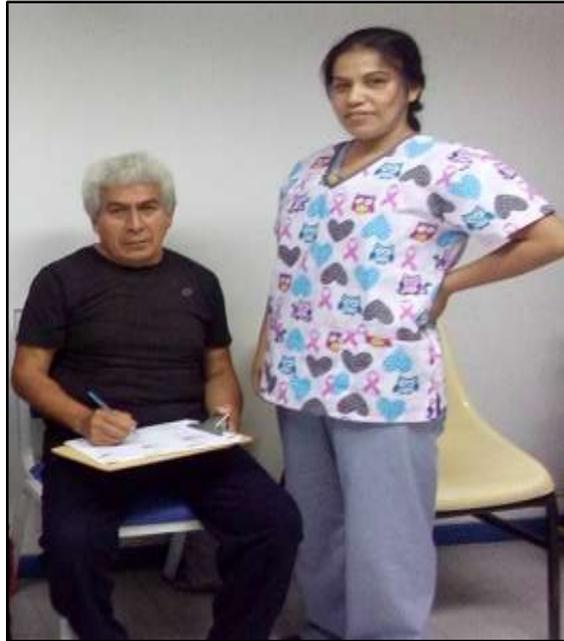
- a. Familia
- b. Comunidad
- c. Farmacia
- d. Profesional de la salud
- e. Decisión propia

Anexo N° 07

Recolección de datos









Matriz de consistencia

Título: “COMPARACION ENTRE FRECUENCIA DEL HÁBITO DE AUTOMEDICACION FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III “INDEPENDENCIA” – ESSALUD EN EL MES DE AGOSTO -2017.”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
¿Cuál será la diferencia al comparar la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica y no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia”- Essalud en el mes de agosto del 2017?	<p>Objetivo General: Comparar la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica frente a la no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia”- Essalud en el mes de agosto- 2017.</p> <p>Objetivo Específico: Determinar la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica para el manejo del dolor dental pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia en el mes de agosto-2017”, según edad, sexo, nivel educativo, procedencia, obtención de información.</p> <p>Determinar la frecuencia del hábito de automedicación no farmacológica para el manejo del dolor dental pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto-2017, según edad, sexo, nivel educativo, procedencia, obtención de información.</p>	La frecuencia del hábito de automedicación farmacológica es mayor que la no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud en el mes de agosto-2017.	<p>Estudio de tipo: observacional, retrospectivo, transversal.</p> <p>Nivel: Explicativo</p> <hr/> <p>Población y Muestra:</p> <p>Población: constituida por la población adscrita al Centro de Atención Primaria III “Independencia” – Essalud, que en la actualidad atiende un total de 5200 pacientes por mes</p> <p>La muestra estuvo conformada por 400 pacientes.</p>	- La frecuencia del hábito de automedicación farmacológica (72.6%) es mayor que la no farmacológica (24.1%) para el manejo de dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia –Essalud en el mes de agosto-2017	La frecuencia del hábito de automedicación farmacológica es mayor que la no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria III “Independencia” en el mes de agosto- 2017.

