



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

Tesis

Prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, en
el año 2022

Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Presentado por:

Autor: Chicata Apaza, Alan Junior

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9693-2578>

Asesor: Mg. Jaime Okumura, Roberto

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3601-1532>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

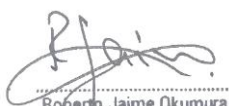
Yo, Alan Junior, CHICATA APAZA, egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022” Asesorado por el docente: Mg, C.D Roberto, JAIME OKUMURA, DNI 09861961 ORCID 0000-0002-3601-1532, tiene un índice de similitud de (14%) (CATORCE) % con código oid: **14912:597261210** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor
 Alan Junior, CHICATA APAZA
 DNI: 45962450


 Roberto Jaime Okumura
 Cirujano Dentista
 C.O.P. 13889

.....
 Firma
 Roberto, JAIME OKUMURA
 DNI: 09861961

Lima, 03 de junio de 2026

Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a Lili (+), mi angelito en el cielo; que, aunque ya no esté, sé que siempre cuidará de mí, a Nestor y Juana, mis padres que siempre estuvieron en cada uno de mis momentos y a Meryl y Adhara, que hoy son mi nuevo motor y motivo.

Agradecimientos

A mi asesor Mg CD. JAIME UKUMURA Roberto por guiarme en la presente investigación.

A dios por darme salud y fortaleza para poder cumplir con los retos y misiones que trae consigo la vida.

Índice general

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice general	iv
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	xii
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema general	2
1.2.2. Problemas específicos	2
1.3. Objetivos de la investigación	2
1.3.1. Objetivo general	2
1.3.2. Objetivos específicos	2
1.4. Justificación de la investigación	3
1.4.1. Teórica	3
1.4.2. Práctica	3
1.4.3. Metodológica	3
1.5. Limitaciones de la investigación.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Antecedentes de la investigación	5
2.2. Bases teóricas.....	8

2.2.1. Prescripción antibiótica	8
2.2.2. Infecciones odontogénicas	22
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	31
3.1. Método de la investigación	31
3.2. Enfoque de la investigación	31
3.3. Tipo de investigación	31
3.4. Diseño de la investigación	31
3.4.1. Corte	31
3.4.2. Nivel o alcance	31
3.5. Población, muestra y muestreo	31
3.5.1. Población	31
3.5.2. Muestra	32
3.5.3. Muestreo	32
3.6. Variables y operacionalización	33
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
3.7.1. Técnica.....	34
3.7.2. Descripción de instrumentos	34
3.7.3. Validación.....	34
3.7.4. Confiabilidad	35
3.8. Procesamiento y análisis de datos	35
3.9. Aspectos éticos	36
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	37
4.1. Resultados.....	37
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados	37
4.1.2. Objetivo específico 1	42
4.1.3. Objetivo específico 2	43

4.1.4. Objetivo específico 3	45
4.1.5. Objetivo específico 4	46
4.1.6. Objetivo específico 5	47
4.1.7. Objetivo general	57
4.2. Discusión de resultados	58
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
5.1. Conclusiones.....	61
5.2. Recomendaciones	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS.....	74
Anexo 1: Matriz de consistencia	75
Anexo 2: Instrumentos	76
Anexo 3: Validez del instrumento	79
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	87
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética.....	88
.....	88
Anexo 6: Formato de consentimiento informado	89
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos	91
Anexo 8: Informe del asesor de Turnitin.....	93

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	33
Tabla 2. Expertos evaluadores del instrumento.....	35
Tabla 3. Distribución por sexo de los cirujanos dentistas encuestados.....	37
Tabla 4. Distribución por tipo de universidad de egreso de los cirujanos dentistas encuestados.....	38
Tabla 5. Distribución por universidad de egreso de los cirujanos dentistas encuestados ...	39
Tabla 6. Distribución por grado académico de los cirujanos dentistas encuestados	40
Tabla 7. Distribución por años de experiencia de los cirujanos dentistas encuestados.....	41
Tabla 8. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados según sexo	42
Tabla 9. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados según tipo de universidad de egreso	43
Tabla 10. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados según universidad de egreso	44
Tabla 11. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados según grado académico	45
Tabla 12. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados según años de experiencia.....	46
Tabla 13. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados para el proceso de Pulpitis.....	47
Tabla 14. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados para el proceso de Pericoronaritis.....	48
Tabla 15. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados para el proceso de Periodontitis.....	49
Tabla 16. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados para el proceso de Gingivitis Ulcerativa Necrótica	50
Tabla 17. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados para el proceso de Periodontitis Ulcerativa Necrótica	51

Tabla 18. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados para el proceso de Estomatitis Necrosante	52
Tabla 19. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados para el proceso de Mucositis periimplantaria.....	53
Tabla 20. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados s para el proceso de Peririmplantitis	54
Tabla 21. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados para el proceso de Abscesos periodontales	55
Tabla 22. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados para el proceso de Celulitis odontogénica	56
Tabla 23. Prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas encuestados.....	57

Índice de figuras

Figura 1. Distribución por sexo de los cirujanos dentistas encuestados.....	37
Figura 2. Distribución por tipo de universidad de egreso de los cirujanos dentistas encuestados.....	38
Figura 3. Distribución por universidad de egreso de los cirujanos dentistas encuestados ..	39
Figura 4. Distribución por grado académico de los cirujanos dentistas encuestados.....	40
Figura 5. Distribución por años de experiencia de los cirujanos dentistas encuestados	41

Resumen

La investigación Prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, en el año 2022, tuvo por finalidad establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca.

La investigación fue desarrollada con una orientación cuantitativa, descriptiva no experimental. La muestra está conformada por 228 cirujanos dentistas de la ciudad de Juliaca. Se utilizó el cuestionario como instrumento de recolección. Los resultados fueron presentados en base a la estadística descriptiva.

Luego de analizados los hallazgos alcanzados se evidencia en base a los resultados obtenidos de la prescripción antibiótica realizada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca en el año 2022, reflejan una clara preferencia por la amoxicilina, evidenciando su prominente papel en la práctica odontológica local. La elección frecuente de la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico resalta la consideración de los profesionales hacia una cobertura antibiótica más amplia, indicando una respuesta proactiva a situaciones clínicas que pueden requerir una mayor eficacia. La prescripción ocasional de metronidazol y clindamicina sugiere una atención específica a casos que demandan antibióticos con perfiles particulares. Estos hallazgos no solo ofrecen una visión detallada de las preferencias de prescripción en la región, sino que también subrayan la necesidad de considerar factores clínicos individuales al tomar decisiones sobre antibióticos en la práctica odontológica.

Palabras claves: Antibióticos, Amoxicilina, Amoxicilina - Ácido Clavulánico, Clindamicina, Medicamentos bajo prescripción, Metronidazol.

Abstract

The purpose of the research Antibiotic prescription given by dental surgeons in the city of Juliaca, in the year 2022, was to establish the antibiotic prescription given by dental surgeons in the city of Juliaca.

The research was developed with a quantitative, descriptive, non-experimental orientation. The sample is made up of 228 dental surgeons from the city of Juliaca. The questionnaire was used as a collection instrument. The results were presented based on descriptive statistics.

After analyzing the findings achieved, it is evident based on the results obtained from the antibiotic prescription made by dental surgeons in the city of Juliaca in the year 2022, they reflect a clear preference for amoxicillin, evidencing its prominent role in local dental practice. The frequent choice of the combination of amoxicillin with clavulanic acid highlights professionals' consideration towards broader antibiotic coverage, indicating a proactive response to clinical situations that may require greater efficacy. The occasional prescription of metronidazole and clindamycin suggests specific attention to cases that demand antibiotics with particular profiles. These findings not only provide a detailed view of prescribing preferences in the region, but also highlight the need to consider individual clinical factors when making decisions about antibiotics in dental practice.

Keywords: Antibiotics, Amoxicillin, Amoxicillin-Clavulanic Acid, Clindamycin, Prescription medications, Metronidazole.

Introducción

La investigación sobre la prescripción antibiótica por parte de cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca durante el año 2022 se revela como un aspecto fundamental para comprender las dinámicas clínicas locales en el ámbito odontológico. Juliaca, como una urbe que abarca una diversidad de perfiles de pacientes y desafíos médicos, presenta un escenario propicio para explorar las decisiones terapéuticas específicas en el tratamiento de infecciones bucales. La efectividad de la terapia antibiótica en este contexto depende no solo de la naturaleza de las infecciones sino también de las preferencias, experiencias y formación de los profesionales de la salud dental.

La investigación se orienta a llenar un vacío de conocimiento importante al ofrecer una visión integral de las prácticas de prescripción antibiótica. La elección de antibióticos por parte de los cirujanos dentistas no solo afecta la eficacia del tratamiento, sino que también puede tener implicaciones en la resistencia bacteriana y la salud general de los pacientes. Por lo tanto, comprender las preferencias de prescripción en esta localidad específica es esencial para mejorar las prácticas clínicas y promover una atención odontológica más eficiente y personalizada.

En este contexto, la investigación examina diversas variables que pueden influir en las decisiones de prescripción, desde el tipo de infección que enfrenta el paciente hasta factores individuales como el género del profesional, la universidad de egreso, el grado académico y los años de experiencia. Estos elementos brindarán una panorámica completa de las tendencias locales y permitirán la identificación de posibles áreas de mejora en la formación odontológica, así como el desarrollo de pautas clínicas más específicas para la realidad de Juliaca.

La investigación se organiza en cinco capítulos. En el Capítulo I se discute el “problema de la investigación, los objetivos de la investigación y las limitaciones del estudio”. En el Capítulo II se examina el “marco teórico que sustenta las variables investigadas, así como el contexto internacional y nacional y la formulación de hipótesis”. En el Capítulo III se delinea el “marco metodológico que sustenta la naturaleza y el diseño del estudio, así como los instrumentos y técnicas utilizadas en la recopilación de datos”. El Capítulo IV evalúa un análisis exhaustivo de los datos y en el quinto se detallan las discusiones, conclusiones y recomendaciones. Por último, se exhiben las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos diseñados específicamente para la recopilación de datos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La prescripción antibiótica surgió a manera de impulsor potencial del fenómeno de la resistencia a los antibióticos, por lo tanto, la utilización de antibióticos es un complemento del tratamiento y es el método más apropiado para el manejo de las infecciones bucales (1)(2). Sin embargo, las prescripciones inapropiadas no proporcionarían beneficio suficiente, porque, corre el riesgo de causar efectos secundarios que van desde trastornos gastrointestinales hasta fatales choque anafiláctico, aparición de bacterias resistentes y produce mayor riesgo en la salud del paciente (3)(4).

Por lo tanto, los dentistas prescriben una cantidad considerable de antibióticos, porque el uso de antibióticos ha revolucionado el cuidado de la salud, al salvar vidas y prevenir graves complicaciones de salud (5), sin embargo, su uso excesivo tiene efectos adversos graves en la salud de las personas, esto se debe a la mala prescripción de los antibióticos por parte de los profesionales, como lo indica el trabajo investigativo de Méndez JA et al. (6) indica que el 47,7% de los profesionales de odontología prescriben antibióticos en exceso. Lo mismo ocurre en Alemania, ya que el 80,0% de los odontólogos que realizaron una prescripción excesiva de antibióticos, en donde los dentistas tienden a prescribir para indicaciones innecesarias, a menudo sin tratamiento dental que corresponda según al caso de la salud oral (7). De igual forma sucede en los odontólogos estadounidenses se reveló que 40 % y el 75 % prescribió antibióticos innecesariamente, debido a la falta de guías de práctica clínica o a la ausencia de programas de uso racional (8).

En el contexto nacional también sucede esta problemática el 53,3% de los odontólogos de la ciudad de Piura presentan un nivel bajo de conocimiento sobre la prescripción de la profilaxis antibiótica (9). Otro estudio realizado en la Región de Puno demostró que el 33,9% de los odontólogos presentan un nivel bajo de conocimiento de prescripción antibióticos (10). En este aspecto, el conocimiento y los factores de actitud son fundamentales para explicar esta brecha entre la evidencia y la práctica, debido a que los dentistas son propensos a prescribir en la demanda del paciente, especialmente cuando hay poco tiempo de experiencia del profesional, para prevenir infecciones postoperatorias o como consecuencia de la falta de técnicas clínicas en las prácticas

odontológicas (11). Además, el uso inadecuado de antibióticos impide el éxito del tratamiento de infecciones y es motivo de gran preocupación en diversos procedimientos en las intervenciones odontológicas (5).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su sexo?
- ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su universidad de egreso?
- ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su grado académico?
- ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según sus años de experiencia profesional?
- ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según el tipo de infección del paciente?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su sexo.
- Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su universidad de egreso.
- Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su grado académico.

- Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según sus años de experiencia profesional.
- Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según el tipo de infección del paciente.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Se revisó sobre la literatura actualizada, lo cual, permitirá aclarar mucho mejor sobre el tema para las futuras investigaciones y profesionales de la salud, porque, comprender y mejorar sobre la prescripción de antibióticos es muy fundamental, ya que, los dentistas están expuestos a pacientes que presentan una variedad de enfermedades infecciosas, por lo tanto, el uso de antimicrobianos aumenta la terapia contra las infecciones, y la necesidad de los programas académicos de actualización también se vuelven cada vez más importantes entre los dentistas.

1.4.2. Práctica

A través de los resultados conseguidos se puede lograr desarrollar una gama de valiosas funciones en prescribir los antibióticos según al caso del pacientes, para los profesionales de odontología, porque, el uso de antibióticos se vuelve esencial para garantizar que el tratamiento sea efectivo y seguro, por lo tanto, la prescripción de antibióticos por parte de los odontólogos forma una parte importante de la práctica dental, por ende, hay una necesidad de buscar programas, diplomados, especializaciones o guías clínicas que contribuyan informaciones más sólidas para las condiciones orales comunes que pueden ser utilizadas por los odontólogos, incluyendo los procesos de urgencias, que podrían reducir el número de pacientes tratados en los servicios de urgencias por problemas dentales, como también, las prescripciones de antibióticos potencialmente innecesarias, por tal motivo se debe de estar orientado de manera clara y actualizada para el tratamiento de infecciones orales.

1.4.3. Metodológica

Al ser un estudio de enfoque cuantitativo se llegará a recurrir a un instrumento que está adaptado al contexto peruano, de igual forma, se realizará la validez al contexto mediante el juicio de tres expertos y la confiabilidad mediante la prueba

piloto, lo cual garantizará la recolección de datos identificando las diferentes características de la población investigada y aclarar sobre la variable y también contribuye en cumplir con los objetivos establecidos, porque, los resultados es una fuente de información para las futura investigaciones relacionadas a la variable en estudio.

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones de la investigación incluyen factores relacionados con el tamaño y representatividad de la muestra. Dado que el estudio se centra en una única ciudad y en un período de tiempo específico, los resultados pueden no ser generalizables a otras regiones o contextos. Además, la muestra de cirujanos dentistas participantes puede no ser lo suficientemente amplia o diversa para reflejar con precisión las tendencias de prescripción en toda la población de dentistas de la ciudad. La variabilidad en la formación académica, experiencia profesional y acceso a guías actualizadas sobre el uso de antibióticos también podría afectar los resultados.

Otra limitación importante es la posible subjetividad en las respuestas de los participantes o la falta de veracidad en los datos recolectados, ya que algunos dentistas podrían no haber revelado con exactitud sus prácticas de prescripción por temor a repercusiones profesionales. Asimismo, el estudio podría verse limitado por la falta de registros completos o accesibles sobre las prescripciones, lo que dificulta la validación de los datos obtenidos. Estas limitaciones, sumadas a posibles factores externos como cambios en las normativas o políticas de salud locales durante el periodo de estudio, podrían influir en la interpretación de los hallazgos y su aplicabilidad a largo plazo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional se llegaron a considerar los siguientes estudios:

López et al. (12) en 2022 España, desarrollaron un estudio con la finalidad de “analizar los hábitos de prescripción de antibióticos de los endodoncistas españoles en el manejo de las infecciones endodónticas”. El estudio fue de tipo transversal, en la que participaron 100 endodoncistas. Sus resultados indican, en cuanto a la influencia de la experiencia en el tipo de antibiótico prescrito, los endodoncistas con mayor trayectoria prefirieron amoxicilina 500 mg y los de menor experiencia prescribieron Augmentine 875/125 mg, además, el tipo de programa de educación de posgrado de los encuestados tampoco influyó en la elección del antibiótico, los encuestados con maestría prefirieron Augmentine 875/125 mg, y el resto de participantes eligieron amoxicilina 500 mg, en pacientes con alergias médicas, la mayoría de los endodoncistas españoles prescribieron Clindamicina (Dalacin®) 300 mg (74,0%) como primera opción de tratamiento; asimismo, el 56,8% prescriben antibióticos durante 7 días y solo el 24,7% de los endodoncistas prescribirían hasta que remitiera la sintomatología.

Sheela et al. (13) en 2020 Emiratos Árabes Unidos, desarrollaron un estudio con el propósito de “identificar las prácticas de prescripción de antibióticos entre los odontólogos generales y los especialistas en el manejo de infecciones endodónticas”. Estuvo centrado dentro del tipo de investigación transversal, llegaron a evaluar a 174 odontólogos. Concluyeron que los encuestados que prescribieron antibióticos al menos una vez al mes fueron el 38,5% mientras que el 17,2% lo hizo más de tres veces a la semana, la amoxicilina 500 mg fue el antibiótico de elección para los pacientes no alérgicos a la penicilina (43,7%), y en los casos de alergia a la penicilina, el 21,3% prescribieron el antibiótico Eritromicina 500 mg.

Deniz et al. (14) en 2020 Turquía, ejecutaron un trabajo investigativo con el propósito de “conocer sobre los patrones de prescripción de antibióticos para infecciones endodónticas basados en los informes de dentistas turcos”. Centrada dentro de la metodología de tipo transversal, en la que participaron 1007 dentistas. Sus resultados demuestran, que la amoxicilina con ácido clavulánico fue el antibiótico más prescrito (90%), seguido del ornidazol (25%), sin embargo, la clindamicina fue el fármaco de elección para los pacientes con alergia a la penicilina (59%), para el control de la

infección y la fiebre (76 %), la profilaxis (44%) y evitar la inflamación y el trismo durante el tratamiento endodóntico (26%) fueron los motivos más comunes para la prescripción de antibióticos.

Sarmiento et al. (15) en 2019 Filipinas, realizaron un trabajo investigativo donde se plantearon como finalidad “describir las prácticas de prescripción de antibióticos de los dentistas filipinos”. Centrada dentro del tipo descriptivo, participaron 230 odontólogos. Llegaron a los siguientes resultados el 71,2% de los odontólogos tomaron como primera opción la amoxicilina y el 57,3% clindamicina como la segunda opción, además, la mayoría de los encuestados siguen las indicaciones para la terapia con antibióticos, sin embargo, no todos los encuestados prescriben para las condiciones médicas que requieren profilaxis antibiótica, mientras que el 60,4% prescribe ante la duda en el diagnóstico, ante la presión del tiempo 25,7% y el 48,8% considera la preferencia del paciente.

Mansour et al. (16) en 2018 Líbano, realizaron un estudio con el propósito “explorar el uso de antibióticos, para evaluar la conformidad con las pautas de evidencia y práctica y describir los factores de conocimiento y actitud entre los dentistas libaneses”. Estuvo centrado dentro de la metodología de tipo descriptivo. En donde participaron 322 odontólogos. Sus resultados indican que el 17,5% de las consultas resultó en el uso de antibióticos; la experiencia previa con antibióticos influyó principalmente en las prescripciones de 81,3%. Asimismo, el 75,9% reconoció la contribución de la prescripción basada en odontología a la resistencia a los antibióticos y el 94,7% sabía en menos una causa de resistencia, por lo tanto, los odontólogos muestran una actitud positiva hacia la resistencia a los antimicrobianos, sin embargo, carecen de uniformidad en la administración de antibióticos.

A nivel nacional se tienen los siguientes estudios:

Neyra y Ruiz (17) en 2021 Piura, realizó un estudio con la intención de “determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica en odontólogos del distrito de San Miguel 2021”. Es un estudio de diseño no experimental de tipo descriptivo, estuvo constituido con una población de 150 odontólogos. Concluyeron que el nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica fue regular (46%), bueno (34%) y deficiente (21%). Además, el nivel de conocimiento fue superior en el sexo masculino

en un 21%; también, los odontólogos con especialización en 18%; y según los años de experiencia el nivel de conocimiento es regular.

Mejía (18) en 2020 Chiclayo, realizó un estudio con el propósito de “describir la frecuencia de prescripción de antibióticos en un consultorio dental e la ciudad de Chiclayo, 2015-2019”. Se basó en un estudio de tipo descriptivo-transversal, analizaron 318 historias clínicas. Sus resultados conseguidos demuestran que con mayor frecuencia prescribieron el antibiótico de Amoxicilina de 54,7%, Clindamicina 16,4%, Amoxicilina + Ac. Clavulánico con el 6,9%, Cefalexina de 0,6%, Metronidazol 0,3% y no llegaron a prescribir la Azitromicina, estos datos sugieren que los dentistas prescriben con mayor frecuencia antibióticos de Amoxicilina, en diversas situaciones en la práctica periodontal.

Sánchez (19) en 2019 San Martín, realizó un estudio con la intención de “determinar la frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia en el servicio de odontología de la red Huallaga del distrito Saposoa”. Es un estudio de diseño no experimental de tipo descriptivo, estuvo constituido con una población de 250 historias clínicas del servicio odontológico. Concluyeron que el 93.6% prescriben al Paracetamol, naproxeno y al ibuprofeno, en ese orden, para situaciones de dolor; y como antibiótico a la Amoxicilina (76,9%), la amoxicilina más ac. Clavulánico y la dicloxacilina en post-exodoncia (19).

Contreras (20) en 2016 Puno, realizó un estudio con la intención de “describir la prescripción antibiótica indicada por los cirujanos dentistas de la ciudad de Puno”. Es un estudio de diseño no experimental de tipo descriptivo, estuvo constituido con una población de 72 odontólogos. Concluyeron que con mayor frecuencia prescribieron antibióticos como preferencia la amoxicilina (45,8%), clindamicina (23,6%), clindamicina (13,9%), dicloxacilina (2,8%), además, la prescripción de antibióticos para tratamiento, se estableció con mayor frecuencia por 7 días (45,8%), seguida por 5 días (38,9%), por 3 días (5%), asimismo, se llegó a corroborar que los cirujanos dentistas presentan deficiencias en la prescripción antibiótica de 63,9%.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Prescripción antibiótica

2.2.2.1. Reseña histórica

En 1928, Aleksander Fleming descubrió la penicilina y, a partir de 1940, los antibióticos se utilizaron como medicamento para infecciones graves, este descubrimiento médico resultaría revolucionar el mundo entero al contribuir a una mejor salud pública, aumentar la esperanza de vida y salvar vidas en términos de infecciones, con el aumento del uso de la penicilina con el tiempo, se desarrolló gradualmente la resistencia al fármaco, la resistencia a los antibióticos significa que las bacterias tienen mecanismos para sobrevivir a los antibióticos, por lo tanto, la prescripción de los antibióticos deben ser prescritos de manera más adecuada por los odontólogos, que realiza de forma terapéutica como profiláctica para el tratamiento de las infecciones en la salud oral, asimismo, los antibióticos tienen diferentes mecanismos de acción, pero todos tienen en común que inhiben o matan las bacterias, por ende, en la actualidad se tiene una responsabilidad compartida con otros profesionales de la salud para evitar el uso excesivo y uso inadecuado de antibióticos (21).

2.2.2.2. Prescripción

De acuerdo a Ministerio de Salud (22), menciona que es el resultado de un proceso lógicamente deductivo mediante el cual los prescriptores escuchan los informes de síntomas de los pacientes, realizan exámenes físicos para buscar signos y toman decisiones orientadas al diagnóstico y al tratamiento basadas en el conocimiento adquirido. La decisión implica medidas indicativas, como el uso de medicamentos, que se reflejan en la prescripción médica.

2.2.2.3. Antibiótico

Los antibióticos se definen como una sustancia química producida por varios microorganismos que, en bajas concentraciones, inhibe el crecimiento de otros microorganismos. Sin embargo, el advenimiento

de los métodos sintéticos ha modificado esta definición. Hoy en día, los antibióticos se definen como sustancias de origen natural o sintético capaces de inhibir o matar microorganismos (23).

Son sustancias producidas por microorganismos (generalmente bacterias u hongos) o sustancias similares producidas total o parcialmente por síntesis química, que en bajas concentraciones inhiben el metabolismo o destruyen los microorganismos, afectando así a un grupo de microorganismos, y por tanto, el rango del espectro es llamado el efectivo (24).

Los antibióticos generalmente se usan en procedimientos dentales para tratar infecciones de ontogénicas, infecciones no ontogénicas, infecciones locales, infecciones focales y profilaxis, la profilaxis con antibióticos se prescribe para pacientes con condiciones inmunosuprimidas, endocarditis infecciosa, trastornos metabólicos y pacientes con prótesis articulares, para reducir las complicaciones de las prescripciones innecesarias de antibióticos, especialmente la resistencia bacteriana, se deben establecer pautas integrales; además, las prescripciones innecesarias de antibióticos pueden provocar algunas secuelas graves, como resistencia bacteriana, problemas gástricos y sanguíneos, y transferencia de grupos de microbiota bacteriana (25).

Por lo tanto, los antibióticos ayudan a controlar las infecciones bacterianas, sin sustituir la intervención dental que es fundamental para eliminar el foco de infección (por ejemplo, pus de abscesos agudos o pulpa necrótica); la elección de un antibiótico se basa en factores relacionados con el huésped como (la edad, estado inmunitario o antecedentes alérgicos), factores farmacológicos como (espectro de acción de los antibióticos, farmacocinética, posibles interacciones farmacológicas, etc.) y factores microbiológicos (tipos de bacterias presentes) que son facultativos que realizan sus prescripciones en función de las posibles bacterias que pueden estar provocando la infección, teniendo en cuenta que la mayoría proceden de la cavidad oral, que es de naturaleza poli-microbiana, además, se prescriben

antibióticos como medida profiláctica en los procedimientos en los que existe riesgo de endocarditis u otras condiciones específicas (26).

2.2.2.4. Clasificación de los antibióticos

Desde un punto de vista farmacodinámico, los antibióticos se clasifican en tres clases según su modo de actividad (27):

1. Actividad dependiente de la concentración y efecto postantibiótico prolongado (EPA). En este grupo se encuentran los aminoglucósidos, las fluoroquinolonas, el metronidazol y la daptomicina. Este grupo de antibióticos tiene dos indicadores PKPD relacionados con la eficacia: el cociente C_{max}/MIC (concentración máxima/concentración mínima inhibitoria) y el cociente AUC/MIC (área bajo la curva concentración-tiempo/ MIC).
2. EPA dependiente del tiempo y de la actividad de la luz. Un parámetro PKPD representativo para el grupo que contiene antibióticos β -lactámicos es el tiempo que la concentración de antibiótico permanece por encima de la MIC ($\%T > MIC$).
3. Actividad dependiente del tiempo y EPA prolongada. En este grupo se incluyen los antibióticos glucopéptidos (vancomicina y teicoplanina), linezolid o tigeciclina, cuyo índice PKPD característico es el cociente AUC/MIC .

EPA indica la capacidad de un antibiótico para inhibir el crecimiento bacteriano una vez que la concentración del fármaco está por debajo de la CIM del microorganismo.

2.2.2.5. Antibióticos utilizados en medicina

1. Amikacina

La amikacina se administra mediante inyección intramuscular e infusión intravenosa intermitente, pero a veces se usa por vía tópica (28)(29). Aunque no es tan común en la práctica clínica habitual como las vías de administración anteriores, también es posible administrar amikacina nebulizada o nebulizada por inhalación para el tratamiento de infecciones del tracto respiratorio inferior (30)(31). La absorción es

completa después de la administración intramuscular y la Cmax se alcanza en la sangre 30-90 minutos después de la administración, mientras que por vía intravenosa esta concentración se alcanza al final de la infusión de amikacina. Se recomienda la administración intravenosa, con una infusión de 15-30 minutos de duración y una infusión en bolo de 30-60 minutos (32).

La estructura química se basa en un aminoazúcar unido a través de un enlace glucosídico al alcohol aminocíclico 2-desoxiestreptamina, que imparte propiedades básicas, catiónicas y polares a la amikacina. Estas propiedades son la base de su alta solubilidad en agua y distribución en el espacio extravascular (favorable en ambientes alcalinos) y su relativa insolubilidad en lípidos, y por tanto mínimo transporte a través de biomembranas (28).

2. Amoxicilina

La amoxicilina es un representante de la penicilina de amplio espectro, que tiene un fuerte efecto letal sobre las bacterias aeróbicas y anaeróbicas en la cavidad oral. Actúa interrumpiendo la formación adecuada de las paredes celulares bacterianas, lo que lleva a la muerte de los microorganismos susceptibles (33)(34).

La amoxicilina es un antibiótico semisintético derivado de la penicilina (es una aminopenicilina). Actúa contra una variedad de bacterias, tanto grampositivas como gramnegativas, y la amoxicilina se usa para tratar los siguientes problemas: otitis media, sinusitis, infecciones respiratorias, infecciones de la piel, infecciones del tracto urinario sin complicaciones, gonorrea sin complicaciones, infección por micoplasma y clamidia durante el embarazo, profilaxis de endocarditis bacteriana, terapia combinada para la erradicación de *Helicobacter pylori* en úlcera péptica (23).

Perteneciente a la familia de las aminopenicilinas, es una penicilina semisintética sensible a la penicilinasa, un análogo químico y farmacológico de la ampicilina, muy estable en medios ácidos, y por tanto fácil de tomar por vía oral, y la amoxicilina es un fármaco

utilizado para tratar focos endodónticos. Buen antibiótico para abscesos debido a su concentración en plasma y su potencia relativa 100 veces superior a la concentración mínima inhibitoria para los microorganismos más comunes. La dosis adecuada para adultos es de 1000 mg durante 8-12 horas y para niños de 50 mg/kg/días divididos en 3 tomas (35)(36).

Dado que la actividad de la amoxicilina en la terapia periodontal puede verse interferida por la β -lactamasa, la amoxicilina se usa en combinación con ácido clavulánico (37), se une a una enzima que restaura la sensibilidad de las bacterias a los antibióticos (38).

3. Amoxicilina + ac. Clavulánico

La amoxicilina es una penicilina semisintética con un espectro de acción más amplio que la penicilina G, de ahí el nombre de amplio espectro o amplio espectro. Este antibiótico se diferencia de la ampicilina por la presencia de un solo grupo hidroxilo en la posición fenilo (39)(40)(41).

El ácido clavulánico es una sustancia producida por cultivos de *Streptomyces clavuligerus* y, como mencionamos anteriormente, es un inhibidor de las betalactamasas. Su núcleo es similar al de la penicilina, aunque el anillo de oxazolidina reemplaza su anillo de tiazolidina original. Presenta una débil actividad antibacteriana, pero es un potente inhibidor de las β -lactamasas producidas por bacterias como: *Staphylococcus aureus*, *Enterobacteriaceae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Bacteroides fragilis* (41).

La amoxicilina se absorbe bien en el tracto GI, con niveles séricos máximos que varían de 60 a 90 minutos, y el ácido clavulánico también se absorbe bien en el tracto GI, con niveles séricos máximos que varían de 40 a 120 minutos. La dosis para adultos es de 2000 mg + 125 mg/12 h o 875 mg + 125 mg/8 h, y la dosis para niños es de 40-80 mg/kg/día, repartidos en 3 tomas o 500 mg + 125 mg cada 8 horas (42)(43).

El ácido clavulánico también se absorbe bien en el tracto gastrointestinal, con niveles séricos máximos que ocurren dentro de los 40 a 120 minutos. Cuando los dos fármacos se administraron juntos, exhibieron concentraciones séricas efectivas y vidas medias en el mismo rango que se informó cuando cada fármaco se administró solo (44).

4. Azitromicina

La azitromicina es un derivado de azalida semisintético que se diferencia estructuralmente de la eritromicina por la introducción de un nitrógeno en la posición 9A del anillo macrólido. Esta modificación mejora el espectro de actividad de la eritromicina (45).

Es un antibiótico azálico con excelente actividad in vitro contra una amplia variedad de bacterias orales, que tiene una vida media prolongada, buena penetración tisular y es captado preferentemente por los fagocitos, también tiene una larga vida media y buena penetración tisular después de una dosis de 500 mg una vez al día durante tres días los niveles tisulares significativos persistirán en la mayoría de los tejidos durante una semana a diez días, además, la Azitromicina es preferentemente absorbida por los fagocitos, por lo que su nivel en los tejidos infectados será mucho mayor que en sitios similares no infectados. La dosis en niños es 10 mg/Kg/ día en 3 dosis (42)(43)(46).

5. Cefalexina

La cefalexina es un antibiótico betalactámico similar a la penicilina, que es principalmente bactericida. Inhibe el tercer y último paso en la síntesis de la pared celular bacteriana al unirse preferentemente a proteínas de unión a penicilina (PBP) específicas que se encuentran dentro de las paredes celulares bacterianas (47).

La cefalexina es un antibiótico de cefalosporina de amplio espectro contra bacterias grampositivas y gramnegativas y tiene pocos riesgos para la salud debido a su amplia ventana terapéutica. Tiene alta solubilidad (12 a 120 mg/ml agua a 37 °C, dependiendo del pH,

observándose los valores más altos a pH ácido) y alta permeabilidad por ser un mecanismo mediado por transportadores moleculares (48).

La cefalexina es un antibiótico oral de cefalosporina de primera generación con excelente actividad contra la mayoría de las bacterias Gram-positivas. Se utiliza principalmente para el tratamiento de otitis media e infecciones del tracto respiratorio (como faringitis, amigdalitis, neumonía) causadas por estafilococos sensibles, estreptococos pneumoniae, estreptococos del grupo A y bacterias β -hemolíticas (47).

6. Ceftriaxona

La ceftriaxona es una cefalosporina de tercera generación con un amplio espectro bacteriano, vida media larga y uso conveniente (49).

Es una cefalosporina parenteral de tercera generación que muestra una importante actividad frente a bacterias Gram negativas. Puede penetrar la barrera hematoencefálica, por lo que puede usarse en el tratamiento de la meningitis. Aunque es menos activo contra las bacterias Gram-positivas que la primera generación, es un antibiótico eficaz contra las cepas de Streptococcus y Staphylococcus aureus sensibles a la meticilina. El espectro de actividad de la ceftriaxona es similar al de la cefotaxima y la ceftizoxima. Ninguna de estas cefalosporinas fue eficaz contra Pseudomonas aeruginosa. De todas las cefalosporinas, la ceftriaxona tiene la vida media plasmática más larga, lo que permite la dosificación una vez al día (50).

7. Ciprofloxacino

Tiene el potencial de erradicar los bacilos entéricos Gram-negativos de las bolsas periodontales, sin embargo, es un antibiótico descrito como de baja actividad contra los principales patógenos periodontales; su uso es en condiciones como la periodontitis que acompaña a la infección intestinal por Bacillus. La dosis para adultos es de 250-500 mg por día y la dosis pediátrica es de 20-40 mg/kg/día cada 12 horas (51)(52)

8. Claritromicina

Es un antibiótico de amplio espectro con actividad contra bacterias aeróbicas y anaeróbicas, incluida la cobertura contra patógenos productores de betalactamasas, además, es un agente antimicrobiano que los dentistas emplean en las endocarditis infecciosas, pero rara vez para otras situaciones clínicas que requieren una intervención antimicrobiana, por lo tanto, se debe conocer información actualizada sobre la eficacia y seguridad de este agente antimicrobiano antes de la prescripción. La dosis en adultos es 500 mg cada 12 horas y en niños es 7,5-15 mg/Kg/día en 3-4 dosis (51)(53).

9. Clindamicina

Es un antibiótico de amplio espectro activo contra patógenos aeróbicos, anaeróbicos y productores de betalactamasas, que se ha utilizado durante muchos años como tratamiento profiláctico en procedimientos dentales para prevenir la endocarditis, sin embargo, el espectro antimicrobiano y la susceptibilidad de las bacterias involucradas en infecciones dentales sugieren que la clindamicina también sería una opción de tratamiento eficaz para estas afecciones, debido a sus propiedades antiinfecciosas, la clindamicina tiene una alta absorción oral, una penetración tisular significativa, incluida la penetración ósea, y la estimulación del sistema inmunitario del huésped. evidencia microbiológica y clínica que respalda la eficacia y seguridad de la clindamicina en el tratamiento exitoso de infecciones dentales. La dosis de adulto es de 150-450 mg cada 6 horas, y la de niño es de 25 mg/Kg/día, repartidos en 3-4 tomas (35)(36).

10. Eritromicina

Tiene actividades bacteriostáticas y se prescribe comúnmente para la caries dental y la placa dental, porque, el microorganismo más común que causa la caries dental es *Streptococcus mutans*, que es muy sensible a la Eritromicina, por lo tanto, puede inactivar la caries y también puede disminuir el crecimiento y la formación de placa dental, se debe

prescribir con una dosis de 500-1000 mg cada 6 horas y en niños es 50 mg/Kg/día en 3 dosis. (51)(53)

11. Gentamicina

La gentamicina es un aminoglucósido que se usa en aplicaciones parenterales, tópicas y oftálmicas con efectos dependientes de la concentración, efectos posantibióticos prolongados y efectos sinérgicos con antibióticos β -lactámicos. Su efecto antibacteriano es más efectivo contra bacterias Gram-negativas (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Serratia*) y contra algunas bacterias Gram-positivas (*Staphylococcus aureus*, *Listeria karyocytogenes*) también son activas (54).

La gentamicina es un antibiótico bactericida de amplio espectro y un fármaco aminoglucósido, de gran importancia en el tratamiento de infecciones causadas por bacterias (55).

Es un antibiótico aminoglucósido de amplio espectro. Actúa contra bacterias aerobias Gram-negativas, incluyendo Enterobacteriaceae, *Pseudomonas* y *Haemophilus*. También actúa sobre los estafilococos (*S. aureus* y *S. epidermidis*), incluidas las cepas productoras de penicilinasa, que tienen una actividad muy limitada frente a los estreptococos. Falta de actividad contra las bacterias anaerobias (56).

12. Levofloxacino

Levofloxacino es considerado con un antibacteriano de amplio espectro ya que presenta excelente actividad bactericida, frente a la mayoría de los microorganismos bacterianos más frecuentes. Su espectro de actividad incluye bacterias gram positivas y enterobacterias y bacterias gram negativas no fermentadoras. Además, resulta, activo frente a micro organismos considerados como atípicos. De una forma global se considera que levofloxacino es entre dos y cuatro veces más potente que ofloxacino (57).

Es una de las fluoroquinolonas más modernas y es el levoisómero de la ofloxacina D,L-racemato. In vitro, es significativamente más activo que

el isómero D y es activo frente a bacterias Gram-positivas, anaerobios y microorganismos atípicos (58).

13. Metronidazol

El metronidazol, un fármaco que se ha encontrado que es efectivo solo contra microorganismos anaerobios, se recomienda para el tratamiento de infecciones primarias de la pulpa dental, que están compuestas predominantemente por dichos microorganismos (59).

Utilizado con éxito durante los últimos 30 años para tratar una variedad de infecciones causadas por bacterias y protozoos anaerobios, el medicamento se usa ampliamente para tratar una variedad de infecciones humanas, incluidas la tricomoniasis, la giardiasis y la amebiasis. La dosis aplicada es de 500-750 mg cada 6-12 horas, o 45 mg/kg/día en niños durante 3 días (42)(60)

14. Penicilina G

La penicilina es un antibiótico, por lo que mata las bacterias y evita que crezcan. Es eficaz contra muchas bacterias que causan muchas enfermedades, como el neumococo, el estreptococo, la gonorrea, el meningococo, el clostridium tetani y las espiroquetas. Los dos últimos causan tétanos y sífilis respectivamente (61).

Actúa inhibiendo la síntesis de las paredes celulares bacterianas. Su efectividad depende de la capacidad de la molécula para unirse a las proteínas fijadoras de penicilina (PBP) como las transpeptidasas, carboxipeptidasas y endopeptidasas ubicadas en la membrana interna de la pared bacteriana (61).

En particular, la penicilina G tiene un grupo bencilo como rama y, por lo tanto, también se llama bencilpenicilina. Aunque este grupo bencilo proporciona mayor estabilidad a la molécula, no evita que sea atacada por enzimas como la β -lactamasa, que pueden romper el anillo de β -lactama y provocar la pérdida de actividad antimicrobiana (61).

15. Penicilina V

La penicilina V es un miembro de la familia de las penicilinas que exhibe propiedades antibióticas de amplio espectro. La penicilina V se une a las proteínas de unión a penicilina (PBP), las enzimas que catalizan la síntesis de peptidoglicano, que es un componente fundamental de la pared celular bacteriana. Esto conduce a la interrupción de la síntesis de la pared celular, lo que conduce en consecuencia a la inhibición del crecimiento celular bacteriano y la lisis celular. La penicilina V se une e inactiva las proteínas de unión a penicilina (PBP), enzimas ubicadas en la membrana interna de la pared celular bacteriana, lo que provoca el debilitamiento de la pared celular bacteriana y la lisis celular. Las PBP participan en las etapas terminales del ensamblaje de la pared celular bacteriana y en la remodelación de la pared celular durante la división celular. La inactivación de las PBP interfiere con el entrecruzamiento de las cadenas de peptidoglicano necesarias para la fortaleza y rigidez de la pared celular bacteriana (61).

La penicilina V potásica se usa para tratar ciertas infecciones causadas por bacterias, como la neumonía y otras infecciones de las vías respiratorias, la escarlatina y las infecciones del oído, la piel, las encías, la boca y la garganta. También se usa para prevenir la reaparición de la fiebre reumática (una afección grave que puede desarrollarse después de una faringitis estreptocócica o escarlatina y puede causar inflamación de las válvulas cardíacas y otros síntomas) (61).

2.2.2.6. Mecanismos de acción de los antibióticos

Los antibióticos se usan más comúnmente en la práctica dental como agentes profilácticos para el manejo preventivo, además, los antibióticos se utilizan para procesos terapéuticos en los casos en que las infecciones de la boca, los tejidos duros y blandos, como los dientes y las encías, no pueden ser controlado por desbridamiento local y puede extenderse a órganos distantes y por lo tanto requieren terapia suplementaria (62).

Uno de los resultados del uso generalizado de antibióticos ha sido la aparición de patógenos resistentes a los antibióticos, fenómeno que constituye una amenaza para el tratamiento exitoso de infecciones y enfermedades, por lo tanto, los mecanismos de resistencia es importante recordar que los antibióticos se clasifican según su mecanismo de acción:

- Agentes que inhiben la síntesis de células bacterianas, paredes (por ejemplo, penicilinas y cefalosporinas)
- Agentes que interfieren con la membrana celular del microorganismo, afectando la permeabilidad (Algunos agentes antifúngicos)
- Fármacos que inhiben la síntesis de proteínas al afectar la función de las subunidades ribosómicas 30S o 50S (tetraciclinas, macrólidos y clindamicina)
- Fármacos que bloquean pasos metabólicos importantes de los microorganismos (sulfonamidas y trimetoprima)
- Fármacos que interfieren en la síntesis de ácidos nucleicos: (metronidazol y quinolonas) (25).

La resistencia a los antimicrobianos se puede clasificar en 3 grupos: intrínsecos, mutacionales y adquiridos resistencia.

- *La resistencia intrínseca*, se refiere a una resistencia inherente resistencia a un antibiótico que se produce naturalmente característica del microorganismo, por ejemplo, ciertas bacterias orales como muchos estreptococos carecen de la nitroreductasas necesarias para convertir Metronidazol a sus metabolitos activos (25).
- *Resistencia mutacional*, es debido a una mutación cromosómica espontánea que produce una población bacteriana alterada genéticamente que es resistente al fármaco, las mutaciones son el resultado de cambios de una sola base de nucleótidos puede resultar en resistencia, como ha sido bien documentado para amino-glucósidos y para rifampicina (25).

- *La resistencia adquirida*, se refiere a la horizontal adquisición de otro microorganismo de una genética elemento que codifica la resistencia a los antibióticos, este proceso puede ocurrir por transducción, transformación o conjugación, la transducción es un proceso por el cual el ADN exógeno se transfiere de una bacteria a otro por la intervención de un bacteriófago, mientras que la transformación es el proceso por el cual, las bacterias adquieren segmentos de ADN que son libres (25).

2.2.2.7. Antibioticoterapia en odontología

En odontología, los antibióticos se utilizan normalmente para la profilaxis o tratamiento de infecciones bacterianas por un tiempo más corto que el que se usa en la mayoría de especialidades médicas, pues en la rutina clínica del cirujano dentista la intervención profesional es el factor más importante para controlar infecciones, limitar el número de interacciones con otros medicamentos, ya que muchas de ellas dependerán de la dosis o período de administración (25).

Terapéuticamente en odontología, la intervención antibiótica se utiliza limitadamente para ayudar a tratar infecciones, donde el drenaje o el desbridamiento es imposible, ya que se indica un objetivo profiláctico para prevenir infecciones, como la endocarditis bacteriana y la diseminación local o sistémica de la infección, por ende, el uso correcto de los antibióticos es de gran importancia, y para esto es necesario para que el dentista pueda recetar un antibiótico, la clave para usar estas sustancias es saber cuándo recetar estos agentes y elegir qué agente, o combinación de agentes, utilizar, la necesidad y elección de agente antimicrobiano debe guiarse por la situación clínica del paciente (63).

2.2.2.8. Principios básicos del uso de los antibióticos en odontología

El uso de antibióticos por parte de los odontólogos tiene una serie de especificidades, de hecho, la prescripción de antibióticos es empírica, es decir, el médico no sabe cuál fue el microorganismo que provocó la infección, porque no hay necesidad de cultivo de pus o exudado,

generalmente según los datos clínicos y epidemiológicos de la bacteria, sospechar la bacteria responsable del proceso infeccioso y decidir el tratamiento sobre una base putativa basada en un razonamiento probabilístico (64).

El llegar a emplear los antibióticos en la práctica odontológica, ocurre dos acontecimientos que cada una de ellas demuestran diferencia de acuerdo a la prevención o en los tratamientos de las infecciones:

- **Profilaxis en las infecciones:** Incluye el uso de antibióticos en pacientes sin evidencia de infección para prevenir la colonización bacteriana y sus complicaciones postoperatorias, el uso profiláctico dental de antibióticos puede prevenir áreas intervencionistas (cirugía periodontal, corona prolongada, etc.) o para prevenir infecciones a distancia, en prono (64).
- **Profilaxis quirúrgica:** El uso de antibióticos para prevenir la infección de la herida quirúrgica parece ser eficaz con una razonable relación riesgo/beneficio, solo en cirugía limpia (cirugía a corazón abierto, reconstrucción de grandes vasos, implante de prótesis ortopédicas), cuando el riesgo de infección es lejano, pero con graves consecuencias. Los antibióticos quirúrgicos se utilizan: para evitar la contaminación del campo estéril; cuando las infecciones ocurren en lugares distantes, se asocian con alta mortalidad; también se utiliza en el proceso de implantación de material protésico (64).

a. Los antibióticos en las practicas dentales

Los profesionales de la salud que prescriben, no deben subestimar su contribución en los antibióticos recetados en un entorno dental, los odontólogos deben ser poderosos defensores del cambio desafiando las actitudes prevalecientes hacia el uso de antibióticos para la contribución de toda una sociedad sin limitar el papel del odontólogo y exacerbando la resistencia, la prevención es central para el control de enfermedades en la odontología moderna, por lo tanto, los odontólogos están bien posicionados para aceptar los diferentes desafíos de la resistencia a los antibióticos (63), procediendo por los siguientes lineamientos:

- Obtener un diagnóstico preciso antes de prescribir
- Usar el antibiótico apropiado para la infección que se presenta guiado por microbiología
- Usar el antibiótico de espectro más estrecho disponible

Por lo tanto, hay varias estrategias que se pueden considerar para mejorar el uso responsable de antibióticos en odontología, tales como:

- Revisión periódica de las pautas de profilaxis antibiótica
- Mayor exposición a programas de administración ya establecidos
- Programas de administración personalizados (con aportes de especialistas en enfermedades infecciosas) para educar a todos los odontólogos sobre la resistencia, esto permite que las prácticas establezcan una política en torno a la prescripción que luego proporcionará un marco para las conversaciones con pacientes, esto asegura que todos los profesionales transmitan el mismo mensaje sobre uso de antibióticos a los pacientes.
- Programas de administración para el paciente dental (carteles, folletos educativos para el paciente) para comprender las consecuencias del uso innecesario de antibióticos.
- Están obligado a actualizar los odontólogos en llegar a poner énfasis en la prescripción de antibióticos como parte del ciclo de educación continua (64).

2.2.2. Infecciones odontogénicas

2.2.2.1. Definición

Las infecciones dentales son un grupo de enfermedades causadas por ciertas bacterias en la placa subgingival. Se encuentran en las estructuras de soporte de las encías y los dientes, como los ligamentos y el hueso alveolar (65).

2.2.2.2. Clasificación

Entre las formas clínicas de las infecciones odontogénicas está la caries, que es la destrucción del esmalte dental por el proceso ácido producto de la fermentación de carbohidratos. Es asintomática hasta que alcanza

tejidos profundos (pulpitis) y es causante de intenso dolor; la pericoronaritis, que es la infección del tejido que recubre la corona dental erupcionado; la gingivitis producto del acumulo de placa dental; la periodontitis, la cual se debe al proceso inflamatorio de la gingivitis y destruye estructuras fijas del diente; las enfermedades periodontales necrosantes como la Gingivitis Ulcerativa Necrótica (GUN), Periodontitis Ulcerativa Necrótica (PUN) y Estomatitis Necrosante (EN); la mucositis periimplantaria debido a la inflamación de las encías periimplante por placa dental; la peririmplantitis causado por la inflamación destructiva en el implante; los abscesos periodontales, infección purulenta en tejidos periodontales, de las cuales se identifican el absceso gingival, periapical, periodontal y periocoronal; y la celulitis odontogénica que afecta espacios cervicofaciales y afecta el estado general del organismo (66)(67). Una de las infecciones graves, producto de la celulitis, es la angina de Ludwig debido a su progresiva oclusión de la vía aérea. Los criterios de hospitalización son disnea, trismus intenso, odinofagia; espasmos primarios y secundarios; fiebre superior a 38°C y cefalea (68)(69).

2.2.2.3. Microorganismos

Las infecciones odontogénicas son polimicrobianas, es decir, son producto de la interacción de varias bacterias en una determinada zona. La caries dental es causada por *Streptococcus mutans* y *Actinomyces*. y *Lactobacillus*. La evolución del proceso de pulpitis supone un cambio en las bacterias involucradas, predominando *Peptostreptococcus microbiota*, *Porphyromonas endodontica*, *Prevotella intermedius*, *Prevotella melanogenes* y *Fusobacterium nucleatum*. Otro apartado es la enfermedad periodontal, que se ocupa básicamente de los tejidos que dan soporte a los dientes. En los casos de gingivitis, las bacterias asociadas a estas enfermedades fueron principalmente *Campylobacter recti*, *Actinomyces*, *Pseudomonas intermedius* y *Streptococcus anginae*, mientras que en los casos de periodontitis encontramos *Porphyromonas gingivalis* *Forsythium*, *Actinobacillus actinomyces*,

Pseudomonas intermedia y *Clostridium nucleatum*. Finalmente, bacterias como *P. micros*, *P. gingivalis* y *Fusobacterium spp* predominaron en aquellos pacientes con infecciones asociadas al proceso eruptivo (pericoronitis) (68)(69).

2.2.2.4. Mecanismos de infección

En la caries dental, la población bacteriana dominante depende de un evento inicial, como la invasión de la superficie del diente por especies presentes en la placa subgingival o en la saliva. La tasa de progresión de la lesión dependerá de la prevalencia de bacterias productoras de ácido y de la ingesta de carbohidratos en la dieta. La necesidad de nuevos recursos nutricionales permite que las bacterias proteolíticas migren cerca de la pulpa durante las etapas finales de la caries. Así, debido a esta translocación bacteriana (hacia los túbulos dentinarios, desde donde pueden regresar a la placa), la composición y el potencial patogénico de la infección dental está determinada por estos eventos iniciales en la lesión dental (69).

La gingivitis se trata con un proceso de desbridamiento. Para la periodontitis, una gran cantidad de bacterias habitan en la superficie de la raíz y en la placa, lo que conduce a la selección de patógenos periodontales después del desbridamiento, junto con la dificultad de controlar la "biopelícula" como la placa, lo que puede conducir a una tasa de fracaso de alrededor del 20 %. después del tratamiento mecánico. Este 80% de efectividad está bien establecido, por lo que es difícil cambiar este tratamiento mecánico, aunque ciertos microbios se asocian estadísticamente con síntomas (mayor profundidad de bolsa y hemorragia) y el tratamiento específico para estas especies anaerobias es efectivo. Estos hechos sugieren que la mayoría de las periodontitis son infecciones crónicas e idiosincrásicas que pueden necesitar ser tratadas con raspado de la raíz y ciclos juiciosamente cortos de antibióticos (a diferencia de los anaerobios idiopáticos) en lugar de simplemente tratar. Tratamiento mecánico de la acumulación de placa. El absceso periodontal se presenta con mayor frecuencia en pacientes

con periodontitis, y la flora patógena es la misma, mientras que la pericoronitis es una infección mixta, manifestada por bacterias microaerófilas como actinomicetos, bacterias anaerobias como Prevotella y estreptococos, etc. Bacterias aerobias (70).

2.2.2.5. Infecciones de origen odontogénico

Más de 600 especies bacterianas están presentes en la cavidad bucal humana y pueden residir en biopelículas de placa por encima y por debajo del margen gingival, mostrando diversidad en una variedad de condiciones clínicas periodontales (66). A continuación, se presentan las principales infecciones de origen odontogénico:

1. Pulpitis

La pulpitis es un proceso inflamatorio en la pulpa (haz neurovascular) y los conductos radiculares del diente. La corona dental contiene una cámara pulpar de cavidad, donde se encuentra el plexo de vasos sanguíneos, tejido conectivo y terminaciones nerviosas. Todo esto en conjunto forma la pulpa, cuya función principal es nutrir las partes coronal y radicular. Bajo la influencia de factores provocadores, se produce hiperemia pulpar. Muy a menudo, esto es causado por caries en una etapa avanzada. Debido a la derrota de la corona, los tejidos blandos quedan expuestos y se produce una inflamación serosa primaria (el llamado tipo inicial). En ausencia de un tratamiento oportuno, la enfermedad se vuelve más grave y puede tener consecuencias irreversibles. La pulpitis de los dientes primarios y permanentes tiene muchas similitudes con otras patologías, por lo tanto, el autodiagnóstico en la mayoría de los casos es ineficaz. (71)

2. Pericoronaritis

La pericoronitis se ha identificado como un proceso infeccioso agudo asociado con el tejido blando que rodea la corona de un diente impactado (tercer molar mandibular, vertical, inclinado distalmente, cerca o en el plano del diente). más amenudo). Es el accidente mucoso más frecuente y suele aparecer en la segunda y tercera décadas de la

vida. Actualmente, la etiología más aceptada es la invasión microbiana del saco pericoronal que rodea la corona impactada, donde existen las condiciones ideales para el crecimiento bacteriano, que puede ser facilitado por estímulos traumáticos. La pericoronitis puede desarrollarse a través de diferentes manifestaciones: pericoronitis aguda congestiva o serosa, pericoronitis aguda supurativa y pericoronitis crónica; si no se trata adecuadamente, esta condición puede causar una complicación grave, que puede volver a ocurrir hasta que la corona del diente retenido se afloje por completo (72).

3. Periodontitis

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria causada por la biopelícula oral (placa) y se caracteriza por la pérdida de unión del tejido conectivo y la pérdida del hueso de soporte. Los principales factores de riesgo son: microorganismos del biofilm, genética y factores ambientales como el tabaquismo. También se ve afectado por enfermedades sistémicas como la diabetes y la osteoporosis (73).

En el caso de la periodontitis, tanto la periodontitis agresiva como la crónica resultan del crecimiento excesivo de patógenos periodontales putativos en la placa subgingival, seguido de una respuesta inmune inflamatoria del huésped (74).

La periodontitis agresiva es un tipo especial de periodontitis y sus características clínicas son obviamente diferentes a las de la periodontitis crónica. El grado de destrucción periodontal puede estar relacionado con la virulencia bacteriana y la susceptibilidad del huésped (38).

4. Gingivitis Ulcerativa Necrótica (GUN)

La gingivitis ulcerosa necrotizante (GUN) es una entidad clínica caracterizada por una infección aguda que se manifiesta por dolor gingival, necrosis de la papila interdental, sangrado espontáneo y convulsiones generalizadas, es una enfermedad que puede presentar una alta tasa de recurrencia (75).

La gingivitis ulcerativa necrotizante se diferencia de otros fenotipos de enfermedad periodontal en que se presenta con necrosis de la papila interdental, sangrado y dolor. La necrosis proximal es blanca y fácil de detectar, aunque la forma, el tamaño y la desalineación de los dientes pueden alterar la forma de la papila. El sangrado por NUG ocurre con poca (o ninguna) provocación. El dolor puede ser la característica principal que lleva al diagnóstico de GUN; la naturaleza del dolor es intensa y es lo que lleva a los pacientes a buscar tratamiento (76)(77)

5. Periodontitis Ulcerativa Necrótica (PUN)

La periodontitis ulcerativa necrosante (NUP) se considera ampliamente como una evolución de la GUN, que afecta al tejido óseo y a las estructuras intermedias, y la falta de tratamiento dirigido a estas entidades evolucionará hacia la estomatitis ulcerosa necrosante (NUE), que afecta tanto a los tejidos dentales como a los tejidos de soporte dental distintos de estructuras, como la mucosa circundante. Estas entidades exhiben signos característicos comunes como hemorragia, ulceración, necrosis papilar, supuración, dolor y mal olor, y están dominadas por un microbiota específico: aquellas asociadas con desencadenantes como el estrés, el tabaquismo, la desnutrición y el alcohol Fusobacterias y espiroquetas (78).

La forma común es localizada pero también puede ser generalizada, con áreas de tejido necrótico rodeadas de tejido sano, sin bolsas periodontales. El dolor generalmente se describe como un dolor de muelas o de huesos profundo que no se resuelve con analgésicos y, a veces, se presenta como un sangrado nocturno espontáneo. Dado que sus características clínicas ya no son reversibles, se considera una extensión de la GUN (77).

6. Estomatitis Necrosante (EN)

El término enfermedad periodontal necrosante se utiliza como una característica común de la gingivitis, la periodontitis y la estomatitis necrosante (79).

Es una enfermedad gangrenosa que puede desarrollarse a partir de GN o NP y afecta los tejidos de la boca, la cara y las vías respiratorias, produciendo úlceras necrosantes destructivas que pueden deformar la boca y la cara (80).

7. Mucositis periimplantaria

La mucositis periimplantaria se define como una forma reversible de estado inflamatorio de los tejidos blandos que rodean los implantes, según (81). La mucositis periimplantaria se considera la etapa inicial de la periimplantitis. Las características más comunes de la mucositis periimplantaria son la presencia de placas blandas y calcificadas, edema mucoso, enrojecimiento e hiperplasia, sangrado y daño del sello mucoso al sondaje, a veces exudado o supuración (microabscesos gingivales) y reabsorción ósea radiográfica (82).

Es una reacción inflamatoria reversible en la que se observa eritema e inflamación de la mucosa periimplantaria con sangrado y/o supuración al sondaje y aumento de la profundidad de sondaje (4-5 mm) (83).

8. Perimplantitis

Es una respuesta inflamatoria del tejido duro y blando que rodea a un implante funcional, que implica la pérdida ósea que eventualmente puede conducir a la pérdida del implante (80). Varios estudios clínicos han demostrado que la periimplantitis puede provocar el fracaso y la pérdida del implante (82).

Este es un proceso inflamatorio que afecta los tejidos blandos y duros que rodean los implantes osteointegrados, lo que resulta en la pérdida del soporte óseo periimplantario, que generalmente se asocia con un aumento de la profundidad de sondaje (> 5 mm) y hemorragia y/o supuración al sondaje. (83)

Las características más comunes de la periimplantitis son: presencia de placa blanda y calcificada, edema y enrojecimiento de los tejidos blandos circundantes, hiperplasia de la mucosa en áreas que carecen de encía queratinizada, sangrado y/o supuración al sondaje y/o palpación,

evidencia radiográfica de reabsorción ósea, movilidad del implante (enfermedad avanzada); el dolor no es muy común, pero a veces está presente (85).

9. Abscesos periodontales

Los abscesos odontogénicos comprenden una gran clase de lesiones infecciosas que se originan en la pulpa dental y el periodonto, rara vez confluyen; los abscesos más comunes surgen de la pulpa. Los abscesos periodontales se asocian con una variedad de signos y síntomas, incluida la inflamación purulenta localizada del tejido periodontal (78)

Los abscesos periodontales ocurren en bolsas periodontales preexistentes; este es un factor importante en la etiología del absceso. En las remisiones espontáneas y parcialmente tratadas, la cicatrización ocurre especialmente en la porción coronal del saco. Mientras las bacterias y los desechos permanezcan en la porción apical de la bolsa, el epitelio puede volver a adherirse a la raíz. A medida que se cierra la porción coronal del saco, se obstruye el drenaje y puede producirse un absceso. Cuanto más profundo, más estrecho o más tortuoso sea el saco, más probable es que se desarrolle un absceso después de una curación parcial (86)

10. Celulitis odontogénica

La celulitis aguda odontogénica generalmente se limita al área general de la mandíbula. El drenaje quirúrgico de pus reducirá la absorción de sustancias tóxicas y permitirá que el paciente se recupere. El momento de la incisión y el drenaje puede ser difícil de determinar, aunque es apropiado un eritema superficial con características típicas de pus cerca de la superficie (87).

La celulitis facial odontogénica se define como una inflamación difusa de los tejidos blandos, que se extiende a través del espacio tisular a múltiples regiones anatómicas o espacios fasciales (88).

La celulitis facial odontogénica es un proceso inflamatorio agudo que se manifiesta de muy diversas formas, con manifestaciones clínicas que

van desde un proceso inocuo bien definido hasta un proceso progresivo y difuso que puede evolucionar hacia complicaciones que llevan a un estado crítico en el paciente en peligro la vida (88)(89).

Múltiples, especialmente pacientes jóvenes, 20-30 años, niños de 6-11 años, también se recomienda ser más frecuente en mandíbula, submandibular y rodilla, estas partes tienen importantes estructuras adyacentes. (88)(90)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Está centrada dentro del método hipotético-deductivo, que es un método investigativo que permite comenzar por la explicación sobre los diferentes hechos o sucesos que pone el énfasis en la teoría para su mejor entendimiento (91).

3.2. Enfoque de la investigación

Cuantitativo, ya que los datos conseguidos son expresados de forma numérica y analizados a través de los métodos estadísticos (92)(93).

3.3. Tipo de investigación

Corresponde a la básica, porque se orienta a ampliar y fortalecer el conocimiento científico mediante la generación de información teórica (94).

3.4. Diseño de la investigación

Recae en el diseño no experimental porque el investigador observa y analiza los fenómenos como ocurren dentro de un contexto natural sin manipular las variables ni intervenir sobre ellas (95).

3.4.1. Corte

Es transversal porque la investigación se desarrolla mediante la recolección de datos en un único momento y tiempo determinado con el objetivo de describir las variables y su comportamiento Sin realizar un seguimiento a largo tiempo (95).

3.4.2. Nivel o alcance

Es descriptivo debido a que este nivel se centra en describir las propiedades de las variables y registrar sus características dentro de un contexto determinado (95).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Es un conjunto de personas que está delimitada y definida por diferentes características y que permiten para delimitar para la elección de la muestra (92).

De lo descrito, la población estará constituida por 562 Odontólogos, de acuerdo a la información proporcionado por el Colegio de Odontólogos-2022 (Anexo 1).

3.5.2. Muestra

Es el sub conjunto de la población, que está representada por un numero específico de los participantes, que contribuirá en lograr los objetivos planteados (97). Esta estimación del tamaño de la muestra fue realizado a través de la muestra finita. Por lo tanto, la muestra estará compuesta por 228 odontólogos.

Procedimiento para el cálculo de la muestra finita

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot N}{E^2 \cdot N + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Reemplazando a la formula

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(562)}{(0.05)^2(562) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 228$$

3.5.3. Muestreo

Se obtuvo por medio de la técnica de muestreo probabilístico aleatorio simple, para muestras finitas, en la cual, la población seleccionada presenta la misma posibilidad de ser parte de la muestra (98).

Criterios de inclusión

- Odontólogos de la ciudad de Juliaca.
- De ambos sexos.
- Que quiera participar en el estudio.
- Que se encuentren ejerciendo de manera habitual.
- Adscritos al Colegio de Odontólogos.

Criterios de exclusión

- Odontólogos que no sean de la ciudad de Juliaca.

- Que no quiera participar en el estudio.
- Que se encuentren ejerciendo de manera habitual.
- No adscritos al Colegio de Odontólogos.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1.

Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Prescripción antibiótica	Es el ejercicio o la experiencia en las prácticas de realizar una prescripción.	La variable se evaluó a través de un cuestionario validado y dirigido a cirujanos dentistas Respecto a la elección y el uso de antibióticos en odontología	Antibióticos prescritos según infección odontogénica	Prescripción según infección odontogénica Tipo de antibiótico	Nominal	Aminoglucósidos Imidazoles Beta lactámicos Inhibidores de betalactamasas Diaminopiridinas Nitromidazol
Características de los Cirujanos Dentistas	Características relacionadas a los Cirujanos Dentistas, tales como género, universidad de egreso, nivel académico y experiencia profesional.	La variable se evaluó mediante Los datos Personales Que se incluyeron en el cuestionario	Género	Tipo de género	Nominal	Masculino Femenino
			Universidad de egreso	Tipo de universidad	Nominal	Universidad pública Universidad privada
			Nivel académico	Grado académico	Ordinal	Bachiller Maestría Doctorado Posdoctorado
			Experiencia profesional	Años de colegiatura	Ordinal	1 a 5 años 6 a 10 años 11 a más años

Nota: Elaboración propia

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Es un conjunto de procedimientos que ayudan a adquirir datos de manera eficiente y rápida (99). Se empleará la siguiente técnica:

- **Encuesta:** Es una técnica diseñada para obtener datos a través de una lista de preguntas descritas para la evaluación de poblaciones identificadas, con el objetivo de identificar e interpretar una serie de características (100). (Anexo 2)

La encuesta es de acuerdo a diversos autores, una de las principales fuentes de recolección de datos para el desarrollo de una investigación, en este caso en específico la encuesta será auto realizada.

3.7.2. Descripción de instrumentos

El instrumento es un cuestionario que fue creado por el autor y está constituido en 2 partes, la primera parte estará referida a los datos generales del cirujano-dentista y en la segunda parte se colocarán 10 ítems en formato de pregunta y su contenido está relacionado a los antibióticos prescritos según el tipo de infección. La evaluación será de forma individual con un tiempo de aplicación de hasta 15 minutos.

En el instrumento serán aplicadas interrogantes relacionadas al tipo de infección odontológica y el antibiótico recetado usando una lista de antibióticos, donde el evaluado colocara su respuesta de acuerdo a su percepción. (Ver anexo 3)

3.7.3. Validación

La validez, es el grado de medición del instrumento que identifica la totalidad si el instrumento cubre adecuadamente el contenido que debe tener con respecto a la variable (101). Para la realización del presente estudio se validó el instrumento de recolección de datos en base al criterio de juicio de expertos, contando con la valoración de 8 expertos, quienes juzgaron la capacidad de éste para la evaluación de las variables que se desean medir.

El juicio de expertos fue realizado mediante la evaluación de cada uno de los ítems utilizando los criterios de claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y

pertinencia, como aspectos de la validación, donde se tienen como características de buena para cada uno de los criterios y un intervalo de evaluación entre 0.70 y 1.00, lo que indica la aprobación del instrumento por parte de los expertos. (Ver anexo 4)

A continuación, se presenta una tabla resumen con los expertos que realizaron la evaluación del instrumento:

Tabla 2.
Expertos evaluadores del instrumento

Nombre	Especialidad
Lujan, Eduardo	Especialista Rehabilitación Oral
Tapia, Augusto	Cirujano Dentista
Pacheco, Alberto	Cirujano Dentista
Zúñiga, Enrique	Cirujano Dentista
Tapia, Rildo	Cirujano Dentista
Cari, Edith	Cirujano Dentista
Villacorta, Mariela	Cirujano Dentista
Coa, Peggy	Especialista en Ortodoncia

Nota: Elaboración propia

3.7.4. Confiabilidad

Está relacionado con la consistencia de una medida, que expresan diferentes propiedades del instrumento (101). Por consiguiente, la confiabilidad del instrumento se realizó basado en una prueba piloto aplicando la encuesta a una muestra de 10 odontólogos presentando un alfa de Cronbach, de 0.924, lo que señala que el instrumento es fiable para su aplicación para la medición de las variables en estudio. (Ver anexo 5)

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Los 228 odontólogos, participantes de la encuesta, serán seleccionados de forma aleatoria. Luego, se coordinará la visita a sus centros de trabajo dentro de su horario laboral. Se realizará la identificación del tesista mostrando el documento pertinente que indica ser alumno de la Universidad Privada Norbert Wiener y se explicará el objetivo de la investigación, donde se consultará su participación. Si la respuesta es afirmativa se entregará el cuestionario para su llenado durante 15 minutos. Posteriormente, la recolección y ordenamiento de datos serán en una hoja de cálculo

de Microsoft Excel, para luego emplear los métodos estadísticos del programa SPSS-26.

3.9. Aspectos éticos

Se ha considerado lo que establece el Código Nacional de Integridad Científica (102) fundamentado en los siguientes principios: a) Integridad, que es una buena práctica en la realización de investigaciones de acuerdo con las pautas establecidas por la comunidad científica; b) Honestidad intelectual, con respecto a las citas y referencias extraídas de diferentes procedimientos científicos utilizando las citas bajo la normativa Vancouver, c) Evitándose factores subjetivos; d) Veraz, imparcial y responsable, los resultados se extraerán sin revelar ninguna intención de proteger los derechos y el bienestar de los participantes, teniendo en cuenta los diferentes protocolos correspondientes al área de estudio; Finalmente e) Transparencia, sin intereses financieros o de otro tipo involucrados.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

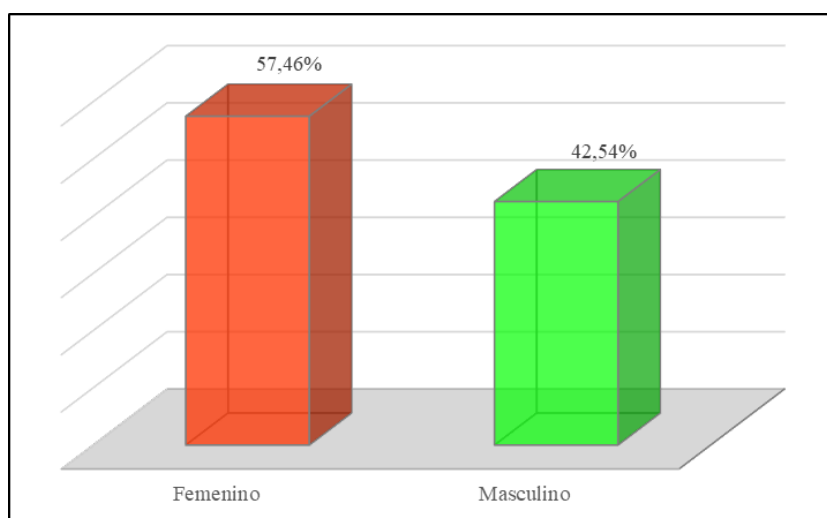
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS

Sexo	Cantidad	%
Femenino	131	57,46%
Masculino	97	42,54%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

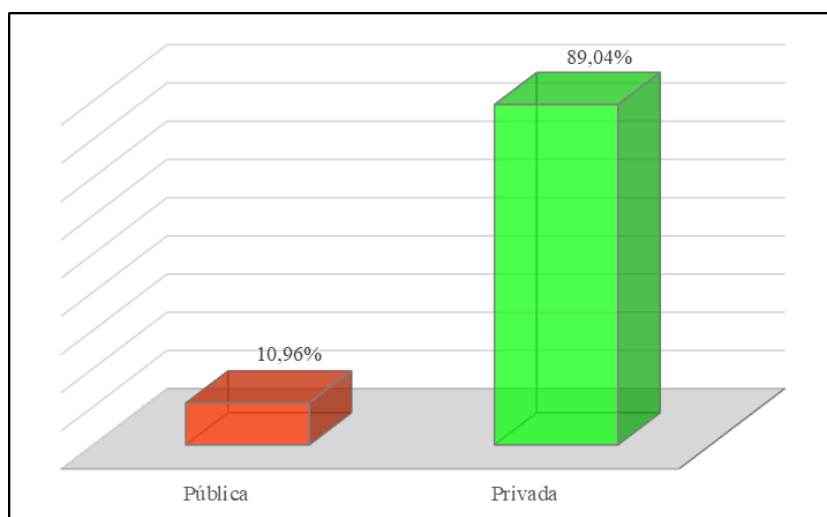
El análisis de la tabla 3 y figura 1 revelan la distribución por sexo de los cirujanos dentistas encuestados, evidenciando una casi equitativa representación de género en la muestra. De los 228 participantes, el 57,46% son mujeres, totalizando 131 cirujanas dentistas, mientras que el 42,54% son hombres, contabilizando 97 cirujanos dentistas. Este equilibrio de género en la profesión sugiere una creciente diversidad de género en el campo de la odontología, lo que puede tener implicaciones significativas en términos de perspectivas, enfoques y experiencias en el ejercicio de la profesión.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS

Tipo de universidad	Cantidad	%
Pública	25	10,96%
Privada	203	89,04%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

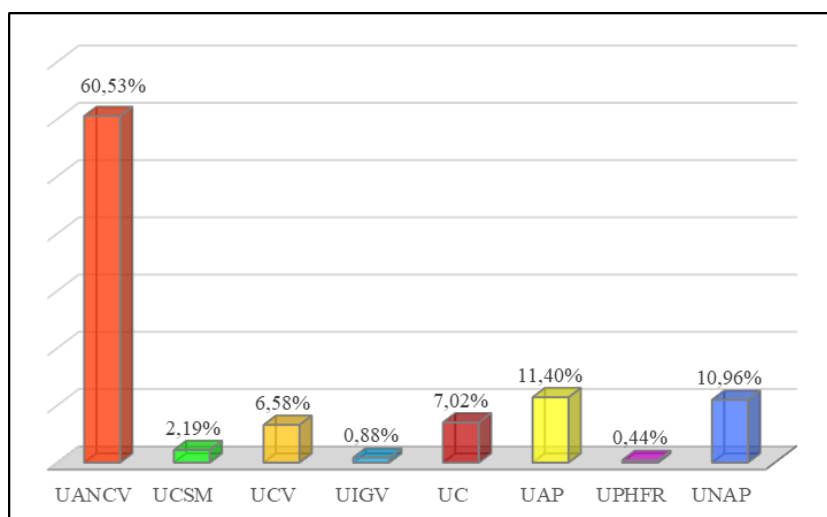
La tabla 4 y figura 2 ofrecen una visión detallada de la formación académica de los cirujanos dentistas encuestados, centrándose en el tipo de universidad de la cual egresaron. Los resultados indican una marcada disparidad en la distribución, con un 89,04% de los encuestados graduándose de universidades privadas, mientras que solo el 10,96% obtuvo su título de una institución pública.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN POR UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS

Universidad de egreso	Cantidad	%
UANCV	138	60,53%
UCSM	5	2,19%
UCV	15	6,58%
UIGV	2	0,88%
UC	16	7,02%
UAP	26	11,40%
UPHFR	1	0,44%
UNAP	25	10,96%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN POR UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

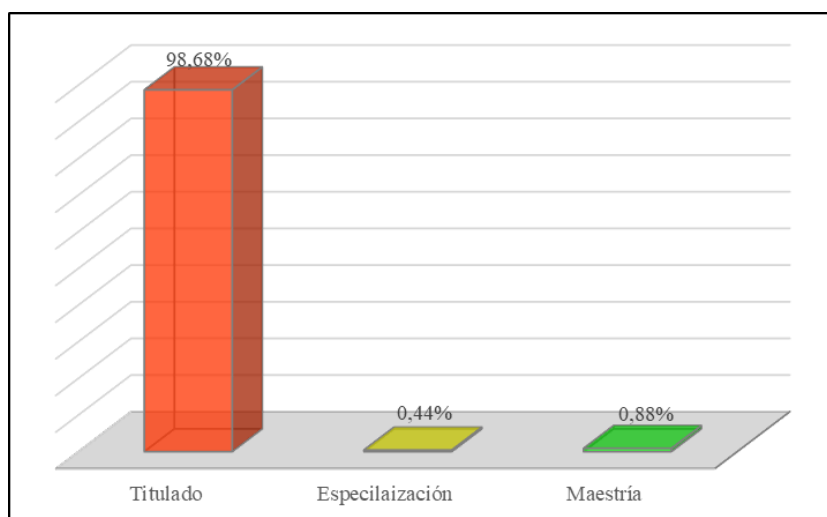
La tabla 5 y figura 3 presentan la distribución por universidad de egreso de los cirujanos dentistas encuestados, proporcionando una visión detallada de las instituciones educativas que contribuyeron a la formación de estos profesionales. Entre las universidades mencionadas, la UANCV (Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez) emerge como la principal fuente de graduados, representando el 60,53% del total de encuestados, seguida por la UAP (Universidad Alas Peruanas) con un 11,40%. Por otro lado, algunas universidades muestran una presencia más modesta, como la UIGV (Universidad Inca Garcilaso de la Vega) con un 0,88% y la UPHFR (Universidad Peruana Honorio Delgado Espinoza) con un 0,44%.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN POR GRADO ACADÉMICO DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS

Grado académico	Cantidad	%
Titulado	225	98,68%
Especialización	1	0,44%
Maestría	2	0,88%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN POR GRADO ACADÉMICO DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

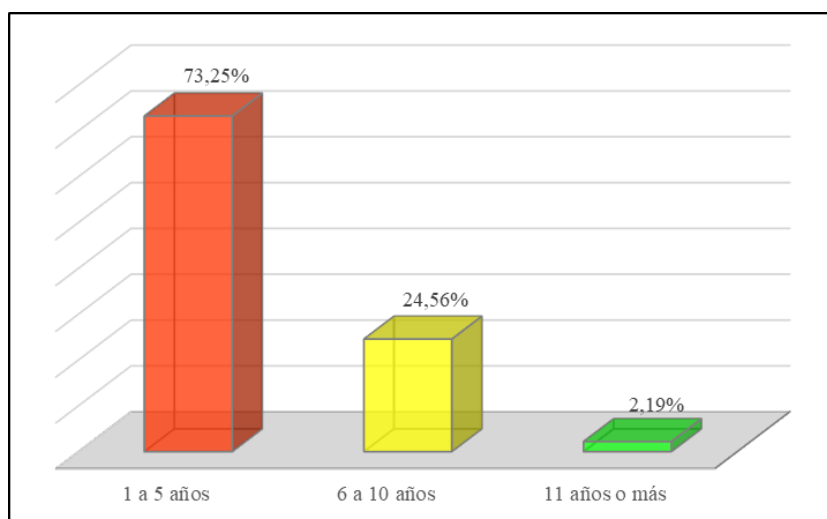
La tabla 6 y figura 4 detallan la distribución por grado académico de los cirujanos dentistas encuestados, ofreciendo una visión integral de su nivel educativo. Predominantemente, el 98,68% de los encuestados son titulados, señalando la etapa inicial de su formación profesional. El 0,88% ha alcanzado el nivel de Maestría, indicando un nivel educativo más avanzado y un compromiso con el desarrollo académico continuo. Además, un reducido 0,44% ha obtenido la especialización en el campo odontológico.

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE EXPERIENCIA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS

Años de experiencia	Cantidad	%
1 a 5 años	167	73,25%
6 a 10 años	56	24,56%
11 años o más	5	2,19%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE EXPERIENCIA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La tabla 7 y figura 5 presentan la distribución por años de experiencia de los cirujanos dentistas encuestados, proporcionando una perspectiva sobre la trayectoria profesional de la muestra. La mayoría de los encuestados, un 73,25%, tiene entre 1 y 5 años de experiencia, lo que sugiere que una proporción significativa se encuentra en las etapas iniciales de sus carreras. El grupo siguiente, con un 24,56%, tiene entre 6 y 10 años de experiencia, indicando una consolidación en el campo odontológico y posiblemente un mayor nivel de experiencia. Por último, el 2,19% de los encuestados tiene 11 años o más de experiencia, señalando una presencia más establecida y probablemente con un conocimiento más profundo en la práctica dental.

4.1.2. Objetivo específico 1

**TABLA 8. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS
ENCUESTADOS SEGÚN SEXO**

Prescripción antibiótica	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	f	%	f	%	f	%
Amicacina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Amoxicilina	42	18,42%	31	13,60%	73	32,02%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	16	7,02%	7	3,07%	23	10,09%
Azitromicina	0	0,00%	3	1,32%	3	1,32%
Cefalexina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ceftriaxona	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ciprofloxacino	1	0,44%	0	0,00%	1	0,44%
Claritromicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Clindamicina	35	15,35%	16	7,02%	51	22,37%
Eritromicina	1	0,44%	0	0,00%	1	0,44%
Gentamicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Levofloxacino	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Metronidazol	6	2,63%	12	5,26%	18	7,89%
Penicilina G	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Penicilina V	0	0,00%	2	0,88%	2	0,88%
No requiere PM	30	13,16%	26	11,40%	56	24,56%
Total	131	57,46%	97	42,54%	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

El análisis de la tabla 8, que presenta la prescripción de antibióticos por cirujanos dentistas según el sexo, revela que la amoxicilina es el antibiótico más comúnmente prescrito, representando el 32,02% del total de prescripciones. De estos, un 18,42% corresponde a mujeres y un 13,60% a hombres. La clindamicina es el segundo antibiótico más frecuente, con un 22,37% del total, donde un 15,35% son mujeres y un 7,02% hombres. Es destacable que ciertos antibióticos como la amikacina, la cefalexina, y la ceftriaxona no son prescritos por ninguno de los sexos.

Adicionalmente, se observa que un 24,56% de los encuestados indican que no requieren prescripción médica, con una ligera mayor proporción de mujeres (13,16%) frente a hombres (11,40%). Otros antibióticos como el metronidazol y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico también muestran una prescripción significativa, aunque en menor proporción (7,89% y 10,09% respectivamente). En general, la distribución de prescripción entre mujeres y hombres sigue una tendencia donde las mujeres tienden a prescribir ligeramente más antibióticos que los hombres.

4.1.3. Objetivo específico 2

TABLA 9. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS SEGÚN TIPO DE UNIVERSIDAD DE EGRESO

Prescripción antibiótica	Tipo de universidad				Total	
	Pública		Privada			
	f	%	f	%	f	%
Amicacina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Amoxicilina	9	3,95%	64	28,07%	73	32,02%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	2	0,88%	21	9,21%	23	10,09%
Azitromicina	0	0,00%	3	1,32%	3	1,32%
Cefalexina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ceftriaxona	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ciprofloxacino	0	0,00%	1	0,44%	1	0,44%
Claritromicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Clindamicina	4	1,75%	47	20,61%	51	22,37%
Eritromicina	1	0,44%	0	0,00%	1	0,44%
Gentamicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Levofloxacino	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Metronidazol	3	1,32%	15	6,58%	18	7,89%
Penicilina G	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Penicilina V	0	0,00%	2	0,88%	2	0,88%
No requiere PM	6	2,63%	50	21,93%	56	24,56%
Total	25	10,96%	203	89,04%	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

El análisis de la tabla 9 indica una notable diferencia en la prescripción de antibióticos entre los cirujanos dentistas egresados de universidades públicas y privadas. Los egresados de universidades privadas representan el 89,04% del total de prescripciones, mientras que los de universidades públicas solo el 10,96%. La amoxicilina es el antibiótico más comúnmente prescrito, con un 32,02% del total, siendo mucho más prevalente entre los egresados de universidades privadas (28,07%) en comparación con los de universidades públicas (3,95%).

Otros antibióticos como la clindamicina y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico también muestran una mayor prescripción por parte de los egresados de universidades privadas, con un 20,61% y un 9,21% respectivamente, frente al 1,75% y 0,88% de los egresados de universidades públicas. Además, un 24,56% de los dentistas indican que no requieren prescripción médica, siendo esta decisión más frecuente entre los egresados de universidades privadas (21,93%) en comparación con los de universidades públicas (2,63%). Este patrón sugiere que la formación académica y el tipo de universidad de egreso pueden influir significativamente en las prácticas de prescripción de antibióticos entre los cirujanos dentistas.

TABLA 10. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS SEGÚN UNIVERSIDAD DE EGRESO

Prescripción antibiótica	Universidad																Total	
	UANCV		UCSM		UCV		UIGV		UC		UAP		UPHFR		UNAP			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Amicacina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Amoxicilina	53	23,25%	0	0,00%	2	0,88%	0	0,00%	3	1,32%	5	2,19%	1	0,44%	9	3,95%	73	32,02%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	16	7,02%	1	0,44%	1	0,44%	0	0,00%	1	0,44%	2	0,88%	0	0,00%	2	0,88%	23	10,09%
Azitromicina	1	0,44%	0	0,00%	1	0,44%	0	0,00%	1	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,32%
Cefalexina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ceftriaxona	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ciprofloxacino	1	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,44%
Claritromicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Clindamicina	27	11,84%	0	0,00%	3	1,32%	2	0,88%	2	0,88%	13	5,70%	0	0,00%	4	1,75%	51	22,37%
Eritromicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,44%	1	0,44%
Gentamicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Levofloxacino	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Metronidazol	10	4,39%	2	0,88%	1	0,44%	0	0,00%	1	0,44%	1	0,44%	0	0,00%	3	1,32%	18	7,89%
Penicilina G	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Penicilina V	1	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,88%
No requiere PM	29	12,72%	2	0,88%	7	3,07%	0	0,00%	8	3,51%	4	1,75%	0	0,00%	6	2,63%	56	24,56%
Total	138	60,53%	5	2,19%	15	6,58%	2	0,88%	16	7,02%	26	11,40%	1	0,44%	25	10,96%	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La tabla 10 muestra la prescripción de antibióticos por cirujanos dentistas según la universidad de egreso, revelando variaciones significativas entre diferentes instituciones. Los egresados de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez (UANCV) destacan notablemente, representando el 60,53% del total de prescripciones. En este grupo, la amoxicilina es el antibiótico más frecuentemente prescrito, con un 23,25%, seguido de la clindamicina con un 11,84%. Esto contrasta con otras universidades, donde la prescripción de amoxicilina es mucho menor, como en la Universidad Católica de Santa María (UCSM) y la Universidad Inca Garcilaso de la Vega (UIGV), que no reportan prescripciones de este antibiótico.

Además, la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico y el metronidazol son prescritos principalmente por egresados de la UANCV y en menor proporción por egresados de otras universidades. La opción de no requerir prescripción médica también varía, siendo más común entre los egresados de la UANCV (12,72%) y menos frecuente en universidades como la UCSM (0,88%) y la UIGV (0,00%). Este análisis sugiere que la universidad de egreso puede influir significativamente en las decisiones de prescripción de antibióticos, reflejando posiblemente diferencias en la formación y las guías clínicas impartidas por cada institución.

4.1.4. Objetivo específico 3

TABLA 11. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS SEGÚN GRADO ACADÉMICO

Prescripción antibiótica	Grado académico						Total	
	Titulado		Especialización		Maestría			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Amicacina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Amoxicilina	72	31,58%	0	0,00%	1	0,44%	73	32,02%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	23	10,09%	0	0,00%	0	0,00%	23	10,09%
Azitromicina	3	1,32%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,32%
Cefalexina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ceftriaxona	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ciprofloxacino	1	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,44%
Claritromicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Clindamicina	51	22,37%	0	0,00%	0	0,00%	51	22,37%
Eritromicina	1	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,44%
Gentamicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Levofloxacino	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Metronidazol	17	7,46%	0	0,00%	1	0,44%	18	7,89%
Penicilina G	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Penicilina V	2	0,88%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,88%
No requiere PM	55	24,12%	1	0,44%	0	0,00%	56	24,56%
Total	225	98,68%	1	0,44%	2	0,88%	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La tabla 11 muestra la prescripción de antibióticos entre cirujanos dentistas según su grado académico, destacando que la gran mayoría de las prescripciones provienen de profesionales titulados (98,68%). La amoxicilina es el antibiótico más comúnmente prescrito (32,02%), seguida por la clindamicina (22,37%) y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (10,09%). La prescripción de estos antibióticos es casi exclusivamente realizada por titulados, ya que aquellos con especialización o maestría prácticamente no reportan prescripciones. Además, un porcentaje significativo de profesionales titulados (24,12%) indica que no se requiere prescripción médica, en contraste con los escasos porcentajes de quienes tienen especialización (0,44%) y maestría (0,00%). Esto sugiere que el grado académico podría influir en las decisiones de prescripción de antibióticos, con los titulados mostrando una mayor tendencia a prescribir estos medicamentos en comparación con sus colegas más avanzados académicamente. Esta tendencia podría reflejar diferencias en la experiencia clínica y en la adherencia a protocolos de tratamiento basados en la educación y formación continuada.

4.1.5. Objetivo específico 4

TABLA 12. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA

Prescripción antibiótica	Años de experiencia						Total	
	1 a 5 años		6 a 10 años		11 años o más			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Amicacina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Amoxicilina	50	21,93%	22	9,65%	1	0,44%	73	32,02%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	17	7,46%	6	2,63%	0	0,00%	23	10,09%
Azitromicina	1	0,44%	2	0,88%	0	0,00%	3	1,32%
Cefalexina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ceftriaxona	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ciprofloxacino	1	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,44%
Claritromicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Clindamicina	32	14,04%	18	7,89%	1	0,44%	51	22,37%
Eritromicina	1	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,44%
Gentamicina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Levofloxacino	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Metronidazol	11	4,82%	5	2,19%	2	0,88%	18	7,89%
Penicilina G	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Penicilina V	1	0,44%	1	0,44%	0	0,00%	2	0,88%
No requiere PM	53	23,25%	2	0,88%	1	0,44%	56	24,56%
Total	167	73,25%	56	24,56%	5	2,19%	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La tabla 12 revela que la mayoría de las prescripciones de antibióticos por cirujanos dentistas provienen de aquellos con 1 a 5 años de experiencia, representando el 73,25% del total. La amoxicilina es el antibiótico más comúnmente prescrito en este grupo (21,93%), seguido por la clindamicina (14,04%) y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (7,46%). En comparación, los dentistas con 6 a 10 años de experiencia y más de 11 años muestran una menor proporción de prescripciones, destacándose la amoxicilina en ambos grupos, aunque en menor porcentaje (9,65% y 0,44%, respectivamente).

Además, un 24,56% del total de los dentistas indicaron que no requieren prescripción médica, siendo esta decisión predominante entre aquellos con 1 a 5 años de experiencia (23,25%). Esto sugiere que los dentistas más jóvenes tienden a prescribir antibióticos más frecuentemente que sus colegas más experimentados, lo cual podría reflejar una mayor cautela o adherencia a protocolos más recientes en su formación. La prescripción de antibióticos específicos como el metronidazol y la azitromicina también disminuye con la experiencia, sugiriendo un posible cambio en las prácticas clínicas conforme los profesionales adquieren más años de ejercicio.

4.1.6. Objetivo específico 5

**TABLA 13. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS
ENCUESTADOS PARA EL PROCESO DE PULPITIS**

Pulpitis	Cantidad	%
Amicacina	0	0,00%
Amoxicilina	29	12,78%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	2	0,88%
Azitromicina	0	0,00%
Cefalexina	0	0,00%
Ceftriaxona	2	0,88%
Ciprofloxacino	3	1,32%
Claritromicina	0	0,00%
Clindamicina	1	0,44%
Eritromicina	0	0,00%
Gentamicina	0	0,00%
Levofloxacino	0	0,00%
Metronidazol	7	3,08%
Penicilina G	0	0,00%
Penicilina V	0	0,00%
No requiere PM	183	80,62%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La tabla 13 muestra que la gran mayoría de los cirujanos dentistas encuestados (80,62%) considera que no se requiere prescripción médica de antibióticos para el tratamiento de la pulpitis. Entre los que sí prescriben antibióticos, la amoxicilina es la más común, representando el 12,78% de las prescripciones, seguida por el metronidazol (3,08%) y el ciprofloxacino (1,32%).

Estas cifras indican una clara tendencia a evitar el uso de antibióticos en el manejo de la pulpitis, reflejando quizás una mayor conciencia sobre el uso racional de antibióticos para evitar la resistencia bacteriana. La prescripción de otros antibióticos como amoxicilina con ácido clavulánico, ceftriaxona, y clindamicina es muy baja, cada una con menos del 1% del total, lo que refuerza esta tendencia.

TABLA 14. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS PARA EL PROCESO DE PERICORONARITIS

Pericoronaritis	Cantidad	%
Amicacina	0	0,00%
Amoxicilina	59	25,88%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	16	7,02%
Azitromicina	4	1,75%
Cefalexina	0	0,00%
Ceftriaxona	0	0,00%
Ciprofloxacino	8	3,51%
Claritromicina	0	0,00%
Clindamicina	11	4,82%
Eritromicina	2	0,88%
Gentamicina	0	0,00%
Levofloxacino	0	0,00%
Metronidazol	25	10,96%
Penicilina G	0	0,00%
Penicilina V	0	0,00%
No requiere PM	103	45,18%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La tabla 14 muestra que, en el tratamiento de la pericoronaritis, el 45,18% de los cirujanos dentistas encuestados considera que no se requiere prescripción de antibióticos. Entre aquellos que sí prescriben, la amoxicilina es la opción más frecuente, utilizada por el 25,88% de los dentistas, seguida por el metronidazol (10,96%) y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (7,02%).

El uso de otros antibióticos como la clindamicina (4,82%), el ciprofloxacino (3,51%), y la azitromicina (1,75%) es menos común. Estas cifras sugieren que, aunque hay una considerable proporción de dentistas que optan por no usar antibióticos para la pericoronaritis, aquellos que sí lo hacen prefieren la amoxicilina, probablemente debido a su eficacia y amplio espectro de acción. La notable variabilidad en la prescripción de otros antibióticos puede reflejar diferencias en la formación y en las guías de tratamiento seguidas por los dentistas.

TABLA 15. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS PARA EL PROCESO DE PERIODONTITIS

Periodontitis	Cantidad	%
Amicacina	0	0,00%
Amoxicilina	35	15,35%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	20	8,77%
Azitromicina	3	1,32%
Cefalexina	0	0,00%
Ceftriaxona	0	0,00%
Ciprofloxacino	2	0,88%
Claritromicina	0	0,00%
Clindamicina	24	10,53%
Eritromicina	0	0,00%
Gentamicina	0	0,00%
Levofloxacino	0	0,00%
Metronidazol	16	7,02%
Penicilina G	1	0,44%
Penicilina V	1	0,44%
No requiere PM	125	54,82%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La tabla 15 revela que, en el tratamiento de la periodontitis, el 54,82% de los cirujanos dentistas encuestados considera que no se requiere prescripción de antibióticos. Entre aquellos que optan por prescribir, la amoxicilina es la opción más común, utilizada por el 15,35% de los dentistas, seguida por la clindamicina (10,53%) y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (8,77%).

El metronidazol (7,02%) también es prescrito en un porcentaje significativo, mientras que otros antibióticos como la azitromicina (1,32%), el ciprofloxacino (0,88%), la penicilina G (0,44%), y la penicilina V (0,44%) son menos frecuentes. Estos resultados indican una tendencia hacia la prescripción limitada de antibióticos en el tratamiento de la periodontitis,

con una preferencia por la amoxicilina y la clindamicina cuando se considera necesaria la terapia antibiótica.

**TABLA 16. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS
ENCUESTADOS PARA EL PROCESO DE GINGIVITIS ULCERATIVA
NECRÓTICA**

Gingivitis Ulcerativa Necrótica (GUN)	Cantidad	%
Amicacina	1	0,44%
Amoxicilina	84	36,84%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	47	20,61%
Azitromicina	7	3,07%
Cefalexina	2	0,88%
Ceftriaxona	0	0,00%
Ciprofloxacino	3	1,32%
Claritromicina	0	0,00%
Clindamicina	33	14,47%
Eritromicina	1	0,44%
Gentamicina	1	0,44%
Levofloxacino	1	0,44%
Metronidazol	42	18,42%
Penicilina G	0	0,00%
Penicilina V	1	0,44%
No requiere PM	6	2,63%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La tabla 16 muestra la prescripción de antibióticos por parte de los cirujanos dentistas encuestados para el tratamiento de la Gingivitis Ulcerativa Necrótica (GUN). Se observa que una proporción significativa de los encuestados (36,84%) prescribe amoxicilina como tratamiento principal, seguida de cerca por la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (20,61%). Además, la clindamicina (14,47%) y el metronidazol (18,42%) también son prescritos en un número considerable de casos.

Otros antibióticos como la azitromicina, el ciprofloxacino, y la gentamicina son utilizados en proporciones menores, mientras que algunos antibióticos como la cefalexina, la eritromicina, y el levofloxacino son menos comunes en la prescripción. Es notable que una pequeña parte de los encuestados (2,63%) considera que no se requiere prescripción médica para el tratamiento de la GUN. Estos resultados sugieren una variedad en las preferencias de prescripción entre los cirujanos dentistas encuestados, con una inclinación hacia el uso de

antibióticos de amplio espectro como la amoxicilina y la clindamicina para el tratamiento de la GUN.

**TABLA 17. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS
ENCUESTADOS PARA EL PROCESO DE PERIODONTITIS ULCERATIVA
NECRÓTICA**

Periodontitis Ulcerativa Necrótica (PUN)	Cantidad	%
Amicacina	0	0,00%
Amoxicilina	58	25,44%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	48	21,05%
Azitromicina	12	5,26%
Cefalexina	2	0,88%
Ceftriaxona	1	0,44%
Ciprofloxacino	4	1,75%
Claritromicina	1	0,44%
Clindamicina	64	28,07%
Eritromicina	3	1,32%
Gentamicina	0	0,00%
Levofloxacino	1	0,44%
Metronidazol	25	10,96%
Penicilina G	0	0,00%
Penicilina V	6	2,63%
No requiere PM	3	1,32%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En la tabla 17 se presenta la prescripción de antibióticos por parte de los cirujanos dentistas encuestados para el tratamiento de la Periodontitis Ulcerativa Necrótica (PUN). Se observa que la clindamicina es el antibiótico más comúnmente prescrito, representando el 28,07% del total, seguido de cerca por la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (21,05%) y la amoxicilina sola (25,44%).

Además, se observa el uso de otros antibióticos como la azitromicina (5,26%), el metronidazol (10,96%), y el ciprofloxacino (1,75%), aunque en proporciones menores. La penicilina V también es prescrita por un pequeño porcentaje de los encuestados (2,63%). Es interesante notar que una minoría de los cirujanos dentistas (1,32%) considera que no se requiere prescripción médica para el tratamiento de la PUN. Estos resultados sugieren una variedad en las prácticas de prescripción entre los encuestados, con una inclinación hacia el uso de antibióticos de amplio espectro como la clindamicina y la amoxicilina en el tratamiento de la PUN.

**TABLA 18. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS
ENCUESTADOS PARA EL PROCESO DE ESTOMATITIS NECROSANTE**

Estomatitis Necrosante (EN)	Cantidad	%
Amicacina	0	0,00%
Amoxicilina	81	35,53%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	56	24,56%
Azitromicina	14	6,14%
Cefalexina	0	0,00%
Ceftriaxona	1	0,44%
Ciprofloxacino	6	2,63%
Claritromicina	2	0,88%
Clindamicina	17	7,46%
Eritromicina	1	0,44%
Gentamicina	0	0,00%
Levofloxacino	1	0,44%
Metronidazol	46	20,18%
Penicilina G	1	0,44%
Penicilina V	1	0,44%
No requiere PM	1	0,44%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En la tabla 18 se presenta la prescripción de antibióticos por parte de los cirujanos dentistas encuestados para el tratamiento de la Estomatitis Necrosante (EN). Se observa que la amoxicilina en combinación con ácido clavulánico es el antibiótico más comúnmente prescrito, representando el 24,56% del total, seguido de cerca por la amoxicilina sola, con un 35,53%.

Además, se observa el uso de otros antibióticos como el metronidazol (20,18%), la azitromicina (6,14%), y la clindamicina (7,46%), aunque en proporciones menores. Algunos otros antibióticos como el ciprofloxacino, la claritromicina, y la eritromicina también son prescritos, pero en menor medida. Es notable que una minoría de los cirujanos dentistas (0,44%) considera que no se requiere prescripción médica para el tratamiento de la EN. Estos resultados sugieren una variedad en las prácticas de prescripción entre los encuestados, con una preferencia por el uso de amoxicilina con ácido clavulánico y amoxicilina sola como tratamiento para la Estomatitis Necrosante.

TABLA 19. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS PARA EL PROCESO DE MUCOSITIS PERIIMPLANTARIA

Mucositis periimplantaria	Cantidad	%
Amicacina	0	0,00%
Amoxicilina	116	50,88%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	20	8,77%
Azitromicina	4	1,75%
Cefalexina	1	0,44%
Ceftriaxona	0	0,00%
Ciprofloxacino	7	3,07%
Claritromicina	1	0,44%
Clindamicina	26	11,40%
Eritromicina	0	0,00%
Gentamicina	0	0,00%
Levofloxacino	2	0,88%
Metronidazol	47	20,61%
Penicilina G	0	0,00%
Penicilina V	2	0,88%
No requiere PM	2	0,88%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En la tabla 19 se presenta la prescripción de antibióticos por parte de los cirujanos dentistas encuestados para el tratamiento de la Mucositis Periimplantaria. Se destaca que la amoxicilina es el antibiótico más comúnmente prescrito, con un 50,88% del total, seguido de cerca por el metronidazol (20,61%) y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (8,77%).

Además, se observa el uso de otros antibióticos como la clindamicina (11,40%), el ciprofloxacino (3,07%), y la azitromicina (1,75%), aunque en proporciones menores. Algunos otros antibióticos como el levofloxacino y la claritromicina también son prescritos, pero en menor medida. Es notable que una minoría de los cirujanos dentistas (0,88%) considera que no se requiere prescripción médica para el tratamiento de la Mucositis Periimplantaria. Estos resultados reflejan una variedad en las prácticas de prescripción entre los encuestados, con una inclinación hacia el uso de amoxicilina y metronidazol como tratamiento para la Mucositis Periimplantaria.

**TABLA 20. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS
ENCUESTADOS PARA EL PROCESO DE PERIRIMPLANTITIS**

Peririmplantitis	Cantidad	%
Amicacina	0	0,00%
Amoxicilina	43	18,86%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	48	21,05%
Azitromicina	12	5,26%
Cefalexina	0	0,00%
Ceftriaxona	0	0,00%
Ciprofloxacino	3	1,32%
Claritromicina	2	0,88%
Clindamicina	104	45,61%
Eritromicina	1	0,44%
Gentamicina	0	0,00%
Levofloxacino	1	0,44%
Metronidazol	11	4,82%
Penicilina G	0	0,00%
Penicilina V	3	1,32%
No requiere PM	0	0,00%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En la tabla 20 se muestra la prescripción de antibióticos por parte de los cirujanos dentistas encuestados para el tratamiento de la Peririmplantitis. Se destaca que la clindamicina es el antibiótico más comúnmente prescrito, representando el 45,61% del total, seguido de cerca por la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (21,05%) y la amoxicilina sola (18,86%).

Se observa también el uso de otros antibióticos como la azitromicina (5,26%), el metronidazol (4,82%), y el ciprofloxacino (1,32%), aunque en proporciones menores. Algunos otros antibióticos como la claritromicina, la eritromicina, y el levofloxacino también son prescritos, pero en menor medida. No se observa la prescripción de amicacina, cefalexina, ceftriaxona, gentamicina o penicilina G para el tratamiento de la Peririmplantitis en la muestra encuestada. Estos resultados reflejan una variedad en las prácticas de prescripción entre los cirujanos dentistas, con una preferencia por el uso de clindamicina y amoxicilina con ácido clavulánico para el tratamiento de la Peririmplantitis.

**TABLA 21. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS
ENCUESTADOS PARA EL PROCESO DE ABSCESES PERIODONTALES**

Abscesos periodontales	Cantidad	%
Amicacina	0	0,00%
Amoxicilina	31	13,60%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	35	15,35%
Azitromicina	6	2,63%
Cefalexina	1	0,44%
Ceftriaxona	1	0,44%
Ciprofloxacino	2	0,88%
Claritromicina	2	0,88%
Clindamicina	118	51,75%
Eritromicina	4	1,75%
Gentamicina	0	0,00%
Levofloxacino	0	0,00%
Metronidazol	13	5,70%
Penicilina G	2	0,88%
Penicilina V	13	5,70%
No requiere PM	0	0,00%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En la tabla 21 se presenta la prescripción de antibióticos por parte de los cirujanos dentistas encuestados para el tratamiento de los abscesos periodontales. Destaca que la clindamicina es el antibiótico más comúnmente prescrito, representando el 51,75% del total, seguido por la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (15,35%) y la amoxicilina sola (13,60%).

Además, se observa el uso de otros antibióticos como la azitromicina (2,63%), el metronidazol (5,70%), y la penicilina V (5,70%), aunque en proporciones menores. También se registran prescripciones de eritromicina, cefalexina, ciprofloxacino, ceftriaxona, claritromicina y penicilina G, aunque en menor medida. No se observa la prescripción de amicacina, levofloxacino o gentamicina para el tratamiento de los abscesos periodontales en la muestra encuestada. Estos resultados sugieren una variedad en las prácticas de prescripción entre los cirujanos dentistas, con una preferencia por el uso de clindamicina y amoxicilina con ácido clavulánico para el tratamiento de los abscesos periodontales.

TABLA 22. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS PARA EL PROCESO DE CELULITIS ODONTOGÉNICA

Celulitis odontogénica	Cantidad	%
Amicacina	12	5,26%
Amoxicilina	21	9,21%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	9	3,95%
Azitromicina	10	4,39%
Cefalexina	1	0,44%
Ceftriaxona	6	2,63%
Ciprofloxacino	3	1,32%
Claritromicina	2	0,88%
Clindamicina	96	42,11%
Eritromicina	2	0,88%
Gentamicina	2	0,88%
Levofloxacino	1	0,44%
Metronidazol	4	1,75%
Penicilina G	56	24,56%
Penicilina V	3	1,32%
No requiere PM	0	0,00%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En la tabla 22 se presenta la prescripción de antibióticos por parte de los cirujanos dentistas encuestados para el tratamiento de la celulitis odontogénica. Observamos que la clindamicina es el antibiótico más comúnmente prescrito, representando el 42,11% del total. Le siguen la penicilina G (24,56%) y la amoxicilina (9,21%).

También se observa el uso de otros antibióticos como la amoxicilina con ácido clavulánico (3,95%), azitromicina (4,39%), ceftriaxona (2,63%), y metronidazol (1,75%), aunque en proporciones menores. Se registran prescripciones de amicacina, ciprofloxacino, claritromicina, eritromicina, gentamicina, levofloxacino y penicilina V, aunque en menor medida.

En este caso, no se observa la prescripción de ninguna opción de "No requiere PM" para el tratamiento de la celulitis odontogénica en la muestra encuestada. Estos resultados sugieren una variedad en las prácticas de prescripción entre los cirujanos dentistas para este tipo específico de infección.

4.1.7. Objetivo general

TABLA 23. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ENCUESTADOS

Prescripción antibiótica	Cantidad	%
Amicacina	0	0,00%
Amoxicilina	73	32,02%
Amoxicilina + ac. Clavulánico	23	10,09%
Azitromicina	3	1,32%
Cefalexina	0	0,00%
Ceftriaxona	0	0,00%
Ciprofloxacino	1	0,44%
Claritromicina	0	0,00%
Clindamicina	51	22,37%
Eritromicina	1	0,44%
Gentamicina	0	0,00%
Levofloxacino	0	0,00%
Metronidazol	18	7,89%
Penicilina G	0	0,00%
Penicilina V	2	0,88%
No requiere PM	56	24,56%
Total	228	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En la tabla 23 se muestra la prescripción de antibióticos por parte de los cirujanos dentistas encuestados en general. Observamos que la amoxicilina es el antibiótico más prescrito, representando el 32,02% del total, seguido de la clindamicina (22,37%) y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (10,09%).

También se observa el uso de otros antibióticos como azitromicina (1,32%), ciprofloxacino (0,44%), eritromicina (0,44%), metronidazol (7,89%), y penicilina V (0,88%). Además, se registran prescripciones de amicacina, cefalexina, ceftriaxona, claritromicina, gentamicina, levofloxacino y penicilina G, aunque en menor medida.

Es interesante notar que una proporción significativa (24,56%) de las prescripciones están marcadas como "No requiere PM", lo que puede indicar que en ciertos casos los cirujanos dentistas consideran que el tratamiento no requiere antibióticos. Esto sugiere una variedad de enfoques en la prescripción de antibióticos dentro de la comunidad de cirujanos dentistas encuestados.

4.2. Discusión de resultados

Respecto a la prescripción antibiótica según el covariable sexo, las mujeres presentaron una frecuencia ligeramente mayor de prescripción en comparación con los hombres, manteniéndose en ambos grupos una mayor preferencia por amoxicilina y clindamicina. Estos hallazgos presentan una similitud con el estudio de Sheela et al. (13), quienes también encontraron una asociación entre el sexo y la presencia de prescripción con una mayor tendencia en mujeres. Por otro lado, Deniz et al. (14), encontraron una situación distinta ya que los odontólogos varones fueron los que prescribieron el doble de antibióticos respecto a las mujeres. Estas diferencias pueden estar asociadas con características propias de cada entorno profesional, perfil de pacientes atendido y variaciones en la formación recibida. Sin embargo, la elección de Amoxicilina fue el principal medicamento en ambos sexos.

Respecto a la prescripción antibiótica según la universidad de egreso, se observó un predominio de prescripciones en egresados de universidades privadas quienes concentraron principalmente el uso de la amoxicilina, seguida de la clindamicina y la amoxicilina más ácido clavulánico. Esta diferencia hallada podría estar relacionada con la distribución de la muestra donde el 89,04% pertenecía a universidades privadas. Por otro lado, los hallazgos difieren de López et al. (12), quienes evidenciaron que el tipo de formación de posgrado no influyó significativamente en la elección antibiótica. Sin embargo, estos autores señalaron diferencias entre quienes cursaron maestría y otros programas académicos. En este aspecto, los hallazgos de la presente investigación sugieren que en el contexto educativo podría influir los criterios terapéuticos, especialmente considerando variaciones en actualización profesional, enfoque clínico y aplicación de guías.

Respecto a la prescripción antibiótica según el grado académico la presente investigación evidenció que la mayoría de prescripciones fue analizada por profesionales titulados mientras que los participantes con maestrías y especialización tuvieron una participación menor. En este aspecto, la amoxicilina y la clindamicina continuaron siendo los medicamentos más utilizados. Los hallazgos presentan una coincidencia con el estudio de López et al. (12), quienes identificaron diferencias entre grupos académicos respecto al esquema terapéutico empleado. Estos autores reportaron que los participantes con maestría mostraron patrones distintos en

comparación con otros niveles formativos. Del mismo modo, Dennis et al. (14), indicaron que los profesionales con mayor formación desarrollaron un uso más selectivo ajustado a las guías clínicas.

Respecto a la prescripción antibiótica según los años de experiencia, los hallazgos evidenciaron que los profesionales con 1 a 5 años de experiencia concentraron la mayor frecuencia de prescripción y dentro de este grupo predominó la amoxicilina seguida de la clindamicina y amoxicilina con ácido clavulánico. Además, el grupo con menor experiencia presentó una mayor frecuencia de respuestas relacionadas con la ausencia y la necesidad de prescripción. Estos hallazgos coinciden con el estudio de López et al. (12), donde se observó diferencias terapéuticas según la experiencia profesional, identificando preferencias entre profesionales con menor y mayor trayectoria clínica. Del mismo modo, Deniz et al. (14), encontraron que quienes tenían más de 20 años de experiencia prescribían antibióticos con menor frecuencia. La reducción de prescripciones en profesionales con mayor experiencia podría indicar una conducta clínica más selectiva basada en la experiencia acumulada. Por otro lado, los profesionales más jóvenes podrían mostrar mayor adhesión de protocolos recientes de una actitud más preventiva frente a procesos Infecciosos

Respecto a la prescripción antibiótica según la infección del paciente, se reveló que la prescripción antibiótica presentó una variabilidad según el proceso de infeccioso. En este aspecto, la amoxicilina fue el antibiótico predominante en las diversas condiciones clínicas, mientras que otros medicamentos mostraron un uso más específico, como el metronidazol en pulpitis y pericoronaritis, azitromicina en gingivitis ulcerativa necrótica y penicilina G en celulitis odontogénica. Hallazgos que coinciden con Sheela et al. (13), ya que identificaron que la amoxicilina es la principal opción terapéutica en infecciones endodónticas, Mientras que López et al. (12), mostró una alta frecuencia de prescripción de amoxicilina sola en combinación con ácido clavulánico. En el caso de pulpitis la mayoría de los evaluados indicó que no era necesaria la prescripción antibiótica. Estos hallazgos coinciden con recomendaciones internacionales que señalan que la condición suele resolverse mediante tratamiento operatorio y control de la causa infecciosa. En este aspecto Sheela et al. (13), evidenció que algunos profesionales continuaban prescribiendo antibióticos en situaciones donde no estaban

indicadas lo cual evidenció que aún persiste prácticas que se alejan de las guías clínicas establecidas.

Es importante mencionar que los hallazgos reflejan una tendencia hacia una selección terapéutica basada en características clínicas específicas del proceso infeccioso y un reconocimiento progresivo de la importancia del uso racional de antibióticos para disminuir la resistencia bacteriana. En última instancia, se espera que este trabajo inspire la reflexión y la acción en la comunidad odontológica, fomentando la adopción de prácticas basadas en la evidencia y la mejora continua en la atención al paciente. Además, podría abrir la puerta a investigaciones futuras que exploren más a fondo los factores que influyen en las decisiones de prescripción antibiótica en entornos odontológicos específicos, promoviendo la excelencia clínica y la atención de calidad.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera: En conclusión, los resultados obtenidos reflejan una preferencia por la amoxicilina, seguida de la clindamicina y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico. Aunque otros antibióticos también se utilizan, como azitromicina, ciprofloxacino y metronidazol, en menor medida. La notable proporción de prescripciones marcadas como "No requiere PM" sugiere una consideración cuidadosa en la necesidad de antibióticos en ciertos casos.

Segunda: El análisis según su sexo, revela una preferencia general por la amoxicilina y la clindamicina. Aunque la amoxicilina es el antibiótico más comúnmente prescrito en ambos grupos, se observa que las mujeres tienden a prescribir ligeramente más antibióticos en comparación con los hombres. Resulta llamativo que ciertos antibióticos como la amikacina, la cefalexina y la ceftriaxona no sean prescritos por ninguno de los sexos encuestados. Además, un porcentaje significativo de encuestados indica que no requiere prescripción médica, siendo ligeramente mayor entre las mujeres.

Tercera: El análisis según su universidad de egreso, revela una marcada disparidad en las prácticas entre egresados de universidades públicas y privadas. Los datos muestran que los egresados de universidades privadas representan la gran mayoría de las prescripciones, siendo la amoxicilina el antibiótico más comúnmente prescrito, seguido por la clindamicina y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico. Esta tendencia sugiere que la formación académica y el entorno educativo pueden desempeñar un papel crucial en las decisiones de prescripción de antibióticos entre los cirujanos dentistas.

Cuarta: El análisis según su grado académico, revela una tendencia notable: la mayoría de las prescripciones provienen de profesionales titulados, quienes principalmente recetan amoxicilina, clindamicina y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico. Es destacable que los profesionales con especialización o maestría prácticamente no reportan prescripciones de antibióticos. Además, un porcentaje significativo de profesionales titulados indica que no se requiere prescripción médica. Estos hallazgos sugieren que el grado académico puede influir en las decisiones de

prescripción, con los titulados mostrando una mayor tendencia a recetar antibióticos en comparación con sus colegas más avanzados.

Quinta: El análisis según sus años de experiencia profesional, muestra una tendencia significativa: los dentistas con 1 a 5 años de experiencia representan la mayoría de las prescripciones de antibióticos. En este grupo, la amoxicilina es el fármaco más prescrito, seguido de la clindamicina y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico. Por otro lado, los dentistas con más experiencia muestran una menor proporción de prescripciones, con una tendencia similar en la elección de antibióticos. La decisión de no requerir prescripción médica también es más común entre los dentistas con menos experiencia. Estos hallazgos sugieren que los dentistas más jóvenes tienden a prescribir antibióticos con mayor frecuencia, posiblemente reflejando una mayor cautela o adherencia a protocolos más recientes en su formación. A medida que adquieren más experiencia, es posible que adopten prácticas clínicas más selectivas en cuanto a la prescripción de antibióticos.

Sexta: La evaluación según el tipo de infección del paciente, revela patrones significativos. Se observa que la amoxicilina es el antibiótico más prescrito en la mayoría de los procesos infecciosos, seguido de cerca por la clindamicina y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico. Además, se evidencia una variación en la prescripción de otros antibióticos dependiendo del tipo de infección, como el metronidazol para pulpitis y pericoronaritis, la azitromicina para gingivitis ulcerativa necrótica, y la penicilina G para celulitis odontogénica. Estos resultados resaltan la importancia de considerar la naturaleza específica de la infección al seleccionar el tratamiento antibiótico, mostrando una tendencia hacia la personalización del tratamiento para optimizar la eficacia y minimizar la resistencia bacteriana.

5.2. Recomendaciones

Primera: Dada la preferencia por la amoxicilina y la clindamicina en la prescripción antibiótica de los cirujanos dentistas de Juliaca, es recomendable que estos profesionales estén al tanto de las pautas de tratamiento actualizadas y las resistencias bacterianas locales para garantizar una prescripción efectiva y prudente de antibióticos. Además, se sugiere que se promueva una evaluación cuidadosa de la necesidad de antibióticos en cada caso, como indicado por la notable proporción de prescripciones marcadas como "No requiere PM".

Segunda: La diferencia en la prescripción antibiótica según el sexo de los cirujanos dentistas puede señalar la necesidad de una mayor sensibilización sobre las pautas de prescripción entre ambos grupos. Es importante fomentar la formación continua en el manejo de infecciones y el uso prudente de antibióticos para garantizar una atención de calidad y consistente.

Tercera: La disparidad en las prácticas de prescripción entre egresados de universidades públicas y privadas destaca la importancia de una educación continua y la adopción de pautas de tratamiento basadas en la evidencia. Se recomienda una mayor colaboración entre instituciones académicas y profesionales de la salud para estandarizar y mejorar las prácticas de prescripción antibiótica.

Cuarta: Los hallazgos sobre la prescripción antibiótica según el grado académico sugieren la necesidad de un enfoque integrado en la formación continua de los cirujanos dentistas. Se recomienda que los programas de capacitación y actualización consideren las diferencias en la experiencia clínica y académica para promover prácticas de prescripción más informadas y consistentes.

Quinta: La tendencia observada en la prescripción antibiótica según los años de experiencia profesional destaca la importancia de la mentoría y la supervisión durante los primeros años de ejercicio. Se recomienda que los dentistas más jóvenes reciban orientación sobre el uso adecuado de antibióticos y la evaluación precisa de la necesidad de prescripción médica.

Sexta: La personalización del tratamiento antibiótico según el tipo de infección del paciente es crucial para garantizar resultados clínicos óptimos y minimizar la resistencia bacteriana. Se recomienda que los cirujanos dentistas de Juliaca se

mantengan actualizados sobre las pautas de tratamiento específicas para cada tipo de infección y consideren la variabilidad en la prescripción de antibióticos en función de la situación clínica individual de cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muteeb G, Rehman MT, Shahwan M, Aatif M. Origin of antibiotics and antibiotic resistance, and their impacts on drug development: a narrative review. *Pharmaceuticals* [Internet]. 2023;16(11):1615. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ph16111615>
2. Bassetti S, Tschudin-Sutter S, Egli A, Osthoff M. Optimizing antibiotic therapies to reduce the risk of bacterial resistance. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2022;1(99):7–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2022.01.029>
3. Goriacko P, Veltri KT. Adverse drug effects involving the gastrointestinal system (pharmacist perspective). In: *Geriatric Gastroenterology*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 297–339.
4. Yu RJ, Krantz MS, Phillips EJ, Stone CA Jr. Emerging causes of drug-induced anaphylaxis: A review of anaphylaxis-associated reports in the FDA adverse event reporting system (FAERS). *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. 2021;9(2):819–829. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2020.09.021>
5. Contaldo M, D'Ambrosio F, Ferraro GA, Di Stasio D, Di Palo MP, Serpico R, et al. Antibiotics in dentistry: a narrative review of the evidence beyond the myth. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023;20(11):6025. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20116025>
6. Méndez JA, León M, Martín J, Saúco JJ, Cabanillas D, Segura JJ. Antibiotic over-prescription by dentists in the treatment of apical periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Antibiotics* [Internet]. 2024;13(4):289. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/antibiotics13040289>
7. Böhmer F, Hornung A, Burmeister U, Köchling A, Altiner A, Lang H, et al. Factors, perceptions and beliefs associated with inappropriate antibiotic prescribing in German primary dental care: a qualitative study. *Antibiotics* [Internet]. 2021;10(8):987. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/antibiotics10080987>
8. Ioannidou E, Geurs N, Lipman R, Araujo MWB, Elkareh J, Engebretson S, et al. Antibiotic prescription patterns among US general dentists and periodontists. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2022;153(10):979–988. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2022.06.013>
9. Flores D, Zapata L. Nivel de conocimiento sobre la prescripción de profilaxis antibiótica en estudiantes de estomatología y cirujanos dentistas de Piura-Perú, 2020

- [tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Piura: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/60577>
10. Colque N. Nivel de conocimientos sobre la prescripción de antibióticos en los estudiantes de la clínica odontológica de la UNA-Puno, 2017 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/500>
 11. Lollobrigida M, Pingitore G, Lamazza L, Mazzucchi G, Serafini G, De Biase A. Antibiotics to prevent surgical site infection (SSI) in oral surgery: survey among Italian dentists. *Antibiotics* [Internet]. 2021;10(8):949. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/antibiotics10080949>
 12. López A, Domínguez L, Cabanillas D, Areal V, Crespo I, Jiménez C, et al. Antibiotics prescription habits of Spanish endodontists: Impact of the ESE awareness campaign and position statement. *J Clin Exp Dent*. 2022;14(1):48–54.
 13. Sheela A, Abdulla N, Himratul-Aznita W, Awad M, Samaranayake L, Ahmed H. Antibiotic prescribing practices of dentists for endodontic infections; a cross-sectional study. *PLoS One*. 2020;15(12 December):1–12.
 14. Deniz D, Aksel H, Karaismailoglu E, Sayin T. The prescribing of antibiotics for endodontic infections by dentists in Turkey: a comprehensive survey. *Int Endod J*. 2020;53(12):1715–27.
 15. Sarmiento M, Maglutac M, Yanga-Mabunga S. Antibiotic prescribing practices of Filipino Dentists. *Int J Public Heal Sci*. 2019;8(3):332.
 16. Mansour H, Feghali M, Saleh N, Zeitouny M. Conocimiento, práctica y actitudes con respecto a los antibióticos: Uso entre los dentistas libaneses. *Pharm Pract (Granada)*. 2018;16(3):1–11.
 17. Neyra D, Rui B. Nivel de conocimiento sobre prescripción antibiótica en odontólogos del distrito de San Miguel, 2021 2019 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Piura, Perú: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/79012>
 18. Mejía A. Describir la frecuencia de prescripción de antibióticos en un consultorio dental de la ciudad de Chiclayo, 2015-2019 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Pimentel, Perú: Universidad Señor de Sipán; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/8262>

19. Sánchez A. Frecuencia de prescripción analgésica y antibiótica post-exodoncia en el servicio de odontología de la Red Huallaga del distrito Saposoa 2019 [tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Pimentel, Perú: Universidad Señor de Sipán; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/7306>
20. Contreras M. Prescripción antibiótica indicada por los cirujanos dentistas de la ciudad de Puno agosto-setiembre del 2015 [tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/items/76320522-e5dd-4a79-8c1f-1760c24c7dc7>
21. Evensen T, Røberg E. Prescripción de antibióticos entre los noruegos Dentistas (2010-2016). 2019.
22. Ministerio de Salud (MINSA). Manual de buenas prácticas de prescripción. 2005.
23. Pérez J. Impacto de una intervención educativa para el uso adecuado de amoxicilina en pobladores del asentamiento humano San Juan. Chimbote, abril-diciembre 2015 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Chimbote, Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/1585>
24. Peña G, Rodríguez A, Anselmi A, Barrera M, Ginzález A, Reyes M. Patrón de prescripción de antibióticos en la Facultad de Odontología UN Cuyo, en el tratamiento de infecciones de origen endodóntico. *Fac Odontol UnCuyo*. 2018;12(2):23–8.
25. Poveda R, Bagán J, Sanchis J, Carbonell E. Uso de antibióticos en la práctica dental. Una revisión. *Indian J Forensic Med Toxicol*. 2020;14(4):8105–8.
26. Merino A, Asmat A. Conocimiento de los cirujanos dentistas de Trujillo sobre prescripción antibiótica racional en estomatología 2010. *Rev Científica Visión Dent*. 2012;15(4):76–80.
27. Burdet C, Pajot O, Couffignal C, Armand L, Foucrier A, Laouénan C, et al. Population pharmacokinetics of single-dose amikacin in critically ill patients with suspected ventilator-associated pneumonia. *Eur J Clin Pharmacol*. 2015;71(1):75–83.

28. Zazo H, Martín A, Lanao J. Evaluating amikacin dosage regimens in intensive care unit patients: A pharmacokinetic/pharmacodynamic analysis using Monte Carlo simulation. *Int J Antimicrob Agents*. 2013;42(2):155–60.
29. Romdhane H, Fredj N, Chaabane A, Aicha S, Chadly Z, Fadhel N, et al. Interest of therapeutic drug monitoring of aminoglycosides administered by a monodose regimen. *Néphrologie & Thérapeutique*. 2019;15(2):110–4.
30. Levey AS, Inker LA. Assessment of glomerular filtration rate in health and disease: a state of the art review. *Clin Pharmacol Ther*. 2017;102(3):405–19.
31. Sherwin C, Wead S, Stockmann C, Healy D, Spigarelli M, Neely A, et al. Amikacin population pharmacokinetics among paediatric burn patients. *Burns*. 2014;40(2):311–8.
32. Matar KM, Al-Lanqawi Y, Abdul-Malek K, Jelliffe R. Amikacin population pharmacokinetics in critically ill Kuwaiti patients. *Biomed Res Int*. 2013;2013.
33. Luaces R, Arenaz J, López J, Martínez C, Pértega S, Soliva S. Efficacy and safety comparison of two amoxicillin administration schedules after third molar removal. A randomized, double-blind and controlled clinical trial. *Med oral, Patol oral y cirugía bucal Ed inglesa*. 2010;15(4):18.
34. Fine D, Hammond B, Loesche W. Clinical use of antibiotics in dental practice. *Int J Antimicrob Agents*. 1998;9(4):235–8.
35. Caviedes J, Estévez C, Rojas P. Antibióticos en el manejo de las infecciones odontogénicas de origen endodóntico. *Odontol Actual*. 2008;6(61):38–52.
36. Grillo R, Meireles A, Brozowski M, Bornelli S, Slusarenko Y, da Graça M. Evolution of the treatment of severe odontogenic infections over 50 years: A comprehensive review. *J Taibah Univ Med Sci*. 2022;
37. Walker CB, Karpinia K, Baehni P. Chemotherapeutics: antibiotics and other antimicrobials. *Periodontol 2000*. 2004;36(1):146–65.
38. Aristizábal J, Cataño L, Sanabria J, Henao J, Cardona D. Sensibilidad a la amoxicilina de bacterias anaerobias de pacientes con periodontitis agresiva. *CES Odontol*. 2012;25(1):12–21.
39. Brunton LL, Chabner B, Knollmann B. Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica. México: McGraw Hill; 2019.

40. Canut A, Aguilar L, Cobo J, Giménez MJ, Rodríguez A. Análisis farmacocinético-farmacodinámico en microbiología: herramienta para evaluar el tratamiento antimicrobiano. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33(1):48–57.
41. Saglimbeni M, Salazar E. Uso terapéutico de la amoxicilina-ácido clavulánico en la enfermedad periodontal. *Acta Odontológica Venez*. 2002;40(3):320–8.
42. Caruso S, Yamaguchi E, Portnof J. Update on Antimicrobial Therapy in Management of Acute Odontogenic Infection in Oral and Maxillofacial Surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin*. 2022;34(1):169–77.
43. Brook I, Lewis M, Sándor G, Jeffcoat M, Samaranayake L, Rojas J. Clindamycin in dentistry: more than just effective prophylaxis for endocarditis? *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. 2005;100(5):550–8.
44. Munch R, Luthy R, Blaser J, Siegenthaler W. Clavulanic acid: human pharmacokinetics and CSF penetration (abstract 307). In: Program and Abstracts of the 19th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy Boston. 1979.
45. Sanz M, Herrera D, Martínez Á, López J, Aguirre J, García M, et al. Estudio clínico comparativo de la eficacia de azitromicina frente a amoxicilina/Ac. Clavulánico en el tratamiento de infecciones orales. *RCOE Rev del Cons Gen Colegios Odontólogos y Estomatólogos España*, 2001, vol 6, num 4, p 387-394. 2001;
46. Holmes CJ, Pellecchia R. Antimicrobial therapy in management of odontogenic infections in general dentistry. *Dent Clin*. 2016;60(2):497–507.
47. Cuentas S, Daza M. Desarrollo y validación de un método analítico para la valoración de cefalexina comprimidos de 500 mg por espectrofotometría ultravioleta [Tesis para optar el grado de Cirujano dentista]. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2016. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/17355>
48. González N, Simionato L, Zubata P, Pizzorno M. Similitud e intercambiabilidad de formulaciones de Cefalexina. *Acta Farm Bonaerense*. 2006;25(1):99-103
49. Álvarez H, García E, Santana J, Castillo L, Iglesias J. Uso de ceftriaxona en monodosis para el tratamiento de la otitis media aguda supurada en pacientes de edad pediátrica. *Rev Arch médico Camagüey*. 2011;15(1):1–11.
50. Maldonado F, Llanos F, Mayca J. Uso y prescripción de medicamentos antimicrobianos en el Hospital de Apoyo de la Merced-Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2002;19(4):181–5.

51. Martins J, Chagas Jr O, Velasques B, Bobrowski A, Correa M, Torriani M. The use of antibiotics in odontogenic infections: what is the best choice? A systematic review. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75(12):2606-e1.
52. Botetano R, Torres G, Loaiza R. Antibioticoterapia en odontología. 1ra Edición. Marcos S, editor. Lima, Perú; 2019.
53. Bhagania M, Youseff W, Mehra P, Figueroa R. Treatment of odontogenic infections: An analysis of two antibiotic regimens. *J oral Biol craniofacial Res*. 2018;8(2):78–81.
54. Salgado F. El jengibre (*Zingiber officinale*). *Rev Int Acupunt*. 2011;5(4):167–73.
55. Acosta A, Echeverría P. Comparación de la actividad antimicrobiana entre ampollas de gentamicina genérica y el medicamento innovador [tesis para optar el grado de Cirujano dentista]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018. Disponible en: <https://redi.cedia.edu.ec/document/85523>
56. Medina A. Efecto de la gentamicina y del perio aid como irrigantes intrasurcales en el aspecto clínico de la encía en pacientes sometidos a curetaje de bolsa en la clínica odontológica de la UCSM, Arequipa, 2013 [tesis para optar el grado de Cirujano dentista]. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 2014. Disponible en:
57. Azanza J, Sádaba B, Quetglas E, Escolar M. Levofloxacin. *Rev Med Univ Navarra*. 1998;44–9.
58. Davis R, Bryson H. Levofloxacin: a review of its antibacterial activity, pharmacokinetics and therapeutic efficacy. *Drugs*. 1994;47:677–700.
59. Khemalelakul S, Baumgartner C, Pruksakorn S. Identification of bacteria in acute endodontic infections and their antimicrobial susceptibility. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. 2002;94(6):746–55.
60. Bendesky A, Menéndez D. Metronidazol: Una visión integral. *Metronidazol una visión Integr*. 2009;44(006):255–9.
61. Giraldo N. Historia de la penicilina: más allá de los héroes, una construcción social. *Iatreia* [Internet]. 2021;34(2):172-182. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932021000200172
62. Sánchez G, Del Río J. Protocolos antibióticos en odontología. *J Am Dent Assoc*. 2009;4(6):289–96.

63. Méndez R, Méndez A, Torres JE. Antibioticoterapia en odontología: ¿Uso racional o indiscriminado? *Salud en tabasco*. 2013;19(2):62–5.
64. Sukumar S, Martin F, Hughes T, Adler C. Piense antes de recetar: cómo la odontología contribuye a la resistencia a los antibióticos. *Aust Dent J*. 2020;65(1):21–9.
65. Esparza S, Aranda M, Noyola M, Sánchez L. Principios fundamentales para el diagnóstico, manejo y tratamiento de las infecciones odontogénicas. Revisión de la literatura. *Rev Odontológica Mex*. 2020;24(1):9–19.
66. Jiménez Y, Bagán J, Murillo J, Poveda R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistémicas. *Clínica*. 2004;1:10–3.
67. Robles P, Javierre A, Moreno N, Mas A, de Frutos E, Morató M. Management of odontogenic infections in Primary Care: Antibiotic? *Aten Prim*. 2017;49(10):611–618.
68. López R, Téllez J, Rodríguez A. Las infecciones odontogénicas y sus etapas clínicas. *Acta pediátrica México*. 2016;37(5):302–5.
69. Gagliardi A, Contreras M, Gudiño R, Zeballos R, de Ludwig A. Reporte de 2 casos. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2014;36(4):177–81.
70. Socransky S, Haffajee A, Cugini MA, Smith C, Kent Jr RL. Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol*. 1998;25(2):134–44.
71. 67. Jamila S, Zilola R, Aziza S. Tooth pulpitis. *Texas J Med Sci*. 2021;3:40–1.
72. Morán E, Cruz Y. Pericoronaritis: criterios actuales. Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Estomatol*. 2001;38(3):192–204.
73. Duque A. Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica. *Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral*. 2016;9(2):208–15.
74. Gajardo M, Silva N, Gómez L, León R, Parra B, Contreras A, et al. Prevalence of periodontopathic bacteria in aggressive periodontitis patients in a Chilean population. *J Periodontol*. 2005;76(2):289–94.
75. Porras D, Zerón A. Gingivitis ulcerativa necrotizante Revisión y reporte de dos casos. *Rev Mex Periodontol*. 2013;4(1):7–14.
76. Novak J. Necrotizing ulcerative periodontitis. *Ann Periodontol*. 1999;4(1):74–7.
77. Horning G, Cohen M. Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: clinical staging and predisposing factors. *J Periodontol*. 1995;66(11):990–8.
78. Gallego C, Chacón G. Ulcerativas Necrotizantes. *CES Odontol*. 2010;23(1).

79. Salinas Y, Millán R. Enfermedad periodontal necrosante: Conducta odontológica. *Acta odontológica Venez.* 2009;47(4):234–48.
80. Maita L, Ramos DR, Maita LM, Gálvez L. Las enfermedades periodontales necrotizantes Parte I. *Odontol sanmarquina.* 2014;17(1):35–9.
81. Lang N, Wilson T, Corbet E. Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment Note. *Clin Oral Implant Res* Chapter 9. 2000;11:146–55.
82. Ikeda M, Ceccarelli J, Proaño D. Peri-implantitis y mucositis peri-implantaria. *Rev Estomatológica Hered.* 2007;17(2):90–8.
83. Segura A, Gil R, González V, Ferreiroa A, Faus J, Panadero R. Periimplantitis y mucositis periimplantaria. Factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. *Av en periodoncia e Implantol oral.* 2015;27(1):25–36.
84. Van Steenberghe D, Klinge B, Lindén U, Quirynen M, Herrmann I, Garpland C. Periodontal indices around natural and titanium abutments: a longitudinal multicenter study. *J Periodontol.* 1993;64(6):538–41.
85. Bowen A, Pascua M, Nasimi A. Infections in implantology: from prophylaxis to treatment. *Med Oral, Patol Oral y Cirugía Bucal.* 2007;12(4):323–30.
86. Benza R, Pareja M. Abscesos periodontales: una revisión actualizada. *Kiru.* 2009;118–24.
87. Rodríguez O. Celulitis facial odontógena. *Rev Cubana Estomatol.* 1997;34(1):15–20.
88. Rodríguez O. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis facial odontógena. *Acta Odontológica Venez.* 2001;39(3):25–31.
89. Boza Y, Mora C, Romero J, Sosa S, Payo M, Díaz A. Celulitis facial odontogénica. *Medisur.* 2012;10(5):380–5.
90. Pereira C, Sánchez G, Basulto F. Fascitis necrotizante de origen odontogénico: A propósito de un caso. *Rev Habanera Ciencias Médicas.* 2008;7(1):0.
91. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las tres rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1st ed. México: Editorial McGraw-Hill; 2018.
92. Agudelo G, Aigner M, Ruiz J. Diseños de investigación experimental y no-experimental. *Cent Estud Opinión.* 2008;(18):1–46.
93. Niño V. Metodología de la Investigación: Diseño, Ejecución e Informe. 2nd ed. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U; 2021.

94. Arias J, Villasís M, Miranda M. El protocolo de investigación III: La población de estudio. *Rev Alerg México*. 2016;63(2):201–6.
95. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int J Morphol*. 2017;35(1):227–32.
96. Valderrama S. Pasos para elaborar proyectos de investigación científica. 11th ed. Lima: Editorial San Marcos; 2020.
97. Bernal C. Metodología de la Investigación. 4th ed. Colombia: Pearson; 2016.
98. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 6th ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2014.
99. Arias F. Cómo hacer Tesis Doctorales y Trabajos de Grado: Investigación Científica y Tecnológica. 1st ed. Caracas: Editorial Episteme; 2019.
100. Behar D. Introducción a la Metodología de la Investigación. 1st ed. México: Editorial Shalom; 2008.
101. Quero M. Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Rev Estud Interdiscip en Ciencias Soc*. 2010;12(2):248–52.
102. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC). Código Nacional de Integridad Científica. Lima, Perú: CONCYTEC; 2019.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
Problema general: ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca? Problemas específicos ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su sexo? ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su universidad de egreso? ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su grado académico? ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según sus años de experiencia profesional? ¿Cuál es la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según el tipo de infección del paciente?	Objetivo general: Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca. Objetivos específicos Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su sexo. Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su universidad de egreso. Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según su grado académico. Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según sus años de experiencia profesional. Establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca, según el tipo de infección del paciente.	Variable 1 Prescripción antibiótica Variable 2 Características de los Cirujanos Dentistas	Tipo de investigación: Básica Método y diseño de la investigación: Método: Hipotético-deductivo Diseño: No experimental de corte trasversal

ANEXO 2: INSTRUMENTOS

ENCUESTA

La siguiente encuesta está dirigida a los profesionales cirujanos dentistas de la ciudad de Juliaca, con el objetivo de aportar en la investigación: “PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022”. Agradecemos su gentil participación.

I. Datos generales

1. ¿Cuál es su tipo de género?

() Masculino () Femenino

2. ¿Cuál es el tipo de universidad donde egresó?

() Pública () Privada

Escriba el nombre de su universidad de egreso: _____

3. ¿Cuál es su grado académico?

Bachiller () Maestría () Doctorado () Posdoctorado ()

4.- ¿Cuál son sus años de experiencia?

() 1 a 5 años () 6-10 años () 11 años a más

II. A continuación, se muestran 10 ítems en forma de pregunta que relaciona el tipo de infección odontológica y una lista de antibióticos. Marque dentro del cuadrado con una X, el o los medicamentos según su criterio.

1. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de su elección en un proceso de pulpitis?

Amicacina	☐	Clindamicina	☐
Amoxicilina	☐	Eritromicina	☐
Amoxicilina + ac. Clavulánico	☐	Gentamicina	☐
Azitromicina	☐	Levofloxacino	☐
Cefalexina	☐	Metronidazol	☐
Ceftriaxona	☐	Penicilina G	☐
Ciprofloxacino	☐	Penicilina V	☐
Claritromicina	☐		☐

2. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de su elección en un proceso de pericoronaritis?

Amicacina	☐	Clindamicina	☐
Amoxicilina	☐	Eritromicina	☐
Amoxicilina + ac. Clavulánico	☐	Gentamicina	☐
Azitromicina	☐	Levofloxacino	☐
Cefalexina	☐	Metronidazol	☐
Ceftriaxona	☐	Penicilina G	☐
Ciprofloxacino	☐	Penicilina V	☐
Claritromicina	☐		☐

3. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de su elección en un proceso de periodontitis?

Amicacina	☐	Clindamicina	☐
Amoxicilina	☐	Eritromicina	☐
Amoxicilina + ac. Clavulánico	☐	Gentamicina	☐
Azitromicina	☐	Levofloxacino	☐
Cefalexina	☐	Metronidazol	☐
Ceftriaxona	☐	Penicilina G	☐
Ciprofloxacino	☐	Penicilina V	☐
Claritromicina	☐		☐

4. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de su elección en un proceso de Gingivitis Ulcerativa Necrótica (GUN)?

Amicacina	☐	Clindamicina	☐
Amoxicilina	☐	Eritromicina	☐
Amoxicilina + ac. Clavulánico	☐	Gentamicina	☐
Azitromicina	☐	Levofloxacino	☐
Cefalexina	☐	Metronidazol	☐
Ceftriaxona	☐	Penicilina G	☐
Ciprofloxacino	☐	Penicilina V	☐
Claritromicina	☐		☐

5. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de su elección en un proceso de Periodontitis Ulcerativa Necrótica (PUN)?

Amicacina	☐	Clindamicina	☐
Amoxicilina	☐	Eritromicina	☐
Amoxicilina + ac. Clavulánico	☐	Gentamicina	☐
Azitromicina	☐	Levofloxacino	☐
Cefalexina	☐	Metronidazol	☐
Ceftriaxona	☐	Penicilina G	☐
Ciprofloxacino	☐	Penicilina V	☐
Claritromicina	☐		☐

6. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de su elección en un proceso de Estomatitis Necrosante (EN)?

Amicacina	☐	Clindamicina	☐
Amoxicilina	☐	Eritromicina	☐
Amoxicilina + ac. Clavulánico	☐	Gentamicina	☐
Azitromicina	☐	Levofloxacino	☐
Cefalexina	☐	Metronidazol	☐
Ceftriaxona	☐	Penicilina G	☐
Ciprofloxacino	☐	Penicilina V	☐
Claritromicina	☐		☐

7. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de su elección en un proceso de mucositis periimplantaria?

Amicacina	☐	Clindamicina	☐
Amoxicilina	☐	Eritromicina	☐
Amoxicilina + ac. Clavulánico	☐	Gentamicina	☐
Azitromicina	☐	Levofloxacino	☐
Cefalexina	☐	Metronidazol	☐
Ceftriaxona	☐	Penicilina G	☐
Ciprofloxacino	☐	Penicilina V	☐
Claritromicina	☐		☐

8. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de su elección en un proceso de peririmplantitis?

Amicacina	☐	Clindamicina	☐
Amoxicilina	☐	Eritromicina	☐
Amoxicilina + ac. Clavulánico	☐	Gentamicina	☐
Azitromicina	☐	Levofloxacino	☐
Cefalexina	☐	Metronidazol	☐
Ceftriaxona	☐	Penicilina G	☐
Ciprofloxacino	☐	Penicilina V	☐
Claritromicina	☐		☐

9. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de su elección en un proceso de abscesos periodontales?

Amicacina	☐	Clindamicina	☐
Amoxicilina	☐	Eritromicina	☐
Amoxicilina + ac. Clavulánico	☐	Gentamicina	☐
Azitromicina	☐	Levofloxacino	☐
Cefalexina	☐	Metronidazol	☐
Ceftriaxona	☐	Penicilina G	☐
Ciprofloxacino	☐	Penicilina V	☐
Claritromicina	☐		☐

10. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de su elección en un proceso de celulitis odontogénica?

Amicacina	☐	Clindamicina	☐
Amoxicilina	☐	Eritromicina	☐
Amoxicilina + ac. Clavulánico	☐	Gentamicina	☐
Azitromicina	☐	Levofloxacino	☐
Cefalexina	☐	Metronidazol	☐
Ceftriaxona	☐	Penicilina G	☐
Ciprofloxacino	☐	Penicilina V	☐
Claritromicina	☐		☐

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Experto 1



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: LUJAN URVIOLA, Eduardo.
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO
 1.4 Autor(es) del Instrumento: CHICATA APAZA, Alan Junior
 1.5 Título de la Investigación: "PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DAD POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70]
Aprobado	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 22 de NOVIEMBRE del 2022



Dr. Eduardo Lujan Urviola
 ESP. REHABILITACIÓN ORAL

Firma y sello

Experto 2



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: TAPIA ECHARRI, Augusto Renato.
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez".
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO.
 1.4 Autor(es) del Instrumento: CHICATA APAZA, Alan Junior.
 1.5 Título de la Investigación: "PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022".

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70]
Aprobado	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 21 de NOVIEMBRE del 2022

Mg. Augusto R. Tapia Echarrí
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 26397
 Firma y sello

Experto 3



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 **Apellidos y Nombres del Experto:** PACHECO VILLAGRA, Alberto Benigno.
1.2 **Cargo e Institución donde labora:** Docente Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
1.3 **Nombre del Instrumento motivo de evaluación:** VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO
1.4 **Autor(es) del Instrumento:** CHICATA APAZA, Alan Junior
1.5 **Título de la Investigación:** "PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DAD POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas.				✓	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				✓	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				✓	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado 	$[0,00 - 0,60]$
Observado 	$<0,60 - 0,70]$
Aprobado 	$<0,70 - 1,00]$

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 20 de NOVIEMBRE del 2022

Dr. Alberto B. De la Cruz Villagra
Firma y sello

Experto 4



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: ZUÑIGA MEDINA, Enrique Eleuterio.

1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"

1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

1.4 Autor(es) del Instrumento: CHICATA APAZA, Alan Junior

1.5 Título de la Investigación: "PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DAD POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70]
Aprobado	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 23 de noviembre del 2022

Dr. Enrique E. Zuñiga Medina
CIRUJANO DENTISTA
COR: 03671
Firma y sello

Experto 5



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

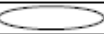
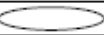
- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: TAPIA CONDORI, Rildo Paul.
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO
 1.4 Autor(es) del Instrumento: CHICATA APAZA, Alan Junior
 1.5 Título de la Investigación: "PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				x	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado 	[0,00 – 0,60]
Observado 	<0,60 – 0,70]
Aprobado 	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

21 de noviembre del 2022

 
 Rildo Paul Tapia Condori
 Firma y sello

Experto 6



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: CARI CHECA, Edith.

1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" y Cirujana Dentista en el Hospital "Carlos Monge Medrano"

1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

1.4 Autor(es) del Instrumento: CHICATA APAZA, Alan Junior

1.5 Título de la Investigación: "PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DAD POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				☒	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				☒	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				☒	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				☒	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				☒	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				☒	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				☒	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				☒	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				☒	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				☒	
CÓNTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

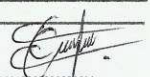
$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado ☐	[0,00 – 0,60]
Observado ☐	<0,60 – 0,70]
Aprobado ☒	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 25 de Noviembre del 2022


 Dra. Edith Cari Checa
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. N° 88238
 Firma y sello

Experto 7



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

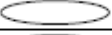
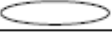
- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg.CD. Mariela Antonieta Villacorta Molina
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente Tiempo Completo Universidad Wiener
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación:
 1.4 Autor(es) del Instrumento:
 1.5 Título de la Investigación: "PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0.8$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado 	[0,00 – 0,60]
Observado 	<0,60 – 0,70]
Aprobado 	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

12 de noviembre del 2022



 Firma y sello

Experto 8



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: COA SERRANO, Peggy Griselda.
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO
 1.4 Autor(es) del Instrumento: CHICATA APAZA, Alan Junior
 1.5 Título de la Investigación: "PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado ☐	[0,00 – 0,60]
Observado ☐	<0,60 – 0,70]
Aprobado ☒	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 23 de noviembre del 2022

Dña. Peggy S. Coa Serrano
 ESP. ORTODONCIA
 FIRMA Y SELLO

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,924	10

Nota: Tomado de SPSS v. 26

ANEXO 5: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 21 de julio de 2023

Investigador(a)
Alan Junior Chicata Apaza
Exp. N°: 0729-2023

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **“PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022” Versión 01 con fecha 01/06/2023.**
- Formulario de Consentimiento Informado Versión **01** con fecha 01/06/2023.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Alan Junior Chicata Apaza y a los investigadores colaboradores **(no aplica)**.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **El Informe de Avances** se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEI-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,


Yenny Marisol Bellido Fuente
Presidenta del CIEI- UPNV



ANEXO 6: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto de investigación : “MEDICACIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022”

Investigadores : Alan Junior Chicata Apaza

Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “*MEDICACIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS DENTISTAS EN LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022*”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es valorar y establecer la prescripción antibiótica dada por cirujanos dentistas en la ciudad de Juliaca. Su ejecución ayudará y permitirá conocer los factores que influyen en la cognición sobre prescripción antibiótica.

Duración del estudio (meses): 24 meses

N° esperado de participantes: 228

Criterios de Inclusión y exclusión:

- *Solamente Cirujanos Dentistas con colegiatura habilitada.*

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Entrega de la declaración jurada de participación.
- Entrega del instrumento de investigación.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Su participación en el estudio *no* presenta ninguna clase de riesgo, ya que es una encuesta de manera anónima.

Beneficios:

Usted se beneficiará del presente proyecto, porque ayudará a una investigación que es muy importante para la profesión que es la Odontología.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal: Alan Junior Chicata Apaza, numero de celular. 958028880, con el correo electrónico: alan-libra.es@hotmail.com

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre **participante:**

DNI:

Nombre **investigador:**

DNI:

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

ANEXO 7: CARTA DE APROBACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



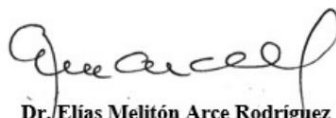
Lima, 13 de octubre del 2023

Carta N°0492-037-07-2022-DFCS-UPNW

Mg. Jimmy Estrada Zarate
Decano
Colegio de Odontólogos de la Región Puno
Puno
Presente. –

De mi consideración,
Es grato dirigirme a Usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle al Sr. Alan Junior Chicata Apaza, con N° de DNI 45962450 y código de estudiante a2021802231, Bachiller en Odontología, quien solicita acceder a su institución con la finalidad de recolectar sus datos estadísticos para desarrollar su proyecto de investigación titulado “PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS DENTISTAS DE LA CIUDAD DE JULIACA, EN EL AÑO 2022”, por lo que le agradeceré su gentil atención al presente.
Sin otro en particular, me despido.

Atentamente,



Dr. Elias Melitón Arce Rodríguez
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud



COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ

REGIÓN PUNO

Ley 15251 - Ley De Creación del Colegio Odontológico del Perú
Modificado por Ley 29018

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Puno, 31 de octubre del 2023

CARTA N° 0044-2023-D-COP-RP.

Sr. Dr.: Elías Melitón Arce Rodríguez
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Presente.-

**ASUNTO: REMITO RELACIÓN DE CIRUJANOS DENTISTAS
HABILITADOS DE NUESTRA CIUDAD DE
JULIACA.**

De mi consideración.

Reciba usted en nombre del Colegio Odontológico del Perú - Región Puno
y el mío propio un cordial saludo.

Por medio del presente, hago de su conocimiento sobre la información
solicitada de la cantidad de Cirujanos Dentistas habilitados registrados en la
Ciudad de Juliaca es de 552; así mismo se remite adjunto la relación de los
Cirujanos Dentistas Habilitados en la ciudad de Juliaca, cuyos datos son:
nombres completos y número de COP, todo esto para el proyecto de
investigación: "PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA DADA POR CIRUJANOS
DENTISTAS DE LA CIUDAD DE JULIACA EN EL AÑO 2022".

Sin otro particular, y agradeciendo la atención a la presente, quedo de
usted.

Atentamente;

C.C.
Núñez 22
U.138



Puno:
Jr Alto de la Luna 265
Barrio San José
Cel: 951919739
Tel: 366346
E-Mail: colegiodontologicoregionpuno@gmail.com

Juliaca:
Jr. Venezuela Lt-19 Mz
B-17
Cel.: 982980390
Fijo: 786376

14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 8% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	www.coursehero.com	1%
2	Internet	hdl.handle.net	<1%
3	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
4	Trabajos entregados	CONACYT on 2018-03-01	<1%
5	Internet	www.scielo.org.ve	<1%
6	Internet	www.scielo.org.co	<1%
7	Internet	hoophangout.com	<1%
8	Internet	repositorio.unap.edu.pe	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Catolica De Cuenca on 2017-05-09	<1%
10	Trabajos entregados	Blackboard on 2026-05-05	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2023-12-12	<1%